



**TESIS
DE INVESTIGACIÓN**



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE

PSICOLOGÍA

Maestría en Psicología

**“La relación entre la respuesta hipnótica, la alta sensibilidad y las creencias y
actitudes hacia la hipnosis”**

CLAUDIO CÉSAR PEÑA HURTADO

Asesora: Dra. Fabiola González Betanzos

Co-Asesor: Dr. Ferran Padrós Blázquez

Morelia, Mich. Agosto, 2022

Índice

Resumen	1
Abstract.....	2
Palabras clave/Keywords	3
Hipnosis Clínica – Medición – Hipnotizabilidad – Sugestión – Rasgo SPS.....	3
Introducción.....	4
Capítulo 1	7
Respuesta Hipnótica	7
1.1 Teorías o modelos explicativos.....	8
1.2 Aplicaciones de la RH en la medicina y otros contextos.....	14
1.3 ¿Cómo se evalúa la RH?.....	16
Capítulo 2	19
Sugestión	19
2.1 Características	19
2.2 Relación de la sugestión con la RH	21
Capítulo 3	23
Creencias y actitudes hacia la hipnosis	23
3.1 Relación de las creencias y actitudes con la RH.....	23
3.2 Mitos o creencias hacia la hipnosis.....	24
3.3 Investigaciones en relación con las creencias y actitudes hacia la hipnosis y la RH..	26
Capítulo 4	27
Rasgo de sensibilidad en el procesamiento sensorial	27
4.1 Características	27
4.2 ¿Cómo se evalúa la Alta Sensibilidad?.....	29
4.3 La alta sensibilidad y su relación con la ansiedad, el estrés y el dolor	30
4.4 Posible relación entre la alta sensibilidad y la RH.....	31
Capítulo 5. Planteamiento del problema	32
Justificación	32
Pregunta de investigación.....	34
Objetivos.....	35
Hipótesis	35
Participantes	35
Instrumentos	36
Procedimiento.....	38

Análisis de datos.....	40
RESULTADOS:	44
ESTUDIO PSICOMÉTRICO SOBRE EL INVENTARIO DE SUGESTIBILIDAD	44
1.0 Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Sugestibilidad	44
1.1 Prueba de normalidad del Inventario de Sugestibilidad	45
1.2 Estructura Interna.....	46
1.3. Factores	47
1.4. Matriz Factorial.....	48
1.5 Análisis Factorial Confirmatorio	49
1.6 Dimensión Influenciabilidad.....	49
1.7 Dimensión de Implicación emocional:	50
1.8 Dimensión de Absorción:	51
1.9 Dimensión de Fantaseo:	52
2.0 Comparación de modelos	53
ESTUDIO PSICOMÉTRICO SOBRE LA ESCALA DE VALENCIA DE CREENCIAS Y ACTITUDES A LA HIPNOSIS – VERSIÓN CLIENTE (EVCAH-C)	58
1.0 Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Valencia de Creencias y Actitudes a la Hipnosis – Versión Cliente (EVCAH-C)	58
1.1 Prueba de normalidad	58
1.2 Estructura Interna.....	60
1.3 Factores	61
1.4. Matriz Factorial.....	62
1.5 Análisis Factorial Confirmatorio	64
1.6 Dimensión Ayuda	64
1.7 Dimensión Miedo	65
1.8 Dimensión Colaboración	66
1.9 Dimensión Memoria	67
1.10 Dimensión Interés	68
1.11 Dimensión Mágica.....	69
1.12 Dimensión Marginal	71
1.13 Dimensión Control.....	72
2.0 Comparación de modelos	73
ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO DE LA ESCALA PARA PERSONAS ALTAMENTE SENSIBLES (EPAS)	78

RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SUGESTIBILIDAD, SENSIBILIDAD EN EL PROCESAMIENTO SENSORIAL Y LAS CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS	80
DISCUSIÓN.....	83
CONCLUSIONES.....	86
Referencias:	88
ANEXOS	104
Anexo 1	104
Inventario de Sugestionabilidad IS para población adulta I. S.	104
Anexo 2	108
Escala de Creencias y Actitudes hacia la Hipnosis – Versión Cliente	108
Anexo 3	113
HSP Scale (Escala para Personas Altamente Sensibles)	113
Anexo 4	116
CONSENTIMIENTO INFORMADO:	116

Resumen

Introducción y objetivos: Al hablar de hipnosis, sus beneficios terapéuticos han sido foco de interés desde siglos atrás, sin embargo, se desconoce su relación con otras variables en términos de un óptimo abordaje en la intervención clínica. El presente trabajo de investigación es un estudio de corte cuantitativo que aborda la respuesta hipnótica (generalmente ha sido medida en términos de sugestión) en el cual se busca estudiar la relación de la sugestión con dos variables, la primera variable son las creencias y actitudes del individuo hacia la hipnosis (variable socio-conductual) y la segunda el rasgo genéticamente predeterminado conocido como sensibilidad en el procesamiento sensorial SPS (variable biológica) que evalúa la alta sensibilidad. **Material y métodos:** Se administraron tres escalas (IS, EVACH, EPAS) en su versión digital a través de la plataforma de Google Forms, añadiendo un consentimiento informado al participante y al mismo tiempo que se le solicitaron datos sociodemográficos (sexo, edad, y escolaridad) a 728 personas adultas mexicanas. **Resultados:** Se observó una correlación positiva significativa, pero baja entre la sugestión y las creencias y actitudes ($r = .342$; $p < .001$), a su vez se observó que la relación con el rasgo SPS resultó positiva moderada ($r = .551$; $p < .001$) También se encontró una correlación positiva significativa, aunque baja, entre las creencias y actitudes hacia la hipnosis y el rasgo SPS ($r = .329$; $p < .001$). Los resultados muestran un modelo con un excelente ajuste que explica un porcentaje de varianza importante de la sugestibilidad (59%) tanto por los efectos directos de las variables, como de la mediación de la alta sensibilidad, con los siguientes índices de bondad de ajuste: $X^2=101.44$, $RMSEA=0.6$, $GFI=0.97$, $TLI=0.95$, $CFI=0.96$, $IFI=0.96$.

En segundo lugar, se ha hecho la adaptación psicométrica a población mexicana tanto del Inventario de Sugestibilidad, como del Escala de valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis.

Conclusiones: Puede concluirse que la incidencia del rasgo SPS con respecto a la sugestión es incluso más significativa que la incidencia de las creencias y actitudes hacia la hipnosis, lo que abre fértiles líneas de investigación en relación al conocimiento de la sugestionabilidad y puede ser de utilidad en abordaje de pacientes con elevados niveles de SPS.

Abstract

Introduction and objectives: When talking about hypnosis, its therapeutic benefits have been a focus of interest for centuries, however, its relationship with other variables in terms of an optimal approach in clinical intervention is unknown. The present research work is a quantitative study that addresses the hypnotic response (generally it has been measured in terms of suggestion) in which it seeks to study the relationship of suggestion with two variables, the first variable is the beliefs and attitudes of the individual towards hypnosis (socio-behavioral variable) and the second a genetically predetermined trait known as sensitivity in sensory processing SPS (biological variable) that evaluates high sensitivity.

Material and methods: Three scales (IS, EVACH, EPAS) were administered in their digital version through the Google Forms platform, adding an informed consent to the participant and at the same time obtaining sociodemographic data (sex, age, and schooling) to 728 Mexican adults. **Results:** A significant but low positive correlation was observed between suggestion and beliefs and attitudes ($r = .342$; $p < .001$), while the relationship with the SPS trait was moderately positive ($r = .551$; $p < .001$) A significant, although low, positive correlation was also found between beliefs and attitudes towards hypnosis and the SPS trait ($r = .329$; $p < .001$). The results show a model with an excellent fit that explains a significant percentage of suggestibility variance (59%) both due to the direct effects of the variables and the mediation of high sensitivity, with the following goodness-of-fit indices: $X^2 = 101.44$, $RMSEA = 0.6$, $GFI = 0.97$, $TLI = 0.95$, $CFI = 0.96$, $IFI = 0.96$.

Secondly, the psychometric adaptation to the Mexican population of both the Suggestibility Inventory and the Valence Scale of attitudes and beliefs towards hypnosis has been made.

Conclusions: It can be concluded that the incidence of the SPS trait in relation to the suggestion is even more significant than the incidence of beliefs and attitudes towards hypnosis, which opens up fertile lines of research in relation to the knowledge of suggestibility and can be useful in approaching patients with high levels of SPS.

Palabras clave/Keywords

Hipnosis Clínica – Medición – Hipnotizabilidad – Sugestión – Rasgo SPS

Introducción

Al hablar de hipnosis, sus beneficios terapéuticos han sido foco de interés desde siglos atrás, remontándonos desde su aplicación en el antiguo Egipto como técnica ritual de sanación, hasta las prácticas realizadas por A. Mesmer que llamó a dicho fenómeno “magnetismo animal” al considerar que tal estado era alcanzado por la influencia planetaria. Y así, al llegar al siglo XVIII fue James Braid, quien acuñó por primera vez el término “hipnosis”, por asociarlo al sueño y al sonambulismo, desarrollando técnicas de inducción por fijación ocular. Con el tiempo, la investigación en este campo y su respectivo avance fue floreciendo hasta ofrecer modelos más innovadores como la famosa hipnosis ericksoniana (Cabrera Macías et al., 2013) o incluso, la llamada “hipnosis despierta” (Capafons Bonet & Alarcón, 2006).

La hipnosis comprende un fenómeno complejo que suele aludir conceptos tales como: hipnotizabilidad, trance hipnótico, susceptibilidad, habilidad hipnótica, sugestibilidad hipnótica o respuesta hipnótica (en inglés: *hypnotizability, hypnotic trance, susceptibility, susceptible, hypnotic ability, hypnotic susceptibility o hypnotic responsivity*) (González Ordi & Toball, 1999). La existencia de múltiples acepciones (Lynn et al., 2005) y algunas divergencias entre las definiciones, ha complicado el consenso entre los teóricos a la hora de dar una definición única (González Ordi & Toball, 1999).

Sin embargo, es importante presentar la definición propuesta por la División 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la American Psychological Association (APA) que procura integrar este constructo desde las distintas posiciones teóricas, definiéndole de la siguiente manera:

De manera habitual, la hipnosis cuenta con una metodología de aplicación, dónde se le suelen dar a la persona sugerencias. La inducción hipnótica, es la primera parte de este proceso, donde las sugerencias suelen ir dirigidas para que el sujeto responda a cambios de experiencia subjetiva tales como emociones, pensamientos, percepciones, sensaciones o conducta. Estas sugerencias son regularmente usadas al comienzo del proceso hipnótico como una evaluación de la sugestionabilidad del sujeto.

En este caso la persona (sujeto) es guiada por otra (el hipnotizador) para que responda a dichas sugerencias. Sí el sujeto responde a las sugerencias hipnóticas, generalmente se asume que se ha inducido un estado hipnótico.

A este respecto (Green et al, 2005) menciona: *“Muchos creen que las respuestas y experiencias hipnóticas son características de un estado hipnótico. Aunque algunos piensan que no hace falta usar la palabra “hipnosis” como una parte de la inducción hipnótica, otros lo ven esencial [...]Tradicionalmente, los procedimientos incluyen sugerencias para relajarse, aunque la relajación no es una parte necesaria para la hipnosis, pudiéndose usar una amplia variedad de sugerencias, incluidas las de alerta.”* (pp.13)

Las especificidades sobre las sugerencias dadas están estrechamente ligadas a los objetivos o propósitos de la tarea clínica o de la investigación que se esté desarrollando. En cualquiera de dichos casos, existen escalas estandarizadas para evaluar las respuestas de los sujetos a las sugerencias dadas, agrupándoles normalmente en sugestionabilidad alta, media y baja. Así como se evalúan otros constructos psicológicos escalados positivamente, por ejemplo, la atención. Por ello, a mayor puntuación en las escalas se asume una mayor sugestionabilidad.

La hipnosis ha sido considerada por algunos autores esencialmente como una situación en donde la sugestionabilidad se ve considerablemente aumentada (Hilgard,1965; Wolberg, 1982; Weitzenhoffer, 2001), y postulan que una mejor comprensión de los fundamentos de la hipnosis pasa por un mayor conocimiento del fenómeno de la sugestión (Weitzenhoffer, 1980).

Los objetivos de la hipnosis *grosso modo*, recaen sobre la sugestión y reorganización de contenidos psíquicos. El prominente investigador del tema Kirsch (1990) defendía que los principios de la hipnoterapia se basan en los mismos principios que la psicoterapia (Irving Kirsch, 1990). De tal manera que como ya sugería Jara Vera & Martínez Sánchez (1999), el uso de la hipnosis por distintos tipos de terapeutas o clínicos precisa del desarrollo de habilidades en un entrenamiento sistemático, lo que enriquece de modo importante al terapeuta y a su práctica, realzando su importancia como técnica psicoterapéutica.

Capítulo 1

Respuesta Hipnótica

La respuesta hipnótica de un individuo hace referencia a la capacidad de experimentar los diversos efectos de la hipnosis.

A continuación, se mencionan las definiciones de la hipnosis más utilizadas en el ámbito científico, por ejemplo, John F. Kihlstrom (1985, p. 385), afirma que "la hipnosis puede ser definida como una forma de interacción social donde un sujeto responde a las sugerencias administradas por un hipnotizador que implican cambios en la percepción, la memoria y la acción voluntaria".

Díaz (1998) menciona que los eventos psicológicos agrupados bajo la nomenclatura de hipnosis, se vinculan con el seguimiento de instrucciones, la relación entre el decir y el hacer, y la conformación de los eventos privados.

Spiegel & Greenleaf (1992) la definen como un estado de concentración que requiere cierto grado de disociación para entrar y participar en una actividad imaginada y cierto grado de sugestión para asimilar nuevas premisas, según este autor es un estado de absorción atenta y receptivo que se puede activar y medir.

A su vez se rescata la definición planteada por Elkins y cols. (2015), refiriéndose a la hipnotizabilidad, como aquella capacidad del individuo para experimentar alteraciones sugeridas en fisiología (cambios somáticos), sensaciones, emociones, pensamientos o conducta durante la hipnosis.

Finalmente, la Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (2017) define la hipnosis como una construcción social que denota un rango de interacciones entre personas (el hipnotizado y el hipnotizador) en las que se activan roles a partir de la

influencia social. En este proceso de acuerdo implícito, el hipnotizador intenta influir en los sentimientos, el pensamiento y la conducta, de las otras personas pidiéndoles que se concentren en ideas e imágenes que pueden evocar los efectos deseados.

Las definiciones que existen respecto al fenómeno hipnótico y sus implicaciones, reflejan de manera subyacente los distintos modelos teóricos que las soportan, aunque el consenso no es total, los distintos modelos explicativos han ido evolucionando en la implicación de distintos moduladores o variables que explican la respuesta hipnótica en los individuos.

1.1 Teorías o modelos explicativos

La construcción teórica del fenómeno hipnótico comprende diversas propuestas. A continuación, se hará una breve reseña de los modelos explicativos más relevantes extraídos de Lynn. et al. (2005):

TEORÍA SOCIO-PSICOLÓGICA DEL ROL

La teoría del Rol (Sarbin, 1950) es una propuesta que trata de explicar la respuesta hipnótica en términos de la dinámica de roles entre “hipnotizador” e “hipnotizado” en el que el autor plantea que se sigue un guion no explícito (unvoiced), que en un paralelismo psicodinámico podríamos llamar, inconsciente. Explicando la hipnosis como fenómeno, sugirió que dicho fenómeno surge de una experiencia de creer firmemente en las representaciones imaginativas o “creer en las imaginaciones” (*believed in imagining*) y desarrolló la “teoría del rol” de la hipnosis, basada en la metáfora del rol para establecer un

paralelismo entre la interacción hipnótica y un drama en miniatura en el que ambos, el hipnotizador y el sujeto, representan roles recíprocos (Sarbin, 1997). Enfocando la génesis del fenómeno hipnótico a una interacción social. Así, sintetiza los componentes de la hipnosis en una investigación posterior resaltando los siguientes elementos: 1) el conocimiento de los participantes sobre lo que se requiere en la situación hipnótica específica; 2) las percepciones relacionadas con el rol, las expectativas y las habilidades imaginativas; 3) las características y demandas situacionales que guían el modo en que se representa el rol (Sarbin & Coe, 1972 ; Coe & Sarbin, 1991).

TEORÍA COGNITIVO CONDUCTUAL

Barber (1969) se vió influido por las teorías de Sarbin y criticó el concepto de estado hipnotico o trance hipnótico como estado alterado de la conciencia (distinto de la vigilia). Fundamentandose en que el fenómeno hipnótico es una representacion de roles circunstancial y preconvenida, fue así, que Barber y colaboradores en una serie de investigaciones posteriores señalaron la importancia de las actitudes, motivación y expectativas de los individuos como variables que inciden de manera importante en la respuesta hipnótica, ya que encontraron que aquellos participantes “altamente motivados” (no hipnotizados) y participantes propiamente hipnotizados, respondían a las sugerencias de forma similar (Barber, 1969; Barber & Calverley, 1964; Kramer, 1976).

TEORÍA SOCIO-PSICOLÓGICA DE SPANOS

El investigador Nicholas Spanos ha ampliado la teoría del Rol de Sarbin y la teoría Cognitivo-Comportamental de Barber, en una propuesta teórica contemporánea muy influyente para la comprensión del fenómeno hipnótico, realizando el hecho de que la manera en que una persona interpreta o comprende una sugestión, influye directamente en sí puede realizar o no dicha sugestión. Así mismo, Spanos a través de múltiples investigaciones (Spanos, 1986; 1991; Spanos & Chaves, 1989) se ha centrado en la importancia de los procesos socio-psicológicos (ejemplo: expectativas, atribución e interpretación de las comunicaciones hipnóticas), y de las actividades orientadas a un objetivo y respuestas estratégicas por parte del individuo (imaginación, fantasía). De acuerdo con Spanos y colaboradores, las sugestiones contienen en sí mismas, con alguna frecuencia, estrategias que ayudan a la persona a responder adecuadamente o según la instrucción sugerida (Spanos et al., 1974; Spanos & Barber, 1974). Las FDO (Fantasías Dirigidas a Objetivos) son situaciones imaginadas que, si se dieran, lo esperable es que llevaran a la ocurrencia involuntaria de las respuestas motoras solicitadas en la sugestión, las comprende como cuando el sujeto se queda absorto en un patrón de imaginaciones (Spanos et al., 1974).

De hecho, los informes de FDO están relacionados con el sentimiento de involuntariedad que acompaña a la respuesta a una sugestión particular. (Lynn & Sivec, 1992).

TEORÍA NEODISOCIATIVA

La teoría neodisociativa fue propuesta por Hilgard (1991) y se fundamenta en la idea de que existen sistemas cognitivos múltiples, o estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente que están, hasta cierto punto, bajo el control de un “ego-ejecutivo”. El ego-ejecutivo es el responsable de planificar y dirigir las funciones de la personalidad (Hebb & Hilgard, 1978). Durante la hipnosis, los subsistemas de control relevantes se disocian temporalmente del control ejecutivo consciente. Esta reducción del control ejecutivo es responsable de la impresión subjetiva de involuntariedad que típicamente se ha caracterizado a la respuesta hipnótica.

TEORÍA DEL SET DE RESPUESTA

La teoría del set de respuesta hipnótica (Kirsch & Lynn, 1999; Kirsch, 2000) es una extensión de la teoría de expectativa de respuesta (Kirsch, 1985) basada en una perspectiva socio-cognitiva para comprender la conducta humana, esta teoría rechaza también la posibilidad de que la hipnosis representa un estado alterado de la conciencia, dando particularmente relevancia a las sugerencias como “placebos”, que pueden generar experiencias disociativas incluso, las expectativas de respuesta juegan un papel importante en este modelo y se ven influenciadas por la cultura y el contexto particular, que ayudaría a intensificar las sugerencias dadas y que explicaría el efecto terapéutico encontrado en dicha técnica.

MODELO INTEGRADOR DE LYNN

De acuerdo a Lynn y cols. (Lynn & Sivec, 1992) los sujetos que responden con éxito a las sugerencias hipnóticas, actúan como agentes creativos de solución de problemas que buscan e integran información de fuentes situacionales, personales e interpersonales. La investigación ha señalado la importancia de factores afectivos, relacionales y de rapport (Lynn et al., 1991); A su vez, relativas al set de respuestas y expectativas (Steven J. Lynn, 1984); de los criterios o estándares de ejecución con los que los participantes juzgan el éxito o el fracaso de sus respuestas a la hipnosis (Steven Jay Lynn, Green, Jaquith, & Gasior, 2003); Sobre la manera en la que se interpretan y procesan las sugerencias hipnóticas, las sensaciones y las acciones (Lynn S., et al. 1987); De la misma manera menciona Lynn et al. (2005) “...de los motivos y fantasías dinámicos y, a veces, inconscientes, que entran en juego durante la hipnosis (Frauman, Lynn, Hardaway, & Molteni, 1984); y de las características del contexto hipnótico que desalientan la consciencia y el análisis de los factores personales y situacionales que influyen en la conducta hipnótica (véase Lynn, Rhue, & Weekes, 1990).” (pp. 13)

MODELO PSICOBIOLÓGICO

Desde un abordaje psicobiológico del fenómeno hipnótico, podemos rescatar la definición propuesta en el trabajo de Cristóbal et al., 2008 (Cristóbal et al., 2008) :

“La hipnosis es una de las diferentes funciones que definen estados globales (Un estado global lo definimos como una determinada configuración relativamente constante que implica funciones subjetivas (procesos virtuales), funciones viscerales, procesos automáticos y operacionales (conducta explícita) producida por la integración del sistema neuroendocrino) generados por la actividad integrativa del sistema neuroendocrino humano al interactuar con sus diferentes medios (Externo, Interno y Subjetivo). La definimos aquí como un estado global de integración del sistema neuroendocrino (SNE), que afecta tanto los procesos subjetivos (cambios en la conciencia) como en los procesos viscerales, automatizados y operacionales del sujeto” (pp.151). Este modelo conceptualiza a la respuesta hipnótica desde una visión puramente anatómico-funcional, brindando una base biológica que explica el por qué la persona hipnotizada responde a diversos estímulos como alteraciones perceptuales o conductuales. Pero no ahonda en su relación con las expectativas o creencias antes planteadas, delimitándose a confirmar una relación entre las mismas.

