



hipnosis y terapia sexual

DANIEL L. ARAOZ

hipnosis y terapia sexual

serie técnicas

DANIEL L. ARAOZ

hipnosis y terapia sexual



ALOM EDITORES

Derechos reservados © 1982: Dr. Daniel L. Araoz
66 Gates Avenue P.O. Box 350
Malverne N.Y. 11565-1912, USA

Primera edición en inglés: Brunner/Mazel, Inc., 1982

Primera edición en español
México, 1996

© Daniel L. Araoz

Derechos reservados © de la traducción al español:

Dr. Jorge Abia y Dra. Teresa Robles

traducción al español: Jorge Abia y Teresa Robles

dibujo de portada: Rowena Morales

diseño de la colección y de la portada: D.C.G. Carmen Ramírez

Alom Editores, S.A. de C.V.
José Ma. Velasco No. 72-402
tels.: 8500-6161, 8500-6262
8500-6363 y 5593-5875
editorial@grupocecm.edu.mx
www.hipnosis.com.mx

ISBN 968-6513-06-X

Te agradecemos que compres y distribuyas nuestros materiales para continuar produciendo nuevos, pero si conoces a alguien que necesite éste y no puede comprarlo, por favor cópiaselo.

Gracias por ayudarnos a construir un mundo mejor.

Impreso y hecho en México



El logotipo del Centro Ericksoniano de México es un glifo del Calendario Sagrado Maya o Tzolkin.

Se llama CIMI, el *Enlazador de Mundos* y representa un puente. Es también el glifo del cambio. Queremos enlazar la Ciencia y la Espiritualidad, la Investigación y el Trabajo Clínico, los distintos tipos de Medicinas y técnicas de Sanación, el Conocimiento y el Servicio, La Razón, el Cuerpo y la Emoción, el Afuera y el Adentro, sirviendo de puente entre el pasado, el presente y el futuro de las personas que nos consultan, sirviendo de enlace entre las personas, familias y grupos que llegan a nosotros.

Al adoptar como logo este símbolo sagrado, formalmente nos ofrecemos como canales para realizar, desde nuestro lugar y en la medida que nos corresponda, este enlace, trabajando como un equipo que colabora, participa y crece en conjunto.

*Para
Margaret,
cuya infancia, niñez y juventud,
pintaron mi vida de colores muy alegres.*

ÍNDICE

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN INGLÉS	15
PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL	21
INTRODUCCIÓN	25
Primera parte: LOS FUNDAMENTOS	31
1. LA NUEVA HIPNOSIS	33
Dificultades conceptuales, 33. Una definición vivencial de hipnosis, 37. Sugestionabilidad e hipnosis, 39. Imaginación e hipnosis, 40. ¿Qué es la hipnosis?, 41. Inducción hipnótica, 45. ¿Hipnotizabilidad o habilidad para hipnotizar?, 48. Profundidad de la hipnosis, 50. Ilustración de un caso, 51. Hipnosis clínica y experimental, 53. Efectividad de la hipnosis en terapia sexual, 55. Objeciones, 57. Resumen, 58.	
2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	63
Método de imaginación indirecta (Erickson), 63. Método de sugestión y revelación (Van Pelt), 66. Exploración y ensayo “in vivo” (Beigel), 67. Otros métodos hipnóticos, 69. La profesión de terapeuta sexual, 72. Masters y Johnson, 73. Certificación de los terapeutas sexuales, 75. Helen Singer Kaplan, 76. Últimos acontecimientos en terapia sexual, 78. Habilidad imaginativa y sexual, 78. Excitación sexual por medio de la formación de imágenes, 80. Cognición y sexo, 81. Conclusión, 82.	

3. BASES TEÓRICAS	85
Terapia cognitivo conductual, 85. El modelo hipnoconductual, 90. Terapia sexual, 91. ¿Por qué causan mejoría las imágenes mentales?, 94. ¿Imágenes mentales o fotografías mentales?, 97. Formación de imágenes mentales y simbolismo, 99. Repaso general, 101.	
4. PROCESAMIENTO COGNITIVO EN LA SEXUALIDAD HUMANA	105
Autohipnosis negativa (AHN), 106. El papel de la AHN en el comportamiento sexual, 107. Procesamiento negativo, 109. Diagnóstico comprensivo, 111. Trabajo preliminar, 112. Hipnosis terapéutica, 113. Imaginería dinámica, 114. Resultados de la imaginería dinámica, 116. Terapia cognitiva, hipnosis y procesamiento sexual, 117.	
5. ACTITUDES SEXUALES	121
Una visión histórica, 121. Sensualidad, 123. Reestructuración de actitudes, 125. Mitos sobre la sexualidad, 125. Intimidad, 129. Autohipnosis y actitudes sexuales, 131.	
Segunda parte: LAS APLICACIONES	135
6. HIPNOTERAPIA SEXUAL: TÉCNICAS GENERALES	137
Técnicas diagnósticas, 139. Examen sexual encubierto, 140. Sabiduría inconsciente, 140. Interrogatorio ideomotor, 141. Supermemoria, 141. Tiempo futuro, 142. Técnicas exploratorias, 142. Expectativas, 143. Visión interna, 143. El cuerpo habla, 143. Técnicas del uso del síntoma: estados del yo, 147. El síntoma mensaje, 147. Bienestar, 148. Técnicas de desplazamiento del síntoma: puente afectivo, 149. Relajación, 149. Técnicas sintomáticas no directivas: ensayo, 153. Técnicas para el manejo de la resistencia, 154. Conclusiones, 155.	
7. TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS	157
Técnicas para DVC: imaginería sexual, 157. Disminución de la tensión, 159. Salivación, 160. Técnicas para disorgasmia: viaje corporal, 163. Técnica para dispareunia: placer inadecuado, 164. Manipulación de síntomas, 165. Distorsión del tiempo, 165. Comentarios finales, 166.	

8. TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS	169
Técnicas para DVC: catalepsia de un dedo, 170. Levitación del brazo, 171. Técnicas para disorgasmia: entumecimiento de un dedo, 172. Hipersensibilidad de un dedo, 173. Técnicas para dispareunia, 176. Técnicas para placer inadecuado: reviviendo, 177. Exageración mental, 178. Comentarios finales, 178.	
9. TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES DE DESEO Y PROCESAMIENTO SEXUAL	181
Técnicas para abulia sexual: los controles internos, 183. Revivificación, 183. Técnicas para AHN: afirmaciones verdaderas, 187. El artista interior, 188. Reeducción del niño interior, 189. Desgastar el enojo, 189. El director de cine, 190. Conclusiones, 193.	
BIBLIOGRAFÍA	195

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN INGLÉS

El presente libro es el resultado del trabajo de un profesional que está dedicado a él con diligencia y disciplina, y a sus pacientes, a quienes pide cooperación y tener expectativas de éxito.

El Dr. Daniel Araoz nos ofrece aquí un tesoro de técnicas hipnoterapéuticas presentadas en el contexto de la terapia sexual. Su concepto de la nueva hipnosis, que surge de años de experiencia clínica, puede inspirar controversias teóricas. El punto de vista del Dr. Araoz sobre la sexualidad es flexible y realista. Hace a un lado los mitos herculanos y la presión por lograr un desempeño sexual perfecto. Individualiza el éxito y mide en relación a las preferencias, las metas y los intereses personales.

En su libro, el Dr. Araoz recopila una gran colección de técnicas que pueden servir de fuente de inspiración a los hipnoterapeutas sexuales y que recomendamos ampliamente a los neófitos en psicoterapia. Es también una antología de técnicas para hipnoterapeutas sexuales con experiencia, que los anima a usar técnicas que tal vez no habían integrado nunca dentro de las que utilizan normalmente.

Muchas veces se han hecho preguntas sobre la esencia de la hipnosis y también muchas veces se han contestado; sin embargo, los expertos en hipnosis no han llegado a un acuerdo. En un principio, el término hipnosis (sueño, en griego), se aplicaba a los fenómenos que se creía eran un sueño artificial. Otros explicaron el mismo fenómeno de manera diferente, como un estado de hipersugestibilidad o como un estado patológico, histérico, o un estado de disociación natural. Recientes búsquedas descriptivas y fenomenológicas se refieren a la hipnosis como un estado de trance, un estado alternativo de conciencia, un estado de receptividad. Algunas teorías específicas explican los fenómenos hipnóticos con base en el condicionamiento, la con-

centración, la regresión al vientre materno, la regresión atavista, la representación de papeles, la sugestión, la disociación y la auto-organización. Los concomitantes fisiológicos de los estados hipnóticos han sido registrados como una actividad de ondas cerebrales específicas, el surgimiento de actividad del parasimpático y activación del hemisferio cerebral no dominante.

La profundidad de la hipnosis también ha sido un tema de discusión. Se ha preguntado: si comparamos los estados hipnóticos con los no hipnóticos, ¿la presencia de la hipnosis ofrece una diferencia cualitativa o simplemente cuantitativa?; lo que produce un estado hipnótico, ¿está presente ya en nuestra experiencia cotidiana normal?; cuando hablamos de un estado de hipnosis superficial, mediano o profundo, ¿es porque simplemente se incrementó o se expandió esta esencia de la hipnosis presente en la vida cotidiana?; ¿las etiquetas de superficial, mediano y profundo, solamente son indicadores de distintas intensidades o grados de intensidad?; ¿la aparición de diferentes fenómenos observables es simplemente un producto sintomático de los diferentes niveles de hipnosis? o, ¿los diferentes síntomas se originan en estados hipnóticos cualitativamente diferentes?

Daniel Araoz contesta estas preguntas a su propio estilo. Empieza ofreciéndonos una visión del desarrollo histórico de la hipnosis y, yendo más allá de la argumentación teórica, redefine la hipnosis de una manera pragmática, de acuerdo con su propio modelo clínico vivencial. Para distinguir esta hipnosis de la tradicional, la llama *la nueva hipnosis*.

Define la nueva hipnosis como un estado mental en que surge un pensamiento vivencial, mientras las funciones lógicas y críticas están suspendidas. Este pensamiento vivencial aparece deliberadamente o espontáneamente. Como el soñar despierto, el fantasear o el imaginar que están conectados con realidades inconscientes mientras se encuentran disociados del mundo que los rodea, como mirar y revivir viejos recuerdos, regresiones cronológicas o progresiones. En la nueva hipnosis se pueden dar intervenciones propositivas, y están dirigidas a metas concretas que influyen sobre procesos inconscientes. También se pueden dar vivencias espontáneas como flotar libremente mientras uno se conecta con sus recursos internos y sus poderes creativos. Si en una situación terapéutica la confianza es el principal elemento de la relación paciente-terapeuta, en la autohipnosis es un

factor fundamental para dejarse ir, teniendo confianza en las propias fuerzas internas constructivas.

La esencia de la nueva hipnosis se define más claramente por lo que no es, que por lo que es; por lo que excluye, que por lo que incluye. Excluye el pensamiento crítico y lógico, que es su antítesis. Respecto a lo que incluye, coincide con la hipnosis tradicional, pero además, de acuerdo con el punto de vista teórico, incluye fenómenos tan simples y comunes y corrientes como el soñar despierto. La profundidad de la hipnosis se convierte en una cuestión de altura de la hipnosis, es decir, hay un *continuum* cualitativo que tiene que ver el grado de involucración de la persona.

El concepto del Dr. Araoz de autohipnosis negativa (AHN) que propuso por primera vez en 1979 (5), es un concepto más definido. Lo formula con bases empíricas. La autohipnosis negativa surge de autopercepciones negativas. Nuestros procesos no críticos activan mecanismos inconscientes, refuerzan la desviación a través de imágenes y, finalmente, en forma de afirmaciones negativas, se vuelven autosugestiones muy poderosas. Así, la AHN está determinada emocionalmente, no es el resultado de un pensamiento lógico ni crítico. Araoz llama a esto hipnosis. La AHN tiene sus raíces en esos sistemas personales perceptuales de filtros que tienen que ver con el mundo interno de las personas. Todos nosotros funcionamos de acuerdo a nuestro propio mundo interno, como a mí me gusta llamarlo. Torbjörn Stockfeld llama a esta experiencia del mundo sesgada, la *realidad individual*. Él propone que nuestra experiencia del mundo es el resultado de esta asimilación individual y de los procesos de percepción, que juntos dan como resultado un estado hipnótico.

Pero entonces surge una pregunta muy desafiante: ¿cuándo no estamos hipnotizados? Comparando con la posición de Stockfeldt, la de Araoz es mucho menos radical.

Sin embargo, Daniel Araoz no es el único que define como hipnosis tanto estados subliminales normales ordinarios, como extraordinarios. Goba tiene un pensamiento muy parecido. Goba se considera a sí mismo más cercano a las posiciones sostenidas por Barber, Diamond, De Stefano y Katz, y muchos otros pensadores que han coincidido en desmitificar la hipnosis explorando su esencia desde sus propias perspectivas.

Y cuando exploramos desde la perspectiva histórica la esencia de

la hipnosis, surge algo muy interesante. El campo de la hipnosis se expande o se contrae en forma directamente proporcional a: “qué tanto se le desea”, “qué tan alto status tiene”, “qué tanto se le valora”. Cuando la hipnosis tiene una imagen que brilla mucho y da un efecto terapéutico favorable en los pacientes, casi todo lo que se hace se vuelve hipnosis o hipnótico.

Sin embargo, cuando esta imagen disminuye y el pensamiento crítico contemporáneo tacha a la hipnosis de anticuada, el concepto de la hipnosis se contrae e incluso las técnicas que originalmente y tradicionalmente se adjudicaban a la hipnosis niegan ahora su relación con la práctica de ésta.

Dos ejemplos ilustran muy claramente este punto. Se refieren a Paul Hartenberg y Émile Coué. Hartenberg niega en un trabajo publicado en 1898 que él estuviera practicando hipnosis. Trataba a sus pacientes provocándoles sueño artificial y dándoles sugerencias e insistía en que la hipnosis explicada como una función del sueño provocado, era sólo una ilusión. Y Coué (57), que con una voz monótona llevaba a sus pacientes entrar en un ligero estado de somnolencia para hacer más efectivas sus sugerencias, declaró: “Yo no uso hipnosis, nada sería más falso y más absurdo”.

Hoy en día, la hipnosis con reputación, e incluso médicamente aceptada atrae tanto a los pacientes como a los terapeutas. Mucha gente tiene opiniones sobre la hipnosis. Algunos la perciben como un estado normal, otros como un instrumento terapéutico, incluso como un curalotodo; otros más, como un arma peligrosa y otros como un truco del que pueden sacar dinero.

Distintos grupos de interés se han encontrado envueltos en las normas para regular sus usos. Se han formulado leyes y reglas para regular la práctica de la hipnosis. Sin embargo, puesto que no hay una definición válida de ella, su regulación legal es difícil. El único punto seguro sería que se pueda usar legítimamente la palabra *hipnosis*. Y justo ahora cuando se está considerando la importancia de considerar su semántica y su conceptualización, la hipnosis de avanzada afirma que casi cualquier cosa puede ser hipnosis y que los estados hipnóticos son estados normales.

Esto nos regresa al Dr. Daniel Araoz. Su teoría de la hipnosis y de otros que tienen un enfoque similar ¿es revolucionaria?, ¿por qué propone que los estados normales son hipnóticos?, ¿ha bajado del

pedestal nuestra vaca sagrada y la ha dejado ir? o, ¿la vaca sagrada ya se había ido y simplemente estableció una vez más, claramente, que la palabra *hipnosis* abarca casi cualquier cosa, y que la hipnosis no debe trabajar como misterio y como magia? Sin embargo, el Dr. Araoz no niega que esa atracción mágica y de misterio todavía envuelve a la palabra *hipnosis* y que esto hace que los pacientes tengan confianza y valor para aprender a utilizar sus fuerzas conscientes e inconscientes para ser libres.

Como punto final: ¿cuál es la mayor contribución de este libro de hipnosis y terapia sexual? Daniel Araoz ¿comparte sus puntos de vista, sus habilidades y sus técnicas como terapeuta sexual o nos ofrece un campo para la controversia como experto en hipnosis?

Ambas cosas. Nos da un regalo. La controversia que significa movimiento, vida, desarrollo y crecimiento. Este es el regalo que nos ofrece para un futuro.

Erika Wick, Ph. D. Professor of Psychology, St.

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

“La sexualidad humana es menos conocida que la animal”

John Money

Nos honra profundamente la labor de escribir estas líneas porque conocemos la excelente calidad del trabajo de Daniel L. Araoz, revisamos el libro a fondo porque lo tradujimos y eso es un gusto adicional, el de intentar plasmar lo mejor posible la comunicación brillante, teórica y muy práctica, de este gran profesional de la hipnosis.

A pesar de haber revisado el contenido del volumen original varias veces, seguimos aprendiendo con cada nueva lectura. Es una experiencia afortunada porque entonces uno también se redescubre como profesional de la hipnosis, haciendo suyas las técnicas de maneras distintas, y considerando otros usos de ellas.

Al planear este prólogo buscábamos una cita que indujera a la reflexión acerca de la importancia de comprender la sexualidad. Pensamos al inicio que requeríamos una que fuera de algún filósofo capaz de transmitir lo trascendental y contradictoriamente poco conocido del tema, que sin embargo es indispensable para la vida y la calidad de vida.

Asólo cuatro años de distancia del siglo XXI, nuestras pretensiones de civilización y cultura globales modernas, de amplia información y rápida difusión, siguen siendo insuficientes y, para fines prácticos de cambio social, son un mito. Un mito que se desea construir como realidad práctica, pero se estrella con la fuerza del temor a conocerse, a saber en qué soy diferente de lo convencional, en qué me parezco y cómo puedo vivir en armonía, empezando con mi sexualidad.

Por eso, cuando escuchamos durante una conferencia el 11 de abril de 1996 al maestro extraordinario que es John Money diciendo la frase inicial de este prólogo, decidimos que más allá de requerir una sentencia filosófica, la vida nos ponía enfrente esa reflexión, reconocedora de la ignorancia y estimulante de la necesidad de seguir aprendiendo, justo porque el tiempo para usar la psicoterapia como factor de cambio social, apremia.

Ante estas necesidades actuales el libro del Dr. Araoz se hace aún más útil, pues la teoría es revisada con amplitud crítica y luego puesta en práctica, conservando sin embargo la claridad de cuáles puntos no han sido aún elucidados por los estudios experimentales. Es un hecho que nos hace falta estudiar mucho más acerca de la sexualidad humana, especialmente a los terapeutas, porque menos que ninguno tenemos justificación para desconocer los avances en sexualidad, y es nuestra obligación laborar sin prejuicios, promoviendo educación, protección, avance y buena calidad de vida.

No queremos exagerar cuando consideramos que todos los terapeutas, todos sin excepción debemos tener el grado obligatorio de educadores sexuales. Tenemos la impresión de que esta obra deja muy clara esa serie de obligaciones.

El libro del Dr. Araoz aporta materia para el puente que es necesario tender entre la terapia sexual y la hipnoterapia. Ambas disciplinas son reconocidas por su eficacia y el futuro de su articulación sensible, respetuosa, tentativa y científicamente informada, proveerá un servicio único al bienestar saludable de la humanidad.

La traducción y edición de este libro ha sido una labor de equipo, la hemos disfrutado mucho todos los que participamos en ella y ha constituido una aventura profesional, administrativa y humana, que tuvo éxito. Así nos estimula a tratar otra vez en el futuro.

Queremos agradecer en primer lugar al autor por su flexibilidad, apoyo, calor humano y sobre todo por haber escrito el libro. También a los colegas que hicieron posible la transcripción, revisión, vuelta a revisar y crítica muy constructiva para pulir la traducción y edición, especialmente a Rosalía Rodríguez Cuevas, y los colegas del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, en orden alfabético: Iris Corzo, Cecilia Fabre, Elizabeth Méndez y Rafael Núñez, a este último, le estamos reconocidos por su insistencia en difundir la educación sexual.

Le damos las gracias también a la excelente pintora Rowena Morales por el dibujo de la portada, a Nelio Edgar Paz, nuestro impresor que hizo también una invaluable labor de editor. A nuestros colaboradores en el instituto: Alejandra Medina, Gerardo Molina, Arturo Ramírez Granados y Verónica Ventura.

Este prólogo sería incompleto si no reconociéramos públicamente con profundo cariño a quienes en México han sido factor decisivo de progreso en la educación y la terapia sexual, aquellos que han sido nuestros maestros en el área y quienes han sembrado inquietud y comprensión humana, ellos son: Esther Corona, Edna Ranen y Eusebio Rubio.

Es con mucho gusto que una vez más les agradecemos a todos su labor en la difícil tarea de educar y tratar esa maravillosa y paradójicamente tan mal comprendida área de la vida, la sexualidad.

Teresa Robles

Jorge Abia

Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México

Sociedad Mexicana de Hipnosis

Ciudad de México, Mayo de 1996

INTRODUCCIÓN

Como nos muestra el *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, en las últimas tres décadas se han publicado sólo esporádicamente artículos sobre las aplicaciones de la hipnosis a las disfunciones sexuales. Muchos clínicos han encontrado que la hipnosis es útil para tratar problemas sexuales, tanto desde el punto de vista psicodinámico, como conductual. Sin embargo, sólo algunos terapeutas sexuales hacen referencia a la hipnosis como tal en su trabajo. Incluso el *Advances in Sex Research*, fundado por el Dr. Hugo Beigel, uno de los pioneros de la hipnosis en terapia sexual, ha publicado sólo unos cuantos artículos sobre hipnosis en un período de diecisiete años.

Los equívocos, malentendidos y faltas de comprensión sobre la hipnosis, son una de las razones de que su uso en terapia sexual y en la psicoterapia en general sea tan pobre. Otra razón es que muchos terapeutas toman un taller de dos o tres días sobre hipnosis, regresan a su trabajo clínico y ensayan la técnica que acaban de aprender y ahí descubren que no era tan fácil como parecía y sonaba. Como muchos de estos talleres no tienen seguimiento, un gran porcentaje de las personas que asisten vuelven a los modelos clínicos que conocían y abandonan la hipnosis.

Este libro trata de ofrecer al clínico una comprensión completa del uso de la hipnosis en terapia sexual. Para eso, lo he organizado en dos partes: las bases y las aplicaciones. Quiero aclarar que aquí utilizo el término *hipnosis* en su sentido moderno, es decir, incluyendo dentro de este término toda actividad mental que es más vivencial que crítica, más subjetiva que orientada a la realidad hacia afuera o externa, más de proceso primario que de proceso secundario, más correspondiente al hemisferio derecho, que al izquierdo.

En la hipnosis moderna el ritual para inducir el trance, el grado de susceptibilidad (hipnotizabilidad) y la profundidad de la experiencia hipnótica, no son tan importantes como en la hipnosis clásica. La nueva hipnosis da más importancia a las habilidades cognitivas que están implicadas en la vivencia del trance, que al trabajo del sujeto para activar nuevas habilidades cognitivas y a su elección para experimentar un cambio en su conciencia. La validación del modelo de hipnosis basado en las habilidades cognitivas viene de las investigaciones realizadas por Barber (23), y sus otros investigadores, incluyendo a Diamond (64) y Katz (127), que ampliaron las ideas originales de Barber, como veremos en el capítulo uno.

En la terapia sexual se está poniendo atención, y esto es nuevo, en la importancia de las ideas en la actividad sexual normal; lo que sucede adentro de la persona, la actividad mental para usar el término de Barbara Brown (42) es la clave de lo que la persona experimenta en su comportamiento sexual. El problema es que la mayor parte de la gente que repite pensamientos negativos, no lo hace inconscientemente. Brown, es una científica muy respetada por sus investigaciones en el cerebro; ella propone que la mente es algo separado del cerebro. Esto nos hace ver lo incompleto del enfoque tradicional en terapia sexual. Su cuidadoso análisis de “la mente”, parece justificar nuestra afirmación de que el sexo es una actitud mental.

La hipnosis es una herramienta o una técnica ya probada para alcanzar o llegar a la mente inconsciente (93) y, por su naturaleza, es muy efectiva en la terapia sexual. La persona que padece disfunciones sexuales psicógenas muy frecuentemente se encuentra atrapada en lo que yo llamo autohipnosis negativa (AHN), y que es ese proceso inconsciente por el cual la persona acepta pasivamente, o incluso promueve activamente imágenes mentales derrotistas o autoafirmaciones negativas. Este proceso es como el switch, el mecanismo del que habla Kaplan (123) para referirse al deseo sexual inhibido.

Si la AHN se vuelve el anticuerpo psíquico del funcionamiento sexual, es posible que la hipnosis *positiva*, especialmente la autohipnosis, pueda hacer “una regresión al servicio del placer”, como Kaplan genialmente lo describe.

Mosher (170) ha puntualizado muy claramente que uno de los elementos naturales de la sexualidad sana es poder desconectar la atención de la orientación hacia la realidad, de manera que la persona pueda

meterse completamente, sumergirse, en la experiencia sexual. La hipnosis también ha sido descrita en términos de disociación respecto de la realidad exterior.

La segunda parte de este libro nos muestra tanto técnicas como métodos generales y específicos para utilizar la hipnosis en terapia sexual. Los principios técnicos sobre los que se basan estas técnicas se puntualizan para que el clínico con experiencia pueda utilizarlas con flexibilidad e incluso desarrollar nuevas de acuerdo con las necesidades de sus pacientes.

Mi interés al escribir este libro fue ayudar a la integración de los campos de la hipnosis y de la terapia sexual, ya que el material que existe al respecto está muy desorganizado y disperso y por lo tanto poco accesible para el terapeuta que se encuentra muy ocupado. Lazarus (141) propone que demasiada terapia es una pérdida de tiempo. Yo creo que esta afirmación se vuelve absolutamente realidad si el terapeuta no se da cuenta de los procesos cognitivos negativos que están interfiriendo con la terapia y no dispone de herramientas clínicas para combatir la AHN.

Si el libro fuera una lista superficial de técnicas prácticas de hipnosis para ser usadas en terapia sexual, su nombre hubiera sido *Hipnosis en la terapia sexual*. Sin embargo, mi intención es presentar la utilización de la hipnosis en terapia sexual después de haber mostrado la evidencia de que los dos campos se integran de manera natural y de haber teorizado sobre esa integración; por lo tanto, su nombre es *Hipnosis y terapia sexual*.

Este libro está escrito fundamentalmente para los terapeutas sexuales que tratan de enriquecer su trabajo utilizando la hipnosis. Pero también está dirigido al clínico que maneja la hipnosis como un instrumento clínico y quiere enfocarse más específicamente en su aplicación a las disfunciones sexuales. Sin embargo, estoy considerando que el lector no sea especialista en alguno de estos campos.*

En realidad, me encantaría poder decir que este libro es de manera definitiva, un trabajo de hipnosis y terapia sexual. Sin embargo, su contribución es más bien un intento de empezar a integrar los dos campos después de todos estos años que cada uno ha desarrollado información utilísima para el otro. Mi esperanza es que algunas de mis ideas, a veces controvertidas, hagan surgir intereses, y promuevan discusión e intercambio entre los profesionales de ambos campos.

Antes de empezar, quiero subrayar que este libro se aplica tanto al comportamiento homosexual, como al heterosexual; al sexo tradicional, así como a las miles de formas de sexo no convencional. Yo considero cualquier forma de comportamiento sexual de alguna manera completa, bella y enriquecedora, en la medida en que los participantes sean libres, actúen por acuerdo y con respeto mutuo, con sensibilidad y estén dispuestos a asumir la responsabilidad de sus acciones.

A lo largo del libro menciono frecuentemente a los cónyuges. Sin embargo, los principios y las técnicas aquí expuestas se han usado también con éxito con parejas sexuales no tradicionales.

Este libro es el resultado de muchas horas haciendo hipnoterapia sexual y de muchos talleres enseñando este enfoque, tanto en los talleres anuales de la American Society of Clinical Hypnosis, como del American Institute for Psychotherapy and Psychoanalysis en Nueva York. Quiero expresar mi más profunda gratitud a cada uno de los pacientes y colegas que me dieron tanto mientras yo estaba dándoles a ellos.

Notas

- * Un libro como este es útil como referencia después de que uno ha tenido suficiente entrenamiento en hipnosis como para sentirse cómodo al utilizarla normalmente. Por lo que es recomendable tener un entrenamiento previo.

PRIMERA PARTE

LOS FUNDAMENTOS

El agente 007 creía que “solamente se vive dos veces, una en la mente y otra en la vida”. Antes de él, Virgilio afirmó: “Los seres cambian porque se ven a sí mismos cambiando”. Ellis (75) ha sostenido desde los inicios de la terapia racional emotiva que somos lo que pensamos. Posteriormente, Shorr (199) entre otros, desarrolló técnicas para utilizar nuestras imágenes mentales con propósitos terapéuticos, basando su método en la evidencia (203) de que 96% de la gente utiliza imágenes mentales, imaginación o fantasía, regularmente. La evidencia surge de investigaciones serias (201) que demuestran que la excepción es no imaginar, que lo que llamamos pensamiento es una reproducción mental de la realidad externa mediante el uso de nuestros sentidos internos, que reflejan los cinco sistemas receptores básicos con que interactuamos con el mundo externo.

Siguiendo la línea de pensamiento de Ahsen (1), Sheehan (196) y muchos otros, yo considero las imágenes mentales en el sentido amplio de los sistemas de representación interna de nuestra experiencia; no limito las imágenes mentales a representaciones visuales o pictóricas, sino que incluyo también las representaciones auditivas, gustativas, olfatorias y kinestésicas, bajo el concepto de imágenes mentales.

Esta perspectiva la comparten muchas figuras prominentes dentro de los campos de la psicoterapia (142) y de la hipnosis (24) y es una de las premisas de la terapia cognitivo conductual (234) como se verá en el Capítulo 3.

Desde los comienzos de la terapia sexual se dio por hecho que la imaginación tiene un papel muy importante en el comportamiento sexual (94). Masters y Johnson (158) crearon el término “spectatoring” (expectativa en acción) para describir el proceso mental por el que una persona compara su desempeño real con un modelo mental de lo que

debiera ser. Kaplan (123) destacó el mecanismo de “apagado” como un proceso mental compuesto de imágenes mentales negativas y afirmaciones o diálogo consigo mismo que llevan a la falta de interés sexual y deseo. La imaginación en el comportamiento sexual se daba por hecho. Sin embargo, hasta 1979 el papel exacto de la imaginación en el comportamiento sexual, e incluso sobre el deseo sexual y la manera de canalizar las imágenes mentales en beneficio del paciente sexual, no había sido estudiado de manera sistemática.

Es aquí donde se encuentran la hipnoterapia y la terapia sexual. Kaplan (123) propuso el concepto de la “regresión al servicio del placer”, pero no lo continuó, ni concluyó que vivencialmente, esto era autohipnosis. Ninguna regresión mental al servicio del Yo (11) o al servicio del placer (123) puede llevarse a cabo sin abandonar el pensamiento racional, lógico, secuencial (o sea el proceso secundario según el psicoanálisis) (183), ya que la regresión verdadera, vivencial, que se siente, es volver a vivir eventos o actitudes del pasado, volver a vivir otras maneras de percibir el mundo y la realidad. “La regresión al servicio de...” es una representación mental de experiencias o actitudes previas. Mientras más excluye esta experiencia el proceso secundario, más regresiva será. En la hipnosis, el proceso primario es fundamental y por esto el hipnoterapeuta pone especial énfasis en las imágenes mentales y no en el razonamiento; en la experiencia y no en la lógica; en el afecto, no en la comprensión; aún cuando el razonamiento, la lógica y la comprensión no son completamente desatendidos en hipnosis (94).

Como consecuencia, en esta primera parte pretendo analizar cuidadosamente la hipnosis y los aspectos teóricos del uso de la hipnosis en terapia sexual. Pero para hacerlo, necesitamos primero estudiar los antecedentes históricos.

1. LA NUEVA HIPNOSIS

La mayoría de la gente, incluyendo a los profesionistas, piensa que sabe todo acerca de la hipnosis. Sin embargo, ni siquiera los expertos coinciden en el significado de ella. Para empezar, el término en sí mismo es impropio, ya que la evidencia nos conduce al hecho de que todo aquello que es descrito con dicho sustantivo, ni es sueño, ni tiene mucho que ver con el sueño (39). Aún así, el término *hypnos* significa sueño en griego y muchos hipnotistas hablan de “dormir” o de “despertar” al practicar la hipnosis.

Sonambulismo, por su parte, significa para muchos, hipnosis profunda. Esta interpretación de hipnosis, por lo tanto, sirve como un atajo para referirse a algo que es bastante complicado, ya que esta palabra puede significar, un *estado* especial del funcionamiento mental, el *método* utilizado para obtener un estado mental y también el *proceso* o experiencia de uno mismo en ese “estado alternativo de conciencia”.

Diversos autores han escrito espléndidamente acerca de la hipnosis en general (ejemplo: 228, 108, 23, 87). Aquí me limitaré a tratar ciertos aspectos de importancia para el terapeuta sexual interesado en la hipnosis.

Dificultades conceptuales

Si partimos del acuerdo de que el término hipnosis es una interpretación de algo complejo y mayormente subjetivo, podemos adentrarnos en este espinoso tema con la mente abierta. El enfoque que ha dominado esta área de cuestionamiento durante muchos años, es que la hipnosis es un *estado alternativo de conciencia* llamado *trance*, el

cual puede ser disfrutado únicamente por aquellos cuyas personalidades presentan un *rasgo* llamado *hipnotizabilidad*, después de haber pasado un ritual denominado *inducción* con la ayuda y guía de un hipnotista. A falta de una mejor descripción, me referiré a este enfoque como tradicional y a aquellas personas que lo comparten como miembros de la escuela tradicional.

Existen ligeras diferencias entre los teóricos, como ha indicado Barber (23), acerca del estado de la hipnosis. Se debe enfatizar que esta concepción de hipnosis es todavía un postulado aún no comprobado de manera científica. De hecho, la evidencia experimental es un tanto limitada, como indica Ascher (14) en su resumen de las investigaciones realizadas por Barber.

Para presentar brevemente esta posición, se ha asumido la existencia del estado de hipnosis, en base a las maravillas de la hipnosis manifestadas en la sorprendente conducta en la que incurre la gente hipnotizada. Ya que ciertos comportamientos (variables dependientes) aparecen después de la inducción hipnótica (variable independiente) en ciertos individuos, siendo que esos comportamientos no aparecerían sin la inducción hipnótica, en esas mismas personas. Se ha dado por sentado que la inducción pone a la gente, que tiene un determinado rasgo en su personalidad, en un estado mental especial. El estado de trance puede ser inducido por medio de un ritual en quienes son hipnotizables. Al tiempo que la escuela tradicional enfatiza la secuencia de variables independientes a variables dependientes, el grupo opuesto subraya las variables intervinientes o mediacionales. Me referiré a estas últimas como la Nueva hipnosis. Las variables mediacionales son los *procesos internos*, tanto conscientes como debajo del nivel de alerta (o inconsciente), que produce la hipnosis, o que la hipnosis permite experimentar al individuo.

En los procesos conscientes existen actitudes positivas: confianza, expectativas, actitudes y motivación (CEAM) que son parte de mi definición vivencial de la hipnosis, presentada posteriormente en este capítulo. Los procesos inconscientes son menos claros, entran en lo que Rossi (78) ha descrito como sistemas de creencias y marcos de referencia habituales de despotencialización, que disparan la búsqueda inconsciente y facilitan los procesos inconscientes.

Puede ser que entre las dos posiciones anteriormente descritas exista un mayor acuerdo de lo que parece. Se debe recordar que los

tradicionales aceptaron como verdad irrefutable que la hipnosis no se puede hacer con individuos que no desean cooperar. Sin embargo, ellos no desarrollaron la mayor consecuencia de este axioma, que es que la hipnosis ocurre cuando una persona permite que ocurra. Orne, identificado con la escuela tradicional, en 1977 señaló aspectos cruciales: “Las preguntas básicas que se deben resolver son las diferencias entre aquellos individuos que tienen la habilidad de entrar en el estado de hipnosis y los que no la tienen; las circunstancias que facilitan y/o respectivamente inhiben la tendencia a responder a la sugestión hipnótica en aquellos individuos que tienen dicha habilidad; así como las consecuencias que el estar hipnotizado tiene en el funcionamiento psicológico de un individuo” (174 pp. 19-20).

Existen tres puntos dignos de ser notados en la afirmación anterior: primero, Orne se refiere a la *habilidad* de entrar en el estado de hipnosis, y no al rasgo de la hipnotizabilidad como lo dice la nueva hipnosis, segundo, menciona las *circunstancias* que conducen a la hipnosis, permitiéndonos enfocarnos en la situación más importante, el hipnotista que puede facilitar o inhibir la experiencia hipnótica. Y tercero, Orne subraya el aspecto subjetivo de la experiencia, que es también considerada particularmente por la nueva hipnosis.

La evidencia presentada por Barber, Spanos y Chaves (26) muestra la *habilidad* de entrar en hipnosis como un estado mental positivo, que se describe en la siguiente sección. Otros autores (63, 64, 65, 66, 131, 183, 187), enfatizan las habilidades y la conducta cognitiva aprendida, basados en las investigaciones realizadas para modificar la responsividad hipnótica, así como a aquellas de los experimentalistas orientados cognitivamente, tales como DeStefano (61), Katz (126, 127), Katz y Crawford (128), Spanos (208), Spanos y Barber (209).

Los tradicionales, por su parte, se han basado en ese *rasgo* de hipnotizabilidad, como fue confirmado originalmente por las escalas clásicas de hipnotizabilidad (230, 231, 198), de lo cual hablaremos más ampliamente después.

Después de considerar a las personas, Orne observa las circunstancias de la hipnosis. Además de la flexibilidad del clínico, llamada por Erickson, *utilización* (78), la nueva hipnosis considera la disposición del individuo para *pensar con* e imaginar las cosas que son sugeridas. Esto es, en esencia, una disposición para aprender, el concepto tan frecuentemente mencionado por Erickson. La disposición,

junto con la práctica, produce los efectos hipnóticos. Por otro lado, la escuela tradicional es más vaga en este punto porque la evidencia muestra que la inducción ritual no explica los efectos hipnóticos, como Bernheim (35) demostró hace casi un siglo, ya que los mismos efectos ocurren espontáneamente, si bien raras veces.

En cuanto a las consecuencias subjetivas de la hipnosis, ambas escuelas están en realidad de acuerdo. Orne (174) habla acerca de la “trascendencia de las capacidades normales volitivas”; Hilgard (108) menciona las siete características del estado hipnótico, incluyendo cambios en la orientación de la realidad, la atención, y la sugestibilidad. La nueva hipnosis, sin embargo, se enfoca más en el esfuerzo cognitivo, el permiso que se otorga uno a sí mismo/misma para experimentar diferentes sensaciones o una orientación interna diferente, enfatizando el significado idiosincrático de la experiencia: *uno se deja ir*.

Entre las consecuencias subjetivas de la hipnosis, quiero incluir las funciones de la división parasimpática del sistema nervioso autónomo. Esto no es suficientemente enfatizado por muchos autores, quizás porque la hipnosis no es la única manera de permitir al parasimpático funcionar libremente. Shames y Sterin (193) se cuentan entre los pocos que han subrayado este aspecto de la hipnosis. Nos recuerdan que en la hipnosis comienzan a ser liberadas las tensiones almacenadas de la respuesta simpática, permitiendo al parasimpático tomar el control. La hipnosis podría, entonces, ser descrita como un proceso mental que brinda una oportunidad al parasimpático.*

Pero, por definición, no podemos dar una oportunidad al parasimpático por simple esfuerzo o fuerza de voluntad. Esto solamente engancha aún más al parasimpático. El cambio al funcionamiento parasimpático ocurre por sí mismo, solamente cuando la persona deja de esforzarse por cambiar y permite al parasimpático tomar el control. Esto constituye el estado receptivo que ha sido estudiado por Wick (232). De acuerdo con ella, la receptividad es la característica del estado de hipnosis. La receptividad es uno de los tres estados de dirección transaccional, que son: influjo (receptividad), conciencia (actividad) y no-actividad (pasividad). Parece, por lo tanto, que la evaluación del funcionamiento del sistema nervioso autónomo puede proveer una medida objetiva de estos tres estados de dirección transaccional y, consecuentemente, de la hipnosis como un estado de funcionamiento parasimpático aumentado.

Por todo lo anterior, se puede ver la importancia de la definición de Orne, que también puede ser adoptada por la nueva hipnosis: La hipnosis es “el estado o condición en el que las sugerencias apropiadas producen distorsiones de percepción y de memoria” (174, pp. 18-19) (que Orne hace equivalente a fenómenos hipnóticos). Sarbin (190) definió a la hipnosis como un rol jugado con tal convicción que somete por completo al individuo. Si no comprendemos la definición de rol hecha por Sarbin como un esfuerzo consciente de parte del sujeto, su definición coincide ampliamente con la de Orne: “la inmersión en la creencia imaginativa” citado en Sarbin y Coe (191). La nueva hipnosis niega que las sugerencias apropiadas produzcan algo. La disposición del individuo a experimentarse a sí mismo/misma de manera diferente es lo que produce el cambio.

Una definición vivencial de hipnosis

Hay asuntos conceptuales, de hecho, que dividen las dos corrientes hacia la hipnosis entre profesionales. Pero sin atender a estos desacuerdos, parece claro que está justificado referirnos a la hipnosis como un estado en el que las facultades mentales críticas son temporalmente suspendidas y la persona utiliza principalmente imaginación o procesos de pensamiento primarios. El nivel de hipnosis, su profundidad, depende de qué tan involucrada se encuentre la persona con lo que se esté imaginando.

La analogía se acerca más a un intenso tipo de ensueño despierto que al sueño o al *no saber de sí*. Por lo tanto, cuando me dejo ir en un ensueño despierto dirigido a un objetivo, al grado de disociarme de mi realidad circundante y de involucrarme completamente en mi realidad interior, me encuentro en un estado alternativo de conciencia llamado hipnosis. A causa de este enfoque, considero muchas de las técnicas utilizadas por los terapeutas conductual cognitivos (ver Capítulo 3) como definitivamente hipnóticas en su naturaleza.

Como se puede ver, existen cuatro elementos en mi definición descriptiva. Primero, *dejarme ir* enfatiza los aspectos volitivo y cognitivo. En algunas ocasiones nos referimos a ellos como darme permiso, lo que presupone el estado mental positivo mencionado antes (CEAM). Dejarse ir significa confiar en las capacidades de

nuestra propia mente interna y del hipnotista con quien estamos trabajando. En algunos casos, como cuando la imaginación es mínima (ver la sección en este capítulo sobre Imaginación e Hipnosis), el principal factor operante en esta dinámica interna de dejarse ir es la confianza que el cliente siente por el clínico que está utilizando la hipnosis, en el caso de la autohipnosis, la confianza que la persona tiene en sus propios procesos inconscientes.

En la hipnosis clínica, en la mayoría de los casos, se requiere de un trabajo de equipo entre el terapeuta y el cliente. Las siglas CEAM que indican confianza, expectativas, actitudes y motivación son necesarias para la heterohipnosis. La confianza se refiere a la percepción que tiene el cliente del clínico como un ser humano decente y honesto y como profesional competente. Las expectativas deben ser realistas, por contraposición a milagrosas, buscando una experiencia interesante de aprendizaje de uno mismo y de enriquecimiento personal. Esto producirá una actitud de cooperación, no de desafío ni retardadora, lo cual da al cliente la motivación para aprender esta nueva forma de utilizar su mente y beneficiarse de ella.

El segundo elemento de mi definición es: ensueño despierto dirigido a una meta. Este punto toma en consideración la razón por la cual nos involucramos en esta actividad o las metas que se tienen para experimentar la hipnosis. En el caso de la terapia sexual, una persona se puede llegar a absorber tanto en fantasías eróticas que estos disparen el deseo de actividad sexual. Este método ha sido muy efectivo en casos de abulia sexual (6). Cuando una persona se absorbe espontáneamente en una intensa fantasía, también es hipnótico, pero no tiene una meta o propósito conscientes, elegidos por la persona. La idea de la fantasía dirigida a una meta enfatiza el aspecto de autocontrol de la hipnosis (125), esto es, el hecho de que yo decido utilizar la hipnosis con un propósito específico, a fin de obtener una meta específica.

El tercer punto es, la disociación de la realidad que me rodea. Se refiere a las consecuencias naturales de estar ocupado en las fantasías dirigidas a una meta. Mientras más absorbo se esté, menos preocupado se siente uno por las cosas inmediatas que nos rodean, esos estímulos del medio ambiente que distraen a la persona. La disociación, no es una manera de perder el control, sino una libertad disfrutable para dejar ir al medio ambiente y poderse concentrar en la realidad interior de uno mismo y experimentarla.

Y eso nos lleva al cuarto y último elemento de mi definición y quizá al más importante. Absorberme en mi realidad interior corresponde a la sana locura o locura constructiva de la hipnosis. Cuando me permito absorberme de ese modo en mi realidad interior, experimento todo tipo de fenómenos orientados a la no-realidad: no siento el dolor que hace unos minutos era real; me vuelvo un niño de cuatro años de edad y me experimento a mi mismo como el niño que fui hace muchos años; veo posible y atractivo algo que durante mucho tiempo me produjo miedo (cualquier actividad sexual); huelo el aroma de las flores que no están ahí, me veo a mi mismo, después pasado de peso... me puedo volver constructivamente loco.

La hipnosis, por lo tanto, ocurre cuando mis facultades críticas, mi lógica, mi pensamiento orientado a la realidad, son hechos a un lado y me sumerjo en un pensamiento similar a los dibujos animados, o en la imaginación, donde nada es imposible. **

Sugestionabilidad e hipnosis

¿Es la hipnosis lo mismo que la sugestión? Este debatido asunto divide a muchos autores que no distinguen entre los diferentes tipos de sugestión, esto es, las sugestiones ordinarias (“tome asiento, por favor”, “permítame su abrigo”, “pase por aquí”), las sugestiones no conscientes (bostezar, una melodía, diversos “trucos” de la industria publicitaria, tales como anuncios de licores para las personas que toman el transporte público en su camino a casa) y las sugestiones hipnóticas.

Las sugestiones hipnóticas son dadas a las personas (o a uno mismo) bajo hipnosis. Son recibidas directamente por la mente inconsciente solamente si son egosintónicas e idiosincráticas. Esta es la razón por la que las sugestiones hipnóticas no son ideas arbitrarias introducidas en una persona sin atender valores individuales, historia, cultura, convicciones religiosas, etc. Bernheim (35) nos advirtió sobre este punto crucial: Las sugestiones dadas en la hipnosis deben ser cortadas a la medida. La falta de éxito en la hipnosis es comúnmente el resultado de desatender estos principios básicos. Erickson (100) fue tan dramáticamente exitoso por su extrema sensibilidad a la unicidad de cada persona con la que trabajaba.

Las sugestiones hipnóticas deben activar recursos que la persona ya tiene, al menos en potencia. Bowers (40) lo dijo muy bien, son las

ideas que la persona escucha con el tercer oído. Por lo tanto, en lugar de confundir la hipnosis con la sugestionabilidad, debemos darnos cuenta que en la hipnosis la persona se vuelve más sugestionable o acepta mejor sugerencias que son idiosincráticas y egosintónicas. El fascinante experimento conducido por Evans (79), quien administró sugerencias a sujetos dormidos, comprobó que los mejores bajo hipnosis, aceptaban mejor las sugerencias administradas al dormir. Ya que las sugerencias dadas tenían que ver con la producción de sueños y el contenido de los mismos, respetaron la individualidad de la persona. Una de las mayores ventajas de utilizar la hipnosis en el trabajo clínico yace en el hecho de que en un estado de trance, se es libre de aceptar sugerencias positivas, sanas y constructivas sin la interferencia de intelectualizaciones, objeciones, excusas y racionalizaciones. Todos los investigadores y practicantes de la hipnosis aceptan que la sugestionabilidad se correlaciona con la hipnosis.

Imaginación e hipnosis

Todos los expertos están de acuerdo en que existe una alta correlación entre estas dos habilidades (112). Los sujetos que tienen buena imaginación, son buenos para la hipnosis. La nueva hipnosis subraya la necesidad de entrenar a aquellos que encuentran dificultades para utilizar su imaginación. Una vez que desarrollan la imaginación están listos para la hipnosis. Como todos los humanos físicamente saludables con una inteligencia promedio pueden aprender a hablar y leer, pueden también aprender a utilizar su imaginación y la hipnosis. El Capítulo 3 tratará más ampliamente el significado de la imaginación o imágenes mentales, señalando que yo no limito estas imágenes a fotografías mentales. Cualquiera de los sentidos internos activados para dar acceso a la información necesaria para decodificar las propias sensaciones, sean auditivas, kinestéticas, gustativas, olfatorias, o visuales, se acompañan con imágenes mentales o imaginación. *Imago* en latín significa reflejo o representación.

Para un ser humano saludable y normal, la imaginación es parte de sus atributos naturales y la hipnosis es un método por el cual la imaginación se puede utilizar de manera muy efectiva. Cuando la imaginación se utiliza efectivamente, la persona se encuentra bajo hipnosis, de acuerdo a mi definición vivencial presentada anteriormente. Sin em-

bargo, el uso de la imaginación puede ser muy sutil, ya que las imágenes, como ya se explicó, no tienen que ser necesariamente fotográficas.

Erickson fue indudablemente el maestro del trabajo indirecto. En varios de sus casos (77), logró utilizar la hipnosis sin imágenes, pero activando indirectamente otros sentidos y experiencias internas. En el caso de la mujer que planeaba convertirse en una profesional del arpa pero sufría de sudoración crónica en las palmas y dedos de sus manos, Erickson descubrió la conexión del síntoma sexual y trató ambos problemas, mediante procesos de comunicación de dos niveles, empleando imaginación auditiva cuando él sugería que ella escuchara en su mente su pieza musical favorita. Mientras que ella se concentraba concientemente en la música imaginaria, su mente interna capturaba las asociaciones sexuales de Erickson, como indica la siguiente cita (el énfasis es mío): “Estás en la posición para iniciar (pausa) el escuchar alguna parte (pausa) de esa (pausa) pieza musical... sólo escucha lentamente (pausa) y verdaderamente disfruta totalmente esa pieza musical... tu mente inconsciente comprenderá (pausa) cosas que tú no puedes comprender” (78, pp. 150-151). La hipótesis clínica de Erickson de un problema sexual escondido por un síntoma podría haber estado equivocada. Nada hubiera peligrado en tal caso, ya que la mente inconsciente de la cliente no habría hecho la corrección ni captado la implicación sexual. Su comunicación indirecta por medio de la música imaginaria escuchada por la cliente, se convirtió en una herramienta tanto diagnóstica como terapéutica para Erickson.