Los modelos teóricos antes mencionados han ido evolucionando, y comprendiendo de manera más amplia como se conjugan distintas variables tanto físicas como psicológicas, contextuales y de expectativas sobre la hipnosis, para determinar cada vez de manera más puntual cuáles de estas variables inciden en mayor o menor medida en la respuesta hipnótica del sujeto, todo esto en pos de un mayor entendimiento sobre el alcance de la aplicación de la herramienta hipnótica en un contexto clínico o terapéutico, ya que sus beneficios han causado gran interés en el tratamiento de distintas afecciones psicológicas y médicas, tales como la ansiedad o la fibromialgia, volviendo de medular importancia una óptima evaluación para su abordaje.

1.2 Aplicaciones de la RH en la medicina y otros contextos

La aplicación de la hipnosis en la medicina ha sido usada para generar un fenómeno llamado analgesia hipnótica, que difiere de la analgesia con fármacos por evitar los efectos colaterales que la medicación implica en algunos individuos tales como somnolencia, dificultades en la evacuación y constipación, entre otros (Lacunza & Trejo, 2015).

Una de las áreas de aplicación de la hipnosis que muestra una mayor evidencia empírica de su eficacia es el manejo del dolor, ya sea crónico o agudo (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000; Montgomery, DuHammel y Redd, 2000).

En la revisión de Montgomery et al. (2000) de estudios controlados se encontró que la hipnosis puede aliviar a un 75% de la población clínica ante afecciones relacionadas con la ansiedad, desordenes gastrointestinales, problemas del sueño, manejo del dolor crónico, entre otros. Los resultados revelaron un efecto de moderado a alto en la reducción de dolor clínico y experimental, lo que apoya la eficacia de los procedimientos hipnóticos en el manejo del dolor.

Asimismo, los resultados indicaron que las técnicas de analgesia hipnótica son superiores a la medicación, el placebo psicológico y otro tratamiento, cumpliendo así los criterios para un tratamiento bien establecido de acuerdo con los criterios de Chambless & Hollon (1998).

La aplicación de la herramienta hipnótica ha resultado particularmente efectiva para el manejo del dolor, de acuerdo al meta-análisis de Flammer & Bongartz (2003) dónde se realizaron 57 ensayos controlados aleatorios (ECA), en la que el uso clínico de la hipnosis

se comparó con los grupos de control sin tratamiento o con el tratamiento convencional y se reportó un tamaño del efecto ponderado de “ d ” = 0.56. Aproximadamente tres cuartas partes de los 57 estudios (de los años 1973-2002) investigaron la aplicación de la hipnosis para quejas somáticas o como complemento a los tratamientos médicos. Hubo algunos estudios que abordaron la eficacia de la respuesta hipnótica en los trastornos de ansiedad, que se centraron principalmente en la ansiedad ante los exámenes con un tamaño del efecto ($d = 0.69$) y siete estudios sobre cesación del tabaco, que tuvieron un tamaño del efecto de ($d = 0.59$).

Por otra parte Vanhaudenhuyse et al. (2014) analizó 34 estudios, con tamaños del efecto pequeños a medianos: $g = 0.53$ para la reducción de estrés psicológico, $g = 0.36$ para la intensidad del dolor, $g = 0.56$ para el deterioro causado por el dolor, y $g = 0.36$ para el consumo de fármacos.

Otro meta-análisis realizado por Alladin & Alibhai (2007) de 21 ECA, incluyó sólo ensayos para el tratamiento de los trastornos psicósomáticos, donde reportaron un tamaño del efecto ponderado ($d = 0.61$).

La hipnosis para la reducción del dolor experimental y clínico se considera eficaz, así como en la reducción de la ansiedad y el estrés antes de procedimientos invasivos médicos quirúrgicos entre otros (Lacunza & Trejo, 2015).

A grandes rasgos, el uso de la hipnosis en la medicina se considera que es bastante eficaz. (Montgomery et al., 2000).

1.3 ¿Cómo se evalúa la RH?

La respuesta hipnótica ha sido considerada por algunos como una variable relativamente estable de la personalidad (Kumar, Pekala, & Cummings, 1996) con una distribución en la que aproximadamente entre el 10% y el 15% de la población presenta una baja sugestionabilidad hipnótica, entre el 60% y el 80% se sitúa en un rango medio de sugestionabilidad y entre el 10% y el 15% se consideran individuos altamente hipnotizables o “virtuosos hipnóticos” (Terhune, Cleeremans, Raz & Lynn, 2017). Desde esta perspectiva, se agrupan a las personas como altamente susceptibles y personas con una susceptibilidad baja, las personas que califican con alta susceptibilidad a la hipnosis (aHP) poseen un mejor y más eficiente sistema de atención fronto-límbico que los bajos (bHP) en susceptibilidad, es decir, los individuos con alta susceptibilidad a la hipnosis poseen más habilidades de filtrado atencional (Lacunza & Trejo, 2015). Cabe señalar que el sistema fronto-límbico está involucrado en la modulación de la emocionalidad y de la comodidad-incomodidad, en otras palabras, la hipnosis requiere de un esfuerzo cognitivo por las estructuras implicadas (Crawford et al. ,1993).

De manera general, los fenómenos relativos a la hipnosis se encuentran en relación con alguna forma de sugestión directa o indirecta (González Ordi & Toball, 1999). La mayoría de las escalas de evaluación de la susceptibilidad hipnótica, como la Stanford Hypnotic Susceptibility Scale - SHSS: A, B y C (Weitzenhoffer, Hilgard, & Kihlstrom, 1996), la Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility -HGSHS: A (Shor & Orne, 1963), así

como, la Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale- CURSS (Spanos et al., 1983) y la Waterloo-Stanford Group C - WSGC - Scale of Hypnotic Susceptibility (Bowers, 1993) todas las escalas antes enunciadas, se basan en la aplicación de una técnica de inducción hipnótica estandarizada y la administración de sugerencias, por ejemplo: la catalepsia, el descenso del brazo o la levitación del mismo, amnesia posthipnótica, alucinaciones olfativas o táctiles. Por ejemplo, la levitación del brazo suele orientar las sugerencias a una sensación de liviandad, de relajación o sugerirle imaginar que el brazo “flota”, la amnesia posthipnótica, que consiste en “eliminar” temporalmente un recuerdo o evento específico (que suele ir asociado con números, nombres, lugares) y que el individuo reporta ser incapaz de recordar el olvido sugerido, las alucinaciones olfativas o táctiles irían orientadas a percibir olores específicos o sensaciones térmicas con respecto a ciertos objetos (que al tocar una taza la perciba sumamente caliente, cuando en realidad está a temperatura ambiente).

Básicamente, cualquier técnica de inducción hipnótica se sustenta en una secuencia de sugerencias encadenadas para conseguir tal o cual fin (Hammond, 2007).

La Escala Stanford de Susceptibilidad Hipnótica, Forma C - ESSH:C (Weitzenhoffer et al., 1996) ha sido tradicionalmente una escala utilizada para evaluar la respuesta hipnótica (Perry, Nadon & Button, 1992) y se encuentra actualmente estandarizada en México (Sánchez-Armáss & Barabasz, 2005). Sin embargo, cabe destacar dos aspectos de particular importancia, la primera, de orden práctico, que es de las pocas escalas estandarizadas en nuestro país, y que cuenta con algunos reactivos de evaluación que pudieran resultar invasivos o incómodos al individuo a evaluar ya que coloca con un mayor puntaje en las alucinaciones olfativas (oler amoníaco y no percibirle) o de percepción (imaginar un mosquito rondando sin estar allí) todo esto, como un preliminar a la intervención hipnótica

o las sugerencias de trabajo y en segundo término, el hecho de no abarcar aspectos importantes tales como las creencias y actitudes hacia la hipnosis o experiencias previas, las cuales desempeñan un papel importante en la predicción de la respuesta hipnótica acorde a investigaciones más recientes. (Capafons, Espejo, & Cabañas, 2005; Lynn, Myer, & Mackillop, 2000)

Así, se torna de particular interés, a fin de evitar la iatrogenia señalada por Capafons (2004) en el ejercicio de la hipnosis como técnica que pudiera entrañar, o bien una deficiente evaluación o la perpetuación de nociones erróneas y mitificadas sobre la hipnosis, que impactan en la respuesta hipnótica del individuo. Es por ello, que resulta importante abordar estrategias de evaluación más actualizadas y accesibles o integrar escalas hasta ahora poco aplicadas en México a fin de ofrecer a los clínicos interesados en el uso de esta técnica, un abordaje efectivo y más holístico en pos de un mayor beneficio y cuidado del paciente.

De esta manera, la conceptualización de la hipnosis que se empleará en el desarrollo teórico y argumentativo de este trabajo de investigación, será la definición dada por Elkins y cols. (2015), refiriéndose a la respuesta hipnótica del individuo como aquella capacidad del individuo desde su experiencia subjetiva de percibir alteraciones sugeridas en las sensaciones, emociones, pensamientos o conducta durante la hipnosis.

Capítulo 2

Sugestión

La sugestión ha sido ampliamente estudiada en relación con la hipnosis (González Ordi & Toball, 1999), así mismo, González Ordi (1994) en (Hector González-Ordi, 1994) la define como: *la capacidad que todos tenemos en mayor o menor medida para dejarnos llevar por la imaginación y fantasear acerca de las cosas que nos ocurren o podrían ocurrirnos, mostrar una buena capacidad para focalizar la atención y abstraernos con nuestros propios pensamientos o sensaciones, implicarnos emocionalmente en nuestras experiencias cotidianas y dejar que el entorno (personas, situaciones, acontecimientos, etc.) influya en nuestras actitudes, pensamientos y estado de ánimo*” (p.1).

2.1 Características

La Sociedad Británica de Psicología (2001/2002) en el libro de “Hipnosis Clínica” (Mendoza, 2010) señala que: *“Las sugestiones hipnóticas se diferencian del resto de instrucciones de la vida cotidiana, en que aquéllas implican que el sujeto experimenta con “éxito” una sugestión caracterizada por una cualidad de involuntariedad o por la carencia de esfuerzo.”* (p.14). Así, la diferencia entre una sugestión regular de una hipnótica, radica en que el individuo la experimenta de manera “automática”, como ya ha sido explicado anteriormente en los postulados de Spanos y las FDO, por ejemplo. Distinto a una sugestión que puede hacernos nuestro médico, por lo regular meditamos y mediamos

nuestra respuesta ante dicho estímulo, en un marco hipnótico, el individuo realizaría dicha sugerencia de manera refleja, es decir, sin esfuerzo o deliberación consciente por hacerlo.

Algunos autores plantean que la dimensión de involuntariedad debe ser considerada para poder establecer con propiedad la sugestionabilidad hipnótica de los individuos (Bodden et al. , 1999). Por otra parte, Spanos a este respecto de la involuntariedad, sugiere que el participante experimenta las respuestas a las sugerencias como si fueran involuntarias cuando se queda absorto en un patrón de imaginaciones o FDO (Spanos, 1971). A su vez, cabe mencionar que ciertos tipos de sugerencias, por ejemplo, aquellas que llevan implícitas el cumplimiento de las mismas, son más fáciles de ejecutar (Lynn et al., 2005) *verbi gratia*: “Tus párpados pesados se cierran por sí solos”. A este respecto, el factor de autoevaluación se muestra como un elemento importante para medir la sugestibilidad en un individuo.

La sugestión cuenta con otras dimensiones que han sido estudiadas en su relación con la alta o baja sugestibilidad, tal como la absorción, (Woody, Bowers, & Oakman, 1992), la atención focalizada (Schnyer & Allen, 1995) la imaginación o implicación emocional (Rauschenberger & Lynn, 2003; Meyer & Lynn, 2011) y el fantaseo (Segal & Lynn, 1993; González Ordi, 1994) correlacionando de manera positiva.

En relación con estas variables, señalaremos que la absorción se refiere al grado de implicación que un individuo puede realizar sobre una acción específica, la atención focalizada se refiere a la capacidad de concentración y la duración efectiva de la misma, la imaginación o imaginería como aquella capacidad de desarrollar imágenes mentales y el fantaseo, muy vinculado a la imaginación, pero esta última cuenta con un componente donde la imaginería avanza sin censura, creando ensoñaciones o sustracciones temporales de la percepción regular de la realidad.

A su vez, el factor contextual o variables externas al individuo, también han sido estudiadas en relación a la sugestión, tales como los roles sociales (maestro-alumno, terapeuta-paciente, padre-hijo) (Coe & Sarbin, 1991), actitudes y expectativas (Kirsch et al., 1995) encontrado relación positiva entre las mismas.

La sugestibilidad o lo que es lo mismo, la responsividad a sugerencias, ha mostrado ser una variable relativamente estable a lo largo del tiempo en los individuos (Piccione, Hilgard, & Zimbardo, 1989; Spanos, Liddy, Baxter, & Burgess, 1994).

2.2 Relación de la sugestión con la RH

Por un lado, desde la investigación básica, el estudio de la sugestionabilidad se ha situado como una valiosa vía para mejorar nuestro conocimiento sobre la relación entre mente y cerebro y para la comprensión de determinados procesos cognitivos básicos, entre los que cabe destacar la percepción, la atención, la memoria, la consciencia, la metacognición o la regulación emocional, así como otros aspectos vinculados a la neurociencia, como los correlatos neurales estructurales y funcionales de la hipnotizabilidad, la interconectividad cerebral y estructuras implicadas en el procesamiento diferencial de las sugerencias hipnóticas (Landry, Lifshitz, & Raz, 2017). Se ha reportado, que en individuos altamente sugestionables, la inducción hipnótica crea un patrón cerebral de activación único, lo que sugiere que éstas se ven implicadas con las redes atencionales cerebrales (McGeown, Mazzoni, Venneri, & Kirsch, 2009; Landry & Raz, 2015). Así como la propuesta de cómo las regiones prefrontales, especialmente la corteza prefrontal dorsolateral y ventromedial,

pueden regular el procesamiento afectivo en función de las instrucciones y las expectativas de transmisión social en general, vinculadas a la sugestión en general (Koban, Jepma, Geuter, & Wager, 2017).

Desde el punto de vista de la investigación aplicada, el estudio de la sugestionabilidad es un asunto de gran interés debido a la relación de esta variable con la eficacia de los tratamientos basados en la hipnosis: los pacientes más sugestionables responden mejor a las sugestiones terapéuticas que los pacientes menos sugestionables, de forma que a mayor sugestionabilidad es esperable una respuesta hipnótica más elevada (Barabasz & Perez, 2007; Farb, 2012; Lynn, Shindler & Meyer, 2003).

A su vez, la alta sugestionabilidad se ha asociado también a la ansiedad (Gudjonsson, 1988; González, 1994); Por otro lado, se ha encontrado evidencia que aquellos individuos con mayores niveles de sugestionabilidad recuerdan situaciones pasadas ansiógenas más vívidamente, que aquellos con niveles más bajos en sugestionabilidad (González Ordi & Miguel-Tobal, 2001). Por lo tanto, explorar tratamientos en el manejo de la ansiedad asociados a sugestiones hipnóticas toma relevancia, por ser una técnica especialmente útil para individuos con dicha afección (Jensen et al., 2006).

Sin embargo, la sugestionabilidad de un individuo no es la única variable que se ha estudiado en relación con la hipnotizabilidad, pues, como se mencionó en el desarrollo de los diferentes modelos explicativos y las dimensiones propias de la sugestión, las variables sociales, como expectativa de respuesta o la información previa que un individuo pueda tener respecto a la hipnosis incidirá en su respuesta ante dicha técnica.

Capítulo 3

Creencias y actitudes hacia la hipnosis

Las creencias serán conceptualizadas en el presente estudio como la firme convicción y conformidad en algo o un estado de disposición adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto o situación objetiva aprehendida (Ortiz-Millán, 2007). En este caso, las creencias hacia la hipnosis asociada a sus efectos y alcance. Las actitudes serán conceptualizadas como las respuestas evaluativas relativamente estables, en relación a un objeto o tópico, que tiene consecuencias cognitivas afectivas y comportamentales (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2002). Las actitudes se asociarán con disposición a experimentar la hipnosis o temor/ desconfianza de la misma.

3.1 Relación de las creencias y actitudes con la RH

Existe evidencia que sugiere que las actitudes y creencias del individuo hacia la hipnosis son una variable moduladora de la respuesta hipnótica (Capafons et al., 2008) o de las expectativas que de ella derivan (Meyer & Lynn, 2011; Jara Vera & Martínez Sánchez, 1999; Kirsch, 1990; Steven Jay Lynn, Laurence, & Kirsch, 2015; Segal & Lynn, 1993; Butler & Bryant, 1997; Spanos, Arango, & de Groot, 1993). Siendo esto medular para un óptimo abordaje en marcos de intervención, donde unas actitudes positivas hacia la hipnosis basadas en información científica y con expectativas razonables sobre su uso, impactarían en una disminución de los miedos y lo esperable en una intervención con dicha

técnica (Hawkins & Bartsch, 2000).

3.2 Mitos o creencias hacia la hipnosis

Se ha señalado como influye en la eficacia, con los tratamientos que incorporan la hipnosis, la actitud positiva y expectativas adecuadas hacia la misma, tanto como una alta sugestionabilidad hipnótica (Schoenberger, 2000). De igual manera, se tiene evidencia que señala el efecto negativo de los mitos y acepciones erróneas que circundan la hipnosis y su práctica (Capafons Bonet, 1999; Mendoza, 2010) donde creencias y actitudes negativas hacia la hipnosis inciden negativamente en la cooperación y sugestibilidad del individuo (Chaves, 1974) asociadas a su práctica. Siguiendo esa línea, Mendoza y cols. (2010) enlistan una serie de mitos hallados en su investigación (Mendoza et al., 2010) aquí se mencionan:

1.-	<i>“La hipnosis puede dejar a la persona "enganchada" en un trance, de forma que, al no poder "salir del estado hipnótico”, quedaría mermada en su volición o devendría en un demente”.</i>
2.-	<i>“La hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías "latentes" de la persona. Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos, puede empeorar con la hipnosis”.</i>
3.-	<i>“La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Ésta deviene en un autómatas en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos,</i>

	<i>antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social” (pp. 4- 7).</i>
4.-	<i>“La hipnosis provoca un "estado" similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada.”.</i>
5.-	<i>“La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y cuasi mágicas en las personas”.</i>
6.-	<i>“La hipnosis es una terapia (hipnoterapia), sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Sólo las personas muy susceptibles, sin embargo, pueden beneficiarse de ella”.</i>

No existe evidencia que soporte ninguno de estos mitos (Wagstaff, 2000), sin embargo, se desaconseja totalmente la aplicación de la hipnosis fuera de un contexto terapéutico, como es el caso de la hipnosis de espectáculo (Lynn, Myer, & Mackillop, 2000) ya que no solo fomenta una concepción mágica o irreal de los alcances de la hipnosis sino, que es un despropósito para construir una visión científica y seria sobre la misma manteniendo las concepciones erróneas e infundiendo “temor” ante la manera en que un sujeto pudiera reaccionar ante la experiencia hipnótica, que es un campo que debe competir exclusivamente a la clínica y la investigación.

3.3 Investigaciones en relación con las creencias y actitudes hacia la hipnosis y la RH

Una investigación intercultural examinó las actitudes y creencias hacia la hipnosis en 4 muestras de universitarios, de Australia, Alemania, Estados Unidos e Irán. Con un total de 280 estudiantes con edades entre 18 y 25 años, completaron 3 cuestionarios diferentes para evaluar sus opiniones, y los resultados obtenidos señalan que hubo una similitud notable en muchos reactivos, lo que sugiere que ciertas perspectivas y actitudes sobre la hipnosis no son específicas de una cultura (Green, Page, Rasekhy, Johnson, & Bernhardt, 2006; Green et al., 2006).

Un estudio llevado a cabo en Cuba (Capafons, Espejo, & Cabañas, 2005) valoró ítems que reflejan la aceptación/rechazo de la hipnosis (actitudes), y elementos que reflejan creencias erróneas sobre ellas, como la pérdida de control o conciencia, o la supuesta facultad de la hipnosis para recuperar recuerdos y que pueden presentar un potencial iatrógeno. Dicho estudio (Capafons Bonet & Mazzoni, 2004) comparó los resultados con una muestra latinoamericana y española, donde cabe mencionar, no participaron mexicanos, los resultados mostraron que incluso en población con formación psicológica, existen creencias erróneas que confirman el problema de mitificación extensivo al tema de la hipnosis.

El objetivo de otro estudio multicultural llevado a cabo por Capafons et al., (2008) fue examinar los efectos de tener experiencia personal e información sobre la hipnosis, sobre las creencias y actitudes hacia la hipnosis, utilizando una muestra de estudiantes de España, Estados Unidos, Portugal y Rumania, los resultados indicaron que los participantes que habían experimentado previamente la hipnosis y/o basaron su conocimiento de la hipnosis en fuentes científicas obtuvieron una puntuación más alta en los factores que indican actitudes positivas y creencias basadas en información científica sobre la hipnosis.

Los estudios anteriores muestran una tendencia sobre la mitificación que existe en torno a la hipnosis y que el recibir información adecuada mejora la disposición a ser hipnotizado y la subsecuente respuesta a la hipnosis, a sí mismo, que la falta de información o el desconocimiento también existe entre los psicólogos y personal de salud, donde sería esperable encontrar mayor formación en relación al tema.

Capítulo 4

Rasgo de sensibilidad en el procesamiento sensorial

La Sensibilidad en el Procesamiento Sensorial (SPS), es un rasgo genéticamente determinado, el cual permite a las personas percibir con mayor facilidad sutilezas en los estímulos sensoriales tanto externos como internos (Aron & Aron, 1997). A estos individuos se les ha conocido como “Altamente Sensibles”, pues la evidencia sugiere que su cerebro procesa la información sensorial de una manera más profunda (Acevedo et al., 2014).

4.1 Características

Este rasgo se encuentra presente en una quinta parte de los individuos independientemente del sexo, de forma bimodal, donde se tiene el rasgo o no se tiene (Aron, 2010). Este rasgo también está presente en otras variadas especies animales, ya que todos los organismos estamos diseñados para procesar y adaptarnos a los elementos o estímulos contextuales.

Sin embargo, un mayor refinamiento en el desarrollo de la manera en que percibimos y

reaccionamos a estas demandas contextuales, apuntarían a una estrategia de desarrollo evolutivo en los humanos por las características propias de nuestras interacciones sociales y personales, pues en dichos individuos, la presencia de este rasgo les caracteriza por una mayor empatía y reactividad emocional, una mayor conciencia de las sutilezas ambientales y por ello, individuos más propensos a la saturación o sobre estimulación por un sistema nervioso central más sensible (Aron, Aron, & Jagiellowicz, 2012).

La SPS es un rasgo general que puede superponerse de alguna manera con otros cuatro comportamientos:

- 1) Inhibición del comportamiento, en nuevas situaciones o en aquellas que generan respuestas conflictivas con el fin de atender a las señales potencialmente útiles;
- 2) Mayor conciencia de los estímulos sensoriales, de modo que es posible notar mayor número de sutilezas, pero a su vez, también es probable una sobreestimulación;
- 3) Procesamiento más profundo de la información sensorial, relacionada con el pasado y proyectando sus consecuencias hacia el futuro;
- 4) Reacciones emocionales más fuertes, como presentar llanto fácil, enamorarse mucho y sentir felicidad aguda (Montoya, K. et al., 2010; Aron et al., 2012).

Acevedo, Aron, Aron, Sangster, Collins & Brown (2014) encontraron que una alta sensibilidad está asociada con una mayor activación de las regiones cerebrales que involucran la conciencia, la integración de la información sensorial, la empatía y la preparación para la acción en respuesta a un estímulo emocional intenso, así como la respuesta a personas emocionalmente cercanas y a estímulos sociales positivos. A partir de estos resultados, los investigadores concluyen que la SPS es un rasgo asociado con una conciencia aumentada y responsividad a los estados de ánimo de los demás, debido a que involucra sistemas cerebrales relacionados en el procesamiento e integración de la

información sensorial, la planeación para la acción y la conciencia en general. Además, el cerebro altamente sensible parece mediar una mayor sintonía y planificación para la acción que se necesita para responder al ambiente, particularmente en contextos socialmente relevantes (Acevedo et al., 2014).

4.2 ¿Cómo se evalúa la Alta Sensibilidad?

El instrumento de autoreporte diseñado para medir la SPS es la *High Sensitive Person Scale* (HSP Scale, por sus siglas en inglés) desarrollada por Elaine Aron y Arthur Aron en 1997.

La Escala para Personas Altamente Sensibles (HSP) consta de 27 reactivos tipo Likert de 7 puntos. Cuenta con niveles adecuados de confiabilidad y validez de contenido, de constructo y discriminante. Tiene una consistencia interna de .87 según el alfa de Cronbach calculado. El resultado del análisis factorial de componentes principales, arrojó la solución de un solo factor y éste explicó el 47% de la varianza (Aron & Aron, 1997). En una reciente revisión factorial del instrumento se encontró una solución de tres factores con 13 reactivos explicando el 55.2% de la varianza (Grimen & Diseth, 2016). Sin embargo, las correlaciones entre las escalas pudieron sostener la solución de un único factor como en el análisis factorial reportado por Aron & Aron (1997). Recientemente, se ha desarrollado un estudio para la traducción y adaptación a población mexicana, la Escala para Personas Altamente Sensibles (EPAS) (Montoya-Pérez, et al., 2020) que contiene una lista de 12 reactivos.

4.3 La alta sensibilidad y su relación con la ansiedad, el estrés y el dolor

Aron y Aron (1997) analizaron la relación de SPS con neuroticismo y extraversión. El neuroticismo comprende la inestabilidad emocional, la ansiedad y pensamientos obsesivos. Se reportaron en el estudio asociaciones moderadas ($r = .54$) con respecto al neuroticismo y la presencia del rasgo SPS.

Así mismo, otros estudios han señalado una relación entre presencia del rasgo SPS y ansiedad (Castillo, 2019; Meredith, Bailey, Strong, & Rappel, 2016; Jonsson, Grim, & Kjellgren, 2014). Por esta razón, la tendencia fisiológica para procesar información a bajos umbrales de estimulación puede predisponer a un individuo para ser más receptivo y consciente de posibles amenazas en el ambiente y, ser más reactivo fisiológicamente en consecuencia (Liss, Timmel, Baxley & Killingsworth, 2005).

Homberg, Schubert, Asan, & Aron (2016) destacan la aportación de la SPS con un fenotipo fácilmente identificable en la población, lo que proporciona indicios valiosos tanto para reconocer a las personas más vulnerables al estrés y a los trastornos del estado de ánimo, como para comprender los mecanismos neuronales que participan en la patología subyacente de estos trastornos.

Debido a que la sensibilidad genéticamente determinada no necesariamente está restringida al sistema nervioso central, se puede relacionar con una fácil alteración y con una mayor sensibilidad a los efectos de la cafeína, a la medicación y el dolor (Montoya-Pérez et al., 2020; Castillo, 2019).

4.4 Posible relación entre la alta sensibilidad y la RH

Aunque se desconoce la relación entre hipnotizabilidad y alta sensibilidad, se pudiera hipotetizar una posible relación positiva entre ellas, dados los siguientes elementos:

Como se hizo mención anteriormente, los individuos más hipnotizables (por lo tanto, más sugestionables) poseen más habilidades de filtrado atencional (Lacunza & Trejo, 2015). La absorción (Woody et al., 1992) y el fantaseo, han sido variables relacionadas de manera positiva con la sugestibilidad del individuo (Segal & Lynn, 1993; González Ordi, 1994).

Por otro lado, la presencia del rasgo SPS se caracteriza por una manera de procesar la información sensorial más profunda y detenidamente (filtrado atencional) o implicarse más emocionalmente (absorción, fantaseo, imaginación) en estos procesos (Acevedo et al., 2014), por lo que las dimensiones propias de la sugestión son coincidentes con características propias de las personas altamente sensibles.

Respecto a los trastornos relacionados con el trauma, estudios clínicos han encontrado relaciones positivas entre hipnotizabilidad con estrés agudo (Bryant, Moulds, & Guthrie, 2001). A su vez ya se ha reportado que la sugestibilidad y la ansiedad correlacionan positivamente (Gudjonsson, 1988; González, 1994). Por otro lado, se ha señalado una relación positiva entre la ansiedad y la presencia del rasgo SPS (Meredith, Bailey, Strong, & Rappel, 2016; Jonsson, Grim, & Kjellgren, 2014).

Además se conocen los beneficios de la herramienta hipnótica en el tratamiento de trastornos psicósomáticos (Alladin & Alibhai 2007). Asimismo, se ha observado una mayor prevalencia de los mismos en población con la presencia del rasgo SPS, también se ha mostrado una correlación positiva ($r = 0.44$) entre la sintomatología somática asociada al dolor de cabeza y la depresión con la presencia del rasgo SPS (Macía Rodenas, 2019).

La SPS constituye un campo de exploración obligado tanto para el entendimiento de la aparición de psicopatología, como para la formulación de estrategias de prevención de la misma (Montoya Pérez et al., 2020) y en relación con las intervenciones basadas en la aplicación de la herramienta hipnótica en individuos con presencia del rasgo SPS, podría resultar particularmente benéfica tanto en el aspecto clínico como de investigación de ambos constructos.

Capítulo 5. Planteamiento del problema

Justificación

La hipnosis se ha posicionado como una herramienta coadyuvante eficaz en el tratamiento de diversas afecciones psicológicas y médicas (Montgomery & Schnur, 2004; Mendoza & Capafons, 2009; Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995) y se ha señalado como una línea fértil de investigación, particularmente por su eficacia para el manejo del dolor crónico y agudo (Ramírez, 2013; Santana Mariño, Bernal, Rodríguez, Gómez, & Morales, 2012; Orgilés, Méndez, & Espada, 2009; Kekecs, Nagy, & Varga, 2014; Thompson et al., 2019; Montenegro, Alves, Zaninotto, Falcão, & de Amorim, 2017; Rotaru & Rusu, 2016; Hammond, 2007; Jensen & Patterson, 2014) desórdenes intestinales (Palsson, 2015) e igualmente en el tratamiento de trastornos emocionales vinculados a la ansiedad (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, & Pastyrnak, 1997; Bragado Álvarez Ana Fernández Marcos & Bragado Álvarez, 1996; Feixas Viaplana & Saldívar-Maldonado, 2010).

La sensibilidad a la respuesta hipnótica se ha medido en términos de sugestibilidad (González O., 1994; González O. & Toball, 1999). Se ha encontrado evidencia de una correlación positiva de sugestibilidad y absorción en individuos con trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático (Héctor González-Ordi, Vicente-Colomina, Capilla-Ramírez, & Santamaría-Fernández, 2018) lo cual sugiere que la intervención con hipnosis puede resultar útil para individuos con dichas afecciones.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP) señala que los tipos de trastornos con mayor frecuencia fueron los de ansiedad 14.3%, seguidos por los trastornos de uso de sustancias 9.2% y los trastornos afectivos 9.1% (María Molina et al., 2003). A su vez, acorde a los datos recopilados en el Sectorial & Salud (2018), existe un estudio realizado con población mexicana donde se encontró que la depresión y la ansiedad generan una condición de discapacidad mayor y días de trabajo perdidos comparado con algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas (Muñoz, Medina-Mora, Borges & Zambrano, 2007). Otro estudio llevado a cabo señala que un 24.7% de los adolescentes mexicanos se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental, siendo los más recurrentes los trastornos de ansiedad (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano, & Aguilar-Gaxiola, 2009). En la actualidad son once los tipos de trastornos de ansiedad descritos en el DSM-5 (APA ,2013) de los cuales en México se reporta una prevalencia que oscila entre el 8.4% y 29.8% (Macías-Carballo, Pérez-Estudillo, López-Meraz, & Beltrán-Parrazal, 2019). En consideración de lo anterior, se torna de particular interés desarrollar estrategias de intervención eficientes, que ofrezcan una óptima relación costo - beneficio, por lo que considerar la hipnosis como alternativa de tratamiento ante dichas afecciones, resulta viable para hacer frente a dicha problemática de salud social.

A su vez, cabe mencionar que la presencia del rasgo SPS, se ha asociado a prevalencia en trastornos de ansiedad o ansiedad generalizada, por lo que el estudio de la respuesta hipnótica asociado a esta variable, enriquece el entendimiento de la psicopatología y alternativas de tratamiento en individuos con presencia de dicho rasgo.

En este contexto, la investigación en el campo de la hipnosis debería profundizarse y sistematizarse, pues bien señala Krikorian & Castañeda (2018) en su meta-análisis realizado en América Latina señala que la investigación en relación con la RH no ha sido muy prolífera en México. En ese sentido consideramos que resulta importante en pos de un desarrollo científico del constructo hipnótico y, en consecuencia, de las intervenciones basadas en esta herramienta, un conocimiento más profundo de la manera en que se conceptualiza, se evalúa y particularmente, la manera en que estas variables propuestas inciden en la respuesta a dichas intervenciones.

Por ello, en la presente investigación se desea conocer la posible relación de la sugestibilidad con una variable biológica que es la alta sensibilidad, pero al mismo tiempo recuperar las creencias y actitudes que provienen del modelo de aprendizaje social. Estas variables permitirían identificar a las personas que estarían en mayor disposición de recibir técnicas basadas en la hipnosis en tratamientos médicos y/o psicológicos.

Pregunta de investigación

¿Cómo se relaciona la respuesta hipnótica a partir de la sugestibilidad con las creencias y actitudes a la hipnosis y la alta sensibilidad al procesamiento sensorial?

Objetivos

Considerando lo mencionado anteriormente, el presente proyecto de investigación tiene como principal objetivo estudiar la relación de la alta sensibilidad al procesamiento sensorial y las creencias y actitudes hacia la hipnosis con la sugestibilidad del individuo.

Como objetivo secundario de esta investigación, realizar estudios psicométricos sobre los instrumentos empleados, a fin de poder ofrecer una estandarización a dichos instrumentos para población mexicana.

Hipótesis

1. Hay una correlación positiva entre la sugestibilidad y creencias y actitudes hacia la hipnosis.
2. Hay una correlación positiva entre la sugestibilidad y el rasgo de alta sensibilidad
3. Hay una correlación positiva entre las creencias y actitudes hacia la hipnosis y el rasgo de alta sensibilidad

Participantes

La muestra obtenida fue de 728 participantes.

Cómo criterio de inclusión se consideró que aceptaran participar en el estudio a través del consentimiento informado, ser de nacionalidad mexicana y mayor de edad.

Como criterio de eliminación, un inadecuado llenado en los formatos de respuesta, ya sea por que estén incompletos o con valores distintos a los establecidos en los tipos de respuesta, sin embargo, no aplicó para ninguno de los participantes.

Instrumentos

Escala de Creencias y Actitudes hacia la Hipnosis – Versión Cliente - (Capafons, Morales, Espejo, & Cabañas, 2006a).

Compuesta por 37 ítems, con una duración de aplicación aproximadamente de 10 minutos, la escala incluye unas preguntas previas que recogen información acerca de los datos de identificación, sexo, del nivel de formación universitaria, si han sido hipnotizados con anterioridad, conocimientos generales sobre hipnosis y los medios a través de los cuales se ha obtenido dicha información, entre otros, con un formato de respuesta tipo escala Likert de seis puntos, indicando el 1 estar completamente en desacuerdo, y el 6 completamente de acuerdo. La escala está compuesta por ocho factores: Miedo (r: 4,7,16,18,19,20) ($\alpha=.79$), Memoria (r: 3,30,31,32,33) ($\alpha=.67$), Ayuda (r: 1,10,12,17,23,29,37) ($\alpha=.82$), Control (r: 14,15,21,22,24,25) ($\alpha=.76$), Colaboración (r: 2,8,13) ($\alpha=.63$), Interés (r: 26,27,28) ($\alpha=.88$), Mágica (r: 5,6,9) ($\alpha=.58$) y Marginal (r: 34,35,36) ($\alpha=.50$). Los factores Ayuda, Control, Colaboración e Interés, son factores “positivos”, es decir, un puntaje más elevado en estos factores señala una mejor actitud y un conocimiento más amplio de la hipnosis desde una base científica, mientras que los otros cuatro factores, Miedo, Memoria, Mágica y

Marginal, son “negativos”, por tanto, puntuaciones elevadas en general, indicarían un pobre conocimiento de la hipnosis científica, así como actitudes no adecuadas o poco óptimas para su aplicación. También se analizó la estructura factorial de la Escala revisada de actitudes y creencias hacia la versión hipnosis versión cliente, así como sus propiedades psicométricas, tal como se llevó a cabo posteriormente en la versión revisada en población española (Capafons, Suárez-Rodríguez, & Luisa Selma, 2015).

Se realizó un análisis factorial exploratorio de la escala y se obtuvo una solución modelo de 8 factores similar a la encontrada en otras versiones de esta escala.

Inventario de Sugestionabilidad – I.S. (González - Ordi & Miguel -Toball, 1999)

El Inventario de Sugestionabilidad proporciona una puntuación total en sugestionabilidad, comprendida con un rango de 0 a 88 puntos, de tal manera que, a mayor puntuación, mayor sugestionabilidad. Respecto a la consistencia interna se reportó ($\alpha = .79$) aceptable. Se administra bajo una modalidad de autoinforme, está constituido por 22 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, de cinco puntos (de 0 a 4 puntos), donde los sujetos deben responder a la frecuencia con que dichas reacciones aparecen en su vida cotidiana, siguiendo los siguientes criterios: "0"= casi nunca, "1"=pocas veces, "2"= unas veces sí otras veces no, "3"= muchas veces y "4"= casi siempre. Compuesta de 4 factores: Fantaseo, compuesto por cuatro ítems (12, 11, 17 y 16), con pesos factoriales que oscilan entre .69 y .58. “Absorción o Concentración” compuesto por cuatro ítems (13, 8, 2 y 15), con pesos factoriales que oscilan entre .56 y .53. “Implicación Emocional” conformado por cinco ítems (7, 6, 9, 14 y 18), con pesos factoriales que oscilan entre .78 y .54 y finalmente el factor de “Influenciabilidad” constituido por cinco ítems (20, 1, 4, 22 y 3) con pesos

factoriales que oscilan entre .69 y .42. Se debe señalar a este respecto que los ítems 10, 19, 21 y 5 no han sido agrupados específicamente en ningún factor debido a que muestran pesos factoriales que saturan igualmente en distintos factores (González Ordi & Toball, 1999). La escala no se encuentra adaptada actualmente en México.

Escala para Personas Altamente Sensibles (EPAS) (Aron & Aron, 1997)

La Escala para Personas Altamente Sensibles (HSP). Es un instrumento de auto-reporte diseñado para medir el grado de sensibilidad de personas adultas. Consta de 27 reactivos con respuestas tipo Likert que va de 1 (*para nada*) a 7 (*extremadamente*), los cuales son respondidos a partir de la forma en la que la persona se siente. Todos los reactivos son puntuados en la misma dirección por lo que a mayor puntuación, mayor nivel de sensibilidad. El análisis factorial arrojó una solución de dos factores con 17 reactivos, un índice de fiabilidad de ($\alpha=0.89$) y una correlación entre los factores de ($r=0.57$). Los índices de fiabilidad de los factores fueron de $\alpha=0.86$ llamado *Sensibilidad Procesada* (SP) y $\alpha=0.79$ denominado *Umbral Sensorial Bajo* (USB) respectivamente. Su estructura fue confirmada con parámetros de ajuste adecuados y se desestimaron diez reactivos de la escala original por contribuir débilmente con el constructo a tratar (Montoya-Pérez, et al. 2020).

Procedimiento

Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, el muestro no probabilístico es definido por Kinnear & Taylor (1998) como una selección de elementos de la población que van a formar parte de la muestra basados hasta cierto punto en el

criterio del investigador o entrevistador de campo. A su vez el muestreo por conveniencia es definido por Otzen & Manterola (2017) como aquel muestreo que permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador. Se utilizará un formato digital de las respectivas escalas y será enviado a través de *Google Forms*, por distintas plataformas virtuales, a fin de llegar a la mayor cantidad de población posible hasta lograr la muestra planteada. En la aplicación virtual se solicitarán algunos datos sociodemográficos tales como el sexo, la edad y la escolaridad. A su vez, se añadirá en el formato digital un consentimiento informado dónde el participante acepta de conformidad la participación en el presente trabajo de investigación y el procesamiento de sus datos bajo total confidencialidad, cabe destacar que para poder realizar el cuestionario primero es necesario la aceptación del consentimiento informado, de lo contrario el participante no podrá contestarlo. Respecto al orden de las escalas, se comenzó con la Escala de Creencias y Actitudes hacia la Hipnosis, seguida del Inventario de Sugestionabilidad y finalizará con la Escala para Personas Altamente Sensibles, todas las escalas mencionadas cuentan con la ventaja de ser autoadministrables. Al finalizar el cuestionario de forma automática les llegarán dos correos electrónicos los cuales contendrán el número de folio y una copia de su formulario contestado, respectivamente. Se concentrará la información de los resultados de los cuestionarios en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel.

Análisis de datos

Previo a los análisis se dividió la muestra en aproximadamente el 50% de los datos, para realizar los análisis exploratorios con la mitad de la muestra y el análisis final confirmatorio con la otra mitad de la muestra.

Se realizaron los siguientes análisis con los datos con la primera muestra:

1) Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

El AFE es una técnica que tiene como objetivo transformar un conjunto de p variables observadas (las respuestas a los ítems) en otro conjunto de q variables que las resumen y a las que se les conoce como factores (Mulaik, 1972). En el AFE es necesario asumir algunos supuestos, pues se basa en un modelo estadístico en el que a partir de un método de extracción de factores se pueden estimar los parámetros del modelo. El objetivo, por lo tanto, es encontrar el modelo factorial que represente los datos a partir del mínimo número de factores y en el que se verifique la estructura de covarianza (o matriz de correlaciones) de las variables observadas. Asimismo, el AFE utiliza pruebas de bondad de ajuste para valorar el grado en que el modelo reproduce los datos observados -validez de constructo (Tatsuoka y Lohnes, 1988). Además de contrastar los constructos o dimensiones.

Análisis de la Distribución de las variables observables

Se presenta la media y desviación típica de las puntuaciones de la escala, así como el sesgo y la curtosis (con sus errores típicos) y el porcentaje de valores perdidos en el total de los evaluados en cada uno de sus ítems (Lewis-Beck, 1994). Se considera que las variables

tienen una distribución aproximadamente normal si la asimetría es menor a ± 2 y la curtosis ± 7 y no debe existir más de 5% de valores perdidos (Abad, Ponsoda, Olea y García, 2011).

Prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), prueba de esfericidad de Bartlett y unidimensionalidad de las sub-escalas

Antes de llevar a cabo un análisis factorial es necesario estudiar si la matriz de correlaciones cumple con las condiciones suficientes para ser factorizada. Una de ellas es que las variables estén relacionadas. La prueba de esfericidad de Bartlett contrasta si la matriz **R** (de correlaciones) es una matriz de identidad; si el valor de X^2 es significativo, es adecuado realizar un análisis factorial, si no, debería cuestionarse su uso. También se emplea la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que compara las correlaciones observadas con las correlaciones parciales entre las variables, según Kaiser (1974) valores superiores a 0.80 son buenos, a 0.70 son medianamente aceptables y por debajo de 0.50 son inaceptables.

El análisis factorial exploratorio nos permite identificar aquellos ítems con mejor comportamiento. Se consideraron dos criterios para retener ítems, el primero es que tuvieran pesos factoriales mayores a 0.3 (Hair, Anderson, Tathan & Black, 1999), el segundo es que para mantener la consistencia conceptual se eliminaron aquellos ítems que tenían pesos factoriales similares en más de un factor (Lloret-Segura et al., 2014).

2. Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en la primera mitad de la muestra.

Con el objetivo de validar el modelo exploratorio se realiza con la misma muestra un análisis factorial confirmatorio (AFC) con el que se trata de depurar las variables observables y mantener las que mejor representen a las variables latentes, así como confirmar la unidimensionalidad de cada factor. Una de las grandes ventajas es que es otra forma de depurar e identifica los ítems significativos para cada dimensión y el ajuste por dimensión. Por lo que con este tipo de modelos se busca “confirmar” mediante el análisis de la muestra (o muestras) las relaciones propuestas a nivel teórico (Lévy, Martín y Román, 2006).

Si el modelo es correcto, los índices de ajuste ayudarán a confirmar que la matriz de covarianzas observadas podría reproducirse con la matriz de covarianzas del modelo.