En la mayoría de los casos, la imaginación puede ser utilizada para iniciar un proceso inconsciente, como hizo Erickson con esa mujer. La imaginación puede también ser la actividad principal de la hipnosis: al imaginarse a sí misma curada, la persona puede realmente activar procesos inmunológicos que acelerarán la curación (145, 177). La imagen de una persona saludable hace que entren en acción fuerzas inconscientes que *producen* una persona saludable (176). Los libros populares de tenis mental o cualquier otro deporte utilizan básicamente estas técnicas (173).

¿Qué es la hipnosis?

Mi definición inicial, funcional más que estática, vivencial más que conceptual, facilita la comprensión de la comunicación con el

inconsciente. Cuando una persona se deja ir y se absorbe completamente en su realidad interior, suspende sus funciones críticas y mentales y entra en contacto con la riqueza de memorias, percepciones, experiencias, sabiduría, cosas aprendidas y recursos que usualmente permanecen inutilizados desconectados de la conciencia. Mientras que el individuo está en contacto con el inconsciente, se realizan nuevas conexiones psicológicas como en el caso de la arpista a la que le sudaban las manos. La realidad interior no se encuentra limitada a lo que uno comenzó de manera consciente. Una vez que la persona se ha absorbido completamente en su propia realidad interior por medio de la disociación temporal de los estímulos externos, el inconsciente puede tomar el control como cuando soñamos y continuar sus actividades en direcciones sorprendentes.

La hipnosis, entonces, es también un método para entrar en contacto con la propia mente inconsciente. Si las dificultades sexuales, como veremos más adelante, están relacionadas con el pensamiento inconsciente, la hipnosis se vuelve una intervención terapéutica que no puede ser desatendida por el terapeuta sexual. Pero debo subrayar que la nueva hipnosis no es del tipo tradicional, ritualizada, misteriosa y esotérica que hace sentir aprensión a la mayoría de la gente, incluyendo a los profesionales.

La nueva hipnosis enfatiza el autodomínio, más que el estar dormido; el aprendizaje afectivo o visceral, más que la obediencia a las sugerencias dadas por el hipnotista; la práctica de una habilidad, más que la experiencia aislada de un estado de trance producido durante las sesiones clínicas con el hipnotista (66).

No hay duda de que en la hipnosis la persona está en un estado mental diferente que cuando, por ejemplo, se encuentra pagando alguna cuenta o hablando con una persona de negocios sobre algún problema. Pero existe un estado mental diferente también cuando se está enojado o sexualmente excitado o asustado o físicamente enfermo o muy contento y entusiasmado por algo. El estado alternativo de conciencia en la hipnosis, diferente del estado ordinario de conciencia, está controlado por funciones parasimpáticas a diferencia del estado alternativo de conciencia de enojo inusual o de feliz entusiasmo. Mientras más control les permitimos a las funciones parasimpáticas, más experimentamos la hipnosis. Nos encontramos en un estado mental y fisiológicamente, diferente al estado en que nos encontramos

activamente, bajo el control simpático. Esta conciencia alternativa es la esencia de la hipnosis, la que muchos llaman trance. Mientras comprendamos que el trance no significa no saber de sí, la palabra es tan imperfecta y tan apropiada como la misma palabra hipnosis.

Los puntos de acuerdo entre las dos principales tendencias en la conceptualización actual de la hipnosis son muy importantes y elementales. Sin embargo, en un nivel práctico, la diferencia es muy vasta, considerando el nuevo énfasis en la autohipnosis y la habilidad práctica, por mencionar sólo un punto.

Los hipnotistas tradicionales no insisten en la autohipnosis tanto como los nuevos hipnólogos porque el principal punto de control para ellos es el hipnotista. En muchos casos, la autohipnosis se enseña hasta después de muchas sesiones con el hipnotista. La nueva hipnosis, por su lado, considera que el punto de control está en la persona y subraya la necesidad de practicar la autohipnosis desde el principio del tratamiento para hacerlo menos cansado. Comúnmente grabo en un audiotape lo que digo a la persona en hipnosis para que pueda practicarlo en casa hasta nuestra siguiente sesión. De hecho, toda la experiencia es casi siempre presentada como autohipnosis, no como de hipnosis, con la recomendación de que si no practica, no tendrá resultados.

Para resumir esta sección, definitivamente no tengo objeción en describir la hipnosis como un estado mental diferente a muchos otros estados mentales, incluyendo la conciencia ordinaria. Prefiero evitar el término trance por las posibles disociaciones en su interpretación especialmente en el trabajo clínico. En cuanto a la naturaleza de la hipnosis, la evidencia muestra que es un método para comunicarse con la mente inconsciente y disparar procesos psicológicos o mentales regulados inconscientemente. Es una manera de utilizar las actividades inconscientes en beneficio propio. En este sentido, es una manera diferente de experimentarse a uno mismo, comparado con la manera ordinaria orientada a la realidad del hemisferio izquierdo. Por esto, como fue mencionado en el inicio de este capítulo, la hipnosis es: un método para entrar en un estado mental diferente que nos permite experimentarnos como seres con un inconsciente con la habilidad de manipular intencionalmente esta riqueza personal interna. O como lo dijo Brown poniéndolo en términos de *unidades de conciencia*, en la hipnosis “existe una disociación de una unidad-universo completa de conciencia, que se aísla funcionalmente de casi todas las otras unidades de conciencia y de sus elementos constitutivos, asociados a

percepciones, recuerdos, juicios y asociaciones lógicas” (42, p. 277). Es fácil percibir en sus afirmaciones los ecos de la explicación neodisociativa de Hilgard (109, 110), que está íntimamente conectada con el tema de las sugerencias dentro y fuera de la hipnosis. Al interpretar la disociación como una cuestión de grados, demostró que muchas actividades disociadas ocurren fuera de la hipnosis; solamente cuando están ampliamente extendidas implican “un cambio total de estado” o hipnosis.

Una pregunta respecto a esta concepción de la hipnosis, se relaciona con las escalas de hipnotizabilidad. En la hipnosis vivencial, estas escalas ofrecen una medida uniforme necesaria para estudiar la hipnosis. El criterio de hipnotizabilidad se basa en la puntuación obtenida en las escalas. Pero en la hipnosis clínica, el tema real no es la hipnotizabilidad ya que sabemos que toda persona saludable, con inteligencia normal, puede utilizar la hipnosis. El tema es la habilidad del hipnotizador. Así el peso de la prueba recae sobre el clínico y no sobre el cliente. Por lo tanto, utilizar el mismo criterio de la hipnosis experimental en la hipnosis clínica, es limitar de manera innecesaria las posibilidades clínicas de la persona. Aún Weitzenhoffer (229), autor de las bien conocidas escalas de hipnotizabilidad, las está cuestionando.

La gente que sufre de disfunciones sexuales psicógenas no está utilizando sus cogniciones de manera adecuada. Está reforzando el problema con su pensamiento. Como se explicará en el Capítulo 3, la cognición se utiliza para abarcar todas las actividades mentales orientadas a la realidad involucradas en la evaluación, interpretación y planeación, no sólo de creencias, pensamientos e ideas, sino también de imágenes y sentimientos. Los clientes que necesitan una terapia sexual, como tal necesitan desesperadamente una nueva habilidad mental para aclarar muchas veces también sus pensamientos, para manipular su riqueza interna personal, para utilizar sus procesos mentales inconscientes en su propio beneficio. Cuando el terapeuta sexual agrega la hipnosis a su tratamiento, la efectividad de este último aumenta y la duración de la terapia se acorta (7).

La utilización de la hipnosis agrega la dimensión que faltaba a la terapia sexual tradicional, esto es, la variable interviniente del pensamiento del cliente. Este libro no sugiere el abandono de los ejercicios prescritos por Masters y Johnson, aboga por la persona o a la pareja que sufre disfunciones sexuales y por agregar a ellos la hipnosis, como se entiende en este libro.

Antes de proceder a estudiar más aspectos técnicos, es importante recordar que al mencionar hipnosis, siempre tengo en mente la idea de autohipnosis. En otras palabras, nunca utilizo la hipnosis sin enseñar al cliente a practicarla en casa, con el audiocasete hecho especialmente para él. Muchos expertos han afirmado una y otra vez que: La hipnosis es siempre autohipnosis, un concepto especialmente útil en la terapia sexual a fin de ayudar a los clientes a recuperar su dominio y control sobre un área de sus vidas que sienten que se ha ido más allá de su poder.

Inducción hipnótica

La nueva hipnosis resta importancia al ritual de inducción. Prefiere referirse a ésta como: armar las condiciones para la utilizar una habilidad (66) o pensar siguiendo instrucciones (26) o inducciones de entrenamiento (125).

Sin embargo, la inducción no puede ser tomada a la ligera. Es el proceso por medio del cual la persona de su forma habitual de utilizar su mente, pasa a la hipnosis. Como tal, usualmente comprende dos elementos, al menos para el cliente no iniciado. Estos elementos son: instrucciones sobre cómo es la hipnosis y alguna técnica para pasar de la manera tradicional de utilizar la mente, del pensamiento habitual, a la otra, en donde la persona se deja ir en un ensueño despierto dirigido hacia una meta y llega al extremo de disociarse de la realidad que la rodea y absorberse en su propia realidad interna. Esta es nuestra definición de hipnosis.

Cuando el cliente solicita hipnosis, explico que deberá meterse en un ensueño despierto dirigido a una meta, y así enfatizo el pensamiento vivencial como opuesto al pensamiento crítico y lógico. Esta explicación ayuda a evitar las concepciones erróneas que la persona pueda tener acerca de la hipnosis, basadas en la hipnosis de espectáculo. En ese momento puedo sugerir que el cliente imagine algo que le sea muy familiar, por ejemplo su dormitorio. Si la persona no es capaz de visualizar su dormitorio, puedo preguntarle si puede recordar algún olor relacionado con su dormitorio, cualquier sensación asociada con su dormitorio, cualquier sonido que venga a la memoria al pensar en su dormitorio. Este acercamiento sigue el enfoque de

Bandler y Grinder (18) sobre nuestros sistemas representacionales internos, como se explicara posteriormente. Cuando la persona responde positivamente a uno de estos sentidos internos, como por ejemplo asociando los olores con su dormitorio, se le anima para que trate de hacer esa representación olfativa interna más clara y precisa. Entonces, utilizando el principio de superposición, se le invita a que imagine el origen de ese olor y, si aún así es incapaz de visualizarlo, entonces lo invitamos a tocarlo o sentirlo con las manos o cualquier otra parte de su cuerpo. De este modo, se le proporciona a la persona la oportunidad de darse cuenta de lo que es el pensamiento vivencial contrapuesto al pensamiento lógico, crítico, racional. También de este modo se instruye para ampliar sus experiencias internas pasando lentamente de sus sistemas representacionales preferidos, como en el caso anterior, del olfato a otros canales de la realidad interior. Para repetir, si la persona es preferentemente auditiva, por ejemplo, se introducen otros sentidos internos, tacto, olfato, visión, gusto, a fin de hacer la hipnosis más vívida y efectiva. Por lo tanto, se superponen nuevos sistemas representacionales sobre el favorito de la persona. (Incidentalmente, muchos de los hipnotistas tradicionales han enfatizado la importancia de involucrar tantos sentidos internos como sea posible en la experiencia hipnótica y recomiendan técnicas para lograr una imaginación vívida) (228).

Todo lo anterior es parte de la preparación para la hipnosis, de las instrucciones dadas al candidato para obtener beneficios de ella. Una vez que la persona ha logrado utilizar su imaginación en la manera descrita anteriormente, la práctica de la hipnosis es una extensión de esa preparación. Se puede iniciar sugiriendo una posición relajada y cómoda, cerrar los ojos y escuchar la voz del hipnoterapeuta. Se puede sugerir poner atención en la respiración o comenzar de inmediato con la representación interna de una escena agradable y segura.

¿Qué hay de esas cosas como concentrarse en una mano a fin de que la persona pueda sentir la mano muy ligera y que ésta se eleve espontáneamente? Esta inducción tradicional y otras, como presentar un péndulo brillante, oscilante, frente a los ojos de la persona, pueden ayudar, especialmente con quienes consideran que esas acciones forman parte de la hipnosis. Pero no son necesarias. De hecho, las encuentro contraproducentes en la mayoría de los casos, porque al utilizarlas uno transmite el mensaje de que existe algo misterioso en la hipnosis y de que el hipnotista tiene un poder sobre esa persona.

No me parece útil tomar mucho tiempo en explicaciones a menos que el cliente parezca tener concepciones erróneas acerca de la hipnosis. Mientras más pronto pueda llegar a la parte vivencial, a las actividades no críticas, más efectivo me parece el proceso. Para mí, la inducción es muy literal. Es, guiar al cliente hacia un estado de conciencia diferente a la conciencia crítica, intelectual, racional con lo que la persona está familiarizada. Este nuevo estado de conciencia se logra inductivamente, partiendo de muestras de la conducta del cliente hasta llegar a su manera general de pensar. Las muestras específicas de la conducta del cliente son, por ejemplo, elección inconsciente de palabras y frases que son distintas a su preferencia por un canal sensorial, gestos, expresiones faciales, velocidad de la respiración, cualquier movimiento ligero. Puedo sugerir que la persona se haga consciente de tal comportamiento y utilizarlo de la manera descrita más adelante en el Capítulo 6 (Objeciones). Por medio de estos comportamientos los clientes encuentran su realidad alternativa. Yo no se las impongo. Ni siquiera contamina su estado alternativo de conciencia al imponer mi propia técnica de inducción. Por el contrario, observo a los clientes detenidamente y los llevo cuidadosamente, encontrándolos en donde están y llevándolos hacia una experiencia interna más rica.

Por lo tanto, la inducción para mí no es una técnica formal. Sé que estoy utilizando una inducción porque estoy utilizando una parte de la conducta del cliente para llegar al modelo único de pensamiento de este ser humano único, respetando su marco de referencia individual. Pero no tengo que anunciar la hipnosis y proceder con una inducción.

En la práctica, la inducción significa la sensibilidad del clínico respecto del mundo existencial del cliente, para que éste pueda evaluar su disponibilidad para el trance (78). Si consideramos la investigación en el ciclo ultradiano (107), puede ser que los humanos estén especialmente disponibles para un trance cada 90 minutos aproximadamente. La tarea del clínico será detectar los signos externos de este ritmo, que hasta recientemente se consideraba que ocurrían solamente al dormir, correlacionados con el MOR y los sueños.

Por lo tanto, la hipnotizabilidad es un hecho más que una pregunta. La verdadera pregunta concierne al momento preciso para experimentar la hipnosis. Hablo acerca del concepto del ciclo ultradiano con los clientes que no parecen tener éxito rápidamente, para animarlos a practicar en casa a fin de descubrir cuándo están más

disponibles para el trance. Habiendo hecho esto con más de 50 clientes, todos ellos con cuidadosos expedientes, estoy convencido de la existencia de momentos especiales para la hipnosis, como los llamó un cliente. En lugar de buscar el momento adecuado, se da una cuenta de las señales de este breve período de reposo que ocurre más o menos cada 90 minutos. Cuando se dan distracciones de la atención, cansancio, hambre, inquietud, conciencia de los cambios de temperatura, ensueños despiertos espontáneos, y similares. Hiatt y Kripke han medido los cambios psicológicos que ocurren en esos intervalos de 90 minutos.

Este fascinante descubrimiento del ciclo ultradiano no debiera llevarnos a creer que la gente no está disponible para entrar en trance también en otros períodos. Lo que parece significar el patrón ultradiano es que en esos momentos el organismo recibe gustoso la oportunidad de entrar en un estado alternativo de conciencia con más disposición que en otro momento.

¿Hipnotizabilidad o habilidad para hipnotizar?

Este es, quizás, el más acalorado punto de controversia entre las dos tendencias en la concepción actual de la hipnosis. Todos los hipnotistas tradicionales insisten en la necesidad de establecer o evaluar la hipnotizabilidad. ¿Esta persona es buen sujeto para la hipnosis, o no? es una pregunta importante para ellos. Los nuevos hipnotistas consideran que cualquier persona normalmente inteligente con CEAM puede ser entrenada para convertirse en un candidato hipnótico y puede aprender a utilizar la hipnosis. La evidencia mencionada en la primera sección de este capítulo confirma la hipótesis inicial propuesta por Diamond (63) de que la capacidad de respuesta a la hipnosis puede ser modificada por medio de diversos métodos.

En lugar de pensar en la susceptibilidad a la hipnosis o hipnotizabilidad como un rasgo especial de la personalidad, lo podemos considerar una habilidad potencial en todo individuo saludable, que puede ser desarrollada por medio de la práctica apropiada. Esto es un enfoque radical para muchos tradicionales, quienes sostienen que esta posición confunde una estrategia de tratamiento con la hipnotizabilidad, o la habilidad de la sugestión con la hipnosis. El hecho es, como ha demostrado Barber (22), que estamos tratando con concep-

tos, interpretaciones y abstracciones para comprender una experiencia que, en el análisis final, es esencialmente subjetiva.

La controversia acerca de la modificación de la hipnotizabilidad ha estado muy viva durante los últimos años. Pero pocas veces recuerdan los autores citar a Weitzenhoffer (228), quien hace ya un cuarto de siglo escribió: “Durante mucho tiempo se ha creído que mientras más se utilice a un individuo en experimentos hipnóticos, llega a ser mejor candidato para la hipnosis. Erickson encuentra que los sujetos que han experimentado la hipnosis muchas veces a lo largo de un período prolongado produciendo una gran variedad de fenómenos hipnóticos, son con mucho los mejores sujetos. El observa este fenómeno como un proceso de aprendizaje en el que el sujeto aprende a operar con mayor efectividad en estado hipnótico. Aquellos sujetos que no poseen tal experiencia, pueden aprender sistemáticamente varios tipos de conducta hipnótica” (228, p. 271).

Esta es una afirmación por demás interesante ya que abre la posibilidad del entrenamiento hipnótico. La idea de Erickson acerca de incrementar la hipnotizabilidad por medio de la práctica es tomada de manera suficientemente seria por Weitzenhoffer como para comentar acerca de ella. Pero sólo muchos años más tarde, principalmente en los años setentas, éste ha sido tratado con el rigor científico que merece.

Ya que estamos hablando de la hipnosis en la práctica de la terapia sexual, parece ser que la hipnotizabilidad, como un rasgo relativamente estable de la personalidad, es un tema debatible. Los clientes deberían ser alentados a utilizar los sistemas representacionales internos, y por este medio llegar a ese estado mental en que los cambios en valores, creencias y percepciones son posibles.

Si se considera la hipnosis como un estado alternativo de alerta o de conciencia natural, cualquier persona con CEAM (confianza, expectativas, actitudes, motivación) puede ser un buen candidato. La tarea del terapeuta es poner mucha atención a las claves ofrecidas por el cliente a fin de detectar sus sistemas representacionales. Hacerlos buenos sujetos hipnóticos consistirá en observar y acompañar al cliente a su paso comenzando con sus sistemas representacionales, ayudándolo a activar otros sentidos internos. Entonces el aumento de su absorción en su realidad interior, disminuye y debilita su conexión con los estímulos externos. Su conciencia ha cambiado, ha sido alterada; se encuentran en un estado alternativo de conciencia.

Los tradicionales, aún rechazan lo que se sabe en la actualidad respecto a que cualquier persona normal, de inteligencia promedio se le puede enseñar a experimentar la hipnosis. Tal vez el asunto de la hipnotizabilidad debiera ser cambiado a fin de cuestionar la habilidad del clínico para utilizar la hipnosis de modo adecuado. Deberíamos hablar de la habilidad de hipnotizar, que es quizá lo que le faltó a Freud (99) y por lo cual sus seguidores, como grupo, sintieron incomodidad con la hipnosis.

Profundidad de la hipnosis

Existe el peligro de entrar en confusión cuando la analogía se toma como la realidad a la que se refiere. En la hipnosis, algunos toman el rasgo de la hipnotizabilidad, o la profundidad de la hipnosis, como si fuera la verdad final, en lugar de darse cuenta de que se hace un esfuerzo inadecuado por describir una experiencia subjetiva y única. Tal vez debiéramos cambiar en su totalidad el lenguaje de la hipnosis y hablar por ejemplo, acerca de la altura hipnótica, en lugar de profundidad, del supraconsciente, en lugar del inconsciente. De hecho, con algunos pacientes he utilizado, a propósito, algunas expresiones como supraconsciente o llegar más alto dentro de la hipnosis, y otras, con el mismo éxito que con las palabras tradicionales.

A pesar de muchos argumentos de la fracción conservadora en la hipnosis, Tart (215) aporta una buena evidencia para preferir autoreporte, en informes de profundidad, más que cualquiera otra evaluación más objetiva. En la práctica clínica, mientras más se permite una persona dejarse ir en un ensueño dirigido a una meta y más allá, como vimos anteriormente, más profunda será su experiencia bajo hipnosis. En la terapia sexual especialmente, el elemento terapéutico más importante es el cambio en los conocimientos del cliente obtenidos por medio de la recién aprendida habilidad de la hipnosis. Aún en los así llamados estados ligeros de hipnosis, los clientes obtienen beneficios terapéuticos al utilizar sus mentes constructivamente, positivamente, llenando sus pensamientos con imágenes autoafirmantes y dándose a sí mismos sugerencias benéficas.

La confusión entre la hipnosis vivencial y clínica aparece de nuevo en el tema de la profundidad, así como en el asunto de la hipnotizabilidad. Ambos conceptos son útiles e incluso necesarios en

el estudio de la hipnosis, pero no en la aplicación de ésta con propósitos terapéuticos.

Ilustración de un caso

El profesional debería aprender tanto como sea posible acerca de la hipnosis, pero, al aplicarla en un cliente, debería utilizarla de modo natural, como parte de la comunicación, sin explicaciones complicadas, que frecuentemente confunden y asustan al cliente. Puede ser que sea conveniente una ilustración de esto.

Juan es un hombre de 30 años de edad, casado desde hace tres años con una buena y cariñosa relación con su esposa, quien se queja de la disfunción eréctil de éste. El tiene una erección fuerte al comenzar a hacer el amor, pero la pierde a los pocos minutos y ya no puede obtener una nueva erección. Después de cerciorarme de que no era un problema médico y ya que mi método preferencial de comunicación terapéutica es la hipnosis, me encontré con varias opciones. Ilustraré ahora, una de éstas.

La información obtenida hasta este momento es suficiente para proceder hipnóticamente. Le pido como primer paso, experimentarse a sí mismo en su mente teniendo esa dificultad sexual, meterse en la frustración y cualquier otro sentimiento que él experimente normalmente. Me aseguro de que está reviviendo su problema. Cuando su rostro, la tensión general de su cuerpo, su respiración y su propio informe me indican que está completamente reviviendo su dificultad sexual, le interrumpo (paso dos) y le pido que piense en una situación, no necesariamente sexual que sea completamente opuesta a la primera, una situación que tenga la capacidad de disfrutar, de estar seguro de sí mismo, de actuar óptimamente. Le animo a incrementar todos los sentimientos buenos, positivos, generados por esa situación. Entonces, (paso tres) le pido que transfiera todos estos sentimientos buenos a la situación sexual. Repito esta transferencia tantas veces como sea necesario para lograr la nueva imagen del sexo con placer y sin preocupaciones. En otras palabras, los sentimientos positivos pueden corregir la imagen mental de esta insuficiencia sexual y volver así, su sexo mental placentero y divertido.

Esta ilustración esquemática es suficiente para subrayar el punto que estoy tratando de establecer: que para utilizar la hipnosis no se

tiene que anunciar la hipnosis. Si la hipnosis es el estado mental en que uno suspende las funciones de sus facultades críticas y se involucra en el pensamiento vivencial, la descripción anterior es toda hipnosis. Juan cambia su estado de conciencia al realizar este ejercicio. Con mi ayuda descubre un nuevo recurso mental que no estaba utilizando antes. Al hacerlo, se está programando para tener éxito, para disfrutar, para actuar naturalmente y sin preocupación. Mientras más podemos él y yo enfocarnos en este nuevo programa, más débil se vuelve el antiguo. Una vez que él ha aprendido esta técnica conmigo, se anima a practicarla sólo, muchas veces, a sumergirse realmente en los buenos sentimientos de la imagen mental positiva. El resultado, como indican los datos recientes, es un contundente éxito (25).

El uso de la hipnosis sin anunciarla era una de las notables características únicas de Erickson durante sus últimos años. Esto es justificado porque toda comunicación profundamente humana es hipnosis. Por ejemplo, cuando me cuenta usted, con todo detalle lo que le ocurrió en su último viaje a Europa, usted está empeñado en cambiar mi conciencia. Está usted tratando de situarme en un estado alternativo de conciencia a fin de que yo pueda experimentar en mi mente lo que usted experimentó en su viaje. Me está induciendo hacia un nuevo estado de conciencia en mí mismo. Si tiene éxito, mi percepción de la realidad externa a mi alrededor se debilita temporalmente mientras yo comparto su realidad. Su realidad se vuelve temporalmente capital para mí.

El antiguo arte hipnótico de la narración ha sido considerado durante siglos como efectivo en tanto que transporta a una audiencia a una realidad diferente. El cuento permite a quienes escuchan dejar atrás las preocupaciones de una existencia monótona. La historia se vuelve real y la realidad circundante remota y poco importante, al menos por un rato.

De un modo más activo, un completo compromiso sexual es hipnótico en cuanto que uno está absorto en la experiencia, como señaló Mosher (171). Mientras que la realidad sexual se prolonga, la orientación ordinaria hacia preocupaciones mundanas se debilita.

En otras palabras, mi absorción mental se vuelva mi realidad. *Cogito, ergo sum*, en latín lo que pienso es lo que soy, ó como lo dijo Bach (15), magnetizamos en nuestras vidas lo que existe en nuestros pensamientos. ¡La hipnosis en su máximo! Cambiamos externamente por medio de nuestros conocimientos.

Hipnosis clínica y experimental

Todo lo anterior enfatiza la necesidad de que el experto clínico actúe naturalmente, de manera no ritualista. Sin atender a los parámetros utilizados por el investigador para establecer la presencia de la hipnosis, el clínico puede utilizar los mecanismos básicos de la hipnosis a fin de ayudar a la gente a cambiar. El investigador debe medir los resultados con exactitud matemática; el clínico los mide en base a resultados individuales y cualitativos. En la investigación, los efectos hipnóticos son las variables dependientes; para el clínico, las únicas variables dependientes válidas son todo lo que ocurre después de la hipnosis, esto es, los resultados obtenidos en la vida de la persona. Así que en el caso de Juan, el hecho de que él cambió después de la hipnosis y fue capaz de disfrutar lo que antes había sido fuente de ansiedad, es la prueba más importante de que sí hubo hipnosis y de que funcionó. La prueba empírica solicitada por el clínico es diferente de la del investigador. Recientemente ha surgido confusión cuando, a causa de la demanda de consumo y la mayor conciencia de la cuantificación, los clínicos trataron de volverse investigadores cuantitativos y hacer ambas cosas simultáneamente.

La prueba final de cualquier terapia es su resultado a largo plazo. Muchos clínicos, como yo, que no utilizamos la hipnosis inicialmente, hemos descubierto que los clientes cambian más rápidamente y de manera más radical con esta nueva herramienta y los cambios tienen una mayor duración. Sin atender los asuntos teóricos, cuando un clínico ve que la hipnosis funciona, considera valiosa su intervención. Para la mayoría de los clínicos, y muchos de nosotros que somos conversos de otros acercamientos o escuelas teóricas, la comparación del propio trabajo terapéutico antes y después de practicar la hipnosis, es un argumento suficientemente fuerte a su favor. Más clientes han sido ayudados de manera más rápida y con efectos más duraderos con la hipnosis que antes de que yo la utilizara. Aún más, el trabajo clínico se ha vuelto más estimulante, más creativo, más variado. Así que la hipnosis beneficia no sólo al cliente, sino también al clínico. Estas grandes afirmaciones en favor de la hipnosis clínica deben de ser comprobadas. Pero como señala Lieberman en un documento que debería ser leído y releído por todos los hipnotistas serios, es difícil dar validez a las afirmaciones si el método que utilizamos para encon-

trar evidencia es inadecuado. Lieberman se queja del método experimental en sí, un acto herético por el que muchos, situarían al autor entre los rechazados. Entre otros puntos muy importantes, Lieberman menciona....”la duda de si tenemos derecho a generalizar las conclusiones de experimentos de laboratorio realizado en alumnos universitarios con una inducción convencional grabada a todas las inducciones hipnóticas realizadas en distintas situaciones” (147 p. 64). Esto por sí mismo lo hace a uno dudar de la metodología de investigación en las ciencias sociales en general y en la hipnosis en particular, especialmente en un momento en el que la literatura actual muestra una creciente conciencia sobre el hecho de que los paradigmas de grandes grupos de investigación imitan a los métodos de las ciencias físicas, que muy pocas veces son aplicables a la investigación clínica. Por ejemplo, el modelo de investigación N=1 (estudio de caso) está recuperando su respetabilidad científica tras décadas de reconocimiento marginal porque puede responder las dudas de las investigaciones de la vida real que son hechas en nuestro trabajo cotidiano, directo con individuos y clientes, no con estudiantes.

Aunque ambos tipos de investigación son científicos, es decir, preocupados por la validación, objetividad y utilización de la información, el foco central de la investigación clínica es (¿debería ser?) sobre el crecimiento y desarrollo del individuo, mientras que el foco central de la investigación experimental es sobre el desenvolvimiento medio de una población dada. Este último paradigma no considera la conducta individual como regulada y sistemática, y la trata como una variación de un evento al azar. Por ejemplo, mientras que el desenvolvimiento medio de una muestra puede mejorar con la hipnosis, algunos individuos dentro de ese conjunto pueden mostrar un deterioro. Típicamente, el experimentador está interesado en una muestra, pero el clínico está interesado en los individuos que no encajan dentro de una o dos desviaciones estándar de la media. Puede también ocurrir que un puñado de sujetos dentro de un grupo expuesto a la hipnosis por, digamos, disfunciones sexuales, muestre mejorías drásticas, produciendo así un cambio estadísticamente significativo en todo el grupo experimental, que sesga los resultados y, consecuentemente, distorsiona el efecto real del procedimiento.

Los resultados reportados para el grupo no explicarían nada sobre un individuo en particular, siendo casi inútiles para el clínico. De hecho, esta información puede incluso ser dañina si el clínico tratase

al individuo que no responde de acuerdo a los resultados de la investigación como anormal o desviado de la norma.

Apegarse obstinadamente a los diseños experimentales tradicionales es ignorar paradigmas actuales de investigación en las ciencias sociales, tales como diseños intensivos, SSR (Same Subject Research) o Investigación sobre el Mismo Sujeto, MBM (Multiple Baseline Methods) ó Métodos de Base Múltiple, estudios de casos empíricos, series de tiempos interrumpidas y muchos otros.

De acuerdo con lo anterior, lo que estoy informando acerca de la hipnosis se basa en mi experiencia clínica. Cada caso, sin duda, debe ser tratado idiosincráticamente, pero hay reglas generales de comunicación que deben ser utilizadas a fin de conseguir que ocurra la comunicación, así como no podemos violar reglas físicas impunemente y después asombrarnos por los resultados negativos. Las reglas a las que nos referimos tienen que ver con la manera en la que opera nuestra mente, como indicamos en las secciones anteriores.

Para mí, una de las reglas más importantes que debemos tener en mente es que no toda la gente piensa de la misma manera. El clínico debe estar al tanto de los sistemas representacionales preferidos por el cliente.

Efectividad de la hipnosis en terapia sexual

Si los conocimientos erróneos son una variable independiente que provocan casi todas las disfunciones psicógenas sexuales, el método terapéutico por medio del cual esto puede ser alterado, debería ser bien recibido. Sin embargo, es difícil reunir evidencia que pruebe la efectividad de la hipnosis en terapia sexual porque la mayoría de los informes son casos de estudio sin control de variables del sujeto (edad, terapia previa, religión, etc.), sin procedimientos de medición válidos y confiables y, normalmente carentes de una descripción cuidadosa del programa terapéutico utilizado. Brown y Chaves (43) revisaron 26 informes anecdóticos. Desgraciadamente, buscaron el tipo de evidencia que se puede encontrar en estudios experimentales. Una de sus quejas, por ejemplo, es que ninguno de los informes estudiados aísla la hipnosis como una variable independiente, no contaminada por otras posibles variables independientes. ¿Se puede

hacer esto en el trabajo clínico? Mis comentarios de la sección previa se vuelven de nuevo relevantes aquí. Como concluyen Brown y Chaves, la hipnoterapia, contrasta con la hipnosis experimental, no es un área fácil de investigar, si para investigar nos limitamos al método estrictamente cuantitativo.

La impresionante lista de clínicos que han informado de la utilización exitosa de la hipnosis en disfunciones sexuales puede alentar al practicante preocupado, a utilizar este método en su práctica, especialmente en los casos en que no ha tenido mucho éxito con otros tratamientos.

La medición de los resultados en la psicoterapia es una necesidad. Debemos conocer los efectos que nuestros métodos de intervención producen en diferentes circunstancias. Pero parece existir una creciente confusión en cuanto a las herramientas utilizadas para la medición de los resultados de la psicoterapia. Por ejemplo, la demanda de grupos control puede ser una imposibilidad en la práctica clínica, al menos con la exactitud obtenida en el laboratorio. Lo mismo podemos decir del aislamiento de la hipnosis como una variable independiente.

Mi argumento a favor de utilizar la hipnosis en terapia sexual se basa en diversos hechos importantes, algunos ya mencionados. Primero, se logra el control cognitivo; segundo, se consigue la relajación de la ansiedad y el estrés; tercero, se hace conciencia de la importancia de que nuestros propios pensamientos puedan ser utilizados para mejorar nuestra situación; cuarto, se utiliza la imaginación positiva para el beneficio propio; quinto, se liberan a los procesos fisiológicos naturales para que funcionen normalmente; sexto, la persona adquiere una nueva habilidad mental de autocontrol sobre sus propios pensamientos, la visión del propio pasado y su funcionamiento físico.

Es un hecho bien conocido por los clínicos hipnólogos que estos beneficios se generalizan a otras áreas de funcionamiento.

Sucede que una persona informa al clínico que ha practicado su nueva habilidad en la silla del dentista, en una situación que anteriormente era causa de ansiedad.

¿Cuánto duran estos beneficios? Una vez más, el consenso de quienes estamos familiarizados con la hipnosis clínica es que los clientes que han aprendido a utilizarla, lo hacen al menos esporádicamente muchos meses y años después de su experiencia clínica.

Estos hechos no pueden ser negados en base a que no tengan validación científica. Probar la realidad es también una manera de llegar al conocimiento. Y la realidad de muchos clínicos que utilizan la hipnosis no puede ser tomada a la ligera.

Una de las frustraciones de la terapia sexual tradicional han sido las parejas que no hacen los ejercicios que les prescriben o que los hacen a medias. La hipnosis en terapia sexual agrega una nueva dimensión que armoniza el ensayo de los comportamientos con una nueva actitud mental.

Los comentarios anteriores no implican de modo alguno que debiéramos dejar de intentar validar y objetivizar la información pertinente a la efectividad de la hipnosis en terapia sexual. Por el contrario, todo clínico podría contribuir con esta meta tomando registros cuidadosos de lo que ha hecho con cada cliente en particular. Y, una vez más, la diferencia entre el experimentador y el clínico es que el último no puede permanecer inflexible a su plan inicial y, en una respuesta sensible a las necesidades de su cliente, debe introducir nuevas variables independientes en el transcurso del tratamiento. Esto, obviamente, es anatema en el laboratorio, pero en el consultorio es un procedimiento muy frecuente. No hacerlo sería ignorar la primera regla del trabajo clínico, ayudar al cliente de manera efectiva.

Objeciones

Muchos de los hipnólogos tradicionales consideran que un enfoque como el mío es confuso, porque es menos exacto en cuestiones importantes para ellos, ya que, los niveles de profundidad son medidos con menos cuidados ya que se lleva a cabo por autoreportes; se trata con menos cuidado asuntos como la hipnotizabilidad, puntuaciones para determinar la hipnosis, el estado de trance vs. el estado de no trance, y algunos otros similares.

Tal vez la diferencia se origina en la historia de la hipnosis misma. La escuela Tradicional se ubicaba en la tendencia principal de la psiquiatría con su incesante énfasis en la psicopatología, las aflicciones mentales y la enfermedad. Primero, Charcot (el maestro de Freud y una de las grandes figuras de la psiquiatría) y Janet, ambos pertenecientes a la escuela de hipnosis de la Salpêtrière, explicaron el

fenómeno en términos de psicopatología. Janet hablaba de disociación como un síntoma de histeria. A mediados del siglo XIX ésta era la corriente más fuerte de la hipnosis. Al mismo tiempo, en la ciudad francesa de Nancy, Bernheim y Liébeault desarrollaban una comprensión no patológica de la hipnosis. Subrayaron la sugestionabilidad como el poder mental de transformar una idea en un acto y la hipnosis como un estado especial que eleva la susceptibilidad a las sugestiones.

La escuela de Nancy acentuaba la salud y el funcionamiento mental normal; la escuela de la Salpêtrière pone énfasis en la patología. Desarrollos posteriores situaron a la hipnosis en la tradición de la Salpêtrière. Y sólo recientemente se ha movido el péndulo hacia el otro lado, considerando a la hipnosis en términos de autodesarrollo, enriquecimiento personal e intensificación de los aspectos saludables del ser humano, en lugar de enfocarse en la patología, para curarla.

Desde el punto de vista de este libro, con orientación clínica, muchas han sido las contribuciones de la escuela tradicional en este campo, escuela que sigue a Janet y a Charcot aunque la mayoría de los usos clínicos de la hipnosis corresponden más a la línea de la escuela de Nancy, de Bernheim y Liébeault.

Resumen

A pesar de que he estado escribiendo sobre escuelas de hipnosis, ésta es sólo una designación pragmática. Existe el respeto mutuo entre ambos grupos. De hecho, las dos sociedades profesionales de hipnosis en los Estados Unidos publican contribuciones de ambas corrientes de pensamiento y sus puntos de desacuerdo originan argumentos que benefician a la hipnosis.

Arriesgándome a ser repetitivo, debe ser subrayado que el aprendizaje de la hipnosis es esencial a fin de ser capaces de practicar la hipnoterapia de manera efectiva. En este aprendizaje, se deben dominar las técnicas de inducción, así como las técnicas de profundización, los métodos para realizar sugestiones hipnóticas, etc. Pero todo esto es como las reglas en un documento después de aprender a escribirlo, dejan de ser necesarias; o como las rueditas de entrenamiento en la bicicleta de un niño, el niño está ansioso por deshacerse

de ellas tan pronto como haya dominado esa habilidad. Mi acercamiento a la hipnosis es naturalista (78), evito tanta artificialidad como sea posible, siempre parto de la realidad del cliente y su sistema mental para representar esa realidad.

La conciencia sensorial y somática es para mí la manera más natural de ayudar a una persona a cambiar su percepción. Puedo comenzar simplemente por pedir al cliente que tome conciencia de cualquier sensación corporal aquí y ahora, para ver si después alguna parte suya puede aumentar estas sensaciones, para que sirvan de puente y le lleven a cualquier punto de su pasado relacionado de alguna manera con el problema presente. Si surge algo, y normalmente esta conciencia corporal lleva a material significativo, trabajamos sobre eso como explicaré en capítulos posteriores. Si nada ocurre, sugiero alguna alteración somática, tal como elevar ambos brazos, o cambiar su posición en el asiento, o tensar el cuerpo completamente, o sólo una parte de él, antes de introducir el concepto del puente.

Resumiendo, una manera de utilizar la hipnosis sin anunciarla al cliente puede ser siguiendo los pasos mencionados en el párrafo anterior y que sintetizo a continuación:

Primero: Hacerse consciente de cualquier sensación (o cambiar las sensaciones corporales artificialmente a fin de hacerse consciente de cualquiera de ellas).

Segundo: Intensificar esa conciencia, esas sensaciones.

Tercero: Permitir a esas sensaciones actuar como un puente para llevarle a algo relacionado con su problema. En caso de dolor, se debe obviamente alterar este procedimiento, y buscar cualquier alivio o sensación agradable del pasado reciente. Después pido a la persona que se concentre en ese sentimiento positivo, para incrementarlo al experimentarse en un lugar hermoso, agradable y saludable. Una vez que se obtienen esos sentimientos de bienestar, continúo con la técnica del puente.

Lutzker (154), quien utiliza la hipnosis en una unidad de quemaduras en un hospital de un condado, se muestra de acuerdo con la idea de buscar sensaciones positivas.

De este modo, toda persona normal es hipnotizable y el grado de hipnotizabilidad se vuelve irrelevante. Yo trabajo con los procesos actuales inconscientes de la persona y, consecuentemente, la profun-

didad de la hipnosis deja de ser importante. Me veo como un maestro que le está enseñando a un cliente nuevas maneras de utilizar su mente, de manipular sus procesos inconscientes en su beneficio.

La presencia de CEAM (confianza, expectativas, actitudes, motivación) es para mí más importante que la presencia de mi entendimiento intelectual claro y detallado del problema de la persona. Una vez que me cerciuro de la existencia de CEAM, puedo proceder y toda la información surgida a través de los hechos, aunque suene herético para muchos psicoterapeutas, no será necesaria en lo absoluto. Este acercamiento a la terapia sexual enfocada al proceso, será explicado más tarde. Como dije antes, insisto también en la necesidad de practicar estos ejercicios aprendidos en el consultorio y con frecuencia doy a los clientes una grabación hecha especialmente para ellos a fin de que puedan practicar con ella hasta que nos veamos de nuevo.

Finalmente, mi terapia es tan estructurada como puede ser, a fin de que transcurra limpia y con tranquilidad. A muchos terapeutas les desagrada la terapia estructurada: Objetan que se puede perder la espontaneidad, que es artificial y deshumanizante. Todas estas objeciones son romanticismos ingenuos de la terapia. Hasta el mejor músico está altamente estructurado y, gracias a ello, puede ser creativo, espontáneo y único. El lenguaje está muy estructurado: no podemos utilizar arbitrariamente palabras en el orden creativo que deseemos, desatendiendo la sintaxis, si deseamos transmitir algún significado por medio de las palabras. Así es también con la hipnoterapia: mientras más estructurada esté, más efectiva será; mientras más claro tenga el terapeuta en su mente los pasos a seguir, más rápidamente se obtendrán los beneficios y serán mas duraderos.

Pero es esencial que el hipnoterapeuta se vea a sí mismo primero que nada, como un clínico, no como investigador o experimentador. Su principal preocupación debería ser la aplicación y el uso de la hipnosis con propósitos clínicos, y no el estudio de la hipnosis. Confundir esas dos metas e intereses al realizar la hipnoterapia produce mala investigación y peor terapia resultando en el perjuicio del cliente. Esos dos sombreros se deben usar en diferentes momentos y lugares.

Los siguientes capítulos se adentrarán en el desarrollo histórico de la hipnosis dentro de la terapia sexual y considerarán las raíces teóricas que validan este acercamiento, aduciendo la evidencia para utilizar tanto la hipnosis como la terapia sexual en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

Notas

- * Por ningún motivo intento decir que todos los estados simpáticos son positivos y placenteros. Algunos de ellos llegan a ser negativos y desagradables, como en el caso de la apatía, la pasividad emocional y otras formas de depresión.
- ** Esto, incidentalmente, es uno de los peligros reales de la hipnosis y es un área en donde se pueden llevar a cabo diversos abusos: una persona puede utilizar la hipnosis para escapar de la realidad externa al extremo de evadir sus obligaciones o responsabilidades, o una persona puede absorberse tanto en la hipnosis que permanece en su mundo interior, negando el exterior. La psicosis, desde este punto de vista, es el extremo de la autohipnosis negativa.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para observar el desarrollo de la hipnosis y la terapia sexual, se requiere un doble enfoque, es decir: verlas desde el campo de la terapia sexual y desde el campo de la hipnosis. En este capítulo, pretendo revisar tres enfoques hipnóticos principales utilizados incluso antes de que la terapia sexual fuera aceptada como una especialidad y algunas otras técnicas hipnóticas empleadas para problemas sexuales. Después volveré a la terapia sexual como tal y estudiaré el uso de las técnicas hipnóticas desde sus inicios a mediados de los años sesentas, hasta nuestros días.

Los tres primeros autores que vamos a estudiar, Erickson, Van Pelt y Beigel, se escogieron por dos razones. Primero, porque describieron en detalle sus *modus operandi* como hipnoclínicos y, segundo, llegaron a ser muy conocidos por sus publicaciones y contribuciones profesionales, y por utilizar la hipnosis para tratar disfunciones sexuales. Se podría agregar una tercera razón y es que los tres empezaron sus contribuciones a este campo en los años treinta.

Representan tres modalidades diferentes del uso de la hipnosis para tratar problemas sexuales. Erickson dispara cambios inconscientes por medio de técnicas de imaginación indirecta; Van Pelt descubre eventos traumáticos del pasado responsables de dificultades actuales; Beigel explora deseos inconscientes y necesidades reprimidas, agregando ensayos *in vivo* cuando le parece necesario.

Método de imaginación indirecta (Erickson)

El primer relato detallado de la terapia sexual por medio de hipnosis fue publicado por Erickson en el año de 1935. Su técnica de imagi-

nación indirecta fue aplicada a un hombre con eyaculación precoz creando una fobia relacionada con el problema del paciente. Su inconsciente conectó la solución a la fobia vivencial con su problema real y su solución. Erickson usó las imágenes de un cenicero y un cigarrillo, el calor de este último y sus efectos dañinos en el delicado cenicero de cristal de una joven mujer a solas con el paciente, ofreciéndole el cenicero que ella había pintado artísticamente, para crear de manera artificial la fobia que fue solucionada después.

Por medio de este acercamiento indirecto, Erickson ayudó al inconsciente del paciente a deshacerse de la ansiedad asociada con la relación sexual manifestada en la eyaculación precoz.

El énfasis sobre la imaginación en este caso es obvio, aunque Erickson no estaba interesado en subrayar este aspecto de la hipnosis. Estaba investigando “la posibilidad práctica de utilizar la hipnosis como una técnica fértil para poder estudiar en el laboratorio las dinámicas de la conducta humana” (76, p. 48). Sin embargo, al utilizar la imaginación en lugar de la sugestión directa, el autor estaba disparando el pensamiento de proceso primario, material similar a los sueños. La característica única de este caso es que Erickson reconoció la necesidad de reajustar la personalidad para vencer la eyaculación precoz psicógena, no mediante el análisis de dinámicas de desarrollo del paciente, sino concentrando su atención y sus imágenes mentales en una neurosis diferente, la fobia a los ceniceros. Como Erickson lo expresó:

“Los impulsos heterosexuales involucrados y las fuerzas emocionales en juego [la historia fabricada para crear la neurosis artificial], la atracción del hombre por la chica (sic), su deseo de darle algo y al mismo tiempo obtener él satisfacción, la exhibición de la chica por medio de su trabajo artístico y el paralelismo de la catástrofe de este contacto con aquellas de encuentros heterosexuales pasados, establece una buena posibilidad de tales identificaciones [esos sentimientos vinculados a la historia fabricada y a sus dificultades heterosexuales]” (76, p. 36).

Erickson asegura que el joven en cuestión se sobrepuso a su dificultad sexual sin sustitución de síntomas, incluso un año después de su experiencia hipnótica. El autor concede que “el origen de la neurosis y sus propósitos y funciones para esta personalidad eran

desconocidos”, pero los resultados indicaron “cambios definitivos y significativos en las reacciones de su personalidad” (76, p. 47), un argumento difícil de desatender.

Como dije antes, la terapia sexual no había sido desarrollada en los inicios de los años treinta. Erickson trató este caso como un síntoma de algún problema de personalidad. Sin embargo, dirigió su atención clínica hacia ese síntoma, no al análisis de la personalidad del paciente. Creo que esa es la razón por la cual escribió acerca de ese caso en términos de investigación llamándolo una neurosis vivencial. Se puede especular que el plan de Erickson era descubrir la efectividad de su acercamiento y que habría estado preparado para aplicar una técnica diferente si ésta le hubiera fallado:

“La técnica de experimentación fue sugerida por el hecho clínico bien establecido, tanto en la medicina como en la terapia psicoanalítica, de que la recuperación de una enfermedad (o conflicto) frecuentemente resulta en el establecimiento de un nuevo equilibrio fisiológico (o redistribución del libido) permitiendo así la solución favorable de una segunda enfermedad (o conflicto), la cual tal vez no tenga relación alguna con la primera” (76, p. 34).

Erickson continuó afirmando que “una enfermedad intercurrente puede ejercer un efecto favorable sobre la enfermedad original, por ejemplo, las parecias en la malaria” (76, p. 34). Basándose en estas consideraciones teóricas, conformó una neurosis simbolizando la original y haciendo surgir emociones similares. La similitud del afecto, pensó, conectaría dinámicamente las dos neurosis por medio de un proceso inconsciente de identificación o de absorción de un problema por el otro. Se esperaba que la solución del conflicto inducido transfiriera o generalizara el proceso abreactivo a la dificultad inicial. Otra posibilidad era que la solución a la neurosis inventada pudiera reorganizar la personalidad de tal manera, que el síntoma presentado no fuera ya necesario.

Desde 1935 se han publicado muchos informes de hipnoterapia exitosa en disfunciones sexuales, pero muy pocos nos ofrecen una descripción detallada del proceso de la terapia. Erickson nos mostró lo que hizo, cómo lo hizo y porqué.