De esta manera, según McIver & Carmines (1981) un cociente χ^2/gl inferior a tres indica un buen ajuste del modelo. Valores de CFI y NNFI por encima de .90 indicarían un ajuste aceptable (Hu & Bentler, 1995). Para la RMSEA, se consideran aceptables valores entre .05 y .10 (ideal igual o inferior a .08) (Cole & Maxwell, 1985).

En la Tabla 1, se presentan los principales indicadores de ajuste y los valores que señalan ajustes aceptables y ajuste excelente.

Interpretación	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. Ajuste aceptable	< .05	< 3	< .08	> .9	> .9	> .9	> .9
2. Ajuste excelente	< .05	< 3	< .05	> .95	> .95	> .95	> .95

3. Validez de constructo (AFC)

Para poder validar el constructo a estudiar, se realizará un AFC sobre la segunda mitad de la muestra esto a razón de evitar la capitalización del azar, es decir, explorar y confirmar el modelo obtenido con la primera mitad de la muestra.

RESULTADOS:

ESTUDIO PSICOMÉTRICO SOBRE EL INVENTARIO DE SUGESTIBILIDAD

1. 0 Análisis Factorial Exploratorio del Inventario de Sugestibilidad

Con la primera parte de la muestra, la cual se conformó de 340 participantes, se realizó un análisis factorial de los ítems del Inventario de Sugestibilidad por el método PCA (componentes principales), y rotación oblicua (Promax con Kaiser) forzado a cuatro factores tal como fue realizado en el AFE de la escala original (González - Ordi & Miguel - Toball, 1999). Los resultados obtenidos en nuestro análisis de datos permiten concluir que la sugestibilidad tiene una distribución normal al arrojar valores de asimetría que oscilan de -.00 a 0.47 y de curtosis valores que oscilan de -.13 a -1.26 (ver Tabla 1).

Estructura interna de la prueba

Se realizaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett, donde se encontraron valores aceptables para KMO (.780) así como para la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 2509.165$, $p < .001$). Esto nos permite identificar que la matriz de datos es factorizable.

1.1 Prueba de normalidad del Inventario de Sugestibilidad

Tabla 1. Propiedades de normalidad de los reactivos.

	Reactivos	Media	Desv. tít.	Asimetría	Curtosis
1.	La opinión de los demás cuenta mucho para mí.	1.89	1.01	0.31	-.53
2.	Puedo imaginar cosas de forma clara y nítida.	2.82	1.02	-.59	-.33
3.	Me dejo llevar por los demás.	1.27	1.02	0.49	-.29
4.	Es fácil para mí contagiarme del estado de ánimo de los otros.	1.77	1.12	0.24	-.68
5.	Soy una persona sugestionable.	1.48	1.08	0.43	-.35
6.	Tengo ideas o pensamientos supersticiosos.	1.32	1.18	0.47	-.80
7.	Me suelen afectar las película de terror.	1.29	1.31	0.70	-.73
8.	Cuando me concentro en algo puedo quedarme absorto/a.	2.14	1.12	-.00	-.74
9.	Soy una persona impresionable.	2.11	1.11	0.12	-.74
10.	Cuando me concentro en mis pensamientos pierdo fácilmente la noción del tiempo	2.19	1.26	-.27	-.97
11.	Cuando escucho la música que me gusta, me dejo llevar	2.11	1.39	-.12	-1.26
12.	El sonido de una voz puede ser tan fascinante para mí que puedo .	1.79	1.35	0.09	-1.22
13.	Tengo facilidad para concentrarme en la tarea que estoy haciendo.	2.45	1.14	-.29	-.69
14.	Mientras veo una película, puedo llegar a estar tan implicado que me olvido de mí mismo ...	1.70	1.29	0.21	-1.08
15.	Puedo recordar ciertas experiencias pasadas con tal claridad ...	2.29	1.16	-.09	-.89
16.	Fantaseo a cerca de las cosas que me ocurren o que me gustaría que me pasaran.	2.46	1.21	-.30	-.93
17.	Sueño despierto/a.	1.91	1.38	0.06	-1.23
18.	Las película emotivas me hacen llorar fácilmente.	2.29	1.39	-.23	-1.23
19.	Cambio de opinión con facilidad.	1.84	1.10	0.23	-.60
20.	Tiendo a creer lo que me dicen los demás.	1.54	1.05	0.39	-.37
21.	Hay personas que me fascinan a primer golpe de vista.	2.12	1.29	0.22	-.30
22.	Dejo que determinadas personas influyan en mí más de lo que considero conveniente.	2.18	1.28	0.22	-.13

1.2 Estructura Interna

Al realizar el análisis factorial exploratorio, se obtiene una solución de 4 factores ya que se consideran autovalores superiores a 1 como significativos. En la Tabla 2 se muestra el autovalor para cada factor, el porcentaje de varianza explicado por factor y el porcentaje acumulado, esta solución explica menos del 50% de la varianza.

Tabla 2. Total de varianza explicada en AFE del I.S.

		% de la	% de la
Factores	Autovalor	varianza	acumulado
1	5.045	22.933	22.933
2	2.072	9.418	32.351
3	1.707	7.760	40.111
4	1.313	5.968	46.078
5	1.163	5.288	51.366
6	1.105	5.023	56.389

1.3. Factores

INLUENCIABILIDAD: Compuesto por ocho ítems (3, 5, 6, 20, 4, 7, 19, 1 y 9) con pesos factoriales que oscilan entre .696 y .411. Este factor explicó el 22.933 % de la varianza total explicada.

IMPLICACIÓN EMOCIONAL: Compuesto por tres ítems (21,22,12), con pesos factoriales que oscilan entre .936 y .923. Este factor explicó el 9.418 % de la varianza total explicada.

ABSORCIÓN: Compuesto por seis ítems (10,8,11,13,14,18), con pesos factoriales que oscilan entre .527 y .466. Este factor explicó el 7.760 % de la varianza total explicada.

FANTASEO: Compuesto por tres ítems (17, 16, 15), con pesos factoriales que oscilan entre .815 y .480. Este factor explicó el 5.968 % de la varianza total explicada.

1.4. Matriz Factorial

En la tabla 3 se muestran los ítems y sus pesos factoriales en las distintas dimensiones de la escala.

Tabla 3. Cargas factoriales (λ) de los reactivos en los factores

Item	Peso factorial (λ)
Dimensión: Influenciabilidad	
3. Me dejo llevar por los demás	0.69
5. Soy una persona sugestionable	0.70
6. Tengo ideas o pensamientos supersticiosos	0.63
20. Tiendo a creer lo que me dicen los demás	0.62
4. Es fácil contagiarme del estado de ánimo de los otros.	0.53
7. Me suelen afectar las películas de terror	0.52
19. Cambio de opinión con facilidad.	0.52
1. La opinión de los demás cuenta mucho para mí.	0.49
9. Soy una persona impresionable	0.41
Dimensión: Implicación emocional	
21. Hay personas que me fascinan al primer golpe de vista	0.93
22. Dejo que determinadas personas influyan en mí más ...	0.92
12. El sonido de una voz puede ser tan fascinante para mí que puedo continuar escuchándola y olvidarme de lo que me rodea.*	0.62
Dimensión: Absorción	
10. Cuando me concentro en mis pensamientos pierdo fácilmente la noción del tiempo.	0.64
8. Cuando me concentro en algo puedo quedarme absorto/a.	0.61
11. Cuando escucho la música que me gusta, me dejo llevar por ella hasta el punto de que me olvido de lo demás.	0.59
13. Tengo facilidad para concentrarme en la tarea que estoy haciendo.	0.46
14. Mientras veo una película, puedo llegar a estar tan implicado que me olvido de mí mismo. *	0.43
18. Las películas emotivas me hacen llorar fácilmente	0.41
Dimensión: Fantaseo	
17. Sueño despierto/a.	0.81
16. Fantaseo acerca de las cosas que me ocurren .	0.80
15. Puedo recordar ciertas experiencias pasadas de mi vida con...	0.48

*Nota: Los * señalan aquellos ítems que tuvieron pesos altos en dos dimensiones.*

1.5 Análisis Factorial Confirmatorio

Para establecer el modelo se empezó estudiando la unidimensionalidad de cada factor, con los mismos datos se hizo un análisis por cada factor y se analizaron los índices de ajuste y se mejoraron con los siguientes criterios: 1) Se eliminaron los ítems con pesos factoriales no significativos ($p > 0.05$) o con pesos factoriales menores a 0.40; 2) Se eliminaron los ítems que mostraban gran similitud en la redacción con algún otro ítem, para identificarlos se analizaron los índices de modificación y aquellos que mostraban una correlación entre los errores ($r > 0.25$) se revisó la redacción identificando similitudes para considerar descartar algún ítem

A partir de estos criterios se muestran los ítems que se fueron eliminando de los que iremos señalando la justificación.

1.6 Dimensión Influenciabilidad

Se decidió eliminar los siguientes ítems:

1) el ítem 1 ($\lambda = .49$) cuyo error mostró una correlación de $-.171$ con el error del ítem 6 cuyo peso factorial era mayor ($\lambda = .63$).

2) el ítem 6 ($\lambda = .63$) por su comportamiento poco consistente con el resto de los ítems.

De esta manera el modelo para la dimensión de Influenciabilidad se construye por los ítems 3,9,5,20,4,7,19 (ver figura 1). En la tabla 4 se muestran los ítems de bondad de ajuste en los diferentes momentos del análisis.

Tabla 4. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial Confirmatorio de la dimensión de Influenciabilidad:

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	86.062	3.19	.08	.95	.85	.89	.89
2.Eliminando I1	46.93	2.34	.06	.97	.91	.94	.94
3.Eliminando I6	34.1	2.43	.07	.97	.91	.94	.94

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento

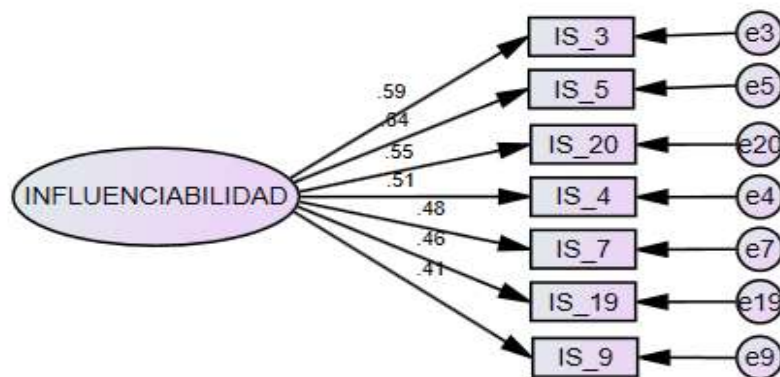


Figura 1. Modelo de la dimensión de Influenciabilidad

1.7 Dimensión de Implicación emocional:

El modelo para la dimensión de Implicación emocional se construye por los 21, 22 y 12 (ver figura 2). En la tabla 5 se muestran los resultados de los índices de bondad de ajuste obtenidos durante el AFE

Tabla 5. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial Confirmatorio de la dimensión de Implicación Emocional:

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	89.19	2.07	.05	.95	.96	.97	.97

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento

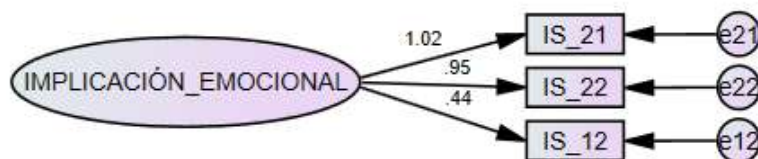


Figura 3. Modelo de la dimensión de Implicación emocional

Durante el análisis se encontraron casos Heywood (Kolenikov & Bollen, 2012) por lo que se decidió eliminar la dimensión.

1.8 Dimensión de Absorción:

Se decidió eliminar los siguientes ítems:

1) el ítem 14 ($\lambda = .43$) cuyo error mostró una correlación de .31 con el error del ítem 11 cuyo peso factorial era mayor ($\lambda = .59$).

2) el ítem 13 ($\lambda = .46$) por su valor de significancia ($p = .108$).

De esta manera el modelo para la dimensión de Absorción se construye por los ítems 10,8,11,18 (ver figura 4). En la tabla 6 se muestran los ítems de bondad de ajuste en los diferentes momentos del análisis.

Tabla 6. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial Confirmatorio de la dimensión de Absorción:

Modelos	Sig. de X^2	x^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	30.13	3.34	.08	.97	.83	.90	.90
2. Eliminando I14	6.93	1.38	.03	.99	.97	.99	.99
3. Eliminando I3	2.32	1.16	.02	.99	.99	.99	.99

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento

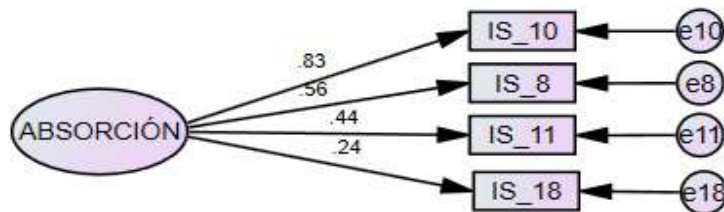


Figura 4. Modelo de la dimensión de Absorción

1.9 Dimensión de Fantaseo:

El modelo para la dimensión de Fantaseo se construye por los 17,16,15 (ver figura 5). En la tabla 7 se muestran los resultados de los índices de bondad de ajuste obtenidos durante el AFE, los cuales tuvieron valores adecuados no siendo necesaria ninguna modificación.

Tabla 7. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial Confirmatorio de la dimensión de Fantaseo:

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	74.40	1.73	.05	.96	.94	.95	.95

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento

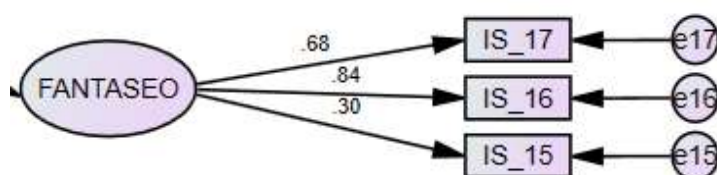


Figura 5. Modelo de la dimensión de Fantaseo

2.0 Comparación de modelos

En este análisis se compara el modelo que se ha ido ajustando en comparación con la propuesta de los autores.

En la tabla 8 se presentan los índices de bondad de ajuste del modelo propuesto en comparación con el modelo de los autores.

Para este análisis se consideró la segunda parte de la muestra la cual consta de 387 participantes, las consideraciones de este momento del análisis consisten en la correlación entre las dimensiones que anteriormente fueron analizadas individualmente en base a un Análisis Factorial Exploratorio.

Como puede verse, los resultados indican que el modelo obtiene un ajuste aceptable (ver tabla 8), especialmente si se compara con el modelo propuesto por los autores (ver figura 6). Por lo que se presentan los pesos factoriales y correlaciones adecuadas (ver figura 7).

Tabla 8. Índices de bondad de ajuste del Modelo Final. Análisis Factorial Confirmatorio entre dimensiones.

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
Modelo (González Ordi & Toball, 1999)	453.99	3.52	.09	.87	.63	.69	.69
Modelo final probado en la 1ª muestra	132.7	1.79	.05	.95	.91	.93	.93
Modelo final probado en la 2ª muestra	211.4	2.85	.07	.93	.86	.86	.87

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

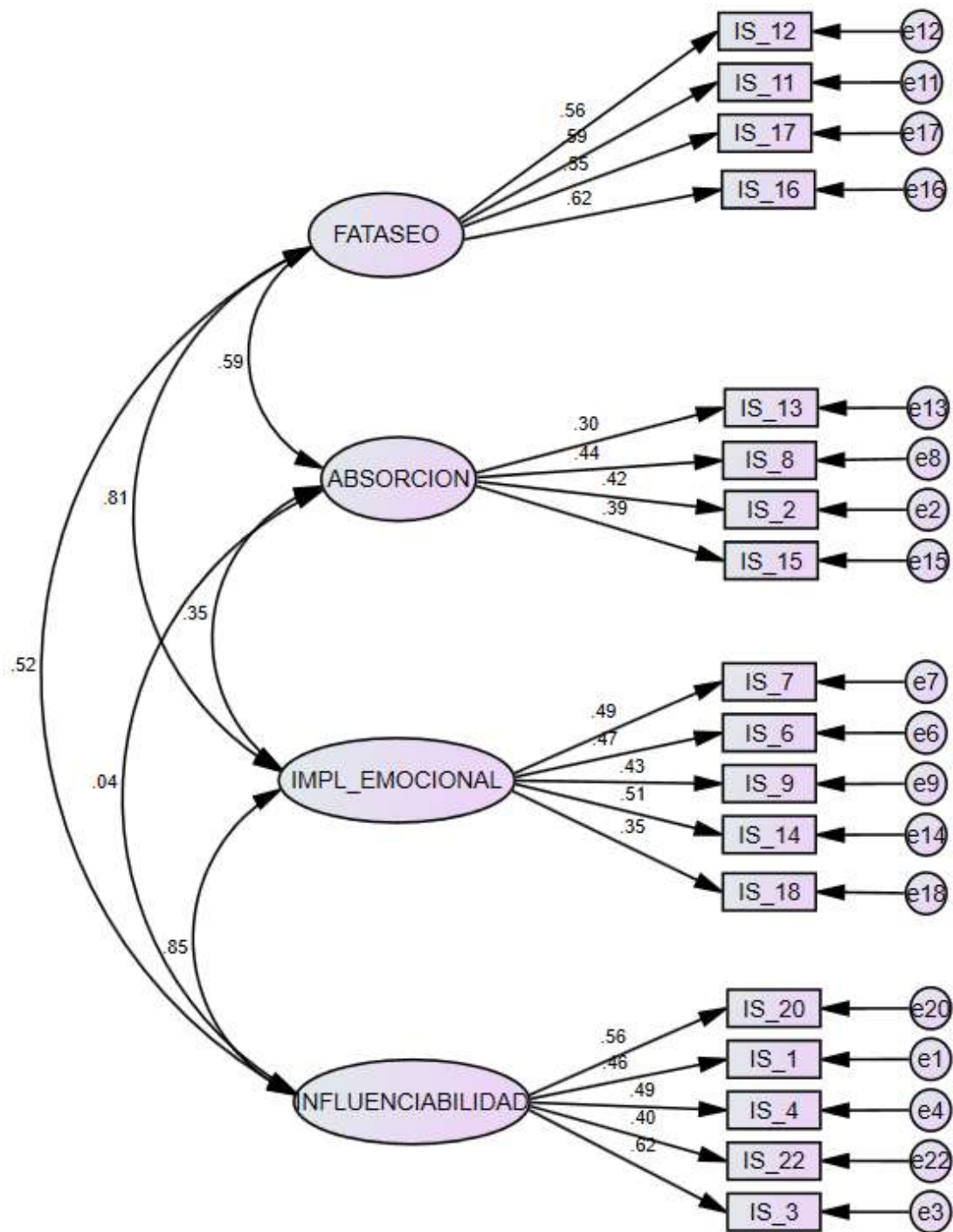


Figura 6. Modelo propuesto por los autores (González Ordi & Toball, 1999).

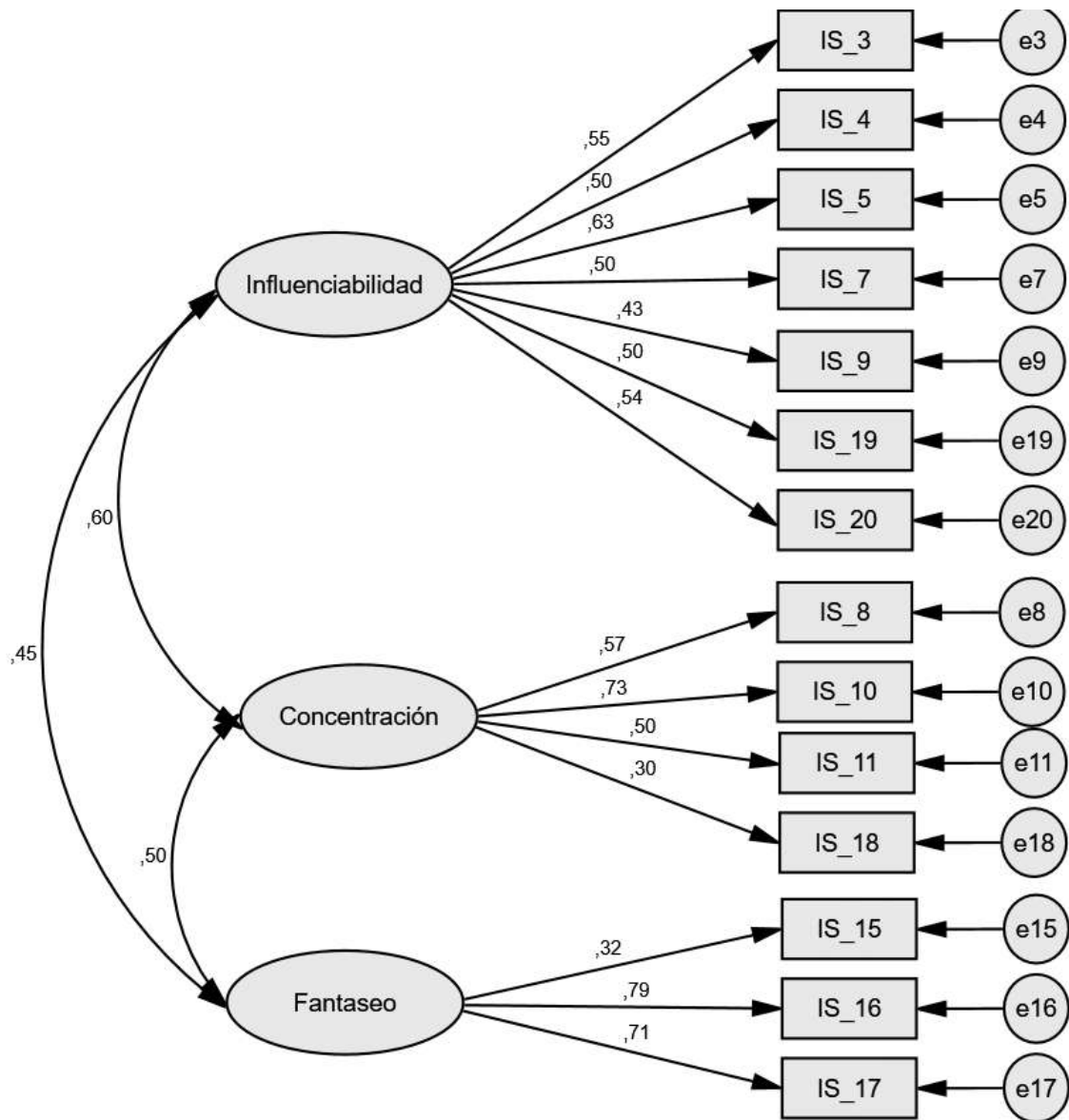


Figura 7. Propuesta de modelo ajustado

3.0 Análisis de confiabilidad

Al finalizar el Análisis Factorial Confirmatorio de la prueba obtuvimos modelos por dimensión a los que se analizó la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach y el Omega obteniendo valores aceptables en las dos primeras dimensiones en la salvedad de la última, fantaseo, dónde los valores son bajos.