Método de sugestión y develación (Van Pelt)

Van Pelt (221, 222), por otra parte, utilizó un acercamiento más tradicional, el de explorar el origen o la causa del conflicto. Al descubrirlo, utilizó ideas nuevas para convencer al paciente de que la reacción que causaba la ansiedad y producía síntomas no era efectiva y sí disfuncional. En sus palabras:

“La concentración, o mejor dicho, la superconcentración de la mente es hipnosis. Cualquier idea implantada en la mente en ese momento, a menos que esté definitivamente en contra del código moral fundamental del sujeto, será probablemente aceptada. Una vez aceptada actúa con la fuerza de una sugestión hipnótica” (223, p. 118). Utilizando este principio, Van Pelt actuó rápidamente una vez que había develado la causa del problema actual, que por cierto, no creía que se encontrara siempre en la primera infancia, sino que podría ser muy reciente aunque reprimido. Sus intervenciones consistieron en sugestiones directas para desconectar los eventos traumáticos pasados, de la situación actual. En un caso curioso de abulia sexual femenina (222), la esposa estaba molesta por el interés de su esposo en las revistas para hombres en las que se podían ver fotografías de mujeres hermosas. Van Pelt descubrió que a los cinco o seis años de edad la paciente había escuchado a su abuela (quien tenía una gran úlcera varicosa en la pierna), decir que esa herida era culpa de su abuelo; “me hace trabajar demasiado. Todos los hombres son iguales”. Esto llevó a la paciente, en esa temprana edad, a decirse a sí misma: “debo ser cuidadosa con los hombres, podrían lastimarme”. Siguiendo esa línea pensó que si se mostraba insensible y muerta, nadie podría hacerle daño. Literalmente se había, hipnotizado a sí misma para sentirse insensible y muerta. “No era de sorprender que ella no tuviera ningún sentimiento real (sexual) por su marido” (222, p. 193). El tratamiento de Van Pelt consistió en “varias sesiones dirigidas a levantar su moral y sugerir que ya no era una pequeña y que tendría que actuar y sentir como una mujer adulta” (222, p. 194). Desafortunadamente, el autor no informa con mayor detalle como utilizó la hipnosis para ayudar a la mujer a actuar y sentir como una mujer adulta, sexualmente madura. Sin embargo, por otros comentarios (221) podemos especular que empleaba básicamente imágenes mentales en lugar de simples instrucciones o sugestiones. Las imágenes utilizadas por Van Pelt parecen haber sido un tipo de ensayo

mental natural, no como las utilizadas por Erickson, descritas anteriormente. Así es como él describió su acercamiento clínico:

“El paciente es instruido a crear una imagen en su mente, bajo hipnosis ligera. Se le pide que imagine una pantalla de cine en tercera dimensión y se vea a sí mismo actuando en ella. Se le dice que la película se ve muy real, de hecho en tercera dimensión y que él puede verse y actuar como quiera verse y actuar. También se le sugieren algunas escenas que tendrá que enfrentar en la realidad, el paciente, en cada una se le instruye para verse a sí mismo como en la vida real, siempre teniendo éxito. Asimismo se le indica cómo formar estas imágenes de éxito en su mente, enfatizando que sólo podrá verse a sí mismo tal y como él se quiere ver, exitoso. Como estas imágenes evocan los sentimientos adecuados, no pasa mucho antes de que el paciente muestre el beneficio de su película privada en tercera dimensión (222, p. 51).

El acercamiento de Van Pelt está muy lejos de ser original en nuestros días, pero en los años cuarentas y cincuentas era innovador, especialmente viniendo de una autoridad reconocida que llegó a ser presidente de la Sociedad Británica de Médicos Hipnotistas y editor del *British Journal of Medical Hypnotism*.

Durante este período Wolberg (238) escribió también su ahora clásico trabajo sobre la hipnosis, describiendo la técnica de las imágenes visuales como una herramienta efectiva para develar material inconsciente. Los psicoanalistas Brenman y Gill (41) se atrevieron a llevar la hipnosis de regreso al diván, estableciendo razones teóricas sólidas para justificar su innovación. Pero Van Pelt fue uno de los primeros autores que describieran sistemáticamente cómo utilizaron las imágenes para el ensayo mental, y para familiarizar a los pacientes con las conductas y sentimientos del estado mejorado o curado que querían lograr.

Exploración y ensayo “in vivo” (Beigel)

Beigel (33) ofrece un buen ejemplo de métodos muy directos combinados con cuidadosas preocupaciones psicodinámicas. Su informe es también una de las primeras explicaciones detalladas de lo que en realidad ocurrió en el consultorio. Tratando con mujeres preorgás-

micas, Beigel estableció una técnica de tres pasos para “inhibir las inhibiciones” sexuales; para sensibilizar los órganos psicogénicamente insensibles y; durante el proceso, alterar actitudes mentales hacia la sexualidad. Beigel comenzó con la “revisión hipnótica”, para corregir la mala información ofrecida por el paciente de manera consciente. El autor afirma que frecuentemente las mujeres niegan prácticas masturbatorias por vergüenza en el nivel consciente, pero las admiten bajo hipnosis: “Así como los sueños, ensueños diurnos y recuerdos detallados sirven como guías para el bloqueo que anestesia y para el descubrimiento de asociaciones útiles, así también indican los métodos mediante los cuales los obstáculos para una respuesta saludable tienen más probabilidades de ser sobrepasados” (33, p. 7).

A diferencia de otros hipnotistas de los tiempos modernos, Beigel insistió en ver a la pareja sexual de la mujer, involucrándolo como un co-terapeuta ad hoc. La segunda fase del tratamiento de Beigel, consistía en entrenar a la pareja para llevar a cabo “las funciones manuales, orales y verbales” que son egosintónicas con la mujer.

“Cuando (el hombre) ha comprobado su habilidad en un muñeco, la mujer se relaja bajo hipnosis y se sugiere un lugar y una escena a las cuales ella es particularmente receptiva. La sensibilización real comienza con caricias en las manos, las mejillas, los brazos y el cabello. Las acciones son acompañadas por comentarios halagadores y frases tiernas del compañero, y por palabras del terapeuta que describen sentimientos placenteros. Para entonces el terapeuta ya estableció un repertorio de patrones de respuesta del sujeto. Se alienta a la mujer para que exprese el placer de sus sentimientos en términos o gestos aprendidos o de ella, preferentemente. En el inicio, el terapeuta dirige los sentimientos y las respuestas de la mujer en trance; los episodios posteriores y más avanzados son practicados por la pareja en la privacidad de su hogar” (33, p.10).

Macvough (155) propone un acercamiento similar, sin la presencia de la pareja sexual, muy controvertido por críticos como Lerman (144). Un método menos polémico fue probado experimentalmente por Cox y por mi (58), como explicaré más tarde, demostrando que la imaginación por sí sola puede producir orgasmos.

Lo que fue criticado en la técnica de Beigel fue que los pacientes juguetearan sexualmente en su presencia, “como se procede a estimular de los hombros a los senos, caderas, muslos y vulva, se intensifican

los síntomas y sentimientos de excitación previamente probados y evocados” (58, p. 10). Alentó también los “suspiros, gemidos y gruñidos”, conforme “la mujer es alentada a dejarse ir, a parlotear, a mover la pelvis”, creía que este último aspecto de la experiencia era importante “para vencer las inhibiciones [representando] al mismo tiempo una forma de autosugestión que hace surgir emociones y ayuda a generar o magnificar las sensaciones esperadas” (33, p. 10).

Los tres pasos de Beigel eran: Entrevistas iniciales, sesiones de práctica en el consultorio y sesiones de práctica en casa, conducidas con la pareja sexual de la mujer, como ya se indicó. A través de su informe Beigel subrayó la necesidad de buscar hipnóticamente las razones inconscientes que retardan el resultado deseado, es decir, la experiencia del orgasmo. Afirmando su idea: “si [el efecto deseado] no llega dentro de un tiempo razonable [sic], tal vez se tenga que buscar la razón del retraso una vez más, tanto en su estado consciente, como en el estado de trance hipnótico” (32, p. 11). No aclaró cuánto tiempo era razonable, esto parece dejarse a criterio del clínico. Su método es otro tipo de ensayo mental (32), más que de hipnoanálisis.

Otros métodos hipnóticos

Aunque he seleccionado tres autores a partir de sus relatos clínicos detallados, existe una notable consistencia en todos los informes globales de esos años: el éxito parece haber estado en proporción directa con el uso de las imágenes, a diferencia de las sugerencias directas.

Algunos escritores como Crasilneck y Hall (59), reflejan una mayor orientación psicoanalítica, y nos previenen de los posibles significados inconscientes de los síntomas sexuales, consejo que esperamos sea innecesario para el terapeuta bien entrenado. Estos autores, sin embargo, afirman de manera inequívoca que “el tratamiento de la impotencia y la frigidez por medio de la hipnosis debiera siempre involucrar al psicoanálisis concurrente o hipnoanálisis” (59, p. 279). Si esto significa que el hipnoterapeuta debiera estar listo para tratar con dinámicas subyacentes que afectan la disfunción sexual, estoy de acuerdo con sus recomendaciones, que van de la mano con el concepto de niveles multicausales de Kaplan (121).

Esto significa en sus palabras, que “es una estrategia básica de la terapia sexual, intentar modificar los antecedentes inmediatos del

síntoma sexual y tratar con ansiedades subyacentes más remotas, sólo si surge resistencia en el transcurso del tratamiento” (121, p. 145). Otros autores, sin embargo (ver 138), no ponen demasiado énfasis en la necesidad de estar conscientes de posibles psicodinámicas subyacentes, afirmando que “muchas formas de impotencia han sido tratadas con la sugestión e hipnoterapia directiva” (121, p. 140). Pero incluso, ellos nos recuerdan que “es imperativo tratar la relación interpersonal entre esposo y esposa y no sólo el complejo de síntomas” (121, p. 165).

Observamos, por lo tanto, una doble tendencia en el uso de la hipnosis para las disfunciones sexuales, es decir, el enfoque directo, que parece ser menos favorecido por la mayoría de los autores, y el enfoque hipnodinámico, que considera las posibles ramificaciones del síntoma en la personalidad como tal.

Ninguno de los autores revisados hasta aquí defendió las sugerencias o las órdenes directas para solucionar disfunciones sexuales. Es interesante notar que tanto Van Pelt como Beigel recomendaban al paciente practicar las técnicas hipnóticas en casa, implicando que la práctica mejoraría su desempeño, era la regla básica para desarrollar las habilidades en un tiempo en que la hipnosis era considerada un talento y se le brindaba gran importancia a las escalas para la medición de la hipnotizabilidad de la gente. Como vimos en el Capítulo 1, existe una creciente investigación e información que enfatiza el concepto de la hipnosis como una habilidad que utiliza un modelo de aprendizaje, lejos de la idea antigua del talento.

Pero como mencioné al referirme a Kroger y Fezler (138), la sugestión directa ha sido empleada para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Ninguno de los documentos publicados explica en detalle cómo se utilizaron estas sugerencias directas, y parece ser que sólo muy rara vez, si acaso, eran utilizadas sin imágenes mentales. Así pues, la duda es si la sugestión por sí misma, sin la producción de imágenes, es efectiva para ayudar a que la gente mejore sus disfunciones sexuales.

En las publicaciones consideradas a continuación se encuentra la combinación de la sugestión con las imágenes como un método hipnótico para tratar problemas sexuales.

Gilbert (95) utilizó la hipnosis para tratar la homosexualidad, que en esos días era considerada una desviación patológica. Sugirió dife-

rentes técnicas hipnóticas al tratar con sujetos homosexuales pasivos y activos. Cheek (56) trató disfunciones orgásmicas, y declara su éxito para ayudar a mujeres preorgásmicas por medio de la hipnosis. Wollman (240) utilizó la hipnosis para el tratamiento de disfunciones sexuales en hombres y mujeres, enfatizando la imaginación y los ensayos mentales. Leckie (143) empleó sugerencias hipnóticas para relajar pacientes con desórdenes ginecológicos. Schneck (192) combinó la relajación hipnótica con la imaginación para ayudar a mujeres con vaginismo, como lo había hecho Dittborn (68) antes, en el tratamiento de disfunciones eréctiles.

Otros utilizaron la hipnosis junto con la terapia conductual (118), una combinación de la que Lazarus (140) encontró de valor terapéutico. Muchos otros, sin embargo, utilizaron técnicas hipnóticas sin mencionar siquiera la hipnosis, como si no estuvieran al tanto de que su método terapéutico era hipnótico por naturaleza. Bajo esta categoría se pueden enlistar a todos los autores que utilizaron imaginación guiada, tales como Wolpin (242). Aunque el principio general de aprovechar la habilidad humana de la imaginación era desarrollado por Cautela (50, 51, 52, 54), sus técnicas encubiertas han sido utilizadas generalmente en la terapia conductual, pero no específicamente en terapia sexual.

“Entre los métodos hipnóticos que utilizan las imágenes y las sugerencias directas, puedo citar el trabajo vivencial que realicé junto con Cox, porque en él utilizamos técnicas hipnóticas muy tradicionales, a fin de validar la posibilidad de ayudar a personas que parecen incapaces de experimentar orgasmos a causa de una cirugía genital radical, daños a la espina dorsal o mutilación genital severa” (58, p. 83). La publicación reporta casos de tres mujeres no inhabilitadas con quienes tales métodos fueron empleados:

“Los resultados parecen justificar el optimismo de que puede ser posible restaurar el orgasmo en personas inhabilitadas, actuando en combinación con otras medidas rehabilitadoras. Adicionalmente al beneficio obtenido por la persona inhabilitada, el uso de las mismas técnicas podría aumentar la respuesta sexual del cliente normal y puede proveer un medio para el tratamiento de las disfunciones sexuales” (58, p. 83).

Si las mujeres no inhabilitadas fueran capaces de experimentar el orgasmo sin la presencia de estímulos sexuales normales, sino meramente por medio de sugerencias post-hipnóticas (el ligero contacto de una mano, un ligero contacto en la frente, conteo por el experimentador, conteo por el sujeto), lleva a hipotetizar que el mismo aprendizaje hipnótico se podía lograr en las personas inhabilitadas. Desafortunadamente, Cox y yo no tuvimos la oportunidad de continuar nuestro trabajo juntos y por ello nunca probamos nuestra hipótesis en personas inhabilitadas. Nuestro experimento, sin embargo, imperfecto como fue, parece indicar que la gente puede aprender a experimentar el orgasmo. Como lo afirmamos: “ya que la hipnosis ha comprobado ser una herramienta efectiva para incrementar o disminuir la conciencia que tiene una persona de su cuerpo, es natural asumir que puede ser buena también para entrenar a los clientes a experimentar un orgasmo” (58, p. 90).

Mi interés y mi punto de vista es que podemos aprender a utilizar nuestra mente de manera que ésta pueda trabajar para nosotros. La asociación de la hipnosis con la terapia sexual es el método más parsimonioso para mejorar la experiencia sexual humana.

La profesión de terapeuta sexual

Esta revisión histórica se ha concentrado en las contribuciones de los “hipnotistas”. De los tres principales autores examinados, sólo Beigel fue identificado a lo largo de su carrera como “sexólogo”, a pesar de que su interés en la hipnosis estaba presente desde el inicio. Otros autores populares, tales como el psiquiatra Caprio (ver 46), utilizaron la hipnosis para incrementar el placer sexual, sin una clara etiqueta de terapeuta sexual o hipnotista.

Al adentrarnos en el campo de la terapia sexual, no encontramos el uso directo de la hipnosis, excepto en casos excepcionales, como con Beigel. Pero antes de avanzar más, deberíamos recordar que la llamada “profesión” de terapeuta sexual sigue siendo un tema controvertido, por su misma naturaleza y por su método de tratamiento. Primero, es difícil señalar el origen cronológico de la terapia sexual. LoPiccolo (149) escribió acerca de “la silenciosa revolución en la psicoterapia americana”, que comenzó en los años cincuenta con el

surgimiento de técnicas de corto plazo basadas en teoría del aprendizaje y el reentrenamiento directo de la conducta en el aquí y ahora. Este enfoque fue utilizado para ayudar a los pacientes con todo tipo de ansiedades, entre ellas la ansiedad sexual. Como lo afirmara LoPiccolo:

“Los terapeutas como Wolpe (241), Hastings (105) y Ellis (73), al tratar con problemas sexuales, se concentraron en procedimientos tales como reducir la ansiedad causada por el desempeño sexual cambiando las actitudes negativas hacia la sexualidad, incrementando la comunicación entre la pareja y la educación y, el entrenamiento en fisiología sexual y en técnicas sexuales” (149, p. 513).

Más tarde, en los setentas, el interés en la terapia sexual creció tremendamente y esta especialización se formalizó con los atavíos de una “profesión”. Así, el entrenamiento en terapia sexual se puso de moda; proliferaron los institutos y los programas de terapia sexual, y la Asociación Americana de Educadores y Consejeros Sexuales, agregó una nueva categoría a su nombre, la de Terapeutas (A.A.S.E.C.T.), y formalizaron un procedimiento de “certificación” para terapeutas sexuales. Así, la publicación de: *Respuesta sexual humana* de Masters y Johnson en 1966 señaló el inicio de la terapia sexual como una especialización, mientras que la certificación de los terapeutas sexuales por la A.A.S.E.C.T., que inició en 1974, se puede considerar como el origen de la “profesión” de terapeuta sexual. Estos dos eventos históricos merecen alguna atención.

Masters y Johnson

Se cuenta que Masters y Johnson no planeaban publicar en 1966 los resultados de sus diez años de estudios de laboratorio sobre la sexualidad humana. Se corrió la voz de que ellos estaban involucrados en este tipo de estudio y, para evitar malas interpretaciones, publicaron el libro *Respuesta sexual humana*, como un informe comprensivo de los casi 600 hombres y mujeres estudiados durante más de 2500 ciclos de respuesta sexual, dirigido a la comunidad científica, no al público en general. Pero como el interés en el tópico era tan grande, el libro se volvió rápidamente un éxito a pesar de la jerga técnica en las descripciones detalladas de la fisiología sexual y la respuesta durante el coito y la masturbación en personas de entre 18 y 89 años de edad.

Entre las muchas contribuciones importantes de su primer gran trabajo, Masters y Johnson (1958) establecieron las cuatro etapas de respuesta sexual, que son: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Estas definen las diferencias anatómicas y fisiológicas entre la excitación sexual y el orgasmo, conocidas como la naturaleza *bifásica* de la respuesta sexual humana. Su principal contribución fue sistematizar la terapia sexual como una combinación funcional de técnicas directivas, educacionales y conductuales.

El trabajo de Masters y Johnson había sido muy bien considerado hasta que Zilbergeld y Evans (1970) presentaron críticas a sus dos más recientes trabajos, *Inadecuación Sexual Humana*, de 1970 y *Homosexualidad en perspectiva*. Zilbergeld y Evans sostienen que el primer libro *Respuesta sexual humana*, fue tan bien recibido que sus últimos dos trabajos acerca de la evolución del tratamiento se beneficiaron por extensión, ya que la evidencia para toda terapia sexual es equívoca. En *Inadecuación Sexual Humana*, por ejemplo, la información fue presentada en términos de un margen de 20% de error, que llevó a la interpretación popular de que Masters y Johnson informaban con un margen de 80% de éxito, lo cual está muy lejos de la verdad.

De acuerdo a Zilbergeld y Evans, otras fallas serias desde el punto de vista de la investigación, que afectan a los sujetos, son el procedimiento, y seguimiento. En cuanto a los sujetos, no se reveló el número y características de los solicitantes rechazados para el tratamiento. Si sólo se tomaron clientes “buenos”, la información no refleja lo que ocurre en la mayoría de las prácticas clínicas. Tampoco se hizo mención de las personas que no terminaron el programa de Masters y Johnson. En cuanto al procedimiento en sí, se dijo que el programa duró dos semanas, pero no se dio el número de horas contacto que esto implicó. Ya que se mantuvo el contacto telefónico después de terminado el programa de dos semanas, no se conoció la duración total del procedimiento completo. Finalmente, la información del seguimiento se basó en información incompleta. Por lo tanto, Zilbergeld y Evans cuestionan la efectividad del programa a largo plazo (un margen de 7% de recaídas en el volumen de 1970), especialmente cuando la información se compara con los resultados de otros terapeutas sexuales, con un margen típico de recaída mayor al 35%.

En el libro *Homosexualidad en perspectiva*, los dos críticos encontraron también muchas dudas. El bajo margen de fracaso (35%),

por ejemplo, puede ser atribuido sólo en parte a la efectividad del tratamiento. Otro factor importante fueron las características de los clientes mismos quienes, Zibergeld y Evans creen, eran bisexuales o heterosexuales confundidos en lugar de verdaderos homosexuales, por los métodos de escrutinio utilizados por Masters y Johnson. Aún más, sus técnicas y tratamientos no fueron informados de manera detallada o significativa.

Sin cuestionar la motivación de los críticos, sus comentarios no pueden hacernos olvidar el valor indiscutible de las contribuciones de Masters y Jonhson al campo de la sexualidad humana. Entre sus contribuciones, explotaron tres mitos que habían prevalecido por muchas generaciones, el de la importancia de un pene de gran tamaño; el del orgasmo vaginal, y la previamente cuestionada capacidad de la mujer promedio de tener múltiples orgasmos en rápida sucesión.

Abrieron también nuevos caminos para la investigación de la conducta sexual, objetivizando un área de la actividad humana que había escapado a la observación directa de la ciencia. Comprendieron también de manera humana, los componentes emocionales, interpersonales de su sexualidad, insistiendo en tratar el problema sexual como un problema de pareja mucho antes de que la teoría de sistemas se volviera popular en la terapia relacional. Finalmente, tal vez la mayor contribución hecha por Masters y Johnson fue su método de tratamiento rápido de las disfunciones sexuales, enfocado más en los procesos de aprendizaje que en las fuerzas psicodinámicas.

No hay crítica que pueda borrar estas contribuciones, pero los errores en los estudios importantes en este campo nos recuerdan el hecho de que la terapia sexual tiene aún mucho camino que recorrer para establecer su teoría e información de manera sólida.

Certificación de los terapeutas sexuales

El segundo evento histórico en la profesión de terapia sexual es la certificación nacional de los terapeutas sexuales realizada por la A.A.S.E.C.T., a partir de 1974. Aquí también encontramos más preguntas que respuestas. LoPiccolo (149) examina cuidadosamente el procedimiento y concluye que, a pesar de la certificación, “los

controles de calidad están aún tristemente ausentes” por que la A.A.S.E.C.T. “no ha sido efectiva en cuanto a garantizar la competencia de los practicantes de la terapia sexual” (149, p. 524). La razón principal de esta afirmación se encuentra en el hecho de que “los patrones seguidos por la A.A.S.E.C.T. para la certificación son probablemente muy bajos para garantizar la competencia uniforme” (149, p. 522), aunque admite que muchos prestigiados terapeutas sexuales han solicitado voluntariamente esta certificación, tal vez porque es el único programa de su tipo, para el profesional que quiere ser identificado como un experto en terapia sexual. El programa de certificación, por cierto, es interdisciplinario, incluye a todos los profesionales de la salud mental.

Si uno de los más serios estudios de investigación en el campo parece ser imperfecto y, la certificación de los terapeutas sexuales débil, difícilmente se puede considerar a este campo una profesión independiente. En la práctica, incluso, la mayoría de los terapeutas realizan también otros tipos de terapia, por lo que los profesionales de la terapia sexual son en realidad pocos, mientras que los trabajadores de la salud mental que practican la terapia sexual son de hecho, muchos.

Helen Singer Kaplan

El segundo tema controvertido de la terapia sexual como profesión se refiere a su propio método de tratamiento, principalmente desde un punto de vista teórico ¿Porqué debiera de ocupar la terapia sexual un lugar tan especial, cuando es básicamente la aplicación de métodos de modificación de conducta a problemas sexuales? (120). Si se considera el trabajo de Masters y Johnson y de los terapeutas sexuales “tradicionales” que siguieron su enfoque, es difícil, de hecho, responder esta pregunta satisfactoriamente. Sin embargo, Kaplan (123) definió la terapia sexual como un método único de terapia, diferente de los modelos psicoanalíticos y conductuales, llamándolo “terapia psicosexual”. Esta unicidad en su progreso sistemático consiste en: (a) intervenciones conductuales; (b) para ayudar a pacientes a obtener conciencia inmediata de los patrones y causas, llevando, cuando sea necesario, (c) a un insight de desarrollo más profundo su “concepto de niveles multicausales”. Kaplan, por lo tanto, partiendo de Masters y Johnson y refinando el método de terapia sexual, responde a los que la objetan

como un tipo único de terapia. Desde su primer libro (121) Kaplan mencionó un enfoque comprensivo en terapia sexual, un método progresivo que va desde técnicas conductuales hasta técnicas psicodinámicas profundas. En sus propias palabras:

“Las tareas sexuales son ingredientes esenciales de la terapia sexual. Sin embargo, creo que tienen un valor limitado a menos que sean conducidas dentro de un contexto psicoterapéutico racional. Por otra parte, por sí misma, la psicoterapia es un método relativamente inefectivo o por lo menos lento para tratar disfunciones sexuales. Sin embargo, cuando se utilizan las dos modalidades en combinación, la psicoterapia... es indispensable para el éxito de la nueva terapia sexual” (121, p.221).

Basándome en su pensamiento sobre la abulia sexual (123) he extraído un modelo para todas las disfunciones sexuales psicogénicas. La figura muestra la disfunción sexual como un proceso con antecedentes y resultados en dos niveles, remoto e inmediato.

Figura

Antecedente Remoto	Antecedente Inmediato	→	Resultado Inmediato	Resultado Remoto
Factores Psicogénicos: aprendizaje fallido experiencias negativas, etc.	Ansiedad sexual (Auto-hipnosis negativa)	→	No libido o evitación de las oportunidades sexuales o elección sexual equivocada	No sexo o “fracaso sexual”

El antecedente para las disfunciones sexuales es la ansiedad, alimentada por el hecho de decirse cosas negativas a uno mismo junto con imágenes derrotistas que yo he llamado autohipnosis negativa (10), la que trataré posteriormente. La importancia de la contribución hecha por Kaplan, es su énfasis en el “pensamiento” como algo crucial en el funcionamiento sexual. Como lo señalé al revisar su libro, “la ansiedad sexual produce anticuerpos sexuales, bajo la forma de actividades mentales negativas que inhiben el deseo sexual” (12, p. 84). Estas actividades mentales negativas crean lo que ella designa como “el mecanismo de apagado”. Repitiendo, la

ansiedad sexual consiste en un proceso mental autoinducido que, inicia con el estímulo sexual (externo o interno). Esto dispara ya sean, recuerdos desagradables de fracasos previos y heridas, o miedos de desilusiones imaginadas. El siguiente paso, es la participación activa en el hablarse negativamente, de recuerdos, imágenes, mitos, proyecciones, etc., que incrementan la ansiedad y disminuyen el deseo de cualquier tipo de actividad sexual. Este ejercicio mental activo es predominantemente inconsciente, aunque en muchos casos se vuelve eventualmente consciente y deliberado.

Kaplan, al enfocarse en la abulia sexual, señala uno de los más importantes elementos que se deben considerar en terapia sexual: el “pensar” del paciente y sus cogniciones. Desarrollaré estos conceptos en el Capítulo 4, pero es importante subrayar aquí, que el estudio sistemático de las cogniciones en la conducta sexual humana atrae cada vez la más atención de los investigadores y clínicos por igual (186).

Últimos acontecimientos en terapia sexual

Se puede ver que, aunque la hipnosis como tal, es utilizada muy pocas veces por los terapeutas sexuales, los fenómenos hipnóticos de auto-sugestión tales como el hablarse a uno mismo negativamente, las imágenes derrotistas auto inducidas, y similares; son temas recurrentes en el campo de la terapia sexual actual, como espero mostrar en los siguientes párrafos. Tan sólo una revisión de las publicaciones sobre terapia sexual e investigación durante 1980, nos ofrece más de doce artículos que tratan sobre los fenómenos hipnóticos mencionados antes. Uno de ellos es el de Mosher (171) sobre las tres dimensiones de la profundidad de la involucración en la respuesta sexual humana, de la que hablaré en el Capítulo 4.

Revisaremos en mayor detalle tres artículos que son de interés para el terapeuta sexual por la información que contienen.

Habilidad imaginativa y sexual

Harris, Yulis y Lacoste (103) investigaron la relación entre la excitabilidad sexual y la imaginación, una vez más, entre esta habilidad

mental y la medida de introversión de la personalidad de Eysenck. Ya que la respuesta sexual puede ocurrir por un proceso de condicionamiento clásico (un alimento en particular al que se le atribuyen propiedades que causan excitación), parece razonable esperar que esas personas capaces de formar respuestas condicionadas sean fácilmente excitables por un mayor número de situaciones, que aquellos que encuentran dificultades para establecer la conexión entre un estímulo neutral y una respuesta sexual. Las imágenes eróticas son consideradas un estímulo condicionado conducente a la excitación sexual, y por lo tanto, se esperaría que aquellas personas con facilidad para formar imágenes se exciten más, y más frecuentemente que aquellos en quienes esta habilidad es menor.

Harris y colaboradores, midieron la respuesta sexual utilizando el *Inventario de excitabilidad sexual* (SAI) creado por Hoon, Hoon y Wincze (116). Para medir condicionabilidad, se utilizó el *Inventario de la personalidad de Eysenck: Forma A* (EPI), ya que, de acuerdo a sus descubrimientos, las personas introvertidas tienen respuestas condicionadas más fácilmente que las extrovertidas (82). La predicción de los autores era que las personas introvertidas al ser comparadas con las extrovertidas, reportarían imágenes más vívidas. Finalmente, para medir la habilidad de la imaginación, se empleó el *Cuestionario de la imaginación mental de Betts*, versión corta, (195). Los autores reclutaron 100 estudiantes universitarios de sexo masculino y 100 de sexo femenino, entre los 18 y los 25 años de edad. Se les aplicaron los cuestionarios EPI, BETTS y SAI a cada voluntario, lo cual tomó 20 minutos. Los resultados confirmaron que la habilidad imaginativa estaba asociada con una mayor excitación sexual, justificando así la utilización clínica de la imaginación para aumentar la excitación sexual en pacientes con disfunciones sexuales. Por otra parte, los descubrimientos hechos en este estudio indicaron que el condicionamiento y la habilidad de formar imágenes mentales no estaban relacionadas. Es también interesante notar que existe una diferencia entre hombres y mujeres. Para ellas, las puntuaciones de personalidad ayudaron a predecir las de la excitación sexual, mientras que para los hombres, no fue así.

Harris, Yulis y Lacoste insistieron en imágenes vívidas y claras, que sólo pueden ser formadas cuando la persona entra en un estado alternativo de conciencia (la vivencia de la hipnosis), haciendo a un lado las funciones mentales críticas y lógicas. Su estudio, cuidadosa-

mente conducido, confirmó mi proposición de que la hipnosis es el método a elegir para tratar las disfunciones sexuales de origen psicogénico, y también validó la idea generalmente aceptada de que la formación de imágenes mentales está presente durante todas las fases de la actividad sexual humana.

Excitación sexual por medio de la formación de imágenes

El segundo estudio que elegí revisar es una muestra del más reciente pensamiento en la terapia sexual. Fue realizado por Mosher y White en 1980 con cien estudiantes de preparatoria de sexo femenino, quienes escucharon una cinta de imaginería erótica guiada y, después informaron de su excitación sexual y de diez emociones, que iban de enojo y desprecio, hasta interés y placer. Sin embargo, el punto más importante de este estudio fue investigar los efectos de imágenes sexuales ya fueran casuales o inducidas, sobre la excitación y las emociones de estas mujeres jóvenes. Mosher y White utilizaron seis medidas: (a) inventario de culpa; (b) evaluación conductual heterosexual; (c) medición de excitación sexual; (d) auto reporte de sensaciones genitales; (e) escala de excitación sexual efectiva y, (f) escala diferencial de emociones que mide diez emociones relacionadas con la excitación sexual.

La sesión vivencial se arregló de tal forma que 64 mujeres participaron en los escenarios casuales de imágenes sexuales y 36 en los inducidos. Se inició con la grabación de la voz de una mujer invitándolas a relajarse, después les presentó imágenes guiadas de una invitación sexual. A continuación, las voluntarias evaluaron su excitación sexual y sus vivencias emocionales. Inmediatamente después, la misma voz sugirió relajarse una vez más y les presentó imágenes de una relación sexual. Se les pidió que evaluaran en la misma forma esta última experiencia. Después de la segunda evaluación, la voz femenina las invitó por tercera vez a relajarse y continuó presentándoles “imágenes guiadas de una reflexión retrospectiva sobre el significado e importancia de la experiencia sexual” (172, p. 280). Entonces, por tercera vez, los sujetos evaluaron esta última parte, como anteriormente habían hecho. Finalmente, se relajó a las voluntarias antes de terminar el experimento. Los resultados de esta investigación enfatizan temas relacionados con la sexualidad casual

o inducida. Sin embargo, el uso de las imágenes guiadas junto con la relajación (técnicas definitivamente hipnóticas), confirma la utilidad de este método para el trabajo clínico. Esta investigación que ganó un premio de la Sociedad para el Estudio Científico de la Sexualidad, muestra el interés actual en los métodos hipnóticos en el campo de la terapia sexual. Mosher y White terminaron su informe sugiriendo nuevos usos de lo que llamaron técnicas de imaginería guiada tanto para la investigación, como para la terapia. Como lo he mencionado en el Capítulo 1, la imaginería guiada es, de hecho, hipnosis.

Cognición y sexo

Basándose en una revisión concienzuda de muchos estudios, Walen propone una nueva concepción del ciclo de la respuesta sexual, enfatizando los elementos cognitivos involucrados en ella afirma: “el sistema sugiere un modelo de retroalimentación en que cada uno de los ocho eslabones de la cadena, funcione tanto como clave para el siguiente eslabón, como refuerzo del evento previo” (223, p. 89). Los ocho eslabones son: 1) percepción de un estímulo sexual; 2) evaluación del estímulos; 3) excitación fisiológica; 4) percepción de la excitación; 5) evaluación tanto de la excitación como de su percepción; 6) comportamiento sexual; 7) percepción de ese comportamiento y; 8) evaluación de la conducta sexual. Debe notarse que los eslabones 1, 2, 4, 5, 7 y 8 son operaciones puramente cognitivas e hipnóticas por naturaleza, ya que son, en la descripción de Walen, eminentemente percepciones y evaluaciones subjetivas.

La evidencia en que se basa Walen para esta nueva teoría del comportamiento sexual es bastante sólida, aunque ella misma no lo investigó. Construyó su teoría sobre dos elementos de la terapia cognitiva, la percepción y la evaluación. Después, reunió evidencias de otros investigadores que han estudiado la sexualidad humana desde el punto de vista clínico y experimental y, utilizó esos datos para validar su formulación teórica. En sus palabras: “las experiencias sexuales positivas son una suave amalgama de estímulos y respuestas; su interacción está guiada por percepciones correctas y evaluaciones positivas” (223, p.95). Estas percepciones y evaluaciones son básicamente inconscientes, fuera del área de la razón y la lógica y, consecuentemente, hipnóticas por naturaleza.

Walen comenta que las categorías tradicionales de disfunciones sexuales (disfunción eyaculatoria y eréctil para los hombres y, preorgasmia, dispareunia y vaginismo entre las mujeres) tienen como elemento común los mismos procesos cognitivos disfuncionales de cogniciones incorrectas o negativas. Como ella afirma: “parece que los ingredientes centrales en todas las categorías diagnósticas son un alto nivel de aflicción emocional, inducido por errores cognitivos de evaluación, junto con errores cognitivos de percepción. El resultado final es un individuo que se acerca a la labor del sexo (más que al placer del sexo), como una manera de probarse a sí mismo/misma (más que disfrutar) ciertamente una actitud muy poco sexy” (223, p. 96). Más que concentrarse en comportamientos sexuales específicos, ella sugiere que la terapia sexual se ocupe más directamente de los disturbios emocionales y las actitudes no juguetonas del individuo, ya que estos dos factores cognitivos se vuelven impedimentos directos del placer sexual.

El documento de Walen es una importante contribución teórica a la terapia sexual y, el hecho de que apareció en una de las prestigiadas publicaciones del tema, es otra indicación de la creciente conciencia y del interés actual en las maneras en que la mente humana influye sobre el comportamiento sexual y, consecuentemente, su urgente necesidad para trascender la técnica sexual. El ser el mejor “Sex-perto” del mundo, no es suficiente para sobrepasar las inhibiciones, culpa, ansiedad, depresión y enojo. Walen parece aceptar el reto de Kaplan (123) de pasar desde la terapia sexual a la terapia psicosexual.

Conclusión

Concluyendo esta sección de terapia sexual, se puede decir que, si la hipnosis es una experiencia de concentración enfocada con actividad mental, secuencial, crítica y lógica mínimas (como se discutió en detalle en el Capítulo 1), podemos ver que la terapia sexual, especialmente en los últimos años, está utilizando la hipnosis como un elemento importante en su aproximación clínica. Desde el inicio de la terapia sexual, diferente de otros tipos de terapia, se encuentran elementos hipnóticos. Sin embargo, incluso en el presente, no se han desarrollado estos elementos de manera sistemática. En general, hay cierta renuencia entre los terapeutas sexuales para emplear la hipno-

sis, o por lo menos, admitir abiertamente el uso de ésta. Puede ser también que esos terapeutas sexuales que usan hipnosis en su trabajo, no sepan que lo que están haciendo es, en realidad, hipnosis. Esto puede deberse a que se piensa en ella como el método tradicional, ritualístico, que la mayoría de los profesionales conocen vagamente. Al explicar la nueva hipnosis, intenté mostrar que las técnicas revisadas en las últimas secciones de este capítulo son realmente hipnosis.

Este segundo capítulo se dedicó a los antecedentes históricos de la integración de la hipnosis y la terapia sexual. La revisión de la evidencia para tal integración inició con autores y médicos clínicos que deben ser identificados como hipnoterapeutas por oposición a terapeutas sexuales.

Encontré métodos de imaginación indirecta, como los representados por Erickson; métodos de revelación y de sugestión, ejemplificados por Van Pelt y, métodos de ensayo in vivo y de exploración, como los presentados por Beigel. Además de estos tres enfoques, la literatura presenta métodos de sugestión directa, muy dependientes de la imaginación. De esta revisión, parece correcto concluir que la combinación de la hipnosis y la terapia sexual, no es solamente un método clínico útil, sino que aparentemente es el medio más parsimonioso de mejorar la experiencia sexual humana, siendo esto último la meta de la terapia sexual.

Mi investigación se dirigió al campo de la terapia sexual propiamente dicho. Aun cuando Masters y Johnson habían señalado el área de la cognición e imaginación como parte del comportamiento sexual, no desarrollaron la teoría para comprender estos elementos ni las técnicas para tratarlos. Casi una década después, Kaplan se acercó mucho más al área de la hipnosis (cognición e imaginación) en la sexualidad humana pero, una vez más, se quedó corta. Fue hasta más tarde, como lo indica mi revisión de los estudios publicados en 1980, que se investigó la aplicación de la hipnosis en terapia sexual.

Los desarrollos en ambos campos validan mi intento de integrar sus contribuciones. Esta integración enriquecerá nuestra comprensión de: la sexualidad humana, los procesos cognitivos imaginativos humanos en general y de estos en el comportamiento sexual.

Para concluir este capítulo, quiero mencionar una vez más, el interesante documento presentado por primera vez en la reunión anual de la Asociación Psicológica Americana en 1978 que fue

publicado en 1980, con el título de “Hipnosis en el tratamiento de disfunciones sexuales” (43). Los autores concluyen que se requieren más estudios control para evaluar la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Estoy totalmente de acuerdo aunque, como afirman Brown y Chaves, “la hipnoterapia de las disfunciones sexuales no es un área sencilla de investigar” (43, p. 73). Sin embargo, los autores no desacreditan el uso de hipnosis en terapia sexual, por el contrario, alientan su utilización, con el debido cuidado para obtener información válida.

El desarrollo histórico del uso de la hipnosis en terapia sexual muestra que estamos en un momento propicio para intentar integrar ambos campos. Los siguientes capítulos tratarán las bases teóricas de esto, desde diferentes ángulos: terapia cognitiva, investigación en sexualidad e investigación en hipnosis.

3. BASES TEÓRICAS

Las bases teóricas que sustentan la aplicación de la hipnosis en la terapia sexual son parte de la terapia cognitivo conductual. Contrariamente a Steger (212), propongo que la hipnosis es un método de reestructuración cognitiva y por lo tanto puede entrar en un marco de referencia cognitivo conductual. Para mí, la verdadera modificación cognitiva implica procesos y técnicas hipnóticas.

Terapia cognitivo conductual

Debe quedar claro desde el inicio, que a diferencia de otros autores de terapia cognitivo conductual, considero que las cogniciones abarcan a todas las actividades mentales involucradas en la percepción, evaluación e interpretación de los estímulos, tanto externos como internos. Esto incluye actividades mentales tanto conscientes como inconscientes. Para mí, la cognición es una expresión moderna para el viejo término, “mentación”, encontrado frecuentemente en los trabajos de algunos psicólogos de inicios del siglo XX. Las cogniciones son creencias e ideas pero también son imágenes mentales, por ejemplo, las representaciones mentales de las experiencias sensoriales que reproducen las de los sentidos externos por medio de los cuales percibimos (ver más adelante ¿Imágenes mentales o fotografías mentales?). La reestructuración cognitiva no tiene significado alguno sin la inclusión de esas otras cogniciones menos ideológicas e intelectuales, como son las imágenes mentales.

Del mismo modo, me refiero al pensamiento para indicar cualquier forma de actividad mental, incluyendo pensamiento espontáneo tal como la fantasía, el soñar despierto y cualquier otro sistema

representacional mental activado concientemente o no en el individuo. Se debe también recordar que usamos la palabra para referirnos a las funciones más sutiles y desconocidas del *cerebro* humano.

El reciente énfasis en el valor de las cogniciones en terapia, surgió en la terapia conductual. Epictetus, un griego Estoico del Siglo I decía, cuando enseñaba en Roma: “Los hombres no son perturbados por las cosas, sino por la visión que tienen de ellas”. Del mismo modo, el camino de ocho pliegues de Buddha, podría ser traducido en prescripciones cognitivas de autocontrol (181).

Entre los mejores exponentes de la terapia cognitiva están Beck (30) y Meichenbaum (163). Antes de estudiarlos, haré una breve descripción sobre la terapia conductual. Como Romanczyk, Kistner y Wilson han señalado (185) es necesario distinguir entre modificación del comportamiento operante con Skinner (206, 207) como líder y la terapia conductual de Eysenck (80, 8) y Wolpe (241), que sigue el modelo condicionante clásico. Además de estas dos formas de intervención conductual, el modelo de aprendizaje social de Bandura (19) en terapia conductual es un enfoque comprensivo del funcionamiento humano que incluye: 1. procesos de condicionamiento clásicos posteriores a estímulos externos; 2. reforzamiento externo o condicionamiento operante en el trabajo; y 3. procesos cognitivos mediacionales, que son los factores que siempre son importantes en la modificación de la conducta vía eventos ambientales. Es fácil notar que este último modelo de la terapia conductual es casi diametralmente opuesto a la famosa afirmación de Skinner: “Una persona no actúa sobre el mundo, el mundo actúa sobre ella” (207, p. 211).

La teoría del aprendizaje social de la terapia conductual, prepara el camino para el desarrollo de la terapia cognitivo conductual. La distinción entre estas dos teorías está más allá de esta discusión y para más datos refiero al lector a Franks y Wilson (88). Yo prefiero escribir la palabra comportamiento entre paréntesis para enfatizar que los cambios de pensamiento son esenciales en este acercamiento terapéutico.

Regresando ahora a los dos autores mencionados antes, sería histórica y teóricamente impreciso centrar la terapia cognitiva alrededor de Beck (30) y Meichenbaum (163) sin referirse a Ellis (72), cuya terapia racional emotiva (TRE) los influyó y a quien se debe considerar una de las mayores fuerzas de la terapia cognitiva. De hecho,

TRE es la terapia cognitiva más antigua y tal vez la más popular entre los profesionales y el resto de la gente por igual. Durante más de dos décadas, Ellis ha influido en la psicología clínica e incluso en el público americano en general por medio de libros de auto-ayuda basados en sus enseñanzas. La terapia cognitiva es otro ejemplo de la influencia de Ellis: Tanto el acercamiento de Beck (30) como el entrenamiento auto-instructivo de Meichenbaum (161) son en realidad variaciones de TRE. Lazarus (141), otro importante autor que tuvo mucha influencia de Ellis, fue uno de los primeros terapeutas conductuales que aplican técnicas fundamentalmente cognitivas (139), considerando la auto conversación y la formación de imágenes mentales como factores esenciales que hay que tener en mente cuando se pretende lograr cualquier tipo de cambio en el comportamiento.

Como he afirmado en algún otro momento (10), las técnicas de la terapia cognitiva son hipnóticas por naturaleza. Aún más, la base racional de los enfoques cognitivos es la realidad de la autohipnosis negativa del paciente. Lo que Ellis denomina creencias *irracionales* es un aspecto de lo que yo identifiqué como autohipnosis negativa. Este proceso parece estar presente en toda la gente que se identifica con patrones de comportamiento fijos, en sus actitudes, creencias, miedos, reacciones, patrones, motivaciones, metas, pensamientos y afectos, con los que no está satisfecha. La autohipnosis negativa (AHN) parece ser el común denominador de los problemas psicogénicos.

¿Qué es este proceso al que llamo AHN? Consiste en afirmaciones negativas no conscientes e imágenes mentales derrotistas que la persona consciente, alienta y frecuentemente alimenta, mientras que al mismo tiempo se repite a sí misma, que quiere resolver su problema, cambiar, ser mejor. Mientras la AHN esté activa no hay posibilidad de mejoría. Pero ¿porqué llamar a este proceso AHN? Porque encontramos en él tres elementos hipnóticos incluidos en cualquier entendimiento serio de la hipnosis: 1) pensamiento no crítico que activa negativamente procesos inconscientes; 2) imaginación negativa activa y 3) poderosas sugerencias posthipnóticas en forma de auto-afirmaciones negativas que surgen del pensamiento no crítico y de las imágenes negativas.

Debo agregar que la AHN no es exactamente lo que los psicoanalistas llaman resistencia y que todos los otros métodos de terapia

desde Freud, han incorporado como tal en su conceptualización. La AHN es lo más cercano a lo que Kris (135) llamó la estructura resistente. La resistencia, como se utiliza comúnmente, tiene que ver con el uso de los mecanismos de defensa durante la sesión psicoanalítica. La AHN no se origina necesariamente en la ansiedad o el conflicto, como los mecanismos de defensa, pero puede tener su origen en mitos culturales, en falsas creencias pseudoreligiosas y en la superstición popular. La AHN es mucho más hipnótica que la resistencia, como lo sugiere su definición; sin embargo, obviamente, puede ser una parte de esa estructura resistente en la terapia en sí o del uso exagerado de los mecanismos de defensa en general.

En el siguiente ejemplo, existe una resistencia al cambio, pero tiene sus raíces en niveles más profundos que afectan el concepto de sí mismo de la persona, más que en los mecanismos de defensa. La persona que dice: “No puedo hacer lo que sé que debería hacer”, refiriéndose a terminar una relación negativa que afecta al comportamiento sexual de la persona, es en realidad incapaz de cambiar porque está convencida de que no puede terminar esa relación. Esa convicción es el resultado del proceso autohipnótico negativo, que consiste en autoconversación en la que la persona se convence de que esto sería imposible y nutre y quizá hasta fomenta activamente, todo tipo de imágenes mentales de horror y catástrofes relacionadas con el fin al de esa relación. Por medio de este proceso repetitivo, su inconsciente ha llegado a aceptar de manera no crítica que el terminar esa relación es realmente imposible. Las percepciones han sido distorsionadas, las evaluaciones son incorrectas, el cambio no puede ocurrir, el ciclo del sufrimiento es reforzado.

Lo que la terapia cognitiva pretende hacer es contrarrestar la AHN. Meichenbaum (161), basa su enfoque terapéutico en la investigación del desarrollo secuencial seguido por los niños al aprender el habla interna y el control simbólico-verbal sobre su comportamiento (ver Luria, 153) y propone su ya famoso entrenamiento auto-instructivo. El procedimiento comprende tres pasos básicos: 1) identificación y conciencia de los pensamientos negativos que se manifiestan sobre uno mismo 2) aprendizaje de los comportamientos adecuados y afirmaciones positivas sobre uno mismo; y 3) practica primero verbalizando en voz alta las autoinstrucciones adecuadas ensayándolas en la fantasía. Durante esta fase de la terapia, el terapeuta retroalimenta al paciente para asegurar que la autocon-

versación positiva reemplaza las afirmaciones negativas que la persona hace sobre sí misma. Es decir, si bien se hace una reestructuración consciente de las cogniciones, los ensayos derivan en un proceso inconsciente, que poco a poco se transforma en una nueva actitud con todos los elementos de una sugestión posthipnótica. Diversos estudios conducidos por Meichenbaum y Cameron, (162, 166) demuestran la efectividad de este método.

Beck (30) emplea básicamente el mismo enfoque, técnicas cognitivas y conductuales más la práctica en casa. Kazdin (129) utilizó estos métodos con modalidades ligeramente diferentes utilizados bajo el nombre de modelaje encubierto, al igual que Suinn y Richardson (213) (entrenamiento del manejo de la ansiedad), Golfried (97) (desensibilización sistemática modificada), y otros más. Todos ellos utilizan la imaginación o el condicionamiento encubierto. Tal vez el mejor exponente de la técnica encubierta es Cautela (49, 50, 51, 52). El define este método como "Procedimientos de condicionamiento en los que los estímulos y las respuestas se presentan en la imaginación por medio de instrucciones" (53, p.15). Explica que en estudios controlados se ha probado que el condicionamiento encubierto y los estímulos externos, tienen efectos similares sobre el comportamiento. Las cuatro técnicas básicas de condicionamiento encubierto son sensibilización, reforzamiento positivo, reforzamiento negativo y extinción.

No hay duda de que la terapia conductual "se ha vuelto cognitiva" lo que significa que en la actualidad se enfatizan más las actividades del organismo que se encuentra situado entre estímulos y respuestas. Wolpe y Skinner, como se mencionó antes, enfatizaron el modelo estímulo-respuesta del comportamiento humano, mientras que la tendencia actual subraya el modelo estímulo-organismo-respuesta, poniendo mucha atención a las estructuras que median y a los procesos entre E y R, ya que la evidencia acumulada muestra que no hay E sin O; en otras palabras, que el estímulo, si no incide en el organismo, es una entidad indiferente.

El lector puede encontrar mas información en la revista *Cognitive Therapy and Research*.

El modelo hipnoconductual

Desde el campo de la hipnoterapia, Kroger y Fezler (138) desarrollaron un modelo, basado en parte en la terapia hipnooperante de Tugender y Ferinden (220). “La premisa básica en el modelo hipnoconductual es que las respuestas maladaptativas son mediadas por la ansiedad” (138, p. 91). Para poner remedio a esta situación los autores emplearon la hipnorelajación, a la que ven como antítesis de la ansiedad y la tensión. Su definición de hipnosis es: “Un estado de profunda relajación y concentración por medio de la evocación sensorial caracterizado por receptividad y objetividad aumentadas” (138, pp. 86 y 89). Por objetividad, implican que la persona que utiliza hipnosis es más capaz de actuar sin la interferencia de ansiedad y miedos. Afirman que el uso de la hipnosis “refuerza los modelos de desensibilización encubierta convencionales utilizados por los modificadores de conducta” (138, p. 86-87) y se refieren a los estudios del investigador ruso Platonov para validar su afirmación de que “el condicionamiento de los reflejos bajo hipnosis dura más tiempo, es más rápido y tiene menos probabilidades de extinguirse” (180, p. 87). Esta mayor eficacia de los métodos hipnóticos es atribuida por Kroger y Fezler a la evocación sensorial o al condicionamiento con la imaginación: “ser capaz de inducir la relajación por medio de la formación de imágenes sensoriales da al paciente mucho más control, que recurrir a la manipulación muscular directa como hacen las técnicas de relajación progresiva de Jacobson. También se puede lograr un estado de relajación mucho más profundo por medio de la evocación sensorial que por medio de la manipulación muscular directa. Tanto la hipnosis como la modificación muscular directa utilizan el condicionamiento por imágenes sensoriales, pero la primera resulta en un mayor control incluso sobre la mayoría de las funciones autónomas” (138, p. 90).

El modelo hipnoconductual es una ingeniosa combinación de hipnosis y modificación de conducta. Sería difícil encontrar la diferencia real entre el modelo de Kroger y Fezler y muchas de las técnicas mencionadas en la sección previa, especialmente las empleadas por Cautela bajo la rúbrica de procedimientos encubiertos. Mientras más énfasis se pone en el aspecto encubierto del procedimiento, más se utiliza la hipnosis. Como expliqué en el Capítulo 1, la hipnosis no es una

experiencia de todo o nada. La pregunta difícil de responder, desde un punto de vista vivencial, surge de una muy ordinaria experiencia de la vida cotidiana, que es: ¿En que punto se vuelven hipnosis la evocación sensorial o la imaginación activa? O, más enfocada a la terapia: ¿En qué punto, lo piense el terapeuta o no, se dé cuenta de lo que está haciendo o no, se vuelven hipnosis las técnicas encubiertas? Como implican Kroger y Fezler y como yo he subrayado, con base en investigaciones importantes, la hipnosis es una habilidad que puede ser aprendida por medio de la repetición y la práctica. Consecuentemente, mientras más intensas son las técnicas encubiertas y más vívidas, la evocación sensorial y la producción de imágenes mentales, más estará la persona utilizando hipnosis. O, para exponer este pensamiento en palabras de Kroger y Fezler: “la combinación de la terapia del comportamiento y la hipnosis provee al clínico una gran variedad de técnicas sofisticadas y más poderosas para el tratamiento de problemas refractarios a la psicoterapia convencional” (138, p. 95).

Estos autores aplican sus modelos de terapia hipnoconductual a una variedad de disfunciones sexuales.

Terapia sexual

En una edición especial de *The Counseling Psychologist* en 1975, se publicaron dos importantes artículos que señalan un cambio en la terapia sexual, el inicio del énfasis en las técnicas imaginativas en oposición al énfasis en la terapia sexual. Wish comenzó, junto con Masters y Johnson a justificar el uso de técnicas para llegar a los procesos cognitivos en clientes con disfunciones sexuales. Posteriormente consideró el objetivo de Kaplan de ayudar a la gente a abandonarse completamente a la experiencia sexual minimizando la ansiedad de desempeño. A partir de estos autores Wish concluyó que, “cualquiera que fuera el tratamiento aplicado, la meta es capacitar al cliente con disfunción para relajarse y concentrar su atención en los estímulos eróticos” (237, p. 52). Después propuso una serie de técnicas, basadas en los principios generales de la terapia cognitiva, tales como detener los pensamientos, sugerencias, condicionamientos encubiertos y desensibilización sistemática. Wish presume “El apoyo teórico y empírico se encuentra en el hecho de que los eventos encubiertos comparten muchas de las mismas propiedades

funcionales que se sabe existen en el comportamiento manifiesto y, por lo tanto, al manipular los procesos encubiertos se pueden modificar las consecuencias manifiestas” (237, p. 52). Las fuentes que utilizó son las de la terapia conductual, tales como Bandura (19), Cautela, Walsh y Wish (55), Pavio (175), y Staas (211).

Otro estudio realizado por Flowers y Booraem observó el comportamiento de tres grupos de clientes diferentes en Terapia Sexual: 1) aquellos que resisten las intervenciones conductuales inicialmente debido a ansiedad o conceptos morales; 2) quienes primero se involucran en las intervenciones conductuales iniciales y luego experimentan una falla, comúnmente asociada con fantasías de fracaso; y 3) quienes tienen éxito técnicamente en las intervenciones conductuales pero fracasan en obtener el nivel de excitación deseado” (86, p. 50). Ellos encontraron un déficit de fantasía sexual en estos clientes y por medio del entrenamiento de visualización como primer paso, afirman haber obtenido un éxito alentador.

Cito este estudio porque confirma el principio teórico mencionado antes, que da validación científica al viejo aforismo: “Tal como un hombre piensa en su corazón, es”. Flowers y Booraem nos ofrecen información de su posición teórica, la conducta puede cambiar por el uso de la imaginación dirigida a los cambios deseados. Para mí es interesante notar que los hechos científicos que estamos acumulando simplemente confirman lo que se ha creído durante muchas generaciones. Encontré un poema con fecha exacta desconocida, atribuido a alguien que vivió en el Siglo XVII, que es curiosamente pertinente a la justificación teórica para la concentración en el “pensamiento” a fin de mejorar nuestras acciones.

La mente es el poder Maestro que moldea y crea,
El hombre es mente, y por siempre lo que toma
La herramienta del Pensamiento y el dar forma
a lo que desea,
Trae consigo mil gozos, mil sufrimientos:
Él piensa en secreto y se vuelve realidad:
El medio ambiente no es más que su espejo.
(El énfasis lo hago yo).

Aún en el campo de la terapia sexual como tal, Janda y O'Grady desarrollaron un inventario de ansiedad sexual que, usado junto con

el inventario de culpa de Mosher (169, 170), “podría predecir el comportamiento sexual de manera más acertada que cualquiera de los dos utilizado por sí mismo” (119, p. 170). Janda y O’Grady hacen una interesante distinción entre la culpa y la ansiedad cuando se trata del comportamiento sexual: “Los individuos que se sienten culpables se preocupan de lo que pensarán de sí mismos, mientras que los individuos sexualmente ansiosos se preocupan por lo que otros pensarán de ellos” (119, p. 170).

El interés de mencionar el inventario de ansiedad de Janda y O’Grady es que considera las actitudes y emociones negativas hacia el sexo, que son cogniciones. Janda y O’Grady proponen que las cogniciones negativas deben ser modificadas para tener éxito en terapia sexual. A partir de ahí, desarrollaron el inventario de ansiedad sexual. Este, junto con el inventario de culpa sexual de Mosher, ayudan al clínico a identificar cogniciones negativas que determinan el comportamiento sexual disfuncional y poco satisfactorio. La estructura teórica existente detrás de su investigación está de acuerdo con lo que yo he investigado en este capítulo. Hemos dicho que en la terapia cognitiva la imaginación ocupa un lugar muy importante. Cuando los terapeutas explican lo que quieren decir por cogniciones, universalmente, de un modo u otro, incluyen la formación de imágenes mentales. Podemos decir que la evidencia muestra que detrás de toda disfunción sexual existe una cognición defectuosa, afirmaciones negativas e imágenes derrotistas frecuentemente no reconocidas por el individuo que sufre esa disfunción. Los enfoques terapéuticos de la última década tienen como objetivo contrarrestar esas cogniciones y sustituirlas por pensamientos efectivos, afirmaciones positivas e imágenes constructivas. La hipnosis, como se le entiende actualmente, constituye la utilización sistemática de las cogniciones para el mejoramiento del individuo que sufre disfunciones sexuales.

Como se indicó antes, en un sentido real la nueva hipnosis es un descendiente de la Escuela de Nancy, en la que Bernheim (35) afirmaba cerca del año 1880 que la hipnosis era el efecto de la sugestión y definía la sugestibilidad como la habilidad de transformar un pensamiento en un acto. Emile Coué (57), creador del término “autosugestión”, mencionó el poder de las imágenes positivas y de las afirmaciones verbales. Su famoso lema: “Cada día en todos sentidos me vuelvo cada vez mejor”, debía ser acompañado de imágenes vívidas de la conducta o de la mejoría deseada.

¿Por qué causan mejoría las imágenes mentales?

Basándonos en la investigación conducida hasta aquí, podemos afirmar que los principios de la terapia cognitiva subrayan el interés actual en los efectos del “pensar” en el comportamiento sexual y el placer. Aún así debemos preguntar: ¿Por qué tienen las imágenes mentales tal efecto en el comportamiento? Como afirman Singer y Pope (204), la psicología puso poca atención a la imaginación en sus investigaciones, hasta muy avanzado el siglo XX. Meichenbaum (164), indica que la imaginación ha sido utilizada en psicoterapia en los últimos años en más de veinte formas. A causa de los muchísimos procedimientos de imágenes mentales, Meichenbaum comparó las diferentes técnicas, las analizó y concluyó que son coherentes con la psicoterapia en general.

En un trabajo anterior, Meichenbaum (163) describió en detalle los tres pasos que explican el cambio de conducta en cualquier tipo de terapia: a) conciencia de uno mismo, b) nuevas imágenes y pensamientos adaptativos, y c) práctica en vivo. Por conciencia en uno mismo, se entiende una nueva percepción de los síntomas, las circunstancias internas y externas que los rodean y las conductas. El cliente se vuelve conciente de su diálogo interno sobre sus problemas, lo que Meichenbaum llama inicio del proceso de traducción, íntimamente conectado con las conceptualizaciones de los problemas. Por traducción se entiende el cambio progresivo en la percepción y evaluación de los problemas.

El segundo paso en el proceso del cambio a través de la psicoterapia es el desarrollo de nuevas cogniciones adaptativas, pensamientos e imágenes. Las nuevas cogniciones deben iniciar una nueva cadena de conductas, incompatibles con las conductas mal adaptativas. Así, los actos habituales son ahora mediados por nuevas cogniciones deliberadas que desautomatizan esos actos. Esta mediación cognitiva forzada es esencial para el cambio de comportamiento.

Finalmente, el análisis de Meichenbaum muestra que en cualquier psicoterapia efectiva existe un último paso de práctica en vivo de los nuevos comportamientos, que son el resultado de la nueva imaginaria y autoconversación adaptativa.

Volviendo a nuestra pregunta original: ¿Por qué afectan las imágenes mentales el comportamiento? Meichenbaum encuentra tres

procesos psicológicos que explican por qué las terapias basadas en las imágenes mentales contribuyen al cambio. Estos son, autocontrol, nuevo significado y ensayo mental. Al leer la explicación de Meichenbaum, es útil tener en mente la nueva hipnosis; los méritos que encuentra en las terapias basadas en las imágenes mentales son aquellas que la hipnosis clínica ha exigido como propios, independientemente de las nuevas terapias cognitivas.

Con el autocontrol, el cliente desarrolla un seguimiento y ensayo de diversas imágenes tanto en terapia como en vivo (165, p. 392). Aunque también afirma que es un error inferir que ciertas imágenes causen psicopatología, sin antes explorar su incidencia en poblaciones normales (165, p. 338), la creencia compartida por el terapeuta y el cliente de que estas imágenes espontáneas afectan el humor, el ánimo y el comportamiento, tiene valor terapéutico porque implica una nueva percepción y conceptualización de sus problemas incluyendo su pensar, es decir, sus imágenes mentales.

Lo que no sabemos es si las cogniciones aterradoras y destructivas llevan siempre a la conducta mal adaptativa. Pueden llevar a la planeación adaptativa en poblaciones normales. Pero lo que sí sabemos es que esos pensamientos negativos son, definitivamente, bienvenidos por el cliente, quien con frecuencia siente que no puede hacer nada contra ellos. Estos pensamientos, crean más incomodidad, miedo, depresión u otras experiencias internas por las que se busca la terapia. El énfasis en las imágenes enseña a los clientes que pueden controlar sus pensamientos y que su control cambiará su estado de ánimo, la percepción de otros e incluso sus reacciones fisiológicas. El autocontrol en las imágenes mentales es un rasgo común de todas las terapias que subestiman su creación. Al controlarlas, el cliente aprende también a alterar la reacción que antes tenía a los pensamientos temidos, en términos de autoconversación y de acciones llevadas a cabo.

El segundo proceso psicológico propuesto por Meichenbaum para explicar la eficiencia de las imágenes mentales es el cambio del significado o la alteración del diálogo interno que precede, acompaña y sigue los momentos de conducta maladaptativa (165). Es una consecuencia natural del autocontrol incrementado por medio de imágenes mentales. El control exitoso de imágenes y de la autoconversación lleva a una nueva percepción de los procesos internos propios. Y dado que la percepción precede y determina el significado

en general, el cliente, quien al menos en parte, atribuyó su conducta maladaptativa a sus propios pensamientos entiende la situación completa de manera diferente y con más esperanza.

Aún más, ya que el problema no son tanto los pensamientos negativos sino la reacción del cliente hacia ellos, este tiene ahora a su disposición nuevos mecanismos para negociar con pensamientos e imágenes destructivas o negativas, por lo tanto, mirarlos diferente, como una experiencia que tiene que aprender a manejar, dejando de ser víctima. Como señala Meichenbaum: “Cada vez que pedimos a nuestros clientes que se involucren en un ejercicio con imágenes mentales, estamos también afectando su diálogo interno, lo que se dice a sí mismo de la imagen, el sistema de significado que la rodea y sus comportamientos negativos” (165, p. 390). Cuando las imágenes mentales del cliente cambian, su diálogo interno también cambia; lo que se dice a sí mismo altera el significado de su experiencia. Veamos un ejemplo: los nombres no sólo describen sino dan significado a las cosas, a las situaciones, a la gente y a los sucesos; el mismo acto sexual es asqueroso para una persona y divertido para otra.

El tercer y último proceso psicológico que nos ayuda a entender por qué las imágenes mentales afectan el comportamiento es el ensayo mental de los comportamientos alternativos que contribuyen al desarrollo de las habilidades (165, p. 392). Esta preparación mental es el resultado natural de los dos procesos previos: hace que la persona perciba y comprenda la situación completa de manera diferente, lleva a un ensayo mental de las nuevas formas de negociar con las diferentes situaciones. Meichenbaum nos previene del error de proponer un modelo maestro, en lugar de un modelo para salir adelante. El modelo maestro alienta un ensayo mental de desempeño perfecto, mientras que el segundo modelo incluye aprehensión, errores, eventos inesperados, pero se aprende a salir adelante de ellos, familiarizando al cliente con las estrategias necesarias (pensamientos e imágenes nuevos) para manejar dificultades y obstáculos.

Así, Meichenbaum nos señala al menos la dirección general a seguir para responder a la pregunta crucial en relación con la conexión de las imágenes mentales y el comportamiento. El área completa requiere todavía de un estudio cuidadoso; por otra parte, la preocupación por obtener información y evidencia controlada no debería cegarnos ante lo que el sentido común les ha enseñado a un

sin número de generaciones anteriores a la nuestra, que los pensamientos tienden a materializarse en forma de acciones. Los filósofos, líderes religiosos y poetas por igual nos han dado este mensaje durante muchas generaciones. Los escritores populares se han enriquecido vendiendo la idea, desde cómo volverse rico pensando en la riqueza hasta cómo incrementar el placer sexual usando la imaginación. Nuestra preocupación científica debería alentarnos a encontrar validaciones factuales de esta creencia antiquísima sin olvidar que está profundamente arraigada en los humanos.

¿Imágenes mentales o fotografías mentales?

Nuestra revisión teórica nos ha presentado una y otra vez la noción de imágenes mentales. Sin embargo, este concepto en sí no es tan evidente como parece. *Imago*, en latín, es básicamente una reproducción de algo más y por ello es una palabra activa, energética. El énfasis está en la acción de reproducir, no en la imagen. Por imagen mental no entendemos sólo las representaciones pictóricas de nuestras experiencias existenciales. Y esto no está para nada claro en la mayoría de la literatura. Las imágenes mentales comprenden todas y cada una de las representaciones mentales de estímulos capaces de ser percibidos por nuestros receptores. Bandler y Grinder (16,17) popularizaron la noción de sistemas representacionales internos, refiriéndose a nuestra habilidad mental para reproducir ideológicamente en nuestra mente, sensaciones o experiencias que vivimos o podríamos vivir. Así, podemos referirnos a nuestros sentidos internos y pensar que nuestra mente es capaz de reproducir sensaciones gustativas, olfativas, kinestéticas, auditivas, y visuales.

Podemos verificar empíricamente que cada persona tiene un sistema representacional preferido. Algunas personas prefieren visualizar mientras que otras pueden reproducir sonidos y música, y otras más reexperimentan sensaciones corporales. Sin embargo, a causa de lo que Bandler y Grinder llaman las limitantes neurológicas, sociales e individuales, nunca podremos representar y reproducir el mundo externo como es en realidad. Siempre nos representamos el mundo de manera equívoca, de modo que “es necesario diferenciar entre el mundo y cualquier modelo particular de este” (16, pp. 7-8). Los autores utilizan la palabra modelo para referirse a lo que yo llamo imagen. Esta

representación mental del mundo (imagen o modelo) comprende tres procesos que hacen nuestra percepción del mundo diferente.

Bandler y Grinder se refieren a esta transformación perceptual en términos de generalización, supresión y distorsión. Estos procesos crean reglas con las que cada uno de nosotros se relaciona con su medio ambiente. Así, la generalización “es el proceso por el que los elementos o partes del modelo de una persona se desapegan de la experiencia original y llegan a representar la categoría completa de la cual esa experiencia es un ejemplo” (16, p. 14). La supresión se refiere al “proceso por el cual ponemos atención de manera selectiva a ciertas dimensiones de nuestra experiencia y excluimos otras” (16, p. 15). Los autores dan como ejemplo de este proceso la habilidad humana de no escuchar los sonidos de otras conversaciones en un lugar cerrado, a fin de poner atención a lo que una sola persona está diciendo. Finalmente, la distorsión es “el proceso que nos permite realizar desplazamientos en nuestra experiencia sensorial” (16, p. 16), como hacemos a través de la imaginación y de la fantasía. Un buen ejemplo, es la versión de un paisaje realizado por un artista, modificada por su propia percepción, que es muy diferente a una fotografía del mismo paisaje.

Por lo tanto, nuestras imágenes mentales, no son ni fotografías, ni reproducciones exactas de la realidad exterior. Podemos aplicar estos conceptos a la sexualidad humana. El factor más importante en el comportamiento humano es la forma en que el individuo percibe el sexo por medio de estos procesos de generalización, supresión y distorsión. Los mismos tres procesos que nos ayudan a relacionarnos con el mundo y a comprenderlo, pueden, si se exageran, desfigurar la realidad hasta llegar a la deformación total. Así, un hombre puede llegar a convencerse de que las mujeres son una amenaza para él (generalización, distorsión y supresión de su propia experiencia con algunas mujeres en su vida que fueron amables, buenas y apoyadoras). A menos de que el terapeuta esté alerta de este mecanismo complejo de imágenes mentales, el enfoque tradicional de terapia sexual será ineficaz para cambiar los mecanismos cognitivos del cliente. Como explican Bandler y Grinder (16), el modelo mental del cliente empobrece a menudo su propia experiencia. Ya que la hipnosis hace posible la concentración en un objeto excluyendo a otros, se vuelve una herramienta muy conveniente para ayudar a los clientes a cambiar o enriquecer sus modelos mentales, permitiendo detener los procesos de sobregeneralización, sobredistorsión y sobresupresión.

Formación de imágenes mentales y simbolismo

Sin entrar en una controversia filosófica, podemos atestiguar por nuestra propia experiencia cotidiana que las imágenes mentales son esenciales y funcionales en nuestro comportamiento diario. Shorr nos da un ejemplo sencillo: Al aproximarnos a un semáforo en rojo cuando llevamos a alguien muy enfermo a un hospital, nuestra imaginación produce una serie de imágenes posibles, pasarnos el alto y tener un accidente, lastimar a un peatón, ser detenido por un policía de tránsito. También imaginamos nuestra llegada al hospital unos cuantos segundos antes salvando, tal vez, una vida. Shorr concluye que la valiosa función de la formación de imágenes mentales es “proveer un método por medio del cual se pueden probar diferentes alternativas sin sufrir sus consecuencias” (200, p. 32).

El mismo mecanismo nos permite probar en la mente, posibilidades de comportamiento, menos urgentes o dramáticas que el ejemplo anterior.

La formación de imágenes mentales es un rasgo humano. De hecho, puede ser una de las características más humanas, como el arte (la materialización de las imágenes mentales) demuestra ampliamente. Los humanos producimos las maravillas que otras especies no pueden producir porque podemos imaginar, visualizar, soñar. El arte tiene como referencia a la realidad, al menos de forma remota o tenue. Pero esta distorsión creativa de la realidad, que es el arte, señala la habilidad humana, necesidad de producir símbolos.

Todos somos artistas porque todos abstraemos. La abstracción es un proceso normal del pensamiento, esencial para enfrentar la realidad como la percibimos; la abstracción es un elemento de la formación de imágenes mentales. Pero abstraer es producir símbolos, porque nuestras abstracciones son nuestros intentos de dar significado a nuestras experiencias, de dar sentido a lo que percibimos por medio de nuestros receptores sensoriales y dentro de nosotros mismos.

Tal vez fue Descartes (1596 - 1650), con su gran influencia sobre el pensamiento occidental, quien creó la confusión acerca de la naturaleza unitaria u holística de los humanos. Su dicotomía entre las realidades físicas y espirituales, ligadas sólo a través de la acción de Dios, permanece aún con nosotros, como lo aclara, por ejemplo, una

revisión de la medicina occidental del siglo XX. El cuerpo es conceptualizado como independiente de la mente y viceversa. O bien, distorsionando la premisa cartesiana, la mente fue simplemente igualada con el cerebro. Recomendamos al lector la obra magnífica de Barbara Brown (42) para elucidar más sobre estos conceptos.

Lo que quiero enfatizar es que los humanos sienten casi la compulsión de dar significado, o intentar dar significado, a sus percepciones. En el proceso, crean símbolos: realidades internas arraigadas al mundo externo que tienen sentido para la persona y que se traducen en alguna nueva realidad externa. Mi definición de un símbolo puede ser presentada como una secuencia de experiencias: 1) Percibo la realidad externa pero al hacerlo, la transformo, la distorsiono, la cambio; 2) intento dar un significado a mi percepción de la realidad; 3) represento ese significado de algún modo externo, por ejemplo, una palabra, un color, un gesto, un objeto.

Estos símbolos, muchos de los cuales son heredados culturalmente y nunca puestos en duda por el individuo, forman parte de las cogniciones de la persona, de la realidad interior que tiene sentido para el individuo a pesar de que ese sentido pueda ser negativo, destructivo o producir sufrimiento. Estos símbolos, que son una parte importante de nuestras cogniciones distorsionan nuestras experiencias y nuestro gozo por vivir. Cuando no han sido examinados alteran nuestras percepciones y empobrecen nuestra experiencia de vida. Parece que la popularidad actual de la literatura cuasi-metafísica, como la de Castaneda (47, 48), es una reacción saludable a la complacencia cultural sobre nuestra posición en este mundo, nuestra percepción del mundo, nuestra habilidad de conocer. En *Viaje a Ixtlán* Castaneda dice: “Detener al mundo; una técnica enseñada por Don Juan para ser iluminado, era de hecho un desarrollo de ciertos estados de conciencia en los que la realidad cotidiana se altera por que el flujo de la interpretación, que comúnmente es continuo, ha sido detenido por una serie de circunstancias ajenas a él” (47, p. 14).

La precondition para “detener al mundo” era una dedicación total al nuevo aprendizaje “con el propósito de oponerlo al aprendizaje anterior y de ese modo, romper la certeza dogmática que todos compartimos, de que la validez de nuestras percepciones sobre nuestra realidad en el mundo no debe ser puesta en duda” (47, p. 14).

La terapia cognitiva está muy relacionada con este cuestionamiento de nuestra certeza dogmática sobre la validez de nuestra percepción del mundo. Lo que hace la hipnosis es interrumpir el flujo ininterrumpido de interpretaciones que continúan mal interpretando la realidad a fin de darnos la oportunidad de conectarnos con la realidad de un modo nuevo. Una vez liberados de la antigua forma de percibir, podemos producir nuevos símbolos, nuevos significados.

La sexualidad humana es tan complicada por el proceso de producción de símbolos. A menos que los pacientes de terapia sexual puedan “detener al mundo” de sus cogniciones previas sobre el sexo y mirarlas de una manera fresca, individualizada, todas las experiencias de la terapia sexual tradicional son una pérdida de tiempo. El mismo proceso de formación de símbolos que nos hace creativos de manera única entre los habitantes del planeta tierra, también nos hace sufrir. Esto es lo que sucede con las personas con disfunciones sexuales. Pero ahora tenemos las herramientas para ayudar a la gente con estos problemas; podemos llegar rápidamente a la mente interna donde las distorsiones de la realidad que crean sufrimientos innecesarios en el nivel conciente pueden ser modificadas de acuerdo con la realidad existencial madura y actual de la persona.

Repaso general

He colocado a la hipnosis, especialmente cuando es utilizada en disfunciones sexuales, dentro de la teoría general de la terapia cognitiva debido a los avances recientes en cuanto a procesos internos de percepción, formación de símbolos y creencias que afectan el comportamiento. La hipnosis es un medio elegante y económico para ayudar a la gente a “detener al mundo” de las razones, de la lógica, de los análisis y las excusas y entrar a un mundo de vivencias internas y saborearlo.

La literatura de la terapia cognitiva tiende a hacer una distinción, por lo menos académica, entre las cogniciones y la formación mental de imágenes. Lazarus (141) enlista ambas como modalidades distintas. Como ha mostrado este capítulo, yo tiendo a incluir una en la otra porque existe cada vez más evidencia (197) del hecho de que todo nuestro pensar incluye alguna forma de imágenes mentales y que todas nuestras creencias están conectadas con dichas imágenes. Así cuando antes me referí a las cogniciones e imágenes mentales, estoy

simplemente tratando de enfatizar que una terapia cognitiva efectiva no puede ser sólo cognitiva, si por ello entendemos racional, lógica y analítica; sino también vivencial. Este es todo el sentido de las técnicas encubiertas mencionadas antes, detienen las funciones puramente cognitivas con que la persona está familiarizada y la involucran en diferentes experiencias internas que producirán nuevas actitudes y comportamientos.

Como hemos visto, los terapeutas cognitivos utilizan mucho imágenes mentales pero, por concepciones erróneas sobre la hipnosis tradicional, no reconocen su trabajo como hipnótico. Walen (223), escribe: La diferencia principal, creo, entre el acercamiento hipnótico y el de la terapia cognitiva es el grado de generalización del aprendizaje al que se puede llegar. En la terapia cognitiva, la idea central es enseñar al paciente a reconocer y desafiar un conjunto de errores cognitivos, tales como sobregeneralización, personalización, pensamiento en blanco y negro, etc., que pueden operar en una gran variedad de contextos (sexuales, interpersonales e intrapersonales). Si se entrena al paciente en el arte y la ciencia de la terapia cognitiva el producto final es, con optimismo, un individuo que tiene un conjunto de herramientas para tratar exitosamente con los problemas que vayan surgiendo.

Como hemos mencionado en el Capítulo 1, la generalización ocurre en la hipnosis. Todo lo que Wallen afirma sobre la terapia cognitiva se puede decir de la hipnosis. Su meta es, de hecho, proveer a los pacientes de nuevas herramientas para que puedan enfrentar los problemas conforme vayan surgiendo. Con mi experiencia, he notado que la gente que aprende hipnosis obtiene una nueva forma de verse a sí misma, más completa, dándose cuenta de que pueden utilizar la nueva técnica para mejorar muchas otras áreas de su vida.

Por ejemplo, un ejecutivo de 51 años de edad que presentaba ansiedad en el desempeño sexual con una mujer en quien estaba muy interesado, después de que un matrimonio de 30 años había terminado en divorcio, informó varios meses después que había aplicado las mismas técnicas de relajación y diálogo interno positivo en dos áreas nunca mencionadas durante las seis sesiones de terapia: cuando se le practicaba alguna curación dental y cuando tenía que viajar por avión. Me contó que su dentista estaba asombrado de su relajación y tolerancia al dolor. En cuanto a sus viajes, confesó que antes de

practicar la hipnosis acostumbraba beber hasta cinco martinis en un vuelo porque siempre estaba nervioso e incómodo al volar. Ahora bebía sólo una copa y pasaba el resto del viaje relajándose y disfrutando imágenes mentales.

Muchos pacientes han tenido reacciones similares, generalizando el aprendizaje. lo más interesante es que la generalización ocurrió espontáneamente. Tal vez lo que Wallen describe como “el arte y la ciencia de la terapia cognitiva” produce los mismos efectos que la hipnosis. Esto es, la conexión de los canales mentales mediante los cuales pasamos del proceso secundario al proceso primario de pensamiento y así aprendemos a usar nuestra mente inconsciente para influir sobre nuestra conciencia y nuestro comportamiento.

Walén enfatiza que el terapeuta cognitivo también trabaja con los síntomas secundarios (estrés, incomodidad). El hipnólogo lo hace tal vez de manera menos intencional.

Mi concepto de autohipnosis negativa (AHN) se basa estrictamente en la terapia cognitiva pero la amplía al señalar los elementos hipnóticos que se dan en el trabajo tanto los que forman AHN como los que se usan para superarla. El enfoque hipnoconductual combina varios métodos enfatizando el condicionamiento de las imágenes mentales. La aplicación de estos conceptos a la terapia sexual no es difícil de entender, ya que la terapia sexual ha aceptado que no puede limitarse al uso de las técnicas de modificación conductual, ignorando los elementos cognitivos involucrados en la disfunción que se va a tratar. Propongo que la hipnosis es una técnica muy efectiva para lograr rápida y elegantemente lo que la terapia sexual trata de obtener: un mejor funcionamiento sexual que surja de nuevas actitudes idiosincráticas. La controversia no es sobre lo que queremos lograr, es decir de nuestra intervención terapéutica, sino sobre las intervenciones: ¿Cuáles son las más efectivas, con mayor duración y más enriquecedoras para la personalidad completa? Como es obvio, yo propongo las técnicas hipnóticas.

4. PROCESAMIENTO COGNITIVO EN LA SEXUALIDAD HUMANA

En la sexualidad humana, la autosugestión y la imaginación están constantemente trabajando. Como en otras áreas de interés humano a causa de las restricciones sociales, que son mayores aún respecto al sexo, los seres humanos se engendran en un proceso interno de evaluación, análisis y asesoría a lo largo del ciclo sexual. A esto le llamo procesamiento.

El procesamiento mental, es un componente importante de la sexualidad humana.

Está presente en toda la experiencia sexual humana, desde los débiles intentos del deseo controlado, hasta el deseo apasionado y la excitación, desde caricias y contacto genital, hasta el clímax, el resplandor crepuscular y los pensamientos posteriores sobre la experiencia. Por lo tanto, no es posible asignarle un lugar específico en el ciclo sexual, como lo tiene el deseo. Sin embargo, debe ser considerado una cuasi fase, que completa el modelo trifásico propuesto por Kaplan (123). Podríamos agregar a este modelo una cuarta fase llamada procesamiento, ya que la gente, con problemas sexuales gasta mucha energía mental y tiempo repasando sus experiencias sexuales. Esta fase es en la que la gente suele tener sentimientos de culpa, de autocondenación y otras reacciones negativas a la experiencia sexual previa, afectando el deseo y el ciclo sexual completo. Como ya vimos, Walen (223) distingue tres puntos de evaluación entre sus ocho eslabones del ciclo sexual, reconociendo la conexión íntima entre la cognición y la sexualidad humana. Wilson lo enfatiza (235) cuando explica por qué la terapia cognitiva es el enfoque más eficaz para la solución de las dificultades sexuales.

Los humanos parecen ser los únicos seres con la habilidad de reflexionar, de pensar acerca de sus pensamientos, para saber que saben,

para ser tanto el sujeto como el objeto de su conciencia. La frase cartesiana, *ergo sum*, podría significar que la gente se vuelve lo que piensa. Pero contrario a lo que algunos terapeutas conductuales parecen implicar, la mayoría de las cogniciones no son conscientes, como muestra el modelo original de Ellis (72) centrado en creencias irracionales.

Autohipnosis negativa (AHN)

De hecho, mucha de nuestra cognición está más allá de nuestro alerta y desde ahí produce un verdadero desorden en nuestra vida consciente. Permitimos que pensamientos negativos, afirmaciones e imágenes mentales, se vuelvan parte de nuestro sistema de creencias. Se puede realmente decir que estas creencias negativas inconscientes tienen poder hipnótico y, por lo tanto, son peligrosas porque no podemos desafiarlas racionalmente. Revisando lo que se dijo en el capítulo anterior, lo que he descrito como autohipnosis negativa (10) consiste básicamente en afirmaciones e imágenes mentales que son negativas en su naturaleza. Estas, a su vez, afectan nuestro estado de ánimo, motivación y comportamiento. O, en palabras de Bach (15) en su *Mesías Remuente*: “Defiende tus limitaciones y, seguramente serán tuyas”. Cualquier limitación auto-impuesta sobre lo que la persona, de manera realista, podría ser, hacer o tener, es resultado de la AHN, tanto en el comportamiento sexual, como en cualquier otro tipo de comportamiento. Estas limitaciones resultan de la AHN y actúan como poderosas sugerencias hipnóticas porque:

- 1) Han sido aceptadas por la mente interna (proceso primario) sin evaluación crítica o análisis racional;
- 2) activan la formación de imágenes mentales casi habitualmente.
- 3) en el estilo de las sugerencias post-hipnóticas, afectan el estado de ánimo, la motivación y el comportamiento, limitando al individuo de tal manera que no puede traspasar esas limitaciones hipnóticas.

Como escribí antes, una persona que utiliza la AHN sin estar alerta de lo que está haciendo, “es en realidad incapaz de cambiar porque

está convencida de que no puede hacerlo. Por medio de un proceso repetitivo (que la persona llega a ver como natural y obvio) de hacerse afirmaciones negativas y enfocarse en imágenes mentales derrotistas, su inconsciente ha llegado a aceptar de manera no crítica que, la sexualidad es imposible, la percepción ha sido distorsionada” (10, p. 46), y consecuentemente, ha influido en la conducta.

Este procesamiento negativo es lo primero que hay que trabajar en terapia sexual. Lo que piensa la persona sobre sus síntomas puede afectar al resultado de la terapia (165) ¿Cuál es el síntoma encubierto?, ¿qué está ocurriendo en la mente de la persona respecto a su dificultad sexual?, ¿qué se dice a sí misma sobre su problema?, ¿qué representaciones mentales aparecen y la persona adopta y refuerza, cuando piensa en su problema sexual?

El primer paso es descubrir lo que los clientes se dicen a sí mismos acerca de su sexualidad y, especialmente, sobre sus insatisfacciones o deseos conscientes de mejorar. Por ejemplo, la frase: “desearía cambiar, pero esto ha ocurrido durante tanto tiempo que puede que ya sea muy tarde” puede minar cualquier acción terapéutica.

Se ha preguntado qué tan recomendable es enfocarse a trabajar con las afirmaciones negativas. ¿Por qué no iniciar de inmediato, inundando la mente con mensajes e imágenes constructivas? ¿Refuerza el enfoque negativo la negatividad? La justificación para iniciar buscando la presencia de AHN es el hecho de que los clientes rara vez verbalizan este auto-diálogo negativo de manera consciente. Antes de parar esta negatividad, el cliente debe darse cuenta de que está involucrado en ella. Normalmente su AHN respecto a su sexualidad está unida a muchos aspectos significativos de su vida, actual y pasada.

El papel de la AHN en el comportamiento sexual

En base a la experiencia clínica, se sabe desde hace mucho tiempo que las imágenes mentales y el auto-diálogo negativo desempeñan un importante papel en las disfunciones sexuales (120, 121, 142, 151, 186). Jehu afirma: “Para funcionar bien sexualmente, el individuo debe ser capaz de abandonarse a la experiencia erótica de ceder el control y abandonar hasta cierto punto el contacto con el medio ambiente” (121, p. 121). El estado alternativo de conciencia, o de experiencia, que Kaplan considera un pre-requisito para funcionar

bien sexualmente, demanda lo opuesto a la AHN. A continuación ella coloca la ansiedad sexual y las defensas cognitivas contra los sentimientos eróticos (AHN) entre las causas inmediatas de la disfunción sexual.

Para validar esta impresión clínica, llevé a cabo un estudio preliminar en 1978 (9). Se pidió a cien personas que habían sido atendidos en terapia sexual durante los últimos cinco años (1974-1978) que llenaran un cuestionario. Sólo sesenta y cinco respondieron adecuadamente. Se trataba de sujetos de clase media de 21 a 67 años, 39 hombres y 26 mujeres, 59 casados viviendo en pareja y seis solos. Todos habían sido tratados en pareja y algunos además individualmente, 24 casos tenían problemas de deseo sexual; 16, dificultad a la excitación y 25 sufrían disfunciones orgásmicas. El cuestionario abierto abarcaba 20 reactivos contruidos cuidadosamente a fin de no sesgar las respuestas hacia la AHN. Los 100 sujetos se contactaron por vía telefónica, indicándoles que se trataba de un estudio del papel que la imaginación desempeña en el comportamiento sexual. Algunas preguntas típicas del cuestionario fueron:

- ¿Cuáles fueron sus pensamientos durante las semanas que duró su terapia sexual? Por favor indique si éstos ocurrieron en casa, en la oficina, sólo, con su pareja o con otras personas.
- Por favor escriba de la manera más literal posible, las frases, palabras, recuerdos o imágenes que venían a su mente cuando comenzaba a pensar en el sexo.
- Describa en detalle cómo se veía usted en su mente cuando pensaba en la posibilidad de tener relaciones sexuales.

Las respuestas fueron tabuladas como positivas o negativas. Cuando una combinación de imágenes mentales y auto-diálogo negativos pertenecían a la misma persona, se le clasificaba como AHN. En este caso, se llevaba a cabo un análisis del diagnóstico sexual del individuo y su AHN para determinar si existía relación entre esta y la disfunción sexual.

Vale la pena considerar los resultados. La AHN había operado en 60 de los 65 sujetos: en los 24 casos de problemas de deseo sexual; los

16 de problemas relacionados con la excitación y en 20 de 25 casos de disfunciones orgásmicas. En los cinco casos que no ofrecieron suficiente evidencia de AHN la combinación de auto-diálogo e imágenes mentales negativas no estaba clara, aunque estos cinco casos sí ofrecieron evidencia de una de las dos áreas. Es interesante que no se encontraran diferencias en cuanto a práctica religiosa.

Aun cuando las limitaciones de este estudio son obvias y no nos permiten hacer conclusiones generalizadas, los resultados parecen confirmar el importante papel de la AHN en los disfuncionamientos sexuales y nos alientan a llevar a cabo más investigaciones en esta área.

Resumiendo: cuando la AHN se aplica a la sexualidad, debe ser considerada como una importante dinámica del cuadro de la disfunción. Cuando aparece la AHN después de la experiencia sexual, se le podría ver como una cuasi cuarta fase del ciclo de la sexualidad humana. En ambos casos, la AHN aplicada al comportamiento sexual puede recibir el nombre de procesamiento negativo y puede ser considerada como un importante componente de cualquier disfunción sexual. Como indicaré posteriormente, la diferencia entre una disfunción sexual y una perturbación de la sexualidad depende del procesamiento, es decir, de la AHN en el área sexual. El procesamiento negativo es el síntoma oculto, que si permanece encubierto, sabotea todo el progreso terapéutico.

Procesamiento negativo

La dinámica de las imágenes mentales no es solamente efectiva para un tipo de disfunción sexual. Desde 1975, agregué la autohipnosis a todas las otras formas de terapia sexual, con excelentes resultados. Clínicamente, parece importante actuar como si el procesamiento fuera, de hecho, una fase separada del ciclo sexual y para determinar en gran detalle la autoevaluación que la persona ha hecho de su propia actividad sexual. El clínico debería persistir hasta conocer los términos utilizados en el auto-diálogo y las imágenes conectadas con la actividad mental post-sexual. La mayoría de la gente con disfunciones sexuales realiza procesamientos negativos. Y con negativos, quiero decir todo aquello que no es totalmente positivo, por ejemplo: “Lo hice bien, pero estoy seguro de que ella no está satisfecha”.

Me estoy refiriendo al procesamiento negativo, no a una evaluación objetiva, de aspectos negativos de la experiencia sexual total. Esto último es consciente y lleva a la corrección constructiva para que la próxima vez se puedan evitar esos factores negativos. Por ejemplo, la mujer que, al tener relaciones sexuales reconoce que tuvo sentimientos de enojo por una pelea previa, lo admite y decide que la próxima vez resolverá la pelea antes de empezar a hacer el amor. O el hombre que reconoce que bebió demasiado antes de la relación sexual toma la decisión de que en el futuro será más cuidadoso con eso cuando pretenda hacer el amor. Este tipo de procesamiento es objetivo, realista, sano y constructivo.

Como se mencionó anteriormente, el procesamiento negativo puede ser considerado como algo que ocurre durante o al final del curso de la actividad sexual. El procesamiento es algo continuo, que inicia con: 1) la detección de un estímulo, la alerta de una situación sexual, que lleva a 2) etiquetarlo 3) atribución, o la interpretación del estímulo, y 4) evaluación. El procesamiento, si es positivo, puede iniciar el deseo, conducir a la detección y así sucesivamente en la misma secuencia una vez más. Esta propuesta reduce el ciclo de excitación de Walen (223) de ocho a cuatro pasos, al unir percepción y evaluación en un paso y haciendo así el modelo aún más elegante.

A continuación un ejemplo de procesamiento: Un hombre se dice: “Ella (detección) me excita (etiquetación) al ser coqueta (atribución). No es bueno que permita que una mujer me manipule de esta manera (evaluación)”.

Por otra parte, puede ser considerado como la fase final del ciclo sexual humano. Una mujer puede decirse a sí misma: “El sexo para mí ya no es bueno. Fingir sólo para complacerlo, me deprime”. Aquí están los cuatro elementos negativos del procesamiento. Es fácil ver que tal procesamiento negativo puede afectar negativamente al deseo y a todo el ciclo sexual. Los cinco errores cognitivos mayores enlistados por Beck: (30, 31) la abstracción selectiva, la interferencia arbitraria, la sobregeneralización, la personalización y el pensamiento dicotómico, pueden aparecer en cualquiera de los pasos del procesamiento, ya sea que éste se considere en el momento de la relación o como una fase final. Por ejemplo, la abstracción selectiva puede ocurrir en el nivel inicial de la detección (la percibo solo como un objeto sexual) o en el nivel de la etiquetación (enfocándose solamente en la excitación) o durante la atribución (interpretar su

comportamiento como seductor) o como parte de la evaluación (“me niego a mí mismo cualquier contacto con ella porque ser seducido no es bueno para mí”). De modo similar, puede ocurrir con los otros cuatro errores cognitivos mayores de Beck. Y no es necesario decir que el procesamiento negativo ocurre rápidamente e inconscientemente, haciendo difícil distinguir los cuatro pasos mencionados, a menos que aprendamos a ponerles atención. Esto se puede lograr por medio del método de la formación dinámica de imágenes mentales que será explicado en las secciones siguientes.

Diagnóstico comprensivo

Limitar el diagnóstico de los problemas sexuales a las muchas categorías enlistadas en diversos textos, subdivididas aún más en primarias, secundarias, y así sucesivamente, sin considerar el procesamiento negativo, es en realidad hacer un mal diagnóstico. Es alentador notar que este enfoque diagnóstico mecanicista es cada vez más raro. Pero aún así existe la necesidad de hacer mayor énfasis en cerciorarnos de la presencia de la AHN y en el procesamiento como tal. Los elementos comunes presentes en todas las categorías diagnósticas de disfunciones sexuales son las cogniciones comprendidas bajo el procesamiento negativo. La AHN roba a la experiencia sexual (o incluso a la idea de la experiencia) la juguetona espontaneidad y la contamina con ansiedad.

Así, la primera pregunta que los terapeutas sexuales se hacen es: ¿Por qué preocupa esto a esta persona? Para responder, deben primero buscar la AHN y como es utilizada en el procesamiento del comportamiento sexual. Estar perturbado a causa de una dificultad sexual no es necesariamente un correlato de disfunción, sino un resultado del procesamiento negativo. Es esto, más que la disfunción en sí lo que se vuelve un obstáculo que no permite disfrutar la experiencia sexual presente y futura y estorba al interés y al deseo sexual.

Por lo tanto, para hacer diagnósticos integrales de la problemática sexual los terapeutas deben también investigar el procesamiento de la disfunción.

Trabajo preliminar

Está claro entonces, que el primer paso clínico debe ser alertar a los clientes sobre su AHN, esto también en otros tipos de terapia. Se deben considerar tres áreas: auto-diálogo, imágenes mentales y, estado de ánimo. En cuanto al auto-diálogo, es muy útil hacer preguntas sencillas como: “¿Qué se dice a usted mismo (o que viene a su mente) cuando piensa en su problema sexual?”.

Una vez que los clientes se dan cuenta de como se involucran en el auto-diálogo negativo, el terapeuta puede preguntar sobre las imágenes mentales y su visualización: “¿Qué imágenes le vienen a la mente? ¿Cómo se ve a usted mismo en su mente cuando se dice tal y cuál cosa?”.

Finalmente el terapeuta se enfoca en el efecto que la AHN tiene en el estado de ánimo y los sentimientos de la persona. Por esto las preguntas directas son muy útiles: “¿Qué efecto tiene en su estado de ánimo su auto-diálogo y visualización negativo?”.

Clínicamente, es recomendable pasar por estos tres pasos recordando que el auto-diálogo y las imágenes negativas aparecen sobrepuestas y mezcladas.

Algunos clientes no mencionan ninguna afirmación negativa al principio. Una mujer de 47 años de edad, físicamente atractiva, involucrada en asuntos de la comunidad, con muchos amigos, extremadamente popular, repetía que era una persona muy optimista. Su problema sexual, la incapacidad de alcanzar el orgasmo en la relación sexual, era una de esas cosas desafortunadas que pasan en la vida, no había nada que pudiera hacer para remediarlo, sólo resignarse. Le pedí que se relajara un momento, cerrara los ojos y se metiera en una película mental sexual, como llama Bry (44) al proceso auto-hipnótico.

Mientras lo hacía, se notaba cada vez más tensión en su rostro y algo que parecía tristeza; su cuerpo se puso menos relajado, su respiración se aceleró ligeramente. Se sentía menos bien. Cuando le animé a que enunciara su auto-diálogo, surgieron afirmaciones como: “otra vez la misma frustración “no hay esperanza. La invité a que saliera de trance antes de hablar sobre las imágenes mentales y su auto-diálogo. Se sorprendió al reconocer que estaba afectando su estado de ánimo por su procesamiento negativo inconsciente, siendo que durante 30

años daba por sentado que tenía que padecer una depresión crónica leve. Su auto-diálogo positivo enmascaraba la depresión, que a partir de ese momento pudo ser tratada clínicamente.

Una tarea útil a los clientes es que lleven un registro de su negativismo y de sus experiencias con hipnosis terapéutica hasta la siguiente sesión.

Hipnosis terapéutica

A continuación los clientes aprenden a intercambiar el auto-diálogo y las imágenes negativas por alternativas positivas. Se pueden aplicar diversas técnicas*. Yo normalmente, pido a los clientes que se imaginen a sí mismos de una manera muy vívida en una escena sexual en la que todo marcha bien, a manera de caricatura** o como si fueran el director de la película, sugiero que se tomen el tiempo necesario para construir esa escena sexual positiva en todo detalle, incluyendo tantos sentidos internos como sea posible. Los dirijo para que la vivan en su mente alentándolos a meterse en la imaginación de tipo sexual, sin decirme cuales son los detalles de esa escena erótica mental. Sugiero que su cuerpo esté completamente excitado, disfrutando de estar vivo; que todo contacto es placentero, que estén juguetonamente conscientes de cada sonido, olor, sabor y que las emociones agradables que aparecen ahí crecen.

Un enfoque alternativo, si el cliente tiene dificultades para verse a sí mismo en una experiencia sexual positiva, es pedirle que imagine a su símbolo sexual favorito, que casi siempre es un artista durante la relación sexual. Igual que antes, la escena erótica es construida con todo detalle. Una vez que tienen éxito con esta escena, es más fácil regresar a la primera y experimentarse a sí mismos positivamente en sus mentes.

Quiero enfatizar que la paciencia y la calma son esenciales. A veces, el terapeuta tiene prisa y la técnica falla. La relajación inicial es esencial, ya que la mente está normalmente sobrecargada con muchos estímulos. Se debe recordar también que la primera vez normalmente toma más tiempo, pero ya que la persona ha aprendido a relajarse, una sencilla clave como “la próxima vez que se siente aquí puede permitirse relajarse tanto como hoy, incluso más profundamente, más rápidamente”, hará la próxima inducción más breve.

Cuando los clientes ya son capaces de visualizarse en una experiencia sexual positiva, hay que permitirles que permanezcan en todos los sentimientos buenos y positivos que experimenten. Cuando los estén experimentando, es importante ligar estos sentimientos a cualquier acto físico sencillo, como cerrar un puño, como símbolo de retener esos sentimientos y recuperarlos cuando deseen. Puedo decir algo así: “De ahora en adelante, cada vez que desee reexperimentar estos buenos sentimientos, no tendrá que pensar mucho en ello. Sólo cierre el puño como símbolo de que ya los tiene ahí y puede llenarse de ellos cada vez que quiera”.

De esta forma, les ayudo a cambiar el procesamiento negativo por uno positivo. Por cierto, este trabajo se puede emplear con cualquier tipo de disfunción sexual. Como ensayo mental (ver Capítulo 6), prepara a la persona para concentrarse más específicamente en el placer sexual y la hace estar más alerta de su habilidad para iniciar el camino hacia la recuperación. El mensaje analógico en esta técnica es que la terapia sea positiva y enfocada en el placer natural y espontáneo, más que en la patología.

La práctica de esta técnica hipnótica es crucial. Es frecuente que los clientes tengan dificultades para darse el tiempo para practicar esta autohipnosis diariamente. Parece que la gente que sufre disfunciones sexuales opera con base en dos prejuicios o mitos. Primero, el mito médico: la terapia sexual (más que otras terapias) es como un programa médico, la gente piensa: “Que me cure el doctor, no es necesario que yo haga gran cosa”. Y segundo: el mito psicoanalítico, situado en el extremo opuesto: “Si esto es básicamente psicogénico, no puede resolverse tan fácilmente. Van a pasar muchos meses antes de que pueda ver resultados ya que debo tener una comprensión total de lo que ocurre antes de cambiar”.

Ambos prejuicios pueden ser etiquetados como resistencia pero prefiero tomarlas como ejemplos de autohipnosis y manejarlos como describí anteriormente.