Tabla 9. Análisis de fiabilidad de las dimensiones ajustadas

Factores	Reactivos del factor	Alfas de Cronbach	Omega
INFLUENCIABILIDAD	3,5,20,4,7,19 Y 9	0.72	0.72
CONCENTRACIÓN	10,8,11,18	0.63	0.63
FANTASEO	17,16,15	0.59	0.49

ESTUDIO PSICOMÉTRICO SOBRE LA ESCALA DE VALENCIA DE CREENCIAS Y ACTITUDES A LA HIPNOSIS – VERSIÓN CLIENTE (EVCAH-C)

1.0 Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Valencia de Creencias y Actitudes a la Hipnosis – Versión Cliente (EVCAH-C)

Con la primera parte de la muestra, la cual se conformó de 340 participantes, se realizó un análisis factorial de los ítems por el método de componentes principales con rotación Varimax (Capafons, Morales, Espejo & Cabañas, 2006).

Los resultados obtenidos en nuestro análisis de datos permiten concluir que las creencias y actitudes hacia la hipnosis son una variable que tiene una distribución normal al arrojar valores de asimetría que oscilan de -.09 a 0.45 y de curtosis valores que oscilan de -.13 a -1.26 (ver Tabla 10).

Estructura interna de la prueba

Se realizaron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Bartlett, donde se encontraron valores aceptables para KMO (.838) así como para la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 5221.490$, $p < 0.001$). Esto nos permite identificar que la matriz de datos es factorizable.

1.1 Prueba de normalidad

Tabla 10. Propiedades de normalidad de los reactivos de la Escala de Valencia de Creencias y Actitudes a la Hipnosis

Reactivos	Media	Desv. típ.	Asimetría	Curtosis
23. La hipnosis puede ser de gran ayuda para otros.	4.03	1.31	-.43	-.05

24. La hipnosis implica un esfuerzo de cooperación entre el hipnotizador y el cliente.	4.48	1.28	-.54	-.17
25. Se necesita estar en un trance hipnótico para conseguir las metas de la intervención.	3.65	1.35	-.22	-.33
26. La hipnosis me da miedo.	2.86	1.58	.44	-.78
27. Bajo hipnosis se consiguen cosas sin ningún esfuerzo por parte de la persona.	3.31	1.42	.02	-.63
28. La hipnosis puede ser una solución mágica a los problemas de la persona hipnotizada.	2.69	1.48	.44	-.75
29. Creo que bajo hipnosis la persona es un autómatas a merced del hipnotizador.	3.53	1.50	-.03	-.80
30. La hipnosis requiere esfuerzo por parte de la persona hipnotizada.	3.95	1.34	-.39	-.26
31. La hipnosis es todo lo que se necesitaría para tratar la mayoría de problemas.	2.57	1.45	.61	-.47
32. La hipnosis puede ser de gran ayuda para mejorar los efectos de los tratamientos a los que se adjunta.	3.74	1.38	-.34	-.50
33. La persona hipnotizada es pasiva.	3.50	1.38	-.04	-.51
34. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias psicológicas.	4.39	1.32	-.60	-.01
35. Para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración.	4.67	1.31	-.81	0.17
36. La persona hipnotizada puede "salir" de hipnosis cuando lo desee.	3.04	1.35	.25	-.29
37. Bajo hipnosis la persona conserva su voluntad para hacer lo que quiera.	3.21	1.34	.24	-.29
38. La hipnosis es una técnica segura, con pocos riesgos.	3.61	1.36	-.09	-.40
39. La hipnosis fomenta la capacidad de auto-control.	3.47	1.32	-.12	-.33
40. Tengo miedo de quedarme "enganchado" en un trance hipnótico.	3.24	1.68	.17	-1.08
41. Creo que bajo hipnosis se puede llegar a perder el control sobre uno mismo.	3.47	1.52	-.36	-.80
42. Creo que la hipnosis puede resultar peligrosa.	3.29	1.57	.19	-.91
43. Todo lo que ocurre bajo hipnosis lo provoca la persona hipnotizada.	3.29	1.38	.13	-.47
44. Bajo hipnosis pueden obligar a la persona a hacer cosas que no desee.	3.60	1.477	-.02	-.83
45. La hipnosis es un facilitador de los resultados hipnóticos.	4.04	1.29	-.36	-.14
46. Si la persona está en contra de una	3.82	1.35	-.13	-.46

sugestión puede ignorarla completamente.				
47. La persona hipnotizada mantiene el control sobre sí misma.	3.22	1.39	.17	-.53
48. Me gustaría ser hipnotizado/a.	3.53	1.86	-.09	-1.39
49. Me dejaría hipnotizar si se diera el caso.	3.60	1.83	-.17	-1.33
50. Me gustaría ser muy hipnotizable.	2.83	1.61	.45	-.85
51. Se aprende más deprisa bajo hipnosis.	3.02	1.42	.27	-.52
52. Lo que se recuerda bajo hipnosis es la verdad.	3.45	1.45	-.01	-.60
53. Es imposible mentir bajo hipnosis, aunque la persona hipnotizada lo desee.	3.62	1.45	.01	-.74
54. Una forma de confirmar que un suceso ocurrió es que la persona lo recuerde bajo hipnosis.	3.78	1.35	-.27	-.39
55. La hipnosis es un estado de trance.	4.35	1.29	-.48	-.15
56. La hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica.	3.86	1.36	-.22	-.35
57. En general, algunas de las características fundamentales de las personas muy hipnotizables serían: credulidad, ignorancia y dependencia psicológica.	3.32	1.45	.16	-.56
58. La persona hipnotizada se encuentra disociada.	3.32	1.45	.16	-.56
59. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias mágicas.	4.24	1.38	-.44	-.27

1.2 Estructura Interna

Al realizar el análisis factorial exploratorio, se obtiene una solución de 9 factores, considerando como significativos autovalores superiores a 1. En la Tabla 7 se muestra el autovalor para cada factor, el porcentaje de varianza explicado por factor y el porcentaje acumulado, esta solución explica menos del 50% de la varianza.

Tabla 11. Total de varianza explicada en AFE de Escala de Valencia de Creencias y Actitudes hacia la Hipnosis.

Factores	Autovalor	% de la varianza	% de la varianza acumulado
1	7.313	19.764	19.764
2	4.447	12.018	31.782
3	2.753	7.440	39.222
4	1.852	5.007	44.228
5	1.774	4.794	49.023
6	1.507	4.072	53.095
7	1.316	3.557	56.652
8	1.172	3.167	59.819
9	1.066	2.882	62.701
10	.994	2.687	65.388
11	.970	2.622	68.010

1.3 Factores

AYUDA: Compuesto por cinco ítems (12,1,23,37,10) con pesos factoriales que oscilan entre .696 y .411. Este factor explicó el 19.76 % de la varianza total explicada.

MIEDO: Compuesto por cuatro ítems (18,19,20,4), con pesos factoriales que oscilan entre .750 y .612. Este factor explicó el 12.02 % de la varianza total explicada.

COLABORACIÓN: Compuesto por tres ítems (14,15,25) con pesos factoriales que oscilan entre .855 y .733. Este factor explicó el 7.74 % de la varianza total explicada.

MEMORIA: Compuesto por cinco ítems (31,32,33,30,36), con pesos factoriales que oscilan entre .735 y .436. Este factor explicó el 5.01% de la varianza total explicada.

INTERÉS: Compuesto por 3 ítems (27,28,26) con pesos factoriales que oscilan entre .852 y .808. Este factor explicó el 4.794% de la varianza total explicada.

MÁGICA: Compuesto por 6 ítems (17,6,3,5,29,21) con pesos factoriales que oscilan entre .615 y .443. Este factor explicó el 4.07% de la varianza total explicada.

MARGINAL: Compuesto por 4 ítems (11,7,9,22) con pesos factoriales que oscilan entre .709 y .448. Este factor explicó el 3.56% de la varianza total explicada.

CONTROL: Compuesto por 3 ítems (13,8,2) con pesos factoriales que oscilan entre .754 y .602. Este factor explicó el 3.17 % de la varianza total explicada.

Factor 9: Compuesto por 1 ítem (34) con peso factorial de .692. Este factor explicó el 2.88 % de la varianza total explicada.

1.4. Matriz Factorial

En la tabla 12 se muestran los ítems y sus pesos factoriales en las distintas dimensiones de la escala.

Tabla 12. Cargas factoriales (λ) de los reactivos en los factores.

Reactivos	Peso factorial (λ)
DIMENSION 1. AYUDA	
12. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias psicológicas.	.75
1. La hipnosis puede ser de gran ayuda para otros.	.72
23. La hipnosis es un facilitador de los resultados terapéuticos.	.66
37. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias mágicas.	.65
10. La hipnosis puede ser de gran ayuda para mejorar los efectos de los tratamientos a los que se adjunta.	.61
16. La hipnosis es una técnica segura, con pocos riesgos.	
DIMENSION 2. MIEDO	

18. Tengo miedo de quedarme “enganchado” en un trance hipnótico.	.86
19. Creo que bajo hipnosis se puede llegar a perder el control sobre uno mismo.	.77
20. Creo que la hipnosis puede resultar peligrosa.	.73
4. La hipnosis me da miedo.	.73
DIMENSION 3. COLABORACIÓN	
15. Bajo hipnosis la persona conserva su voluntad para hacer lo que quiera.	.80
14. La persona hipnotizada puede “salir” de hipnosis cuando lo desee.	.79
25. La persona hipnotizada mantiene el control sobre sí misma.	.78
DIMENSION 4. MEMORIA	
31. Es imposible mentir bajo hipnosis, aunque la persona hipnotizada lo desee.	.74
32. Una forma de confirmar que un suceso ocurrió es que la persona lo recuerde bajo hipnosis.	.66
33. La hipnosis es un estado de trance.	.64
30. Lo que se recuerda bajo hipnosis es la verdad.	.58
36. La persona hipnotizada se encuentra disociada.	.44
DIMENSION 5. INTERÉS	
27. Me dejaría hipnotizar si se diera el caso.	.85
28. Me gustaría ser muy hipnotizable.	.82
26. Me gustaría ser hipnotizado/a.	.81
DIMENSION 6. MÁGICA	
10. La hipnosis puede ser de gran ayuda para mejorar los efectos de los tratamientos a los que se adjunta.	.45
17. La hipnosis fomenta la capacidad de autocontrol.	.62
6. La hipnosis puede ser una solución mágica a los problemas de la persona hipnotizada.	.60
3. Se necesita estar en un trance hipnótico para conseguir las metas de la intervención.	.56
5. Bajo hipnosis se consiguen cosas sin ningún esfuerzo por parte de la persona.	.54
29. Se aprende más deprisa bajo hipnosis.	.45
21. Todo lo que ocurre bajo hipnosis lo provoca la persona hipnotizada.	.44
DIMENSION 7. MARGINAL	
6. La hipnosis puede ser una solución mágica a los problemas de la persona hipnotizada.	.49
5. Bajo hipnosis se consiguen cosas sin ningún esfuerzo por parte de la persona.	.42
11. La persona hipnotizada es pasiva.	.71
7. Creo que bajo hipnosis la persona es un autómatas a merced del hipnotizador.	.63
9. La hipnosis es todo lo que se necesitaría para tratar la mayoría de los problemas.	.50
22. Bajo hipnosis pueden obligar a la persona a hacer cosas que no desee.	.45
DIMENSION 8. CONTROL	
8. La hipnosis requiere de esfuerzo por parte de la persona hipnotizada.	.75
2. La hipnosis implica un esfuerzo de cooperación entre el hipnotizador y el cliente.	.71
13. Para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración.	.60
DIMENSION 9.	
34. La hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica.	.69

1.5 Análisis Factorial Confirmatorio

Para establecer el modelo se empezó estudiando la unidimensionalidad de cada factor, con los mismos datos se hizo un análisis por cada factor y se analizaron los índices de ajuste y se mejoraron con los siguientes criterios: 1) Se eliminaron los ítems con pesos factoriales no significativos ($p > 0.05$) o con pesos factoriales menores a 0.40, 2) Se eliminaron los ítems que mostraban redundancia con algún otro ítems, para identificarlos se analizaron los índices de modificación y aquellos que mostraban una correlación entre los errores ($r > 0.25$) se revisó la redacción identificando similitudes para considerar descartar algún ítem

A partir de estos criterios se muestran los ítems que se fueron eliminando de los que iremos señalando la justificación.

1.6 Dimensión Ayuda

El modelo para la dimensión Ayuda se construye por los ítems 12,1,23,37,10 (ver figura 8). En la tabla 13 se muestran los resultados de los índices de bondad de ajuste obtenidos durante el AFE, los cuales tuvieron valores adecuados no siendo necesaria ninguna modificación.

Tabla 13. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	3.51	0.70	.00	.99	1.0	1.0	1.0

Confirmatorio de la dimensión de Ayuda:

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

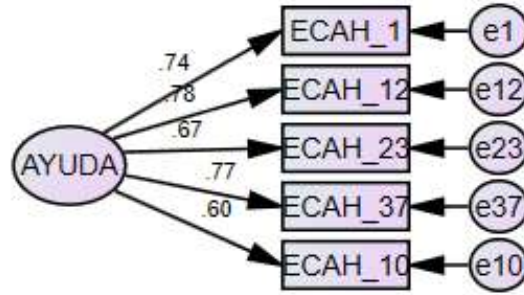


Figura 8. Modelo de la dimensión de Ayuda

1.7 Dimensión Miedo

Se decidió eliminar los siguientes ítems:

- 1) el ítem 4 ($\lambda = .73$) 1) cuyo error mostró una correlación de $-.223$ con el error del ítem 19 cuyo peso factorial era mayor ($\lambda = .76$)

El modelo para la dimensión Miedo se construye por los ítems 18,19,20 (ver figura 9). En la tabla 14 se muestran los resultados de los índices de bondad de ajuste obtenidos durante el AFE.

Tabla 14. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	74.61	2.88	.07	.95	.94	.96	.96
2. Eliminando I4	50.04	2.63	.07	.97	.95	.97	.97

Confirmatorio de la dimensión de Miedo:

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

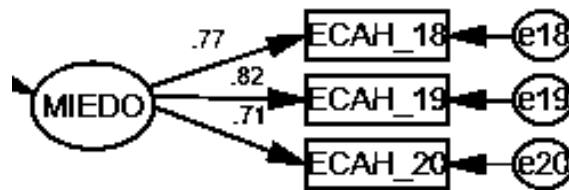


Figura 9. Modelo de la dimensión de Miedo

1.8 Dimensión Colaboración

El modelo para la dimensión Colaboración se construye por los ítems 14,15,25 (ver figura 10). En la tabla 15 se muestran los resultados de los índices de bondad de ajuste obtenidos en el AFE, los cuales tuvieron valores adecuados no siendo necesaria ninguna modificación.

Tabla 15. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gf	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	75.49	1.84	.05	.96	.96	.97	.97

Confirmatorio de la dimensión de Colaboración:

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gf , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis , CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

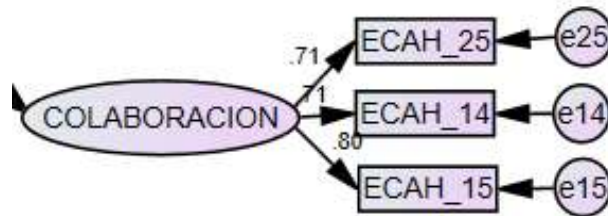


Figura 10. Modelo de la dimensión de Colaboración

1.9 Dimensión Memoria

El modelo para la dimensión Memoria se construye por los ítems 31,32,33,30,36 (ver figura 11). En la tabla 16 se muestran los resultados de los índices de bondad de ajuste obtenidos durante el AFE, los cuales tuvieron valores adecuados no siendo necesaria ninguna modificación.

Tabla 16. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	4.62	.92	.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Confirmatorio de la dimensión de Memoria:

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

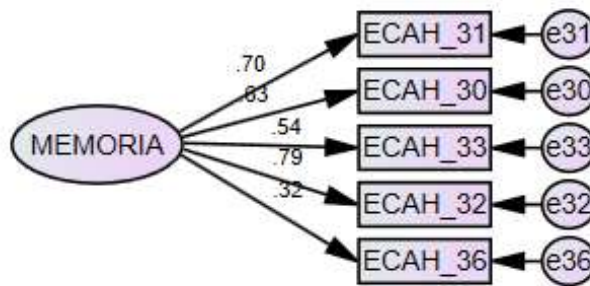


Figura 11. Modelo de la dimensión de Memoria

1.10 Dimensión Interés

El modelo para la dimensión Interés se construye por los ítems 26,27,28 (ver figura 11). En la tabla 17 se muestran los resultados de los índices de bondad de ajuste obtenidos durante el AFE, los cuales tuvieron valores adecuados no siendo necesaria ninguna modificación.

Tabla 17. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gf	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	321.26	2.26	.06	.91	.91	.93	.93

Confirmatorio de la dimensión de Memoria:

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gf , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

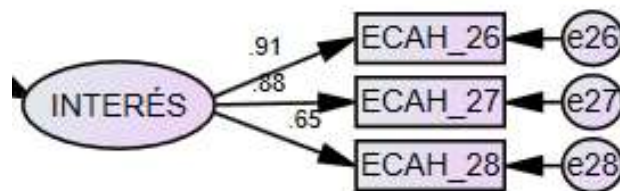


Figura 11. Modelo de la dimensión de Interés

1.11 Dimensión Mágica

Se decidió eliminar los siguientes ítems:

- 1) el ítem 5 ($\lambda = .54$) 1) cuyo error mostró una correlación de .321 con el error del ítem 6 cuyo peso factorial era mayor ($\lambda = .60$).

1) el ítem 21 ($\lambda = .44$) 1) cuyo error mostró una correlación de $-.218$ con el error del ítem 3 cuyo peso factorial era mayor ($\lambda = .56$).

El modelo para la dimensión Mágica se construye por los ítems 17,6,3,29 (ver figura 12). En la tabla 18 se muestran los resultados de los índices de bondad de ajuste obtenidos durante el AFE, los cuales tuvieron valores adecuados no siendo necesaria ninguna modificación.

Tabla 18. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	54.74	6.08	.12	.94	.77	.86	.74
2. Eliminando I5	16.28	3.26	.08	.98	.89	.95	.95
3. Eliminando I21	3.22	1.61	.04	.99	.98	.99	.99

Confirmatorio de la dimensión de Mágica:

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

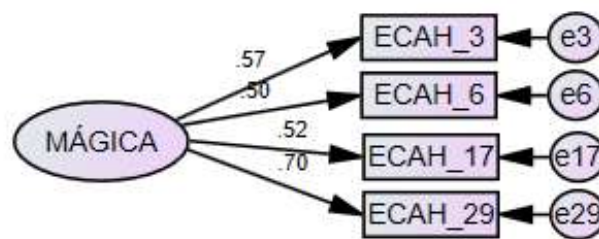


Figura 12. Modelo de la dimensión de Mágica

1.12 Dimensión Marginal

Se decidió lo siguiente con respecto a los ítems:

1) el ítem 34 ($\lambda = .49$) fue integrado en el factor 7 por hacer referencia a la dimensión Marginal en la redacción y ser el único ítem del factor 9, siendo este factor eliminado.

De esta manera el modelo para la dimensión Marginal se construye por los ítems 11,7,9,22,34 (ver figura 13). En la tabla 19 se muestran los ítems de bondad de ajuste en los diferentes momentos del análisis.

Tabla 19. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	11.41	2.23	.06	.99	.93	.96	.97

Confirmatorio de la dimensión de Marginal:

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

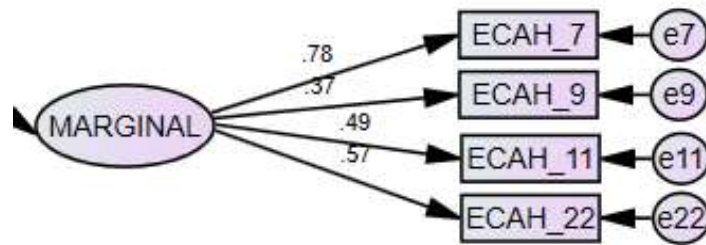


Figura 13. Modelo de la dimensión de Marginal

1.13 Dimensión Control

El modelo para la dimensión Control se construye por los ítems 2,8,32 (ver figura 14). En la tabla 20 se muestran los ítems de bondad de ajuste en el AFE, los cuales tuvieron valores aceptables no siendo necesaria ninguna modificación.

Tabla 20. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gf	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFE	44.55	3.43	.08	.97	.85	.90	.79

Confirmatorio de la dimensión de Control:

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gf , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

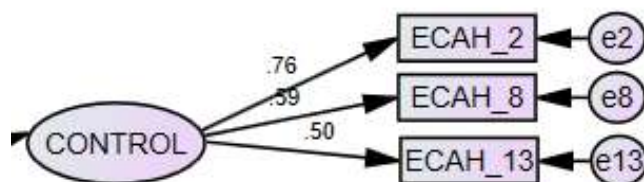


Figura 14. Modelo de la dimensión de Control

2.0 Comparación de modelos

En este análisis se compara el modelo que se ha ido ajustando en comparación con la propuesta de los autores.

En la tabla 21 se presentan los índices de bondad de ajuste del modelo propuesto en comparación con el modelo de los autores.

Para este análisis consideró la segunda parte de la muestra la cual consta de 387 participantes, las consideraciones de este momento del análisis consisten en la correlación entre las dimensiones que anteriormente fueron analizadas individualmente en base a un Análisis Factorial Exploratorio.

Como puede verse, los resultados indican que el modelo obtiene un ajuste aceptable (ver tabla 21), especialmente si se compara con el modelo propuesto por los autores (ver figura 15). Por lo que se presentan los pesos factoriales y correlaciones adecuadas (ver figura 16).

Tabla 21. Índices de bondad de ajuste del Modelo Final. Análisis Factorial Confirmatorio entre dimensiones.

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
Modelo (Capafons et. al.)	1806.62	3.19	.08	.77	.70	.73	.62
Modelo final probado en la 1ª mitad de la muestra	1094.27	2.90	.06	.82	.79	.82	.82
Modelo final probado en la 2ª mitad de la muestra	1008.30	2.68	.07	.86	.84	.86	.86

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

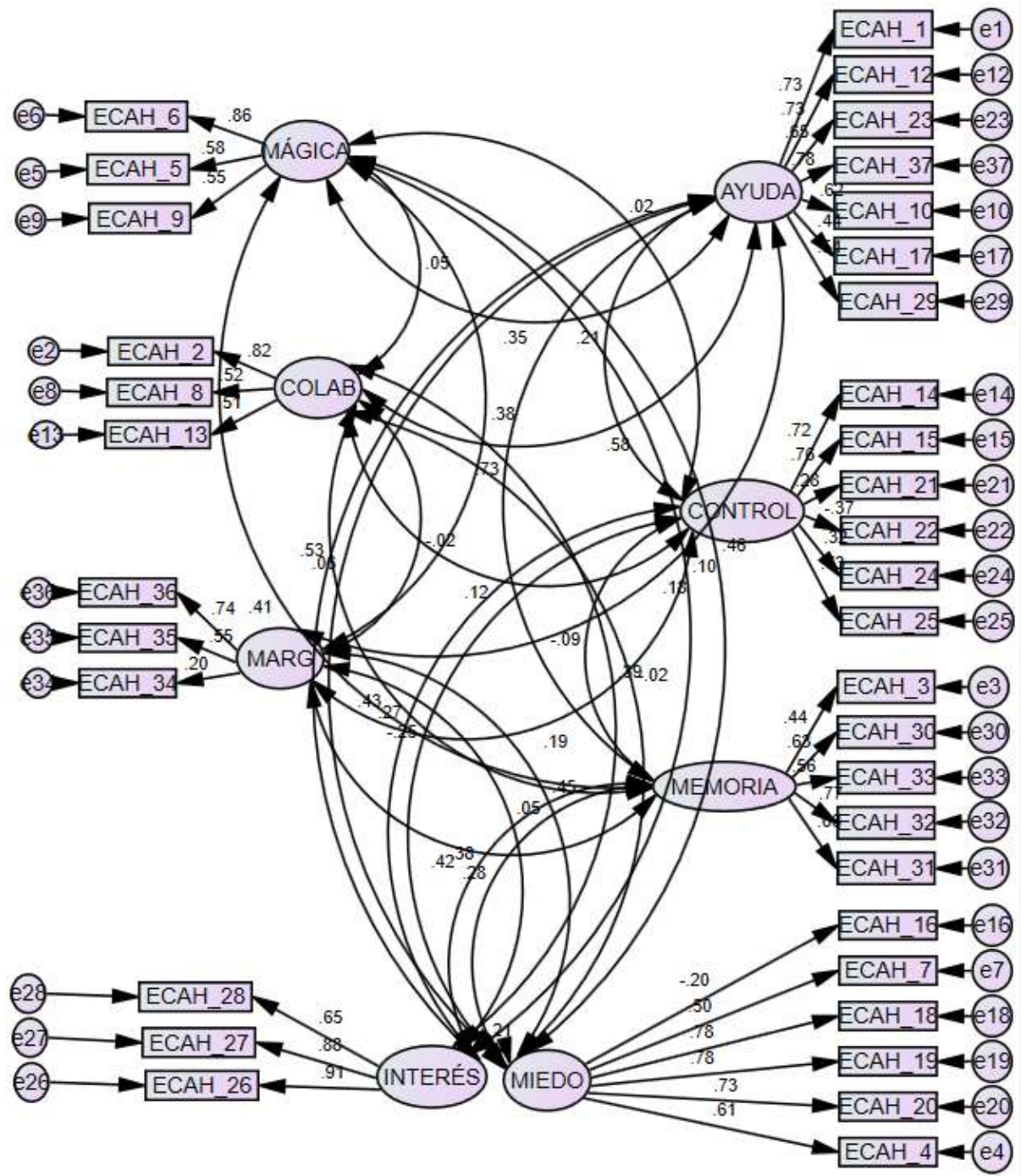


Figura 15. Modelo propuesto por los autores (Capafons et al., 2006a)

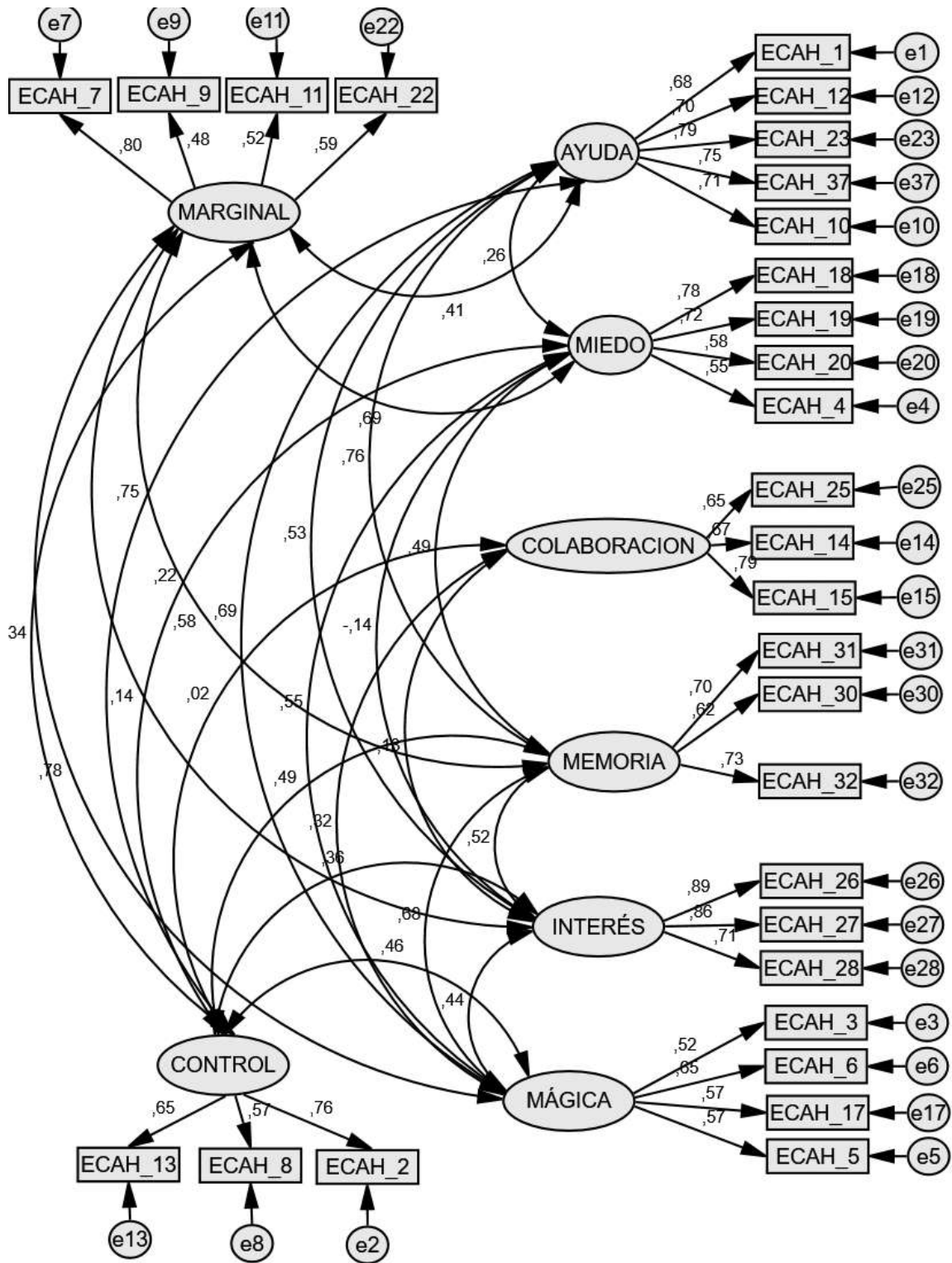


Figura 16. Propuesta de modelo ajustado

Tabla 22. Correlaciones factoriales del ECAH

Dimensión1	Dimensión2	Correlación
Ayuda	Miedo	0.26**
Miedo	Memoria	0.49**
Ayuda	Memoria	0.76**
Memoria	Interés	0.52**
Colaboración	Interés	0.13
Miedo	Interés	-0.14
Ayuda	Interés	0.53**
Interés	Mágica	0.44**
Memoria	Mágica	0.68**
Colaboración	Mágica	0.32**
Miedo	Mágica	0.55**
Ayuda	Mágica	0.69**
Mágica	Marginal	0.78**
Interés	Marginal	0.14
Memoria	Marginal	0.58**
Miedo	Marginal	0.69**
Ayuda	Marginal	0.41**
Mágica	Control	0.46**
Interés	Control	0.36**
Memoria	Control	0.49**
Colaboración	Control	0.02
Miedo	Control	0.22
Ayuda	Control	0.75**
Marginal	Control	0.34**

Nota: ** $p < 0.05$

3.0 Análisis de confiabilidad

Al finalizar el Análisis Factorial Confirmatorio de la prueba obtuvimos modelos por dimensión a los que se analizó la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach y el Omega, obteniendo valores aceptables en todas las dimensiones de la escala.

Tabla 23. Análisis de fiabilidad de las dimensiones ajustadas

Factores	Reactivos del factor	Alfas de Cronbach	Omega
AYUDA	1,12,23,37,10	0.84	0.81
MIEDO	18,19,20	0.76	0.83
COLABORACIÓN	14,15,25	0.76	0.83
MEMORIA	31,30,33,32,36	0.73	0.75
INTERÉS	26,27,28	0.86	0.87
MÁGICA	3,6,17,29	0.68	0.65
MARGINAL	7,9,11,22	0.65	0.67
CONTROL	2,8,13	0.67	0.73

ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO DE LA ESCALA PARA PERSONAS ALTAMENTE SENSIBLES (EPAS)

En este apartado se presentan los resultados del AFC de la EPAS, esta escala ha sido adaptada en población mexicana, por lo cual el procedimiento es únicamente verificar su ajuste en la población con la que se trabaja en este estudio para poder introducir esta variable en el modelo final.

Tabla 24. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial:

Modelos	Sig. de X^2	χ^2/gl	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFC	297.37	2.52	.07	.90	.88	.90	.90

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gl , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

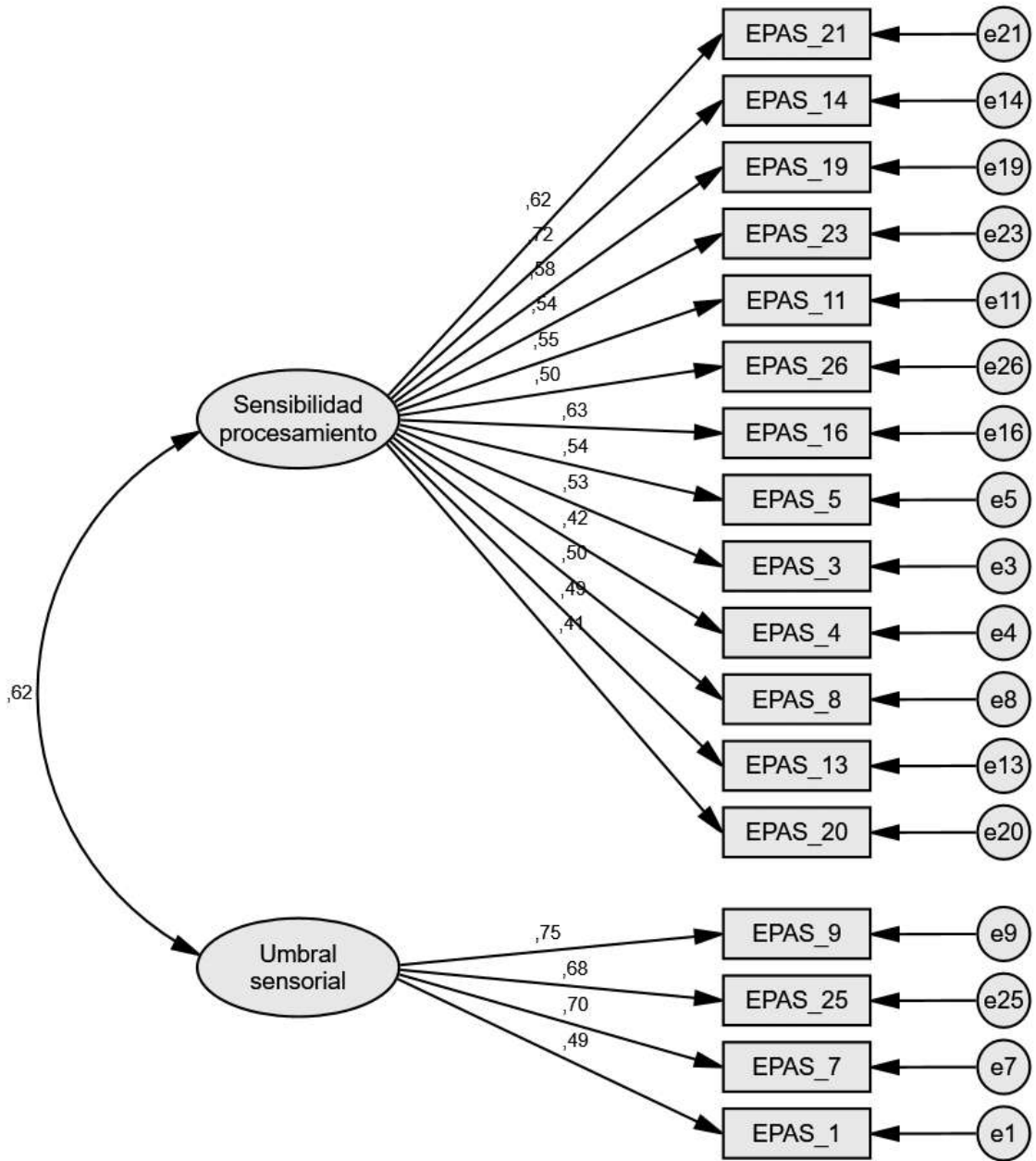


Figura 17. Modelo ajustado EPAS

RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SUGESTIBILIDAD, SENSIBILIDAD EN EL PROCESAMIENTO SENSORIAL Y LAS CREENCIAS Y ACTITUDES HACIA LA HIPNOSIS

Posterior a los análisis factoriales correspondientes a cada instrumento, se propuso un modelo explicativo de la sugestionabilidad. Por tanto, uno que también engloba la respuesta hipnótica del individuo.

Se presenta un modelo final integrado con las variables de creencias y actitudes hacia la hipnosis, así como la de alta sensibilidad y sus efectos directos e indirectos hacia la sugestionabilidad.

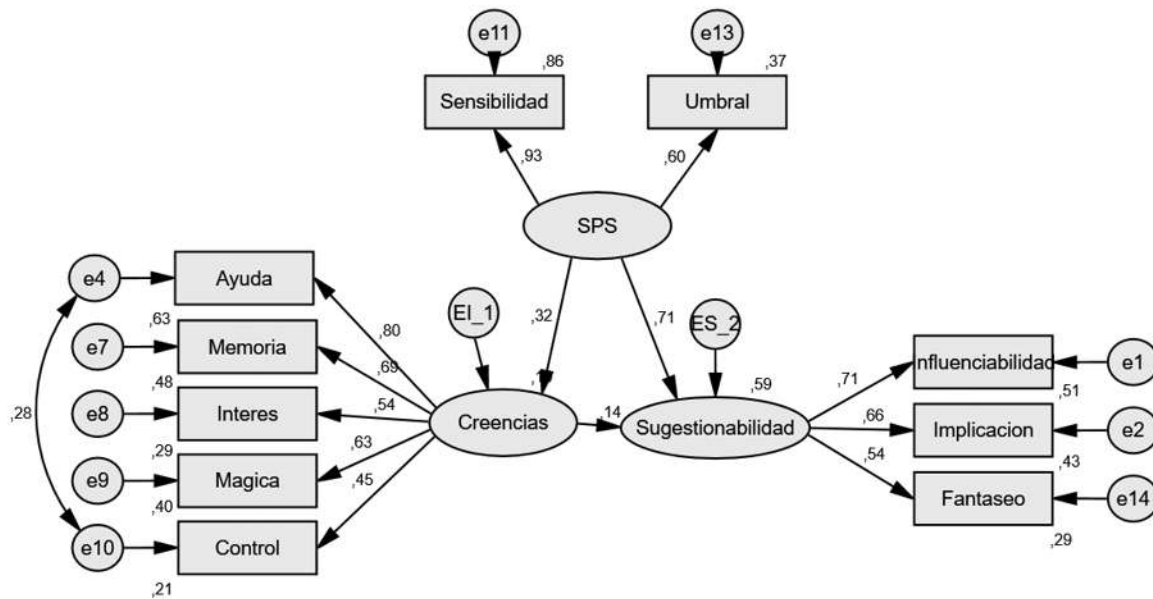


Figura 18. Propuesta de modelo final integrado

EFFECTOS DIRECTOS E INDIRECTOS ENTRE LAS VARIABLES:

ESTANDARIZADOS DIRECTOS:

	Creencias	ISA	Sugestionabilidad
ISA	,3182	,0000	,0000
Sugestionabilidad	,1374	,7105	,0000
Fantaseo	,0000	,0000	,5398
Control	,4537	,0000	,0000
Magica	,6315	,0000	,0000
Interes	,5418	,0000	,0000
Memoria	,6912	,0000	,0000
Implicacion	,0000	,0000	,6572
Influenciabilidad	,0000	,0000	,7124
EPAS_umbral	,0000	,6045	,0000
EPAS_sensibilidad	,0000	,9287	,0000
Ayuda	,7961	,0000	,0000

Tabla 25. Efectos estandarizados directos entre las variables

ESTANDARIZADOS INDIRECTOS:

	Creencias	ISA	Sugestionabilidad
ISA	,0000	,0000	,0000
Sugestionabilidad	,2261	,0000	,0000
Fantaseo	,1963	,3836	,0000
Control	,0000	,0000	,0000
Magica	,0000	,0000	,0000
Interes	,0000	,0000	,0000
Memoria	,0000	,0000	,0000
Implicacion	,2389	,4670	,0000
Influenciabilidad	,2590	,5062	,0000
EPAS_umbral	,1924	,0000	,0000
EPAS_sensibilidad	,2955	,0000	,0000
Ayuda	,0000	,0000	,0000

Tabla 26. Efectos estandarizados indirectos entre las variables

INDICES DE BONDAD DE AJUSTE DEL MODELO PROPUESTO

Los índices de bondad de ajuste del modelo explicativo propuesto mostraron valores de un buen ajuste, los cuales se presentan en la siguiente tabla (Ver Tabla 24).

Tabla 27. Índices de bondad de ajuste para los Modelos de Análisis Factorial:

Propuesta modelo final	Sig. de X^2	χ^2/gf	RMSEA (90% CI)	GFI	TLI	CFI	IFI
1. AFC	101.44	3.27	.05	.97	.95	.96	.96

Nota: χ^2 chi-cuadrado, cociente resultante de χ^2/gf , RMSEA Raíz del error cuadrático medio de aproximación; 90% CI 90% de Intervalo de Confianza, GFI Indicador de ajuste general Gama, TLI Índice de Tucker-Lewis, CFI indicador de ajuste comparado, IFI indicador de ajuste de incremento.

Respecto al objetivo principal de la presente investigación, los distintos puntajes obtenidos en las escalas fueron analizados mediante el Coeficiente de correlación de Pearson, donde se observó una correlación positiva significativa, entre la sugestibilidad y las creencias y actitudes ($r = .32$; $p < .001$). Por otro lado, la relación entre la sugestibilidad y el rasgo SPS resultó positiva y mayor ($r = .71$; $p < .001$). Por último, se encontró una correlación positiva significativa, entre las creencias y actitudes hacia la hipnosis y el rasgo SPS ($r = .329$; $p < .001$).

DISCUSIÓN

La presente investigación tiene dos aportaciones principales, en primer lugar presenta los resultados de un modelo que explica la Sugestionabilidad a partir de dos variables importantes, una de ellas de corte biológica que se refiere a la alta sensibilidad, y al mismo tiempo una variable que proviene del modelo de aprendizaje social que se refiere a las creencias y actitudes hacia la hipnosis, los resultados muestran un modelo con un excelente ajuste que explica un porcentaje de varianza importante de la variable (59%) tanto por los efectos directos de las variables, como de la mediación de la alta sensibilidad. En segundo lugar, se ha hecho la adaptación psicométrica a población mexicana tanto del Inventario de Sugestibilidad, como del Escala de valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis.

En lo que respecta objetivo principal de esta investigación fue estudiar la relación entre las creencias y actitudes a la hipnosis, la alta sensibilidad al procesamiento sensorial y la sugestibilidad, los resultados obtenidos aceptan las hipótesis de trabajo, la cuales suponía una correlación positiva entre todas las variables implicadas.

Ya se ha señalado anteriormente que las creencias y actitudes positivas pueden favorecer la sugestibilidad (Capafons et al., 2008). En la presente investigación, dicha variable de manera directa explica más de un 13% de la sugestibilidad del individuo.

A su vez, se ha señalado en otras investigaciones de manera muy profusa la incidencia entre las expectativas de respuesta y la hipnotizabilidad o la respuesta hipnótica (Butler & Bryant, 1997; Kirsch, 1990; Steven Jay Lynn, Laurence, & Kirsch, 2015; Segal & Lynn, 1993; ; Spanos, Arango, & de Groot, 1993), por ejemplo los resultados propuestos por Council et al. (1986) que encontró una correlación similar a la del presente estudio ($r = .31$) en relación a las expectativas sobre la respuesta a sugerencias hipnóticas pre y post inducción.