Imaginería dinámica

Este tipo de autohipnosis ha sido calificada por mí como “imágenes mentales dinámicas” (7), terminología que prefiero sobre condicio-

namiento de imágenes mentales (138) películas mentales (44), o psicoimaginación (198), terapia de imaginación (142), y otras designaciones, por dos razones. Primero, la intervención terapéutica se basa en las imágenes dinámicas previamente producidas por el cliente de manera auto-derrotista. Por ejemplo, si las imágenes mentales que descubrió un hombre como parte de su AHN, incluyen una flacidez del pene, la nueva imaginación descartará la flacidez y se enfocará en un pene erecto, agregando por ejemplo, “la energía de mi corazón que bombea hace eco en mi pene endureciéndolo cada vez más y haciéndolo más fuerte y duro; con cada latido de mi corazón mi pene permanece fuerte, duro y erecto hasta que *yo* decida romper esta conexión corazón-erección”.

Segundo, la formación de imaginación utiliza otros elementos psicodinámicos como los que manifiestan en el sueño nocturno, en las fantasías y sueños diurnos de naturaleza no sexual, incorporando cualquier representación mental útil de esas fuentes en la hipnoterapia.

Para que la imaginación funcione efectivamente se debe cumplir contres condiciones:

1. Reforzamiento negativo, es decir, una desatención completa a las imágenes autoderrotistas utilizadas antes por el cliente, ayuda a extinguir estas imágenes, para que otras imágenes constructivas, positivas, placenteras puedan ser construidas en su lugar. En el ejemplo anterior, la flacidez del pene no surge de nuevo; todas las imágenes utilizadas refuerzan la posibilidad de una erección saludable y duradera.

2. Las imágenes como las afirmaciones que substituyen el auto-diálogo deben ser ego-sitónicas, sin que el terapeuta imponga sus propias imágenes. En el ejemplo previo, hubiera sido un error hacer la conexión del pene erecto con el corazón en un hombre que tuviera problemas del corazón o miedo a eso. La nueva formación de imaginación positiva tiene que identificarse con la persona y sus valores, su cultura, sus preferencias sexuales y su historia personal.

3. La formación dinámica de imágenes mentales debería ser intensamente reforzada a través de perseverar en la repetición en casa. Creo que toda la hipnosis es autohipnosis y que es una habilidad que la gente puede aprender. Por lo tanto, las advertencias referentes a la práctica deben ser firmes y serias.

Resultados de la imaginería dinámica

He realizado investigaciones limitadas para descubrir si la imaginería dinámica es útil en terapia sexual, (11). Un grupo de 35 clientes, con diagnóstico de abulia sexual fué tratado durante 1978-1979 exclusivamente por el método que acabo de describir. Eran 28 hombres y 7 mujeres de 23 a 55 años de edad, todos casados y de clase media, 4 sin religión, 9 judíos, 13 católicos y 9 protestantes. Del total, 32 resolvieron sus problemas sexuales en no más de 5 sesiones sin necesidad de más terapia tradicional. Los otros tres necesitaron de más de cinco sesiones, que era el límite para el estudio o intervenciones adicionales al estilo de Masters y Johnson.

La hipnosis para el tratamiento de la abulia sexual puede ser el tipo de técnica especializada solicitada por Kaplan (123) para las disfunciones del deseo sexual. Pero la evidencia va más allá y sugiere, que cuando se trata del procesamiento, lo que es real en los problemas de deseo sexual, es también real para otras disfunciones sexuales.

Las cogniciones, o sean las afirmaciones, el auto-diálogo y la imaginería, son inhibitorias o facilitadoras. Al identificar las cogniciones inhibitorias, el clínico es capaz de ayudar al cliente a sustituirlas por cogniciones facilitadoras. El problema no es necesariamente la disfunción sexual, sino las cogniciones que hacen que esa disfunción se vuelva una perturbación, como diría Ellis, esto es una distinción conveniente (74). No todas las disfunciones sexuales producen perturbaciones sexuales; la diferencia está en el procesamiento. Cualquier disfunción sexual, sin importar que tan ligera sea, se vuelve problemática cuando se vive como terrible o catastrófica. Un cambio en el comportamiento sexual, aunque no sea disfuncional, puede ser perturbador.

Un caso que me viene a la mente es una pareja que se encontraba en los casi 30 años de edad y que creía que una buena relación sexual significaba alcanzar el orgasmo simultáneamente. Durante los primeros 20 meses de su relación, esto era su patrón de funcionamiento. Al ser sexualmente desinhibidos y libres, copulaban todos los días. El había estado casado antes y había tenido muchas experiencias sexuales negativas con su primera esposa. Ahora, finalmente, había encontrado a la mujer con quien podía tener buenas relaciones sexuales. Pero cuando él cumplió 30 años, ella comenzó a alcanzar el

orgasmo antes o después de él, y algunas veces ella ni siquiera alcanzaba el clímax. El procesó esto como mal sexo y se sintió bastante molesto, solicitando terapia para solucionar su perturbación sexual. Esta alteración en sus funcionamientos sexuales, que no era una disfunción, fue procesada de manera negativa por el hombre y en ese momento se volvió una perturbación.

Por otra parte, hay individuos con disfunciones sexuales obvias (especialmente en relación con el deseo sexual) que no ven que exista nada malo en ellos. La única razón por la que llegan a terapia es la insistencia y las quejas de su pareja frustrada, como antes ya he reportado(6).

Terapia cognitiva, hipnosis y procesamiento sexual

Meichenbaum (164) ha censurado a Couè por su enfoque supuestamente simplista de mera persuasión y razonamiento y he citado sus propios experimentos con niños a los que les enseñó lemas psicológicos que terminaron repitiendo sin sentido alguno. Desafortunadamente, Meichenbaum desatendió el procedimiento completo de Couè y particularmente, dejó de lado el pre-requisito de la hipnosis, sin la cual cualquier letanía psicológica no tiene, ningún, sentido. Por medio de la hipnosis, cuando el pensamiento crítico/lógico está minimizado, mientras que el pensamiento vivencial está maximizado, las auto-sugestiones del cliente se vuelven mucho más que simples palabras. Se vuelven gatillos que activan la imaginación activa, el ensayo mental y la vivencia encubierta de lo que las palabras sugieren. Por otra parte, Meichenbaum tenía absolutamente razón al señalar los procedimientos más sofisticados desarrollados por las terapias cognitivas para enseñar a la gente a ser mejores en la solución de problemas bajo presión.

Mi intención no es contrastar la hipnosis con la terapia cognitiva ni afirmar la superioridad de la primera. Por el contrario trato de que se enriquezcan mutuamente. Los elementos cognitivos que afectan el comportamiento sexual son en su mayoría no racionales y se les puede alcanzar y cambiar por medio de la hipnosis, combinándola con algunas técnicas de la terapia cognitivo conductual tales como el entrenamiento auto-instructivo, el desmantelamiento, las habilidades meta

cognitivas y otras (165), que se basan firmemente en métodos encubiertos como la imaginación positiva y las auto-afirmaciones que son procedimientos hipnóticos en sí, según mi opinión. Mi argumento es que la hipnosis puede, enriquecer la terapia sexual y a cualquier técnica específica, especialmente las técnicas cognitivas conductuales. Y que no tiene sentido ignorar el estado alternativo en el que muchas de estas técnicas se vuelven más efectivas. No existe una razón para excluir la hipnosis del modelo interactivo de cambio que Bandura (20) ha llamado el principio del determinismo recíproco. Lo que está ocurriendo es que la palabra hipnosis parece estorbar. Los terapeutas cognitivos conductuales están, en efecto, utilizando hipnosis en la mayoría de sus intervenciones encubiertas e imaginativas, pero frecuentemente no las consideran hipnosis. La imagen de Svengali, el hipnotista legendario que manejaba a la gente contra su voluntad, influye todavía sobre la incomprensión de los profesionales hacia la hipnosis, restando importancia a los grandes cambios que han ocurrido en la última década. Lo que Hull afirmó hace un siglo es aún cierto: “Ninguna ciencia ha sido tan lenta como la hipnosis para librarse de la asociación maléfica con la magia y la superstición, de sus orígenes” (117).

En lo que se refiere al procesamiento sexual, los procedimientos de la terapia cognitiva conductual tendrán una impresionante eficacia, sin embargo, si el aspecto hipnótico es comprendido, estos procedimientos serán todavía más efectivos. Los aspectos históricos y teóricos de la hipnosis ofrecen suficiente evidencia de su utilidad terapéutica y muestran que los hipnólogos han estado utilizando técnicas de modificación cognitiva conductual durante muchos años, sin etiquetarlos de esta manera. Solo hasta hace poco tiempo, han sido científicamente sistematizadas.

En conclusión, el fenómeno del procesamiento es de crucial importancia para la terapia sexual. Existen más preguntas filosóficas referentes al origen del procesamiento negativo: ¿Cómo se inicia y se desarrolla?, ¿por qué hay gentes que tienen un procesamiento negativo y otras no? Explorar estos asuntos me llevaría muy lejos del tema principal de este libro. Basta señalar que una larga lista de investigadores serios, entre ellos Dubois (69), Korzybski (133), Bateson (27) y Watzlawick (226) han investigado la conexión entre la comunicación externa e interna, entre los pensamientos y la conducta, atribuyendo el procesamiento negativo a hechos de la historia individual, cultural y

aprendizaje. Más allá de la influencia causal de las instrucciones interpersonales, sobre los pensamientos y conductas, parece ser que elementos difíciles de definir en la historia, la cultura y el aprendizaje de una persona, la predisponen a aceptar o no esas instrucciones interpersonales. Todas las sugerencias que son llevadas a la práctica han sido primero autosugestiones. O aún más, sólo aquellas sugerencias que encuentran un eco en el individuo por su historia, cultura y aprendizaje se vuelven autosugestiones y se traducen en acción.

El procesamiento negativo sexual no ocurre necesariamente a causa de alguna experiencia infeliz a temprana edad o por comentarios peyorativos hechos por una pareja insatisfecha. La labor del terapeuta es ayudar a la persona a cambiar. Descubrir por qué la persona se engancha en comportamientos insatisfactorios, es menos importante que proporcionarle las habilidades para solucionar los problemas de su vida.

La terapia sexual se ha vuelto una forma particular de la terapia del comportamiento y como tal, es un proceso educacional en el más amplio sentido, que ofrece al cliente nuevas opciones de aprendizaje. El foco de la terapia son los comportamientos inadecuados que hacen infeliz a la gente y las nuevas formas de cambiarlos. La comprensión, la introspección y el caer en la cuenta son productos colaterales de este enfoque, no metas. Sin embargo, como han resultado las cosas, esos productos frecuentemente surgen. Lo que debemos recordar es que la introspección per se no produce cambio ni viceversa, más bien ese cambio saludable frecuentemente ocurre, sin introspección, como muestra la creciente evidencia en la literatura de la modificación conductual (85).

En el siguiente capítulo, me adentraré más en los asuntos subyacentes al procesamiento, por ejemplo, las actitudes y valores sexuales, como se han desarrollado en nuestra así llamada, cultura Judeocristiana.

Notas

- * En el Capítulo Seis se podrán encontrar técnicas detalladas de hipnoterapia sexual. La descrita aquí es un compuesto de varias técnicas enlistadas en los últimos tres capítulos del libro.
- ** Nota de los revisores. En la cultura estadounidense puede ser aceptable imaginarse a uno mismo en una caricatura. Para nuestra cultura latina, podía resultar molesto a algunas personas. Sin embargo, la caricatura puede ser útil para personas que reviven escenas sexuales con gran ansiedad.

5. ACTITUDES SEXUALES

Los terapeutas sexuales deberían conocer sus propias actitudes sexuales. Para el terapeuta sexual que utiliza la hipnosis, esto es especialmente importante, a causa de la interacción más profunda que ocurre en la hipnosis. En cuanto a actitudes, y como un ejemplo de lo que quiero decir, una de las características de muchos manuales de terapia sexual y libros sobre sexualidad humana es la seriedad extrema, casi solemne. Esto hace perder aspectos importantes de la experiencia sexual, por ejemplo, el juego que yo llamo *Sexus ludus* (10, 12).

La necesidad de que los terapeutas sexuales estén alertas de sus actitudes sexuales, las refinen y acepten el todo de la sexualidad humana, es imperativa, simplemente porque nuestros clientes nos traen muchos y diversos valores sexuales. Así, la homosexualidad, sexo grupal, encuentros sexuales extramaritales, muchas formas no convencionales de estímulo sexual, la abstinencia sexual, entre otras variaciones, pueden producir en nosotros reacciones negativas, que aunque no sean directamente expresadas, transmiten al cliente un mensaje de desaprobación o condenación o, por lo menos, de incomodidad. Como el inconsciente del terapeuta está involucrado en la hipnosis, tal vez, tanto como el del cliente (60,106), los hipnoterapeutas sexuales deben estar especialmente atentos a sus propias actitudes sexuales.

Una visión histórica

A menos de que se realice un esfuerzo, los humanos somos característicamente miopes en asuntos culturales, creemos que aquello con lo que estamos familiarizados es todo lo que hay, tanto en la sexualidad

como en otras áreas de la vida. Por ello, frecuentemente escuchamos explicaciones del desarrollo de las actitudes sexuales, diciendo que éstas han pasado de la procreación, a lo afectivo y a la recreación. En general, esto es cierto para el mundo occidental del el siglo IV d. C. a la fecha. Pero una perspectiva mucho más amplia (214, 60), iniciaría desde los tiempos Neolíticos, con las primeras evidencias de la adoración del falo como símbolo de la creación, la vida y la energía cósmica. Esta práctica duró hasta bien entrada la época cristiana, como han demostrado evidencias arqueológicas en Alejandría, que datan de la época de Ptolomeo Filadelfo (216). Algunos incluso creen que el crucifijo fue introducido como una reacción al símbolo fálico. Debemos entender que la adoración fálica y la menos popular adoración femenina, (de la que quedan restos en la herradura, vagina disfrazada) son manifestaciones de actitudes muy diferentes a las prevalecientes en nuestra cultura Judeocristiana.

La naturaleza juguetona del sexo es un aspecto muy poco considerado por nuestras culturas Judeocristianas. Sin embargo, se le debe subrayar en terapia sexual, ya que el enfoque cognitivo del cliente debe desplazarse del desempeño, al placer. Una característica común encontrada en quienes buscan terapia sexual, es su visión del sexo como un problema preocupante que limita sus perspectivas. Se vuelven obsesivamente serios en cuanto al sexo y por lo tanto no pueden divertirse con el sexo. Pero el deseo espontáneo y saludable y, la atracción, están siempre orientados a buscar el placer y la diversión.

Aunque el propósito bio-fisiológico de la atracción sexual es a fin de cuentas, la procreación, el individuo experimenta la atracción sexual como una dinámica no condicionada hacia el placer y la diversión. Esto lo vemos en los niños y bebés que espontáneamente juegan con sus propios cuerpos y con los de los demás. Lo observamos también en culturas no tecnológicas, como la Chewa de África, la Ifugao de las Filipinas o la Lepcha de India (29). Entre estas gentes, el sexo es principalmente una diversión, un resultado biológico (los niños), es aceptado con gusto y confían su cuidado a grupos familiares establecidos y mayores.

Si los juguetes son para jugar y para la diversión, se puede decir, que el juguete más disponible, permanente y sofisticado para los humanos es su cuerpo. Esta visión, nunca enfatizada en el pensamiento Judeocristiano, se encuentra una y otra vez en la historia de otras culturas: en la Bretaña Romana, en la Grecia Clásica, entre los

Devadasis de los templos del sol de la India, en el Tíbet, en los Templos de Nepal o Sikkim (28). Al señalar esto, no quiero decir que la actitud sexual de estas culturas fue un parangón de dicha y salud, y la Judeocristiana no. La ingenuidad histórica no es historia. Sabemos de los excesos de las celebraciones griegas de Dionisio Zagreus o de las Bacanales romanas, en donde los abusos, la violencia, la tortura y la muerte estaban presentes (130, 146). En el extremo opuesto, conocemos también de los procesos de desexualización de algunas formas de Budismo (34, 71).

Lo que estoy subrayando son las diferencias entre lo que la cultura Judeocristiana considera una actitud sexual normal y lo que otros grupos humanos han creído y practicado. Los terapeutas sexuales deben reconocer que el comportamiento sexual humano es mucho más rico y variado que lo que ellos aprendieron. Hay autores que muestran una tendencia favorable como Kassorla (124) y Zilbergeld (243), que se atreven a desafiar nociones comúnmente aceptadas sobre el funcionamiento sexual y el placer. Un ejemplo de tales nociones, es el del pene flácido que no entra en la película de la excitación sexual. El pene flácido puede proveer una forma diferente de placer sexual, frecuentemente ignorada por la insistencia en la erección. Una actitud humilde, basada en la historia transcultural, nos hará descubrir nuevas dimensiones y placeres en el sexo, para nosotros y para nuestros clientes.

Sensualidad

Los terapeutas sexuales han enfatizado la necesidad de despertar todos los sentidos, como un requisito preliminar para disfrutar del sexo. Antes de que la persona pueda estar sexualmente satisfecha, sus sentidos deben estar armonizados para permitir una respuesta saludable a los estímulos.

Por ejemplo, Montagu ha comentado un problema, la intimidad física no sexual, que la mayoría de los hombres en la cultura anglosajona sufren debido a la falta de demostraciones físicas de cariño cuando fueron niños. Esto puede explicar la desesperante preocupación por el sexo como una búsqueda de satisfacción de la necesidad del contacto (168). El problema es que la mayoría de los hombres se sienten incómodos ante la ternura física que reciben, incapaces de

disfrutar el simple contacto o el abrazo, y ansiosos de echarse a andar con el verdadero sexo, o sea, la cópula. Esta falta de calma con la sensualidad afecta a la mujer también, cuando se siente incapaz de ofrecer contactos tiernos a causa de la incomodidad y la impaciencia del hombre ante ellos. Esto, frecuentemente la lleva a creer que hay algo mal o inmaduro en la ternura física no sexual entre dos personas que se desean mutuamente de manera sexual.

En parte, el cambiar la atención del desempeño al placer en terapia sexual, consiste en enseñar a la gente a ser sensual. Antes de que el funcionamiento sexual pueda ser saludable, las personas deben estar en paz físicamente consigo mismas y con todas las sensaciones de sus cuerpos. Es obvio que el enfoque sensato es, entre otras cosas, intentar sensualizar a la pareja que sufre problemas sexuales. El terapeuta sexual que utiliza la hipnosis iniciará el enfoque sensato mental en el consultorio mismo, alentando a los clientes a visualizar situaciones sensuales y a experimentar mentalmente la comodidad y el placer que éstas producen. Mientras más pronto despierten su capacidad de disfrutar todos sus sentidos, especialmente el tacto en situaciones no sexuales, les será más fácil pasar del desempeño sexual al placer. No se puede disfrutar del sexo sin disfrutar de los sentidos. El ascetismo es antagónico a la sensualidad.

La dimensión juguetona de la interacción sexual está básicamente relacionada con la sensualidad, tanto así, que la persona que no ha despertado su sensualidad no puede disfrutar del sexo como un juego. En hipnoterapia sexual, por lo tanto, después de sentirse cómodo con escenas sensuales generales, el cliente debe ser ayudado a experimentar mentalmente situaciones sensuales más íntimas (eróticas, por ejemplo) con espontaneidad y juego, estando alerta de las sensaciones placenteras de tocar y ser tocado en lugar de la excitación sexual. El hipnoterapeuta sexual guía al cliente a través de estas escenas hasta que se encuentra completamente cómodo con ellas. El énfasis en la práctica en casa es esencial. Y, obviamente, es necesario usar sugerencias post-hipnóticas y conscientes, para que el cliente ponga en práctica lo que experimenta en su mente, sin rechazarlo consciente o inconscientemente.

El Capítulo 6 explicará esto en más detalle. Por el momento, regresemos a las actitudes sexuales propias del hipnoterapeuta sexual.

Reestructuración de actitudes

Cuando se trata de actitudes sexuales, estamos éticamente obligados a mantenernos sexualmente armonizados. Por actitudes, entiendo las percepciones que toman forma a través de las creencias y expectativas, y conducen a alguna acción. A fin de explorar a nuestras actitudes sexuales, sería interesante responder el cuestionario propuesto por Raley (182), para el público en general. Este puede realmente abrir los ojos a los profesionales. En mis talleres para profesionales he utilizado la encuesta de actitudes sexuales de Raley y he alentado a los terapeutas a comentar no sólo el contenido, sino también y de manera especial, sus propios sentimientos. Muchos de los participantes en esos talleres, algunos con muchos años de experiencia en la práctica de la terapia, se asombran por los sentimientos negativos que perciben en sí mismos: reserva, reproches, enojo, molestia, irritación, vergüenza y otros más. Y frecuentemente son las mismas personas que antes se habían considerado sexualmente liberadas. Descubrimos también que nosotros como expertos, no somos tan diferentes a nuestros clientes.

El hipnoterapeuta sexual haría bien en utilizar autohipnosis para mejorar sus propias actitudes sexuales. En un estado relajado, podemos visualizar situaciones sexuales que normalmente producen sensaciones de tensión e incomodidad, hasta lograr que uno se sienta libre de la tensión. Entonces se da uno mismo la sugestión: "esto también está bien, esto también puede ser placentero y disfrutarse, puedo rechazar esto, porque a mí no me gusta, no por que esté mal". De ninguna manera estoy proponiendo que uno deba involucrarse de manera indiscriminada en todo tipo de comportamientos sexuales. Lo que intento subrayar es que como terapeutas sexuales, debemos sentirnos cómodos con todas y cada una de las actividades sexuales o, la falta de ellas que no sean físicamente dañinas para la gente que las practica y que se involucra en ellas voluntariamente. La imaginación, por medio de la hipnosis, nos da la oportunidad de hacer esto.

Mitos sobre la sexualidad

Pocos autores han enlistado sistemáticamente los mitos que interfieren con el funcionamiento sexual saludable, Zilbergeld (243) lo

hizo, pero la mayoría de los escritores, populares y científicos, se refieren de manera bastante explícita a algunas creencias sexuales falsas y derrotistas prevalecientes en nuestra sociedad. Los terapeutas sexuales tradicionales han prolongado, inadvertidamente, algunos de estos mitos como la preocupación excesiva por el sexo perfecto. No existe la necesidad de revisar una lista completa de estos mitos, ya que Zilbergeld, Kassorla, (124) y Bogen (37), para citar a algunos de los mejores, ya lo han hecho. Estoy especialmente interesado en tres mitos básicos que abarcan todos los demás, y que son compartidos especialmente por los terapeutas sexuales profesionales.

Problemas sexuales individuales

El primer mito es que los problemas sexuales son un problema individual. Por ejemplo, tanto Barbach (21) como Zibergeld (243) trabajan con grupos de un mismo sexo, mientras que Kaplan (121, 123) a veces muestra una postura típicamente psicoanalítica, buscando al paciente identificado, aliándose a menudo con el miembro sano de la pareja. Muchos de los hipnólogos que han tratado problemas sexuales han visto al marido, a la esposa, o a la pareja del cliente muy pocas veces.

Como indicaré en el siguiente capítulo, la cooperación de una pareja interesada, dentro o fuera del matrimonio, facilita en muchos casos el procesamiento de información y ayuda a la pareja a redefinir el problema como una interacción sistémica, más que como si fuese la culpa de una persona. Aún en el caso en que la pareja no sintomática sea muy comprensiva, paciente, y cooperadora, la interacción dinámica de lo que ocurre entre las dos personas que comparten el problema, debe ser considerada, ya que la bondad de uno puede reforzar el problema del otro.

En un caso, la esposa se quejaba de su frigidez. Había sufrido esta condición durante seis años, desde su mastectomía y subsecuente cirugía plástica a la edad de 29 años. Su esposo era tan comprensivo que nunca se le acercaba sexualmente. Si ella no se involucraba por completo en la relación sexual, él la disculpaba y decía que la entendía. Cuando se le invitó a participar en la terapia de su esposa, se volvió obvio que este era un caso de terapia marital, no sexual. El

marido nunca había podido procesar sus sentimientos sobre la mastectomía de su esposa y, lo que él llamaba su pecho artificial. La falta de respuesta sexual de la esposa tenía sólo sentido en el contexto de la relación, viendo el síntoma sexual como un problema de sistema.

Los terapeutas pueden evitar caer en la trampa de tratar problemas sexuales individuales, si consideran que la mayoría de éstos son la manifestación de una disfunción sistémica. Las personas involucradas en una relación sexual forman un sistema; como consecuencia, un problema sexual no puede ser resuelto enfocándose únicamente en el elemento que exhibe el síntoma. Aún antes de que se volviera popular la teoría de sistemas dentro del campo de la salud mental, Masters y Johnson (158) basaron la mayor parte de su enfoque en el funcionamiento sistémico como muestra, por ejemplo, su proceso de enfoque sensato, que involucra a la pareja en una forma alternada de intimidad y cercanía. Comentaremos más sobre la visión sistémica en terapia sexual en el siguiente capítulo.

Supersexo

Otro mito que requiere atención es el del supersexo. Algunos autores profesionales (124, 96) envían mensajes confusos, contradiciendo sus propias enseñanzas. Por ejemplo, afirman que el sexo, siendo una función natural, debería de surgir naturalmente, como si el comportamiento sexual no necesitara de aprendizaje alguno (o desaprendizaje de los mitos sexuales para la mayoría de los adultos), implicando que existe algo malo con quienes tienen problemas sexuales. Conectado a esto, está la frecuencia obligatoria de la actividad sexual (mientras más, mejor), y la aseveración de que lo “normal” es interesarse en todas las formas posibles de actividad sexual (prueba, te va a gustar). Esto es dogmatismo sexual, tan estricto como el puritanismo al que se opone, en nombre de la libertad.

Segundo, algunos autores implican que la actividad sexual debería (¿siempre?) satisfacernos físicamente, fisiológicamente, e incluso espiritualmente, y si no es así, necesitamos terapia sexual, por supuesto. Mas bien quisiera enfatizar que el encuentro total de dos seres humanos es una situación de compartir, lo cual no necesariamente es siempre sexo grandioso.

Tercero, el mensaje frecuentemente transmitido es que el buen sexo siempre termina, al menos, en la copulación, si no es que en orgasmos mutuos, simultáneos. Esto presenta un sólo modelo de buen sexo, en lugar de permitirle a la gente la libertad de disfrutar del encuentro sexual como un continuo que va de la mera sensualidad, a los orgasmos múltiples. Los individuos deberían tener la libertad de situarse a sí mismos en cualquier punto de ese continuo, dependiendo de muchas circunstancias, incluso de su elección personal.

Sólo cuando la gente abandona las expectativas irreales sobre el sexo, se vuelve sexualmente libre. Si la meta es el supersexo, uno está simplemente desempeñando una acción, marcando puntos, no disfrutando. Pero el mito mecánico prevalece. Ya era suficientemente malo que los hombres lo creyeran; pero hoy en día, más y más mujeres comparten el viejo mito masculino de que supersexo, es buen sexo (239). Frecuentemente, los clientes solicitan ayuda por esta expectativa mítica. En esos casos, es necesario instruirlos y educarlos antes de iniciar cualquier procedimiento terapéutico, ya que el mito del supersexo milita contra el concepto de sexualidad humana, como comentaré en la sección sobre intimidad.

Los mitos ya no existen

El tercer mito es que los mitos sobre el sexo ya no existen porque estamos sexualmente liberados. Esta es una trampa especialmente para el profesional de la salud que conduce a una visión estrecha y dogmática.

Encontramos terapeutas sexuales que sinceramente creen que la gente debería tener relaciones sexuales tanto, y con tantas personas como sea posible. Se hacen suposiciones injustas y no científicas sobre los valores de la gente, sin atención a las diferencias y elecciones individuales, que limitan la libertad en nombre de la liberación sexual. Como expresó Zilbergeld, estamos perdiendo el "sentido de la perspectiva del papel del sexo en las vidas de los seres humanos. En nuestra obstinación por hacer mejor sexo, nos olvidamos de que este es sólo una pequeña parte de la vida, que en lo humano no existe una manera correcta de hacer las cosas, ni guiones externos para ser felices" (243, p. 66-67).

Él afirma que debemos abandonar los viejos patrones sexuales y crear nuevos, relevantes para nosotros mismos, que reflejen nuestros valores y nuestra personalidad completa. El capítulo seis de su libro, es un clásico, que los terapeutas sexuales deberían leer.

El mito del "no mito" es peligroso en un momento en que los principios éticos y morales están siendo cuestionados en una sociedad que considera la filosofía como un lujo intelectual o, la utiliza como un medio anacrónico de designar doctores no-médicos. Sin la filosofía es mucho más fácil aceptar el comportamiento y sus modas, los guiones externos y los mitos, pero sin darse cuenta del error. Lo que todos podemos hacer, al menos, es cuestionar nuestras suposiciones sobre la terapia sexual a fin de poder mantener la mente abierta a nuevos aprendizajes en áreas en que creemos saberlo todo.

Intimidad

Relacionado con los tres mitos sexuales mencionados, está el concepto de intimidad: que es la experiencia de ser conocidos como nos conocemos nosotros mismos, de necesitar el uno al otro, de ser incondicionalmente aceptados, de que alguien crea en nosotros, con el que compartimos sentimientos, comunicación, riesgo, y gozo. A este respecto, es útil distinguir si el comportamiento sexual es comprometido, informal, mecánico, o solitario, aunque en cada categoría, especialmente en las dos primeras, se pueden encontrar grados. El sexo comprometido y el informal, implican diferentes niveles de sentimiento, cuidado y responsabilidad hacia la otra persona. El sexo mecánico presupone la ausencia de estas características. El sexo solitario comprende todas las formas de autopacer o masturbación (como se le llama a pesar de la etimología y las connotaciones negativas de este último término). El sexo mecánico niega la intimidad, aunque por fuera pueda parecer que sí la hay, y frecuentemente se vuelve la primera defensa contra la intimidad.

Puede haber intimidad sin sexo, pero si hay sexo en la intimidad, ese sexo es casi siempre del tiempo comprometido. Todos los humanos necesitamos intimidad, aunque desde la infancia hemos construido defensas contra ella, porque la intimidad nos hace dependientes y vulnerables. Para protegernos del dolor del rechazo o la desilusión, construimos comportamientos defensivos y auto-

protectores: negar nuestras necesidades, pelear para evitar la cercanía, rehusarnos a tomar el riesgo de abrirnos y permanecer cercanos, etc. Pero para disfrutar de la intimidad deberíamos detenernos en el uso de estas defensas. La intimidad es siempre difícil, requiere un compromiso, como se dice en las ceremonias de matrimonio: "En la enfermedad y en la salud, en la pobreza o en la abundancia". Esto es difícil en una sociedad hedonista como la nuestra, que cree en el derecho de todo mundo a ser feliz y estar satisfecho todo el tiempo, y tener y experimentar todo lo que sea posible. La famosa Plegaria Gestalt de Fritz Perl (1978) (Yo hago lo mío, tú haces lo tuyo...) es un buen ejemplo de la negación popular de la intimidad. Sino tengo que cumplir con las expectativas de nadie, más que las mías, no puedo tener intimidad con nadie. Sería cómico aplicar esta plegaria a dos personas que comparten una experiencia sexual.

La intimidad significa un compromiso con alguien más, compromiso de conocer a esa persona, de compartir la propia vida interna y el vivir cotidiano, incluyendo los aspectos aburridos y dolorosos de la vida. Pero ese compromiso tiene sus altas y bajas, sus avances y retrocesos. La intimidad requiere trabajo y perseverancia, a pesar de las "bajas" y los "retrocesos". Por eso es que anteriormente escribí que en la intimidad, el sexo es comprometido la mayor parte del tiempo. Hay momentos en los que no es así. Algunas personas niegan a propósito sus sentimientos y la intimidad en el sexo. Su comportamiento sexual es mecánico y utilizado para evitar la intimidad. También en aquellos que tienen intimidad, el sexo puede a veces ser mecánico, aunque no sea para evitar la cercanía emocional y los sentimientos.

Idealmente, el sexo comprometido es "lo mejor", cuando la pareja comparte mucho más que sus cuerpos, cuando el compartir sexual es un reflejo de una comunión mayor y más profunda, volverse uno sólo. Cualquier objeción a ésta última afirmación, hace eco a los mitos y al pensamiento mágico sobre el sexo. El sexo tiene un sentido especial para los humanos sólo porque cada uno percibe y da la bienvenida al otro como un ser humano, y por el compromiso emocional.

En cuanto al sexo informal, la gente involucrada tiene sentimientos amistosos uno por otro, pero limitan el intercambio a la experiencia sexual, con cortesía, sensibilidad, con atracción física en muchos casos, pero sin mayor compromiso o responsabilidad.

El tema de la intimidad es importante al tratar la sexualidad humana porque las disfunciones pueden ser resultado de la negación de la intimidad, especialmente de parte del hombre. Cuando el hombre se involucra en el sexo mecánico, el desempeño es lo más importante para él, cuando esto no funciona, el sistema completo se derrumba y el hombre puede entrar en una depresión seria. En mi experiencia, muchos hombres que se involucran habitualmente en sexo mecánico, impersonal, tarde o temprano extrañan las cualidades de la intimidad, quieren sentir más, psicológicamente. El hipnoterapeuta sexual debería, por lo tanto, vigilar la calidad de la intimidad en sus clientes, aún en aquellos que tienen relaciones estables, sin dar por hecho que existe intimidad. Esto, es otra razón para atender al cliente junto con su pareja sexual, cuando sea posible.

La mayoría de la gente sexualmente saludable parece disfrutar un sólo tipo de sexo (comprometido o informal), con excursiones ocasionales hacia las otras categorías hacia, el mecánico o el solitario. Pero en general existe un modo definido. El terapeuta debe distinguir el modo idiosincrático del cliente e hipnóticamente presentar la posibilidad de otros tipos de sexo a través del ensayo, que se discutirá en el próximo capítulo.

Algunas personas encuentran la intimidad a través de la sublimación y la substitución en cosas como el trabajo, los niños, el compromiso filantrópico, la religión o las actividades cívicas, entre otras. Estas personas pueden no haber tenido nunca sexo comprometido porque sus compromisos son en áreas no sexuales. Y pueden tener encuentros sexuales informales y/o mecánicos. Como terapeutas sexuales, no tenemos derecho a dudar de lo que la gente dice que le satisface sexualmente. La gente puede ser feliz con la intimidad sublimada.

Autohipnosis y actitudes sexuales

El propósito principal de este capítulo es enfocar nuestra atención en las actitudes sexuales del terapeuta. Aconsejo al hipnoterapeuta sexual utilizar la autohipnosis para explorar y ampliar sus actitudes sexuales. La meta es sentirse cómodo en cualquier situación sexual, con cualquier variación, sin condenarla o aprobarla, ya que en el sexo, lo bueno es que la gente que lo práctica, disfrute con libertad de elección.

Sólo cuando el terapeuta sexual se siente cómodo con las diferentes actitudes sexuales, puede ayudar a los clientes a enriquecer sus actitudes sexuales y explorar su necesidad real de intimidad o de un tipo de sexo diferente. Al utilizar algunas de las técnicas explicadas en el siguiente capítulo, el terapeuta sexual ayuda a sus clientes a expandir su percepción y volverse más conscientes de sí mismos en cuanto a su sexualidad. Como mencionaré en el último capítulo, los problemas de deseo sexual, y su procesamiento son sobre todo problemas de autohipnosis negativa, o sea, de percepción distorsionada y teñida por mitos, creencias erróneas y expectativas irracionales, que conducen a la persona a actuar de un modo consistente con esas percepciones. Nuestra labor como hipnoterapeutas sexuales es ayudar a la gente a ser más libre para elegir entre un mayor número de opciones para que no tenga que continuar bajo la influencia de su programación anterior.

Ilustraré lo anterior con una breve descripción clínica. Una viuda de complexión delgada de 55 años de edad, estaba muy preocupada porque tenía evidencia de que su hijo mediano de 26 años y que aún vivía en casa, era homosexual. Me dijo que no podía conciliar el sueño, estaba sin apetito, y había perdido más de 10 kilos. También había terminado con una relación de tres años y desde entonces no había tenido actividad sexual.

Estaba sorprendida de que todos los mensajes negativos sobre el sexo que había recibido en su infancia y que había vencido exitosamente durante dos años de cortejo y 26 de matrimonio, habían regresado con mucha fuerza. Menos de dos años después de la muerte repentina de su esposo, conoció a su amante y disfrutó del sexo dentro de una buena relación. Ahora, decía que se sentía muerta, que odiaba a los hombres, y que había perdido por completo el interés por su amante. Pensaba que aceptaba la homosexualidad, pero al saber de la preferencia sexual de su hijo, se había perturbado.

Trabajando en terapia con estados del Yo, como veremos en el capítulo siguiente, pudo aceptar la homosexualidad de su hijo. Regresó con su amante, se fue a vivir con él y pudo separarse de sus hijos. El menor tenía 23 años y un trabajo fuera de la localidad. La terapia duró ocho sesiones de una hora.

SEGUNDA PARTE

LAS APLICACIONES

Los siguientes capítulos describen técnicas hipnóticas aplicadas a las disfunciones sexuales.

Wilson ha demostrado (235), que los factores cognitivos que producen estrés y ansiedad están presentes en la mayoría de las personas con disfunción sexual. Por lo tanto, propongo que las técnicas para el manejo de estos factores, deben ser una de las partes de la terapia sexual.

Cuando se establece el contrato terapéutico, se enfatiza la responsabilidad del cliente consigo mismo y con la pareja sexual. Una vez que se han fijado los objetivos terapéuticos, la terapia debe aportar medios para lograrlos. En el caso de la terapia sexual, la hipnosis es uno de ellos y debe coordinarse con otros. Por esta razón utilizo el enfoque hipnoconductual de Kroger (137, 138), según el cual se busca la participación de las parejas sexuales, se prescriben las tareas usuales de terapia sexual y, además se les pide que lleven registro de sus ejercicios, que establezcan un horario para sesiones de autohipnosis, así como un sistema de recompensas, etc.

De acuerdo con los postulados de la nueva hipnosis, se pide a los clientes que se comprometan con ellos mismos y con el programa de terapia sexual, que consiste en los puntos mencionados en el párrafo anterior para, entre otras cosas, detener la autohipnosis negativa.

Ya que existen prejuicios populares acerca de la hipnosis, es fundamental explicar a los clientes la naturaleza comprensiva de este enfoque para así evitar que esperen soluciones mágicas.

La clasificación de las disfunciones sexuales que presento se basa parcialmente en la de Jehu (120) que tiene las cualidades de ser totalizadora y cercana al sentido común.

Aunque los siguientes capítulos pudieran parecer recetas de cocina, presento estas recetas clínicas, dando por hecho que van a ser aplicadas por terapeutas sexuales, expertos y bien entrenados. Asumo que estos terapeutas van a enriquecer su trabajo con ellas y a modificarlas de acuerdo con las necesidades de su práctica, cuando hayan comprendido y dominado los principios generales de la hipnoterapia sexual.

6. HIPNOTERAPIA SEXUAL: TÉCNICAS GENERALES

El contenido de este capítulo es aplicable a todas las formas de hipnoterapia sexual, para hombres o mujeres, para tratar problemas de deseo, excitación sexual, orgasmo o procesamiento.

Principios básicos

Por principios, se entienden las verdades y creencias que son la base de toda hipnoterapia sexual. El primero es, que la gente sabe más de lo que cree y tiene más recursos internos de los que se imagina. Erickson enfatizó que debemos aprender a confiar en nuestra mente inconsciente. El segundo es, que aún con hipnosis, los cambios casi siempre son progresivos, más que dramáticos y repentinos. Quiero enfatizar, como tercero, la naturaleza humanista de la hipnosis como un tipo especial de comunicación (83) entre los seres humanos, opuesta a la apariencia mecánica de las intervenciones hipnóticas tradicionales. El cuarto principio es que nada inconsciente se vuelve consciente a menos que sea ya preconscious, ni con hipnosis, ni con otros medios, ni en terapia sexual, ni en otras formas de terapia. Corolarios de estos principios se relacionan con a la resistencia, la sensualidad y los aspectos sistémicos del funcionamiento sexual.

Resistencia

El arte de la hipnosis se basa en gran parte en no promover la resistencia. La aceptación, la actitud cercana, invitando al cliente a participar, el lenguaje, y la observación de su estilo representacional

ayudan a evitarla. Si llegara a aparecer, la hipnosis ofrece ventajas para manejarla. Un poco más adelante se describirán métodos para hacerlo.

Sensualidad

El movimiento natural de la sensualidad a la sexualidad no puede ser ignorado. La sensualidad es gozosa, infantil, divertida y juguetona. Con hipnosis, la persona puede aprender a recuperar la sensualidad del pasado y ponerla al servicio de su personalidad completa.

Enfoque sistémico

El hipnoterapeuta sexual debe utilizar intervenciones sistémicas y además pensar sistémicamente. En la literatura revisada en los antecedentes sorprende la falta de conciencia sistémica. Un síntoma sexual, en la mayoría de los casos, involucra por lo menos a una pareja o, dicho en términos sistémicos, el síntoma de uno de los miembros de la pareja refleja el funcionamiento del sistema completo, muestra que existe un problema dentro del sistema, y afecta la función futura de éste. Si no se corrige sistémicamente, sus miembros no podrán funcionar bien(38).

Lo que esto significa en términos prácticos, es que muchas veces las terapias sexuales se prolongan innecesariamente porque el cliente sintomático es atendido individualmente. Aunque no se enfatiza en los resultados de investigaciones (114, 210), el considerar a la pareja como unidad, como hacen Masters y Johnson, permite obtener información importante rápidamente, que de otro modo tardaría mucho en aparecer. También permite establecer un diagnóstico correcto en términos del tipo de relación, ya que frecuentemente las disfunciones sexuales auto-diagnosticadas son, en realidad, relaciones disfuncionales que requieren terapia de pareja. Quiero insistir en que la pareja sexual debe estar involucrada en las técnicas hipnóticas, tanto como sea posible. Ambos miembros deben ser alentados a practicar las técnicas del ensayo en casa como una parte esencial del programa de terapia sexual. El enfoque sistémico facilita la terapia participativa en que ambos miembros asumen su responsabilidad respectiva en la

disfunción sexual y cooperan para corregirla. Cuando el cliente sexualmente disfuncional se separa de su pareja estable, obviamente la técnica debe ser utilizada con él individualmente.

Quiero mencionar que me estoy refiriendo a disfunciones sexuales psicógenas, y que siempre, de manera preventiva, investigo cualquier posible complicación médica que pueda causar o contribuir a la dificultad sexual.

Usos clínicos

Teniendo en mente las consideraciones del capítulo uno, distingo tres usos principales de la hipnosis en la terapia sexual: Etiológicos, sintomáticos y de ensayo (5).

En la primera categoría, incluyo tanto los usos diagnósticos como los exploratorios. En la segunda, los usos directos e indirectos del síntoma y finalmente, el ensayo como una experiencia emotiva de aprendizaje de habilidades y planeación de acciones, como ha hecho Sanders (188) para la toma de decisiones.

Utilización de la hipnosis para explorar la etiología de una disfunción sexual

La hipnosis aquí, se vuelve un medio para descubrir el origen de un problema sexual (diagnóstico), o sus implicaciones, tanto para la persona como para el sistema (terapia exploratoria).

Técnicas diagnósticas

Entre las diversas técnicas existentes, mencionaré cinco en base a su elegancia y efectividad. Pero primero, describiré el método general subyacente en las técnicas. Quiero también aclarar que todas las técnicas exploratorias pueden ser empleadas con individuos y con parejas.

El método detrás de cualquier técnica diagnóstica, es el descubrimiento progresivo, cuyos pasos son: (a) Identificar claramente el

problema; (b) descubrir significados inconscientes del problema; (c) verificar si la mente consciente está lista para trabajar, y deshacerse del síntoma. El diagnóstico casi siempre termina aquí.

La exploración del origen del síntoma y el por qué se inició se superpone con la siguiente etapa. A continuación se presentan las cinco técnicas hipnóticas de diagnóstico.

Examen sexual encubierto

Estando el cliente en trance hipnótico, se le solicita mirarse desnudo frente a un espejo triple de cuerpo entero y, describir su cuerpo evaluando cada una de sus partes. Es importante tener en cuenta: a) dónde inicia el cliente la descripción; b) qué áreas se omiten; c) qué áreas se describen excesivamente o de manera exagerada (por ejemplo, los pies demasiado grandes en una persona siendo éstos de tamaño promedio); y d) dónde finaliza la persona su revisión. Se pueden hacer preguntas a partir de estos puntos. Se puede también invitar al cliente a realizar asociaciones y conexiones con recuerdos, y las diferencias o similitudes entre los miembros de la pareja.

Sabiduría inconsciente

También en hipnosis, y utilizando el método naturalista de Milton Erickson, se alienta a la persona a confiar en la sabiduría del inconsciente para que revele al consciente la naturaleza real del problema sexual. Se deben ofrecer opciones para dicha revelación, sugiriendo que se dé en ese momento una escena similar a un sueño, bolas de cristal, escenas en la pantalla que muestran diferentes aspectos del problema sexual, sensaciones somáticas percibidas, que actúan como puente a otras realidades personales involucradas en el síntoma sexual. Es benéfica la participación de la pareja. Para ilustrar lo anterior, se solicita a la pareja en hipnosis que tenga un sueño inducido* (187) sobre el problema sexual o relacionado con él. El miembro de la pareja que logre primero tener ese sueño, guía. Y se invita al otro a unirse a participar, y a entrar en el sueño de la primera persona. El terapeuta alienta la actividad mental de la experiencia, no la analiza, ni interpreta, ni intelectualiza. Esta técnica descubre mu-

cho material significavo. Como afirma Sacerdote, la experiencia del sueño en sí se vuelve un intento terapéutico independiente de otras intervenciones.

Interrogatorio ideomotor

Con la técnica del movimiento de los dedos, muy conocida en hipnosis (70), se hacen preguntas a la persona solicitando una respuesta: SÍ o NO. Por ejemplo, ¿Es el síntoma un mensaje de la mente interior?, ¿Está tu mente consciente lista para cambiar las causas del síntoma?, etc. Existen diferentes opiniones en cuanto a este método. Yo prefiero verificar qué dedo corresponde al SÍ y que dedo al NO (solicitando que un dedo se mueva por sí mismo para indicar SÍ y otro para indicar NO), en lugar de asignar arbitrariamente un dedo a cada respuesta. No hay necesidad de complicar el procedimiento, con otro dedo para la respuesta: NO QUIERO RESPONDER, ya que este mensaje se transmite por la ausencia del movimiento de algún dedo, lo que el terapeuta interpreta diciendo algo como “No se mueven los dedos”, ¿significa esto que su mente interna se rehúsa a responder? A esto sigue una señal SÍ o NO. Si el terapeuta procede con cautela, la respuesta NO SÉ LA RESPUESTA, no será requerida, ya que no se hará una pregunta que la mente interna no pueda responder.

Supermemoria

Se le pide al cliente en hipnosis que observe con todo detalle como en viejas películas o diapositivas familiares, todo lo que ocurrió en ese medio ambiente, así como sus percepciones y sentimientos que podrían estar relacionados con el problema sexual. La comprensión histórica y relacional del síntoma, obtenida por medio de esta técnica, es en sí misma terapéutica para la mayoría de los clientes. Aunque ésta es una técnica más bien individual, la presencia de la pareja sirve como apoyo y para hacer surgir más información.

Tiempo futuro

Se invita a la pareja a visualizar una doble pantalla en su mente. Se anima a cada uno a verse a sí mismo en el momento actual, con su problema sexual aún sin resolver, y en el futuro cercano sin el problema sexual, como en una película de Antes y Después, y a verbalizar las percepciones y sentimientos positivos de la experiencia del futuro. Aquí el énfasis está en experimentar el proceso de cambio positivo: lo que ocurre en él, cómo es enriquecida la vida de la persona, lo que se obtiene, etc. Esto redefine el problema y ofrece información sobre su solución.

A diferencia de la autopsia psicológica, en la práctica clínica el diagnóstico es un proceso continuo y las etapas exploratorias de la terapia se superponen, por razones didácticas es útil considerar las técnicas anteriores como técnicas hipnodiagnósticas. Sin embargo, éstas pueden ser muy útiles a lo largo de la hipnoterapia sexual.

Técnicas exploratorias

Un enfoque completo de terapia sexual nunca es puramente mecánico. Si se ignora la posibilidad de que existan ramificaciones del síntoma sexual a otras áreas de la personalidad éste repercute en perjuicio del resultado final de la terapia. Los tres principales métodos exploratorios explicados por Edelstien, (70) son dignos de cuidadoso estudio y práctica. Uno de ellos, la comunicación ideomotora, previamente mencionada. Los otros dos, el puente afectivo y la terapia de estados del yo, ambos tomados de Watkins (225) y muy interrelacionados, teóricamente son también efectivos en hipnoterapia sexual. Recomendando ambos autores, ya que Edelstien toma el método de Watkins sin las explicaciones detalladas y teóricas ofrecidas por este último. La importancia de los dos métodos, que son demasiado flexibles y amplios para describirlos como simples técnicas, está en el hecho de que tienen aplicaciones en cualquier etapa de la terapia sexual, de hecho, en cualquier etapa de cualquier psicoterapia. Más tarde en este capítulo serán descritas en detalle.

Otras formas de utilizar la hipnosis para la exploración psicológica, entran más propiamente dentro de la categoría de técnicas.

Todas ellas presuponen la convicción en la existencia de los procesos mentales inconscientes y de que la mente inconsciente es benéfica para la persona, a diferencia del concepto de inconsciente bastante auto-destructivo de otras escuelas.

Expectativas

Con la pareja en hipnosis, uno de ellos se imagina a sí mismo en un lugar perfectamente seguro y cómodo, pero completamente oscuro. Se hace referencia al problema sexual mientras que el cliente experimenta una ansiosa anticipación: algo importante, algo enriquecedor va a ocurrir, una sorpresa significativa, algo nuevo que aprender, conocer, saber. Lentamente y muy gradualmente, el lugar se empieza a iluminar. El cliente mira a su alrededor, observa, siente, percibe cosas nuevas, mientras que el terapeuta continua hablando acerca del fabuloso entusiasmo que provoca aprender de uno mismo, y en ese momento se une el otro miembro de la pareja.

Visión interna

Otra técnica para descubrir y explorar el material inconsciente, es visualizar una radiografía de la mente, para obtener un nuevo discernimiento de lo que está ocurriendo actualmente en la vida del cliente que hace posible la aparición del síntoma sexual. Asimismo, se puede pedir al cliente que visualice la mente como una computadora muy complicada y que permita que aparezca en la pantalla toda la información relacionada con el problema sexual. Shorr (200) ofrece una larga lista de técnicas útiles para la exploración de los procesos inconscientes.

El cuerpo habla

Otra técnica hipnoexploratoria, es solicitar a la pareja que piense en un problema sexual y se haga consciente al mismo tiempo de cualquier sensación física que surja en sus cuerpos. Estas suelen ser sensaciones kinestésicas, gustativas u olfatorias, aunque a menudo

están también presentes sensaciones auditivas y visuales. Una vez que estas sensaciones se perciben claramente, se debe experimentar el afecto que provocan. Finalmente, se inicia la búsqueda de la posible conexión de estas sensaciones y sentimientos con el problema sexual. Esto se lleva a cabo pidiendo lo siguiente: “Permite a tu mente interior que te ayude a comprender por qué sentiste esas sensaciones y emociones cuando pensaste en tu problema sexual”. Si no surge una respuesta, se sugiere que la mente interior puede pasar esta información a la mente consciente durante el sueño, o en un momento inesperado durante las actividades del día. Mis registros de 876 clientes en los últimos seis años muestran que una semana después, el 92 por ciento de ellos informó haber comprendido esta conciencia somática y su conexión con el problema sexual. Del ocho por ciento restante, el 5 por ciento no entendió la conexión durante la semana siguiente, pero lo hizo después, el otro tres por ciento fueron fracasos.

Con la práctica y un mayor conocimiento de la hipnosis, el hipnoterapeuta sexual creará sus propias técnicas exploratorias o puede adoptar uno de los principales métodos, como la terapia de estados del yo que se presenta en la siguiente transcripción. Las ventajas de utilizar la hipnosis para la exploración de procesos inconscientes son evadir muchas resistencias, intelectualizaciones, pretextos racionales, ya que las funciones mentales críticas son fuertemente reducidas durante la hipnosis.

Transcripción: parte de una sesión de hipnoterapia sexual en la que se utilizaron técnicas exploratorias

El cliente era Lucha, una mujer de 28 años de edad, casada durante cinco años, que había sufrido de anorgasmia a lo largo del último año. Las pruebas médicas fueron negativas. Su esposo, Juan, cooperaba, pero no pudo asistir a esta sesión en particular, pues estaba fuera de la ciudad en un viaje de negocios. Sus viajes se habían iniciado durante el último año.

T: Ahora que estás autohipnotizada, esa parte tuya responsable del síntoma sexual puede surgir para que tu mente consciente y yo podamos hablar con ella... muy relajada y cómoda, ahora permitiendo a esa parte de ti misma, responsable de tu síntoma sexual,

aparecer... Por favor permite a esa parte de ti misma asentir con la cabeza cuando esté lista para hablar con nosotros.

L: (Asintiendo con la cabeza). Aquí estoy... soy...

T: ¿Sí?... ¿Cuáles es tu nombre?

L: (Aún asintiendo con la cabeza). (Muy lentamente y en voz muy baja) Ter...

T: ¿Tu nombre Ter? (L. asienta con la cabeza) ¿Quieres decir sí, que tu nombre es Ter?

L: Sí.

T: Hola, Ter. Te agradezco que estés dispuesta a platicar con nosotros... Ter suena como un apodo. ¿Lo es?

L: Sí, Ter de terca.

T: Ya veo... ¿Por qué terca?

L: (Silencio).

T: ¿No quieres decirnos?

L: Sí... no voy a permitirle que disfrute del sexo nunca más.

T: Eso parece obvio, pero, ¿por qué?

L: Soy terca....

T: Sí Ter. Pero yo sé, desde el fondo de tu corazón, que quieres lo mejor para Lucha. Así que si no le vas a permitir disfrutar del sexo nunca más, debe ser por una buena razón. Pero yo no conozco esa razón. ¿Me la puedes decir?

L: La sospecha. (En su rostro aparece una ligera sonrisa.)

T: Cuéntame más. No comprendo.

L: Tonto, como Lucha. ¿No es cierto?

T: ¿Me puedes decir qué quieres decir por sospecha?

L: Ella sospecha mucho de Juan.

T: Déjame entender esto, Ter. ¿No permites a Lucha disfrutar del sexo porque ella sospecha demasiado de Juan?

L: Sí. Simplemente no puede. Demasiadas sospechas.

T: Si dejara de sospechar tanto, ¿Permitirás a Lucha disfrutar del sexo una vez más?

L: Sí... definitivamente, sí.

T: Ter, tú eres una de las muchas partes de Lucha que están normalmente ocultas, pero que cuidan de Lucha y la protegen... ¿Existe alguna otra parte que pueda ayudarle a no sospechar?

L: No, yo puedo ayudar...

T: ¿Puedes decirnos cómo puedes ayudarle?

L: Estoy ayudando... mucha sospecha, no orgasmo... (Largo silencio).

T: ¿Tienes algo más que agregar, Ter? (Silencio).

L: Ter se ha ido...

T: Lástima, quería agradecer a Ter por su ayuda... ¿Hay algo que quieras decir, Lucha?

L: No, sé lo que tengo que hacer...

T: De acuerdo, cuando así lo desees, puedes regresar a la manera habitual de utilizar tu mente, a esta habitación, a esta hora, a este día... En el momento en que abras los ojos, te sentirás muy bien.

Lucha explicó entonces que en realidad había comprendido su falta de bases para sospechar de Juan. No le gustaba que él viajara, se sentía enojada con él por ello y permitía que todo tipo de imágenes mentales negativas llenaran su mente. Ahora sabía que tenía que trabajar sistemáticamente para controlar estas cogniciones. Tres sesiones más con la pareja bastaron para solucionar el problema por medio del ensayo y técnicas del fortalecimiento del Yo.

Uso del síntoma

Se trata de focalizar la atención en la sintomatología más que en sus implicaciones y razones inconscientes. Esta práctica de la hipnosis es la que mejor se conoce tanto entre médicos y psicólogos, como en las aplicaciones populares no profesionales de ésta.

Los terapeutas tradicionales tienden a preocuparse de que aparezca una substitución de síntomas, cuando esta terapia se enfoca a aliviar, o retirar síntomas. Diversos autores en el campo de la hipnosis han tratado este asunto (104, 136, 238), señalando el hecho de que

prácticamente no existe evidencia de que un síntoma, sea substituido por otro. En realidad, la evidencia parece confirmar lo que los terapeutas sexuales han sabido desde hace mucho tiempo, es decir, que muy frecuentemente retirar un síntoma beneficia a la personalidad completa (85). A continuación describo tres maneras de usar el síntoma con hipnosis ya que no hay indicaciones clínicas para no enfocarse en el síntoma.

Técnicas del uso del síntoma

La combinación de la imaginación y la sugestión yace en la raíz de todas las técnicas de uso del síntoma. Como ya se mencionó, todas las sugerencias deben de estar egosintónicas e idiosincráticas, basadas en lo que el cliente reveló al inicio. Antes de trabajar directamente con un síntoma, el terapeuta sexual debe saber cómo piensa el cliente que este cambio afectará su vida, qué expectativas y miedos tiene la persona respecto al cambio, qué ventajas o desventajas se imagina que obtendrá al ser liberado de este síntoma, y así sucesivamente.

Estados del Yo

Con esto en mente, se puede utilizar con provecho una forma de terapia de estados del yo, al estilo de Watkins (225) visualizando la autonegociación o pelea de la parte sintomática con la parte no sintomática, siendo esta última más poderosa que la primera. Si la persona visualiza la parte no sintomática como débil, se debe dar tiempo para fortalecer y hacer crecer esa parte de la personalidad, antes de involucrarla en una negociación o lucha con la sintomática. Se invita a la pareja a participar en esta experiencia. Yo prefiero que ambos trabajen hipnotizados, aunque en varios casos he trabajado con uno de ellos participando fuera de trance.

El síntoma mensaje

Una variación de esta técnica es sugerir, una vez que la persona se encuentra en hipnosis, que el síntoma aparecerá en su mente como

algo concreto: un ser vivo (un humano, un animal, un ángel, etc.), un color, un sonido, una figura o una forma, o una combinación de todas estas cosas. Es importante involucrar a la pareja para que imagine también esta materialización del síntoma y coopere para su cambio o desaparición. Dependiendo de lo que aparezca en la mente de la persona, el terapeuta hará las sugerencias apropiadas. En un caso de eyaculación precoz, el hombre vio su problema, como un roedor pequeño mordisqueando rápidamente en su interior. Cuando se le preguntó qué era lo que mordisqueaba, dijo, “algo como un cable... un cable eléctrico”. Cuando se le preguntó acerca del cable, el hombre informó que éste se conectaba con su pene y lo mantenía sin eyacular. Se le indicó que pensara en el cable, que lo viera protegido por una fuerte cubierta metálica. Cuando no respondió a esta sugerión, se le sugirió electrocutar al roedor a fin de evitar que lo dañara más. Esto fue aceptado y el síntoma desapareció la siguiente ocasión que sostuvo relaciones sexuales.**

Bienestar

Otra técnica es ayudar a la persona a conectarse mentalmente con todas las fuerzas de su cuerpo. Con gran detalle, el terapeuta se refiere simbólicamente a la salud y los procesos de curación del cuerpo, como el sistema inmunológico, y a los diferentes órganos como el bazo, el hígado, los riñones, como un arroyo en el que corre un fluido cálido, poderoso, o como una luz curativa y así sucesivamente. Las fuerzas de la salud, son dirigidas a los órganos sexuales y sus conexiones con el sistema nervioso y muscular. Se hace énfasis en el flujo de la salud, las curaciones, el fortalecimiento, en rejuvenecer el aparato sexual completo desde el cerebro hasta los órganos genitales. Yo subrayo la facilidad con que funciona el cuerpo cuando está saludable, el hecho de que el sexo es una función natural, normal del cuerpo, de que la persona tiene la fuerza interna para liberar a las fuerzas curativas y que realicen su trabajo en el cuerpo, que éstas harán de la vida de la persona una experiencia más rica, y así sucesivamente. También animo a la pareja presente a repetir algunas de las sugerencias anteriores al cliente y a hacer referencia a sus propias fuerzas uniéndolas a las de su pareja.

En la práctica clínica combino varias técnicas, casi nunca utilizo

una sola, especialmente cuando se trata de intervenciones directas usando el síntoma. Aún después de desaparecer el síntoma, invito a la pareja a descubrir su significado, por qué apareció originalmente, etc. La mayoría de las parejas sienten curiosidad por saberlo y continúan la terapia.

Técnicas de desplazamiento del síntoma

Consiste en producir hipnóticamente una experiencia en alguna parte del cuerpo que va a ser desplazada a otra. En medicina, una manera de producir analgesia hipnótica es provocando el entumecimiento de una mano, y desplazarlo después al área afectada. En los próximos dos capítulos se presentaran técnicas de desplazamiento hipnótico, tanto para la falta de lubricación vaginal como para la disfunción eréctil.

Puente afectivo

El puente afectivo de Watkins (225), mencionado anteriormente al hablar de técnicas exploratorias, es un buen ejemplo de desplazamiento. Se orienta al cliente a experimentar los sentimientos desagradables conectados con el problema sexual, a intensificarlos hasta que se conviertan en un puente de recuerdos que conduzca a un evento previo en la vida del cliente, que produjo el mismo efecto. Este sentimiento, común a la situación actual y a un estado del yo anterior, se convierte en el puente para recuperar el control de los síntomas que se van a retirar, como ilustra la transcripción al final de esta sección.

Relajación

Se pide al cliente que se relaje, si es necesario, se le guía progresivamente a través de diferentes grupos musculares, usando el método de tensión y relajación muscular, y se le anima a experimentarse a sí mismo relajándose aún más profundamente en un lugar cómodo, hermoso y seguro, elegido por él, de preferencia en el exterior, donde pueda gozar con todos sus sentidos al mismo tiempo que se relaja profundamente. El terapeuta y la pareja, cuando está disponible,

alientan sentimientos de bienestar, confianza, fuerza interior y seguridad. Después, esa relajación general se desplaza al área sexual, regresando a la escena relajante cada vez que surge algún tipo de tensión, y volviendo a enfocar el área sexual cuando se libera esa tensión. Este proceso continúa hasta que la persona ha desplazado completamente la relajación general al área sexual. En este punto podría ser útil introducir la imagen de la pareja sexual del cliente y emplear el mismo proceso para obtener relajación mientras que “piensa” en un encuentro sexual.

Transcripción: un extracto de una sesión de hipnoterapia sexual en la que se utilizaron técnicas de desplazamiento

T: Ahora que estas profundamente relajado... Te sientes muy bien...

C: (Asiente con la cabeza.)

T: Piensa en tu dificultad sexual.

C: (Arruga o frunce el entrecejo pensando en su problema eréctil. A los 32 años de edad, tiene una erección y si no copula inmediatamente, la pierde y tarda mucho tiempo en recuperarla. Las pruebas endocrinológicas y urológicas son negativas.)

T: Date cuenta de esos sentimientos negativos.

C: Sonríe débilmente pero con placer)...

T: ¿Te hacen sonreír?...

C: (Niega con la cabeza.)

T: ¿Me podrías decir por favor, lo que está ocurriendo ahora?

C: Sentimientos agradables.

T: Piensa una vez más en tu problema sexual. ¿Tienes sentimientos agradables cuando piensa en él?...

C: (Asiente con la cabeza, sonriendo.)

T: Permite entonces que esos sentimientos agradables te hagan regresar en el tiempo, tan lejos como debas ir, hasta encontrar otra situación en la que tuviste... esos mismos sentimientos... en tu pasado... olvidando todo lo demás por ahora...

C: (Sepone serio de nuevo.)

C: Chicos... un chico... no gay.

T: Cuéntame más (silencio mientras C. parece relajarse).

C: Se siente bien... disfruto... (Se ve a sí mismo a la edad de ocho o nueve años con otros dos chicos desnudos. Hay juegos sexuales y él tiene una erección. Quiere intentar una relación sexual anal con uno de ellos, pero el tercero comenta el dolor que podría causarles a ambos. Su pene se vuelve flácido. En su mente continúan, más caricias, sexo oral, y cercanía física, pero él ya no tiene otra erección y se siente muy bien por ello porque no desea lastimar a sus amigos ni a él mismo.)

T: Permanece con ese muy buen sentimiento, ahora. Estás olvidando todo acerca de esa escena, ahora y quédate sólo con ese buen sentimiento. Lo único que sientes es ese sentimiento agradable y ahora regresa, si debes hacerlo, a otro momento más remoto en el que tuviste ese sentimiento...

C: (Sonríe como un pequeño y cambia ligeramente de postura como si estuviera acostado sobre la espalda.)

T: Dime por favor dónde estás...***

C: Bebé...

T: ¿Quién está contigo?...

C: Mami....

T: ¿Qué está ocurriendo?

C: Cambia... bueno... (con una gran sonrisa)... caricia...

T: Quédate ahora con esos sentimientos agradables olvida todo lo demás... guarda sólo el sentimiento positivo... y ahora, regresa al presente, trayendo contigo ese sentimiento agradable, ese sentimiento agradable te hará comprender más sobre ti mismo te permitirá sentirte más feliz contigo mismo.

Cuando terminó la experiencia hipnótica, explicó que había entendido dos cosas importantes sobre su síntoma sexual: que él relacionaba la copulación con el dolor, y el estar suave y flácido al hacer el amor con sentimientos agradables similares a los que siente un bebé cuando su madre lo cambia, le pone talco y lo acaricia. Con esta nueva información sus actividades sexuales con su esposa (presente en esta sesión) empezaron a mejorar. Permitía la regresión

saludable durante el sexo pero también empezó a disfrutar la copulación madura. En cuatro semanas fue dado de alta.

En este caso, existía un doble puente afectivo, a través de los sentimientos negativos y a través de los positivos, el trabajo en trance llevó al cliente a remover el síntoma de una forma inteligente y plenamente humana.

Técnicas sintomáticas no directivas

Bajo esta rúbrica incluyo todos los enfoques que siguen el modelo ericksoniano de hipnosis natural o la maniobra hipnótica indirecta de fortalecimiento del Yo, de Hartland (104). La idea general es ayudar al individuo que tiene un problema sexual a dejar de poner su energía mental y su atención en él y concentrarse en sus recursos, fuerzas y cualidades reales. Esta es una manera de contrarrestar la autohipnosis negativa y poner al cliente en contacto con el lado positivo, no atendido, de su vida. Esto, no por medio de evaluaciones intelectuales de lo bueno, sino viviéndola en su mente, saboreándola y disfrutándola. Este enfoque es valioso en combinación con cualquier otro y sin embargo, estas técnicas son más indicadas para las personas preocupadas, casi obsesionadas, con su problema sexual. La imagen del árbol majestuoso con que se identifica la persona creada por A. M. Pelletier (176), es un buen ejemplo de este enfoque. Pelletier conduce a los clientes lentamente, disfrutando, a imaginar un árbol grande y poderoso, admirable, bello. Describiendo todos los detalles relacionados con él: su rico follaje, algunos pájaros cantando, sus fuertes raíces, etc. Después, hace la asociación de todas las virtudes del árbol con las del cliente: “*tú*, como ese árbol, te has *fortalecido* con las vicisitudes de la vida. Igual que el árbol, *te extiendes* buscando ayuda y *energía*. *Tú*, también, puedes ofrecer *refugio y ayuda* a otros. Dentro de ti se encuentran varios sistemas funcionales para hacerte, *más fuerte y saludable*. Pero ahora, piensa *profundamente*, que *tú eres más que ese árbol*. *Tú puedes pensar, tú tienes movimiento, tú puedes ser discreto, tú puedes tomar decisiones, tú puedes amar y ser amado, tú puede hacer tantas y tantas cosas* que el árbol no puede hacer. *Siente* tú poder, tú fuerza, tus habilidades. *Agradécele*. ¡Piensa en todo lo que eres! Ahora, por favor, *relájate más y más profundamente* mientras contemplas tu fuerza (p. 34, énfasis original)”.

Este enfoque indirecto puede iniciar una multitud de procesos inconscientes.

No es difícil adaptar esos conceptos de fuerza, vida, funcionamiento saludable y otros similares a problemas sexuales particulares. Al entrar en contacto con los recursos internos y la vitalidad propios, se es capaz de establecer una nueva relación inconsciente entre esas realidades internas y el síntoma sexual. Con la hipnosis, se pueden activar esos poderes hasta ahora ocultos y dirigirlos al síntoma sexual evitando intelectualizaciones y objeciones “racionales”.

Este fue el caso de Rogelio, un obrero de 43 años de edad con dificultades eréctiles psicogénicas con su segunda esposa. Por medio de los procesos hipnóticos de fortalecimiento del Yo, elevó su autoestima como nunca antes en su vida. Con esto, desaparecieron sus problemas sexuales, lo cual a su vez, reforzó su autoestima. De tal manera que desarrolló un nuevo círculo virtuoso, que dio nuevas motivaciones para su crecimiento personal y enriquecimiento emocional. Entre los resultados inmediatos de este cambio, Rogelio se preparó para terminar la escuela preparatoria, llevó a cabo esfuerzos constructivos para mejorar su imagen social y se volvió más selectivo con sus amigos.

El uso no directivo de la hipnosis facilita la liberación de dinámicas inconscientes positivas, que benefician a la persona completa, aún cuando el trabajo inicial se haya enfocado en un síntoma sexual específico.

Ensayo

Maltz (156) popularizó el ensayo y en su tiempo se aplicó al deporte mental (173), así como las imágenes mentales para el automejoramiento (25), y para hacer más dinero (113). En el área del funcionamiento sexual, el hipnosexo (13) es básicamente un ensayo hipnótico. Dicho en pocas palabras, esta técnica consiste en usar la progresión del tiempo, para armar la escena en que el cliente se ve sí mismo pensando, interactuando y comportándose de un modo sexualmente satisfactorio.

Este proceso Virgiliano: verse a sí mismo cambiado (del latín *possuntquia posse videntur*) es en sí, algo que afirma al Yo y modifica

al ser. La gente se vuelve físicamente más fuerte cuando se ve a sí misma, en su mente, como quiere ser (142).

Por lo tanto, la pareja (más que el individuo) aprende a experimentar a sí misma en el futuro por medio del ensayo, disfrutando la realidad del sexo placentero que será suyo. Todos los sentidos internos se involucran en este ejercicio mental, tomando su tiempo para entrar en un contacto placentero, con cada sensación, sabor, olor, colores, formas y sentimientos placenteros. El hipnoterapeuta sexual no necesita volverse un observador profesional, participando en cada detalle de la experiencia sexual positiva que la pareja revisa en su mente. Las sugerencias generales sobre cada sensación, son más que suficientes para enfatizar que deben practicar este ejercicio en casa, cada uno y en pareja, con todo detalle, incluyendo todas las circunstancias que rodean a la experiencia sexual positiva; el lugar en donde se ven, la hora del día, alimentos y bebidas que probablemente compartan, la música que escuchan, incienso o perfume en la habitación, etc. Las investigaciones de Barber (25) indican que esta técnica facilita el cambio positivo ya que el cliente se identifica progresivamente con el *nuevo ser*, en este caso, con el *nuevo ser* sexual. El ser problemático actual se vuelve más y más ajeno al cliente; su mente se disocia cada vez más del ser sintomático.

El ensayo debería ser siempre parte de la hipnoterapia sexual, sin importar qué otras técnicas se utilicen. Cuando los clientes tienen dificultades para vivenciarse a sí mismos cambiados, hay que sospechar de la existencia de beneficios secundarios, frecuentemente inconscientes, que requerirán otros enfoques de la etiología de la disfunción.

Resistencia

Quiero unas palabras finales sobre las técnicas hipnóticas generales para el manejo de la resistencia. Primero, debemos recordar que cualquier acción o carencia de acción dirigida a perpetuar el síntoma o la situación de que se queja la persona es resistencia. Cualquier forma de continuar las limitaciones autoimpuestas a la felicidad, realización, satisfacción y crecimiento personal, es resistencia.

Por lo tanto, en hipnoterapia sexual encontramos dos posibilidades básicas: una, cuando el terapeuta siente la presencia de la resis-

tencia, y otra, cuando el terapeuta sospecha la posibilidad de la resistencia. En este último caso, como se mencionó antes en este capítulo, es recomendable un acercamiento permisivo: mientras menos haya que resistir, menos resistencia aparecerá. Así pues, las sugerencias hipnóticas pueden ser, por ejemplo: “Usted no está seguro en su mente consciente de lo que su mente interna desea. Tal vez su síntoma no puede desaparecer porque su mente interna lo está utilizando para algo que su mente consciente no conoce”, y así sucesivamente.

Cuando el terapeuta se enfrenta a la presencia de la resistencia, se puede optar por dos caminos: sugerir nuevas posibilidades o explorar las razones inconscientes por las que no se logra progresar. Anteriormente, se presentó un ejemplo de la primera opción, cuando el hombre no respondió a la sugestión de proteger el cable eléctrico que visualizaba como conexión entre su cerebro y su pene erecto para control de su eyaculación. En este caso, se presentó otra sugestión, la del roedor electrocutado, en lugar de explorar las posibles dinámicas inconscientes que hicieron rechazar la primera sugestión (ver el síntoma mensaje). Como regla general de hipnoterapia sexual, se debe presentar una nueva sugestión, siempre con palabras como: “Tal vez podrías concentrarte en...” o incluso varias sugerencias, antes de proceder a un nivel más analítico. Es sorprendente observar con cuanta frecuencia la gente que rechaza una primera sugestión, acepta muy bien una segunda o tercera.

En el ensayo, por ejemplo, cuando la persona no puede visualizar su nuevo ser asintomático, es posible sugerir una película sexual de alguien que se parece mucho al cliente. El cliente observa la película comprendiendo cada vez más que el protagonista es muy similar a él o ella. A menudo, el cliente intercambia espontáneamente al protagonista por sí mismo. El enfoque indirecto puede ser utilizado también en otras técnicas, tales como, la imaginería sexual dinámica (Capítulo 7), o la revivificación (Capítulo 9).

Conclusiones

Las técnicas de hipnoterapia sexual listadas en este capítulo, son meras posibilidades. Uno de los aspectos más míos de la hipnosis, es que se puede ser muy creativo e inventivo.

Mi insistencia en un enfoque sistémico, no significa que no se deba atender a clientes individuales. En muchos casos, es clínicamente recomendable no ver a los dos miembros del sistema. Sin embargo, debe usarse el pensamiento sistémico cuando el cliente tiene pareja. Sólo en los casos de sexo no relacional (ya sea solitario, grupal o con parejas pasajeras y casuales) debemos enfocarnos de manera más específica en el individuo.

La familiaridad con las técnicas listadas en este capítulo por medio de la práctica cuidadosa y supervisada en el principio, convencerán al terapeuta sexual de su gran utilidad.

Notas

- * Los sueños inducidos son esas cogniciones espontáneas disparadas sin un guión o huella previos por la sugestión del hipnoterapeuta. Pueden ser inducidos por una simple invitación tal como: “En el próximo minuto, más o menos, aparecerá espontáneamente en su mente una escena similar a un sueño. Solo relájese y no piense en pensar. Deje que su mente interna le ofrezca un sueño significativo para ayudarlo a comprender su problema de una forma personal, vital”.
- ** Dependiendo de la persuasión teórica del terapeuta y la motivación del cliente, se puede terminar el tratamiento en este punto (una vez que el síntoma ya no está presente), o se puede proceder a investigar el significado simbólico. Si éste es el caso, se puede utilizar una de las técnicas exploratorias.
- *** Las regresiones, como ésta, nunca bloquean la comunicación con el adulto en hipnosis.

7. TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES FEMENINAS

Disfunción vasocongestiva (DVC)

Kaplan (121) fue quien diferenció por primera vez entre problemas femeninos de excitación, y disfunción orgásmica, denominando a ambos, como disfunción sexual general (DSG) o falta de respuesta sexual femenina. Jehu (120) creó el término, que estoy utilizando (disfunción vasocongestiva), que es más preciso y denomina los problemas de excitación, sin considerar sus posibles orígenes en la abulia sexual, como los términos de Kaplan parecerían implicar. La DVC se refiere a la excitación fisiológica inadecuada, o sea, vasocongestión genital parcial o ausente con poca, o sin lubricación, que produce poco o ningún placer erótico ante la estimulación sexual. La mujer desea el sexo, pero su cuerpo no coopera y, como consecuencia, no puede disfrutar. La hipnoterapia es efectiva cuando el diagnóstico es correcto. Es decir, que el deseo e interés sexuales son adecuados y no haya problemas ginecológicos, ni serios problemas relacionales o deficiencias profundas en la personalidad. Esta disfunción ha sido frecuentemente considerada parte de lo que se denominaba frigidez, término que implicaba falta de interés, excitación inadecuada y anorgasmia.

Describiré una técnica general y dos específicas, que se pueden combinar en la práctica clínica, o ser utilizadas para tratar otras disfunciones sexuales.

Imaginería sexual

La pareja sexual de la mujer debería estar presente desde la primera sesión, si ella está de acuerdo. Se trabaja primero con ella sola y

después, con los dos. Se le pide a ella en hipnosis revisar mentalmente el desarrollo de sus pensamientos sexuales desde el inicio hasta los primeros momentos de cercanía física y deseo sexual tomándose todo el tiempo necesario. La mujer puede necesitar verse deseada, amada, ver que su pareja se preocupa por ella, pero estar aún completamente vestida. Se le debe ayudar a involucrarse en una escena mental, en la que se concentre en los sentimientos positivos, por ejemplo, “se siente muy bien estar juntos, abrazarse, lo deseas tanto, el tiempo se detiene cuando estás en sus brazos, con su abrazo, con sus besos”, y así sucesivamente. Dependiendo de su comodidad y su relajación, el terapeuta procede a ir más lejos: “deseas tener más contacto con su piel, sentir tu cuerpo cerca del suyo, cálido, reconfortante. Se siente tan natural estar parcialmente desnudos juntos, sintiendo también la calidez de su cuerpo, piel con piel, con cariño y placer de los dos, sentir la dicha de estar vivos, haciendo el amor”, y afirmaciones similares. Es necesario que se mantenga comunicando lo que sucede y que el terapeuta observe con cuidado para detectar señales físicas que pueden indicar incomodidad. Si el terapeuta detecta un movimiento o una expresión facial que indiquen tensión, debe preguntar, “¿estás bien?”, “¿podemos continuar?”, “¿es todo placentero?” y otras preguntas de este tipo.

En un caso, un cliente hacía gestos de manera muy notoria y temí que se sintiera incómoda con sus imágenes. Cuando le pregunté qué pasaba, respondió: “el sweater, quítame el sweater”. Mi temor era infundado, si yo hubiera continuado con la suposición de que se estaba alejando de la escena sexual, hubiera interrumpido lo que era un paso importante en su imaginación, animando a su pareja a desvestirla.

Finalmente, el terapeuta ayuda a la persona a concentrarse más concretamente en su cuerpo y en sus genitales: “es tan agradable sentirse tan relajada y aún así tan excitada. Sí, mi cuerpo desea el sexo tanto como mi mente. Lo siento dentro de mí, lubricada, abierta y cálida. Y se siente tan bien. Mi cuerpo está cada vez más listo, con cada respiración, cada segundo que pasa, abierta, cálida, húmeda. Es tan maravilloso sentir esta paz interior, este deseo físico; mi cuerpo abierto, ansioso, listo”, etc.

Las sugerencias posthipnóticas deben asociar este ejercicio con situaciones en donde ella se encuentre con su pareja sexual. En esos momentos ella puede sugerirse a sí misma, por ejemplo: “Más y más,

el sexo se da entre nosotros y mi cuerpo reacciona de la misma maravillosa manera, me siento relajada, muy bien. Mi cuerpo y mi mente en armonía de deseo, contacto físico, placer, excitación”. Todas estas afirmaciones, se repiten o prolongan, de acuerdo con el ritmo y la necesidad de la cliente. Se le anima a practicar este ejercicio en casa, para lo cual se graba el trance. Se le dan instrucciones para que se meta en el ejercicio y no solamente escuche la cinta. Se le pide que devuelva la grabación, en la siguiente sesión, para que el terapeuta conserve el control de lo que se graba y cómo es utilizado.

Esta es una técnica general, que con los cambios adecuados, puede ser utilizada para tratar otras dificultades sexuales, siempre con las técnicas más específicas que presento a continuación. Como dije anteriormente, la pareja sexual debe ser invitada a participar en las sesiones hipnóticas tan pronto como esté lista la cliente. En esos momentos el terapeuta adaptará las afirmaciones para los dos.

Disminución de la tensión

Esta técnica, similar a la técnica de Relajación del capítulo previo, pero concentrándose en el área pélvica, enfatiza las fuerzas curativas del cuerpo, liberándolas, para que fluyan natural y poderosamente por medio de imágenes mentales. Por lo tanto, una vez que la mujer se encuentra bajo hipnosis, el terapeuta puede usar la técnica de relajación y combinarla con la de Bienestar del mismo Capítulo 6. Se debe avanzar gradualmente, de la relajación general, a la del área pélvica, dirigiéndose a parte por parte, por ejemplo: “Las paredes de tu vagina, la profundidad de tu vagina”. No es necesario utilizar expresiones técnicas o ser anatómicamente exacto, a menos que la persona sepa de anatomía, ya que el objetivo de esta técnica es liberar a la mujer de las tensiones mentales que inhiben el funcionamiento normal de su cuerpo en una situación sexual.

Una vez más, como en la técnica de imaginación sexual dinámica, es importante hacer sugerencias posthipnóticas relacionadas con situaciones eróticas con el esposo o pareja sexual. Cuando sea posible, este último debe estar presente durante las sesiones hipnóticas a fin de ayudar en la relajación y retirar las tensiones, ya que frecuentemente su propia tensión contribuye a la de la mujer.

Salivación

Esta técnica se basa en la fisiología de la excitación sexual femenina. Normalmente la estimulación erótica física y/o psicológica produce una lubricación vaginal. No existen glándulas en la mucosa o submucosa vaginal, pero existe un sistema capilar bien desarrollado que rodea la membrana basal.

Durante la estimulación sexual los vasos capilares se llenan de sangre, igual que los órganos genitales. Como consecuencia, los capilares trasudan líquido que aparece en la pared vaginal. Aunque este proceso fisiológico es complejo, la mujer lo experimenta sintiéndose húmeda, una sensación similar a la salivación, como cuando se piensa en un alimento delicioso y se hace agua. La fisiología de estos dos fenómenos es muy diferente, pero la experiencia subjetiva, no. Basándonos en esta analogía se ayuda a la mujer en trance a asociar la salivación con la lubricación vaginal. Se aumenta la salivación sugiriendo en la hipnosis un alimento saludable que le guste a la mujer. Ella tiene que hacerse consciente de su habilidad fisiológica de producir saliva por medio de imágenes mentales. Después se hacen sugerencias asociando la salivación con la lubricación vaginal: “Así como tu boca aumenta el flujo de la saliva, lo hará tu vagina la próxima vez que te sientas excitada... y cada vez que te sientas así, tu vagina incrementará su humedad. Será agradable, estar húmeda, sentirse cálida y abierta, húmeda y lista; cada vez que te sientas sexualmente excitada tu cuerpo responderá de manera maravillosa”, y otras sugerencias similares.

Esta es una de las técnicas de transferencia mencionadas en el capítulo anterior. Se puede requerir un poco de práctica para lograr la salivación, pero los resultados son positivos, rápidos y duraderos. Como mencioné anteriormente, hago que el esposo participe cada vez que sea posible y les animo a practicarlos: primero en la imaginación y después, estimulando la lubricación vaginal pero sin apresurarse a copular, para que, una vez lograda la humedad en la vagina con autohipnosis, terminar en un encuentro sexual reconfortante y tierno.

Vaginismo

Es el espasmo involuntario del esfínter vaginal y los músculos elevadores del ano, localizados en el tercio externo de la vagina y el perineo, cuando un objeto, incluido el pene erecto, entra en contacto con los labios menores, a lo que llamamos vaginismo y puede ser tratado con hipnoterapia sexual. Se puede tratar con las técnicas de imaginación sexual dinámica y retirando la tensión. La relajación es esencial para quitar el miedo y la posible culpa relacionados con la experiencia sexual. Se puede propiciar la imagen mental de los músculos controlando el área pélvica completa, especialmente la vagina, como ligas a las que se puede disminuir la tensión. Sin embargo, lo mejor es pedir a la mujer que describa cómo siente esta tensión. Si dice, por ejemplo, que la siente como un nudo tenso, se debe utilizar esta imagen y ayudarle lentamente a visualizar el nudo desatándose hasta que desaparezca.

También para el vaginismo pueden ser útiles las técnicas exploratorias mencionadas en el capítulo anterior. Muchas clientes comentan que no comprenden qué sucede con su cuerpo: “no tengo control sobre él”, “no sé de dónde proviene esto”, son comentarios típicos, claves para que el hipnoterapeuta sexual les ayude a explorar qué sucede.

El resumen de un caso clínico puede ilustrar este enfoque. Después de tres años de matrimonio no consumado, Ana de 25 años de edad, había recibido varias formas de tratamiento para el vaginismo durante 5 años, incluyendo: dilatación vaginal, medicamentos, psicoterapia psicoanalítica y modificación del comportamiento, todo sin éxito. Ana llegó con una actitud bastante pesimista, por lo que se utilizó una combinación de diversas técnicas: la sabiduría inconsciente con el interrogatorio ideomotor, el tiempo futuro, el ensayo y, especialmente, la terapia de estados del Yo. Ana respondió muy bien a esta última, pero algunas de sus “partes internas” respondieron únicamente con señales ideomotoras, otras se rehusaron a hablar conmigo, pero insistieron en hacerlo con su esposo. Se le prescribió, cómo tarea, ejercicios de relajación, enfocados en el futuro, en los cuales el coito era deseado y disfrutado. Ana hizo su tarea y su esposo cooperó muy bien.

En la segunda de ocho sesiones apareció material del pasado. Esto era material que no había aparecido en sus terapias previas y era difícil

de corroborar, ya que su tía, que la había criado, ya había muerto. Ana revivió una escena en la que alguien, tal vez su tía, la lastimó a la edad de cinco o seis años insertando dos dedos en su vagina, mientras la bañaba. De manera consciente Ana recordaba que su tía estaba obsesionada con la limpieza corporal. Esto dio inicio a su vaginismo.

Como una observación clínica, es importante señalar que material de este tipo, obtenido por medio de hipnosis, puede no ser históricamente exacto, sin embargo, sí ser relevante, porque proviene del paciente.

En otra variación de la terapia de estados del Yo, Ana, como mujer madura, se encontró con la pequeña de siete u ocho años de edad, luego de doce, quince, diecisiete y dieciocho años, visualizando que durante su masturbación, caricias o relaciones sexuales intentadas a temprana edad, su vagina reaccionaba espasmódicamente en una respuesta condicionada. La Ana madura siempre estuvo ahí en sus imágenes para aconsejar y ayudar a la Ana joven con su comprensión y recursos actuales.

Después de la tercera sesión, Ana informó que había sido capaz de insertar sus dedos dentro de su vagina sin problema alguno varias veces, práctica de una de sus terapias previas que antes siempre le llenaba de ansiedad. También se había insertado un tampón por primera vez en su vida. El progreso continuó: en la quinta sesión me informó de su perfecta relajación ante la estimulación manual de su esposo. Se reportó una breve penetración del pene en la sexta sesión y, en la séptima me informaron un coito completo. Se les llamó dos veces por vía telefónica, dando seguimiento, una de ella un mes después de la octava sesión y otra cuatro meses después. Todo siguió bien en un seguimiento que duró cinco años, hasta que Ana se mudó de la ciudad.

Preorgasmia (disorgasmia)

Cuando una mujer se interesa en el sexo y desea disfrutarlo, tiene estímulos eróticos y excitación, pero no puede alcanzar el clímax, se dice que es preorgásmica. La elección de esta descripción da a la mujer un sentido de esperanza: aún no ha obtenido el orgasmo pero está a punto de hacerlo y puede empezar a aprender la experiencia del

clímax. Como en las otras disfunciones, es común encontrar este problema en combinación con una o más dificultades sexuales, lo que hace que la gente se haga preguntas respecto del origen y los efectos de esta disfunción. Por otra parte, hay que tener en cuenta que la falta de orgasmo no significa necesariamente falta de placer sexual, como descubrió Butler (45), en 195 mujeres que estudió: el 73 por ciento, no siempre necesitaba un orgasmo para disfrutar el contacto sexual; el 39 por ciento obtenía alivio de la tensión sexual. Aunque las técnicas descritas previamente, son también efectivas para la disfunción orgásmica, a continuación describo una técnica específica para ésta.

Viaje Corporal

Esta técnica consiste en imaginarse, en hipnosis, un viaje a lo largo de las áreas genitales. Se pide a la mujer hipnotizada verse a sí misma dentro de su vagina, como si fuera por ejemplo, un inspector de construcción verificando cada detalle de esta hermosa habitación, túnel o corredor, empezando desde su entrada. Debe verse a sí misma sintiendo su entrada, techo, paredes, tocando sus bordes y su fondo, verificando puntos especiales, dejando intencionalmente a la cliente que elija el significado de la frase: puntos especiales, cuando piense en sus órganos genitales. Se anima a la mujer a verificar qué áreas o puntos responden a sensaciones agradables. ¿Hay placer en algún punto?, ¿que áreas responden con placer al contacto, al golpeteo, a la frotación, a la presión y a cualquier otra forma de contacto?

Mientras tanto, el hipnoterapeuta sexual debe obtener comentarios y retroalimentación de la cliente, para seguir su paso, sin apresurarla, utilizando preguntas sencillas como: “¿Se está concentrando en esto?”; “¿está aún en el ejercicio?”. Las respuestas ofrecen la información necesaria de como continuar. Cuando ella descubre dónde se genera el placer, se le anima a visualizar el placer como un sonido, una sensación, un perfume, un color, un sabor, o una combinación de estos, a permanecer con él, a introducirse en él y a incrementarlo y disminuirlo unas cuantas veces.

Cuando ya se sienta cómoda con esta experiencia mental de placer, aún relajada, en hipnosis, se incluye a su amante o, su esposo en la imaginación. Y ahí se le asocia con el placer. Esta escena en

trance se prolonga hasta que la cliente se relaja, se siente cómoda y contenta con la experiencia. Se le anima a repetir este ejercicio de autohipnosis, tantas veces como sea posible y, cuando se pueda, hacerlo junto con su esposo o pareja sexual.

Las sugerencias posthipnóticas deberán estar relacionadas con la situación real del coito y su disfrute. Corriendo el riesgo de ser repetitivo, debo decir que la eficacia de esta técnica depende de un diagnóstico correcto. Si la disorgasmia es una manifestación de conflictos en la relación, éstos deben ser tratados primero, antes de tratar el problema sexual.

Dispareunia

Aunque en la mayoría de los casos, algunas patologías orgánicas causan dolor durante y después del coito, ya sea en los labios, clítoris, vagina u órganos pélvicos internos, existen factores psicológicos que frecuentemente contribuyen a esta disfunción. Por lo tanto, la hipnoerapia sexual puede ser muy útil junto con la atención médica ginecológica. La relajación, la disminución de la tensión y el viaje del cuerpo son especialmente útiles. Sin embargo, en casos en que los exámenes ginecológicos sean negativos, se debe evaluar cuidadosamente la relación sexual total con la pareja, ya sea utilizando algunas de las técnicas exploratorias, o evaluando la personalidad.

Algunos estudios (240), correlacionan ciertos desórdenes de conversión con dispareunia. Finalmente, el terapeuta debe considerar la posibilidad de una respuesta condicionada, o de autohipnosis negativa: La expectativa de dolor causada por algún dolor experimentado en el pasado, aunque la causa orgánica ya no esté presente, produce dolor una vez más. Para esto revisar Capítulo 4.

Placer inadecuado

Por la mayor apertura actual frente a la sexualidad la gente, especialmente las mujeres como grupo, esperan más del sexo de lo que esperaban en generaciones previas. Por esto, es muy importante evaluar las expectativas para asegurarse de que sean realistas. El

placer inadecuado abarca un continuum, que va desde formas menores de insatisfacción con la propia respuesta sexual (“sé que podría ser mejor”); hasta la anestesia real del área sexual, la ausencia de sentimientos eróticos frente a la estimulación sexual, a pesar de que haya una respuesta fisiológica normal, incluso con contracciones orgásmicas. La característica común es la insatisfacción subjetiva causada por la ausencia del placer o porque el placer es inadecuado, como en las mujeres que alcanzan el clímax después de una breve estimulación y experimentan su orgasmo cómo débil, con placer erótico mínimo o sin él.

Manipulación de síntomas

Sin olvidar la necesidad de combinar la hipnosis con maniobras conductuales, los métodos de manipulación de síntomas de Kroger (138), son muy útiles en algunos casos, por ejemplo, una mujer sin sensaciones eróticas puede ser ayudada a mantener el síntoma en el área completa, “exceptuando una pequeña porción de ella en la que sentirá nuevas sensaciones placenteras”. Esto se logra mejor después de que ha aprendido a alterar mentalmente la percepción de sensaciones como la temperatura, el tamaño de sus extremidades, etc. Si puede alterar otras sensaciones hipnóticamente, se dará cuenta de que puede controlar su síntoma. Sin embargo, como pueden existir razones psicodinámicas para el placer inadecuado, se recomienda una aproximación progresiva.

Distorsión del tiempo

Para aquellas mujeres que alcancen el clímax demasiado pronto con muy poco placer, así como para los eyaculadores precoces, son útiles diferentes formas de distorsión del tiempo que, después de ser experimentadas, puedan ser transferidas a la situación sexual. Así, a una mujer que dice que nunca ha tenido un orgasmo completo y siempre llega demasiado pronto, se le ayudó a experimentar distorsiones del tiempo soñando un sueño elaborado durante un minuto y revisando después todos los eventos agradables de su vida, en solo 60 segundos. Bajo hipnosis se le dijo: “Durante los próximos 60 segundos será

capaz de disfrutar la historia más fantástica a manera de sueño. Será una historia complicada, pero clara porque serás parte de ella”. Se utilizaron palabras similares para la revisión de su vida. Cuando salió del trance se hizo énfasis en el hecho de que el ejercicio era demasiado largo, se volvió a hipnotizar con sugerencias para prolongar la experiencia sexual. Yo prefiero sugerir una prolongación progresiva de la experiencia sexual dejando que el inconsciente de la cliente elija qué tan prolongada debe ser la vivencia.

En muchos casos de placer sexual inadecuado son efectivas las técnicas de ensayo combinadas con técnicas exploratorias.

Comentarios finales

Diversas investigaciones respetables han demostrado que las mujeres disfrutaban espontáneamente diferentes tipos de imágenes mentales eróticas durante su comportamiento sexual. Hariton (101, 102) descubrió que las mujeres con salud mental, que tienen buenas relaciones con sus esposos o amantes, frecuentemente producen pensamientos de un amante imaginario, esto es lo más común, y de hacer el amor con más de un hombre a la vez, lo menos común entre 10 categorías. Hace tiempo quedó demostrado lo equívoco de la afirmación de Freud: “una persona feliz nunca tiene fantasías, solamente las personas insatisfechas las tienen” (89 p. 146), y la antigua posición psicoanalítica que consideraba que tener fantasía e imaginación en el sexo eran maniobras escapistas indicativas de neurosis (115).

Estas investigaciones muestran que las técnicas hipnóticas lo que hacen es encausar terapéuticamente una actividad mental natural. Integrar la hipnosis a la terapia sexual es utilizar mecanismos naturales curativos de la mente. Las técnicas presentadas en este capítulo, abrirán una puerta al terapeuta experimentado a nuevas técnicas creativas y estimulantes que evitan la intelectualización, los argumentos y razones y van directamente al origen de la dificultad sexual, a la mente interna o inconsciente.

Integrar la imaginación sexual con sugerencias de placer, da a las mujeres disfuncionales el permiso necesario para iniciar una actividad mental que hasta hace poco tiempo no era socialmente aceptable para la mujer, como señala Hariton (101). Debido al

prejuicio de la inferioridad de la mujer frente el hombre, respecto de la estimulación sexual, particularmente visual (una idea reforzada en parte por investigaciones como la de Kinsey y col., (132), el terapeuta sexual debe cuidarse de sus propios prejuicios en esta área. Otro mito pseudocultural perpetuado por el concepto freudiano de la envidia del pene, pero avasalladoramente contradicho por la investigación científica (84), es el de la inferioridad femenina. El terapeuta sexual masculino, particularmente, debe estar muy atento en contra de esto. Por último, como se mencionó al tratar sobre la teoría de sistemas, por razones culturales, parece ser más fácil culpar a la mujer de las dificultades sexuales de la pareja. Como consecuencia, sugiero al terapeuta poner mucha atención al juego sistémico entre la pareja antes de etiquetar a la mujer como paciente identificada.

8. TÉCNICAS HIPNÓTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS

El esquema de este capítulo es similar al del previo. Muchas de las disfunciones sexuales masculinas se derivan de lo que Masters y Johnson (1959) describieron como la casi increíble susceptibilidad masculina, al poder de la sugestión en relación a su pericia sexual. Nuestra cultura eterniza los mitos de la sexualidad masculina: mientras más, mejor; nunca digas no; mantente siempre listo, y otros más. Los hombres necesitan hacerse conscientes de la autohipnosis negativa y las expectativas culturales que han influido en ellos desde su nacimiento. Es interesante descubrir el significado sexual de tantas actitudes masculinas que todos damos por sentadas: se espera que el hombre sea fuerte, duro, nunca suave, mientras más grande mejor; un hombre debe aferrarse a su trabajo y a muchas otras cosas; debe ser enérgico, decidido, agresivo. No es de sorprenderse que tantos hombres tengan problemas sexuales y se sientan abatidos por ello.

Al igual que el capítulo sobre las mujeres, aquí solo se cubrirán las disfunciones más comunes, que son: disfunción vasocongestiva (problemas eréctiles), disorgasmia (eyaculación precoz, ausencia de eyaculación o eyaculación retardada), dispareunia y placer inadecuado.

Disfunción vasocongestiva (DVC)

A fin de acentuar el paralelo existente entre las disfunciones masculinas y femeninas, y alejarnos de la obsesión cultural referente a la erección, prefiero describir los problemas eréctiles en términos fisiológicos. Estos problemas pueden ser los síntomas iniciales de disfunciones endocrinológicas, como previene Goldman (1998), de la diabetes de acuerdo con Deutsch y Sherman, (1962), y de otros, de modo que es necesario tener un diagnóstico médico antes de suponer que la

DVC es psicogénica. En este caso las siguientes técnicas hipnóticas han sido utilizadas de manera muy efectiva (59, 136).

El primer método es similar a la técnica de imaginación sexual dinámica. Después de obtener información sobre qué estímulo sexual específico le excita, se ayuda al cliente a relajarse. Una vez relajado, se revive una escena placentera, tranquila, de acuerdo con la información obtenida previamente. Supongamos que el cliente ha elegido una playa para estar tranquilo. El terapeuta le ayudará a experimentar a sí mismo en una hermosa playa segura y aislada, disfrutando cada detalle: el sol cálido y apacible, la brisa acariciante, el movimiento rítmico de las olas, el cielo completamente azul, fantástico, la arena blanca inmaculada, el sonido distante de una gaviota en el cielo, etc. El hombre realmente experimenta todas estas sensaciones en su mente, disfrutando la relajación.

Una vez que la escena ha sido totalmente evocada, se introduce una mujer muy atractiva, pero no amenazante, puede ser su esposa, su amante o alguien más, caminando hacia él desde la lejanía.

Si surge tensión, la mujer puede volverse y alejarse caminando o simplemente detenerse a observar el mar. Si no surge, la mujer representará una figura amistosa, interesada en el cliente, relajada y relajante, excitante, etc., de acuerdo a las necesidades del cliente. Mientras ella está con él en la fantasía, él se excita sexualmente y experimenta una agradable, fuerte erección, en su imaginación en trance.

Esta escena se hace tan vívida y tan realista como sea posible y se lleva progresivamente a través de dos ó tres sesiones, a un término sexual satisfactorio, haciendo énfasis en disfrutar la experiencia erótica. Con sugerencias posthipnóticas se logra que el cliente recree esta fantasía utilizando una señal dada, por ejemplo, tocar a su esposa o amante estando desnudo. Se hace énfasis en las sensaciones de la erección evidente, fuerte y perdurable, placentera, que él simplemente disfruta sin tener que pensar en ello. La esposa o pareja sexual debe participar en esta experiencia hipnótica tanto como sea posible.

Catalepsia de un dedo

Esta técnica consiste en asociar, un comportamiento hipnótico, a la catalepsia inducida en un dedo con la erección del pene. Primero, se

pide al cliente elegir un dedo que represente su pene. Después se le hace imaginar vívidamente que ese dedo se vuelve de acero. Con esto, ya que se logra la catalepsia hipnótica, se le hacen comentarios en trance: “Así como tu dedo se ha puesto rígido y duro, se sentirá tu pene más y más rígido y duro cuando esté erecto. Erecto y duro como tu dedo, como el acero, pero vivo, con sentimiento y disfrutando... haciéndolo más duro... más rígido, y más duro... será una sorpresa placentera... te sentirás estupefacto al sentir como un mástil... será magnífico... tu dedo, tu pene, tu mástil. Placer, dicha, paz” (218).

Las sugerencias posthipnóticas deben establecer la relación entre la presencia de la esposa o amante en una situación sexual y la dicha de la erección.

Se pueden aplicar muchas otras técnicas a los problemas eréctiles; entre ellos, métodos para aumentar el Yo que son especialmente útiles por el daño psicológico que estos problemas normalmente producen.

Levitación del brazo

A causa del doble simbolismo de un brazo subiendo en el aire producido por una actividad mental, este fenómeno hipnótico bien conocido puede ser aplicado a la DVC en los hombres. La levitación del brazo puede ser combinada con conceptos relativos al estado del Yo, afirmando por ejemplo que: “tu mente interna, una parte real de tí vuelve tu brazo derecho tan ligero, que flota y no tienes que preocuparte por mantenerlo así, es como si tuviera vida propia. Es tan agradable sentirlo más y más. Mira lo que puede lograr tu mente cuando tú se lo permites. Y puedes permitir a tu mente hacer esto una y otra vez, no sólo con tu brazo... elevarse, y permanecer arriba... es divertido, se siente bien... estar arriba está bien... y estar bien es estar arriba... estará bien, estará arriba, será bueno estar arriba y permanecer ahí, sin pensarlo con tu mente consciente... porque su mente interna puede hacerlo... bien... ahora”.

Disorgasmia

Me gusta el término disorgasmia que no es muy utilizado, para incluir a todas las disfunciones de eyaculación: precoz, retrasada, ausente y

retrógrada. Sin embargo, debemos recordar que la ausencia de eyaculación o la eyaculación retrógrada, han sido consideradas durante siglos una proeza que aumenta el placer sexual (*coitus reservatus*), o que aumenta la capacidad intelectual del hombre como creían algunos yoguis y maestros chinos (214), evitando simultáneamente la fecundación.

En cuanto a la precipitación, ya que los trucos cognitivos, autodidácticos (pensamientos no eróticos) son comunes entre estas gentes, es útil crear un nuevo tipo de reacción al estrés con procedimientos de relajación hipnótica, y técnicas de fortalecimiento del Yo. Kaplan (121) señala que muchos eyaculadores precoces se quejan de la ausencia de sensaciones eróticas al aproximarse al clímax y que necesitan recuperar el control de las sensaciones corporales. Paradójicamente, la siguiente técnica los hace conscientes de las diferencias de las sensaciones que pueden experimentar a voluntad.

Las complicaciones médicas de algunos síntomas disorgásmicos masculinos son reales, especialmente en la eyaculación retardada o en la ausencia de eyaculación. Estas complicaciones van desde fallas renales por el abuso de drogas y narcóticos, pasando por la gonorrea o desórdenes neurológicos, hasta las secuelas postquirúrgicas. A causa de esto, los terapeutas sexuales deben ser extremadamente cuidadosos cuando el único síntoma es la eyaculación retardada o, la ausencia de eyaculación. Esto no quiere decir que no existan factores psicológicos en muchos de estos casos. Lo digo para enfatizar la necesidad de un diagnóstico diferencial cuidadoso y de tener opiniones médicas.

Entumecimiento de un dedo

Para la eyaculación precoz, que es la queja disorgásmica más frecuente en los hombres, además de la imaginería sexual dinámica y la relajación el entumecimiento de un dedo es parte de las técnicas de transferencia (ver Capítulo 6). Consiste en ayudar al cliente a experimentar entumecimiento e insensibilidad en un dedo por medio de sugerencias hipnóticas e imágenes mentales. Como en la catalepsia, nos concentramos en el dedo que es una representación del pene, y por medio de la sugestión y las imágenes, se logra y se constata

el entumecimiento. Luego se establece una señal para recuperar las sensaciones ordinarias. Esta señal puede ser parpadear dos veces o presionar el dedo índice izquierdo con el pulgar.

A continuación, se efectúa la transferencia al pene con la sugestión posthipnótica de que la próxima vez que tenga relaciones sexuales, su pene se sentirá como sus dedos se sienten ahora: entumecido y anestesiado y, aún así tendrá una fuerte erección, se sentirá feliz disfrutando. Y esta erección durará todo el tiempo que desee y sólo cuando utilice la señal previa, regresarán las sensaciones eróticas usuales a su pene y será capaz de eyacular con gran placer. Él tiene la llave del placer en la punta de su dedo.

Hipersensibilidad de un dedo

Para la eyaculación retardada o la ausencia de eyaculación, se utiliza la técnica de transferencia opuesta: cuando el cliente ya esté en trance, se le provoca hipersensibilidad en el dedo elegido por él para representar su pene. Del mismo modo, se establece una señal, para restaurar las sensaciones usuales del dedo y se efectúa la transferencia de la hipersensibilidad al pene, especialmente al glande, con sugerencias posthipnóticas similares a las de la técnica anterior.

Se debe recordar, que estas técnicas no son sustituto de las más tradicionales, como la técnica de apretón, la de alto y adelante y otras conductuales, sino que pueden usarse junto con ellas.

Estudio de un caso

Glenn, un trabajador de 36 años de edad se quejaba de DVC y de eyaculación precoz. Sin embargo, decía que en algunas ocasiones era incapaz de eyacular aún después de una relación sexual prolongada. El problema se inició a partir de su divorcio, hacía cinco años. Nunca lo había tenido durante los ocho años de su matrimonio o antes. Glenn había participado en un programa de terapia sexual de grupo durante siete meses. Aunque había logrado mejorías notables durante el primer mes, el problema reincidió peor que antes. Exploramos cuáles elementos de la primera experiencia terapéutica le habían ayudado,

para usarlos como parte de la hipnoterapia. Estos eran, en su mayoría, elementos cognitivos: darse cuenta de que muchos hombres tenían problemas sexuales, saber que existe curación, etc. También le ayudó la relajación al sentirse ansioso.

Cuando Glenn utilizó la hipnoterapia sexual tenía poco tiempo de haber terminado la relación que empezó muy bien pero que se había vuelto una carga para él. Ahora sentía una nueva sensación de alivio y libertad.

Había vuelto a salir en pareja y tuvo relaciones sexuales casuales con tres mujeres diferentes, experimentando la DVC en dos ocasiones, y la ausencia de eyaculación en la tercera. En los dos primeros casos, después de mucha estimulación había tenido una erección que terminó en eyaculación precoz.

Cuando Glenn inició la terapia se sentía tan abatido que hablaba del suicidio, así que después de tratar la depresión, nos concentramos en su problema sexual. Se practicó la relajación hipnótica con imágenes no amenazantes y se le indicó que la practicara en casa. También en esta primera sesión, se relacionó el funcionamiento sexual libre de ansiedad con la relajación. Se le dieron instrucciones para verse a sí mismo en una situación sexual con una mujer nada amenazante, disfrutando su flacidez. Se le indicó que se permitiera pensar en esta nueva escena sexual (ya que para él el sexo sin coito no contaba) como una historia que se podía hacer realidad. Se entremezclaron comentarios acerca de sentirse vivo al estar relajado, sentir la vida agitándose en su interior, vivir la excitación sexual, etc.

Se aplicaron en rápida sucesión, las siguientes técnicas: catalepsia de un dedo, levitación del brazo, entumecimiento e hipersensibilidad de un dedo con sugerencias posthipnóticas de sentirse mejor. La sesión duró casi dos horas.

Una semana después, Glenn llegó a tiempo, sintiéndose mucho mejor. No había salido con ninguna mujer, pues la mujer a quien pensaba ver se enfermó en el último momento. Había practicado la relajación fielmente todos los días. Se utilizó de nuevo el ensayo, junto con las cuatro técnicas anteriores. También se introdujeron visualizaciones, similares a los dibujos animados, de los centros de control en su cerebro, para ajustar los mecanismos que controlan las erecciones y la eyaculación (ver la técnica de los controles internos en el siguiente capítulo). Finalmente se le invitó a recordar nítidamente,

la escena placentera sexual de la primera sesión, “como si realmente la hubieras experimentado, entendiendo que el sexo sin penetración es igualmente bueno”. Se aclaró que debía continuar practicando los ejercicios de relajación, estando solo.

La tercera sesión se llevo a cabo una semana después. Para entonces, había salido tres veces con la mujer que se enfermó la semana anterior. En dos ocasiones tuvieron un contacto sexual. Glenn se sintió mucho más relajado, puso poca atención a su desempeño y estuvo mucho más alerta de su sentimiento de bienestar y placer generales, así como de las sensaciones de todo su cuerpo. Había tenido erecciones satisfactorias, y en una de esas ocasiones tuvieron una relación sexual vaginal. Pero la segunda vez, Glenn decidió llevarla al clímax, oral y manualmente, y después, alcanzar él el orgasmo por estimulación oral del pene. Se sintió muy bien y curado que quería dar por terminada la terapia, ya que había pasado su propia prueba.

Se le dijo que continuara practicando los ejercicios de relajación, y se repitieron las técnicas de la segunda sesión poniendo más énfasis en su habilidad para controlar el funcionamiento de su cuerpo. Se hizo una cita para dos semanas después.

En la cuarta sesión, reportó que había salido con dos mujeres diferentes y con la mujer de hacía dos semanas. Había tenido coitos satisfactorios en dos ocasiones aunque, afirmó, “sé que puede ser mejor”. Una de las dos veces había sido especialmente exitosa: alcanzó el orgasmo una vez por medio del fellatio, pero se sintió excitado una vez más y, aún relajado y en calma, tuvo coito vaginal satisfactorio.

Había continuado practicando autohipnosis todos los días, de modo que en la sesión se reforzaron los beneficios obtenidos. Antes de marcharse, se le preguntó si era importante para él conocer por qué aparecieron sus síntomas y se mantuvieron durante cinco años y, cómo se curaron. Su respuesta fue la típica de los clientes de hipnoterapia sexual: “Yo pensé que eso era lo que habíamos estado haciendo. ¿Qué quieres decir con entender? Sé lo que ocurrió. Consideré mi divorcio como un fracaso y estaba pagando por ello. Ya pagué suficiente... aunque ahora, ya no veo el divorcio como fracaso”.

En la quinta sesión, dos semanas después, Glenn informó de beneficios continuos, especialmente su actitud relajada, orientada al placer. Había experimentado una vez lo que antes había considerado un fracaso, pero afirmó: “ahora no me molesta, pienso en los controles, en mi dedo poniéndose rígido, entumecido o chistoso, y eso termina con el drama”. Esa hora se utilizó para reforzar la autohipnosis. No se planearon más sesiones, pero un mes después Glenn llamó por teléfono para decir que todo iba bien, que estaba encantado con los progresos realizados. Se le indicó que comprara un libro sobre sexualidad masculina que acababa de salir, de Zilbergeld (243), pero que no leyera nada hasta un mes después y que entonces leyera sólo el Capítulo 4, que trata sobre los diez mitos sexuales masculinos. Podía leer otras partes del libro, hasta que terminara este capítulo. Esto se hizo para crear alguna ansiedad relacionada con el sexo, en caso de que tuviera necesidad de ello. Se hizo también para darle la oportunidad de seguir mejorando su actitud sexual y tener un libro de consulta para preguntas o dudas posteriores.

Durante el año siguiente, Glenn me envió a dos hombres más para tratamiento. Como yo estaba interesado en el seguimiento de este cliente para incluirlo en el presente libro, le llamé dos años después. La llamada confirmó los beneficios obtenidos.

Dispareunia

La etiología de la dispareunia masculina es en su mayor parte orgánica (226), aunque existen factores psicológicos, como la anticipación del dolor (194). Esto significa que el terapeuta sexual debe obtener toda la información relevante sobre el cliente y su pareja para hacer un diagnóstico adecuado. Por ejemplo, el grado de lubricación de la mujer, la utilización de métodos anticonceptivos o lubricantes artificiales, cirugía genital previa o anomalías congénitas de la mujer. En cuanto al hombre, las condiciones anatómicas anormales del pene, así como las infecciones e irritaciones que pueden causar dolor durante la relación sexual. Si el hombre experimenta dolor al eyacular, más que en la copulación, puede ser indicador de problemas en la próstata, o condiciones inflamatorias que requieran atención médica. Una vez que esto se ha atendido, se puede utilizar hipnosis para tratar la dispareunia como se utiliza en cualquier otra forma de control del

dolor (111). Por ejemplo, por desplazamiento de la anestesia de la mano al área de dolor, así como una modificación de la técnica de los controles internos. Los controles imaginarios de la sensibilidad deben ser fijados cuidadosamente, para que la persona experimente sensaciones pero no dolor.

Placer inadecuado

Como en el caso femenino, es un problema bastante generalizado y vago: “no siento nada durante el sexo”, “mi mente vaga y yo termino exhausto tan sólo por el esfuerzo mental de concentrarme”, “esta bien, pero sé que no es tan bueno como solía ser”, etc. Debe recordarse que el hombre no experimenta dificultades con su cuerpo: excitación, erección, eyaculación, todo es normal. No obstante sus sentimientos subjetivos de placer y satisfacción, están ausentes.

En los hombres también se puede visualizar un continuum o escala para ayudarlos a calificar la inadecuación de su placer. El terapeuta debe examinar de cerca qué tan satisfactoria es la relación, ya que aunque la queja sea sexual, el verdadero problema puede ser relacional. Suponiendo que la dificultad sea, en efecto, el placer sexual inadecuado, las técnicas enlistadas para las mujeres (manipulación del síntoma y distorsión del tiempo), son efectivas. A continuación se presentan dos más.

Reviviendo

Esta técnica, similar a la de Bienestar, se concentra en las fuerzas vitales del individuo. Se lleva al cliente a estar alerta de sus sensaciones con todo detalle: su respiración, los latidos de su corazón, el peso de sus manos sobre su regazo o sobre los brazos de la silla, la presión de los glúteos y de la espalda en el asiento, etc. Se le pide que permita revivir cada una de sus partes, incrementando sus sensaciones como se hace con el volumen de un radio. Una vez que ha logrado esto con éxito, se puede concentrar en sus testículos y pene, sintiéndolos también muy vivos. Algunos clientes llegan a ser tan buenos en esto, que pronto se hacen conscientes hasta de las

pulsaciones de distintas partes de su cuerpo. El terapeuta puede utilizar el pulso, para dar al cliente la conciencia de vivir y de la vida diciendo: “tu cuerpo está vivo, pero la vida no es siempre ruidosa y notoria. Estás escuchando ahora el murmullo de la vida en ti. Ponte en mayor contacto con tu vida, experimentala en tus piernas (y otras áreas). Disfruta la vida que fluye en ti, a través de ti; disfruta la vida que eres tú. Permite ahora que la vida brote en tus testículos y tu pene, llenándolos a ellos y a ti, de vitalidad por completo”. Las autosugestiones posthipnoticas son: “la vida, creándose a sí misma, se siente en mí, con placer. Vida y placer juntos, al estar con mi esposa (o amante)”, etc.

Exageración Mental

En hipnosis, el cliente se representa mentalmente, a manera de dibujos animados, la experiencia sexual más placentera y divertida que pueda tener. Una vez que empieza a involucrarse en ella, se deben introducir todos los sentidos internos a fin de que la representación mental sea como una experiencia real. El placer de su representación interna se vuelve tan exagerado que necesita atenuarlo, para que sea confortable.

Este proceso de incrementar el placer al punto de que sea demasiado, a fin de disminuirlo, se repite varias veces con las sugerencias de que demasiado placer puede ser incómodo y que pudiera ser necesario ajustarlo a un nivel más bajo en su vida sexual.

Comentarios finales

Pietropinto y Simenauer (178) entre otros, han demostrado que muchos hombres se sienten sexualmente inseguros, y que por esta razón pueden desarrollar formaciones reactivas como defensa para ocultar esa inseguridad. En caso de darse esta situación, puede trabajarse con hipnosis para fortalecer el Yo, antes de enfocarse específicamente en la disfunción sexual particular(2).

Yo creo que los hombres se sienten inseguros por tres realidades existenciales: la larga dependencia de la madre, la copulación misma y la reproducción de la vida. En cuanto al primer factor, nunca existió

una fórmula confiable para sustituir la leche materna hasta los años cuarentas. Sin mujer no podía haber hombre. Y hasta su pubertad, las mujeres influyen en su desarrollo. La mujer tiene mucha importancia en el sentido que un hombre tiene de sí mismo. El hombre siente que la mujer tiene demasiado control sobre su vida.

La segunda fuente de inseguridad masculina es la copulación. Hasta el momento de la pubertad, el chico ha concentrado parcialmente su identidad en el pene. Ese órgano que le da orgullo y le causa respeto para él mismo, es también la gran debilidad del hombre. El inenarrable temor a la impotencia inicia con la madurez sexual. En el encuentro sexual, el hombre debe demostrar su potencia. Y por la misma naturaleza del acto, la mujer le quita su poder, su erección, y por ello parece que ella puede destruir su ser.

Finalmente, la reproducción de la vida, es la tercera fuente de inseguridad masculina. La ferviente energía con que el hombre ha intentado tradicionalmente cambiar la naturaleza, y el desarrollo de la tecnología, son indicaciones de la frustración del hombre por no ser capaz de producir la vida él mismo. Por otra parte, el entusiasmo con que el hombre hace la guerra y provoca la destrucción desde el inicio de la historia, nos hace pensar en la motivación psicológica subyacente en tal comportamiento. Si no puede producir la vida, su manera de dominar, es destruyéndola.

Por estas tres fuentes de inseguridad, la hipnoterapia sexual para hombres no debe enfocarse por completo en el síntoma sexual, sino considerar la necesidad de reforzar y fortalecer la personalidad entera. La carencia de deseo sexual en los hombres (ver Capítulo 9) surge frecuentemente de ese sentido existencial de inferioridad, que una vez tratado, mejora la autoestima total y hace resurgir el interés y el deseo sexual adecuados.

9. TÉCNICAS HIPNOTICAS PARA EL TRATAMIENTO DE DISFUNCIONES DE DESEO Y PROCESAMIENTO SEXUAL

Se presentan juntas las técnicas para estos dos tipos de problemas sexuales porque son dos aspectos de la sexualidad humana íntimamente relacionados con el pensamiento, y porque en ellos no existe evidencia de diferencias entre hombres y mujeres. Se necesita aprender mucho más acerca de los procesos químicos y fisiológicos que podrían estar involucrados en el deseo sexual disminuido o ausente, así como en el procesamiento negativo posterior a la actividad sexual. Nos encontramos en un momento en que se sabe poco sobre los componentes somáticos de estas disfunciones sexuales, por lo que, me limitaré a presentar los componentes psicológicos de la abulia sexual (deseo sexual disminuido o ausente) y del negativismo.

El clínico debe asegurarse de que los clientes hayan recibido un diagnóstico adecuado y que ni la insatisfacción relacional ni otros problemas sean la verdadera causa de estos síntomas.

En los desórdenes de deseo y de procesamiento la presencia de autohipnosis negativa debe ser considerada, así como el procedimiento siguiente que ya sugerimos en el Capítulo 4. Primero, hay que descubrir las afirmaciones negativas y las imágenes mentales que la persona acepta, e incluso nutre, sobre el sexo. El segundo paso es hacer positivas esas actividades mentales negativas con elementos idiosincráticos y egosintónicos. El tercer paso es aplicar estas autoafirmaciones e imágenes mentales positivas hipnóticamente y continuar practicando hasta que se vuelvan tan familiares, que los elementos negativos se extingan.

Para contrarrestar la autohipnosis negativa son útiles las siguientes técnicas: Estado del Yo, Puente afectivo, el cuerpo habla, síntoma-mensaje, interrogatorio ideomotor e imaginación sexual dinámica.

Disfunción del deseo sexual

No contamos con una norma objetiva, absoluta para definir que tan adecuado es el deseo sexual. Podemos decir que es inadecuado de una manera subjetiva, considerando a la pareja como un sistema. Un miembro de la pareja puede estar perfectamente satisfecho con la frecuencia y la calidad del sexo, mientras que el otro definitivamente no lo está. Esto puede ser suficiente para diagnosticar abulia sexual (6), interés sexual inadecuado (120), deseo sexual inhibido (148), o deseo sexual hipoactivo (123). Por otra parte, existen informes de matrimonios felices sin sexo (158), en los que la ausencia del sexo no es un tema inquietante para la pareja que tiene una relación satisfactoria e íntima en otras áreas. Sin embargo, de acuerdo con la evidencia disponible, esta situación es una excepción.

La mayoría de la gente tiene períodos de interés sexual disminuido, a pesar del mito cultural de la eterna disponibilidad sexual, especialmente del hombre. Hay algunas personas que rara vez o nunca piensan en el sexo, pero lo disfrutan y funcionan sin dificultades cuando se presenta la oportunidad o cuando la pareja inicia el encuentro. Finalmente, dentro de este continuum, hay personas cuya abulia sexual se asocia con disfunciones sexuales de excitación o de clímax.

Ya que el interés y el deseo sexual son tan subjetivos como la cantidad de comida que se debe ingerir, o el número de horas de sueño necesarias, la percepción del clínico debe estar libre de prejuicios. Cuando una persona informa de un cambio reciente en su patrón sexual sin ningún cambio significativo en su relación, o en sus circunstancias generales de vida, es bueno considerar la posibilidad de que existan factores orgánicos que requieran atención médica. No hay una relación directa entre, por ejemplo, una enfermedad sistémica (que involucre más de un sistema orgánico) o un desorden endocrino y la ausencia o disminución del deseo sexual, aunque está la posibilidad, ya que en algunos casos, los desórdenes de deseo sexual pueden ser una de las primeras indicaciones de enfermedad física.

Las técnicas hipnóticas descritas a continuación suponen que la persona sexualmente abúlica no tiene otros problemas relacionales, ocupacionales o médicos.

Los controles internos

Se invita a la persona en hipnosis a que visualice en su interior el cuarto central de una computadora altamente sofisticada. Ahí el cliente debe escuchar el sonido de las máquinas funcionando, reconocer el olor típico de un cuarto de computadoras, observar las luces centellantes en los interruptores y paneles, sentir la temperatura del cuarto y percibir cualquier otra sensación. Una vez que la persona está metida en ese sueño similar a la realidad, el clínico sugiere que uno de los controles ajusta el deseo sexual.

Se debe ver claramente dicho control: Tiene números del 0 al 10 y una aguja, hay un color azul claro en el área de los números inferiores que gradualmente se convierte en un rojo intenso en el área del número 10. La persona examinará cuidadosamente este control y descubrirá una manija que opera la aguja, directamente abajo del control. Se alienta al cliente a fijar este control en el número adecuado y asegurarse de que la aguja permanezca ahí, con tan solo medio punto de modificación hacia cualquier lado del número seleccionado.

Las sugerencias posthipnóticas se referirán a esta realidad interna a fin de que la persona tenga los sentimientos agradables que corresponden a este nivel de deseo sexual cuando la situación así lo requiera. También debe alentarse al cliente a practicar este ejercicio en casa.

Revivificación

La meta de esta técnica es revivir un período de la vida del cliente en que el funcionamiento sexual era excitante y deseado.

Para ello, se selecciona una muy buena experiencia sexual pasada y se reconstruye con todo detalle, ayudando al cliente a darse cuenta precisa de todas las sensaciones positivas y placenteras, como se ha hecho con otras técnicas. Las sugerencias posthipnóticas enfatizan los sentimientos agradables, la sensación del gozo, y la felicidad que se revivirán cuando se presente una oportunidad sexual.

Cuando el individuo no tiene recuerdos de una experiencia sexual satisfactoria, como en la descripción clínica que se da a continuación,

se alienta al cliente a crear una fantasía sexual deseable. Como se explicó en el Capítulo 4, al hablar los usos terapéuticos de la hipnosis, se le puede también pedir que imagine a su símbolo sexual favorito en una escena sexual excitante. Después de varios ejercicios con el símbolo sexual, la persona puede sustituirlo por ella misma lentamente, en la imagen mental. Dependiendo del nivel de ansiedad, puede ser necesario hacer que el cliente imagine como un paso intermedio una película de sí mismo, antes de entrar a la película permitiéndose disfrutar totalmente de su fantasía sexual.

Una descripción clínica

Este caso de falta de deseo sexual fue bastante diferente al caso de Juan, del que se informó en otro momento (6). Marilú tenía 36 años. Había estado casada durante diez y tenía tres hijos, de nueve, siete y cinco años. Ella fue la mayor y la más brillante de 7 hermanos. A los 15 años ingresó a un convento, donde permaneció durante ocho años. Después de renunciar a la profesión religiosa se inscribió en una escuela de enfermería y se mantuvo célibe y sin citas sociales hasta que se recibió de enfermera. Comenzó a salir con un amigo de su padre, un acaudalado hombre de negocios, 17 años mayor que ella, que quería formar una familia y se casaron cuando ella tenía 26 años de edad. Hasta su matrimonio, Marilú había sido virgen, su único comportamiento afectuoso durante los 6 meses de cortejo, fueron besos.

Su esposo, cariñoso y comprensivo, la había tratado como a una niña considerando el sexo solamente para la función reproductiva. No había mostrado interés alguno en el sexo, lo que estaba muy bien para Marilú, quien estaba de acuerdo en que la función reproductiva era el único propósito de éste.

No obstante, las cosas cambiaron durante el último año. El esposo de Marilú había reorganizado su negocio a fin de retirarse a los 52 años de edad y, desde su retiro, se había interesado en la sexualidad. Según Marilú, fue un cambio repentino y radical: prácticamente no habían tenido sexo en nueve años de matrimonio, y ahora durante los últimos 12 meses, todo lo que quería era hacer el amor, leer y ver cosas eróticas, como si estuviera obsesionado.

Él explicaba su cambio de la siguiente manera. Había trabajado mucho toda su vida, había alcanzado todas sus metas, y más. Ahora

quería disfrutar todas las áreas que había desatendido antes, especialmente el sexo. Se había dado cuenta de que su anterior opinión sobre el sexo era muy limitada, quería pasarla bien, amaba a su esposa y no le atraían las relaciones extramaritales.

Marilú había intentado complacerlo, pero simplemente no le interesaba y lo veía como un deber. No obstante admitía que ya que lo estaba haciendo, no le molestaba. Pero las peleas y las discusiones surgieron inevitablemente, con motivo de un viaje especial. El esposo quería que se fueran solos en su yate y sin niños.

A ella no le molestaba dejar a los niños ya que contaba con ama de llave y doncellas de confianza. Pero sabía que irse solos significaba tener muchas oportunidades sexuales y los niños se habían convertido en la excusa para no ir y el tema de las disputas.

En nuestra primera sesión, Marilú repitió varias veces que hacía lo correcto y complacía a su esposo. Le propuse darle un nuevo significado al sexo y aprender nuevas formas de disfrutarlo, en vez de solamente cumplir por deber o por amor a su esposo. Con la entusiasta aprobación del marido, se acordó que Marilú podía tomar la iniciativa para tener relaciones y expresar así su deseo sexual, y que este comportamiento no significaba que ella no era femenina. Marilú admitió que nunca había deseado el sexo y menos lo había iniciado. No hablamos más de este tema, pero se propuso la posibilidad de aprender más sobre el sexo.

Cuando ella aceptó aprender nuevos aspectos sexuales, comenzamos por estudiar su autohipnosis negativa. En su caso, el negativismo no se dirigía principalmente al sexo, sino al comportamiento de su esposo. A pesar de su abulia sexual, Marilú no era sexofóbica. Rápidamente identificaba las afirmaciones negativas: Debe haber algo erróneo en él y las imágenes mentales (interpretar el rostro excitado de su marido como distorsión facial psicótica).

El siguiente paso fue positivizar la actividad mental previa y utilizarla hipnóticamente. No fue difícil para Marilú, construir una lista de eventos en sus experiencias sexuales mentales que disfrutaba aún ligeramente más que otras. El reporte fue:

1. Que la abrazara y sentir su piel contra la de ella.
2. Sentir la presión de su pecho contra sus senos.

3. Sentir su miembro erecto oprimir sus muslos.
4. Sentir su pene dentro de su vagina.

Esta jerarquía sirvió para el método progresivo de autohipnosis, en que Marilú utilizaba estos puntos repitiéndose a sí misma lo buena, hermosa, pacífica y satisfactoria que era cada una de estas sensaciones.

De ahí se enriqueció aún más la escena sexual mental hasta que ella logró sentir 100 por ciento positiva la experiencia sexual mutua y la excitante y hermosa pasión de su marido, sin temor, como antes.

Se hicieron dos sugerencias post-hipnóticas: Primero, que los sentimientos positivos experimentados bajo hipnosis regresarían cuando ella y su esposo estuvieran en su habitación, listos a retirarse. Marilú requería de un sentido de control de su nuevo deseo sexual, a fin de experimentar dichos sentimientos antes de estar en su cama y tener tiempo para decidir si ejercerlos, o no. La segunda sugestión post-hipnótica fue que la cadena completa de reacciones culminantes en un deseo sexual claro y placentero surgía por el abrazo desnudo de su esposo. Como consecuencia, ella podría rechazar su abrazo cuando no deseara actuar su deseo sexual, o iniciar el abrazo cuando deseara ejercer esos nuevos sentimientos. Es decir, el nuevo deseo sexual no la controlaría, a menos que ella lo permitiera.

Después de cuatro semanas de practicar este tipo de ejercicio mental, la pareja informó de grandes mejorías y Marilú misma admitió dichosamente que ahora pensaba espontáneamente en el sexo y se divertían juntos y lo deseaba. La pareja asistió a sesiones cada 2 semanas 2 meses más, en los que se reafirmaron beneficios.

Disfunciones de procesamiento sexual

El procesamiento negativo (Capítulo 4) es la actividad mental, principalmente inconsciente, relacionada con cualquier aspecto conducente a la culpa, ansiedad o enojo. Es similar a ciertas formas de tensión, detectadas por medio de equipos de bioretroalimentación, más no en el rango de la conciencia del individuo. El procesamiento negativo se reconoce, en la mayoría de las ocasiones, por sus efectos. Su origen es variado: mitos culturales, preceptos religiosos (lo que

Kroger, (136), ha denominado neurosis eclesiológica), historia personal y experiencia propia.

El problema con los mitos culturales se presentó en el Capítulo 5. La segunda categoría puede requerir de la colaboración de un líder religioso, quien en conjunción con el terapeuta sexual, da permiso al cliente de que sienta o actúe de modo sexual.

La historia y la experiencia personal del individuo, que va desde citas románticas previas no gratas, hasta la victimización en casos de violación o incesto, pueden requerir más psicoterapia tradicional, antes de que la terapia sexual, como tal, sea empleada. Sin embargo, aún en este último caso, he constatado que la hipnoterapia sexual simultánea a la psicoterapia es benéfica. En algunos casos, incluso acelera y acorta la psicoterapia.

Las consecuencias del procesamiento sexual negativo, son muchas. Limitaré mi discusión a la culpa, el enojo y la ansiedad porque son las más comunes que conducen a la persona a la falta de deseo sexual y evitación. Estos tres sentimientos muy pocas veces aparecen por separado; en cada caso, sin embargo, es fácil descubrir la prevalencia de culpa, enojo o ansiedad. Las técnicas hipnóticas siguientes se enfocan a esta prevalencia. Como mencioné antes, el procesamiento negativo es autohipnosis negativa y en el caso de la sexualidad puede ocurrir antes, durante y después del coito.

Se ofrecen a continuación técnicas aplicables a todos los casos de procesamiento negativo.

Afirmaciones verdaderas

Mucha gente que se involucra en el procesamiento negativo sabe intelectualmente lo que está bien sobre el sexo. Después de enlistar como pareja las afirmaciones verdaderas, se identifican una o más figuras de autoridad, para el cliente ya sean personas vivas o históricas. Se le pregunta si esas personas estarían de acuerdo con las afirmaciones verdaderas sobre el sexo.

Entonces, el cliente, en hipnosis, imagina una o todas esas figuras de autoridad predicando o instruyendo las ideas de las afirmaciones verdaderas acerca del sexo. La escena se hace vívida, ahí la autoridad enseña al cliente, no a cualquiera. Sin embargo, otros, como los

padres o antiguos maestros que transmiten conceptos sexuales negativos o erróneos, pueden estar también en la audiencia, escuchando la conferencia.

Esto debe terminar con una poderosa exhortación a actuar de manera acorde y hacer lo correcto sexualmente. Debe imaginarse a la autoridad diciendo al cliente lo que significa permitir a los sentimientos negativos arruinar una experiencia sana, natural y placentera.

Alguna gente cree que todo lo referente al sexo es pecaminoso, incorrecto y debe ser evitado. En esta circunstancia, se necesita dar educación sexual directa, con la cooperación de cualquier autoridad religiosa o moral. Sin embargo, en estos casos excepcionales que requieren de terapia, la relación con el sexo es el problema y deben resolverse antes de examinar la interacción sexual.

En otros casos, el procesamiento negativo está limitado a algo erróneo dentro de una interacción sexual aceptada. Por ejemplo, hombres que sienten repulsión por los labios vulvares o el cunnilingus, o mujeres negativas que rechazan al pene o al fellatio. Cualquier temor sexual puede tener la severidad de una fobia. Si los clientes desean vencer esta reacción negativa se pueden emplear las siguientes técnicas.

El artista interior

Una vez en hipnosis, se anima al cliente a cambiar la imagen negativa previa por una poética. Por ejemplo, los labios vulvares pueden aparecer como una hermosa flor o una preciosa concha marina; la vagina como una cueva segura, subterránea y excitante; el pene como un magnífico ornamento de marfil. Se puede ver el contacto oral como una forma única de comunión, similar a besar una imagen o un símbolo religioso.

Se deben involucrar todos los sentidos internos, construyendo la imagen positiva y enriqueciéndola tanto como sea posible.

El fundamento clínico para este ejercicio mental (aun cuando se administre alguna otra terapia) es la necesidad de tener una nueva habilidad para detener las imágenes mentales negativas asociadas con áreas o actividades sexuales específicas.

Reeducación del niño interior

Cuando el procesamiento mental negativo produce sentimientos de culpa puede ser útil buscar sus orígenes y recordar las escenas infantiles en que se asociaron culpa y sexo.

En trance, el cliente se ve a sí mismo como un niño, experimentando en esas escenas todas las sensaciones y emociones ahí implicadas.

A continuación se introduce en esa imagen al adulto, tal como es hoy y se le alienta a utilizar todos sus recursos, sabiduría y entendimiento para hacer crecer al niño interior sin culpa neurótica, para alentar a ese niño interior a distinguir entre lo correcto y lo incorrecto y a tener ideas claras sobre el cuerpo, sus funciones y su placer.

Se puede repetir este mismo ejercicio en diferentes edades del cliente, en todas las que haya recibido mensajes culpígenos.

El adulto puede ayudar al niño interior a perdonar a quienes le transmitieron los mensajes negativos o a entender las razones por las que lo hicieron desgastar el coraje, aplicando la técnica que describo a continuación.

Desgastar el enojo

Utilizando una técnica exploratoria se descubre el origen de la relación entre sexo y enojo y queda fácilmente al descubierto con las técnicas descritas en el Capítulo 6.

Algunos clientes reportan que se sienten enojados cuando piensan en tener relaciones sexuales, durante o después de ellas. Esto es frecuentemente un indicador de problemas relacionales no resueltos durante etapas muy tempranas del desarrollo. En estos casos se indica psicoterapia junto con la esta técnica hipnótica.

Se pide a la persona en trance que experimente el enojo como si fuera un volcán, un río caudaloso, fuego, un terremoto o algo similar. Cuando la imagen mental aparece, se procura que sea vivida con toda intensidad, para que se desarrolle y se desgaste a sí misma.

Entonces se estimula el surgimiento de una escena sexual sin enojo. Si no aparece, se sugiere en contraste: “sería tan bueno disfrutar el sexo”, “la causa del enojo queda en el pasado”, “el enojo se

consume a sí mismo y da lugar a algo nuevo, fresco, fuerte y saludable”, “ya sin eso que era el enojo, volcán, fuego, terremoto o lo que sea, el sexo puede ser gozo”, “sexo y paz, sexo y buenas emociones”, “mientras que tú disfrutas ahí, sin ese volcán, fuego o lo que sea, métete en esas emociones de quietud, paz, armonía, gozo” y así sucesivamente.

En algunos casos, el resultado del procesamiento negativo es la ansiedad. También aquí son muy útiles las técnicas de exploración y la relajación, porque estas personas, se han condicionado a sí mismas, inconscientemente a través de años, a asociar sexo y ansiedad.

Bleck (36) desarrolló otra técnica para separar los pensamientos sexuales de la ansiedad.

El director de cine

Estando el cliente en hipnosis, se le anima a verse exactamente en las mismas circunstancias que le provocan ansiedad. Como en otras técnicas previas, se construye la escena de la ansiedad con todos los detalles posibles. Una vez que el cliente la captura, se le indica que debe convertirse en el director de esta escena y modificarla de cualquier modo posible a fin de restarle ansiedad, o incluso retirarla por completo.

Esto se repite varias veces con las sugerencias de: “Es usted el director o la directora, usted controla la situación y la está cambiando ahora mismo”. Las sugerencias post-hipnóticas se refieren a revivir la escena positiva cuando se presente la oportunidad.

Cuando el procesamiento sexual negativo produce ansiedad, más que la culpa o el enojo, son útiles la relajación y el ensayo mental.

Un caso de procesamiento sexual negativo

Micaela y Perla de 27 y 29 años de edad respectivamente, habían vivido juntas durante tres años.

Micaela había estado casada antes. Durante su divorcio, conoció a Perla, y después de varios meses, reconoció que su orientación sexual había sido siempre lésbica. Un año después, comenzaron a vivir juntas.

Su problema era la tensión existente entre ellas, porque Micaela no había hablado con su familia sobre su relación con Perla. Esto le causaba incomodidad pues sentía que su familia sospechaba sobre su homosexualidad.

Poco después, quedó claro que el verdadero problema era que sus relaciones sexuales eran pobres, y no el asunto con la familia, que era manejable. Perla y Micaela habían crecido en familias muy religiosas donde la homosexualidad se condenaba como muy pecaminosa. Pero la familia de Perla la aceptaba tal cual. Sin embargo, Perla creía que algo estaba mal dentro de ellos. Al principio, las dos pensaron que el pensamiento negativo de Micaela arruinaba el placer sexual de las dos. Pero al buscar posibles elementos de procesamiento negativo, aparecieron sentimientos de culpa, ansiedad y enojo, como habituales en sus experiencias sexuales e incluso en sus pensamientos individuales.

Después de utilizar las técnicas de afirmaciones verdaderas, la reeducación del niño interior y la del director de cine, varias veces durante la primera sesión, y practicar autohipnosis en casa, empezaron a ocurrir algunos cambios. Micaela y Perla informaron más diversión y menos tensión, en la segunda sesión. Micaela divagaba practicando sola, pero se metía en los ejercicios cuando practicaba autohipnosis junto con Perla. En esta sesión se repitieron las mismas técnicas y se continuó con la práctica en casa. La siguiente sesión tuvo que ser programada para tres semanas después.

Habían practicado 15 veces en 21 días, y estaban encantadas con los progresos. Micaela dijo haber sentido alguna sombra de culpa en una sola ocasión durante las tres semanas. Habían aumentado sus actividades sexuales mutuas, y percibían un ambiente más ligero y juguetón.

Se llevó a cabo una sesión de seguimiento dos semanas después, en la cual se utilizaron mensajes para el fortalecimiento del Yo. Se acordó no programar otra sesión, pero que llamarían si la necesitaban. Dos meses después Perla llamó para saludar, informó que todo iba mucho mejor y que la relación era ahora más fuerte que nunca.

Me gustaría relatar una anécdota relacionada con este caso. Estas dos mujeres, tenían unas amigas, otra pareja homosexual, también con problemas sexuales. Me comentaron que pensaban enseñarles autohipnosis. Les expliqué que esto no debería hacerse y era necesario tener un entrenamiento especializado para poder manejar el mate-

rial inconsciente que surge de manera inesperada en hipnosis. Les expliqué que como profesionales, enseñamos autohipnosis para el beneficio individual de una persona o para el enriquecimiento de la pareja.

Es muy importante como profesionales de la salud aclarar que estamos entrenando una habilidad mental que pueda ser utilizada indiscriminadamente. Tampoco necesitamos que los clientes nos firmen un documento legal en el que se comprometen a utilizar la hipnosis sólo en sí mismos.

Pero no debemos suponer que todos los clientes entienden cómo utilizar este nuevo método, a menos que nos demos el tiempo necesario para explicar nuestra posición en contra del uso de la hipnosis para fines terapéuticos por personas que no sean profesionales de la salud.

Comentarios finales

Del Capítulo 6 al 9, describí casi 40 técnicas hipnóticas para la terapia sexual.

Repito que aunque puedan parecer una lista de recetas de cocina, están dirigidas al terapeuta sexual experimentado que desea aplicarlas clínicamente. Se dirigen también a otros trabajadores de la salud mental interesados en la hipnosis que deseen conocer enfoques terapéuticos para el tratamiento de disfunciones sexuales.

Ninguna técnica terapéutica hipnótica o no, tiene valor en sí misma. Cada una de estas técnicas cobra sentido dentro del contexto de una relación terapéutica, llenando las condiciones de empatía, calidez, (incluyendo aceptación), y autenticidad, como han demostrado algunos estudios extensos (167), basados en las antiguas investigaciones rogerianas (219). Únicamente dentro de un contexto de colaboración interactiva entre paciente e hipnoterapeuta, y de respeto a la autonomía del paciente, citando a Fromm (91), pueden las técnicas adquirir un significado humano.

La aplicación indiscriminada de las técnicas es tecnología, pero la hipnoterapia sexual, igual que cualquier otra forma de intervención genuina para ayudar al cliente a crecer y desarrollar el potencial propio, mas allá de las limitaciones autoimpuestas, requiere de estas

tres cualidades: autenticidad, calidez y empatía, que junto con el conocimiento científico del comportamiento humano, llevan a la terapia de la tecnología al arte.

Los dos casos clínicos presentados en este capítulo tuvieron el propósito de transmitir flexibilidad, disposición a cambiar el rumbo, y respeto constante por los clientes, así como la actitud de que el terapeuta no necesariamente sabe lo que es mejor para el cliente. No obstante, el deber del terapeuta es saber cómo descubrir lo mejor para su cliente y ayudarlo a obtenerlo.

Conclusiones

Es la tarea del terapeuta, enriquecer al paciente, ayudarlo a expandir su Yo y a enorgullecerse de su habilidad para resolver. E. Fromm (91, p. 427).

Estas palabras resumen mi confianza en las metas de la psicoterapia. Son de especial interés por haber sido escritas en un artículo sobre los valores de la hipnoterapia. En hipnoterapia sexual, el enfoque es natural, elegante y parsimonioso. Es natural, ya que se enseña a la gente a utilizar su mente en formas antes ignoradas. Es elegante, porque el camino hacia la solución del problema es directo, y así el problema se simplifica. Finalmente, es un camino parsimonioso y económico, pues alienta a la autoterapia al insistir en la necesidad de practicar a solas y en pareja, lo aprendido en el consultorio, involucrando de manera activa a los clientes en su propio camino hacia el bienestar para alcanzar sus metas.

Al enseñar autohipnosis a los clientes, se alienta la ayuda a sí mismos, sin que esto los convierta en hipnoterapeutas. Es una oportunidad para la mayoría empezar a verse de manera diferente y más saludable. Ya no serán prisioneros de su autohipnosis negativa, sino que se liberan a través del uso de recursos mentales, de los que tenían apenas una vaga conciencia. Esta habilidad interna se extiende generalmente de manera espontánea hacia otras áreas de sus vidas, de modo que comenzando por sus problemas sexuales, se sienten más potentes en sus relaciones interpersonales, en sus trabajos, en su cosmovisión completa.

Cada vez hay más evidencias de que la hipnosis es tan natural como soñar despierto (205). Al enseñar a los clientes a utilizar estos recursos naturales, adquieren un nuevo sentido de dominio sobre sí mismos y forltaeza interior. Deben ser instruidos en que deben usar estas habilidades sólo en ellos mismos y, no en otras personas.

En este libro, escrito para terapeutas, he señalado cómo avanzar de la mera terapia sexual a la hipnoterapia sexual. Compete a los terapeutas sexuales, después de revisar las ventajas de la hipnosis, decidir si desean convertirse en hipnoterapeutas sexuales. Como he dicho antes, ningún libro es suficiente para que uno se sienta completamente cómodo manejando herramientas terapéuticas como la hipnosis. El profesional orgulloso de su trabajo, preferirá tener un entrenamiento adicional en las instituciones que se dedican a ello.

Los terapeutas con mente abierta se acercan a métodos probados pero diferentes a lo que están habituados; para ayudar mejor a sus clientes, obtienen muchas satisfacciones personales y mejores ingresos.

La hipnosis tiene mucho que ofrecer a la terapia sexual que se enriquece al convertirse en hipnoterapia sexual.

BIBLIOGRAFÍA

1. AHSEN, A., "Image for effective psychotherapy: An essay on consciousness, anticipation and imagery". En A. A. Sheikh y J. T. Shaffer, (Eds.), *The Potential of Fantasy and Imagination*. Brandon House, New York, 1979.
2. ARAOZ, D. L., "Male inferiority". *Sexual Behavior*, Vol. 2, No. 7, 1972 p.:34.
3. ____, "Review of The New Sex Therapy", por H. S. Kaplan. *Journal of Family Counseling*. Vol.3, No. 2, 1975, pp.:75 - 77.
4. ____, "Clinical hypnosis in couple therapy". *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*. Vol.25, 1978, pp.: 58 - 67.
5. ____, "Hypnocounseling". *Educational Resources Information Center (ERIC)*, Ed, 1979, pp.: 182, 624.
6. ____, "Clinical hypnosis in treating sexual abulia". *American Journal of Family Therapy*, Vol. 8, No.1, 1980, pp.:48 - 57.
7. ____, "Enriching sex therapy with hypnosis". En H. Wain (Ed.), *Clinical Hypnosis in Medicine*, Yearbook Medical Publishers, Chicago, 1980.
8. ____, "Review of Disorders of Sexual Desire", por H. S. Kaplan. *American Journal of Family Therapy*, Vol. 8, No. 3, 1980, pp.: 83 - 85.
9. ____, "Role of negative and positive self-hypnosis in sexual functioning". Documento presentado en the *88th Annual Convention of the American Psychological Association*, Montreal, Septiembre, 1980.
10. ____, "Negative self-hypnosis". *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol. 12, No. 1, 1981, pp.:45 - 51.
11. ____, "Hypnosex: From the job of sex to the joy fo sex". Documento presentado en the *annual meeting of the American Society of Clinical Hypnosis*, Boston, Noviembre, 1981.
12. ____, "Review of Sexual Dysfunction. A behavioral Approach", por D. Jehu. *American Journal of Family Therapy*, Vol. 9, No.2, 1981, pp.:98 - 99.
13. ____, y R. T. Bleck., *Hypnosex*. ArborHouse, New York, 1982.
14. ASCHER, L. M., "The role of hypnosis in behavior therapy". *Annals of the New York Academy of Sciences*, No. 269, 1977, pp.: 250 - 263.
15. BACH, G., *Illusions*. Dell, New York, 1977.
16. BANDLER, R. y J. Grinder. *The Structure of Magic*, I. Palo Alto. CA: Science y Behavior Book, 1975.
17. ____, *Patterns of the Hypnotic Techniques of M.H. Erickson*, 2 Vols., Meta Publications, Cupertino, CA., 1975.

18. _____, *Frogs into Princes, Neuro-Linguistic Programing*. Real People Press, Moab, Utah, 1979.
19. BANDURA, A., *Principles of Behavior Modification*. Holt, Rinehart y Winston, New York, 1969.
20. _____, "Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavior change". *Psychological Review*, No. 89, 1977, pp.: 191 - 215.
21. BARBACH, L., *Women Discover Orgasm*. Free Press, New York, 1980.
22. BARBER, T. X., *Hypnosis: A Scientific Approach*. Van Nostrand Reinhold Co., New York, 1969.
23. _____, *Hypnosis: A Scientific Approach*. Psychological Dimensions, New York, 1976.
24. _____, "Hypnosis and Psychosomatics". Proseminar Institute, San Francisco, 1978.
25. _____, "Self-suggestions for personal growth and the future of hypnosis". Documento presentado en the 88th Annual Convention of the American Psychological Association, Montreal, Septiembre, 1980.
26. _____, H. P. Spanos, y J. F. Chaves., *Hypnotism: Imagination and Human Potentials*. Pergamon Press, New York, 1974.
27. BATESON, G., *Steps to an Ecology of Mind*. Ballantine Books, New York, 1972.
28. BEACH, F. A., (Ed.) *Sex and Behavior*. John Wiley y Sons, New York, 1965.
29. _____, y C. S. Ford., *Patterns of Sexual Behavior*. Harper Bros, New York, 1951.
30. BECK, A. T., *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International Universities Press, New York, 1976.
31. _____, A. J. Rush, B. F. Shaw y G. Emery. "Cognitive Therapy of Depression: A Treatment Manual", Guilford, New York, 1979.
32. BEIGEL, H. G., *Advances in Sex Research*. Harper y Row, New York, 1963.
33. _____, "The use of hypnosis in female sexual anesthesia". *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, No. 19, 1972, pp.: 4 - 14.
34. BERNARD, T., *Hatha Yoga*. Ridery Co., London, 1950.
35. BERNHEIM, H. M., "Hypnosis and Suggestion in Psychotherapy: A Treatise on the Nature and Uses of Hypnotism", University Books, New York, 1964, (1888).
36. BLECK, R. T., *The movie director technique in hypnosis*. Personal Communication, No. 30, Septiembre, 1981.
37. BOGEN, I., "Sexual myths and politics". *Journal of Sex Education and Therapy*, Vol. 7, No. 1, 1981, pp.: 7 - 15.
38. BOWEN, M., *Family Therapy in Clinical Practice*. Aronson, New York, 1978.
39. BOWERS, K. S., *Hypnosis for the Seriously Curious*, Books Cole, Monterrey, CA., 1976.
40. _____, "Listening whit the third ear: On paying inattention effectively". En F.H. Frankel y H.S. Zamansky (Eds), *Hypnosis at Its Bicentennial*, Plenum, New York, 1978.
41. BRENNAN, M. y M. M. Gill., *Hypnotherapy*, International Universities Press, New York, 1947.
42. BROWN, B. B., "Supermind: The Ultimate Energy". Harper y Row, New York, 1980.

43. BROWN, J. M. y J. F. Chaves., "Hypnosis in the treatment of Sexual Dysfunction". *Journal of Sex and Marital Therapy*, No. 6, 1980, pp.: 63-74.
44. BRY, A., *Directing the Movies of Your Mind*. Harper y Row, New York, 1978.
45. BUTLER, C. A., "New data about female sexual response". *Journal of Sex and Marital Therapy*, No.2, 1976, pp.: 40-46.
46. CAPRIO, F. S. y J. R. Berger., *Helping Yourself with Self-Hypnosis*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1963.
47. CASTANEDA, C., *Journey to Ixtlan*, Simony Shuster, New York, 1972.
48. _____, *Tales of Power*. Simon y Shuster, New York, 1974.
49. CAUTELA, J. R., "Treatment of compulsive behavior by covert sensitization". *Psychological Record*, No. 16, 1966, pp.: 33-41.
50. _____, "Covert sensitization". *Psychological Reports*, No.20, 1967, pp.: 459-468.
51. _____, "Covert reinforcement", *Behavior Therapy*, No. 1, 1970, pp.: 33-50.
52. _____, "Covert conditioning". En A. Jacobs y L. B. Sachs (Eds), *The Psychology of Private Events: Perspectives on Cover Response Systems*. Academic Press, New York, 1971.
53. _____, "Cover conditioning in hypnotherapy", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 23, 1975, pp.: 15-27.
54. _____, "Cover Conditioning: Assumptions and procedures". *Journal of Mental Imagery*, No.1, 1977, pp.: 53-64.
55. _____, K. Walsh y P. A. Wish., "The Use of covert reinforcement in the modification of attitudes towards the retarded", *Journal of Psychology*, No.77, 1971, pp.: 257-260.
56. CHEEK, D., "Gynecological uses of hypnotism". En L.M. LeCron (Ed.), *Techniques of Hypnotherapy*, Julian Press, New York, 1961.
57. COUË, E., *Self-Mastery throught Conscious Autosuggestion*. George Allen y Unwin, London, 1922.
58. COX, T. H. y D. L. Araoz. "Sexual excitement and response by imagery production". *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*, No. 23, 1977, pp.: 82-93.
59. CRASILNECK, H. B. y J. A. Hall., *Clinical Hypnosis: Principles and Applications*. Grune y Stratton, New York, 1975.
60. DEROPP, R. S., *Sex Energy*. Delacorte Press, New York, 1969.
61. DESTEFANO, R., "The inoculation effect in think-with instructions for hypnotic-like experiences", *Unpublished doctoral dissertation*. Temple University, 1977.
62. DEUTSCH, S. y L. Sherman., "Impotence before diabetes". *Emergency Medicine*, Vol.13, No.7, 1981, p.: 106.
63. DIAMOND, M. J., "Modification of hypnotizability: A review". *Psychological Bulletin*, No.81. 1974, pp.: 180-198.
64. _____, "Hypnotizability is modifiable: An altenative approach". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No.25, 1977, pp.: 147-166.
65. _____, "Issues and methods for modifying responsivity hypnosis". *Annals of the New York Academy of Sciences*, No. 269, 1977, pp.: 119-128.
66. _____, "Clinical Hypnosis: Toward a cognitive-based skill approach", Documento presentado en *The 86th Annual Convention of the American Psychological Association*, Toronto, Agosto, 1978.

67. _____, "The Client-as-hypnotist: Furthering hypnotherapeutic chance". *International Journal of Clinical Experimental Hypnosis*, No. 28, 1980, pp.: 197 - 207.
68. DITTBORN, J., "Hypnotherapy on sexual impotence". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No.5, 1957, pp.: 181 - 192.
69. DUBOIS, P., "The Psychic Treatment of Nervous Disorders: The Psychoneuroses and their Moral Treatment", Funk y Wagnalls, New York, 1905.
70. EDELSTIEN, M. G., "Trauma, Trance y Transformation". En *Clinical Guide to Hypnotherapy*, Brunner/Mazel, New York, 1981.
71. ELIADE, M., *Yoga: Immortality and Freedom*. Pantheon, New York, 1958.
72. ELLIS, A., *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Stuart, New York, 1962.
73. _____, *Sex Without Guilt*. Lancer Books, New York, 1966.
74. _____, *A Sex and the Liberated Man*. Stuart, New York, 1976.
75. _____, y R. A. Harper., *A Guide to Rational Living*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., 1961.
76. ERICKSON, M. H., "A study of an experimental neurosis hypnotically induced in a case of ejaculatio precox". *British Journal of Medical Psychology*, No. 15, 1935, pp.: 34 - 50.
77. _____, "The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control", *American Journal of Clinical Hypnosis*, No.8, 1966 pp.: 198 - 209.
78. _____, y E. L. Rossi., "Hypnotherapy: An Exploratory Casebook". Irvington, New York, 1979.
79. EVANS, F. J., "Hypnosis and sleep: Techniques for exploring cognitive activity during sleep". En E. From y R. E. Shor (Eds), *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives*. Aldine, Chicago, 1979.
80. EYSENCK, H. J., *Behaviour Therapy and the Neuroses*, Pergamon, Oxford, 1960.
81. _____, *Experiments in Behaviour Therapy*. Pergamon, Oxford, 1964.
82. EYSENCK, H. J. y S. B. Eysenck., "The validity of questionnaires and rating assessments of extraversion and neuroticism and their factorial validity". *British Journal of Psychology*, No. 54, 1963, pp.: 51 - 62.
83. FIELD, P. B., "Humanistic aspects of hypnotic communication". En E. Fromm y R.E. Shor (Eds.), *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives*, Aldine, New York, 1969.
84. FISHER, S., *The Female Orgasm*. Basic Books, New York, 1973.
85. FISHMAN, S. T. y B. S. Lubetkin., "Maintenance and generalization of individual behavior therapy programs: clinical observations". En P. Karoly y J.J. Steffen (Eds.), *Improving the Long Term Effects of Psychotherapy*, Gardner, New York, 1980.
86. FLOWERS, J. V. y C. D. Booraem., "Imagination training in the treatment of sexual dysfunction". *The Counseling Psychologist*, Vol. 5, No.1, 1975, pp.: 50 - 51.
87. FRANKEL, F. H., *Hypnosis: Trance as a Coping Mechanism*. Plenum, New York, 1976.
88. FRANKS, C. M. y G. T. Wilson., *Annual Review of Behaviour Therapy: Theory and Practice*, (Vols. 1-7), Brunner/Mazel, New York, 1973 - 1979.

89. FREUD, S., "Creative writers and daydreaming". En J. Strachey (Ed.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 9, Hogarth, London, 1962, (1908).
90. FROMM, E., "An ego-Psychological theory of altered states of consciousness". *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 25, 1977, pp.: 372-387.
91. ____, "Values in hypnotherapy". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, No. 17, 1981, pp.: 425-430.
92. ____, D. P. Brown, S. W. Hurt, J. Z. Oberlander, A. M. Boxer, y G. Pfeifer., "The phenomena and characteristics of self-hypnosis". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 29, 1981, pp.: 189-246.
93. FROMM E., M. I. Oberlander, y D. Gruenewald., "Perceptual and cognitive processes in different states of consciousness: The waking state and hypnosis", *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, No. 34, 1970, pp.: 375-387.
94. FROMM, A., *The Psychologist Looks at Sex and Marriage*. Prentice-Hall, New York, 1950.
95. GILBERT, S. F., "Homosexuality and hypnotherapy". *British Journal of Medical Hypnosis*, No. 5, 1954, pp.: 2-11.
96. GOLDBERG, H., *The Hazards of Being Males*, New American Library, New York, 1976.
97. GOLDFRIED, M. R., "Systematic desensitization as training in self-control". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 37, 1971, pp.: 228-234.
98. GOLDMAN, M. H., "Medical evaluation of sexually impotent men". *The Relationship*, Vol. 7, No. 6, 1981, p: 13.
99. GRAVITZ, M. A. y M. I. Gerton., "Freud and Hypnosis: Report of post-rejection use". *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, No. 17, 1981, pp.: 68-74.
100. HALEY, J. (Ed.), "Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy". Del documento de M. H. Erickson, Grune y Stratton, New York, 1967.
101. HARITON, E. B., "The sexual fantasies of women". *Psychology Today*, March, 1973, pp.: 39-44.
102. ____, y J. L. Singer., "Women's fantasies during sexual intercourse". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 42, 1974, pp.: 313-322.
103. HARRIS, H., S. Yulis, y D. Lacoste., "Relationships among sexual arousability, imagery ability, and introversión-extraversión". *The Journal of Sex Research*, No. 16, 1980, pp.: 72-86.
104. HARTLAND, J., *Medical and Dental Hypnosis and Its Clinical Applications* (2nded.), Williams y Wilkings, Baltimore, 1975.
105. HASTINGS, D. W., *Impotence and Frigidity*. Little, Brown, Boston, 1963.
106. HAVENS, R. A., "Contacting the unconditioned other: Hypnosis as a mode of communication", *Voices*, Vol. 17, No. 1, 1981, pp.: 36-40.
107. HIATT, J. y D. Kripke., "Ultradian rhythms in waking gastric activity". *Psychosomatic Medicine*, No. 37, 1975, pp.: 320-325.
108. HILGARD, E. R., *Hypnotic Susceptibility*. Bracey World, New York, 1965.
109. ____, "The problem of divided consciousness: A neodissociation interpretation". *Annals of the N. Y. Academy of Sciences*, No. 296, 1977, pp.: 48-59.

110. _____, *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*. Wiley-Interscience, New York, 1977.
111. HILGARD, E. D. y J. R. Hilgard., *Hypnosis in the Relief of Pain*. Wm. Kaufman, Inc., Los Altos CA., 1975.
112. HILGARD, J. R., *Personality and Hypnosis: A Study of Imaginative Involvement*. The University of Chicago Press, Chicago, 1970.
113. HILL, N., *Think and Be Rich*. Wilshire, North Hollywood, CA., 1966.
114. HOGAN, D. R., "The Effectiveness of Sex Therapy: A review of the literature". En LoPiccolo, J. y LoPiccolo, L. (Eds), *Handbook of Sex Therapy*, Plenum, New York, 1978.
115. HOLLENDER, M. H., "Women's fantasies during sexual intercourse". *Archives of General Psychiatry*, No.8, 1963, pp.: 86-90.
116. HOON, E. F., P. W. Hoon y J. A. Wincze., "An inventory for the measurement of female sexual arousability: The SAI". *Archives of Sexual Behavior*, No. 5, 1976, pp.: 291-300.
117. HULL, C. L., *Hypnosis and Suggestibility*. Appleton-Century, New York, 1933.
118. HUSSAIN, A., "Behavior therapy using hypnosis". En J. Wolpe, A. Solter y Reyna (Eds), *The Conditioning Therapies: The Challenge in Psychotherapy*, Rinehart y Winston, New York, 1964.
119. JANDA, L. H. y K. E. O'Grady., "Development of a sex anxiety inventory". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No. 48, 1980, pp.: 169-175.
120. JEHU, D., *Sexual Dysfunction*. John Wiley y Sons, New York, 1979.
121. KAPLAN, H. S., *The New Sex Therapy*. Brunner/Mazel, New York, 1974.
122. _____, *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. New York Times Book Co., New York, 1975.
123. _____, *Disorders of Sexual Desire*. Brunner/Mazel, New York, 1979.
124. KASSORLA, I., *Nice Girl Do-And Now You Can Too!*. Press, Los Angeles, Stratford, 1980.
125. KATS, N. W., "Hypnotic inductions as training in self-control". Documento presentado en the *85th Annual Convention of the American Psychological Association*, San Francisco, Agosto 1977.
126. _____, "Hypnotic inductions as training in cognitive self-control". *Cognitive Therapy and Research*, No. 2, 1978, pp.: 365-369.
127. _____, "Increasing hypnotic responsiveness: Behavioral training vs. trance induction". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, No 47, 1979, pp.: 119-127.
128. _____, y V. L. Crawford., "A little trance and a little skill: Interaction between models of hypnosis and type of hypnotic induction". Documento presentado en *at annual meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis*, Ashville, N.C., Octubre, 1978.
129. KAZDIN, A. E., "Effects of cover modeling and modeling reinforcement on assertive behavior". *Journal of Abnormal Psychology*, No. 83, 1974, pp.: 240-252.
130. KIEFER, O., *Sexual Life in Ancient Rome*. Routledge and Kegan Paul, London, 1932.
131. KINNEY, J. M. y L. B. Sachs., "Increasing hypnotic susceptibility". *Journal of Abnormal Psychology*, No. 83, 1974, pp.: 145-150.

132. KINSEY, A. C., W. B. Pomeroy, C. E. Martin y P. H. Gebhard., *Sexual Behavior in the Human Female*. Saunders, Philadelphia, 1953.
133. KORZYBSKI, A., *Science and Sanity*. (4th Ed.), The International Non-Aristotelian Library Publishing Co., Lakeville CT, 1933.
134. KRIS, E., *Psychoanalytic Explorations in Art*. International Universities Press, New York, 1952, (1934).
135. ____, "The recovery of childhood memories". *The Psychoanalytical Study of the Child*, No. 11, 1956, pp.: 54-88.
136. KROGER, W. S., *Clinical and Experimental Hypnosis* (2nd edition). Lippincott, Philadelphia, 1977.
137. ____, y J. E. Alle., "Paradise regained: Liberating sexually inhibited patients through hypnotic behavioral conditioning". *Behavioral Medicine*, Vol. 8, No. 9, 1981, pp.: 13-21.
138. ____, y W. D. Fezler., *Hypnosis and Behavior Modification: Imagery Conditioning*. Lippincott, Philadelphia, 1976.
139. LAZARUS, A. A., *Behavior Therapy and Beyond*. McGraw Hill, New York, 1971.
140. ____, "Hypnosis, as a facilitator in behavior therapy". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 21, 1973, pp.: 25-31.
141. ____, *Multimodal Behavior Therapy*. Springer, New York, 1976.
142. ____, *In the Mind's Eye*. Rawson, New York, 1977.
143. LECKIE, F. H., "Hypnotherapy in gynecological disorders". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 12, 1964, pp.: 121-146.
144. LERMAN, H., "Review of Frigidity", por G.S. Macvaugh. *Journal of Sex Research*, Vol. 16, 1980, No. 1, pp.: 87-88.
145. LESHAN, L., *You Can Fight for Your Life*. Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1977.
146. LICHT, H., *Sexual Life in Ancient Greece*. Brant, London, 1932.
147. LIEBERMAN, L. R., "Hypnosis research and the limitations of the experimental method". *Annals of the New York Academy of Sciences*, No. 296, 1977, pp.: 60-68.
148. LIEF, H. I., "Inhibited sexual desire". *Medical Aspects of Human Sexuality*, Vol. 11, 1977, No. 7, pp.: 94-95.
149. LoPICCOLO, J., "The professionalization of sex therapy: Issues and problems". En J. LoPiccolo y L. LoPiccolo (Eds), *Handbook of Sex Therapy*, Plenum, New York, 1978.
150. ____, *Handbook of Sex Therapy*. Plenum, New York, 1978.
151. ____, "Low Sexual Desire". En S.R. Leiblum y L.A. Pervin (Eds.), *Principles and Practice of Sex Therapy*, Guilford, New York, 1980.
152. LOZANOV, G., *Suggestology and Outlines of Suggestology*. Gordon y Breach, New York, 1978.
153. LURIA, A., *The Role of Speech in the Regulation of Normal and Abnormal Behavior*. Liveright, New York, 1961.
154. LUTZKER, D. R., "Treating medical patients with hypnosis". *Nassau County Medical Center Proceedings*, Winter, 1981, pp.: 26-29.
155. MACVOUGH, G. S., *Frigidity: What You Should Know about Its Cure with Hypnosis*. Pergamon, Elmsford, N.Y., 1979.
156. MALTZ, M., *Psycho-cybernetics*. Prentice-Hall, New York, 1960.

157. MARTIN, P. A., "The happy sexless marriage", *Medical Aspects of Human Sexuality*, Vol. 11, No. 5, 1977, pp.: 75 - 85.
158. MASTERS, W. H. y V. E. Johnson., *Human Sexual Response*. Little, Brown, Boston, 1966.
159. ____, *Human Sexual Inadequacy*. Little, Brown, Boston, 1970.
160. ____, *Homosexuality in Perspective*. Little, Brown, Boston, 1979.
161. MEICHENBAUM, D., "Cognitive factors in behavior modification: Modifying what clients say to themselves". En C.M. Franks y G.T. Wilson, (Eds.), *Annual Review of Behavior Therapy: Theory and Practice* (Vol. 1) Brunner/Mazel, New York, 1973.
162. ____, *Cognitive Behavior Modification*. General Learning Press, Morristown, N.J., 1974.
163. ____, *Cognitive Behavior Modification*. Plenum, New York, 1977.
164. ____, "Why does using imagery in psychotherapy lead to change?". En J. L. Singer y K. S. Pope (Eds.), *The Power of Human Imagination*, Plenum, New York, 1978.
165. ____, "Introduction to applied cognitive behavior therapy". En D. Meichenbaum, (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy: A Practitioner's Guide*, B.M.A., Audio Cassettes, New York, 1978.
166. ____, y R. Cameron., "Training schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls". *Behavior Therapy*, No. 4, 1973, pp.: 515 - 534.
167. MITCHELL, K. M., J. D. Bozarth y C. C. Krauft., "A re-appraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth and genuineness". En A.S. Gurman y A.M. Razin (Eds.), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*, Pergamon, New York, 1977.
168. MONTAGU, A., *Touching: The Human Significance of the Skin*. Harper y Row, New York, 1978.
169. MOSHER, D. L., "Interaction on fear and guilt in inhibiting unacceptable behavior". *Journal of Consulting Psychology*, No. 29, 1965, pp.: 161 - 167.
170. ____, "The development and multitrait-multimethod matrix analysis of three measures of three aspects of guilt". *Journal of Consulting Psychology*, No. 30. 1966, pp.: 25 - 29.
171. ____, "Three dimensions of depth of involvement in human sexual response". *Journal of Sex Research*, No. 16, 1980, pp.: 1 - 42.
172. ____, y B. B. White., "Effects of committed or casual erotic guided imagery on females subjective sexual arousal and emotional response". *The Journal of Sex Research*, No. 16, 1980, pp.: 273 - 299.
173. NIDEFFER, R. M., *The Inner Athlete*. Crowell, New York, 1976.
174. ORNE, M. T., "The construct of hypnosis: Implications of the definition for research and practice". *Annals of the New York Academy of Sciences*, No. 296, 1977, pp.: 14 - 33.
175. PAVIO, A., "Mental imagery, associative learning and memory". *Psychological Review*, No. 76, 1969, pp.: 241 - 263.
176. PELLETIER, A. M., "Three uses of guided imagery in hypnosis". *American Journal of Clinical Hypnosis*, No. 22, 1979, pp.: 32 - 36.
177. PELLETIER, K. R., *Holistic Medicine*. Delacorte Press, New York, 1979.

178. PERLS, F. S., *Gestalt Therapy Verbatim*. Ed. por J. Stevens, Real People Press, Lafayette, CA., 1969.
179. PIETROPINTO, A. y J. Simenauer., *Beyond the Male Myth: What Women Want to Know about Men's Sexuality*. Times Books, New York, 1977.
180. PLATONOV, K., *The Word as a Physiological and Therapeutic Factor*. Foreign Language Publishing House, Moscow, 1959.
181. RAHULA, W. S., *What the Buddha Taught*. Gordon Frazer, London, 1959.
182. RALEY, P. E., *Making Love*. Dial Press, New York, 1976.
183. RAPAPORT, D., "States of consciousness: A psychopathological and psychodynamic view". En M.M. Gill (Ed.), *The Collected Papers of David Rapaport*, Basic Books, New York, 1967.
184. REILLEY, R. R., D. W. Perisher, A. Corona y N. W. Dobrovolsky., "Modifying hypnotic susceptibility by practice and instruction". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 28, 1980, pp.: 39-45.
185. ROMANCZYK, R. G. y J. J. Kistner., "The current state of the arts in behavior modification". *The Psychotherapy Bulletin*, Vol. 11, No.4, 1977, pp.: 16-30.
186. ROSEN, R. C., S. R. Leiblum y J. H. Gagnon., "Sexual scripts, assessment and modification in sex therapy". Documento presentado en *the fifth annual meeting of the Society for Sex Therapy and Research*, Philadelphia, marzo, 1979.
187. SACERDOTE, P., *Induced Dreams*. Vantaje, New York, 1967.
188. SACHS, L. B. y W. L. Anderson., "Modification of hypnotic susceptibility". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 15, 1967, pp.: 172-180.
189. SANDERS, S., "Mutual group hypnosis as a catalyst in fostering creative problem solving". *American Journal of Clinical Hypnosis*, No. 19, 1976, pp.: 62-66.
190. SARBIN, T. R., "Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behavior". *Psychological review*, No. 57, 1950, pp.: 255-270.
191. _____, y W. C. Coe., *Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication*. Rinehart y Winston, New York, 1972.
192. SCHNECK, J. M., "Hypnotherapy for vaginismus". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 13, 1965, pp.: 92-95.
193. SHAMES, R. y C. Sterin., *Healing with Mind Power*. Rodale Press, Emmaus, PA. 1978.
194. SHARPE, R. y V. Meyer. "Modification of cognitive sexual pain by the spouse under supervision". *Behavior Therapy*, No. 4, 1973, pp.: 285-287.
195. SHEEHAN, P. W., "A shortened form of Bett's questionnaire upon Mental Imagery". *Journal of Clinical Psychology*, No. 23, 1967, pp.: 286-289.
196. _____, "Imagery process and hypnosis: An experiential analysis of phenomena". En A.A. Sheikh y J.T. Shaffer (Eds.), *The Potential of Human Fantasy and Imagination*, Bradon House, New York, 1979.
197. SHEIKH, A. A. y J. T. Shaffer., (Eds), *The Potential of Fantasy and Imagination*. Brandon House, New York, 1979.
198. SHOR, R. E. y E. C. Orne. *Harvard Groupe Scale of Hypnotic Susceptibility*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto C.A., 1962.
199. SHORR, J., *Psychotherapy Through Imagery*. Intercontinental Medical Corp., New York, 1974.

200. ____, *Go See the Movie in Your Head*. Popular Library, New York, 1977.
201. SINGER, J. L., *The Inner World of Daydreaming*. Harper y Row, New York, 1975.
200. ____, *Go See the Movie in Your Head*. Popular Library, New York, 1977.
203. ____, y V. McCraven., "Some characteristics of adult daydreaming". *Journal of Psychology*, No. 51, 1961, pp.: 151 - 164,
204. ____, y K. S. Pope., (Eds.), *The Power of Human Imagination*. Plenum, New York, 1978.
205. ____, "Daydreaming and Imagery skills as predisposing capacities for self-hypnosis". *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, No. 29, 1981, pp.: 271 - 281.
206. SKINNER, B. F., *Science and Human Behavior*. Macmillan, New York, 1953.
207. ____, *Beyond Freedom and Dignity*. Knopf, New York, 1971.
208. SPANOS, N. P., "Goal-directed fantasy and the performance of hypnotic test suggestions". *Psychiatry*, No. 34 1971, pp.: 86 - 96.
209. ____, y T. X. Barber., "Cognitive activity during hypnotic suggestibility: goal-directed fantasy and the experience of non-volition" *Journal of Personality*, No. 40, 1972, pp.: 510 - 524.
210. SPRINGER, K. J., "Effectiveness of Treatment of Sexual Dysfunction: Review and Evaluation". *Journal of Sex Education and Therapy*, Vol. 7, No. 1, 1981, pp.: 18 - 22.
211. STAAS, A. W., "Language behavior therapy: A derivative of social behaviorism". *Behavior Therapy*, No. 2, 1972, pp.: 165-192.
212. STEGER, J. C., "Cognitive behavior strategies in the tratment of sexual problems". En J. P. Foreyt y D. P. Rarthjen (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy*, Plenum, New York, 1978.
213. SUINN, R. M. y F. Richardson., "Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control". *Behavior Therapy*, No. 2. 1971, pp.: 498 - 510.
214. TANNAHILL, R., *Sex in History*. Stein y Day, New York, 1980.
215. TART, C. T., "Quick and convenient assessment of hypnotic depth: Self-report scales". *American Journal of Clinical Hypnosis*, No. 21, 1979, pp.: 186 - 207.
216. TAYLOR, G. R., *Sex in History*. Vanguard Press, New York, 1954.
217. *The Counseling Psychologist*. "Sex Counseling", No. 5, 1975, p.: 1.
218. TILTON, P., *Personal Communication*. February, 1981.
219. TRUAX, C. B. y R. R. Carkhuff., *Towards Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*. Aldine, Chicago, 1967.
220. TUGENDER, H.S. y W.E. Ferinden., *An Introduction to Hypno-Operant Therapy*. Power Publishers, Orange, N.J., 1972,
221. VAN PELT, S. J., "Hypnotism and its importance in medicine". Documento presentado en *University College*, London, Mayo, 1949.
222. ____, *Secrets of Hypnotism*. North Hollywood, CA., 1958 (New edition, 1974).
223. WALEN, S. R., "Cognitive factors in sexual behavior". *Journal of Sex and Marital Therapy*, No. 6, 1980, pp.: 87 - 101.
224. ____, *Personal communication*. Enero, 1981, p.: 13.
225. WATKINS, J., *The Therapeutic Self*. Human Sciences Press, New York, 1978.
226. WATZLAWICK, P., *The Language of Change*. Basic Book, New York, 1978.

227. WEAR, J. B., "Causes of dyspareunia in men" *Medical Aspects of Human Sexuality*, Vol. 10, No. 5, 1976, pp.: 140-153.
228. WEITZENHOFFER, A. M., *General Techniques of Hypnotism*. Grune y Stratton, New York, 1957.
229. ____, "Hypnotic susceptibility revisited". *American Journal of Clinical Hypnosis*, No. 22, 1980, pp.: 130-146.
230. ____, y E. R. Hilgard., *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale*, From A and B. Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA., 1959.
231. ____, *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale*, From C. Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA., 1962.
232. WICK, E., *The Hypnotic State as a Receptive State*. Unpublished manuscript, St. John's University, 1981.
233. WILKINS, W., "Parameters of therapeutic imagery: Directions from case studies". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, No. 11, 1974, pp.: 163-171.
234. WILSON, G. T., "Cognitive behavior therapy: Paradigm shift or passing phase?". En J. P. Foreyt y D. P. Rathjen (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Research and Application*. Plenum, New York, 1978.
235. ____, *Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Problems*. B. M. A. Audio Cassettes, Guilford Publications, Inc. New York, 1978.
236. WINOKUR, G. y C. Leonard., "Sexual life in patients with hysteria". *Diseases of the Nervous System*, No. 24, 1963, pp.: 337-342.
237. WISH, P. A., "The use of imagery-based techniques in the treatment of sexual dysfunction". *The Counseling Psychologist*, Vol. 5, No. 1, 1975, pp.: 52-55.
238. WOLBERG, L. R., *Hypnoanalysis*. Grune y Stratton, New York, 1945 (Second ed. 1964),
239. WOLFE, L., *The Cosmo Report*. Arbor House, New York, 1981.
240. WOLLMAN, L., "Sexual disorders managed by hypnotherapy". Documento presentado en *the meeting of the Society for the Scientific Study of Sex*, Enero, 1964.
241. WOLPE, J., *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stranford: Stranford University Press, 1958.
242. WOLPIN, M., "Guided imagining to reduce avoidance behavior". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, No. 6, 1969, pp.: 122-124.
243. ZILBERGELD, B., *Male Sexuality*. Little, Brown, Boston, 1978.
244. ____, y M. Evans., "The inadequacy of Masters and Johnson". *Psychology Today*, Agosto, Vol 14, No. 3, 1980, pp.: 128-143.



ALOM EDITORES

TÉCNICAS

concierto para cuatro cerebros en psicoterapia, quince años después,
por Teresa Robles

Te invitamos a que conozcas un libro ya clásico en español sobre psicoterapia ericksoniana, que es la referencia obligada, no sólo para los estudiosos del tema, sino para todo público interesado en conocer nuevas propuestas para mejorar su calidad de vida.

terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig, por Teresa Robles

Transcripción del seminario impartido por el Dr. Jeffrey K. Zeig en la ciudad de México, que propone una comunicación más eficiente, cortando las intervenciones a la medida de cada paciente y envolviéndolas para regalo (conversación hipnótica).

la magia de nuestros disfraces, por Teresa Robles

En este libro la autora muestra las bases teóricas que sostienen intervenciones ericksonianas, aparentemente muy simples. Está escrito de manera que nos lleva a reconocernos en cada párrafo, en cada página y abre las puertas al cambio.

compartiendo experiencias de terapia con hipnosis, editado por Elizabeth Méndez

Recopilación de nueve capítulos escritos por terapeutas ericksonianos latinos, de los cuales dos son de corte teórico y los siete restantes presentan técnicas originales que se pueden aplicar en distintos estilos de terapia.

hipnosis y terapia sexual, por Daniel Araoz

Este libro, establece un puente entre la terapia sexual y la hipnoterapia. Propone el concepto de autohipnosis negativa, así como un método para transformarla en positiva. El autor presenta su esquema de trabajo, junto con numerosas técnicas, fáciles de aplicar por cualquier terapeuta.

destrezas teatrales psicoterapéuticas, por Pedro H. Torres-Godoy con la colaboración de Mario J. Buchbinder y Elina Matoso

A partir de una interesante experiencia con un grupo de actores, este práctico libro te enseñará cómo aprender amenos ejercicios que te

permitirán desarrollar habilidades teatrales que podrás utilizar en la terapia y en la vida diaria.

la psicoterapia, un proceso de autoconstrucción: I. los cimientos, por Yolanda Aguirre

Primero de dos volúmenes. Un libro de texto sobre Epistemología constructivista y Teoría de Sistemas que ilustra las explicaciones racionales con cuentos, haciendo que el lector aprenda con sus dos hemisferios cerebrales.

la psicoterapia, un proceso de autoconstrucción: II. la propuesta, por Yolanda Aguirre

Este segundo tomo nos presenta una propuesta psicoterapéutica que utiliza la capacidad creadora que todo ser humano tiene, y la posibilidad de ponerla a nuestro servicio en la construcción de nuestro propio ser.

jardineros, princesas y puerco espines, construyendo metáforas, por Consuelo Casula

Este primer libro de la autora en español es un verdadero tratado sobre la metáfora, uno de los elementos esenciales del lenguaje hipnótico, para ser aplicada tanto en la psicoterapia como en la enseñanza. Los distintos lectores y estudiosos del lenguaje hipnótico, de la comunicación indirecta, encontrarán en este libro, justo lo que les interesa.

MANUALES ERICKSONIANOS DE GRUPOS

manual del grupo de crecimiento, por Teresa Robles

El primero de una serie de manuales de técnicas ericksonianas para trabajar con grupos, escritos en forma tal que cualquier terapeuta puede aplicarlos. En cada capítulo se ofrece con conversación hipnótica una visión original sobre el tema que trata así como ejercicios para trabajarlo.

CASOS CLÍNICOS

salir del túnel y olvidar, hipnosis ericksoniana con sintomatología psicótica, por Cinthia de Gortari

Este libro muestra en cada sesión, cómo la actitud cercana, la mirada compasiva del terapeuta y las técnicas ericksonianas, pueden resolver problemáticas frente a las que otras psicoterapias se muestran escépticas.

ELIZABETH Y MILTON H. ERICKSON

homenaje a Elizabeth Moore Erickson, mujer extraordinaria, profesional, esposa, madre, compañera, por Marilía Baker

Te recomendamos este primer libro de la serie que se crea en conmemoración del padre de la terapia breve, la hipnosis moderna y de su compañera de vida. La obra nos muestra la contribución de Elizabeth a la obra del Dr. Erickson a través de la sinergia de una pareja que duró cerca de 16 mil días, uno tras otro. Publicado en inglés y español.

seminarios de introducción a la hipnosis, California 1958, por Milton H. Erickson

Este seminario, dictado a un grupo de médicos en la época de madurez de su trabajo, muestra paso a paso su forma de hacer hipnosis. Es así un excelente punto de partida para principiantes, y aclara ideas a quienes ya trabajan con hipnosis.

estrategias psicoterapéuticas de Milton H. Erickson, por Dan Short

El autor propone una sistematización de las estrategias psicoterapéuticas del Dr. Erickson, ilustradas con casos clínicos. Se incluye un capítulo de la terapeuta italiana Consuelo Casula donde explica dos conceptos Esperanza y Resiliencia, que marcaron la obra del Dr. Erickson.

Milton H. Erickson, un sanador americano, editado por Betty Alice Erickson y Bradford Keeney

Es un honor y un placer contar con la publicación de este libro en español, porque además nos ofrece una visión diferente del Dr. Erickson. Una visión que propone que su trabajo era también espiritual. Y esto queda claro a través de las aportaciones de las personas más cercanas a él, y de sus amigos, discípulos y colaboradores.

NUEVOS PARADIGMAS DE LA CIENCIA

tejiendo sueños y realidades, aportaciones del paradigma holográfico a la psicoterapia ericksoniana, por Guillermina Krause

La autora nos presenta en forma sencilla las últimas propuestas de la física cuántica para entender el Universo. Estas propuestas fascinantes, ofrecen una explicación a los cambios “milagrosos“ que se dan a través de la psicoterapia ericksoniana. Es un libro de interés general que nos lleva a expandir la conciencia.

AUTOAYUDA - Libros

revisando el pasado para construir el futuro, por Teresa Robles

A partir de elementos autobiográficos, la autora nos presenta en lenguaje cotidiano, conceptualizaciones teóricas, junto con sencillos

ejercicios de auto hipnosis. Lectores y lectoras se reconocen en estas páginas constanding que, si bien somos únicos e individuales, en el fondo somos muy parecidos.

síndrome de pánico, una señal que nos despierta, por Sofía Bauer

La autora menciona que el síndrome de pánico o crisis de angustia, es una señal que aparece para que cambies tu estilo de vida. Si escuchas su mensaje, puedes curarte. Ofrece ideas y ejercicios prácticos para disminuir la ansiedad.

la granja de la esperanza, transformando las huellas de la vergüenza editado por Cecilia Fabre

La vergüenza es universal y puede surgir a partir de distintas experiencias que generan una maraña de emociones. Este libro de cuentos terapéuticos para niños y grandes te ayudará a manejarla mejor.

abriendo puertas con amor, caminos en la educación de los hijos y en la prevención de problemas futuros, por Angela Cota Guimarães Mendonça y J. Augusto Mendonça

Es un libro dirigido especialmente a los padres, psicólogos y educadores, donde a través de relatos sencillos, sobre temas universales, los autores ofrecen ejemplos prácticos y útiles de su vida para enfrentar situaciones de todos los días.

guía de auto-preparación para el parto que sueñas tener, por Armelle Touyarot

Este libro es una guía de auto-preparación para el acontecimiento “nacimiento” y está construido como un programa. El objetivo de la autora es que tengas una buena experiencia de tu parto utilizando la hipnosis ericksoniana. En la medida que vayas avanzando en su lectura podrás darte cuenta si responde a tus dudas, si tranquiliza tus miedos, si te da las herramientas que necesitas con el fin de sentirte lista para ese momento. Incluye un CD de audio con ejercicios de autohipnosis para ayudarte a entrar en el estado mental que necesitas para vivir tu parto como tú lo estás soñando tener.

Audio

Y si quieres trabajar contigo mismo, evitar la terapia o salir de ella en poco tiempo, prueba nuestra serie de audio presentada en CD y en audiocinta. El CEM, a través de Alom Editores, promueve esta serie con ejercicios sencillos, seguros, protegidos, para que puedas trabajar en casa.

recupera tu fuerza de vida, por Teresa Robles

Es como un servicio general que todas las personas deberíamos hacernos de vez en cuando para estar bien en la vida, como hacemos servicio a nuestros coches y aparatos.

música para entrar en contacto contigo producción Francisco Robles

Dos versiones producidas a partir del Canon de Pachelbel, que te ayudan a entrar adentro de ti. Una, con instrumentos musicales mexicanos. Otra, con el sonido del mar y un sonido producido con diferentes cantos de sanación. Esta música es el fondo de los otros materiales de audio. Al escucharla, se reactivan y refuerzan los procesos desencadenados con los ejercicios que realizaste con ellos.

Yo Soy sanando, por Teresa Robles

Estamos en nuestro lugar cuando disfrutamos la vida y tenemos paz interior. Yo Soy Sanando te ayuda a encontrar tu lugar, cumpliendo tu Misión, resolviendo las dificultades que encuentras en el camino y despertando tu Sabiduría Interior.

escuchando mi cuerpo, mis emociones y mi espíritu, por Iris Corzo

El ser humano es integral: es mente, cuerpo y espíritu. Si vivimos como un todo unificado, obtendremos la armonía. Esta grabación te invita a atender estos aspectos para favorecer tu bienestar.

salud y enfermedad, por Iris Corzo

Salud y enfermedad son partes de la vida. Este audio te invita a enfrentar la enfermedad de una manera diferente, participando activamente en tu curación, recuperando tu independencia y autonomía, utilizando tus recursos internos.

para quererte tú a ti justo como necesitas, por Teresa Robles

Aprendemos a mirar hacia fuera y olvidamos mirarnos a nosotros mismos. Dejamos de percibir las señales de nuestro cuerpo, tragamos nuestras emociones. Este CD te ayudará a reconocer tus emociones, escucharlas y digerirlas. Es ideal para personas que sufren de depresión, ansiedad y/o estrés.

la herencia. música que desata imágenes producción Francisco Robles

Esta música compuesta te lleva a entrar adentro de ti, desencadenando los procesos naturales que requieres en este momento de tu vida. Contiene una introducción de Teresa Robles para proteger el proceso y un final para facilitar que te pongas nuevamente en contacto con el mundo externo.

ejercicios de liberación de la energía negativa y el estrés, por Margarita Ramos Elorduy

En este audio aprenderás ejercicios para manejar mejor tus emociones a través de golpecitos en distintas partes del cuerpo. Verás cómo puedes ponerlos en práctica desde el primer momento.

para relacionarte mejor contigo y con los demás, por Teresa Robles

Si la vida es una escuela, las relaciones con los demás son la universidad. Este compacto constituye un servicio general a tus relaciones para ayudar a pasar al postgrado donde nos toca disfrutar la vida con paz interior.

para volver a dormir como antes, por Montserrat Ramos

Los sueños son parte de nuestros mecanismos para digerir las emociones que vamos acumulando día tras día. Cuando tenemos muchas indigestas, viene el insomnio. Este CD te ayudará a digerir las emociones viejas y nuevas de forma agradable y protegida mientras descansas y vuelves a dormir como antes.

construye tu realidad y ayúdanos a construir un mundo mejor, por Teresa Robles

Hoy en día, la Física Cuántica nos dice que el mundo que consideramos real es una proyección, algo como una ilusión y que nosotros construimos la realidad material. La construimos con nuestra intención, nuestro deseo y la imaginación. En este CD, aprenderás algo sobre estos temas, pero sobre todo te invitaremos a hacer un pacto entre tu parte humana y el Dios adentro de ti, para construir tu mundo a tu estilo y ayudarnos a, entre todos, construir un mundo mejor.

cuentos terapéuticos para chicos y grandes, por Cecilia Fabre

Los cuentos abren la puerta a una comprensión diferente de los problemas abriendo opciones más saludables para contactar con nuestras emociones y con nuestras experiencias de vida. Con este CD verás que los cuentos permiten que tanto adultos como niños se conecten con vivencias pasadas de una manera segura y protegida, poniendo a distancia los problemas mientras de manera cercana se resuelven, aprendiendo de ellos, cómoda y protegidamente.

para relacionarte mejor con tu cuerpo a través del ejercicio y la comida, por Teresa Robles

Nuestro cuerpo es tan sabio que nos provoca hambre cuando le falta combustible y sed cuando necesita hidratarse. Y para que nunca dejemos de

alimentarnos, nos regala el disfrutar la comida. Cuando éramos chicos, disfrutábamos el ejercicio, que nuestro cuerpo necesita para funcionar bien. Crecemos y mal aprendemos a comer a la hora de comer, a llevarnos a la boca cualquier cosa cuando tenemos hambre, que hay comidas sabrosas y otras obligatorias y que hacer ejercicio es una obligación. En este CD, recordarás cómo escuchar las señales de tu cuerpo y atenderlas para vivir con salud.

aprende autohipnosis, por Teresa Robles

El Dr. Erickson decía que adentro de ti, de mí, está todo lo que necesitamos para resolver las dificultades que día a día la vida nos presenta para crecer: las grabaciones en nuestra mente inconsciente de nuestras experiencias de vida. Hoy día la Física Cuántica propone que toda la información del Universo está en cada una de sus partes, adentro de mí, la misma información que el mar, el sol, la luna y las estrellas. En este CD aprenderás a despertar esa Sabiduría Universal y a utilizarla conscientemente para resolver esas dificultades.

metáforas universales para el crecimiento personal, por Teresa Robles

El Dr. Milton H. Erickson decía: la vida es dura, es injusta, el dolor existe, pero cómo la vivamos depende sólo de nosotros. A mí me gusta decir que la vida tiene de todo, también hay muy buenos momentos. Y si es injusta en nuestra contra, también es injusta a nuestro favor. La vida tiene de todo y siempre estamos creciendo como las plantas, los animales, como todo en este Universo. Este CD te ofrece en forma agradable, reflexiones y anécdotas que te ayudarán a disfrutar más esta vida, en los buenos y en los malos momentos.

para relacionarte mejor con tu cuerpo a través del ejercicio y la comida (para personas con diabetes e hipertensión), por Teresa Robles

La diabetes es una enfermedad, pero también puede ser tu mejor amiga. Puede enseñarte a vivir saludablemente, cosa que muchas veces hemos olvidado. Nuestro cuerpo es tan sabio que nos provoca hambre cuando le falta combustible y sed cuando necesita hidratarse. Y para que nunca dejemos de alimentarnos, nos regala el disfrutar la comida. Cuando éramos chicos, disfrutábamos el ejercicio, que nuestro cuerpo necesita para funcionar bien. Crecemos y mal aprendemos a comer a la hora de comer, a llevarnos a la boca cualquier cosa cuando tenemos hambre, que hay comidas sabrosas y otras obligatorias y que hacer ejercicio es una obligación. En este CD, recordarás cómo escuchar las señales de tu cuerpo y atenderlas para vivir con salud.

FASCÍCULOS

textos selectos

abriendo puertas con amor, por Ángela Cota Guimarães Mendonça y J. Augusto Mendonça

Los terapeutas ericksonianos sugieren y proponen a través de contar anécdotas de su vida. Este fascículo es una selección de textos dirigidos a maestros y padres de adolescentes, donde los autores narran sus experiencias como padres y como terapeutas.

manual del grupo de crecimiento, por Teresa Robles

Asómate a este ameno fascículo que te encantará y en donde encontrarás una manera diferente de ver la vida, que corresponde a la manera de hacer psicoterapia que estamos construyendo en el Centro Ericksoniano de México, incorporando otros marcos de referencia.

aprendiendo a caminar por la vida, por Teresa Robles

Desde sus primeras páginas, este práctico fascículo te enseña, de manera segura y natural a utilizar los instrumentos necesarios, que de alguna forma ya conoces, y poderlos aplicar efectivamente en tu vida diaria.

ideas prácticas

para el manejo de conflictos y algunas reflexiones, por Teresa Robles

Es un texto que te invita a mirar y cambiar los aprendizajes que nos hacen competir por el primer lugar, tratar de ganar aplastando a los demás. Te enseña a colaborar en lugar de competir, a establecer negociaciones donde todos ganen y a entrar en contacto con tu Sabiduría Interior y la de los demás.

para detectar y prevenir la anorexia y la bulimia entre tus seres queridos, por Adriana Barroso y Raúl D'Ángelo

La anorexia y la bulimia son padecimientos que pueden ser mortales y aparecen cada vez más y más temprano en nuestros adolescentes. Te invitamos a leer este fascículo que te ayudará a conocerlas y detectarlas con la ayuda del cuestionario que se incluye al final.

DICCIONARIOS

diccionario breve en psicología: psicología activa, por Guillermo Flores

Primer texto de la serie Diccionarios. Este sencillo y práctico texto

resulta un excelente apoyo para todo estudiante de la materia, así como para la gente interesada por conocer más sobre esta fascinante disciplina, ya que proporciona la definición de los términos más utilizados dentro del campo de la psicología.

TESTIMONIOS

Victoria de las Mercedes, por Laura Elena Barrientos

La biografía de una niña que, a pesar de graves errores y negligencia médicos, gracias a su extraordinario apego a la vida, la dedicación de sus padres y las “mercedes” de los amigos, ha salido victoriosa sobre diagnósticos derrotistas.

voces abiertas al Amor, testimonios del Premio Nacional Victoria de las Mercedes 1999, editado por Laura Elena Barrientos.

Si te interesó el primer libro de esta serie, te cautivaremos con el segundo de la colección, en donde convergen veinte testimonios de vida, veinte vivencias y experiencias de seres humanos (cuidadores, familiares, discapacitados) que han aceptado el compromiso de vivir con orgullo y con valentía una existencia que la vida les deparó o que ellos eligieron como Misión.

HELIOS-VESTA

los maestros ascendidos escriben el libro de la vida

Un texto de Metafísica y para aquellos lectores que no comulgan con estas enseñanzas, es un bello cuento de hadas que, al leerlo, va abriendo puertas, estableciendo conexiones, acercándonos a una realidad y a una sabiduría diferentes, a través de un camino que va por rumbos distintos de la lógica racional.

encuentra tu misión, por Alicia Rodríguez

La presidenta del Comité Internacional de la Bandera de la Paz, organización no gubernamental de Naciones Unidas, nos relata cómo entró en contacto con este símbolo sagrado universal, así como su significado e importancia para el momento actual, para ayudar a generar la paz al interior de cada ser humano.

tu alma gemela llamada Dios, por Ivonne Delaflor

Es un libro que realmente produce cambios internos al leerse y al ejercitar sus diez visualizaciones prácticas. Representa el símbolo del nuevo movimiento espiritual: un despertar que se está dando en todas partes. Publicado en inglés y español.

tu alma gemela llamada Dios II, por Ivonne Delaflor

Si te interesó el primer tomo, asómate a esta segunda obra en la que encontrarás pensamientos de amor a Dios, a la vida, con el recordatorio siempre positivo de que tú tienes la capacidad de elegir lo que quieras vivir. Publicado en inglés y español.

la Maestría de la vida, co-creando una realidad de Amor, a través del poder del Compartir, por Ivonne Delaflor

Tan interesante como sus obras anteriores, ésta es una recopilación en la Internet que la autora realizó de tres años de compartir experiencias con personas de diferentes tradiciones, lugares y religiones a través de un boletín inscrito en la Internet.

transfórmate en Bandera de la Paz, claves para lograr ser una persona armónica y saludable, por medio del Símbolo de la Bandera de la Paz, por Alicia Rodríguez

La presidenta del Comité Internacional de la Bandera de la Paz, organización no gubernamental de Naciones Unidas, nos ofrece ideas prácticas y ejercicios para ayudarnos a ser una persona armónica y saludable utilizando el significado de paz que nos ofrece este Símbolo sagrado universal.

en alas de Luz I, por Ronna Herman

Este libro forma parte de una colección de cuatro libros que tratan sobre la esperanza. A través de sus páginas nos transmite mensajes sobre el amor: el amor a uno mismo, amor a la vida y cómo disfrutar de la experiencia de ser un ser humano potencialmente espiritual. El libro reafirma nuestra creencia en la unidad ya que sus mensajes nos ayudan a entender quiénes somos y cómo crear nuestra realidad perfecta, y ayudar a otros a hacer lo mismo, compartiendo la experiencia de la sabiduría y el amor.

LITERATURA

el viaje y la luna, por Ariel Sánchez

Joven hacedor de audaces entreveros poéticos, Ariel Sánchez amalgama en un solo río tumultuoso ficción y realidad, lucidez apasionada y desgarramientos existenciales que asoman a honduras inexploradas del alma.

TITLES IN ENGLISH

TECHNIQUES

A Concert for Four Hemispheres in Psychotherapy by Teresa Robles

If you want to know what it is the ericksonian psychotherapy, you can start reading this book. On it, Teresa Robles, Ph. D., shows us her own style to make therapy, in a simple language, clear and with many examples. As it happens with all her books, its reading takes you inside of you, something change and it makes you feel well.

There Is Someone in There by Susana Carolusson

This is a book about a perfectly healthy 23 year old who acquires a lifelong disability. It is about the greatest fear parents have concerning their children, that their child will be the victim of an accident and will be deprived of their ability to think, move, speak or do anything we associate with the ability to live a full life.

ELIZABETH & MILTON H. ERICKSON

A Tribute to Elizabeth Moore Erickson, Colleague, Extraordinaire, Wife, Mother and Companion by Marilia Baker

This book show us the contribution of Mrs. Elizabeth Moore Erickson to the work of his husband, Dr. Milton H. Erickson, through the synergy of a couple that spend together about 16,000 days, one after the other.

HELIOS-VESTA

The Soulmate Called God, Vol. I by Ivonne Delaflor

This book it is divided in five sections. In the first, named Inspirations, 54 poems are presented. The second contains nine creative visualization exercises. The third corresponds to a series of messages. The fourth contains affirmations of the Twin Soul and the last one, daily contemplations to inspire the hearth.

The Soulmate Called God, Vol. II by Ivonne Delaflor

In this book you will find love thoughts to God, to Life, with the reminder always positive that you have the capacity to choose what you want to live.



CENTRO ERICKSONIANO
DE MÉXICO, A.C.
un lugar de encuentro...

¿quieres ser terapeuta
ericksoniano?

iniciamos:

diplomado y maestría en
psicoterapia ericksoniana



- enero y agosto de cada año -

en una ciudad cerca de ti

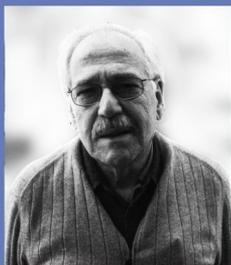
¡pregunta por nuestros descuentos por pago semestral!

Y puedes pagar por Internet con Tarjeta de Crédito

tels.: (0052) (55) 8500-6161, 8500-6262, 8500-6363, 8500-6767
ceminfo@grupocem.edu.mx

www.hipnosis.com.mx

Imprenta Juan Pablos, S.A. de C.V.
Mexicali 39, C.P. 06100
México, D.F.
2000 ejemplares
México, D.F., mayo 1996



Daniel L. Araoz: Doctorado en Psicología, Sexólogo y certificación en Hipnosis Clínica. Ha publicado Nueve libros, dos de ellos traducidos en otros idiomas. Actualmente es profesor y jefe del departamento de psicología aplicada en el C.W. Post campus de la Universidad de Long Island, N.Y., y director del Instituto Milton H. Erickson de Long Island.

A sólo cuatro años de distancia del siglo XXI... La sexualidad humana es menos conocida que la animal... El libro del Dr. Araoz aporta material para el puente que es necesario tender entre la terapia sexual y la hipnoterapia. Ambas disciplinas son reconocidas por su eficacia y el futuro de su articulación sensible, respetuosa, tentativa y científicamente informada, prooverá un servicio único al bienestar saludable de la humanidad.