La implicación emocional como dimensión ya se ha señalado como significativa en relación a la sugestibilidad del individuo (Rauschenberger & Lynn, 2003; Meyer & Lynn, 2011) así como el fantaseo (Segal & Lynn, 1993; González Ordi, 1994), es decir, que mientras mayor sea el grado o la disposición del individuo de asociar las sugerencias a un factor emocional personal o implicarse a nivel emocional con la experiencia hipnótica, mayor será su responsividad hipnótica, lo mismo con la disposición al fantaseo, el

sustraerse o visualizar las sugerencias conllevarían una mayor receptividad de las mismas. En la presente investigación se ha identificado que estas dos dimensiones de la sugestionabilidad poseen un peso factorial mucho más significativo que otros factores, por ejemplo, memoria o control.

La alta sensibilidad muestra como variable independiente una relación moderada con la sugestionabilidad, y se presenta como una variable más significativa que las creencias y actitudes para predecir la sugestionabilidad.

Dentro de la alta sensibilidad, el factor de procesamiento se relaciona con mayor intensidad que la que se refiere a los umbrales de sensibilidad.

Los resultados indican que las PAS son más sugestionables que aquellos que no presentan este rasgo, esto es coincidente con lo señalado por González Ordi & Toball (1999) que los individuos altamente sugestionables se caracterizan por ser personas con una tendencia a dejarse llevar por la imaginación y fantasear acerca de las cosas que les ocurren o podrían ocurrir, por tener una amplia capacidad para focalizar su atención y abstraerse con sus propios pensamientos o sensaciones y por implicarse emocionalmente en sus experiencias cotidianas, estas características que a su vez, están presentes en las PAS, tal como una mayor conciencia de los estímulos sensoriales, de modo que es posible notar mayor número de sutilezas, la presencia de un procesamiento más profundo de la información sensorial, relacionada con el pasado y proyectando sus consecuencias hacia el futuro y reacciones emocionales más intensas (implicación emocional) (Montoya, K. et al., 2010; Aron et al., 2012).

Dado que es la primera vez que se estudia la presencia del rasgo SPS en su relación con la sugestión, no existen otros estudios con los cuales contrastar los datos obtenidos en esta investigación, por lo que se abren amplias líneas de investigación en materia de la sugestionabilidad y su relación otras variables de orden biológico y la intervención en PAS con hipnosis como coadyuvante en el tratamiento psicológico del paciente.

Por último, la relación encontrada entre el rasgo SPS y las creencias y actitudes hacia la hipnosis, mostró una relación positiva, lo que nos permitirá suponer que al ser individuos con un procesamiento más profundo de la información sensorial, relacionada con el pasado y proyectando sus consecuencias hacia el futuro (Montoya, K. et al., 2010; Aron et al., 2012) las creencias y actitudes hacia la hipnosis inciden en la respuesta hipnótica, como señala, por ejemplo Spanos, (1991) en relación al peso de factores socio-psicológicos en la predicción de sugestibilidad.

De acuerdo al segundo objetivo de esta investigación se realizaron estudios psicométricos sobre las escalas del Inventario de Sugestibilidad (IS) y la Escala de Creencias y Actitudes Hacia a Hipnosis versión Cliente (EVCAH-C) a fin de ofrecer datos normativos en muestra mexicana.

El AFE sobre el IS arrojó una solución de 4 factores, con variaciones en la distribución de algunos ítems. Sin embargo, cuando se aplicó el AFC, el ajuste resultó dudoso, y por ello, se sugirió un modelo de sólo tres factores (Influenciabilidad, Concentración o absorción y Fantaseo) desapareció el factor “Implicación emocional”, el nuevo modelo obtuvo índices adecuados. Asimismo, los valores de consistencia interna de los factores fueron aceptables. A su vez, el AFE realizado sobre la EVCAH-C arrojó una solución de ocho factores (el noveno factor estaba compuesto por un solo ítem, y no es viable una dimensión con un solo reactivo por lo que fue integrado en otra dimensión) coincidente con lo propuesto por los autores en el estudio original (Capafons et al., 2006a). Los resultados obtenidos al poner a prueba el modelo original mediante el AFC, se obtuvieron índices que indicaban un mal ajuste y respecto a los modelos arrojados por el AFE son bastante dudosos. Por otro lado, los valores de consistencia interna de los ocho factores fueron adecuados.

El AFC implementado en la EPAS, arrojó índices muy adecuados, en el modelo final se propuso la construcción de dos dimensiones, una llamada Umbral Sensorial y otra llamada Sensibilidad.

La limitación más importante en esta investigación, fue la aparición del SARS-COV2, causante de la enfermedad COVID-19, la cual restringió la administración de las escalas de manera presencial a la muestra, dadas las medidas sanitarias sugeridas en el país, entre ellas, la sana distancia.

Pudiera resultar interesante para futuras investigaciones, una aplicación presencial a una muestra más acotada y específica, por ejemplo, comparación en los beneficios de intervención psicológica con la aplicación de la hipnosis a un grupo de PAS y un grupo sin la presencia del rasgo SPS o ahondar desde una metodología cualitativa las creencias y actitudes de una muestra mexicana hacia la hipnosis.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación sugieren que la incidencia del rasgo SPS con respecto a la sugestión de un individuo es más significativa que la incidencia de las creencias y actitudes hacia la hipnosis al momento de evaluar la respuesta hipnótica, por lo que aquellas teorías explicativas que parten de entenderlo como un fenómeno exclusivamente psicosocial estarían sesgadas al no considerar variables de orden biológico en su modelo, sin embargo, de acuerdo al modelo explicativo propuesto, la mediación entre ambas variables con respecto a la sugestión abre fértiles líneas de investigación en relación al conocimiento de la sugestionabilidad y por ende, de la aplicación de la herramienta hipnótica, pues podría ser de gran utilidad en el abordaje de pacientes con elevados niveles de SPS.

Todo lo anterior en pos del desarrollo de un conocimiento cada vez más completo del fenómeno hipnótico y sus alcances en intervenciones clínicas a determinadas poblaciones, y por ende, contribuir al avance de los modelos teóricos que la sustentan y la optimización de la aplicación de esta herramienta psicológica ampliando los recursos prácticos y psicométricos en nuestro país, a través de la difusión de conocimiento científico sobre la hipnosis, siendo un escalafón más que nos acerque al reconocimiento tanto a

investigadores, como clínicos y población en general de los beneficios que entraña la aplicación de la hipnosis.

Referencias:

- Acevedo, B. P., Aron, E. N., Aron, A., Sangster, M. D., Collins, N., & Brown, L. L. (2014). The highly sensitive brain: An fMRI study of sensory processing sensitivity and response to others' emotions. *Brain and Behavior*, *4*(4), 580–594. <https://doi.org/10.1002/brb3.242>
- Alladin, A., & Alibhai, A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: An empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *55*(2), 147–166. <https://doi.org/10.1080/00207140601177897>
- Aron, E. N., & Aron, A. (1997). Sensory-Processing Sensitivity and Its Relation to Introversion and Emotionality. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*(2), 345–368. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.345>
- Aron, E. N., Aron, A., & Jagiellowicz, J. (2012). Sensory Processing Sensitivity: A Review in the Light of the Evolution of Biological Responsivity. *Personality and Social Psychology Review*, *16*(3), 262–282. <https://doi.org/10.1177/1088868311434213>
- Barabasz, A., & Perez, N. (2007, July). Salient findings: Hypnotizability as core construct and the clinical utility of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol. 55, pp. 372–379. <https://doi.org/10.1080/00207140701339793>
- Barber, T. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1970-19931-000>
- Barber, T. X., & Calverley, D. S. (1964). Empirical evidence for a theory of “hypnotic” behavior: Effects of pretest instructions on response to primary suggestions. *The Psychological Record*, *14*(4), 457–467. <https://doi.org/10.1007/bf03396019>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009).

Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the mexican adolescent mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 50(4), 386–395. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>

Bodden, J., Rivera, I., Rincón, R., & Dattilio, F. (1999). Características normativas de la Escala de respuesta a la sugestión de la universidad de Carleton. *Psicología Desde El Caribe*, (4), 20–31. Retrieved from <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2415>

Bowers, K. S. (1993). The waterloo-stanford group c (wsgc) scale of hypnotic susceptibility: Normative and comparative data1. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41(1), 35–46. <https://doi.org/10.1080/00207149308414536>

Bragado Álvarez Ana Fernández Marcos, C., & Bragado Álvarez, C. (1996). TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR Y LA ANSIEDAD EVOCADOS POR PROCEDIMIENTOS MÉDICOS INVASIVOS EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA. In *Psicothema* (Vol. 8).

Bryant, R. A., Moulds, M., & Guthrie, R. M. (2001). Cognitive Strategies and the Resolution of Acute Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 213–219. <https://doi.org/10.1023/A:1007856103389>

Butler, P. V., & Bryant, R. A. (1997). Assessing hypnotizability and dissociation in different contexts. *Contemporary Hypnosis*, 14(3), 167–172. <https://doi.org/10.1002/ch.98>

Cabrera Macías, Y., López González, E., Ramos Rangel, Y., González Brito, M., Valladares González, A., & López Angulo, L. (2013). Hypnosis: a Technique at the

- Service of Psychology. *MediSur*, 11(5), 534–541. Retrieved from <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2515>
- Capafons, A., Espejo, B., & Cabañas, S. (2005). Artículos originales creencias que pueden impedir que la hipnosis sea una técnica útil para la salud: Un estudio exploratorio con muestra Cubana. *Revista Del Hospital Psiquiatrico de La Habana*, 2(2). Retrieved from <http://www.revistahph.sld.cu/hph0205/hph020105.htm>
- Capafons, A., Mendoza, M. E., Espejo, B., Green, J. P., Lopes-Pires, C., Selma, M. L., ... Carvallho, C. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3–4), 141–155. <https://doi.org/10.1002/ch.359>
- Capafons, A., Morales, C., Espejo, B., & Cabañas, S. (2006a). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18(4), 810–815. Retrieved from <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72715123>
- Capafons, A., Morales, C., Espejo, B., & Cabañas, S. (2006b). Análisis factorial exploratorio y propiedades psicométricas de la escala de valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis, versión terapeuta. *Psicothema*, 18(4), 810–815. Retrieved from www.psicothema.com
- Capafons, A., Suárez-Rodríguez, J. M., & Luisa Selma, M. (2015). Análisis factorial confirmatorio de la escala valencia de actitudes y creencias hacia la hipnosis (versión cliente revisada), en una muestra Española. *Anales de Psicología*, 31(1), 84–95. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.1.171391>
- Capafons Bonet, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología*, 15(1), 77–88.
- Capafons Bonet, A., & Alarcón, A. (2006). El modelo Valencia de Hipnosis despierta:

- ¿técnicas nuevas o técnicas innovadoras? *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 70–78.
- Capafons Bonet, A., & Mazzoni, G. (2004). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el hipnoterapeuta?: hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles Del Psicólogo*, (89), 5.
- CASTILLO, M. (2019). *Máster Universitario en Psicología General Sanitaria Plan de estudios*. 3–5. Retrieved from [http://193.147.134.18/bitstream/11000/5543/1/MATEO Gloria TFM.pdf](http://193.147.134.18/bitstream/11000/5543/1/MATEO%20Gloria%20TFM.pdf)
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998, February). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, pp. 7–18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chaves, J. (1974). *Hypnosis, imagination, and human potentialities*.
- Coe, W., & Sarbin, T. (1991). *Role theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1991-98913-010>
- Crawford, H. J., Gur, R. C., Skolnick, B., Gur, R. E., & Benson, D. M. (1993). Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia. *International Journal of Psychophysiology*, 15(3), 181–195. [https://doi.org/10.1016/0167-8760\(93\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0167-8760(93)90002-7)
- Cristóbal, J., Díaz, R., & Santibáñez-Hidalgo, G. (2008). DEFINIENDO LA HIPNOSIS DESDE LA PSICOBIOLOGÍA: ALGUNAS LÍNEAS DE DESARROLLO CIENTÍFICO DE LOS FENÓMENOS HIPNÓTICOS. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 2(2), 150–166. Retrieved from www.neuropsicologia.cl
- Díaz, A. J. C. (1998). Análisis conductual del comportamiento hipnótico. *Acta Comportamental*, 8(1), 61–70.
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research

- and practice: The revised APA division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1080/00207144.2014.961870>
- Farb, N. A. (2012). Mind Your Expectations: Exploring the Roles of Suggestion and Intention in Mindfulness Training. *The Journal of Mind-Body Regulation*, 2(1), 27–42. Retrieved from <https://jmss.org/index.php/mbr/article/view/16006>
- Feixas Viaplana, G., & Saldívar-Maldonado, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad pacientes quirúrgicos de banda gástrica ajustable. *Boletín de Psicología*, (January 2010), 71–87. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282226&orden=266098&info=link>
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/xtart?codigo=3282226>
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20(4), 179–197. <https://doi.org/10.1002/ch.277>
- González-Ordi, Hector. (1994). Sugestión, sugestionabilidad y ansiedad: Investigación e implicaciones clínicas. *Ansiedad y Estrés*, 135–145. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1999-00955-006>
- González-Ordi, Héctor, Vicente-Colomina, A. de, Capilla-Ramírez, P., & Santamaría-Fernández, P. (2018). Evaluación de la Sugestionabilidad en Trastornos Emocionales. Un Estudio Exploratorio. *Clínica y Salud*, 29(2), 139–145.
<https://doi.org/10.5093/clysa2018a20>
- González Ordi, H., & Miguel-Tobal, J. J. (2001). La sugestionabilidad como variable moduladora en la imaginación de escenas ansiógenas. [Suggestibility as a moderator variable in anxiety-imagined situations.]. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 89–110.
- González Ordi, H., & Tobal, J. (1999). Características de la sugestionabilidad y su relación

- con otras variables. *Anales de Psicología*, 15(1), 57–75.
- Green, J., Barabasz, A., Barrett, D., & Montgomery, G. (2005). The 2003 APA Division 30 Definition of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48(2–3), 89.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2005.10401500>
- Green, J., Page, R., Rasekhy, R., Johnson, L., & Bernhardt, S. (2006, September 1). Cultural views and attitudes about hypnosis: A survey of college students across four countries. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol. 54, pp. 263–280. <https://doi.org/10.1080/00207140600689439>
- Grimen, H. L., & Diseth, Å. (2016). Sensory Processing Sensitivity. *Comprehensive Psychology*, 5, 216522281666007. <https://doi.org/10.1177/2165222816660077>
- Gudjonsson, G. H. (1988). Interrogative suggestibility: Its relationship with assertiveness, social-evaluative anxiety, state anxiety and method of coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(2), 159–166. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00764.x>
- Hammond, D. C. (2007). *Review of the Efficacy of Clinical Hypnosis with Headaches and Migraines Easing back View project*. <https://doi.org/10.1080/00207140601177921>
- Hawkins, R. M. F., & Bartsch, J. (2000). The effects of an educational lecture about hypnosis. In *Article in Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* (Vol. 28). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/269097910>
- Hebb, D. O., & Hilgard, E. R. (1978). Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action. *The American Journal of Psychology*, 91(3), 545.
<https://doi.org/10.2307/1421702>
- HILGARD, E. R. (1965). HYPNOSIS. *Annual Review of Psychology*, Vol. 16, pp. 157–180. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.16.020165.001105>

- Homberg, J. R., Schubert, D., Asan, E., & Aron, E. N. (2016). Sensory processing sensitivity and serotonin gene variance: Insights into mechanisms shaping environmental sensitivity. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 71, pp. 472–483. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.029>
- Jara Vera, P., & Martínez Sánchez, F. (1999). Hipnosis, hipnotizabilidad y expectativas de respuesta: Una revisión crítica. *Anales de Psicología*, 15(1), 39–56.
- Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management clinical implications of recent research findings. *American Psychologist*, 69(2), 167–177. <https://doi.org/10.1037/a0035644>
- Jonsson, K., Grim, K., & Kjellgren, A. (2014). Do Highly Sensitive Persons Experience More Nonordinary States Of Consciousness During Sensory Isolation? *Social Behavior and Personality*, 42(9), 1495–1506. <https://doi.org/10.2224/sbp.2014.42.9.1495>
- KARINA SALUD MONTOYA PÉREZ, ROBERTO MONTES DELGADO, F. P. B. (2020). *Sensibilidad en el procesamiento sensorial, estilos de apego adulto y dificultades en la regulación emocional*. 137.
- Kekecs, Z., Nagy, T., & Varga, K. (2014). The effectiveness of suggestive techniques in reducing postoperative side effects: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesthesia and Analgesia*, 119(6), 1407–1419. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000466>
- Kinnear, T., & Taylor, J. (1998). *Investigación de mercados: un enfoque aplicado*. Retrieved from <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=uccma.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mf=004800>

- Kirsch, I., & Lynn, S. (1999). *Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1998-06696-002>
- Kirsch, Irving. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. In *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Belmont, CA, US: Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Kirsch, Irving. (2000). The Response Set Theory of Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3–4), 274–292.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2000.10734362>
- Kirsch, Irving, Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an Adjunct to Cognitive-Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (Vol. 63).
- Kirsch, Irving, Silva, C. E., Comey, G., & Reed, S. (1995). A Spectral Analysis of Cognitive and Personality Variables in Hypnosis: Empirical Disconfirmation of the Two-Factor Model of Hypnotic Responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 167–175. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.1.167>
- Koban, L., Jepma, M., Geuter, S., & Wager, T. D. (2017). What's in a word? How instructions, suggestions, and social information change pain and emotion. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 81.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.014>
- Kolenikov, S., & Bollen, K. A. (2012). Testing Negative Error Variances: Is a Heywood Case a Symptom of Misspecification? *Sociological Methods and Research*, 40(1), 124–167. <https://doi.org/10.1177/0049124112442138>
- Kramer, E. (1976). Hypnosis, Imagination, and Human Potentialities (Book). *Journal of Personality Assessment*, 40(1), 97–98. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4001_18

- Kumar, V. K., Pekala, R. J., & Cummings, J. (1996). Trait factors, state effects, and hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44(3), 232–249. <https://doi.org/10.1080/00207149608416085>
- Lacunza, M. A. O., & Trejo, D. B. D. (2015). *Trascripción entrevista completa con Gaceta UNAM*. 1–19.
- Landry, M., Lifshitz, M., & Raz, A. (2017). Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 81, pp. 75–98. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.020>
- Landry, M., & Raz, A. (2015). Hypnosis and Imaging of the Living Human Brain. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3). <https://doi.org/10.1080/00029157.2014.978496>
- Liss, M., Timmel, L., Baxley, K., & Killingsworth, P. (2005). Sensory processing sensitivity and its relation to parental bonding, anxiety, and depression. *Personality and Individual Differences*, 39(8), 1429–1439. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.007>
- Lynn, Steven J. (1984). Nonvolition, expectancies, and hypnotic rapport. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(3), 295–303. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.93.3.295>
- Lynn, Steven J., Snodgrass, M., Rhue, J. W., Nash, M. R., & Frauman, D. C. (1987). Attributions, involuntariness, and hypnotic rapport. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(1), 36–43. <https://doi.org/10.1080/00029157.1987.10402720>
- Lynn, Steven Jay, Green, J. P., Jaquith, L., & Gasiior, D. (2003). Hypnosis and performance standards. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51(1), 51–65. <https://doi.org/10.1076/iceh.51.1.51.14062>
- Lynn, Steven Jay, Kirsch, I., Lynn, S. J., Ph, D., Kirsch, I., & Ph, D. (2005).

Redalyc. Teorías de hipnosis. 25, 9–15.

- Lynn, Steven Jay, Laurence, J. R., & Kirsch, I. (2015). Hypnosis, Suggestion, and Suggestibility: An Integrative Model. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(3), 314–329. <https://doi.org/10.1080/00029157.2014.976783>
- Lynn, Steven Jay, Myer, E., & Mackillop, J. (2000). The systematic study of negative post-hypnotic effects: research hypnosis, clinical hypnosis and stage hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 17(3), 127–131. <https://doi.org/10.1002/ch.201>
- Lynn, Steven Jay, & Sivec, H. (1992). Hypnotizable subject as creative problem-solving agent. In *Contemporary hypnosis research* (pp. 292–333). Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1992-98303-011>
- Lynn, Steven Jay, Weekes, J. R., Neufeld, V., Zivney, O., Brentar, J., & Weiss, F. (1991). Interpersonal Climate and Hypnotizability Level: Effects on Hypnotic Performance, Rapport, and Archaic Involvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(5), 739–743. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.5.739>
- Ma. Elena Medina-Mora, Guilherme Borges, Carmen Lara Muñoz, Corina Benjet, J. B. J., Clara Fleiz Bautista, J. V. V., Estela Rojas Guiot, J. Z. R., Leticia, Rodas, C., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y USO DE SERVICIOS: RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO. *Salud Mental*, 26(4), 15. Retrieved from http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/956
- Macía Rodenas, S. (2019). *Sensibilidad de Procesamiento Sensorial y su relación con variables de salud*. Retrieved from http://193.147.134.18/bitstream/11000/5542/1/MACIA_Saray_TFM.pdf
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., & Beltrán-Parrazal, L. (2019).

- Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de perspectiva actual. *Neurobiologia Revista Electrónica*, 10(24). Retrieved from www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/24.html
- McGeown, W. J., Mazzoni, G., Venneri, A., & Kirsch, I. (2009). Hypnotic induction decreases anterior default mode activity. *Consciousness and Cognition*, 18(4), 848–855. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2009.09.001>
- McIver, J., & Carmines, E. (1981). Unidimensional Scaling. In *Unidimensional Scaling*. <https://doi.org/10.4135/9781412986441>
- Mendoza, E., & Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles Del Psicologo*, 30(2), 98–116.
- Mendoza, M. E., Lamas, J. (Universidad de la C., & Capafons, A. (Universitat de V. (2010). *Hipnosis clínica*.
- Meredith, P. J., Bailey, K. J., Strong, J., & Rappel, G. (2016). Adult attachment, sensory processing, and distress in healthy adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.017376>
- Meyer, E. C., & Lynn, S. J. (2011, July). Responding to hypnotic and nonhypnotic suggestions: Performance standards, imaginative suggestibility, and response expectancies. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol. 59, pp. 327–349. <https://doi.org/10.1080/00207144.2011.570660>
- Montenegro, G., Alves, L., Zaninotto, A. L., Falcão, D. P., & de Amorim, R. F. B. (2017). Hypnosis as a Valuable Tool for Surgical Procedures in the Oral and Maxillofacial Area. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 59(4). <https://doi.org/10.1080/00029157.2016.1172057>
- Montgomery, G., & Schnur, J. (2004). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles*

Del Psicólogo, (89), 2.

Muñoz, M. D. C. L., Medina-Mora, M. E., Borges, G., & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4–11. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=81&IDARTICULO=16211&IDPUBLICACION=1656>

Orgilés, M., Xavier Méndez, F., & Espada, P. (2009). *PROCEDIMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL AFRONTAMIENTO DEL DOLOR EN NIÑOS CON CÁNCER* (Vol. 6).

Ortiz-Millán, G. (2007). Una definición muy general. Un comentario a la definición de creencia de Villoro. *Signos Filosóficos*, IX(18), 181–189. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/signosf/v9n18/1665-1324-signosf-9-18-181.pdf>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Palsson, O. S. (2015). Hypnosis Treatment of Gastrointestinal Disorders: A Comprehensive Review of the Empirical Evidence. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 58(2), 134–158. <https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1039114>

Perry, C., Nadon, R., & Button, J. (1992). *The measurement of hypnotic ability*. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1992-98303-017>

Piccione, C., Hilgard, E. R., & Zimbardo, P. G. (1989). On the Degree of Stability of Measured Hypnotizability Over a 25-Year Period. In *Journal of Personality and Social Psychology* (Vol. 0). Retrieved from American Psychological Association, Inc

website: <https://psycnet.apa.org/record/1989-17934-001>

Ramírez, M. Q. (2013). Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia.

Revista Costarricense de Psicología, 32(1), 24–24.

Rauschenberger, S., & Lynn, S. J. (2003). Fantasy-Proneness, Negative Affect, and

Psychopathology. *Imagination, Cognition and Personality*, 22(3), 239–255.

<https://doi.org/10.2190/aexb-y3jr-y7t2-0a7r>

Rotaru, T. S., & Rusu, A. (2016). A Meta-Analysis for the Efficacy of Hypnotherapy in

Alleviating PTSD Symptoms. *International Journal of Clinical and Experimental*

Hypnosis, Vol. 64. <https://doi.org/10.1080/00207144.2015.1099406>

Sánchez-Armáss, O., & Barabasz, A. F. (2005). Mexican norms for the Stanford Hypnotic

Susceptibility Scale, Form C. *International Journal of Clinical and Experimental*

Hypnosis, 53(3), 321–331. <https://doi.org/10.1080/00207140590961448>

Santana Mariño, J., Bernal, G., Rodríguez, L., Gómez, K., & Morales, J. (2012). Asuntos

conceptuales, metodológicos y éticos de la hipnosis como terapia psicológica adjunta

al tratamiento del cáncer de mama. *Salud & Sociedad*, 3(2), 212–236.

<https://doi.org/10.22199/s07187475.2012.0002.00007>

Sarbin, T., & Coe, W. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence*

communication.

Sarbin, T. R. (1950). Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behavior.

Psychological Review, 57(5), 255–270. <https://doi.org/10.1037/h0062218>

Sarbin, T. R. (1997). Hypnosis as a conversation: “Believed-in imaginings” revisited.

Contemporary Hypnosis, 14(4), 203–215. <https://doi.org/10.1002/ch.105>

Schnyer, D. M., & Allen, J. J. (1995). Attention-related electroencephalographic and event-

related potential predictors of responsiveness to suggested posthypnotic amnesia.

International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 43(3), 295–315.

<https://doi.org/10.1080/00207149508409972>

Schoenberger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol. 48, pp. 154–169. <https://doi.org/10.1080/00207140008410046>

Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., & Pastyrnak, S. L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28(1), 127–140. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(97\)80038-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(97)80038-X)

Sectorial, P., & Salud, D. (2018). *Programa de Acción Específico Salud Mental*.

Segal, D., & Lynn, S. J. (1993). Predicting Dissociative Experiences: Imagination, Hypnotizability, Psychopathology, and Alcohol Use. *Imagination, Cognition and Personality*, 12(3), 287–300. <https://doi.org/10.2190/c0tu-yn7d-krpx-029g>

Shor, R. E., & Orne, E. C. (1963). Norms on the Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11(1), 39–47. <https://doi.org/10.1080/00207146308409226>

Spanos, N., & Chaves, J. (1989). *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective*.

Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1989-97501-000>

Spanos, N. P., & Barber, T. X. (1974). Toward a convergence in hypnosis research. *The American Psychologist*, 29(7), 500–511. <https://doi.org/10.1037/h0036795>

Spanos, Nicholas P. (1971). Goal-Directed Fantasy and the Performance of Hypnotic Test Suggestions. *Psychiatry*, 34(1), 86–96.

<https://doi.org/10.1080/00332747.1971.11023658>

Spanos, Nicholas P. (1986). Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of

- amnesia, analgesia, and “trance logic.” *Behavioral and Brain Sciences*, 9(3), 449–467.
<https://doi.org/10.1017/S0140525X00046537>
- Spanos, Nicholas P., Arango, M., & de Groot, H. P. (1993). Context as a Moderator in Relationships between Attribute Variables and Hypnotizability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(1), 71–77. <https://doi.org/10.1177/0146167293191008>
- Spanos, Nicholas P., Liddy, S. J., Baxter, C. E., & Burgess, C. A. (1994). Long-Term and Short-Term Stability of Behavioral and Subjective Indexes of Hypnotizability. *Journal of Research in Personality*, 28(3), 301–313. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1994.1022>
- Spanos, Nicholas P., & McPeake, J. D. (1974). Involvement in suggestion-related imaginings, experienced involuntariness, and credibility assigned to imaginings in hypnotic subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(6), 687–690.
<https://doi.org/10.1037/h0037358>
- Spanos, Radtke, H. L., Hodgins, D. C., Stam, H. J., & Bertrand, L. D. (1983). The Carleton University responsiveness to suggestion scale: normative data and psychometric properties. *Psychological Reports*, 53(2), 523–535.
<https://doi.org/10.2466/pr0.1983.53.2.523>
- Terhune, D. B., Cleeremans, A., Raz, A., & Lynn, S. J. (2017). Hypnosis and top-down regulation of consciousness. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 81, pp. 59–74. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.002>
- Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., ... Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 99, pp. 298–310. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.013>
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish

- form of templer's death anxiety scale. *Psychological Reports*, 91(3 PART 2), 1116–1120. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1116>
- Vanhaudenhuyse, A., Laureys, S., & Faymonville, M. E. (2014). Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiologie Clinique*, Vol. 44, pp. 343–353. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2013.09.006>
- Weitzenhoffer, A. M. (1980). Hypnotic Susceptibility Revisited. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(3), 130–146. <https://doi.org/10.1080/00029157.1980.10403217>
- Weitzenhoffer, A. M. (2001). For the Record: A Commentary on the Role of Suggestion in Hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(2), 155–157. <https://doi.org/10.1080/00029157.2001.10403471>
- Weitzenhoffer, A. M., Hilgard, E. R., & Kihlstrom, J. F. (1996). Stanford hypnotic susceptibility scale, form C. *Philosophical Psychology*, 16(2), 325–340. Retrieved from <http://socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/PDFfiles/Hypnotizability/SHSSC Script.pdf>
- Wolberg, L. R. (1982). Medical Application of Hypnosis. *Contemporary Psychology: A Journal of Reviews*, 27(1), 62–62. <https://doi.org/10.1037/020636>
- Woody, E. Z., Bowers, K. S., & Oakman, J. M. (1992). A conceptual analysis of hypnotic responsiveness: Experience, individual differences, and context. In *Contemporary hypnosis research* (pp. 3–33). Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1992-98303-001>

ANEXOS

Anexo 1.

Inventario de Sugestionabilidad IS para población adulta I. S.

© H. González-Ordi y J.J. Miguel- Tobal (1999)

NOMBRE:
EDAD:
PROFESIÓN:
SEXO: V o M
FECHA:

A continuación, encontrarás una serie de frases que pueden referirse a tu forma de ser o reaccionar ante situaciones de la vida cotidiana. Tu tarea consiste en valorar de 0 a 4, MARCANDO CON UN CIRCULO, la **frecuencia** con que se producen estas situaciones en tu vida diaria, según la siguiente escala:

CASI NUNCA	0
POCAS VECES	1
UNAS VECES SI OTRAS VECES NO	2
MUCHAS VECES	3
CASI SIEMPRE	4

Contesta lo más sinceramente posible. Gracias por tu colaboración.

1. La opinión de los demás cuenta mucho para mí.
0 1 2 3 4
2. Puedo imaginar cosas de forma clara y nítida.
0 1 2 3 4
3. Me dejo llevar por los demás.
0 1 2 3 4
4. Es fácil para mí contagiarme del estado de ánimo de los otros.
0 1 2 3 4
5. Soy una persona sugestionable.
0 1 2 3 4
6. Tengo ideas o pensamientos supersticiosos.
0 1 2 3 4
7. Me suelen afectar las películas de terror.
0 1 2 3 4
8. Cuando me concentro en algo puedo quedarme absorto/a.
0 1 2 3 4
9. Soy una persona impresionable.
0 1 2 3 4
10. Cuando me concentro en mis pensamientos pierdo fácilmente la noción del tiempo.
0 1 2 3 4
11. Cuando escucho la música que me gusta, me dejo llevar por ella hasta el punto de
que me olvido de lo demás.
0 1 2 3 4

12. El sonido de una voz puede ser tan fascinante para mí que puedo continuar escuchándola y olvidarme de lo que me rodea.
0 1 2 3 4
13. Tengo facilidad para concentrarme en la tarea que esté haciendo.
0 1 2 3 4
14. Mientras veo una película, un programa de TV, o una obra de teatro, puedo llegar a
estar tan implicado que me olvido de mí mismo y de mi entorno, y experimento la trama como si fuera real o yo formara parte de ella.
0 1 2 3 4
15. Puedo recordar ciertas experiencias pasadas de mi vida con tal claridad y realismo,
que es como si las estuviera viviendo otra vez.
0 1 2 3 4
16. Fantaseo a cerca de las cosas que me ocurren o que me gustaría que me pasaran.
0 1 2 3 4
17. Sueño despierto/a.
0 1 2 3 4
18. Las películas emotivas me hacen llorar fácilmente.
0 1 2 3 4
19. Cambio de opinión con facilidad.
0 1 2 3 4
20. Tiendo a creer lo que me dicen los demás.
0 1 2 3 4
21. Hay personas que me fascinan a primer golpe de vista.
0 1 2 3 4

22. Dejo que determinadas personas influyan en mi más de lo que considero conveniente.

0 1 2 3 4

Anexo 2.

Escala de Creencias y Actitudes hacia la Hipnosis – Versión Cliente
© Capafons, Morales, Espejo, & Cabañas (2006).

EVACH-C

Todos los datos personales recogidos en esta escala están sometidos al secreto profesional, por lo que no podrán hacerse públicos sin su autorización expresa
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

NOMBRE.....

APELLIDOS.....

PAÍS.....

EDAD.....TELÉFONO (opcional)

.....CIUDAD

FECHA.....

1. Indique su Estado Civil (rodee lo que proceda):

1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Viudo/a 4. Separado/a o divorciado/a

2. Indique su sexo:

1. Hombre 2. Mujer

3. ¿Trabaja actualmente?

1. Sí 2. No

4. En caso de que sí, indique su trabajo

.....

5. ¿Ha sido hipnotizado alguna vez?

1. Sí 2. No

6. En caso de que sí, ¿por quién o quiénes? (marcar todas las opciones que procedan) 1. Psicólogo 2. Médico 3. Otros (especificar)

.....

7. ¿Ha recibido alguna información acerca de la hipnosis?

1. Sí 2. No

8. En caso de que sí, indique la fuente de la que ha obtenido dicha información (marcar todas las opciones que procedan):

1. Universidad 2. Cursos 3. Lecturas científicas 4. Otro tipo de lecturas
5. Televisión 6. Otras (indicar cuál)

.....

9. Si además es estudiante:

1. Indique la titulación que está cursando

.....

2. Indique el curso

3. Indique la Universidad donde cursa sus estudios

.....

4. Indique el nombre de la población y país en la que cursa sus estudios

.....

10. Indique otras titulaciones que posea

.....

A continuación, encontrará algunas cuestiones que nos ayudarán a conocer su opinión sobre la hipnosis. No hace falta que haya pasado por la experiencia sobre la que se le pregunta, sólo que indique lo que considera que podría ocurrir en tales situaciones. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las afirmaciones que se le presentan más abajo, rodeando el número que mejor refleje su opinión, según la siguiente escala:

1. Completamente en desacuerdo

2. Bastante en desacuerdo

3. En desacuerdo

4. De acuerdo

5. Bastante de acuerdo

6. Completamente de acuerdo

RECUERDE QUE NO HAY RESPUESTAS BUENAS O MALAS, ÚNICAMENTE SE TRATA DE CONOCER SU OPINIÓN.

1. La hipnosis puede ser de gran ayuda para otros	1 2 3 4 5 6
2. La hipnosis implica un esfuerzo de cooperación entre el hipnotizador y el cliente	1 2 3 4 5 6
3. Se necesita estar en un trance hipnótico para conseguir las metas de la intervención	1 2 3 4 5 6
4. La hipnosis me da miedo	1 2 3 4 5 6
5. Bajo hipnosis se consiguen cosas sin ningún esfuerzo por parte de la persona	1 2 3 4 5 6
6. La hipnosis puede ser una solución mágica a los problemas de la persona hipnotizada	1 2 3 4 5 6
7. Creo que bajo hipnosis la persona es un autómatas a merced del hipnotizador	1 2 3 4 5 6
8. La hipnosis requiere esfuerzo por parte de la persona hipnotizada	1 2 3 4 5 6
9. La hipnosis es todo lo que se necesitaría para tratar la mayoría de problemas	1 2 3 4 5 6
10. La hipnosis puede ser de gran ayuda para mejorar los efectos de los tratamientos a los que se adjunta	1 2 3 4 5 6

11. La persona hipnotizada es pasiva	1 2 3 4 5 6
12. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias psicológicas	1 2 3 4 5 6
13. Para hipnotizar a alguien es necesaria su colaboración	1 2 3 4 5 6
14. La persona hipnotizada puede "salir" de hipnosis cuando lo desee	1 2 3 4 5 6
15. Bajo hipnosis la persona conserva su voluntad para hacer lo que quiera	1 2 3 4 5 6
16. La hipnosis es una técnica segura, con pocos riesgos	1 2 3 4 5 6
17. La hipnosis fomenta la capacidad de auto-control	1 2 3 4 5 6
18. Tengo miedo de quedarme "enganchado" en un trance hipnótico	1 2 3 4 5 6
19. Creo que bajo hipnosis se puede llegar a perder el control sobre uno mismo	1 2 3 4 5 6
20. Creo que la hipnosis puede resultar peligrosa	1 2 3 4 5 6
21. Todo lo que ocurre bajo hipnosis lo provoca la persona hipnotizada	1 2 3 4 5 6
22. Bajo hipnosis pueden obligar a la persona a hacer cosas que no desee	1 2 3 4 5 6
23. La hipnosis es un facilitador de los resultados terapéuticos	1 2 3 4 5 6
24. Si la persona está en contra de una sugestión puede ignorarla completamente	1 2 3 4 5 6
25. La persona hipnotizada mantiene	1 2 3 4 5 6

el control sobre sí misma	
26. Me gustaría ser hipnotizado	1 2 3 4 5 6
27. Me dejaría hipnotizar si se diera el caso	1 2 3 4 5 6
28. Me gustaría ser muy hipnotizable	1 2 3 4 5 6
29. Se aprende más deprisa bajo hipnosis	1 2 3 4 5 6
30. Lo que se recuerda bajo hipnosis es la verdad	1 2 3 4 5 6
31. Es imposible mentir bajo hipnosis, aunque la persona hipnotizada lo desee	1 2 3 4 5 6
32. Una forma de confirmar que un suceso ocurrió es que la persona lo recuerde bajo hipnosis	1 2 3 4 5 6
33. La hipnosis es un estado de trance	1 2 3 4 5 6
34. La hipnosis se desarrolla al margen de la investigación científica	1 2 3 4 5 6
35. En general, algunas de las características fundamentales de las personas muy hipnotizables serían: credulidad, ignorancia y dependencia psicológica	1 2 3 4 5 6
36. La persona hipnotizada se encuentra disociada	1 2 3 4 5 6
37. La hipnosis es un complemento o herramienta para ayudar a las terapias médicas	1 2 3 4 5 6

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo 3.

HSP Scale (Escala para Personas Altamente Sensibles)

© (Aron & Aron, 1997)

Este cuestionario es completamente anónimo y confidencial. Por favor contesta en cada pregunta de acuerdo a la forma en la que personalmente te sientas, usa la siguiente escala:

1	2	3	4	5	6	7
Para nada			Moderadamente			Extremadamente

1	¿Te sientes fácilmente abrumado(a) en presencia de estímulos sensoriales fuertes?	1 2 3 4 5 6 7
2	¿Notas las sutilezas a tu alrededor?	1 2 3 4 5 6 7
3	¿Te afectan los estados de ánimo de otras personas?	1 2 3 4 5 6 7
4	¿Sueles ser más sensible al dolor que otras personas?	1 2 3 4 5 6 7
5	En los días con mucha actividad o trabajo, ¿necesitas aislarte un poco para tener cierto alivio de los estímulos?	1 2 3 4 5 6 7
6	¿Eres especialmente sensible a los efectos de la cafeína?	1 2 3 4 5 6 7
7	¿Te sientes fácilmente agobiado(a) o abrumado(a) por luces brillantes, olores u aromas fuertes, tejidos ásperos o sonidos de sirenas cercanas?	1 2 3 4 5 6 7
8	¿Tienes una vida interior llena de emociones, afectos, pensamientos, experiencias, ideas, etc., que es difícil definir?	1 2 3 4 5 6 7
9	Los sonidos fuertes, ¿te hacen sentir	1 2 3 4 5 6 7

incómodo(a)?	
	1 2 3 4 5 6 7
¹⁰ ¿Te conmueven profundamente las artes o la música?	1 2 3 4 5 6 7
¹¹ ¿En ocasiones sientes tu sistema nervioso demasiado agotado y piensas que debes tomarte un descanso?	1 2 3 4 5 6 7
¹² ¿Te consideras cuidadoso(a), escrupuloso(a) o meticulado(a)?	1 2 3 4 5 6 7
¹³ ¿Te asustas o sobresaltas fácilmente?	1 2 3 4 5 6 7
¹⁴ ¿Te sientes nervioso(a) cuando tienes que hacer muchas cosas en poco tiempo?	1 2 3 4 5 6 7
¹⁵ Cuando la gente se siente incómoda en algún espacio físico, ¿sueles identificar o saber qué es necesario hacer para que se sientan más cómodos? (ej. cambiar la luz o la distribución de los asientos)	1 2 3 4 5 6 7
¹⁶ ¿Te sientes molesto(a) cuando la gente quiere que hagas demasiadas cosas al mismo tiempo?	1 2 3 4 5 6 7
¹⁷ ¿Te esfuerzas para no cometer errores u olvidar cosas?	1 2 3 4 5 6 7
¹⁸ ¿Pones pretextos para no ver películas o programas de televisión con contenido violento?	1 2 3 4 5 6 7
¹⁹ Cuando suceden demasiadas cosas a tu alrededor ¿llegas a sentirte alterado, agitado o inquieto, de manera desagradable?	1 2 3 4 5 6 7
²⁰ ¿El tener mucha hambre te desconcentra o afecta tu estado de ánimo?	1 2 3 4 5 6 7
²¹ ¿Te desequilibran los cambios en tu vida?	1 2 3 4 5 6 7
²² ¿Eres capaz de apreciar y disfrutar aromas, sabores, sonidos o piezas de arte delicadas o finas?	1 2 3 4 5 6 7

<p>23 ¿Encuentras desagradable tener muchas cosas que hacer al mismo tiempo?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>24 ¿Consideras una prioridad arreglar u organizar tu vida para evitar situaciones molestas o abrumadoras?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>25 ¿Te sientes molesto(a) con estímulos intensos como sonidos fuertes o escenas caóticas?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>26 Cuando debes competir o vas a ser observado(a) mientras realizas una tarea ¿te pones tan nervioso(a) o tembloroso(a) que lo haces peor de lo que lo harías en otra situación?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>
<p>27 Cuando eras un(a) niño(a) ¿tus padres o profesores solían percibirte como alguien sensible o tímido(a)?</p>	<p>1 2 3 4 5 6 7</p>

Anexo 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

	<p>UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO</p> <p>FACULTAD DE PSICOLOGÍA – MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA</p> <p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	
<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>		
Nombre del estudio:	<p><u>“Creencias y Actitudes – Disociación - Sensibilidad en el Procesamiento Sensorial – Sugestibilidad: Valoración de la Respuesta Hipnótica”</u> NOVIEMBRE 2020.</p>	
Lugar y Fecha Número de registro Justificación y Objetivo del estudio	<p>El presente protocolo de investigación pretende estudiar la correlación entre distintos marcadores que podrían incidir en la respuesta hipnótica. Un mayor conocimiento permite una aplicación más efectiva de las intervenciones basadas en hipnosis. Con lo anterior, se espera encontrar una correlación positiva entre todos los marcadores propuestos.</p>	
Posibles riesgos y Molestias	<p>La investigación puede provocar sentimientos de vulnerabilidad y/o incomodidad por el tipo de preguntas.</p>	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	<p>Si el participante lo desea, podrá acceder a un blog creado con información orientativa y de referencia sobre su participación y generalidades del proyecto.</p>	
Información sobre Resultados y alternativas De tratamiento	<p>Los resultados se mostrarán a los participantes al finalizar la recolección de la información de todos los instrumentos de medición a través de un enlace digital; además, también contará con información que les facilite la interpretación de sus resultados.</p>	
Participación o retiro	<p>La participación del estudio es voluntaria conservando el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.</p>	
Privacidad y confidencialidad	<p>Se conservará la privacidad de datos del participante sin que se identifique en presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, los datos serán manejados en forma confidencial.</p>	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable	<p>Lic. Psi. Claudio César Peña Hurtado. Estudiante Posgrado Psicología. Sede en UMSNH Morelia, Celular: 351 161 33 69. Correo electrónico: coph92@outlook.com</p>	

Colaboradores

Dra. Fabiola Gonzales Betanzos. Investigadora. Directora de tesis. Celular: - -----
-. Correo electrónico: -----| Dr. Ferrán Padrós Blázquez. Co-director de tesis.
Celular: -----, Correo electrónico: -----

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma