

245907



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

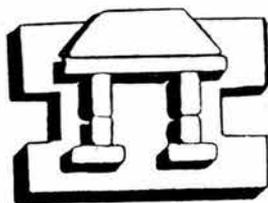
CAMPUS IZTACALA

PO 1390/96
Ej. 3

APLICACION DE LA HIPNOSIS COMO UNA TECNICA
ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA
CEFALEA TENSIONAL.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
JUANA OLVERA MENDEZ

ASESORES: MTRO. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES
LIC. JOSELINA IBAÑEZ REYES
LIC. HERMINIA MENDOZA MENDOZA



IZTACALA

OCTUBRE 1996



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS:

A DIOS:

Por hacerme parte de su obra.

A MI MADRE:

FRANCISCA

Por que gracias a su amor y apoyo incondicional a lo largo de mi existencia, he logrado la realización de esta meta.

A MI PADRE:

JUAN ARTURO

Por amarme, apoyarme y aceptarme como soy. Gracias por transmitirme el afán de lucha y superación.

A MIS HERMANOS:

ADRIAN Y MANUEL

Por que su existencia me ha enseñado a compartir el amor.

POR LO QUE SOY Y SERE EL DIA DE MAÑANA.

AGRADECIMIENTOS:

AL MAESTRO JOSE DE JESUS VARGAS FLORES.

Por compartir conmigo su amistad, sus conocimientos y experiencia profesional, que contribuyeron al enriquecimiento de mi desarrollo profesional y como ser humano. Gracias por el tiempo y la dedicación prestados para la culminación de este trabajo.

A LA LICENCIADA JOSELINA IBAÑEZ REYES

Por su apoyo e interés para la realización de este trabajo y por haber sido un pilar importante para mi formación profesional.

A LA LICENCIADA HERMINIA MENDOZA MENDOZA

Por su interés y sus valiosos consejos, que hicieron posible el término de este trabajo.

A LOS DOCTORES:

**VICTOR MARTINEZ ROSALES.
CITLALLI MARIN TORRES.**

Por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias, además de su valiosa amistad.

A TODOS LOS PACIENTES QUE PARTICIPARON.

GRACIAS.

El señor ha creado remedios que brotan de la tierra; el hombre prudente no los desprecia.

¿no sabes que el señor endulzó el agua con una varilla para demostrar su poder?

Sirácides 38: 4,5.

RESUMEN

Aunque a través de los años, la hipnosis ha sido motivo de investigación, la realidad es que se conocen pocos estudios acerca de sus aplicaciones clínicas para una gran variedad de problemas médicos y psicológicos.

Una de las áreas en donde más se ha extendido su aplicación es en el control del dolor, y puede decirse que se han realizado estudios en los cuales la utilización de la hipnosis ha resultado ser un éxito. Entre los problemas de dolor crónico, se pueden mencionar el de la cefalea tensional, el cual, además de ser un problema que repercute a nivel corporal en el individuo, también implica en muchas ocasiones elementos de tipo psicológico que tienen que ser tratados adecuadamente y en los que la sola intervención del médico es insuficiente.

Con base en esta situación, el objetivo del presente trabajo es describir la aplicación de la hipnosis a pacientes con cefalea tensional. El tratamiento se dividió en cuatro grupos: 5 pacientes en el experimental, 6 en el grupo control, 5 en el placebo; los pacientes de estos tres grupos eran todos del sexo femenino y por último, un grupo experimental con 5 pacientes del sexo masculino. Las edades de todos los pacientes fue entre 22 y 64 años de edad.

La evaluación se hizo a través de un registro subjetivo de dolor en que se evaluó la intensidad y duración de los dolores de cabeza.

Se encontró, que no existieron diferencias significativas entre los cuatro grupos evaluados, por lo que puede decirse que la hipnosis resultó ser un recurso terapéutico valioso en el tratamiento de la cefalea tensional en todos los casos tanto en la disminución de la intensidad y duración del dolor así como en la posterior eliminación del dolor.

INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTORICOS.	7
1.1 Orígenes de la hipnosis.	10
1.2. Gassner.	13
1.3. Mesmer.	16
1.4. Puységur y el nuevo magnetismo.	19
1.5. El mesmerismo o magnetismo en Alemania.	22
1.6. El mesmerismo o magnetismo en Inglaterra.	24
1.7. El espiritismo.	25
1.8. La hipnosis en el siglo XIX.	27
CAPITULO II. TEORIAS SOBRE LA HIPNOSIS.	31
2.1. Teoría del desarrollo interactivo de la hipnosis.	33
2.2. La teoría patológica de Charcot.	42
2.3. La teoría de Gindes.	44
2.4. La teoría de Miller, Galanter y Pribram.	49
2.5. Teoría de Jay.	54
2.6. La teoría de la disociación.	60
2.7. La teoría del sueño modificado.	63
2.8. La teoría física.	64
2.9. La teoría de desempeñar un papel.	65
2.10. La teoría de los reflejos condicionados.	66
2.11. Teoría de la regresión atávica de Mears.	69
2.12. La teoría psicoanalítica.	70
2.13. La teoría de la sugestión de Hartland.	73
CAPITULO III. PRINCIPIOS GENERALES INDISPENSABLES PARA LA INDUCCION DEL TRANCE HIPNOTICO	81
3.1. Susceptibilidad y sugestión.	83
3.2. Motivación.	89
3.3. Eliminación de dudas y temores.	91
3.4. Preparación de la mente del paciente.	94
3.5. Profundidad del trance y principios generales para la inducción de trance.	98
CAPITULO IV. METODOS O TECNICAS PARA LA INDUCCION DE LA HIPNOSIS.	107
4.1. Métodos para la inducción del trance hipnótico basados en la fijación de la vista y relajamiento progresivo.	109
4.2. Ventajas y desventajas de los métodos de fijación de la vista y relajamiento progresivo.	121
4.3. Otros métodos de inducción.	125
4.4. Métodos para la profundización del trance.	133
4.5. Dificultades para la terminación del trance.	142

CAPITULO V. APLICACIONES CLINICAS DE LA HIPNOSIS.	146
5.1. La aplicación de la hipnosis en el tratamiento del cáncer.	149
5.2. La hipnosis en la obstetricia.	157
5.3. La hipnosis en los desórdenes menstruales.	162
5.4. La hipnosis en los padecimientos dermatológicos.	165
5.5. La hipnosis en odontología.	167
5.6. La hipnosis en el tratamiento del alcoholismo.	169
5.7. La hipnosis en el tratamiento del tabaquismo y las drogas.	171
5.8. La hipnosis en el tratamiento de la obesidad.	173
5.9. La hipnosis en el tratamiento del asma.	177
5.10. La hipnosis en diferentes trastornos psicológicos.	181
5.11. La hipnosis en cirugía, analgesia y anestesia.	185
5.12. La hipnosis en las disfunciones sexuales.	188
5.13. La hipnosis en el tratamiento del insomnio.	190
 CAPITULO VI. DIVERSOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DOLOR.	 193
6.1. Algunas consideraciones teóricas acerca del dolor.	195
6.2. Diferentes tipos de dolor.	204
6.3. Mecanismos del dolor.	209
6.4. Métodos de evaluación del dolor.	228
6.5. Diversos tratamientos para el control del dolor.	238
 CAPITULO VII. TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS APLICADOS A LAS CEFLEAS.....	 249
7.1. Clasificación y etiología de las cefaleas.	251
7.2. Algunas observaciones clínicas sobre las cefaleas.	265
7.3. Tratamientos psicológicos aplicados a las cefaleas.	271
 CAPITULO VIII. APLICACION DE LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL	 280
8.1. Método.	280
8.2. Resultados.	288
8.3. Discusión.	304
CAPITULO IX. CONCLUSIONES.....	317
 BIBLIOGRAFIA.	 326
 ANEXOS.	 331

La hipnosis a lo largo de la historia ha sido objeto de gran controversia tanto en el área médica como psicológica. Esta técnica ha sido mal comprendida y lo que ha sido peor mal utilizada por personas no profesionales.

Esta situación se debe en gran parte al desarrollo histórico por el cual ha atravesado desde sus orígenes; el rechazo y estancamiento de su desarrollo tienen que ver con la práctica extravagante y mágica de sus primeros practicantes como Gassner y Mesmer en el siglo XVII.

Fue hasta el siglo XVIII, cuando es reconocida como una técnica útil, sobre todo por sus éxitos en la curación de algunas enfermedades. Este acontecimiento tuvo sus ventajas y desventajas, pues por un lado algunos médicos se encaminaron al estudio de la hipnosis, ayudándola a salir del destierro en el que se encontraba; pero por otro lado, cuando las curaciones hechas anteriormente fracasaban también contribuían a su desprestigio.

Cabe destacar que a pesar de los malos momentos, la hipnosis ha podido deshacerse del velo de misterio en el que se encontraba y actualmente gracias al desarrollo de diversas investigaciones hoy en día se cuenta como un método terapéutico. En los últimos años, Hartland, (1974) hace énfasis en que: "se han hecho valiosas investigaciones de nuevas técnicas, en especial en América y esto ha ayudado a que

emerja gradualmente la hipnosis de su antigua atmósfera de misticismo y supersimplificación.

La historia de la hipnosis ha demostrado en forma concluyente que no es algo maravilloso sino que despojada de sus reivindicaciones exageradas, todavía puede ser un valioso instrumento terapéutico". (Pág. 33).

Por otra parte Waden y Anderton, (1979) enfatizan la utilidad de la hipnosis en problemas como tabaquismo, obesidad, control del dolor, disnea, asma etcétera.

Ejemplificando la gran variedad de problemas en los que puede utilizarse la hipnosis como técnica terapéutica.

Uno de los problemas que tanto desde el punto de vista médico como psicológico puede también ser abordado mediante la utilización de la hipnosis, es el problema del dolor de cualquier origen .

Al respecto, Heyck (1977), menciona que: "los dolores de cualquier origen constituyen para el afectado un fenómeno corporal psíquico". Sobre todo cuando el dolor se convierte en un dolor crónico. (Pág. 291).

Es importante tomar en cuenta que en casi todos los tipos de dolor o padecimientos; intervienen elementos psíquicos relacionados con la personalidad o procedentes de la esfera ambiental en la que el individuo se encuentra inmerso.

Ahora bien, hoy en día existen una gran cantidad de alternativas para disminuir el dolor; sin embargo, en el caso de algunos tipos de dolor en los que se encuentran mezclados elementos de tipo psicológico, como es el caso de la cefalea por contractura muscular o tensional. El tratamiento utilizado por el médico, en ocasiones no es suficiente para el control del dolor a lo largo del tratamiento; convirtiéndose así en un padecimiento crónico, ante el cual se tiene que recurrir a otro tipo de terapias, como por ejemplo, las de tipo conductual, las de biorretroalimentación o la hipnosis, siendo esta última, una técnica de gran utilidad en el tratamiento del dolor.

Desafortunadamente, la información sobre investigación clínica de la hipnosis es muy escasa, sobre todo en lo que respecta a las cefaleas. Esto resulta sorprendente, tomando en cuenta la cantidad de años que se ha utilizado y el gran número de estudios experimentales muy confiables con sujetos normales.

Se puede decir que la importancia de la hipnosis en el tratamiento de la cefalea representa una alternativa de gran ayuda en los casos en los que el tratamiento con analgésicos ya no tiene buenos resultados. Sobre todo en el caso de la cefalea tensional, ya que es uno de los problemas en que diversos factores de tipo psicológico se ven entremezclados y

los medicamentos en muchas ocasiones no logran un control total del dolor.

La importancia social de este trabajo, radica principalmente en que siendo la cefalea tensional, un padecimiento tan frecuente y tan común en nuestros días y considerando de vital importancia los factores psicológicos que se ven entremezclados en este padecimiento, la hipnosis representa una excelente alternativa, pues su aplicación es sencilla y no representa grandes inversiones económicas.

También es una técnica que no representa peligro alguno para el paciente y por el contrario, contribuye a aminorar el riesgo que corre el paciente ante la adicción a los analgésicos, que además de no surtir efecto en un momento determinado del proceso del padecimiento, se corre el riesgo de padecer los efectos secundarios negativos por el uso prolongado o indiscriminado de los mismos.

Otro aspecto que también nos parece importante, es que si bien la hipnosis ha demostrado ser una alternativa excelente en el tratamiento de diversos problemas tanto en el ámbito médico como psicológico, aún existe cierta renuencia por parte de los profesionistas para conocer a fondo la técnica y aún más para trabajar con ella.

Por lo que nos parece oportuno resaltar la importancia que tiene el realizar investigaciones serias acerca de la aplicación de esta útil herramienta terapéutica. Que aunque

hoy en día se conocen excelentes resultados mediante la misma, aún enfrenta obstáculos.

Por esta razón, el objetivo principal de esta investigación es la evaluación de la hipnosis como técnica terapéutica en la disminución de la intensidad y duración del dolor en pacientes con cefalea tensional.

Con el propósito de alcanzar nuestro objetivo, el presente trabajo será dividido en ocho capítulos cuyo contenido será descrito brevemente a continuación.

En el primer capítulo, se abordan los antecedentes históricos de la hipnosis, partiendo desde sus orígenes y el proceso histórico por el que ha tenido que pasar hasta nuestros días.

El segundo capítulo, hace referencia a la diversidad de teorías que explican el fenómeno de la hipnosis.

El contenido del tercer capítulo, hace resaltar los principios generales que se precisan para realizar la inducción del trance hipnótico y también se mencionan las características indispensables que deben reunirse antes de practicar la hipnosis.

El capítulo cuarto, tiene como principal objetivo, mencionar y describir algunos de los métodos más conocidos para inducir el trance hipnótico.

En el quinto capítulo, revisaremos algunos problemas tanto de tipo médico como psicológico, en los cuales la hipnosis ha demostrado éxito en su aplicación.

El sexto capítulo aborda algunas consideraciones teóricas y aspectos relevantes que son de gran importancia para comprender la experiencia del dolor.

El capítulo séptimo, trata de la clasificación y etiología clínica de las cefaleas que son de origen fisiológico y en las que pueden observarse claramente los aspectos psicológicos presentes, como es el caso de la cefalea tensional.

En el octavo y último capítulo, se describe la aplicación de la hipnosis en el tratamiento de la cefalea tensional cuya aplicación se llevó a cabo en cuatro grupos: un grupo experimental (5 pacientes de sexo femenino); un grupo placebo (5 pacientes de sexo femenino); un grupo control (6 pacientes de sexo femenino); y por último un grupo experimental (5 pacientes de sexo masculino).

A continuación se presentan los resultados obtenidos con la aplicación de la hipnosis en la cefalea tensional y finalmente se mencionan las conclusiones pertinentes a la investigación.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los primeros momentos históricos en los que se vió envuelta la hipnosis, son en gran parte los responsables del rechazo y estancamiento de este instrumento terapéutico; pues en un principio los primeros experimentadores practicaban la hipnosis en un clima de extravagancia y magia, por lo cual pasó a ser considerada como un fenómeno que pertenecía a las filas de la brujería. Por esta razón, muy pocos se atrevían a investigar acerca de este fenómeno, ya que si lo hacían corrían el peligro de caer en el desprestigio.

Con el correr de los años, pasó a ser considerada como rito religioso, y mucho tiempo después, en el siglo XVIII, es precisamente cuando se reconoce como una ciencia. Sobre todo por sus éxitos en la curación del algunas enfermedades.

En ese tiempo, la hipnosis nuevamente recobra fuerza y prestigio, pues los pacientes ante la desesperación de no ver resultados en la cura de sus enfermedades siguiendo los tratamientos de la medicina ortodoxa, acuden a buscar la ayuda de otras alternativas e incluso la del charlatán. Sin embargo, este acontecimiento tuvo sus ventajas y desventajas, pues por un lado, algunos médicos se encaminaron al estudio de la hipnosis contribuyendo a su

difusión y práctica profesional. Pero por otro lado, cuando las curaciones hechas no tenían éxito se contribuía a su desprestigio.

A pesar de los malos momentos, la hipnosis ha podido deshacerse del velo de misterio en el que se ha encontrado, y actualmente gracias al desarrollo de diversas investigaciones, hoy en día se cuenta como un método terapéutico que vivifica al pensamiento, convirtiéndolo específicamente en una acción, para un fin determinado. Además de que permite obtener información sobre terrenos que no son accesibles por medio de otros métodos que exploran la parte inconsciente del ser humano, lo que le hace un instrumento valioso terapéuticamente.

Para comprender las importantes aportaciones que tiene la hipnosis en el campo de la psicología, y el difícil camino que ha tenido que recorrer en su desarrollo, es preciso atender a la parte histórica por la cual ha atravesado, lo que nos hará introducirnos en la comprensión del ascenso y descenso de tan valiosa herramienta, y por otro lado comprender también las importantes aportaciones, que ha tenido en el campo de la salud, pues en la historia de la humanidad, el hombre siempre se ha preocupado por evitar el sufrimiento y el dolor que implica la enfermedad; no importando de que medios terapéuticos o curativos tenga que valerse para obtener la

salud, considerada como una de las principales razones para la vida.

1.1. ORIGENES DE LA HIPNOSIS.

Aunque el origen de la hipnosis se considera que fue en el año de 1775, se tienen noticias de que tiempo atrás, ya se podía considerar a ésta como un elemento importante en la medicina.

Respecto a este punto, Hartland, (1974) escribe que : "la curación en estado de trance es una de las más antiguas de la medicina. Incluso el hombre primitivo la practicó, el que creía firmemente que el trance era de origen divino y que las curas milagrosas, eran de naturaleza religiosa. En consecuencia consideró que eran dioses las fuerzas misteriosas que las producían, quienes se comportaban en una forma muy irregular e impredecible". (Pág. 25).

Estas curaciones milagrosas en la Edad Media, se atribuían también a estatuas sagradas, arroyos curativos, fragmentos de cruz o de los huesos de un santo; y también se creía que tanto los reyes de Inglaterra como los de Francia, podían curar mediante la imposición de manos, esta creencia persiste aún en nuestros días, atribuyéndole un gran peso a la sugestión producida en el paciente.

El poder de la sugestión también fue conocido en los tiempos bíblicos, y es probable que "muchas de las curaciones hechas por los profetas y santos estuvieran basadas en este poder". (Hartland, 1974; pág. 26).

Aquí hay que destacar una gran verdad muy útil para entender estos acontecimientos "ninguna curación psicológica tiene lugar en ausencia de la creencia". (Hartland, 1974; pag. 30).

Por su parte, Gassner (1955) menciona que: "la definición de la hipnosis, es referida en la biblia, en el Nuevo Testamento y en el Tamul, allí parece ser que se encuentran evidencias considerables de que autores de algunos trabajos, en realidad se familiarizan con el fenómeno del que todavía debemos explicar en términos de sugestión". (Citado en Crasilneck y Hall, 1975; pág. 5).

Wolberg (1972); sugiere que la más remota descripción de la hipnosis, se encuentra en Génesis 2:21-22: "Entonces nuestro señor, hizo caer en profundo sueño al hombre y este se durmió. Y le sacó una de sus costillas, tapando el hueco con carne. De la costilla que nuestro señor había sacado al hombre, formó una mujer y la llevó ante el hombre". (Citado en Crasilneck y Hall, 1975; pág.5).

Por otro lado, las sesiones de hipnosis más antiguas han sido consideradas como un dato importante en el desarrollo tan controvertido de la misma.

A este respecto, Muses (1972), "ha encontrado las sesiones hipnóticas más tempranamente registradas, en un lugar de Egipto, en la región de Ramsés XII de la veinteava Dinastía, hace unos 3000 años. Descripciones más específicas, que

deben haber sido algunas técnicas hipnóticas, usando una luz de lámpara, estas han sido encontradas en el llamado Demotic Papyrus de Londres y Leiden". (Citado en Crasilneck y Hall, 1975; pág. 5).

Cabe mencionar que los hechos calificados como hipnosis en la antigüedad, no fueron considerados como una causa natural; "se creyó que eran manifestaciones religiosas supernaturales, resultado de encantamientos mágicos u obra de espíritus malignos. No se buscó mayor explicación sino hasta el año de 1530, cuando Paracelso formuló su teoría relativa al efecto de los cuerpos celestes sobre la humanidad en especial sobre sus enfermedades". (Hartland, 1974; pág. 26).

Posterior a este momento, surge otra perspectiva acerca de la hipnosis, la cual adquirió gran difusión; esta corresponde al año de 1775, durante la cual aparece la primera psiquiatría dinámica, con el médico Mesmer y el exorcista Gassner.

1.2. GASSNER.

Gassner era un curandero de gran popularidad, en la ciudad de Ellwangen, en Wüttemberg, a él acudían ricos y pobres con todo tipo de enfermedades. Gassner exorcizaba a los enfermos con su método de el exorcismo de prueba, el cual realizaba ante la presencia de autoridades de la Iglesia Católica y Protestante, médicos, nobles de todo rango, miembros de la burguesía, escépticos y también creyentes. Durante la aplicación de su método un notario público, se encargaba de registrar las palabras y gestos de Gassner y de las pacientes; dichas actas eran firmadas en ese lugar por testigos presenciales.

La situación en la que Gassner curaba a sus pacientes Ellenberger, (1980) la describe de la siguiente manera: "revestido con sus hábitos de ceremonia, (ya que era sacerdote), sentado en su sitial y con el paciente arrodillado ante él, podían ocurrir cosas asombrosas". (Pág. 75).

Un ejemplo de lo que allí ocurría es el siguiente registro oficial, escrito por un testigo ocular llamada Abbé Burgeois: "los primeros pacientes eran dos monjas que se habían visto obligadas a abandonar su comunidad debido a ataques epilépticos. Gassner dijo a la primera que se arrodillara delante de él, le preguntó brevemente su nombre, su

enfermedad y si estaba de acuerdo en que cualquier cosa que él ordenara ocurriría. Ella asintió.

Entonces Gassner pronunció solemnemente en latín: "De haber algo preternatural en esta enfermedad, ordeno en el nombre de Jesús que se manifieste inmediatamente".

En el acto, la paciente comenzó con convulsiones. Según Gassner, estaban producidas por un espíritu maligno y no por una enfermedad natural, y a continuación se procedió a demostrar que tenía poder sobre el demonio, al que ordenó en latín que produjera convulsiones en diferentes partes del cuerpo de la paciente; luego provocó las manifestaciones externas de la aflicción, imbecilidad, escrupulosidad, cólera, etcétera, e incluso la apariencia de muerte. Todas sus órdenes fueron ejecutadas puntualmente. Parecía lógico que, dominado el demonio hasta ese extremo, sería relativamente fácil expulsarlo, lo que hizo Gassner. A continuación procedió de la misma forma con la segunda monja. Una vez concluida la sesión, el Abbé Burgeois le preguntó si había sido muy doloroso; ella respondió que solo guardaba un vago recuerdo de lo que había sucedido y que no había sufrido mucho. Gassner trató a continuación a un tercer paciente, una dama de alta alcurnia que había padecido melancolía y explicó a la dama lo que tenía que hacer para vencerla en el caso de que volviera a molestarla". (Citado en Ellenberger 1980; pág. 75).

Así de esta manera, era como se llevaban a cabo las sesiones de exorcismo que realizaba Gassner. Cabe destacar que mediante su método curaba enfermedades que él dominaba de dos tipos: naturales (del dominio médico) y prenaturales (causadas por el demonio, efecto de la brujería y posesión diabólica manifiesta).

La fama de Gassner, se extendió rápidamente en algunos lugares de Europa, sin embargo, ésta no perduró, ya que Mesmer en 1775, dió el paso trascendental del exorcismo a la psicoterapia.

1.3. MESMER

Mesmer quien era médico, trataba algunas enfermedades con el método del magnetismo animal, "llevaba a cabo sus sesiones terapéuticas en el París de fines del siglo XVIII. Los pacientes se sentaban alrededor de un baquet, es decir un depósito lleno de agua y de limaduras de hierro que sostenían varillas de ese metal por medio de las cuales la influencia magnética podía llegar a sus cuerpos. El propio Mesmer se presentaba enfundado en su elegante bata de seda, y ayudaba a transferir a los pacientes el maravilloso magnetismo animal que exudaba. Los pacientes acabarían sufriendo convulsiones, en cuyo momento se les llevaba a un cuarto de recuperación donde volvían a la normalidad, supuestamente aliviados de sus quejas" .

Con la utilización de este método, Mesmer suponía que "las corrientes magnéticas en el interior de su paciente eran producidas por un fluido acumulado en su propia persona, al que denominó magnetismo animal. El imán no era sino un medio auxiliar para reforzar, ese magnetismo animal y darle una dirección". (Ellenberger, 1980; pág. 81).

Por lo que ayudado también por otras técnicas, suponía que el fluido del cuerpo podría ser canalizado, almacenado y transmitido, pudiendo así provocar las crisis en los pacientes y curar las enfermedades.

Un acontecimiento que ejemplifica el uso de su método, es el citado por Ellenberger, (1980) "En 1773 y 1774 Mesmer trató en su propia casa a una paciente de veintisiete años, Fräulein Oesterlin, que sufría no menos de quince síntomas aparentemente graves. Estudió la periodicidad casi astronómica de las crisis y fue capaz de predecir su recurrencia. Acababa de saberse que ciertos médicos ingleses trataban determinadas enfermedades por medio de imanes, y a Mesmer se le ocurrió provocar una "corriente artificial" en su paciente. Después de hacerle tomar un preparado que contenía hierro, le fijó al cuerpo tres imanes de diseño especial, uno en el estómago y los otros dos en las piernas. La paciente comenzó pronto a sentir corrientes extrañas de un fluido misterioso que le recorrían el cuerpo hacia abajo, y todos sus males desaparecieron durante varias horas". (Pág. 80).

Respecto a esta situación, Gindes, la resume en forma admirable al sugerir la fórmula que sigue: **ATENCIÓN DESVIADA = CREENCIA = EXPECTACION= ESTADO HIPNOTICO.** (Hartland, 1974; pág. 30).

La fama de Mesmer, se extendió rápidamente, y en 1874, el rey de Francia encomendó a los científicos más destacados de aquella época, entre los que destacaban Benjamin Franklin, se llevara a cabo una investigación. Este grupo de científicos, utilizó buenos diseños experimentales y

concluyeron que "la corriente magnética" también podría ser transmitida por varillas de madera en vez de varillas de hierro. (Hilgard y Hilgard, 1990).

Ante este descubrimiento, Mesmer fue desacreditado, pero sus métodos y sus teorías siguieron vigentes por un tiempo.

Se puede decir, que Mesmer se equivocó respecto a su teoría, dicho error puede comprenderse si se analiza la época en que vivía.

Hilgard y Hilgard, (1990) atribuyen este acontecimiento principalmente a los siguientes factores: en primer lugar, buscaba valerse de la ciencia física moderna para reemplazar algunas supersticiones de la época. No debemos perder de vista el hecho de que en Francia se vivía la edad de la ilustración, el Renacimiento del siglo XVIII; el tiempo en el que estaba publicándose la famosa enciclopedia de Diderot.

En segundo lugar, aunque los resultados eran producidos por la imaginación, no hay duda de que eran producidos. Ahora bien, aunque este descrédito fue importante para Mesmer, no fue así para el nuevo magnetismo, pues este siguió su curso.

1.4. PUYSEGUR Y EL NUEVO MAGNETISMO.

A principios de 1785, Puységur dió a conocer un nuevo tratamiento en el que distinguía dos manifestaciones: la primera de crisis perfecta, en la que el sujeto obedecía las órdenes del magnetizador, a esta crisis le sobreveníá la lucidez, en la que los pacientes podían diagnosticar enfermedades, predecir sus cursos y prescribir tratamientos.

De esta manera, Puységur comprendió que el magnetismo solo debía utilizarse con fines terapéuticos y además que el verdadero agente curativo era la voluntad del magnetizador.

Este nuevo magnetismo se extendió rápidamente por Santo Domingo, Haití, entre otros lugares, obteniendo una importante difusión. Por lo que se le consideró una gran aportación a las ciencias psicológicas.

Entre los hombres que dieron impulso al magnetismo de aquélla época, se pueden mencionar: Deleuze a quien se le atribuye el resurgimiento del magnetismo en Francia; publicó en 1810 que: "la era de las "curaciones prodigiosas" había terminado con Mesmer y Puységur, y que había comenzado el período de la técnica elaborada y codificada. Subrayó así mismo que la vieja lucha entre los "fluidistas" (que creían en el fenómeno físico de Mesmer), los "animistas" (que creían en el fenómeno psicológico), y la teoría intermedia (mantenida por

los que creían en la existencia de un fluido físico dirigido por la voluntad, era cosa del pasado. Dió excelentes descripciones de los fenómenos que ocurrían durante el sonambulismo artificial, se mostraba escéptico acerca de las pretendidas manifestaciones preternaturales, y avisó contra los diversos peligros inherentes al tratamiento magnético". (Ellenberger, 1980; pág. 102).

Este autor de formación médico-científico, al igual que Bertrand de doble formación de médico e ingeniero, estudiaron y enfocaron al magnetismo animal como un fenómeno digno de explorarse científica y experimentalmente.

A Bertrand, más tarde en 1819, se le unió Noizet y mediante observaciones realizadas destacaron "El hecho de que la mente humana está repleta de pensamietos y razonamientos de los que no somos conscientes y que sólo podemos reconocer por los efectos que producen". (Ellenberger, 1980; pág. 102).

Como se puede observar, las aportaciones sobre el fenómeno del magnetismo animal fueron muy diversas; Janet consideraba que los primeros mesmeristas (entre ellos Puysegur) fueron los que fundaron la ciencia del hipnotismo, y que durante el siglo XIX no se agregó nada importante.

En aquella época, los autores anteriormente mencionados, comprendieron por ejemplo, que la

comunicación era el fenómeno central del magnetismo y el sonambulismo, y que su influencia se extendía mucho más allá de la propia sesión. Las sugerencias poshipnóticas ya estaban descritas en 1787 y eran bien conocidas por Faria y Bertrand. Pronto se incluyó en el concepto de rapport la influencia recíproca entre el paciente y el magnetizador. Ya los primeros magnetizadores prevenían contra el peligro inherente a la poderosa atracción interpersonal surgida de la comunicación, aunque sabían que esta influencia también tenía sus limitaciones. Tardif de Montrevel destacó en 1785 que el sujeto en sueño magnético era capaz de resistir cualquier orden inmoral que le pudiera dar un magnetizador sin escrúpulos. (Ellenberger, 1980).

Por esta razón, gracias a todos estos acontecimientos y descubrimientos, el magnetismo en Francia, no logró la aceptación que se esperaba, y no se tomó en cuenta a pesar de la honradez y la racionalidad que se le dió.

1.5. EL MESMERISMO O MAGNETISMO EN ALEMANIA.

Contraria a esta situación anterior, en Alemania más o menos en el año de 1812, el mesmerismo fue aceptado y en las universidades se tomó como fenómeno de investigación. Los alemanes coincidieron en la importancia fundamental de la comunicación en el tratamiento.

Con respecto a este punto, Kluge, escribió que: "el magnetizador y el paciente formaban un "círculo magnético", es decir, un mundo cerrado de dos individuos, que tenían que estar protegidos del ruido, la luz y las interferencias externas. Fiedrich Hufeland comparó la unión entre el magnetizador y el paciente con la relación entre la mujer embarazada y el feto hasta el momento del nacimiento, que corresponde al fin de la curación". (Citado en Ellenberger, 1980; pág. 104).

De esta manera, los alemanes se interesaron en el magnetismo animal y principalmente por dos razones: la primera por la teoría de Mesmer del fluido físico universal y la segunda, el descubrimiento del sonambulismo magnético realizado por Puységur.

Fue precisamente que al sonambulismo magnético se le dió gran importancia, Kluge, (Citado en Ellenberger, 1980; pág. 105) distinguía seis grados de estado magnético: "1) Estado de vigilia, con sensación de aumento de la viveza. 2) Semisueño. 3) "Oscuridad interior", es decir, sueño propiamente

dicho e insensibilidad. 4). "Claridad interior", es decir, conciencia dentro del propio cuerpo, percepción extrasensorial, visión a través del epigastrio y similares. 5) "Autocontemplación: capacidad del sujeto para percibir con gran exactitud el interior de su propio cuerpo y el de aquellos con quienes se le pone en comunicación. 6) "Claridad universal" eliminación de los obstáculos de tiempo y espacio, con lo que el sujeto percibe cosas escondidas en el pasado, en el futuro o en lugares remotos.

Estos estadios, que describió Kluge, no eran alcanzados por todos los sujetos y era muy raro encontrarlos. En aquéllos tiempos destacaron entre esos sujetos Katharina Emmerich, (1774-1842) fue campesina y monja, esta mujer lograba ver la pasión de Cristo. Otro sujeto fue Fiedrericke Hauffe (1801-1829) ella era una adivinadora a la cual le dió fama Justin Kerner (1786-1862), quien era médico y trabajó arduamente en investigar la vida de Mesmer. Entre sus actividades, se dice que curó mediante exorcismo y magnetismo, casos que el denominó de posesión demoniaca.

Este médico, en el transcurso de sus trabajos trató de ser objetivo, separando tanto observaciones como experimentos de la filosofía.

1.6. EL MESMERISMO O MAGNETISMO EN INGLATERRA.

Por otro lado, en lo que se refiere a Inglaterra no fue fácil que se aceptara el magnetismo, Ellenberger (1980) y Hilgard y Hilgard (1990) mencionan que fue Braid, entre 1840 y 1850, quien adoptando el nombre de hipnotismo, logró que el magnetismo fuera aceptado y rescatado del olvido donde se encontraba. Su principal aportación fue que estableció una relación entre la hipnosis y el sueño nervioso y así de esta manera fue que nació el nombre de hipnotismo.

Braid quien era médico, en un principio rechazó rotundamente el magnetismo, el cual le fue mostrado por Lafontaine en 1841, inmediatamente después, propuso una teoría basada en la fisiología cerebral. Su trabajo repercutió para que el hipnotismo, fuera aceptado por algunos médicos. Sin embargo, su error fue combinarlo con la frenología.

Un aspecto importante que hay que destacar, de aquella época, es que ya se tenían noticias de que mediante la técnica del mesmerismo o de la hipnosis, se habían logrado realizar intervenciones quirúrgicas, sin utilizar anestesia, situación que en un principio no fue aceptada por la medicina.

1.7. EL ESPIRITISMO.

Entre 1840 y 1850, nace en Estados Unidos el espiritismo, el cual fue comercializado por la esposa de Hydesville, una granjera que en 1847, junto con su familia, decían que tenían contacto con espíritus.

Este nuevo fenómeno se extendió a comienzos de 1852 en Inglaterra y Alemania y en 1853, se extendió a Francia. Este acontecimiento fue de gran importancia en la historia de la psiquiatría dinámica, por que proporcionó de forma indirecta a los psicólogos y psicopatólogos nuevos métodos de aproximación a la mente.

Como uno de los procedimientos introducidos por los espiritistas, la escritura automática, fue adoptada por los científicos como método de exploración del inconsciente. El medium era el sujeto, que se encargaba del contacto con los espíritus y mediante este sujeto se realizaban investigaciones para obtener un nuevo modelo de la mente humana.

En el período comprendido entre 1860 y 1880 tanto el magnetismo y el hipnotismo estaban desprestigiados. Sin embargo, entre los pocos que se atrevían a realizar hipnosis, como a realizar trabajos e investigaciones sobre el tema se puede mencionar a Liebeaúlt, Bernheim, Wetterstrand, y Forel, quienes estuvieron en contacto con la escuela de Nancy. En

dicha escuela, a este método del hipnotismo, se le denominó psicoterapia.

Contraria a esta escuela, existía en París la Escuela de la Salpêtrière, la que estaba organizada y dirigida por Charcot. Quién realizó los primeros aportes sobre las parálisis histéricas, las que producía mediante la hipnosis.

1.8. LA HIPNOSIS EN EL SIGLO XIX.

Así durante el siglo XIX, la hipnosis siguió siendo la vía básica de acceso al inconsciente; entre los numerosos orígenes de la psiquiatría dinámica.

Con este surgimiento nace una nueva perspectiva para abordar los diferentes comportamientos hipnóticos; sin embargo, debido a la poca atención y reconocimiento por parte de la ciencia médica, esta técnica parecía tener más fracasos que éxitos en la curación de los pacientes.

Sin embargo, hay que destacar la extraordinaria incursión que realizó el Dr. Breuer en 1880; accidentalmente descubrió que cuando uno de sus pacientes era inducido a hablar con libertad, mostraba una profunda reacción emocional seguida por la desaparición de algunos de sus síntomas. Cuando llamó la atención de Freud sobre este caso, se unió a Breuer para investigarlo más a fondo y tuvo éxito en confirmar los resultados. La importancia de este descubrimiento se encuentra en el cambio de énfasis subsecuente en la hipnoterapia de la eliminación de sus causas aparentes. En realidad, el hecho de que las experiencias traumáticas reprimidas puedan actuar como focos de dificultades emocionales que ha atraído cada vez más la atención hacia las posibilidades de afloramiento hipnótico de recuerdos sepultados. Más tarde, Freud se desilusionó de la hipnosis ya

que no pudo introducir un trance, lo bastante profundo en muchos de sus pacientes y posteriormente la rechazó a favor de su propio descubrimiento el psicoanálisis.

Este acontecimiento tuvo gran trascendencia y al igual que el fracaso de la hipnosis en la cura de la histeria contribuyeron al descrédito casi total de la hipnosis, resurgiendo hasta después de la Primera Guerra Mundial y siendo utilizada principalmente en las neurosis de guerra y en las experiencias traumáticas, "el éxito que se logró, creó una oleada de entusiasmo por los métodos hipnóticos, la cual ha persistido hasta la actualidad". (Hartland, 1974; pág. 32).

Pero a pesar de las altas y bajas, a las que se ha visto sometida la hipnosis, en los últimos años, la realización de valiosas investigaciones en América, han contribuido para que la hipnosis sea vista como una alternativa en la solución a distintos problemas que amenazan la salud física y mental del individuo. Por lo que esta situación, ha ayudado para que la hipnosis no sea vista como una práctica mágica o de mera charlatanería. Ya que si se pone atención al desarrollo histórico que ha tenido, se ha demostrado que si se trata de comprender dicha técnica desde un punto de vista objetivo y sin exageraciones, esta representa un valioso instrumento terapéutico.

Por su parte, Chauchard (1971) opina que la hipnosis es hija de la terapéutica; los primeros magnetizadores curaban todas las enfermedades; se han practicado intervenciones quirúrgicas bajo hipnosis; ello indica la profundidad de este sueño parcial, la potencia sugestiva del condicionamiento que lo ha provocado y también la debilidad cerebral de los operados.

Finalmente, cabe mencionar que a pesar de todos los buenos y malos momentos por los que ha pasado la hipnosis, a lo largo de su historia, estos se deben a las diferentes concepciones teóricas por las que fue concebida; para una mayor comprensión de esta situación, es necesario abordar

algunas de ellas, por lo que el desarrollo del siguiente capítulo tendrá esta finalidad.

CAPITULO II

TEORIAS SOBRE LA HIPNOSIS.

Para explicar el fenómeno de la hipnosis, han surgido diversas teorías que de una u otra forma buscan entender y explicar el proceso de la inducción de la hipnosis.

Entre estas, podemos encontrar las teorías de tipo fisiológico y las de tipo psicológico, ambas han contribuido de manera importante para la comprensión del fenómeno de la hipnosis, el cual se considera como perteneciente al campo de la psicología.

Estas diferentes concepciones de la hipnosis, han surgido a partir de los modelos a los que se han apegado. Crasilneck y Hall, (1975) destacan el punto de vista de Wolberg (1962), quien menciona algunos de los modelos que explican la hipnosis. Por ejemplo, el modelo hereditario concibe a la hipnosis como un conjunto de características heredadas que reflejan la filogenia y regresión de un grupo de cualidades y rasgos. Por otro lado, el modelo fisiológico concibe a la hipnosis como un producto de órdenes y desórdenes activados en diferentes partes del cerebro, así como también la inhibición, excitación a acción de la activación del sistema reticular. Este es un modelo interno y medioambiental que toma en cuenta los cambios e intercambios de sustancias bioquímicas en el sistema neural a través del cerebro. Otro

modelo, el de aprendizaje, concibe a la hipnosis como una forma de aprendizaje de las condiciones de vida del sujeto. El modelo social y cultural explica la hipnosis en términos de un contagio de la sugestibilidad y juego de roles. Por último, el modelo de desarrollo mental y motivacional ubica a la hipnosis retomando varias dimensiones interpersonales e intrapsíquicas, así como también la disociación y regresión ontogenética a anteriores formas de pensamiento, sentimientos y conducta, afectando anacrónicamente y reviviendo la relación niño-padre y su relación con el fenómeno de transferencia.

Como puede observarse, cada uno de los diferentes modelos se refieren a unos y otros aspectos que intervienen en el proceso de la hipnosis. Este aspecto, es importante mencionarlo, debido a que las relaciones de la hipnosis con la investigación, están ligadas estrechamente con la teoría que se adopte y este aspecto requiere de mucha atención, pues la investigación contribuye a la comprensión de la conducta del individuo.

2.1. TEORIA DEL DESARROLLO INTERACTIVO DE LA HIPNOSIS.

La teoría del desarrollo interactivo de la hipnosis, es desarrollada por Ernest Hilgard, quien plantea que la teoría puede ser enunciada en dos grupos de proposiciones: las del desarrollo (proposiciones D) y las de interacción (proposiciones I).

Las de desarrollo tratan de los factores antecedentes de los resultados de las experiencias de toda la vida, que producen el tipo de persona que puede o no, ponerse en trance hipnótico, y que explican algunos fenómenos de la hipnosis y otros no. Las de interacción tienen que ver con lo que el sujeto en estado hipnótico hace y como se comporta mientras permanece en estado. (Hilgard, 1967).

A continuación, se exponen las proposiciones que conforman esta teoría del desarrollo interactivo.

PROPOSICION D-1. "El nivel de susceptibilidad a la hipnosis en adultos jóvenes, es relativamente sólido y estable por que la inducción hipnótica activa normas de conducta enraizadas en la primera infancia, duraderas, aprendidas y archiaprendidas". (Hilgard 1967; pág. 12).

Para sustentar esta proposición, Hilgard, 1967; pág. 12) aclara que: "Primero: demostrar que la susceptibilidad a la

hipnosis es una característica de la personalidad en que se puede confiar (y que es mensurable). Segundo: Probar que este persistente nivel de susceptibilidad, se basa en experiencias de la infancia".

Cabe aclarar que en esta proposición , se le da una gran importancia al nivel de susceptibilidad, pero esto no se refiere a que este, tenga que ser flexible, sino que sea uno característico y persistente.

PROPOSICION D-2. "Las experiencias de la infancia que nos interesan, son las interacciones con adultos (padres o sustitutos paternos), tienen que ver con la dependencia y la independencia, la conciencia, la relación con la autoridad y la identificación". (Hilgard, 1967; pág.13).

En esta posición se resaltan principalmente cinco tipos de relaciones; la relación amorosa entre padre e hijo, relaciones disciplinarias, relaciones entre hermanos, deberes y obligaciones, y estímulo de los adultos a la imaginación y el juego.

La importancia que se le da a este conjunto de relaciones, radica en que mediante las mismas, el niño aprende, entiende, controla y canaliza sus intereses sexuales, temores, impulsos agresivos y deseo de poder. Es imprescindible que los datos de cada una de ellas, sean muy completos para lograr una buena predicción.

PROPOSICION D-3. "Varias clases de experiencias individualizadas, pueden producir respuestas selectivas dentro de la susceptibilidad hipnótica". (Hilgard, 1967; pág. 15).

En esta posición, se destaca principalmente la importancia que tiene el ambiente sobre el individuo y del cual depende que muestre una gran susceptibilidad o una gran resistencia a la hipnosis.

PROPOSICION D-4. "La perturbación en las relaciones, en la vida temprana, que conduce a manifestaciones neuróticas o esquizoides puede, en definidas circunstancias, producir un alto nivel de susceptibilidad a la hipnosis". (Hilgard, 1967; pág.16).

Respecto a esta proposición, hay que aclarar que aunque se correlaciona la "buena salud mental" con un alto grado de susceptibilidad, Hilgard aclara que esto no siempre es así, y reconociendo la falta de desarrollo de la teoría, propone hacer hincapié en el estudio de los rasgos de las primeras experiencias infantiles.

De esta forma "las proposiciones de desarrollo nos dan una historia natural de la susceptibilidad hipnótica, diciéndonos por qué algunas personas son más susceptibles que otras a la hipnosis y por qué, esta cualidad, puede tomar formas individuales, pero nada dicen, no obstante, sobre como, la relación sujeto-hipnotizador altera el estado de

alerta, con el fin de sacarle partido a la susceptibilidad y producir el fenómeno de hipnosis". (Hilgard, 1967; pág.18).

Para completar la teoría y analizar la relación sujeto-hipnotizador, se sugieren las siguientes proposiciones interactivas.

PROPOSICION I-1. "La respuesta inicial recibida al intentar la inducción hipnótica depende bastante poco de las características personales del hipnotizador, con tal que el medio ambiente inspire confianza al sujeto". (Hilgard, 1967; pág. 18).

PROPOSICION I-2. "En las primeras sesiones, un sujeto susceptible aprende a caer prontamente, pero esto no significa que pueda llegar a grandes profundidades hipnóticas en sesiones sucesivas". (Hilgard, 1967; pág.19).

PROPOSICION I-3. "Las repetidas inducciones, realizadas por el mismo hipnotizador, dan por resultado una transferencia diferenciada, y por lo tanto, que las características individuales del hipnotizador se vuelven más importantes de lo que fueron al principio, para determinar las experiencias dentro de la hipnosis". (Hilgard 1967; pág.19).

Para una mejor comprensión de esta proposición, el autor menciona que es importante tomar en cuenta la relación que se da en el psicoanálisis.

Por otro lado, reconoce también la influencia que tienen los recuerdos conscientes o inconscientes en el sujeto y que pueden repercutir en la relación con el hipnotizador; lo que a su vez afecta la susceptibilidad para la hipnosis.

PROPOSICION I-4. "Las experiencias de regresión diferida, activadas por la inducción hipnótica y por sugerencias dentro de la hipnosis, son correlativas a definidas experiencias del desarrollo". (Hilgard, 1967; pág.20).

Respecto a este punto, Hilgard aclara que el fenómeno de la transferencia es de carácter regresivo en cuanto implica reaccionar ante una persona del presente, mediante normas aplicables a la reacción que despertó otra persona, en la vida temprana. Las alucinaciones y los sueños dentro de la hipnosis son regresivos en cuanto entrañan modelos de pensamiento más primarios ("proceso primario", y trance lógico").

La regresión en la edad como recuerdo vivido o como aparente vivencia de experiencias tempranas es, también, un fenómeno hipnótico familiar. Además, está la conducta por medio de la cual se resuelven problemas a través de experiencias parcialmente regresivas, actitud que es una de las que se califican de regresión al servicio del ego.

La tendencia de la hipnosis, tanto a activar experiencias tempranas, como a penetrar en procesos de represión motriz (amnesia), pueden ser una y la misma cosa.

PROPOSICION I-5. "Pueden descubrirse paralelos constructivos, en las normas de conducta presente, fuera de la hipnosis y dentro de ella". (Hilgard 1967; pág. 21).

Esta proposición quiere decir que "la hipnosis, es en realidad un campo de experimentación que no suele ocuparse de las características de la personalidad que son parte del ajuste diario del individuo así mismo y a su medio ambiente físico y social. De ahí sigue, por lo tanto, que si podemos fijar manifestaciones contemporáneas de conducta apropiada fuera de la hipnosis, podremos predecir algo de la conducta, dentro de la hipnosis". (Hilgard, 1967; pág. 21).

Como un ejemplo de estas normas de conducta fuera de la hipnosis, se mencionan: las interacciones entre liderazgo y adherencia, la facultad de atender tareas metódicamente y la capacidad para manipular las distorsiones de la realidad.

PROPOSICION I-6. "La susceptibilidad a la hipnosis tiene poco en común con la respuesta, en experimentos destinados a investigar el grado de conformidad social y la capacidad para ser influido o persuadido; de modo que la identificación de la hipnosis con la permeabilidad a la sugestión, debe modificarse". (Hilgard, 1967; pág. 22).

Ante esta situación, el autor aclara que: "es asombroso que el sujeto hipnotizado responda enteramente a las sugerencias del hipnotizador, aunque fuera de la hipnosis

puede no ser "candido" o un "conforme social" en forma alguna, y que, no siendo ninguna de esas dos cosas, sea susceptible, fuera de la hipnosis, a las llamadas sugerencias en la vigilia, sumiso a las cuales lleva a cabo actos semejantes a los que realiza mientras está hipnotizado. La clave de la diferencia quizá esté en la relación de transferencia (posiblemente en la "disposición para la transferencia), en la cual descansa la hipnosis". (Hilgard, 1967; pág. 22).

Para probar estas proposiciones y llegar a conclusiones más concisas, Hilgard realizó experimentos, con la finalidad de comprobar la validéz de los mismos.

El primer paso fue someter a comprobación, la proposición D-1, acerca de la susceptibilidad; y posteriormente, la proposición I-1 referente a que la susceptibilidad es relativamente independiente del hipnotizador. Para lo cual, utilizaron la escala de Fiedlander y Sarbin (1938) a la cual le agregaron modificaciones e instrucciones y demostraron lo siguiente.

Demostraron que la susceptibilidad a la hipnosis es una característica estable de la personalidad. Ahora bien, para llegar a un estado confiable en las pruebas y su comprobación, manejaron tres variables, la primera fue realizar el experimento con el mismo hipnotizador; en la segunda variable, el experimento se repite cambiando el hipnotizador, y

la tercera, se refiere a los diferentes métodos de inducción y contenido que se realizaron entre los experimentos.

De esta manera, y con la utilización de la escala entre 1858 y 1859, se observó una estabilidad general de los resultados durante los experimentos de dos años, y se demostró que la utilización de la escala, logró ser un medio para clasificar a los sujetos más o menos susceptibles a la hipnosis.

Por lo tanto, puede decirse que la estructura interna de la prueba fue razonablemente constante y que fue independiente a las cualidades del hipnotizador.

Hilgard, concluye que la susceptibilidad a la hipnosis puede quedar de manifiesto rápidamente, y con un hipnotizador extraño al sujeto. Es por esta razón, por lo que nos referimos a la transferencia calificándola de indiferenciada. Encontramos poca diferencia en el éxito alcanzado por distintos hipnotizadores ya sean jóvenes o viejos; estudiantes o miembros experimentados del personal médico.

Se hipnotizaron a los sujetos con hipnotizadores diferentes y comprobaron ampliamente la firme naturaleza de la susceptibilidad a la hipnosis como persistente diferencia individual, por lo que el éxito se atribuye al sujeto.

Se cambiaron métodos de fijación de la vista por levitación del brazo, y el cambio de hipnotista, llegando a la

conclusión de que esto carecía de importancia para lograr una inducción con éxito.

Estos resultados que encontraron, son coherentes con la teoría de la susceptibilidad, la cual sostiene que la hipnosis está profundamente asentada y enraizada en la historia de la vida del individuo.

Por otro lado, en cuanto a la comprobación de la proposición D-2 que mantiene que las experiencias infantiles están relacionadas con la susceptibilidad a la hipnosis; realizaron entrevistas separadas con los sujetos después de la hipnosis. Proponiendo llevarlas a cabo antes de ser sometidos a la hipnosis y predecir basándose en ellas si son susceptibles o no.

En cuanto a la proposición D-3, se decidió estudiarla en casos próximos; en la proposición I-1 se encontró que no hay diferencia ante el sexo del hipnotizador y en lo que se refiere a las proposiciones restantes I-3, I-4, I-5, I-6; se decidió seguir investigando experimentalmente y revisarlas sobre la base de esta prueba.

Del resultado que arrojó esta investigación en resumen, se puede decir que el fenómeno de la hipnosis se reconoce como genuino y pertenece al área de la psicología general que busca ser comprensiva.

2.2. LA TEORIA PATOLOGICA DE CHARCOT.

Charcot, reconocido neurólogo en su época, dió demostraciones de fenómenos hipnóticos, los cuales explicaba neurológicamente, estos acontecimientos le dieron respetabilidad científica a la hipnosis. La que explicaba como resultado de una constitución nerviosa anormal.

En aquéllos tiempos, la hipnosis era considerada como una enfermedad propia del sistema nervioso y sus fenómenos eran explicados por principios fisiológicos, atribuyendo a las sugerencias del hipnotizador un papel secundario y que solamente podía estudiarse el fenómeno en personas enfermas. (Jay, s/f).

Con respecto a esta consideración, Hartland, (1974), menciona "parece que hay poca verdad en esto, ya que por lo menos el 90 por ciento de las personas ordinarias pueden ser hipnotizadas, y obviamente es ridículo suponer que la mayoría de la población sea marcadamente histérica". (Pág. 149).

Es claro que las conclusiones de la teoría formulada por Charcot acerca de la hipnosis, tiene varios errores de consideración. El primero de ellos, es que en sus experimentos participaban mujeres histéricas por ello definieron la hipnosis como un estado anormal. Sin embargo, esto queda descartado pues otras teorías han demostrado que los mejores

sujetos para llevar a cabo la hipnosis son los que gozan de perfecta salud. Otro error importante, es que ignoran que la sugestión sea necesaria en la producción de la hipnosis.

"Naturalmente conocen el poder de la sugestión cuando se emplea inteligente y expresamente, pero sostienen que la mayoría de los fenómenos pueden tener lugar sin su mediación. Sin embargo, dichos fenómenos son principalmente efectos físicos tales como provocar la contracción de algún músculo tocando el nervio correspondiente y luego quitar la tensión excitando el músculo antagónico. A la condición necesaria para producir este fenómeno lo llama Charcot, hiperexcitabilidad muscular". (Jay, s/f; pág. 106).

Por otro lado, es erróneo el supuesto de que los sujetos en estado letárgico no se enteran de lo que pasa a su alrededor objetiva ni subjetivamente. Al respecto, Jay, (s/f) opina: "No se puede dar mayor error. La mente subjetiva nunca duerme. Por profundo que sea el letargo, siempre está alerta y comprende instantáneamente, con agudeza casi sobrenatural, todo cuanto ocurre". (Pág. 107).

Como puede observarse, esta teoría tiene varios errores y actualmente con los avances en la investigación, parecen ser muy pocos los que acepten el punto de vista de Charcot y hasta este momento no se ha encontrado en investigaciones ninguna correlación entre la histeria y la sugestionabilidad.

2.3. LA TEORIA DE GINDES.

Para explicar su posición teórica acerca de la hipnosis, Gindes, (1965) recupera la idea de que el medio ambiente afecta a los organismos y estas alteraciones del medio han modificado evolutivamente las características de los seres vivos.

En el caso del ser humano, supone que como producto de la evolución zoológica, el hombre alcanzó un desarrollo superior acorde con las necesidades del medio ambiente, que le permitió integrarse a la naturaleza.

Define a la conciencia como "el producto de crecimiento humano, que lo orgánico se sobrepuso a lo inorgánico, lo biológico a lo orgánico y lo psicobiológico a lo biológico, siendo la conciencia su resultado probable. El pensamiento, por lo tanto, es una función compleja mediante la cual el hombre se adapta y responde a los estímulos de un medio cambiante". (Gindes, 1965; pág. 34).

Tomando en cuenta esta definición de conciencia, se rechaza la idea de que si la mente consciente queda inhibida o suspendida de sus funciones cerebrales superiores pueda producirse un estado de hipnosis.

Para Gindes, el hipnotismo (como él lo llamó), "no es la inducción de un estado de sueño. La hipnosis y el sueño tienen cierto leve parecido, pero cualquier intento de confinar los

fenómenos hipnóticos a los límites de estado de sueño demostraría que ello no es, solamente imposible, sino también absurdo. En términos generales, el hipnotismo es un estado inducido, similar en unos pocos aspectos al sueño normal, en el cual aumenta la sugestibilidad de un individuo". (Pág. 35).

La razón por la cual se ha pensado que la hipnosis es similar al sueño natural, son los cambios que ocurren durante la misma, entre estos se encuentran los de tipo fisiológico, la amnesia, la desaparición de las inhibiciones y la pérdida de la capacidad para realizar acciones por su voluntad.

En cuanto a los cambios de tipo fisiológico, el sujeto que es hipnotizado, se observa aletargado, su respiración es lenta y pesada, sus facciones se muestran inexpresivas y muestra una gran pasividad.

Respecto a este tipo de cambios "Shaffer y Dorcus descubrieron que hay una disminución del pulso al producirse el estado hipnótico, junto con una disminución de la presión sanguínea. Waldon descubrió una súbita constricción de las arterias periféricas a las primeras señales de hipnosis seguidas por una dilatación progresiva hasta el despertar, momento en que las arterias del sujeto sufren una súbita constricción.

También notó un leve aumento de la temperatura superficial con una caída concomitante de la temperatura rectal. Los descubrimientos de otros investigadores tienden a

confirmar estos cambios fisiológicos y otros similares" (Citado en Gindes, 1965; pág.38).

En lo que se refiere a la amnesia, ésta es un elemento importante que determina el grado de susceptibilidad sugestiva del sujeto, se logra cuando el individuo sobrepasa los límites ligeros del trance, y al salir del trance hipnótico no recuerda las instrucciones o ideas que le han sido sugeridas por el hipnotizador. Cabe destacar que el sujeto en ningún momento pierde la conciencia y la amnesia solo "es una jugarreta a su memoria". (Gindes, 1965; pág. 41).

Es precisamente por esta situación, que la amnesia hipnótica ha sido comparada con la amnesia traumática, en la cual el individuo pierde el conocimiento de toda identidad personal u olvida una experiencia o una situación que le es dolorosa recordar; lo que contribuyó a que Charcot le atribuyera a la hipnosis la característica de histeria inducida.

Otro de los fenómenos interesantes que tiene lugar en la hipnosis, es el manejo que el hipnotizador o terapeuta tiene sobre los sentidos del individuo; puede persuadirlo de ver, oír, oler, etcétera; objetos que no están presentes, por medio de ilusiones o alucinaciones que le son sugeridas.

Por otra parte, también se observa que las inhibiciones que el individuo puede tener en estado de vigilia para realizar ciertas cosas, ocurren en estados de trance. Pero hay que aclarar que todas aquéllas "que se han fijado en la

personalidad del individuo a consecuencia de un adiestramiento anterior son permanentes y se mantienen activas a pesar de las sugerencias en contrario. Es su creencia que una persona ordinariamente no cumplirá en estado de hipnosis orden alguna que no cumpliría en estado normal de vigilia". (Gindes, 1965; pág. 47).

Otro detalle importante de esta concepción es que se hace referencia a la incapacidad volitiva, la cual ocurre debido a que el sujeto ha dado su consentimiento para ser hipnotizado conscientemente y pone su voluntad a merced del terapeuta. Para que esto suceda obviamente, éste tendrá que haberse ganado la confianza del paciente con anterioridad.

También Gindes, hace referencia a la hipermnésia que es la capacidad de recordar hechos que habían desaparecido de la memoria mucho tiempo antes, y que pueden ser recordados en el trance hipnótico. Afirma que nada se borra jamás del almacén subconsciente de la memoria. Cada incidente no importa cuán trivial sea, deja sus impresiones, que se pueden revivir mediante la asociación, que las lleva de nuevo a la conciencia.

Durante el trance hipnótico la capacidad de evocar, retener y recordar aumenta.

Las aportaciones y concepciones de Gindes respecto a la hipnosis, son desde nuestro punto de vista muy valiosas, ya

que permite observar la gran utilidad que tiene dicha técnica en la aplicación clínica. Sus ejemplos acerca de lo que puede lograrse con ella, proporcionan la confianza para borrar la mala impresión que en el pasado se tenía de la misma.

2.4. LA TEORIA DE MILLER, GALANTER Y PRIBRAM.

Para Miller, Galanter y Pribram (1983), la concepción actual que se tiene acerca de la hipnosis y el papel que tiene la voluntad en la ocurrencia de la misma no es muy acertada. Dichos autores ven dos inconvenientes importantes; por un lado, la carencia de una buena teoría de la hipnosis, y por otro, que también se carece de una teoría que explique la voluntad. Basándose en estas declaraciones, nos proponen otra particular explicación sobre la hipnosis.

Para comenzar a explicar su concepción, debe aclararse previamente que su percepción de la conducta humana, gira en torno a los planes que todo individuo en condiciones normales construye y revisa constantemente, los cuales son más o menos coherentes respecto a su propia conducta. Estos planes que se realizan voluntariamente, implican una explotación autoconsciente del lenguaje.

Por ello, "el habla interior constituye el material de que están hechas nuestras voluntades". (Miller, Galanter y Pribram, 1983; pág. 116).

De esta manera, en una situación de hipnosis, la persona hipnotizada, la voz que escucha no es la suya sino la del hipnotizador, el sujeto hace entrega al hipnotizador de su habla interior. Se puede decir, que por un momento, este sujeto ha dejado de hacer sus propios planes y entonces

coordina perfectamente con la versión que el hipnotizador le ofrece; aceptando entonces la ejecución del plan ofrecido sobre cualquier plan propio.

Ahora bien, "para que un hipnotizador pueda sustituir la voz propia del sujeto por la suya , debe proporcionar planes, y no enunciados o enunciados descriptivos, y esos planes deberán coordinarse con la máxima precisión posible con las percepciones y movimientos del sujeto, con el fin de facilitar la ilusión de que dichos planes proceden de su propio interior, y no de otra persona". (Miller, Galanter y Pribram, 1983; pág. 116)

Como puede observarse en esta concepción de la hipnosis se le atribuye al habla un papel central, ya que es el elemento principal para construir y ejecutar los planes individuales de cada sujeto.

Es importante destacar, que un individuo bien puede abandonar los planes mediante el habla interior y que este factor explica el hecho de que un sujeto caiga en estado de trance. Pero además de ese estado de planificación se consideran también otras.

Miller, Galanter y Pribram, (1983) reconocen las siguientes: "la clasificación de nuestra experiencia mediante etiquetas verbales y su almacenamiento en la memoria es otro tipo de plan que se ejecutará normalmente de forma más o menos automática . Las etiquetas cumplen la misma función que las direcciones en una calculadora. Cuando evocamos la

etiqueta, podemos llegar a la dirección buscada y encontrar el registro de experiencia.

Ahora bien, es posible dañar esta parte del mecanismo de dos formas obvias, una que tiene que ver con el almacenamiento, y otra que tiene que ver con los procedimientos de recuperación. Parece que las amnesias que tan fácilmente se producen en la hipnosis, y que carecen frecuentemente de manera espontánea en los trances profundos, entrañan la suspensión de aquellos planes que son necesarios para almacenar o recuperar información". (Pág. 121).

Un aspecto importante que ocurre entre algunos de los efectos de la hipnosis, es la suspensión de "reglas de parada" es decir, cuando el sujeto sigue un programa de instrucciones, debe discernir o establecer en que condiciones debe realizar o detenerse. Por ejemplo, un sujeto en estado consciente, al darse cuenta de que una curación previamente planificada no es posible realizarse, se detiene y recurre a un plan alternativo. En el caso de estar hipnotizado, no puede realizar esta acción y por lo tanto ejecuta el plan que le ha sido sugerido por el hipnotizador.

En el caso de la anestesia bajo hipnosis, cuando la regla es detener el dolor puede lograrse, gracias a la regla de parada, y esto funciona como una protección psicológica para el paciente.

Entre otros de los fenómenos hipnóticos que es importante mencionar y es característico del trance hipnótico, es el de las alucinaciones, el cual ocurre cuando los planes de evaluación de la realidad se suspenden momentáneamente y entonces el sujeto comienza a experimentar alucinaciones visuales, en este estado se presentan movimientos oculares que se utilizan para comprobar las imágenes.

Entre las aportaciones más importantes que se derivan de esta concepción de la hipnosis Miller, Galanter y Pribram, (1983) afirman "no es demasiado improbable que la conciencia constituya, en alguna forma esencial, la capacidad de elaborar los propios planes, y la volición la capacidad de ejecutarlas. Si es así, entonces el lenguaje, al extender la capacidad de planificación del hombre, debe ampliar su conciencia de sí mismo y de su mundo más allá de lo que pueda hacerlo por ejemplo, un chimpancé". (Pág. 124)

Por otra parte, dichos autores destacan también que cuando se destruye el plan de alguien o el sujeto abandona la función de planificación, éste debe desarrollar un conjunto nuevo de conceptos que le permitan desarrollar un nuevo plan.

Finalmente, es importante enfatizar que la situación de hipnosis, no es la única en la cual se considera que existe una carencia de planes; sino que también es el sueño profundo, la

anestesia, y la conmoción cerebral son consideradas de igual manera.

2.5. TEORIA DE JAY.

Rescatando uno de los puntos más importantes de las investigaciones realizadas por el Dr. Liébeault y posteriormente por el Profesor Berheim, acerca de que los sujetos hipnóticos se deben siempre al poder de la sugestión y que ésta es la responsable de la producción de todos los fenómenos hipnóticos. Jay (s/f), reconoce la aplicación de la hipnosis a los problemas psicológicos y realiza algunas aportaciones importantes para comprender algunos aspectos teóricos acerca del surgimiento de la hipnosis.

En primer lugar, reconoce la existencia de dos mentes en el hombre, una es la mente objetiva y la otra la subjetiva. La mente objetiva se entera del mundo objetivo. Sus medios de observación son los cinco sentidos corporales. Es el desarrollo de las necesidades físicas del hombre. Es su guía en la lucha con el medio material ambiente su más alta función es el raciocinio. La mente subjetiva se entera de lo que rodea por medios independientes de los sentidos corporales. Percibe su intuición. Es el asiento de las emociones y almacén de la memoria. Ejecuta sus más altas funciones en ausencia de los sentidos objetivos. En una palabra, es la inteligencia que se manifiesta en un sujeto hipnótico cuando se halla en estado de sonambulismo.

Con el reconocimiento de la existencia de dos mentes, surge también el punto más importante entre las dos y este es la sugestión. Por consiguiente, propone que la mente objetiva, o mejor dicho, el hombre en condiciones normales "no puede ser dominado contra razón, conocimiento positivo o evidencia de sus sentidos por las sugerencias de otro. Que la mente subjetiva, o sea el hombre en estado hipnótico, pueda franca y constantemente ser sugestionado. Esto es, la mente subjetiva acepta, sin dudas ni vacilaciones, cuanto se le sugestiona, por absurdo, incongruente o contrario que sea la experiencia objetiva del individuo" . (Jay, s/f; pág. 24).

Por lo tanto, se puede observar que la mente subjetiva puede quedar bajo el dominio de su propia mente objetiva como a la del otro, sin embargo, cabe aclarar que desde el punto de vista de este autor, ninguna persona puede ser hipnotizada contra su voluntad; aquí se reconoce el importante papel que juega la sugestión contraria del sujeto, la cual puede influir en el fracaso de la inducción de la hipnosis, ya que si el sujeto se resiste ésta no se logrará. Esto demuestra que la sugestión que prevalece es más fuerte.

Si se presta la debida atención a este aspecto, la aportación más importante que nos da Jay es por un lado, que el sujeto hipnótico no es el autómatas pasivo, sin raciocinio e irresponsable que los hipnotizadores modernos y antiguos han creído; y por otro que la mente subjetiva siempre puede

quedar sometida al poder de sugestión de la mente objetiva, sea la del propio individuo o la de otro que por el momento haya asumido el dominio.

Además, se hace la distinción de la mente objetiva, la cual se dice puede raciocinar por todos los métodos, inductivo y deductivo, analítico y sintético; y la mente subjetiva es incapaz del raciocinio inductivo.

Una de las características más importantes de la mente subjetiva es la prodigiosa memoria que posee, esto se ha comprobado a lo largo de muchos experimentos afirmando que "los más insignificantes detalles de los conocimientos adquiridos quedan impresos en la mente, de modo que ésta solo necesita de ocasión propicia para revelar sus tesoros". (Jay, s/f; pág. 38).

Al respecto, Sir William Hamilton, en sus "Ensayos de Metafísica, pág. 236, designa el fenómeno por "memoria latente", y dice: "La práctica acerca del particular demuestra que la mente contiene con frecuencia un sistema completo de conocimientos, los cuales, a pesar de haber caído en el olvido absoluto en nuestro estado normal, pueden en ciertos casos anormales -delirio febril, locura, sonambulismo, catalepsia, etcétera, convertirse en luminosa consciencia y hasta volver a la inconsciencia aquellos otros sistemas que por mucho tiempo habían sido eclipsados y hasta extinguido. Por ejemplo, se dan casos de recuperar súbitamente el recuerdo

de idiomas completos, y lo que es más notable, casos en que se ha demostrado la facultad de repetir con perfección, en idiomas conocidos o desconocidos, pasajes enteros que en condiciones normales no eran retenidos por la memoria". (Citado en Jay, s/f; pág. 38).

Con este ejemplo, queda ilustrado que la mente subjetiva es capaz de retener y reproducir todo aquello que se ha visto, leído u oído; por muy superficial que parezca la huella que deja en la mente subjetiva es imborrable.

En consecuencia, si se reconoce el papel tan importante que juega la mente subjetiva aunada a la sugestión en los fenómenos hipnóticos, se puede dar explicación a los fenómenos que en estado de trance ocurren al individuo.

También cabe mencionar, que con las contribuciones teóricas del autor, se comprende que la hipnosis es el resultado de la sugestión y que en este aspecto coincide con las aportaciones de la escuela de Nancy. Además de destacar la existencia y diferencia de dos mentes que participan en los procesos psicológicos del hombre.

Por otra parte, el autor no olvida un requisito indispensable, que interviene en la cura de enfermedades o simplemente para que la hipnosis arroje buenos resultados terapéuticos, éste es la fe; la cual estando presente, cualquiera que sea la creencia del sujeto, si está dispuesto a creer activa o pasivamente, la mente subjetiva queda

dominada por la sugestión y se pueden obtener los resultados esperados.

No importando cuales sean los métodos en las curaciones, afirma Jay, (s/f) "la fe que se requiere para fines terapéuticos es fe puramente subjetiva y puede conseguirse con el cese, de la oposición activa por parte de la mente objetiva. Por esto en todos los sistemas de terapéutica mental se insiste, como condición indispensable, en la completa pasividad del paciente". (Pág. 179).

Si el paciente se somete pasivamente a la autosugestión o a las sugerencias del curador, se obtienen buenos resultados en la salud el paciente. Es precisamente la pasividad la que hace que el sujeto se muestre receptivo y como consecuencia ocurra el estado hipnótico, el cual se considera se da con métodos de operar distintos.

Según este autor, "el primer método es la pasividad mental por parte del paciente y la sugestión mental por parte del curador. El segundo es la pasividad por parte del paciente y la sugestión oral por parte del curador. Ambos métodos se emplean en la práctica corriente, es decir el sugestionador oral muchas veces telepatiza inconscientemente una sugestión mental en la mente subjetiva del paciente. En esto consiste que en todos los trabajos acerca del hipnotismo y mesmerismo se insista con tanta fuerza acerca del valor e importancia de la confianza en sí mismo por parte del

curador, o en otras palabras, su creencia en la propia sugestión". (Jay, s/f; pág. 185).

Como se observa, el autor le atribuye a la telepatía la comunicación entre dos mentes subjetivas la del paciente y la del hipnotizador, y aunque no cuenta con experimentos científicos que afirman dicho postulado, no niega también su existencia.

Además en el desarrollo de su trabajo, también afirma que no existe diferencia entre el sueño natural y el sueño inducido y que la mente subjetiva puede ser dominada en cualquiera de los dos estados.

Naturalmente, estas dos últimas consideraciones, son producto de la época y del desarrollo que ha tenido la hipnosis, en su incursión en el campo de la terapéutica mental, por lo tanto a través del tiempo, se han ido rechazando, perfeccionando y complementando el desarrollo de la investigación.

Finalmente, no olvidemos que es una contribución más a los aspectos teóricos de la hipnosis.

2.6. LA TEORIA DE LA DISOCIACION.

La teoría de la disociación fue postulada por Pierre Janet, quien trabajaba en la escuela de la Salpêtrière. Janet al igual que Charcot, creía que la hipnosis tenía alguna relación con la histeria.

Posteriormente, concluyó que la hipnosis era una división de la mente en dos partes y que la hipnosis representaba el mismo proceso disociativo, inducido en forma artificial.

Esta división de la conciencia que realizó Janet, fue acogida con una gran aceptación en el campo de la medicina y posteriormente, se le conoció con el término de disociación. Se consideró como una buena explicación al fenómeno de la hipnosis, basándose en el hecho de que la profundidad de la hipnosis estaba relacionada con el grado de disociación.

Sin embargo, es difícil aceptar esta teoría como una explicación exacta de la hipnosis, Hartland, (1974) afirma: "una de las principales dificultades para aceptar la teoría de disociación de la hipnosis se encuentra en su dependencia de la presentación de la amnesia. La evocación de los recuerdos depende de la asociación de ideas, la falla de recordar eventos es causada por una interrupción en la cadena de las ideas que los reincorporarían al consciente. Siempre que esto sucede, ha ocurrido la disociación y el resultado es un estado

de amnesia (pérdida de la memoria). En consecuencia, la amnesia resulta ser un elemento necesario en la teoría.

Puesto que la mente inconsciente es capaz de hacerse cargo de la mayoría de las funciones de la mente consciente, Janet sacó como conclusión de que tales fenómenos eran "fugas" e incluso "personalidades múltiples", debidas a la división del consciente, lo cual daba como resultado que la mente inconsciente se convirtiera en la parte dominante por el momento. Así pues, suele afirmarse que la hipnosis es el resultado de una disgregación similar del consciente, durante la cual la parte inconsciente de la mente se convierte en la parte dominante. Sin embargo, debe recordarse que en un estado de fuga el sujeto no tiene ningunos recuerdos de su vida ordinaria, y cuando se reintegra a la normalidad tiene una amnesia total de los eventos durante la fuga. Es obvio que la teoría de la disociación depende en gran parte del desarrollo de la amnesia a continuación del trance, y queda muy debilitada por el hecho de que pueden presentarse trances profundos sin ningún grado de amnesia apreciable. Y aún cuando está presente, esta amnesia rara vez es espontánea, ocurriendo con más frecuencia por la sugestión directa. Más aún la amnesia posthipnótica puede eliminarse con toda facilidad y puede recuperarse la memoria por medio de la sugestión". (Pág. 152).

En resumen, esta escuela considera al hipnotismo como un resultado de un estado alterado de la parte consciente de la mente y no le da importancia suficiente al factor de la sugestión por lo que no es tomada en cuenta como necesaria para que se produzcan los fenómenos hipnóticos.

2.7. LA TEORIA DEL SUEÑO MODIFICADO.

Para comprender el contenido del planteamiento de esta teoría, debe aclararse en un principio la diferencia que existe entre la hipnosis y el sueño natural, en la primera el sujeto está consciente independientemente del grado de profundidad de la misma y en el segundo la conciencia o el conocimiento quedan suspendidos.

Por otro lado, también hay que destacar las diferencias fisiológicas que se encuentran en los dos estados, éstas son descritas por Hartland, (1974) "en el sueño natural, por lo general, se registra un descenso en la presión arterial, una disminución del ritmo cardiaco, una reducción en la secreción urinaria y la disminución o cesación de ciertos reflejos todo lo cual puede medirse con precisión.

En el sueño hipnótico, no importa lo mucho que se mantenga el trance, no se presenta ninguna de estas diferencias, y la química sanguínea permanece sin alteraciones". (Pág. 150).

2.8. LA TEORIA FISICA.

La teoría física describe al fenómeno de la hipnosis, como un fenómeno únicamente físico, en el que ocurren cambios bioquímicos como eléctricos; los que se localizan en la corteza cerebral y en el sistema nervioso central.

Realmente, la evidencia de que existan y se detecten estos cambios, es considerada casi nula, y aunque se han realizado investigaciones éstas no han podido relacionarse directamente con los fenómenos hipnóticos.

2.9. LA TEORIA DE DESEMPEÑAR UN PAPEL.

R.W. White, "llegó a la conclusión de que la hipnosis debería ser considerada como un esfuerzo intencionado dirigido a un fin, siendo su objetivo más general el comportarse igual que una persona hipnotizada, ya que esto está determinado por el operador y comprendido por el sujeto. Sugerimos y aclaramos por completo al sujeto, todo lo que esperamos que haga y, debido al vínculo existente, parece que se esfuerza por desempeñar el papel que hemos delineado. Su motivo parece ser la sumisión a las órdenes de operador". (Hartland, 1974; pág. 154).

La crítica principal que se hace a esta teoría, es que no toma en cuenta algunos sucesos que ocurren en estado hipnótico y que están fuera del control de la voluntad del sujeto, un ejemplo de ello es la anestesia hipnótica, la cual está comprobado que se da en algunos sujetos y la cual no podrían lograr voluntariamente ellos mismos.

2.10. LA TEORIA DE LOS REFLEJOS CONDICIONADOS.

La hipnosis también se ha tratado de explicar a partir de la teoría de los reflejos condicionados propuesta por Pavlov.

Como es sabido, Pavlov inició su procedimiento de condicionamiento, haciendo sonar una campana y presentando alimento a un perro, inmediatamente después del sonido. Repitiendo en varias ocasiones este procedimiento, Pavlov consiguió que el perro, ante la sola presentación del sonido y aún cuando no se le proporcionara alimento se produjera en este la respuesta de salivación.

Para este condicionamiento de la respuesta de salivación Pavlov encontró que también era posible llevar a cabo el descondicionamiento, presentando al perro un shock eléctrico posterior al sonido de la campana. Obviamente, también el descondicionamiento se produce repitiendo la secuencia consecutivamente en muchas ocasiones.

Ahora bien, con respecto a la explicación de la hipnosis, a partir del condicionamiento, Hartland, (1974) describe: "explicada en estos términos, se considera que la hipnosis es un estado psicológico producido por un condicionamiento de toda la vida, en el curso de la cual ciertas palabras tienden a actuar como la campana de Pavlov para causar efectos debido a una larga asociación; ejemplifica esta acción de la siguiente manera: cuando se menciona a un sujeto la palabra

sueño, éste la asocia de inmediato con sensaciones de cansancio, pesadez y somnolencia. Así pues, llega a asociar la palabra sueño con palabras tales como pesado, cansado, soñoliento y relajado, y la repetición constante de estas palabras en el transcurso de la inducción produce un estado al cual el sujeto ha resultado condicionado a asociarlo con dichas palabras". (Pág. 152).

Es importante señalar, que se reconoce que el condicionamiento desempeña un papel importante en la hipnosis, debido a que los sujetos que pueden establecer reflejos condicionados son buenos sujetos para la hipnosis (Hartland, 1974; y Crasilneck y Hall, 1975).

Sin embargo, no considera que la teoría de los reflejos condicionados explique el fenómeno de la hipnosis, ya que dicha teoría supone que la hipnosis y el sueño normal son estados iguales; por otro lado, si la hipnosis fuera un proceso de condicionamiento, el descondicionamiento tendría que ser lento y repetitivo, pero en la hipnosis, este descondicionamiento se puede lograr con una palabra o una frase imperativa. Por último, otro dato importante es que los sujetos pueden ser hipnotizados con algunos objetos, con los que no han tenido contacto previo a la hipnosis.

Hartland, (1974) y Crasilneck y Hall, (1975), opinan que si la hipnosis es explicada bajo el modelo del condicionamiento clásico, es considerada como un estado psicológico en el que

interviene todo un proceso de condicionamiento de toda la vida, y en el cual algunas palabras actúan como estímulos en la inducción del trance.

Con el desarrollo de la teoría pavloviana, se construyeron también otras explicaciones sobre la hipnosis basadas en la excitación o inhibición de ciertas áreas del cerebro lo que contribuyó a que se realizaran un sin número de investigaciones y observaciones; lo que originó una gran acumulación de observaciones a nivel fisiológico.

2.11. TEORIA DE LA REGRESION ATAVICA DE MEARS.

Para comprender la teoría de la regresión atávica, antes, es necesario aclarar el término regresión. Según Hartland, (1974) "una regresión de la función mental adulta normal a un nivel arcaico en el cual el proceso de la sugestión determine la aceptación de las ideas. Se considera que este tipo de regresión es el mecanismo básico en la producción de la hipnosis". (Pág.155).

Crasilneck y Hall, (1975), por su parte, afirman que Mears (1961), en su definición de hipnosis, también hace mención de varios mecanismos psicológicos que son básicos en la regresión y que incluyen la identificación, la introyección, el condicionamiento, la disociación, el juego de roles, defensas histéricas, la comunicación o mejor dicho algunas respuestas de conducta verbal.

El punto central que destaca esta teoría es que la hipnosis es una forma primitiva de funcionamiento mental, lo cual es pertinente tomar en cuenta ya que la regresión es de gran ayuda para la inducción de la hipnosis; y cuando se logra una hipnosis profunda, se puede decir que se logró también una regresión atávica profunda; en el caso de la hipnosis ligera la regresión es menor.

2.12. LA TEORIA PSICOANALITICA.

En un principio, Freud colaboró con Charcot en algunos trabajos acerca de la histeria y éste realizó observaciones acerca de la utilidad de la hipnosis en casos en los que se describían y evaluaban eventos traumáticos del pasado del paciente. Sin embargo, Freud se mostró pesimista en el uso de la hipnosis, pues observó que la cura no era permanente y ante esta situación se desilusionó de la misma.

Respecto a esta relación Freud, (1991) menciona: "del enamoramiento a la hipnosis no hay una gran distancia siendo evidentes sus coincidencias. El hipnotizado da, con respecto al hipnotizador, las mismas pruebas de humilde sumisión, docilidad y ausencia de crítica que el enamorado con respecto al objeto de su amor. Compruébase así mismo en ambos el mismo renunciamiento a toda iniciativa personal. Es indudable que el hipnotizador se ha situado en el lugar ideal del yo. La única diferencia es que en la hipnosis se nos muestran todas esas particularidades con mayor claridad y relieve, de manera que parecerá más indicado explicar el enamoramiento por la hipnosis y no ésta por aquél. El hipnotizador es para el hipnotizado el único objeto digno de atención; todo lo demás se borra ante él. El hecho de que el yo experimente como en un sueño todo lo que el hipnotizador exige y afirma nos advierte que hemos omitido mencionar

entre, las funciones del ideal del yo, el ejercicio de la prueba de la realidad. No es de extrañar que el yo considere como real una percepción cuando la instancia psíquica encargada de la prueba de la realidad se pronuncia por la realidad de la misma. La total ausencia de tendencias con fines sexuales no coartados contribuye a garantizar la extrema pureza de los fenómenos. La relación hipnótica es un abandono amoroso total con exclusión de toda satisfacción sexual, mientras que en el enamoramiento dicha satisfacción no se halla sino temporalmente excluida y perdura en un segundo término, a título de posible fin ulterior". (Pág. 5).

Por otro lado, Crasilneck y Hall, (1975) nos señalan que en psicoanálisis la hipnosis es vista primeramente como un fenómeno regresivo en el que el sujeto reacciona ante la relación con el hipnoterapeuta de acuerdo a la importancia de sus primeras relaciones en el pasado, principalmente en la familia, como por ejemplo, los sentimientos en la relación con el padre.

Estas consideraciones del psicoanálisis sobre lo que es la hipnosis, se derivan de los conceptos que se manejan dentro de la misma, pero también dejan de explicar otros aspectos que deben tomarse en cuenta.

Por ejemplo, Hartland, (1974) señala: "las teorías psicoanalíticas dejan de explicar los casos de hipnotización por espejos, discos giratorios, o metrónomos, o el hecho de

que los estados hipnóticos en ocasiones pueden ser producidos por objetos inanimados. Puesto que bajo tales condiciones no existen las relaciones interpersonales, es difícil como pueda sobrevenir alguna gratificación libidinosa". (Pág. 55).

2.13. LA TEORIA DE LA SUGESTION DE HARTLAND.

En esta teoría caben destacar dos puntos muy importantes, el primero es que "la sugestionabilidad y el estado hipnótico están estrechamente relacionados ya que mientras más sugestionable sea el sujeto con más facilidad se puede inducir y profundizar la hipnosis, y el segundo es que en la hipnosis, la sugestión se emplea en forma deliberada y desapasionada, y ejerce un efecto mucho mayor que en el estado de vigilia. Incluso en la vida diaria, la mayoría de las personas tienden a ceder ante quienes tienen autoridad, y esta tendencia se exagera muchísimo en el estado hipnótico. Esta es una de las razones del porqué las sugerencias ejercen tan profundo efecto durante la hipnosis". (Hartland, 1974; pág. 35).

Después de revisar esta importante observación y posteriormente comprender el contenido de esta teoría, pasemos a las definiciones de sugestión y sugestionabilidad, las cuales se consideran muy acertadas.

Para Hartland, (1974) la sugestión es "el proceso mediante el cual un individuo acepta una proposición que se le hace, sin tener la más mínima razón lógica para hacerlo. En otro sentido, también se usa el término para describir una idea presentada a un individuo para que la acepte sin reservas.

Y la sugestionabilidad, es el grado hasta el cual se inclina hacia la aceptación sin reservas de ideas y proposiciones. En otras palabras, es una medida del grado hasta el cual reaccionará un individuo a lo que se le dice, sin emplear sus facultades de crítica". (Pág. 36).

Dicho autor considera que en la situación actual en que vivimos los seres humanos diariamente, estamos bombardeados de sugerencias; la publicidad llamativa, llena de colorido y mensajes fantásticos o tentadores de los productos anunciados son un claro ejemplo de la sugerencia acerca de lo que debemos consumir, influyendo sobre nuestras ideas, pensamientos y acciones; por supuesto de manera inconsciente, y su efecto no necesariamente tiene que ser inmediato, sino que en ocasiones puede ser retardado.

Ahora bien, aunque se ha llegado a creer que la sugestión solamente actúa sobre personas débiles, es justo decir que esto no es así, pues en personas con voluntad firme es posible también fijar ideas sugestivas; claro que esto ocurrirá si se realiza de manera indirecta.

Es imprescindible entender que: **"el poder de la sugestión se aumenta en forma tremenda cuando actúa sobre la mente inconsciente más que sobre la consciente"**.

Entonces es evidente que Hartland, acepta la existencia de la mente inconsciente y la mente consciente. La primera se

concibe como una parte ignorada por nosotros, que influye en nuestros pensamientos y conducta; y en la cual existe una gran cantidad de información almacenada, (recuerdos pasados) que en el momento preciso acuden al consciente para ser utilizada.

La mente consciente por tanto, es la que piensa y actúa en el momento presente; y la cual en el estado hipnótico profundo, queda suprimido o cancelado momentáneamente su poder de crítica, por lo cual las sugerencias que le sean sugeridas penetrarán en el inconsciente. Sin ser objeto de rechazo o crítica.

Hasta este momento, ya tenemos los suficientes elementos para comprender la definición del estado hipnótico que nos ofrece Hartland, (1974) "La hipnosis es esencialmente un estado especial de la mente que por lo general es inducido en una persona por parte de otra. Es un estado mental en el cual las sugerencias no solo son aceptadas con más facilidad que en el estado de vigilia, sino que actúan en forma más poderosa que la que sería posible en condiciones normales. En otras palabras, el estado hipnótico siempre va acompañado por un aumento en la sugestionabilidad del sujeto". (Pág. 37).

La razón por la cual las sugerencias penetran con más fuerza en estado hipnótico, es debido a que el poder de crítica se encuentra suprimido.

Finalmente, esta es una de las teorías que se considera más explícita por lo claro de sus definiciones. Además de que el trabajo realizado por el autor en el campo de la hipnosis, es un trabajo reconocido y profesional que inspira confianza para seguir como ejemplo.

Como se ha visto, aunque existe una gran diversidad de teorías que realizan intentos por explicar el fenómeno hipnótico, éstas no son completas científicamente.

Desde nuestro punto de vista, coincidimos con la teoría de Miller, Galanter y Pribram (1983), por las siguientes razones.

Estos autores plantean que la conducta del individuo está íntimamente ligada a los planes que realiza y revisa una y otra vez, siendo la conducta posterior un resultado de esta revisión. Aquí el lenguaje juega un papel central.

Consideramos que tomar en cuenta el papel del lenguaje es una posición fundamental. El individuo piensa, se comunica con él mismo en su interior y con los demás, se forma una moral, una voluntad, una posición ideológica y social, además de sus emociones, entre otros aspectos y todo esto precisamente a través del lenguaje.

Es importante destacar que además del lenguaje, las experiencias vividas a lo largo de nuestras vidas estructuran la formación tanto de la mente consciente como de la inconsciente en la que se quedan almacenados los recuerdos y en un momento dado pueden acudir a nosotros para llevar a cabo una serie de conductas específicas.

Ahora bien, se puede decir que el hablar con nosotros mismos a cada momento del día y de nuestras vidas, nos ayuda a realizar, detener o cambiar acciones conductuales. Esto es posible gracias a la experiencia a través de la cual

etiquetamos verbalmente y almacenamos información en la memoria y sorprendentemente todo esto lo conseguimos a través del lenguaje.

Otro aspecto con el que estamos de acuerdo con los autores, es que los planes se pueden modificar o detener de acuerdo a lo que el individuo evalúa de la realidad a través de su habla interior.

De acuerdo con estas afirmaciones podemos decir que la hipnosis puede explicarse a partir de que: si el individuo es capaz de abandonar o modificar a través de su habla interior sus planes aunque sea momentáneamente, entonces es posible que reunidas las condiciones pueda caer en estado de hipnosis; en el que por un momento detiene (reglas de parada) ciertas condiciones, que dejan que el hipnotizador le proporcione planes que almacena en su memoria y bajo condiciones específicas realiza posteriormente las instrucciones que le fueron sugeridas durante la hipnosis. Estas condiciones de las que se habla, no es más que las etiquetas verbales que busca el individuo en la memoria que registra las experiencias pasadas y las almacena, haciendo posible que en condiciones específicas acudan a nuestra mente consciente y ejecutemos acciones en base a estas.

El conjunto de estas condiciones hacen posible que el sujeto sometido a tratamiento con hipnosis pueda modificar o suspender sus planes realizados a través de su habla interior, y

que el hipnotizador le formule otros que le sugieran lograr algunos fenómenos hipnóticos como pueden ser el controlar el dolor, amnesia, alucinaciones visuales etcétera y ayudarlo en la solución de un problema específico.

Por otro lado, es necesario mencionar que en esta teoría de Miller, Galanter y Pribram (1983), se destaca también el papel que juega la conciencia en la capacidad para elaborar los planes.

Sin embargo, es importante hacer hincapié en las acciones que un sujeto realiza y de las cuales muchas veces no es consciente en esos momentos y con ello darnos cuenta que éstas forman la parte inconsciente en el individuo y no podemos dejar de reconocerla.

En el caso de la hipnosis, el inconsciente también interviene para lograr cambiar o aceptar los planes del individuo y que éste los haga suyos, pues el almacenamiento de los planes sugeridos queda precisamente en la parte inconsciente; con esto se logra que a futuro aunque el individuo no esté concentrado plenamente en los mismos, pueda ejecutar los planes que le fueron proporcionados por el hipnotizador.

Desde nuestra opinión, tanto la sugestión en la que un individuo acepta una proposición o plan sin analizar; como en la sugestibilidad que es la capacidad de aceptar proposiciones o planes sin analizar, ambos aspectos

dependen totalmente del lenguaje, y se forman en el individuo a través del mismo y creemos que no pueden dejar de tomarse en cuenta en el fenómeno de la hipnosis.

Una vez revisada ésta teoría la cual adoptamos como marco teórico para sustentar este trabajo, pasaremos a revisar ciertos elementos necesarios para que se produzca la hipnosis.

CAPITULO III

PRINCIPIOS GENERALES INDISPENSABLES PARA LA INDUCCION DEL TRANCE HIPNOTICO

Evidentemente, en la ocurrencia de muchos de los fenómenos psicológicos que son objeto de estudio e investigación, se tiene que prestar mucha atención a los factores tanto de tipo interno como externo, que en un momento dado, pueden intervenir en la ocurrencia exitosa o fracaso de un fenómeno. En este caso, para que la inducción de un trance hipnótico tenga éxito, es necesario que se reúnan ciertos requisitos y que existan condiciones adecuadas para que se lleve a cabo. Como ya ha sido mencionado anteriormente, en algunas aproximaciones teóricas anteriores, hay elementos indispensables de los cuales depende la respuesta hipnótica; como por ejemplo, la supresión del poder de crítica por parte de la mente consciente, de la cual depende la profundidad lograda en el trance; y a su vez esta aumenta el grado de sugestionabilidad, son considerados factores indispensables en la inducción hipnótica.

Pero, existen otros igualmente importantes que no deben olvidarse, y que en el próximo espacio iremos describiendo; tarea que facilitará en gran medida la comprensión de la inducción correcta y además permitirá eliminar errores que

puedan llevarnos a caer en el control y frustración del éxito de una inducción hipnótica.

3.1. SUSCEPTIBILIDAD Y SUGESTION.

De entrada puede decirse, que en cierto grado todos somos susceptibles a la sugestión y una característica indispensable para la inducción de la hipnosis, es precisamente la susceptibilidad.

"El aumento de la sugestibilidad significa el de la propia facultad de sugestionarse del paciente. No se refiere a un don del terapeuta. En el mejor de los casos es comparable a un agente catalítico, que tiene tendencia a producir un cambio de composición, sin verse él mismo mezclado en el proceso. Su acción estimula un aumento de la función de un potencial que siempre ha estado presente en la mente del sujeto". (Gindes, 1965; pág. 82).

Si tomamos en cuenta que un sujeto con el que se pretende trabajar la inducción hipnótica, debe ser sugestionable. Esto nos lleva a hablar de otra característica del sujeto, la impulsividad; pues si analizamos esto con detenimiento, y recordamos que en estado de hipnosis un sujeto pierde momentáneamente la capacidad de raciocinio a las ideas que le son sugeridas, todo aquél sujeto que posea un carácter impulsivo, atenderá sin analizar a las sugerencias del hipnotizador.

Hartland, (1974) señala que "los niños, en especial los adolescentes, los miembros de las fuerzas armadas, las

enfermeras, los actores y las actrices por lo general son excelentes sujetos. Esto se debe en gran parte a que su entrenamiento los ha acostumbrado a aceptar instrucciones sin replicar". (Pág. 53)

En cambio, todo sujeto que tiende a analizar, antes de enfrentar las situaciones, puede ser que sea un poco más difícil hacerlo caer en estado hipnótico.

En resumen, debemos recordar dos postulados importantes, el primero es que "la sugestión hipnótica es el proceso de alteración dirigida de actos y reacciones humanas mediante pensamientos o acciones, entonces el sujeto hipnótico debe ser capaz de aceptar las impresiones falsas como si fueran ciertas; y el segundo, es que la sugestión crea los fenómenos hipnóticos, y a su vez, esos fenómenos provocan el aumento de la sugestibilidad." (Gindes, 1965; pág. 860).

Existen cuatro condiciones indispensables para aumentar la sugestionabilidad en el sujeto. La primera de ellas, es la desviación de la atención, como atención se entiende "una respuesta total de la conciencia que se enfoca sobre algo". (Gindes, 1965; pág. 63).

Cuando la mente se encuentra ocupada en algún problema, un interés inferior puede no ocuparla en ese momento; pero los estímulos de menor importancia si pueden

registrarse, aunque la conciencia tome poco conocimiento de los mismos.

En el procedimiento hipnótico sucede algo parecido, pues cuando el sujeto se concentra en un objeto, se introduce la sugestión de dormir.

Hartland, (1974) se refiere a este fenómeno claramente diciéndonos: "la principal indicación para la inducción con éxito de la hipnosis radica en la fijación de la atención. En el momento en que usted fija intensamente la atención sobre algo, el campo de la conciencia se reduce y se hace accesible a la mente inconsciente. Las sugestiones, a continuación, se deslizan rebasando la mente consciente, entran a la inconsciente, en donde son aceptadas y obedecidas sin crítica. Más aún toda sugestión, que es aceptada y obedecida aumenta mucho la sugestibilidad del sujeto y facilita la profundización de la hipnosis". (Pág. 44).

Por otro lado, la fe es indiscutiblemente importante, ya que de ella depende el éxito del tratamiento. Antes que nada, el sujeto debe estar convencido de la validez de la hipnosis y confiar en el terapeuta y su técnica.

Jay, (s/f) afirma que la fe es el requisito indispensable para el ejercicio del psíquico, es una afirmación sancionada por la experiencia de todas las épocas. Por su parte, Gindes, (1965) afirma "la hipnosis se hace más profunda cuanto mayor sea la fe". (Pág. 67).

Este autor, también incluye al temor bajo el mismo rubro, desde su punto de vista, los sujetos que temen a la hipnosis, es por que creen que funciona y eso los hace buenos sujetos; pues mientras el sujeto se ocupa del temor, no hay lugar para la duda y su fe y su imaginación son óptimas para que el terapeuta pueda proceder fácilmente.

Ahora, hablaremos de la expectación, la cual es posible gracias a la fe. Existen ciertos elementos que también pueden dar paso a la expectación; estos pueden ser por ejemplo, la actitud de confianza que tome el terapeuta y obviamente también su reputación.

En cuanto al proceso, (Gindes, 1965; pág. 73) señala "el proceso no es complicado. Para empezar, el sujeto tuvo fe, consciente o inconscientemente, en la hipnosis. Cuando se aplicó un método inductivo, el sujeto tuvo fe en el y esperó que fuera efectivo. Lo fue. De allí en adelante cada sugestión dió resultado por que el sujeto tenía fe en que lo daría y esperaba que así fuera. Esto explica en gran parte todo el mecanismo de la sugestionabilidad. La expectación trae aparejado generalmente su propio cumplimiento. Si el sujeto está lo bastante convencido de que su brazo se está paralizando, es casi seguro que ello ocurrirá".

Como puede observarse, la fe es el punto inicial para la expectación, por lo tanto debe prepararse adecuadamente al paciente en la fe y cualquier técnica que sea utilizada

deberá incluir extremar la expectación para que con ello se alcancen resultados efectivos.

Por último, la imaginación es la facultad que todos los seres humanos tenemos para alterar el alcance de las cosas reales y recurrir a las fantasías.

Es tan importante, el dominio que la mente ejerce sobre los procesos corporales, que cada día aumenta la importancia de la medicina psicosomática. En el caso de la hipnosis, la imaginación es de gran utilidad pues "mediante la hipnosis, creamos una modificación de la imagen mental, a tal extremo que requerimos un efecto recordado que se halla en la memoria del sujeto y reproducimos la misma emoción que él experimentó cuando el hecho ocurrió por primera vez". (Gindes, 1965; pág. 77).

Mediante esta experiencia, se logran evocar los recuerdos del paciente, enfrentándolo con la experiencia antes vivida, obteniéndose cambios físicos en el cuerpo como resultado de la sugestión. Finalmente, la influencia que tienen las experiencias previas en la vida del sujeto, ya sean reales, o bien creadas mediante la imaginación, los sueños, o la fantasía; son determinantes para que el sujeto reaccione de cierta manera en una sesión de hipnosis.

Una vez mencionadas estas características, es momento, de pasar a las condiciones esenciales previas que todo profesional, no debe olvidar nunca para la inducción con

éxito del trance hipnótico. Hartland, (1974) nos brinda una lista importante de las mismas, las cuales revisaremos a continuación.

3.2. MOTIVACION.

La motivación, es uno de los primeros requisitos que debe estar presente, para que un sujeto, se someta voluntariamente a participar incondicionalmente en una sesión hipnótica. Generalmente es casi imposible que se llegue a hipnotizar una persona en contra de su voluntad. (Crasilneck y Hall, 1975).

Hartland, (1974) menciona respecto a este punto lo siguiente: "el sujeto debe estar dispuesto y sin temores. Debe desear cumplir con las sugerencias del hipnotizador o creer que pese a su propia voluntad, no puede resistir. Por cierto, que mientras más se pueda aumentar el deseo de una persona a ser hipnotizada, más probable éxito tendrá la inducción". (Pág. 34).

Para lograr esta condición, es responsabilidad del terapeuta investigar inteligentemente, acerca de la disponibilidad del sujeto para someterse al tratamiento, así como también discutir los síntomas y molestias que son causados por el problema actual que le acontece. Confrontarlo para que imagine el cambio que tendría en su vida sin ellos.

Por otro lado, comentarle que existe una gran probabilidad de que con el tratamiento hipnótico mejore. Esto se hace con la finalidad de que poco a poco, se vaya

preparando la mente del paciente para que se convenza y acepte la hipnosis.

Gindes, (1965) aclara este importante aspecto, "muchos pacientes, cuya credulidad es incuestionable, no reaccionan sencillamente por que no saben qué esperar. Si se les ofrece una explicación satisfactoria del fenómeno hipnótico, se adaptan espléndidamente, a pesar de cualquier fracaso anterior. La mayoría de los sujetos, cuando se les prepara debidamente, muestran una inclinación favorable hacia la hipnosis y la encuentran completamente agradable". (Pág. 107).

Esta preparación previa del sujeto, lo predispone a que colabore con entusiasmo. Finalmente, recordemos la siguiente frase de Gindes, (1965) "el paciente que padece una enfermedad funcional se mejorará cuando se convenza de lo que hará; estará curado en el preciso momento en que se convenza así mismo de que se curará". (Pág. 87).

3.3. ELIMINACION DE DUDAS Y TEMORES.

Cuando un paciente llega a ponerse en las manos de un terapeuta, es lógico pensar que se enfrenta a la incertidumbre de ¿Qué pasará?, ¿Si funcionará el tratamiento?, ¿Si correrá peligro alguno?, etcétera.

En el caso de la hipnosis y debido a la gran cantidad de mitos y falacias que existen respecto a ella, es casi normal que el paciente al escuchar la propuesta de someterse a hipnosis, reaccione con gran temor e indecisión antes de aceptar.

Estas dudas y temores, resultan un severo problema, el cual debe ser resuelto por el terapeuta antes de intentar someter a hipnosis a cualquier persona. Para lograr disolver esas ideas negativas deben tomarse en cuenta dos ideas importantes. La primera, es el temor al fracaso y mucha ansiedad por el éxito, acerca de esto, Hartland, (1974) comenta "por desgracia el paciente cree que está arriesgando tanto, que la mera posibilidad de un fracaso lo aterra y, por lo tanto, espera el éxito con mucha ansiedad. Esto produce tanta tensión mental y ansiedad que le es imposible relajarse o incluso concentrarse lo suficiente para que la inducción tenga éxito". (Pág. 44).

Otro comentario importante referente también a esta primera idea, es el realizado por Gindes, (1965) el cual afirma: "a veces nos enfrentamos con sujetos que tienen un genuino

deseo de someterse a la inducción hipnótica pero que debido a una diátesis subconsciente, no consiguen alcanzar el estado hipnótico. Como en realidad no desean ser hipnotizados, esta contradicción impedirá que se sometan. Conscientemente desean la hipnosis; subconscientemente se rebelan. El recalcitrante que hay en su interior anulará su expresión externa de colaboración". (Pág. 108).

Ahora bien, la segunda es el temor al estado hipnótico, la cual, es más frecuente encontrar, Hartland, (1974) comenta que un creciente número de pacientes que están tanto temerosos como recelosos de lo que comprende la hipnosis, y a quienes no les agrada mucho la idea de perder su control. Las dudas y temores tales como éstas siempre se deben al concepto equivocado, de parte del paciente, respecto a lo que es probable que suceda en el estado hipnótico". (Pág. 45).

Si nos detenemos a pensar en el origen de estas dos condiciones, tal vez se llegue a la conclusión de que son originados por el desconocimiento de una nueva situación. De cualquier manera, ambas condiciones no son más que resistencias

Finalmente, como un consejo de gran utilidad para que todo terapeuta tenga éxito en las inducciones hipnóticas, Hartland, (1974) concluye diciéndonos que "la preparación de la mente del sujeto es la más importante de todas las etapas

para inducir con éxito la hipnosis. La mayoría de los fracasos al inducir el estado hipnótico, se deben a la falta de una discusión apropiada antes de insertar la inducción". (Pág. 45).

Este importante punto de la preparación de la mente del paciente requiere de una explicación más detallada, por lo tanto, en el siguiente punto será abordado ampliamente.

3.4. PREPARACION DE LA MENTE DEL PACIENTE.

Para asegurarnos de cubrir este requisito es necesario tomar en cuenta las dificultades más comunes que pudieran presentarse. (Hartland, (1974) nos ofrece una lista de cinco, las cuales se considera son muy acertadas y son descritas y comentadas a continuación.

1. "Una equivocación total de lo que es probable que ocurra en el estado hipnótico". Como ya se mencionó anteriormente, las falsas ideas acerca de la hipnosis, son responsables en gran medida de esta equivocación. Para eliminar este contratiempo, el terapeuta debe comenzar por interrogar al paciente, acerca de lo que conoce o ha escuchado sobre la hipnosis. También averiguar qué piensa que va a suceder durante el trance y después de él.

Una vez obtenidas sus respuestas, el terapeuta debe explicar la diferencia que existe entre la hipnosis teatral y la hipnosis médica.

Sobre ésta última, puede ser de utilidad comentarle al paciente, la gran variedad de problemas médicos y psicológicos en los que puede utilizarse la hipnosis y destacar los resultados que pueden obtenerse con su utilización.

2. "Confusión del sueño hipnótico con el sueño normal". Ante estos inconvenientes, se recurre a realizar otra diferenciación; ahora entre lo que es el sueño natural y la

hipnosis, Gindes, (1965) nos sugiere lo siguiente: "el hipnotismo es una experiencia nueva para usted, por lo que es natural que se sienta usted un tanto inquieto. Es lógico que sea así. Empero, usted descubrirá que la hipnosis es uno de los estados más agradables que haya experimentado jamás. Se sentirá usted completamente sereno. Le aseguro que estará ansioso por repetir la experiencia. Me es imposible describírsele, tendrá que conocerla directamente usted mismo". (Pág. 111)

También debe explicársele, que aunque la hipnosis es en cierta manera parecida al sueño natural, se pierde la conciencia y que en la hipnosis, por más profundo que sea el trance no perderá en ningún momento la conciencia.

Respecto a esto Gindes, (1965) nos proporciona un ejemplo de cómo explicar este punto al paciente: "en primer lugar, debe usted comprender que la hipnosis no es sueño. Cuando se duerme se está inconsciente, y la hipnosis es cualquier cosa menos un estado de inconsciencia. La mayor parte de las personas salen del estado hipnótico olvidando todo lo que ha ocurrido, pero ello no significa que hayan estado sin sentido. Usted permanecerá parcialmente consciente en todo momento, sin abandonar su juicio ni un solo instante. Momentáneamente usted someterá su conciencia a mi voluntad, por supuesto, pero lo hará voluntariamente". (Pág. 112).

Si se le proporcionan claramente las instrucciones al paciente, es casi seguro que no se tendrán mayores problemas para la inducción hipnótica con éxito.

3. "La expectación de amnesia a continuación del trance". De acuerdo con este punto, debe informársele al paciente que no es necesario que espere olvidar todo lo que ocurrió durante el trance una vez que despierte. También, que generalmente pocos pacientes logran alcanzar un estado profundo de hipnosis y que en los casos en que se utiliza la hipnosis con fines terapéuticos, no es necesario el estado profundo.

Gindes, (1965) apoya esta idea y considera que aunque la amnesia es importante en la mayoría de los pacientes, el tratamiento también suele ser efectivo aunque se recuerden los detalles.

4. "La parte que desempeña la "fuerza de voluntad" al inducir el trance. Este punto es muy importante, ya que siempre debe destacarse que la fuerza de voluntad del paciente, es la que interviene en la inducción de hipnosis y no la del hipnotizador.

Desde antes, ha existido la falacia de que un sujeto bajo hipnosis, puede realizar todo lo que le es ordenado por el hipnotizador. Sin embargo, esto no es así; pues si realmente ocurriera de esa manera muchas personas no permitirían que esto sucediera.

5. "El temor a ser dominado por el hipnotizador". Esta idea es muy común, por lo que debe aclararse y asegurarse al paciente que "nunca será obligado a hacer o decir algo a lo cual se oponga decididamente". (Hartland , 1974; pág. 50).

También debe hacerse énfasis, en que si se le sugiriera hacer o decir algo que él considerara inadecuado tendría un conflicto mental "debo pero no puedo" lo que ocasionaría una gran inquietud y ansiedad, llegando a despertar de inmediato.

3.5. PROFUNDIDAD DEL TRANCE Y PRINCIPIOS GENERALES DE LA INDUCCION DEL TRANCE.

Uno de los aspectos que inquietan más acerca de la hipnosis, es el referente a la profundidad, pues se ha llegado a creer que un estado muy profundo puede ser peligroso y que un estado muy ligero no arrojará buenos resultados.

Esto no es así, ya que para fines terapéuticos, solo se distinguen tres etapas. Gindes, (1965) y Hartland, (1974) concuerdan con estos tres estados generales de hipnosis, los cuales se explican a continuación.

1. Hipnosis ligera o superficial. En esta etapa se puede observar que el sujeto se muestra muy somnoliento y con plena conciencia de lo que acontece a su alrededor, obedece a sugerencias simples, respira pesadamente y muestra incomodidad a las cosas que lo distraen.

2. Hipnosis de profundidad media. Esta etapa es suficiente para casi cualquier tratamiento, pues se distingue por que el sujeto no se esfuerza por resistirse y por lo tanto acepta fácilmente las sugerencias.

También puede sentir o revivir cualquier hecho que se le sugiera y en este estado puede llevarse a cabo con mucha facilidad la catalepsia y la anestesia superficial que son muy útiles para el tratamiento del dolor en los casos de cirugía menor.

3. Hipnosis profunda o sonambulismo. Este estado es muy completo, se ha observado que el sujeto presenta sueño y tanto la respiración como el funcionamiento del corazón son más lentos. Además escucha a medias las sugerencias que se le proporcionan.

En relación a este hecho Gindes, (1965) afirma: "si bien la hipnosis profunda no es peligrosa, puede traer aparejadas muchas experiencias desagradables. El sujeto asume una actitud de "no me importa nada" frente a las sugerencias; se siente tan bien, que su único deseo es estar solo. Cuando se le formula una sugerencia empieza por ignorarla y solo la obedece con desagrado o cuando se le repite varias veces". (Pág. 157).

Este tipo de hipnosis es muy útil para la cirugía mayor como en el caso de las amputaciones. Además es en la que se puede alcanzar mayor grado de relajamiento y disminución de la ansiedad y por consiguiente llegar a un grado considerable de analgesia.

Para producir el estado hipnótico, es necesario recurrir a diferentes estímulos sensoriales, monótonos y rítmicos, ya sea de tipo visual, auditivo o táctil.

En el caso de los estímulos visuales, indicarle al sujeto que mire a un punto fijo, le producirá una fatiga a nivel de la retina, visión borrosa y sensación de cansancio, esta posición

tiene la doble ventaja de que se obtiene concentración y se fija la atención.

Los estímulos auditivos, tales como hablar de una forma monótona y persuasiva, repetir palabras como cansancio, pesadez, somnolencia y sueño son claves para acelerar el estado hipnótico.

Los estímulos táctiles como caricias suaves sobre la piel, en especial sobre la frente, son útiles para inducir somnolencia, este método es más recomendable utilizarlo con los niños y evitarlo con los adultos.

Específicamente, pueden utilizarse dos formas para inducir la hipnosis, las cuales son explicadas por Hartland, (1974) "la primera es la pasividad mental con distracción. Esto implica alentar una actitud letárgica en el sujeto, con suspensión de la actitud mental organizada. Se le dice al sujeto que trate de no escuchar lo que le dice el hipnotizador". (Pág. 56). Además se le indica al paciente que ejecute una tarea mental para mantener la mente consciente ocupada.

La segunda forma es la participación activa con atención, en esta "se le incita al sujeto a que escuche con mucha atención a lo que se le dice y lo que está aconteciendo. Se le dice al sujeto que escuche cuidadosamente todo lo que le dice el hipnotizador".

Con ambas formas, se pueden lograr exitosos beneficios para la profundización del trance, la elección adecuada de

su uso, depende en gran medida de las características individuales del sujeto.

Por otra parte, para la comunicación adecuada de las sugerencias, se hace indispensable que el terapeuta sienta confianza en sí mismo y utilice su voz sin ningún tropiezo.

Al respecto, Gindes (1965), Hartland (1974), Crasilneck y Hall (1975) y Meyer (1992), concuerdan en que debe hablársele al paciente con tranquilidad y monotonía, pero con un énfasis definido.

En algunas ocasiones deberá hablarse con más rapidez para mantener ocupada la mente el sujeto y otras con más lentitud y utilizando palabras que nos permitan dar la impresión que se pretende. Obviamente esto dependerá de la respuesta que se pretenda.

Hartland, (1974) nos dice que la aceptación de una sugestión "suele facilitarse elevando la voz hacia el final de una frase, comunicando así un énfasis incrementando y llevando más convicción. A la inversa, bajando la voz al final de frases tales como: "cada vez más profundo sueño, parece que se aumenta el efecto en forma considerable. Asimismo, al comunicar las sugerencias, es prudente hacer pausas de por lo menos 15 o 20 segundos entre frases o ideas sucesivas. Esto no solo ayuda a aumentar el efecto sino que también tiende a evitar confusión en la mente del sujeto. De hecho, siempre que el tiempo permita el alargamiento adicional de estas

pausas se encontrará que se aumenta la efectividad en un grado incluso más grande". (Pág. 56).

Este mismo autor, también distingue dos métodos para comunicar las sugerencias.

1. El método enfático, en el cual "las sugerencias siempre se comunican en un tono de voz imperativo y autoritario". A este método se le encuentra la desventaja de que puede surgir un conflicto de voluntades que puede hechar a perder el objetivo, además no pueden repetirse las sugerencias con la misma fuerza. Este método es más adecuado para la hipnosis profunda.

2. El método persuasivo se distingue por que "las sugerencias se comunican en una forma casi discreta con un tono de voz persuasivo. Este método, también tiene ventajas, como evitar en parte la resistencia consciente y las sugerencias pueden ser repetidas más frecuentemente y ganan fuerza. Este método es más adecuado para hipnosis ligera.

Por otra parte, es importante conocer y comprender los principales principios y también leyes que rigen el fenómeno de la hipnosis y la manera adecuada de comunicar las sugerencias. Hartland, (1974) Págs. 61-62, nos ofrece la siguiente lista de principios y leyes, los cuales citaremos a continuación.

PRINCIPIOS QUE GOBIERNAN EL ACTO DE LA SUGESTION

1. "Siempre deberá aunar el efecto que desee producir con el que realmente está experimentando el sujeto en ese momento".

2. "Siempre es mucho más fácil lograr la aceptación de una sugestión positiva que la de una puramente negativa".

3. "En ocasiones es más fácil lograr la aceptación de una sugestión si ésta se asocia con una emoción apropiada".

LEYES QUE GOBIERNAN LA EFECTIVIDAD DE LA SUGESTION.

1. "Ley de la atención concentrada. Siempre que se concentre la atención en una idea, esa idea tenderá espontáneamente a ser realizada. En la hipnosis se consigue la atención de la mente consciente".

2. "Ley del efecto invertido. Siempre que el estado mental del sujeto sea tal que piense "me gustaría hacer esto pero no puedo," mientras más lo intente, menos podrá hacerlo, a pesar del hecho de que en realidad quiera hacerlo".

Por esta razón, en la inducción del trance mientras más activo y cooperativo se muestre el sujeto más difícilmente entrará en trance y mientras más pasivo sea más fácilmente logrará.

3. "Ley del efecto dominante. Está basada en el hecho de que una emoción fuerte siempre tienda a reemplazar una

débil. La unión de una emoción fuerte con una sugestión siempre hará que dicha sugestión sea más efectiva".

LEYES PARA LA REDACCION Y COMUNICACION DE LAS SUGESTIONES.

1. "Las sugestiones deben siempre redactarse en forma tal que resulten claras y sin ambigüedades".

2. "Deben evitarse a toda costa las complicaciones excesivas. Es esencial la sencillez".

3. "Nunca deberá emplearse la palabra debe".

4. "Al expresar las sugestiones debe adoptarse un patrón definitivamente rítmico, las repeticiones son esenciales".

5. "No importa lo profundo que sea el trance, jamás se le debe dar al sujeto una sugestión que pudiera encontrar desagradable u objetable".

6. "En las sugestiones terapéuticas, las más importantes y cruciales siempre deberán dejarse hasta el final".

7. "En las sugestiones deberán expresarse en todo lo posible para que se conformen con los hábitos y pensamientos conocidos del individuo".

Como puede observarse, el terapeuta que elige trabajar con hipnosis, tiene bajo su responsabilidad varios detalles que cuidar para ganarse la confianza del paciente, es indispensable. Por lo que deben conocerse y comprenderse básicamente los conceptos teóricos y prácticos de la hipnosis.

Por otro lado, también es compromiso del terapeuta dar la impresión de autoridad para lograr que el paciente deposite su confianza en él. Dado que el lenguaje es básico para la comunicación de estos aspectos; deberá también de preparar palabra por palabra y acto por acto, evitar a toda costa los titubeos y la inseguridad. Esto se consigue si el terapeuta aprende a manejar adecuadamente su voz, si ésta es reconfortante y dinámica será mucho mejor.

El ambiente en el que se lleve a cabo toda sesión hipnótica, también debe cuidarse; un lugar limpio, alejado de ruidos inesperados, con una temperatura agradable, libre de olores desagradables (como el del cigarrillo), son condiciones apropiadas para alcanzar el éxito.

Por último, el terapeuta debe también cuidar detalles personales, tales como la limpieza personal, dedicar abundante tiempo para cada paciente y evitar que la presencia de un extraño pueda interrumpir la sesión.

No está por demás mencionar, que todo profesional responsable y comprometido con su trabajo deberá de cuidar

hasta el más mínimo detalle, lo que a futuro se verá compensado con el éxito y prestigio de su profesión.

CAPITULO IV

METODOS O TECNICAS PARA LA INDUCCION DE LA HIPNOSIS.

Si cuidamos con atención los elementos históricos acerca de la hipnosis se puede observar que desde sus orígenes, los métodos para inducir el trance hipnótico han sido muy variados. Algunos muy de acuerdo a la época en que se vivía y también a los conocimientos y observaciones recogidas por sus más importantes exponentes. Ejemplo de estos métodos son los de Mesmer y Puységur citados en el primer capítulo del presente trabajo o bien los expuestos por Gindes, (1965); Págs. 119-124, de los que se tomaron las siguientes síntesis.

1. El método de Esdaile. "El sujeto parcialmente desvestido, era conducido a una habitación oscura, en la que se acostaba de espaldas en una cama. Esdaile se colocaba junto a la cabecera, inclinándose cerca de la cabeza del sujeto, de manera que la mirada de ambos se encontraran. El magnetizador presionaba el estómago del sujeto y realizaba pases rítmicos sobre los ojos; además de que le soplabo suavemente la nariz; sobre sus ojos entre sus labios..."

2. El método de Braid. "James Braid ideó un objeto brillante, que se colocaba unas pulgadas por encima de la nariz del sujeto, para que lo mirara, además exigía que el sujeto se concentrara en conciliar el sueño".

3. El método de Charcot. "Charcot utilizó diversos métodos para colocar trozos de cristal cerca del puente de la nariz del sujeto o bien hacía que el sujeto mirara un objeto colocado en el campo visual normal. Otras veces utilizaba un motor cerca del oído del sujeto o también una campana o el sonido de un antiguo gong chino. Por último, también ejercía presión sobre el nacimiento de la nariz, la coronilla, el codo y el dedo pulgar".

4. El método de Moutin. "Moutin colocaba una mano entre los omóplatos del paciente y ejerciendo presión sobre el paciente le inducía a tener calor. En este método Moutin siempre mantenía conversación con el sujeto".

Desde luego, que actualmente no es necesario recurrir a estos métodos tan extravagantes, pues gracias al refinamiento de las técnicas también han surgido nuevos métodos que hoy en día hacen más sencillo el utilizar la hipnosis como herramienta terapéutica.

Por otra parte, hablar de toda la lista de métodos para la inducción que existe, sería interminable y poco necesario para los fines de este trabajo. Por ello, en este capítulo solo se revisarán brevemente algunos de los métodos más útiles para la inducción de un trance ligero, medio y por supuesto profundo.

4.1. METODOS PARA LA INDUCCION DEL TRANCE HIPNOTICO BASADOS EN LA FIJACION DE LA VISTA Y RELAJAMIENTO PROGRESIVO.

Estos métodos de fijación de la vista y relajamiento progresivo han sido muy utilizados por diversos autores como por ejemplo, Hartland (1974), Crasilneck y Hall (1975), Alman y Lambrow (1992) y Meyer (1992), por citar solo algunos.

Dichos autores describen cada uno de los métodos con pequeñas variaciones; sin embargo, esta situación depende de la creatividad y experiencia personal obtenida al trabajar con hipnosis.

En realidad aunque las diferencias entre los métodos se basan principalmente en las instrucciones utilizadas por cada uno de los autores, y las cuales dependen del caso que se esté tratando; se puede considerar que éstos solo pretenden ilustrar una técnica o método en particular. Por lo que todo aquel, que esté interesado en el tema, siempre tendrá que estar alerta a las diferencias individuales existentes. Además, podemos decir que el hecho de que no exista una línea definida en cuanto a la técnica a seguir. Esta es una buena oportunidad para utilizar al máximo la creatividad y por que no, hasta contribuir de alguna manera a la creación de nuevas técnicas que enriquezcan a la experiencia profesional

de cada quien y sea una buena opción para ayudar al paciente.

En cuanto a la situación de las diferencias entre las técnicas expuestas por los autores antes mencionados, esto no impide que puedan exponerse cada una de ellas con los elementos básicos y necesarios para que pueda practicarse correctamente la inducción. Además de distinguirse claramente un método de otro como se verá a continuación.

1. Método de fijación de la vista con sugerencias verbales.

En la utilización de este método, al paciente recostado sobre un cómodo sofá o bien un sillón con brazos, se le indica que fije su mirada en un punto del techo, o bien puede mirar un lápiz u otro objeto colocado sobre sus ojos un poco hacia atrás de él.

Se le indica al sujeto que se relaje por completo, poco a poco y que respire lenta y profundamente. También se le hacen sugerencias de que sus párpados comenzarán a pesar cada vez más y más, así como que sus ojos están cada vez más y más cansados.

Obviamente, que al tener la mirada fija en un punto y sin parpadear, hace que la vista del sujeto se canse e intente parpadear, por lo que se le indica que puede parpadear. Pero no se le deja de mencionar que sus párpados pesan

cada vez más. Cuando los ojos del sujeto comienzan a llorar se le menciona este hecho y se le indica que le invade un sueño muy profundo, que sus ojos quieren cerrarse, que deje que estos se cierren. Una vez que los ojos del sujeto se han cerrado, ya se encuentra en un trance ligero.

2. Relajamiento progresivo.

Para la inducción con este método, se le indica al sujeto (el cual debe permanecer cómodamente recostado en un sofá), que imagine una escena agradable y tranquila. A su vez que imagina esta escena, se le pide que vaya relajando todo su cuerpo, puede comenzar por los pies y los tobillos; posteriormente las pantorillas, los muslos. Se le sugiere que esta sensación de relajamiento "pesadez" como el plomo, se extiende y le invade también los músculos de las manos, los brazos, los hombros, el estómago, pecho, espalda, cuello, y por último la cabeza.

Las indicaciones de relajamiento progresivo, van acompañadas de sugerencias de sentirse somnoliento, en paz y con la mente tranquila. Además de sugerirle que sus ojos están cada vez más y más cansados, que quieren cerrarse y que deje que esto suceda. Cuando el sujeto ha cerrado los ojos, se le indica que duerma.

Se puede decir que en cuanto a esta técnica, en algunos casos puede suscitarse el hecho de que el paciente no logre relajarse totalmente, lo cual puede interferir para que no

llegue a un óptimo estado de trance. Por lo que se considera preciso señalar, que si el paciente no cuenta con un entrenamiento previo sobre relajación, podría orientarse previamente sobre este aspecto y lograr mayor éxito o prevenir el fracaso en la inducción del trance.

Pues es muy común, que ante el fracaso de una técnica el paciente pierda la confianza en el terapeuta o dude de la efectividad y resultados del tratamiento utilizado.

3. Fijación de la vista con relajamiento progresivo.

Según Hartland, (1974) este es uno de los métodos que se considera más útil para inducir el estado hipnótico, además de ser muy sencillo. El autor, sugiere que antes de practicar otra técnica, debe conocerse y dominarse completamente.

En este método, el sujeto acostado o sentado en un sillón cómodo se le indica que fije la vista en un punto en el techo sin permitir que la desvíe; en caso de que esto suceda debe hacersele notar.

Por otra parte, se le indica que se relaje por completo, indicándole que comienza a sentir una sensación de pesadez en los pies y extendiéndose por cada parte de su cuerpo hasta llegar a la cabeza. Acompañando a las sugerencias de relajamiento y pesadez se le indica que a medida que esa sensación de relajamiento va extendiéndose, los párpados de sus ojos los va sintiendo muy, muy pesados y que se siente

cada vez más somnoliento; que sus párpados, se van poniendo tan pesados que desea cerrar sus ojos.

Las indicaciones deben repetirse una y otra vez al sujeto con voz monótona, hasta conseguir que sus ojos se cierren; hasta entonces el sujeto habrá caído en un trance ligero.

Ahora bien, para lograr un estado más profundo se recurre a la técnica por levitación del brazo, en la cual una vez que se ha logrado el estado hipnótico ligero anterior, se le menciona al sujeto que concentre su atención sobre las sensaciones que comenzará a sentir en su brazo.

Se le indica que comienza a sentir su brazo cada vez más y más ligero, como sino pesara absolutamente nada y como si quisiera elevarse en el aire; que lo siente cada vez más ligero parecido a una pluma. Puede decirse que siente como si tuviera un globo o un racimo de globos atado a la muñeca de su brazo y que esto hace flotar su brazo en el aire. Una vez que se consigue que el brazo del sujeto se eleve en el aire, se le debe indicar que a cada momento que transcurre cae en un sueño cada vez más profundo.

Las sugerencias deben repetirse enfatizando las frases del efecto que se desea conseguir y si en algún momento se nota que el sujeto mueve los dedos hacia arriba, debe llamársele la atención sobre este acontecimiento.

Por otra parte, una vez que el sujeto ha logrado un sueño profundo, se le realizan sugerencias de pesadez en el brazo

para que este caiga y vuelva otra vez a su posición inicial. No olvidando repetir las sugerencias que le indican que está en un sueño muy profundo. Cuando el brazo del sujeto vuelva a su posición inicial es probable que se encuentre en un trance medio.

Es importante señalar, que en la práctica de la profundización pueden presentarse algunos inconvenientes, como por ejemplo, que el brazo del sujeto no se elevara, para solucionarlo puede tomarse con ligereza de la muñeca del brazo o la manga de alguna prenda del sujeto, ayudándole a elevarlo con suavidad y continuando con las sugerencias enfatizando la ligereza.

Hartland, (1974) menciona que cuando esto llega a fallar más o menos en el lapso de cinco minutos, el paciente no profundizará más y solo habrá alcanzado un estado de trance ligero.

Vemos que el procedimiento utilizado para profundizar el trance, es sencillo y fácil de realizar. Sin embargo, se considera oportuno señalar también que siempre deberá ponerse mucha atención a los pequeños obstáculos que pudieran presentarse en ese momento.

Una buena observación de los acontecimientos ocurridos en el trance, nos permitirá evaluar y deducir los posibles errores que pudieran cometerse o bien descubrir si existe alguna resistencia por parte del paciente que nos llevará al

fracaso en la inducción y perder la confianza sin llegar a la raíz del problema. Esto aunque puede resultarnos un poco tedioso, es indispensable para un buen desempeño profesional.

4. Fijación de la vista con distracción.

El principio de este método es que se proporciona al paciente una tarea muy sencilla por ejemplo, contar, con la cual él mantendrá su mente consciente ocupada y esto hará que su mente inconsciente sea más accesible. Por lo tanto, las sugerencias las aceptará con más facilidad y rapidez.

Una vez que el paciente se encuentra cómodo ya sea sentado o acostado y que se ha indicado mirar fijamente un objeto, como la punta de un lápiz, una pluma o una moneda. Se le indica, que comience a contar regresivamente, puede ser del 300 hacia atrás o alguna otra cantidad establecida previamente por el terapeuta. Es importante, que el paciente cuente en silencio solamente para él.

Una indicación importante que no debe olvidarse, es decirle que si se equivoca puede retomar la numeración en donde él crea que se quedó y continuar contando.

Debido a que el sujeto mantendrá su vista fija en el objeto elegido, sentirá poco a poco que sus ojos se irán cansando lentamente. Ante lo cual, deberán dársele las sugerencias de que siente los párpados cada vez más y más pesados y los

ojos muy, muy cansados, tanto que desearán parpadear continuamente. Se le sugiere que los deje parpadear cuanto quieran. También se le hace mención de que sus ojos van a cerrarse y por último, con voz enfática y empírica se le dice que duerma.

Una vez obtenido este trance ligero, existen dos maneras de profundizar el trance, una es por pesadez del brazo y otra por relajamiento progresivo.

En la primera de ellas, se toma el brazo del sujeto y se le coloca sobre el brazo del sillón suavemente. Posteriormente se le realizan sugerencias de que su brazo se oprime cada vez más al brazo de la silla, entonces el terapeuta ejercerá una ligera presión sobre el brazo del paciente y a continuación se le realizan sugerencias de que le invade una sensación de pesadez en el brazo y que ésta aumenta cada vez que su mano le toca ligeramente. Se le menciona que en pocos minutos su brazo será cada vez más y más pesado, tan pesado que si se le suelta posteriormente caerá pesadamente y que mientras esto sucede su sueño será cada vez más profundo.

Ahora, se procede a indicarle que la pesadez del brazo ha desaparecido y tocándole el brazo se le indica que el estado de su brazo es normal.

Existen situaciones en las que el sujeto puede rehusarse a cerrar los ojos y que no se observa ningún movimiento hacia abajo que indique que van a cerrarse.

Para estas situaciones debe proseguirse con las sugerencias, aproximadamente por un par de minutos más y una vez que se observe que el sujeto mantiene una mirada fija se le menciona con firmeza ¡duérmase! y en este caso, en lugar de utilizarse la profundización por levitación del brazo, se utiliza la técnica de relajamiento progresivo.

Una vez que el sujeto ha logrado cerrar los ojos, lo cual indica un estado de trance ligero, se comienza a sugerirle una relajación completa del cuerpo, esta puede comenzar por los pies hasta llegar a la cabeza y cada serie de sugerencias sobre la relajación debe acompañarse también de las sugerencias con la profundidad gradual del sueño. Con la relajación progresiva puede lograrse un estado más completo y el sujeto suele caer en un estado más profundo.

Un aspecto importante que no debe olvidarse es el referente al momento de despertar al sujeto Hartland, (1974) nos sugiere mencionarle al paciente que en un momento contará hasta siete y que cuando esto suceda él abrirá los ojos estando nuevamente despierto y que se sentirá mucho mejor, descansado, tranquilo y que no tendrá sensación de sonolencia.

También es muy importante, mencionarle que la próxima vez disfrutará más profundamente del sueño y podrá dormir más profundamente.

Hartland, (1974) menciona que: "una vez que el sujeto despierta pueden discutirse todas las sensaciones que haya experimentado durante la inducción". (Pág. 87).

Esta situación nos parece muy importante, pues permite en gran medida tranquilizar la mente del paciente y conocer si éste logró sentir las sensaciones que se le indicaron o logró sentir otras diferentes.

Por otro lado, pensamos que el platicar con el paciente después de la inducción también contribuye a enriquecer los diferentes aspectos que pueden surgir durante el trance, situación que tiene que ponernos alertas para analizar detalladamente los motivos y de esta manera prevenir malos resultados que entorpezcan el trabajo.

5. Método de mirada directa a los ojos.

Este método es recomendable solo en aquellos casos, en que el sujeto solamente responde al método dominante. El hipnotizador debe sentarse frente al paciente ligeramente inclinado y toma sus manos, indicándole que le mire directamente a los ojos, aproximadamente a unos 60 centímetros de distancia. En este caso es recomendable que

para evitar errores, el hipnotizador mire al puente de la nariz del sujeto.

En caso de que los ojos del hipnotizador resulten cansados, debe cerrar con los dedos los ojos del sujeto, cerrar sus ojos y una vez que haya descansado continuar procediendo a abrir nuevamente los ojos del sujeto. Mientras el hipnotizador mantiene la mirada fija en los ojos del sujeto, le realiza el mismo tipo de sugerencias de somnolencia, relajamiento y la pesadez en los párpados, que al igual que en las técnicas anteriores llevarán al sujeto a un trance ligero.

Desde nuestro punto de vista, podemos decir que no dudamos que esta técnica puede ser muy efectiva, pero si tomamos en cuenta que pudiera darse el caso de que el paciente en un principio se resistiera a la inducción creemos que el hecho de que el hipnotizador, lo mire fijamente a los ojos, pudiera de alguna manera confundirse con antiguas ideas de que el solo mirar a una persona pueda hacerla entrar en estado de trance hipnótico. Lo que nos llevaría a dudar entonces del papel que juegan las sugerencias verbales que deben hacerse.

Ante esta situación, no debemos olvidar que éstas son fundamentales y consideramos que antes de utilizar este método es imprescindible interrogar minuciosamente al paciente acerca de lo que sabe sobre la hipnosis para así erradicar las falsas ideas, si no lo hacemos así podemos

esperar un fracaso seguro, pues si nos estamos enfrentando a un paciente que se resiste, cualquier error por parte nuestra se hará notable en los resultados casi enseguida.

4.2.VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LOS METODOS DE FIJACION DE LA VISTA Y RELAJAMIENTO PROGRESIVO.

La práctica de la hipnosis exige que deba tenerse cuidado en la elección del método que va a utilizarse para inducir el trance, pues es necesario elegir el método adecuado para cada paciente y en caso necesario hacer las adaptaciones necesarias.

Hartland, (1974) y Crasilneck y Hall, (1975) advierten que el tomar en cuenta las necesidades individuales y características de cada paciente, es requisito indispensable para el éxito de cualquier inducción.

Ahora bien, algunas técnicas o métodos ayudan mejor en ciertos casos por ejemplo, la técnica de relajamiento progresivo es sumamente útil para pacientes nerviosos o en aquéllos casos en que existe temor al estado hipnótico.

Entre las ventajas que se obtienen con la utilización de las técnicas de fijación de la vista con distracción, Hartland, (1974); Pág. 89, menciona las siguientes:

1. "Ahorra tiempo. Es un método de inducción rápido y eficiente, obteniéndose por lo general el cierre de los ojos en dos o tres minutos. El sujeto entra al estado hipnótico casi antes de que se de cuenta".

2. "En la primera etapa de profundización de la hipnosis, es mucho más fácil inducir la pesadez del brazo, ya que la

tendencia natural del brazo a caer, debido a la fuerza de gravedad, aumenta mucho el poder de la inducción. No es tan seguro que tenga éxito la levitación del brazo, y en ocasiones puede producirse en absoluto".

Por último, como una desventaja de estas técnicas se señala "la completa incapacidad de predecir la ocurrencia y grado de analgesia inducida, en mi opinión, es inadecuada como prueba de la profundidad en el curso de las inducciones de rutina. En ocasiones se pueden lograr grados considerables de analgesia en la hipnosis de profundidad media, en otras, no se puede producir ninguna analgesia en absoluto hasta que se ha presentado la hipnosis profunda o incluso el sonambulismo".

El riesgo que se corre, si falla esta técnica y consideramos que cualquier otra, es que se pierde la susceptibilidad del sujeto para lograr nuevamente un estado de profundidad adecuado.

Tal vez parezca complicado, distinguir si un sujeto se encuentra en un trance ligero, medio o profundo, pero esta situación es posible identificarla. Crasilneck y Hall, (1975) nos ofrecen el siguiente cuadro con las características de cada uno de los estados de trance.

CLASIFICACION Y PRUEBAS PARA EL TRANCE CLINICO PROFUNDO.

ESTADO	TEST
Hypnoide.....	Movimientos con los ojos cerrados. Relajación física. Cerrar los ojos. Sensación de letargia muscular
Trance ligeroInhabilidad para abrir los ojos Respiración lenta y profunda. Letargia profunda y progresiva.
Trance medio.Anestesia de guante. Amnesia parcial. Alucinaciones.
Trance profundo	
Sonambulismo. Habilidad para abrir los ojos sin afectar el trance. Virtual y completa anestesia. Anestesia posthipnótica y analgesia

Regresión de la edad.

Alucinaciones posthipnóticas
positivas y negativas.

Labios pálidos.

Obviamente, nosotros debemos de mantenernos receptivos a las observaciones de los cambios que durante el trance se presenten y consideramos que jamás debe hacerse un juicio aventurado acerca del estado en que clasifiquemos el logro obtenido por el paciente.

4.3. OTROS METODOS DE INDUCCION.

1. Método de levitación de la mano.

Este método o técnica de levitación de la mano, fue ideado por Erickson en 1923, quien fue pionero en utilizar la hipnosis en diferentes pacientes con problemas psicológicos y además sus trabajos clínicos son muy destacados por que considera las necesidades individuales de cada paciente, antes de emplear la hipnosis como herramienta terapéutica.

Su procedimiento de levitación de la mano es un poco complicado y lento pero funciona y requiere de cierto entrenamiento y experimentación antes de intentarlo.

En resumen, consta de los siguientes pasos: el sujeto deberá estar sentado cómodamente y colocar las palmas de las manos hacia abajo sobre sus piernas. Debe decirse que observe con atención las sensaciones que sienta sobre sus manos. Se le sugiere que aunque parezca que sus manos se encuentran inmóviles, esto no es así. Posteriormente se le dice que los dedos pulgares, pronto se moverán; una vez que logre captarse este movimiento tiene que mencionarse este hecho. Poco a poco aumentará el espacio entre cada uno de los dedos.

Cuando esto sucede, las sugerencias tienen que dirigirse al aumento de ligereza de los dedos y la mano, sugiriéndole que su mano comienza a flotar en el aire hasta llegar a su cara.

Una vez que la mano se aproxima a la cara se dan las sugerencias de sueño y que siente los párpados muy pero muy cansados y pesados y que una vez que su mano toque su cara, caerá en un sueño muy, muy profundo.

2. Técnica confusionista de Erickson.

Esta técnica es complicada y se utiliza para vencer la resistencia inconsciente del paciente. Su principal objetivo es hacer que el paciente no se dé cuenta de si está cooperando o no. Veamos a continuación como lo resume Hartland, (1974) lo que nos servirá para analizar las frases que se emplean". (Pág. 99).

1."Juego de palabras. Erickson cita el ejemplo que sigue: "vaya a la valla baya, vaya". Esto lo puede comprender con facilidad el que lee, no el que escucha, quien en consecuencia, se esfuerza en vano por encontrarle algún significado. Antes que pueda rechazarlo, se hace otro enunciado para retener su atención. En forma similar, dos palabras, con significados opuestos, pueden emplearse correctamente para describir el mismo objeto: "si queda una mano en un accidente, le queda una mano".

2. Alteraciones en los tiempos gramaticales. Esto hace que hace que el sujeto esté siempre tratando de encontrar el significado que se intenta. Por ejemplo: "Hoy es hoy, pero fue el futuro de ayer, aún cuando será el fue de mañana".

Como se notará, en este caso se usa el pasado, el presente y el futuro en conexión con la realidad de hoy.

3. Empleo de despropósito. Cada uno de estos, tomado fuera del contexto, parece ser una comunicación buena y sensata. Tomados en el contexto son confusos, distraen y son inhibidores, y conducen a un deseo de necesidades crecientes, de parte del sujeto, para recibir alguna comunicación que pueda entender con facilidad y a la cual responder".

Para la aplicación de esta técnica, el terapeuta debe asumir un papel serio y tener especial cuidado en las frases que va a utilizar así como en los correctos cambios gramaticales. Debe darse poco tiempo para que el sujeto responda, situación que no le permitirá reaccionar antes de presentarle la idea siguiente.

Como se mencionó anteriormente, el uso de esta técnica es complicada y además requiere de un tiempo largo, pero cuando esta técnica logra dominarse por completo, es muy útil para inducir un trance fácil y rápido cuando las condiciones son adversas.

Desde nuestra particular opinión, los trabajos clínicos de Erickson sobre la hipnosis, nos parecen además muy interesantes un pilar muy importante para la comprensión de la gran diversidad de técnicas que pueden utilizarse y los buenos resultados que se logran con ellas.

Consideramos que Erickson es un ejemplo de creatividad para las técnicas hipnóticas. La revisión de sus trabajos, aportan grandes beneficios para la práctica profesional de la técnica. Por ello, sugerimos que todo profesional que haya decidido adoptar la hipnosis como herramienta terapéutica no se olvide de revisarlos.

3. Técnica de la televisión.

Esta técnica ejemplificada por Crasilneck y Hall, (1975) es muy útil para hipnotizar niños, consiste en pedirle al niño que descanse cómodamente en una silla, se le invita a cooperar en un juego para ayudarlo. A continuación, se le pide que cierre sus ojos y se imagine ver un aparato de televisión como el que tiene en casa, se le indica que respire profunda y tranquilamente. Se le indica que ahora el aparato de televisión se enciende y ve una de sus escenas favoritas. Enseguida se le indica que acomode su cabeza mientras que la escena de la televisión desaparece lentamente, mientras se va sintiendo cada vez más relajado y que ahora va a hacer todo lo que se le indique.

4. Técnica del teatro.

Esta técnica retomada de Wolberg (1948), y expuesta por Crasilneck y Hall (1975), es muy útil en la atención de

problemas psicológicos, pues permite proyectar al paciente sus propios conflictos y confundirlos dentro de la técnica.

En dicha técnica, se le pide al paciente sentado cómodamente en una silla o bien acostado en la cama, si es que se encuentra hospitalizado, que coloque su mano dominante en su abdomen y que su mano se vuelve más sensible al tocar y sentir, a medida que va sintiendo las sensaciones se le dice que indique moviendo la cabeza.

A continuación, se le indican sugerencias de un estado cada vez más profundo, se le menciona que ahora su mano vuelve a su estado normal y que concentre su atención en su pierna derecha, la cual comienza a sentirla cada vez más pesada como si estuviera en la arena, que trata de levantarla pero no puede hacerlo. Posterior a este hecho se le sugiere la normalidad y vuelve a sugerirsele que en la palma de su mano derecha siente una leve irritación como si una mosca caminara por ella y que al sentirlo sacuda la mano.

Ahora se le menciona que ya está en un estado muy profundo y está muy relajado. Que imagine ahora que está entrando a un teatro y camina hacia la primera fila de asientos en la cual se sienta enfrente y exactamente en medio; en cuanto hace esto, se le indica que mueva la cabeza. Se le dice que imagine una cortina la cual se levanta y comienza a ver...(En esta parte de la técnica el paciente ve lo

que el terapeuta le sugiere de acuerdo al problema que presenta el paciente).

5. Método de presión en la carótida.

Esta técnica de inducción fue descrita por el Dr. José Whitlow y consiste en lo siguiente: El hipnotizador apoya la cabeza del paciente en su mano izquierda y con el dedo pulgar e índice de la mano derecha presiona el nervio vago y la arteria carótida al lado del cuello, a la vez que se le van haciendo sugerencias de que sus ojos se cerrarán y se dormirá pronto.

El uso de la presión jamás deberá de rebasar los 10 o 15 segundos y una vez que el sujeto se relaje deberá omitirse inmediatamente la presión. Debe advertirse que el uso de esta técnica puede ser peligroso, ya que si la presión sobre la arteria se mantiene por más tiempo, puede causarse un daño al cerebro o incluso la muerte.

Es importante resaltar, que dado el peligro que representa el uso de esta técnica, no es aconsejable recurrir a ella en un principio; ni tampoco si se desconocen otros efectos que además de los mencionados se pudieran presentar en el paciente.

Creemos además que la presión sobre el cuello, puede ser demasiado incómoda para el paciente, al grado de que ni siquiera se pudiera lograr la inducción.

Desde nuestra opinión, es mejor que se recurra a esta técnica solamente como un último recurso y no sin antes prevenir todos los inconvenientes a los que pudieramos enfrentarnos. Los médicos dada su preparación pueden ser los más indicados para la utilización de esta técnica.

6. Uso de drogas para la inducción de la hipnosis.

También la utilización de algunas drogas ha sido útil para realizar la inducción de la hipnosis, sobre todo en sujetos renuentes, Hartland (1974), menciona entre las más conocidas la tiopentona, el amital sódico, la pentobarbitona sódica y el valium. Los efectos de dichas sustancias en la hipnosis han sido de utilidad, pero también los resultados de su uso en ocasiones son impredecibles, por lo que la administración de las mismas, deberá dejarse para el médico que conoce los efectos que tienen sobre el paciente.

Consideramos que jamás deberá ponerse en peligro la integridad física del paciente, si no se tiene conocimiento acerca de los efectos que una sustancia química pueda tener, por lo que esta técnica también se sugiere para los médicos y como un último recurso en casos muy especiales.

Hay que hacer notar que el médico y el psicólogo, podrían conjuntarse para trabajar con esta técnica, ambos podrían formar un buen equipo, para ofrecerle a todos los pacientes que requieran de atención conjunta una buena

alternativa para la solución de diferentes problemas. No debemos olvidar que el objetivo más importante, tanto de la medicina como de la psicología es ofrecerle al ser humano, nuevas alternativas de ayuda en las diferentes áreas de su vida.

4.4. METODOS PARA PROFUNDIZACION DEL TRANCE.

Después de que se logra un trance ligero con el paciente mediante alguno de los métodos o técnicas utilizadas. Se procede a profundizar el trance, para lograr dicho objetivo también existen varios métodos, a continuación se expondrán algunos de ellos, los cuales han sido tomados de la obra de Hartland, (1975). Dichos métodos, se consideran muy útiles y sencillos para la profundización del trance; su elección depende del terapeuta. Lo importante es conocerlos y manejarlos correctamente.

1. Método de sugestión directa.

En este método se le sugiere constantemente al sujeto frases de que cada vez cae en un sueño "cada vez más profundo y en un sueño más y más profundo". La utilización de estas frases influyen en gran parte para obtener la profundidad del trance adecuado. Como puede observarse, la repetición por parte del terapeuta de las frases que sugieren sueño, son el punto clave de las técnicas de profundización. Pero hay que destacar que el énfasis y la repetición adecuada de parte del terapeuta son requisitos indispensables para lograr la profundización.

Siendo así, pensamos que el ensayo previamente de la técnica ayuda considerablemente a adquirir experiencia sobre su dominio y posterior aplicación.

2. Profundización, relacionando la profundidad con la actuación.

Con este método, se hace énfasis en la ejecución de alguna tarea, por ejemplo, si se le dice al paciente que cuando su brazo caiga, o cuando su mano flote o bien a medida que se vaya relajando caerá cada vez más y más en sueño muy, muy profundo.

Como puede observarse, con cada sugerencia de ejecución que se le da al paciente, se acompaña de las sugerencias de que cae en un sueño muy profundo, esta combinación permite obtener muy buenos resultados.

3. Profundización mediante técnicas de contar y respirar.

Para profundizar el trance con esta técnica, es necesario explicarle al paciente que cuando se respira profundamente se obtiene una relajación muscular, principalmente en la exhalación. Por tanto, se le dan indicaciones de que ensaye respirando y que ponga atención en este hecho.

Enseguida, se procede a contar despacio hasta cinco mientras el paciente respira profundamente al contar cada número se le hace hincapié en que respire muy

profundamente y que cada vez que lo haga caerá en un sueño más y más profundo.

Obviamente, el terapeuta deberá ser el que establezca la numeración; nosotros consideramos que el número cinco elegido por Hartland, puede resultar insuficiente para que el paciente logre un estado adecuado de profundidad, por lo que consideramos oportuno sugerir que se contara hasta diez, escogimos este número por que también establecer un número mayor, puede ser incómodo para el paciente y no lograr los fines buscados.

4. Profundización por la inducción de respuestas graduadas.

Para lograr profundizar el trance mediante esta técnica, existen siete respuestas primordiales para lograrlo y consiste en lo siguiente:

a) Inducción de pesadez en un miembro. Se debe colocar el brazo del sujeto sobre el brazo de la silla y tiene que pesarse el brazo del sujeto desde el hombro hasta la muñeca y posteriormente se le suelta. Se le sugiere que su brazo es cada vez más y más pesado, se le toma por la muñeca y luego al soltarlo debe caer sobre sus rodillas, posteriormente se toma el brazo y se coloca nuevamente sobre el brazo de la silla.

Se le sigue mencionando la pesadez del brazo y se le sugiere que caerá en un sueño cada vez más profundo.

Es importante que en esta técnica como en todas, regresar a la normalidad después de inducir las respuestas y mencionarle que las sensaciones de su brazo una vez que se van restableciendo van acompañadas de la sugerencias de que caerá en un sueño cada vez más y más profundo.

b) Catalepsia en un miembro. Al igual que en la técnica anterior, se toma el brazo del sujeto por la muñeca y se levanta sobre su cabeza. Se le sugiere que su brazo es cada vez más ligero y que éste no pesa. Se le menciona que cuando se le suelte el brazo éste no caerá si no que quedará donde está, sin que él realice esfuerzo alguno, y que este hecho será involuntario.

c) Catalepsia en los párpados. En esta técnica, se le sugiere que sus ojos están tan cerrados, como si estuvieran pegados y que a pesar de todos los esfuerzos que realice no podrá abrirlos y que mientras más esfuerzos haga para abrirlos más herméticamente se cerrarán.

Se puede presentar la situación de que el sujeto pueda abrir los ojos, entonces se le dirá ¡Abralos ahora! y se le acompañará de la sugestión: ya vé lo difícil que fue.

d) Rigidez en un miembro. El brazo del sujeto deberá extenderse horizontalmente y con la palma de la mano mirando hacia el techo. Se le sugiere que mantenga el brazo rígido y recto. Las sugerencias primordiales radican en decirle al sujeto que su brazo se vuelve cada vez más tieso y más

rígido como una barra de acero, que no pueda flexionarlo hasta que el hipnotizador cuente hasta tres. Además se le indica que cuando flexione su brazo caerá en un sueño cada vez más y más profundo.

e) Inhibición de los movimientos voluntarios. Esta técnica solamente es conveniente utilizarla en casos muy especiales. Consiste en indicarle al sujeto que presione y la palma de sus manos entrelazadas y se le sugiere que éstas aprietan cada vez más y más, cada vez con más fuerza. Se cuenta hasta cinco y se le dice que cada vez que mencione un número, sus manos se entrelazarán cada vez más y más, y que le será imposible separarlas. Una vez que realizará esta sugestión, se le dice que solo podrá separarlas hasta que cuente tres.

f) Inducción de movimientos automáticos. Para inducir los movimientos automáticos, se coloca el brazo del sujeto sobre el brazo de la silla y a continuación se le coloca en posición vertical con el codo apoyado sobre el brazo de la silla. Se comienza a mover el brazo del sujeto hacia adelante y hacia atrás. Mientras este movimiento se realiza se le sugiere que tiene atada una cuerda en la muñeca del brazo y que alguien tira de ella. Después de repetidos movimientos se le dice que esa cuerda se ha retirado y se le suelta el brazo, indicándole que aunque la cuerda ya no está atando su muñeca, su brazo sigue moviéndose.

A continuación, se le dice que no podrá detener su brazo hasta que se le ordene. Después de darle la orden se vuelve a colocar el brazo sobre sus rodillas y se le sugiere que cada vez cae en un sueño cada vez más y más profundo.

g) Inducción de sueños. Después de haber realizado las sugerencias de las sensaciones anteriores, es fácil inducir los sueños, debe aclarársele al sujeto que si logró realizar los movimientos anteriores o alguno de los mismos, entonces podrá sentir y soñar todo lo que se le sugiera. Cabe aclarar que deben sugerirse sueños sencillos y que tiene que pedirle que muestre lo que está soñando.

Esto es posible, ya que si el sujeto comienza a mover las manos acorde con las actividades que se le sugieren soñar, entonces la técnica habrá tenido éxito.

Hemos visto, que las técnicas para profundizar el trance son variadas, consideramos que todas pueden ofrecernos muy buenos resultados, siempre y cuando hagamos una correcta elección de la misma, para algún caso especial. O bien, en caso de no existir obstáculo alguno podremos utilizar la que más nos acomode, si es que ya la dominamos.

Por otro lado, pensamos que los inconvenientes que pueden presentarse durante la inducción del trance en la sugerencia de pesadez, catalepsia o rigidez son variadas. Pero de alguna manera dan la pauta para pensar en una resistencia o error nuestro. En la práctica de la hipnosis estos

inconvenientes pueden tomarnos por sorpresa y entorpecer el trabajo.

Este es un aspecto que no es muy abordado por algunos autores que exponen las diferentes técnicas inductivas y consideramos que el motivo es precisamente las diferencias en las reacciones de los pacientes.

Una podría ser que a pesar de las explicaciones y erradicación de las dudas y temores, el paciente tuviera temor a perder el control, aunque claro, esta no es la única posibilidad que existe sino que pueden darse muchas otras.

Consideramos que esta situación, no es motivo para desanimarnos pues con la práctica se aprende a afinar las técnicas y a resolver con seguridad los inconvenientes, nos parece importante que todo profesional debe evaluar con honestidad su trabajo y antes de deshechar un método, hacer un análisis de los errores que pudiera estar cometiendo.

Otro aspecto muy importante que ya hemos mencionado, pero que no está por demás recordar, es el conocimiento y preparación del paciente para la hipnosis. Si nos apegamos a los principios básicos, es seguro que obtendremos resultados satisfactorios.

5. Profundización mediante técnicas de visualización.

a) Método del ascensor o elevador que baja. Este método es muy conocido y su "efectividad se puede aumentar mucho si el terapeuta sugiere que él mismo lo acompañará mientras baja". (Hartland, 1974; pág. 116).

En dicha técnica, se le dice al sujeto que se imagine que se encuentran en un elevador, el cual bajará hasta el sótano; se le indica que en cada piso se abrirán y cerrarán las puertas y mientras esto sucede paulatinamente irá sintiéndose cada vez más y más descansado y cada vez más y más dormido.

Mientras se van contando los pisos, las sugerencias de relajación, descanso y somnolencia se repiten una y otra vez. Cuando se ha llegado hasta el sótano, se le sugiere al paciente que se siente descansado, relajado y que su sueño es doblemente profundo.

b) Método de la escalera que baja. Para realizar esta técnica, se le indica al paciente que imagine una escalera que tiene cinco escalones y se le indica que van a bajar hasta abajo; que va a contar cada escalón y que el paciente se encargará de realizar una respiración profunda. Con cada exhalación se le sugiere que se va a sentir cada vez más y más descansado y más profundamente dormido.

Cuando se ha llegado al último escalón, se hace más énfasis en la sugerencia de que está muy relajado y muy profundamente dormido.

También se le puede sugerir al paciente que vea algunos objetos en el lugar que el hipnotizador haya elegido situar la escalera. Pero esta situación dependerá de la creatividad de cada quién y de los fines terapéuticos que se deseen alcanzar.

Desde nuestro punto de vista, tanto la técnica del elevador como de la escalera, ambas de visualización, nos parecen más sencillas que las de respuestas graduadas para comenzar como practicante de la hipnosis y sin enfrentarnos a los inconvenientes que pueden surgir con los métodos de respuestas graduadas. Además de que son muy sencillos y fáciles de memorizar para el terapeuta.

4.5. DIFICULTADES PARA LA TERMINACION DEL TRANCE.

Puede ser que ya para finalizar la hipnosis, surja una de las dificultades más comúnmente temidas por las personas que desconocen los verdaderos efectos de la hipnosis, ¡El no poder despertar! Esta situación, no debe ser objeto de preocupación para el terapeuta, ya que bastará con realizar un interrogatorio al paciente del por qué no puede despertar, "la regla de oro es preguntarle al paciente por qué no puede despertar". (Hartland, 1974; pág. 133).

Ahora bien, puede ser que el sujeto esté reaccionando defensivamente contra el tratamiento o el hipnotizador, esto naturalmente de manera inconsciente, que desconozca o tenga información falsa de lo que pudiera ocurrir.

También pudiera deberse al disgusto que le produjera obedecer una sugestión o alguna otra situación o simplemente por que desea permanecer en trance. El terapeuta deberá encargarse de indagar el motivo de la dificultad para despertar y evitarla para que las próximas inducciones obtengan el éxito deseado.

Por nuestra parte, consideramos que siempre debe preguntársele al paciente si la noche anterior durmió bien, pues también puede darse el caso que las condiciones de cansancio o sueño en el paciente aunadas a las de la situación terapéutica de completa tranquilidad y la voz

monótona y arrulladora del terapeuta provoquen que el paciente se quede dormido antes de terminar la sesión. Si esto sucede debe despertarse con suavidad al paciente y prevenir estos inconvenientes para la próxima sesión.

Como puede observarse, la variedad de técnicas o métodos para inducir un estado ligero, medio profundo de hipnosis es muy extensa.

En este capítulo, solo se han expuesto algunas de las más utilizadas. Es importante señalar que la elección de cada técnica dependerá de las características individuales de cada paciente. Por ejemplo, si se tiene un paciente con temor a los elevadores, la técnica del elevador sería contraproducente si antes no se ha erradicado ese problema, por lo que deberá utilizarse alguna otra.

Cada terapeuta, deberá cuidar cada uno de los detalles antes de practicar cualquier técnica; la experiencia es muy importante y por esta razón deberá practicar cada una de las mismas hasta lograr dominarlas.

Desde nuestro punto de vista, no es conveniente arriesgarse a inducir a un sujeto al estado hipnótico sin dominar la técnica que va a utilizarse, pues el fracaso será inminente y quizá terminaremos por deshechar lo que ni siquiera conocemos ampliamente.

Por otro lado, en algunas técnicas puede ser que se presente algún inconveniente. Por ejemplo, que el sujeto abra los ojos, antes que se le indique, o que no tenga buena concentración. Ante todos los imprevistos, el terapeuta tendrá que tener una solución adecuada y esto solo es posible a través de la práctica constante.

Por otra parte, nuestra particular opinión acerca de la práctica de la hipnosis, es que ésta exige ser un profesionalista completo, pues además de dominar la hipnosis, tenemos que contar con habilidades para ser buenos entrevistadores, buenos observadores, analizar correctamente los distintos factores tanto del tipo médico como del psicológico que puedan entremezclarse en un caso en particular.

De esta manera consideramos que el profesionalismo del psicólogo y del médico, entre otros profesionales relacionados con el tema de la hipnosis, radica en reconocer los límites de nuestra intervención para ayudar a un paciente y reconocer también cuando necesitamos la intervención de otro profesional, que siempre tendrá implícita la posible ayuda que pueda proporcionarse a otro ser humano.

CAPITULO V

APLICACIONES CLINICAS DE LA HIPNOSIS.

A pesar de tantos inconvenientes que ha tenido el reconocimiento de la aplicación de la hipnosis, hoy en día puede hablarse del importante papel que desempeñan en el tratamiento de problemas tanto del dominio médico como psicológico.

El uso clínico de la hipnosis, ha dado resultados sorprendentes en problemas en los cuales, por desconocimiento del tema, muchas veces se piensa que no sería de utilidad; o bien ni siquiera imaginamos que tendría éxito.

Afortunadamente hoy en día, ya podemos tener acceso al conocimiento de las investigaciones con carácter serio y profesional, que desde hace varios años algunos de los autores interesados en el tema, han realizado en problemas médicos como cáncer, asma, dismenorrea, cefalea, cirugía, problemas de la piel, ginecoobstetricia, odontología y otros más. Y por supuesto en el campo psicológico, en el cual se ha obtenido éxito en la intervención de problemas de alcoholismo, obesidad, tabaquismo, disturbios emocionales, disfunciones sexuales, nerviosismo, insomnio, etcétera. El campo de aplicación de la hipnosis es muy extenso y muy interesante.

Pero antes de pasar a revisar la aplicación de la hipnosis, en los problemas antes mencionados, se considera imprescindible recordar que previo a utilizar la hipnosis como recurso en el tratamiento de cualquier problema, el terapeuta responsable deberá contar con la seguridad de que el padecimiento no tiene un origen orgánico, o si este es el caso, entonces deberá reconocer los límites del tratamiento hipnótico y combinar el tratamiento médico y psicológico para proporcionar la atención adecuada al paciente.

En el presente capítulo se expondrán brevemente, algunos problemas médicos y psicológicos y el papel que desempeña la hipnosis en el tratamiento de los mismos.

Respecto a esta aclaración, nos parece importante llamar la atención del psicólogo, pues aunque parezca que él no tiene la obligación de enterarse de las cuestiones médicas por no ser su profesión y si ni siquiera se toma la molestia de conocerlas para la resolución de algunos casos.

Es obvio, que este sería un error imperdonable y cabe preguntarnos ¿Cómo se puede delimitar una terapia, para un problema que ni siquiera se comprende?

Ahora bien, no se trata de que el psicólogo conozca y domine totalmente temas médicos, pues no es su tarea, ni sería posible hacerlo. Pero si es su obligación que antes de atribuirle a un problema un origen estrictamente psicológico, se asegure de que esto sea así, pues de lo contrario si el

paciente tuviera en verddad un padecimiento de tipo orgánico, esta negligencia puede costarle serios problemas de salud y en ocasiones hasta la vida.

Por otro lado, en el caso de los médicos también sería un error no tomar en cuenta la ayuda psicológica que requiere un paciente para apoyarlo en un problema de origen orgánico.

Ambas partes son importantes en la ayuda de algunos problemas y deben tomarse con la importancia que requieren cada uno.

5.1. LA APLICACION DE LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER.

El cáncer es una de las enfermedades que más temor causan al ser humano y que representa una de las principales causas de muerte en el mundo entero.

En la gran mayoría de los casos, cuando un paciente se entera de que padece algún tipo de cáncer, enfrenta una grave crisis psicológica; además del temor y la ansiedad ante la situación de la muerte.

Pero esto no es todo, los tratamientos médicos utilizados para combatir la enfermedad como la quimioterapia, la radiación y las grandes cantidades de analgésicos, tienen efectos secundarios sobre el paciente.

Naúseas, vómitos, debilidad y falta de apetito son algunos síntomas que el paciente tiene que soportar durante el período de tratamiento médico.

En algunos pacientes, se presenta también el cambio de su imagen exterior lo que contribuye también a la crisis psicológica. "Las reacciones emocionales del cáncer varían a lo largo de la enfermedad. La incertidumbre, el temor a la muerte, la desesperación, el miedo a sufrimientos interminables, alteraciones en la imagen del cuerpo causadas por la debilidad en aumento, capacidad mental en declive, aislamiento social ya sea autoimpuesto o impuesto por otros

que se alejan por razón de su ansiedad, tales son algunas contingencias que requieren movilizar las funciones del ego en una escala rara vez igualada en el ciclo de la vida de cualquier individuo y de su familia. A veces hay problemas cuyas raíces están en el pasado, por ejemplo de culpa, lo cual complica los problemas presentes.

También ofrecen problemas ciertos tipos de intervenciones de tratamiento. Hay efectos colaterales desagradables, ya sean provenientes de una operación, de radioterapia, de quimioterapia o de dosis cada vez mayores de analgésicos. Tratamientos intensivos de radioterapia o de quimioterapia pueden producir náuseas, vómitos, caída de pelo y otros efectos colaterales; para el individuo ya incapacitado parcialmente todo esto significa problemas dificultosos y desalentadores. Los tranquilizantes y analgésicos administrados en dosis crecientes, pueden embotar la mente, y hacer que las funciones del ego se tornen frágiles y que la participación social sea menos grata". (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 110).

Como puede observarse, el problema es complicado y por si esto fuera poco, aún queda el problema del dolor que se presenta en muchos casos de cáncer, es uno de los más importantes y quizá el más difícil de vencer para el paciente. La ingesta de medicamentos adecuados para combatir el

dolor puede ser que en un momento dado ya no surjan buen efecto, lo que crea una difícil situación para el paciente.

Pese a que día con día se siguen investigaciones para buscar la cura del cáncer y para aminorar el sufrimiento del paciente ante el dolor y los efectos secundarios de los tratamientos, aún falta mucho por hacer y se siguen buscando nuevas alternativas.

Una de ellas puede ser la hipnosis, la cual ha demostrado tener éxito en la aminoración de las náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia, radiación y también en el dolor. (Crasilneck y Hall, 1975; Hilgard y Hilgard, 1990; y Meyer, 1992).

Por otra parte, Hilgard y Hilgard, (1990) nos recuerda que: "el tratamiento hipnótico no cura el cáncer, pero puede mejorar la situación psicológica y social del paciente y hacer que lo que le quede de vida sea más cómodo y agradable de lo que sería en caso contrario. Esta esperanza es una de las promesas más humanas de la hipnosis". (Pág. 107).

La hipnosis en este tipo de pacientes contribuye a aligerar el dolor al menos parcialmente, el alivio de la ansiedad, el insomnio y las reacciones emocionales del paciente.

Cada intervención con hipnosis dependerá de la situación individual de cada paciente, su tipo de cáncer, localización del dolor, sus reacciones emocionales y tipo de

tratamiento médico que esté recibiendo; en sí deberá hacerse una evaluación completa del caso.

En cuanto al problema del dolor, es posible mediante técnicas hipnóticas que el paciente pueda convertir, sustituir y desplazar el dolor para que sea tolerable; esta transferencia del dolor a otra parte del cuerpo se conoce como anestesia de guante.

Veamos los siguientes casos: Sacerdote, "refiere el caso de un hombre de sesenta años cuya lesión primaria estaba en la garganta, pero que se extendía formando una masa amplia dolorosa y endurecida que abarcaba casi todo el lado derecho el cuello, la mandíbula inferior y la mejilla. Después de la inducción Sacerdote le sugirió que podría experimentar un agradable cosquilleo, como una corriente eléctrica débil y calmante en el lugar del tumor. El paciente logró sustituir el dolor con el cosquilleo agradable.

Erickson habla también de un desplazamiento de dolor en un paciente que moría de carcinomatosis metastásica prostática y que sufría dolores abdominales no tratables. Pudo desplazar este dolor a un dolor igual pero en la mano izquierda del paciente; en este nuevo lugar era tolerable puesto que no entrañaba el mismo significado amenazador. El paciente acabó por acostumbrarse al fuerte dolor en la mano izquierda a la cual protegía con todo cuidado. Este dolor no

impidió su pleno contacto con su familia". (Citado en Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 114).

Estos ejemplos pueden contribuir a formarnos una idea de la utilidad que puede tener la hipnosis en el tratamiento del dolor, además que al aminorar la intensidad del dolor se reducen también los niveles de ansiedad en el paciente.

Hilgard y Hilgard, (1990), exponen también excelentes resultados de sus propias investigaciones, obtenidos en una de sus pacientes con cáncer en la cual mediante el tratamiento hipnótico logran controlar el dolor, alivio de la ansiedad, el insomnio, y se logra que la paciente lleve una vida casi normal.

Un aspecto importante que destacan ambos autores, en su tratamiento hipnótico es sugerirle al paciente que regrese a una época dichosa, anterior a su enfermedad con lo que se logra distraer la atención del paciente y el dolor puede pasar inadvertido. También puede sugerírsele, que aunque esa experiencia terminará, él podrá pasar por alto cualquier incomodidad ya que las sensaciones de gozo y bienestar van a persistir por mucho tiempo.

En cuanto al problema de las náuseas y vómitos, producidos por la quimioterapia, posteriores al tratamiento o incluso antes de recibirla. Como por ejemplo, puede ser que un paciente después de haber obtenido su primera experiencia con la quimioterapia, comience con los síntomas

antes de entrar al hospital, el día anterior al tratamiento, en el momento en que le aplican el tratamiento u otra situación relacionada con el momento. Los síntomas pueden aminorarse mediante la hipnosis y en estos casos puede utilizarse la amnesia y combinarse con sugerencias que logren concentrar al paciente en otras actividades. El siguiente caso tratado también con hipnosis, nos proporciona una visión más clara de esta situación.

"Una joven con la enfermedad de Hodking sufría fuertes náuseas y vómitos anticipatorios del tratamiento de quimioterapia. Se le presentaban durante el viaje de una hora al hospital y cuando se le iba a poner la inyección en la sala de tratamientos. Un método de ensayo que formaba parte de la hipnosis la preparaba para los acontecimientos futuros sin náusea o vómito. Pudo seguir tan al pie de la letra el guión, que inhibió todas esas reacciones anticipatorias. Por ejemplo, informó lo que le ocurría mientras se le inyectaba.

Miré al piso cuando la enfermera me estaba aplicando el tratamiento y borré todo...Expulsé de mi mente lo que la enfermera estaba haciendo...no tengo conciencia de ello... he borrado de mi mente a la persona que está recibiendo el tratamiento. Pienso en el emocionante fin de semana que pasé en el parque Yosemite". (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 117).

Por otra parte, Meyer (1992), nos muestra otra variante de tratamiento hipnótico sugerido por Simonton y Matthews Simonton y el cual ha tenido éxito tanto en el control del dolor como de las náuseas y vómitos, provocados por la quimioterapia en algunos pacientes con cáncer.

Dicha técnica consiste en sugerirle al paciente ideas de que se imagine a las células del cáncer débiles, confusas, suaves y fácilmente desintegrables, además de imaginárselas como carne de hamburguesa o huevos de pescado.

También se le sugiere que el tratamiento es fuerte y poderoso y que puede destruir las células del cáncer.

Durante la imaginación, se le dice que las células sanas pueden repararse a ellas mismas de la quimioterapia y radiación y que las células del cáncer no pueden repararse y mueren.

Se le sugiere al paciente que las células blancas son innumerables y aplastantes de las células del cáncer, las células blancas son tan agresivas y hábidas para destruir las células del cáncer.

Las células del cáncer son vistas como limpiadas del cuerpo, los pacientes tienen que imaginarse saludables y libres de padecimientos y con metas futuras en su vida.

Por su parte, Crasilneck y Hall, (1975) presentan también reportes de casos de pacientes con cáncer en los cuales se logró éxito en el control del dolor, el decremento de la

ansiedad, aminoración de efectos de la radioterapia y quimioterapia etcétera; y destacan las ventajas de utilizar la hipnosis en el tratamiento psicológico del paciente terminal.

Dichos autores, enfatizan que es importante tratar digna y adecuadamente al paciente terminal, ya sea que el paciente se encuentre en estado consciente o inconsciente.

En sí la hipnosis puede ayudar en cualquier etapa del cáncer y además es posible enseñar al pacientes a que él mismo se autohipnotice para lograr una independencia del hipnotizador y aproveche todos los beneficios que le ofrece.

Aunque las técnicas son diversas, la importancia radica en que la hipnosis ha demostrado ser de utilidad para ayudar a los pacientes con cáncer. Pensamos que independientemente de los métodos hipnóticos que se utilicen, la labor de ayudar al paciente a enfrentar la enfermedad y todo lo que esto conlleva, es realmente lo esencial, por lo que además del uso de la hipnosis la terapia de apoyo psicológico es una herramienta imprescindible en estos casos.

5.2. LA HIPNOSIS EN LA OBSTETRICIA.

Uno de los problemas psicológicos más preocupantes para la mujer en el momento del parto es el dolor. Aunque en la actualidad el dolor en el parto puede ser tratado con quimioanalgésicos o quimioanestésicos, en las madres con alto riesgo sus efectos pueden ser contraproducentes tanto para la madre como para el feto. (Gindes, 1965; Crasilneck y Hall, 1975; Hilgard y Hilgard, 1990; y Meyer, 1992).

También existen el parto natural y el psicoprofiláctico, aunque en algún momento puede pensarse que tienen similitud con la hipnosis esto no es así.

Ahora bien, en cuanto a la utilidad de la hipnosis en el parto, ésta es destacada por Gindes, (1965) "la hipnosis podría ser muy bien el anestésico elegido en todos los casos. La madre siente las contracciones, pero como no son dolorosas, puede pujar al máximo. Mantiene completamente su actitud tranquila y pacífica hacia el parto, no sufre dolor alguno y no corre ningún riesgo ni ella ni el niño. Lo que hace la hipnosis es anular una parte de la percepción sensorial de la madre, todos sus temores y ansiedades, y la incomodidad natural de toda mujer sensible en presencia de extraños en ese momento. Cuando la madre está libre de emociones y temores exagerados, puede abandonar la cama a las veinticuatro horas de dar a luz sin consecuencias indeseables.

Es posible formularle en ese momento sugerencias que produzcan laxitud, eliminen la fatiga y le permitan realizar sus tareas con mayor eficacia. Lo que se destaca por encima de otra consideración es el hecho de que la hipnosis no causa ningún efecto sobre el niño.

El hipnotizador no necesita estar presente en el parto: los objetivos se logran mediante sugerencias posthipnóticas. La anestesia posthipnótica es fácil de lograr, una vez que la paciente ha sido colocada en estado de hipnosis media". (Pág. 185).

Por su parte, Hilgard y Hilgard, (1990) muestran casos de evidencias en los que la hipnosis reduce el dolor y el nacimiento pasa a ser una experiencia grata para la madre, entre esas evidencias se encuentran los estudios citados por Abramson y Heron en los que de 100 mujeres hipnotizadas lograron acortar la primera y segunda fase del parto, estas son dilatación del cuello y paso del bebé respectivamente, en comparación con 78 mujeres del grupo control.

Y también los estudios de Furneaux y Chapple, en un estudio de 136 embarazos y partos de los cuales 51, fueron preparados con relajamiento sin hipnosis y 55 no preparados; encontraron que en los casos en que se utilizó la hipnosis en el trabajo de parto fue menos desagradable.

Existen muchas posibilidades para preparar a la paciente próxima al parto, mediante las técnicas hipnóticas con las

cuales (al igual que en el tratamiento del dolor en el cáncer), puede sustituir el dolor, de la episiotomía posterior al parto, etcétera. Es posible emplear sugerencias directas e indirectas emplear la relajación, usar la separación imaginativa, es decir, que mientras dura la labor de parto, la paciente imagine escenas del pasado agradables y también las sugerencias posthipnóticas que reducen las molestias y ayudan a mantener una actitud positiva en la paciente.

"Las evidencias son claras en el sentido de que para muchas mujeres la preparación hipnótica puede significar partos y nacimientos gratos y participativos. La madre se da cuenta y percibe qué ocurre y puede ayudar en el proceso del nacimiento con un mínimo de dolor. El resultado es bueno no solo para la madre y el recién nacido sino también para el padre, si lo ha compartido. No es posible decir qué proporción de mujeres se pueden beneficiar, pero es un hecho que entre aquéllas que quieren tener sus hijos con ayuda de la hipnosis, una buena parte saldrá beneficiada". (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 139).

Un aspecto que merece la atención del terapeuta, es el momento en el cual debe comenzarse a entrenar a la paciente en hipnosis, aquí se dan algunas diferencias; Gindes, (1965) considera que desde que la mujer se entera de que está en cinta deberá comenzar; Hilgard y Hilgard, (1990) mencionan que con dos meses antes del parto es suficiente.

Aunque no pueda establecerse un tiempo determinado, para el entrenamiento previo, se considera importante señalar algunas desventajas como el tiempo que lleva establecer el rapport y las necesidades en los procedimientos, así como el número de visitas, la relación con la paciente, el hipnotizador y el médico entre otras.

Respecto al factor tiempo, consideramos que el comentario de Gindes, (1965) es muy acertado en el hecho de que la paciente debe comenzar el tratamiento desde que recibe la noticia de estar embarazada, esto puede ser desde el primer bimestre; ya que entre más tiempo disponible se tenga, se pueden resolver con más desahogo los posibles obstáculos que pudieran presentarse durante el tratamiento.

Por otra parte, desde nuestra opinión, consideramos que si bien en la actualidad en México se desconoce aún la participación de la hipnosis en la ginecoobstetricia, es más difícil de enfrentar la situación de la sobre población que existe en muchas clínicas cuyas condiciones de tiempo son muy limitadas y no permiten prestarle la debida atención y el tiempo suficiente a cada paciente, teniéndose que recurrir a los métodos ya preestablecidos para el parto.

Por esta razón, se puede decir que el uso de la hipnosis en el parto, está restringido para una pequeña parte de la población, la cual conoce la utilidad de la hipnosis en esta área y además es posible que tenga acceso a reunir las

condiciones indispensables para llevar a cabo un parto con la técnica hipnótica. Sería excelente que en tiempos futuros esta herramienta fuera tomada en cuenta y pudiera dársele más difusión entre la población, tanto en este como en otros aspectos médicos y psicológicos.

5.3. LA HIPNOSIS EN LOS DESORDENES MENSTRUALES.

Entre los desórdenes menstruales más frecuentes se pueden mencionar el sangrado funcional uterino, amenorrea y la dismenorrea funcional. (Hartland, 1974).

Es bien sabido por la medicina que el papel que desempeñan los factores psicológicos como el temor al acto sexual, temor al embarazo, al matrimonio, etcétera, influyen en la presentación de estos problemas. Pero desgraciadamente en la mayoría de estos casos son los últimos en ser considerados por el médico.

Gindes, (1965) y Hartland, (1974) atribuyen una gran importancia a la influencia que tiene la ansiedad, el shock, aflicción, conflictos y dificultades en el hogar, etcétera.

En cuanto al problema del sangrado funcional uterino, mediante sugerencias hipnóticas es posible aminorar el sangrado o aminorarlo por un período en el cual la paciente se recupera para después continuar con los períodos normales de menstruación.

Por otra parte, para tratar el problema de la amenorrea funcional puede sugerírsele a la paciente con exactitud la fecha y duración de su período, así como la ausencia del dolor durante el mismo, todo ello con la utilización de sugerencias precisas para cada caso.

En la dismenorrea funcional que es muy común y que ante la intensidad del dolor muchas veces la mujeres no pueden desarrollar sus actividades normales, se hacen sugerencias para la eliminación del dolor.

Entre otros problemas que también pueden ser tratados con hipnosis, Crasilneck y Hall, (1975) mencionan la menopausia, en la cual el tratamiento con hipnosis puede ser combinado con la medicación para combatir los síntomas de inestabilidad vasomotora (calor y frío), desmayos, depresión, etcétera.

Pero principalmente es útil para intervenir en los problemas psicológicos, los cuales deben ser minuciosamente identificados para no fracasar con la hipnosis.

La hipnosis puede ayudar a comprender el antecedente psicológico para la consumación del coito, reducir la tensión o bien normalizar los ciclos de ovulación que impiden la concepción, lo cual implica realizar una precisa identificación de dichos factores.

En el tratamiento de todos estos problemas, la hipnosis ha demostrado ser muy eficaz; sin embargo, hay que resaltar que siempre el terapeuta deberá asegurarse de que el padecimiento no esté asociado con algún problema de origen orgánico específico. Una vez que tiene la plena seguridad de que el origen del problema puede atribuirse al aspecto psicológico, nos parece importante señalar que la

identificación de los factores que lo originan es en base a éstos que se tendrán que elaborar las sugerencias.

En estos casos, mediante el apoyo terapéutico de la hipnosis, es posible que la mujer con alguno de estos padecimientos, pueda llevar su rutina diaria con normalidad sin enfrentarse a las limitaciones que en un momento dado pudiera tener por dicha causa.

5.4. LA HIPNOSIS EN LOS PADECIMIENTOS DERMATOLOGICOS.

En padecimientos dermatológicos como la neurodermatitis, psoriasis, prurito, perhidrosis, urticaria, rosácea y verrugas, la hipnosis ha arrojado también excelentes resultados, (Crasilneck y Hall, 1975).

Hartland, (1974) hace énfasis en que la "hipnoterapia no elimina la necesidad de una terapia dermatológica convencional, si no que se puede usar con más provecho en conjunción con ella". (Pág. 326).

Los problemas dermatológicos producen en el paciente alteraciones mentales y emocionales negativas, además de ansiedad, tensión, miedo a empeorar y estos a su vez producen más vulnerabilidad a las infecciones.

En cuanto al tratamiento con hipnosis existen varias investigaciones que a pesar de las diferencias metodológicas han tenido éxito en diferentes problemas dermatológicos.

Uno de los problemas dermatológicos que han sido ampliamente investigados, es el de las verrugas; Waden y Anderton, (1982) y De Piano y Salzberg, (1979) realizan una revisión teórica y metodológica de algunos trabajos muy representativos del tratamiento hipnótico utilizado en las verrugas. Aunque existen diferencias en cuanto al estudio de las variables tales como la susceptibilidad, los cambios

fisiológicos y la influencia de otras alternativas utilizadas. Se llegó a la conclusión de que la hipnosis tuvo éxito en la desaparición o aminoración de los síntomas e incluso del problema.

Existen suficientes evidencias para no descartar la hipnosis en la ayuda de los problemas dermatológicos, pensamos que si se cuenta con un buen diagnóstico médico, además de que si el psicólogo se interesa por conocer los aspectos médicos básicos del problema puede ayudar enormemente al paciente, ya que por un lado contribuye a la aminoración de las molestias y por otro al mejorar su problema de la piel mejorará también su estado psicológico afectado por esta situación.

Se considera que esta mejoría puede representar un beneficio muy completo; debido a que en algunos pacientes el hecho de padecer un problema dermatológico los inhibe o delimita para una participación activa dentro de un núcleo social determinado. Con la mejoría o solución de su problema pueden cambiar sus expectativas hacia su desarrollo social y personal; claro que esto sucederá siempre y cuando no existan déficits en otras áreas de su vida personal.

Por último, no quisiéramos dejar de señalar que la combinación de la terapia médica y psicológica representan la mejor forma de combatir el problema.

5.5. LA HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA.

Para el Odontólogo, la hipnosis puede ser un valioso instrumento terapéutico pues además de que puede ayudar a los pacientes en los problemas dentales, puede también ayudarlos sobre su estado emocional ante las reacciones negativas que suelen surgir con la idea de visitar al dentista. Entre estos se encuentran: "el temor, tensión, aprehensión, hostilidad".(Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 169).

Las experiencias de visitas anteriores o bien cualquier otro trastorno psicológico ocurrido en la vida pasada del paciente, pueden desencadenar este tipo de respuestas (Crasilneck y Hall, 1975).

Ahora bien, mediante un interrogatorio realizado por el odontólogo sobre la vida personal del paciente, es posible identificarlos y trabajar con ellos mediante la hipnosis; ya que estos acrecentan la ansiedad y con ello el dolor.

Hilgard y Hilgard, (1990) muestran casos que ilustran el hecho de que la hipnosis ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y dolor mediante el relajamiento y sugerencias posthipnóticas. Lo que facilita en gran parte el trabajo al odontólogo.

En los pacientes en los que la quimioanalgésia no es conveniente por alergias o efectos secundarios; o bien no funciona. La hipnosis también es un recurso, pues mediante la

sugerencia de respuestas como la transferencia o sustitución del dolor o sugerencias de entumecimiento por ejemplo, ayudan al paciente y también al odontólogo pues este puede realizar extracciones o cirugía dental sin dolor, sin complicaciones. Desgraciadamente son contados los odontólogos que utilizan la hipnosis en el tratamiento de estos pacientes.

Crasilneck y Hall, (1975) presentan también diversos estudios en los cuales las técnicas de sugestión son útiles en diversos tratamientos dentales.

Por último, cabe mencionar que una de las aportaciones que se consideraban más importantes, en cuanto al uso de la hipnosis en los problemas odontológicos es la de Hartland, (1974) quien hace aportaciones muy importantes en cuanto a la forma en que la hipnosis se utiliza así como diversos métodos.

Aunque el uso de la hipnosis es muy prometedor en el campo de la odontología, tenemos que aceptar que son muy pocos los médicos que recurren a ella, tal vez por el tiempo que implica interrogar al paciente, el tiempo que lleva realizar la técnica, etcétera. Sin olvidar la renuencia a investigar sobre el tema cuando este se desconoce, ya que es más sencillo recurrir al uso de la anestesia en los casos en que es posible su uso.

5.6. LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.

Actualmente el alcoholismo es un padecimiento que un gran porcentaje de la sociedad padece; y su repercusión individual, familiar, social y económico es considerable.

Esta adicción puede ser abordada con técnicas hipnóticas, Gindes, (1965) plantea "desde que adopté este método, he atendido a doscientos diecisiete alcoholistas. Sus edades varían entre la pubertad y la ancianidad. De estos casos por lo menos de los que he podido seguir viendo periódicamente, pocos han vuelto al alcohol, aunque han pasado varios años. Si bien se debe admitir que en ninguno de los casos citados se pudo descubrir la raíz exacta de la perturbación de la conducta, los efectos desaparecieron, dándoles a los pacientes la oportunidad de vivir vidas normales. El hecho de que el paciente consiga volver a su trabajo, a su familia y a la sociedad y a adaptarse a ellos, justifica la adopción de la hipnoterapia para tratar el alcoholismo". (Pág. 187).

La intervención se hace a partir de sugerirle al paciente reacciones de náusea hacia el alcoholismo, sabores desagradables y molestias intolerables al mantenerlo en la boca entre otras. Aquí el terapeuta debe valerse de su creatividad, además de considerar el tratamiento con psicoterapia y otros recursos.

Waden y Anderton, (1982) respecto al tratamiento del alcoholismo con hipnosis, citan algunos estudios de los cuales aunque no se encontraron resultados muy significativos a diferencia de otros recursos; no dejan de ilustrar que la hipnosis puede ser utilizada en el tratamiento primario del alcoholismo.

Desde el punto de vista de Meyer, (1992) la hipnosis es muy útil en la intervención del alcoholismo, pero enfatiza la necesidad de combinarse con otras medidas terapéuticas.

Pensamos que el enfrentarse a resolver el problema del alcoholismo implica para el terapeuta considerar un sin número de factores que intervienen en el mismo; por esta razón, nos parece importante, que aunque si bien el uso de la hipnosis ha demostrado ser un elemento eficaz en el tratamiento del alcoholismo, la atención al paciente deberá abarcar también la intervención en otras áreas para ofrecer una terapia completa y no atribuir el fracaso o éxito a una sola herramienta terapéutica, sobre todo en un problema tan complicado como es el caso del alcoholismo.

5.7. LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL TABAQUISMO Y LAS DROGAS.

El tabaquismo contribuye a una gran variedad de padecimientos respiratorios como disfunción coronaria, cáncer pulmonar, asma, bronquitis, enfisema entre otros.

La población que tiene el hábito de fumar es muy elevada. En ocasiones el individuo que se propone dejar de fumar por sí solo; fracasa y también se da el caso de que recurre a otros tratamientos y tampoco logra dejar de fumar.

Nuevamente la hipnosis puede ser una alternativa para el problema del tabaquismo; Waden y Anderton, (1982) después de revisar varios estudios en los que se utilizó la hipnosis para dejar de fumar, concluyeron que aunque la relación entre la susceptibilidad hipnótica y la reducción o desaparición el hábito de fumar era evidente que no se logró el éxito esperado. Sin embargo, cabe comentar que deben tomarse en cuenta la diferencia de variables estudiadas entre las investigaciones.

Contrariamente a estos hechos, Crasilneck y Hall, (1975) ilustran el éxito de la hipnosis en el problema del tabaquismo, en una investigación realizada con 75 pacientes de los cuales el 68% de los mismos logró dejar de fumar sin sustituir ese hábito por otro.

Consideramos que en el tabaquismo los diferentes aspectos que el hipnotizador debe cuidar para lograr buenos resultados en el combate al problema, son muy importantes. Entre estos pueden mencionarse, la personalidad del paciente, el tiempo que lleva fumando, su explicación de por qué fuma; ya que los pacientes suelen responder en ese sentido que lo hacen por ansiedad, por mantener un objeto entre las manos, u otras explicaciones que justifican aparentemente el hábito. Mediante un interrogatorio debe obtenerse la información completa de algunos otros pormenores que también son muy importantes.

A partir del análisis previo, de estos y otros factores, el hipnotizador, podrá establecer el tratamiento hipnótico en particular para ayudar a cada paciente.

En cuanto al problema de la drogadicción, Meyer, (1992) y Crasilneck y Hall, (1975) apoyan el uso de la hipnosis como herramienta terapéutica y al igual que en el tratamiento del alcoholismo un minucioso exámen de todos los detalles del caso no deben pasarse por alto, pues de ello depende la satisfactoria recuperación del paciente.

5.8. LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

La obesidad es una enfermedad muy común en la actualidad y representa un peligro latente para todos aquellos que la padecen, pues son varias y peligrosas las enfermedades y complicaciones que surgen debidas al sobre peso.

Este problema, la mayoría de las veces no es fácil de eliminar para el paciente, el cual puede recurrir a diversos tratamientos: algunas veces sin obtener resultados positivos perdurables.

La hipnosis puede ser un buen auxiliar en estos casos; de acuerdo con Gindes, (1965) la hipnosis puede utilizarse para dos efectos: "primero, intensificar el metabolismo del cuerpo, acelerando los procesos digestivos y eliminando los productos de deshecho lo más rápidamente posible, antes de que se puedan acumular en el sistema, y segundo, disminuir el apetito del paciente, al extremo de hacer repulsivos para él los alimentos que engordan". (Pág. 177).

Las sugerencias que pueden darse al paciente, deben ir encaminadas específicamente a la rápida digestión de alimentos, a la eliminación rápida y completa de los productos de deshecho y sugerirle náuseas y desagrado por los productos que engordan. (Gindes, 1965; y Waden y Anderton, 1982).

Existen varios estudios que presentan muy buenos resultados en el tratamiento de la obesidad, Crasilneck y Hall (1975), citan cinco casos tratados con hipnoterapia; para tener una idea del éxito obtenido, se citarán los resultados obtenidos en dos mujeres: la primera de ellas antes del tratamiento pesaba 190 libras y posterior a este disminuyó a 136 después de seis meses. La segunda mujer antes del tratamiento contaba con 200 libras y posteriormente disminuyó a 127 libras en siete meses de tratamiento. Con los pacientes restantes también se obtuvieron resultados similares.

Crasilneck y Hall, (1975) también citan otros estudios con muy buenos resultados como son los de Hershman, (1955) 8 casos; Wollman, (1962) 450 casos; Wick, Sigman y Kline, (1971) 16 casos, etcétera.

Por su parte, White, (1992) hace referencia al excelente trabajo de Erickson (1960) acerca del éxito del tratamiento hipnótico en varios casos de obesidad, mediante sugerencias indirectas, de entre los mismos vale la pena mencionar el caso de una paciente, la cual solamente con una sesión de hipnoterapia logró reducir de 240 a 124 libras en un período de nueve meses.

También Waden y Anderton, (1982) citan varios estudios en los que se utiliza la hipnosis como alternativa en la reducción de peso. Sin embargo, ambos autores llegan a la

conclusión de que la hipnosis no es el único factor que puede contribuir a la pérdida de peso.

En este punto cabe agregar que si bien la hipnosis no puede ser considerada como un único elemento para el tratamiento de la obesidad, si hay estudios que demuestran la importancia que tiene para solucionar el problema.

Es responsabilidad del terapeuta analizar cuidadosamente todos los aspectos acerca del paciente, así como sus necesidades individuales con la finalidad de proporcionarle la mejor atención y con ello el éxito del tratamiento en cada caso específico, además de identificar si la obesidad es de tipo endógeno o exógeno.

Aquí cabe sugerir que si la obesidad es de tipo exógeno, combinar el trabajo del nutriólogo, el médico y el psicólogo nos proporcionaría la oportunidad de obtener resultados excelentes.

Pensamos, que si el paciente obtiene los conocimientos nutricionales básicos e ingiere o evita alimentos de acuerdo a sus necesidades en cuanto a su particular estado de salud, adquiere enormes ventajas para la solución de la obesidad.

Sin olvidar también la intervención en el aspecto psicológico que desde nuestro punto de vista es quizá el que más se descuida y le atribuimos a este descuido un rotundo fracaso a muchos tratamientos para adelgazar que solo toman en cuenta el aspecto nutricional dietético y que no

solucionan el problema de raíz poniendo en peligro la salud del paciente y llevándolo a obtener más frustración de la que existe por el solo hecho de padecer el problema.

Aunque la explicación al problema de la obesidad es muy simple, y se plantea en términos de: a mayor cantidad de calorías y menor actividad física y por tanto mayor peso, y con esta afirmación la solución parece ser muy simple ya que al disminuir el consumo de calorías y aumentar la actividad física el problema quedará solucionado.

Sin embargo, en la gran mayoría de los casos no es así, pues el paciente con obesidad recurre a tratamientos "milagrosos" que aunque en un principio funcionan con excelentes resultados estos no son permanentes y una vez que deja el tratamiento vuelve a ganar el peso perdido y en ocasiones empeora además de que pone en riesgo su salud.

Para muchos, el tratamiento de la obesidad ha representado ganancias millonarias y para el paciente a final de cuentas solo representa una esperanza más pérdida. Por lo que consideramos que si bien la hipnosis puede ser la solución, no olvidemos tomar en cuenta la importancia de un tratamiento integral.

5.9. LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA.

Uno de los padecimientos psicosomáticos que ha acaparado mayor atención en el campo de la medicina y la psicología es el asma, ya que se ha encontrado que además de los factores de tipo alérgico y de la sintomatología fisiológica como la contracción de la tráquea, bronquios, bronquiolos periféricos, el bronquiospasma y el incremento de la secreción de la mucosa influyen también factores de tipo emocional y psicológico que agravan los ataques de asma. (De piano y Salzberg, 1979; Waden y Anderton, 1982; y Meyer, 1992).

El tratamiento médico para el asma proporciona al paciente el uso de la inhaloterapia, broncodilatadores y la utilización de corticosteroides para aminorar las molestias de la sintomatología. Aunque este tratamiento es necesario e indispensable para combatir el problema resulta ser también insuficiente en muchos casos.

Además de que si se utiliza por períodos prolongados el paciente puede sufrir los efectos secundarios, sobre todo en el uso de los corticosteroides ya que aunque resultan ser muy efectivos, sus efectos colaterales son muy peligrosos.

Kagan (NO, et.al, 1992) destaca las ventajas de la hipnosis en el tratamiento del asma, entre las que se encuentran "la reducción en la frecuencia, duración e intensidad de los

ataques; la reducción en la cantidad o eliminación de los corticosteroides en el tratamiento; la reducción en la necesidad de utilizar los inhaladores para aminorar los síntomas; el incremento en la autoconfianza para producir relajación, especialmente en los pocos datos que se obtienen acerca de las características de personalidad como pueden ser las de tímido, inhibido o predispuesto a las reacciones alérgicas". (Citado en Meyer, 1992; pág. 243).

Existen investigaciones como las que analizan De Piano y Salzberg, (1979) y Waden y Anderton, (1982) en las cuales mediante la hipnosis es posible que los pacientes con asma logren controlar o disminuir sus ataques, estas investigaciones son muy ilustrativas, ya que a diferencia de otros problemas en los que dichos autores no atribuyeron resultados satisfactorios al uso de la hipnosis, como resultado de los diferentes estudios analizados; en el caso del asma los resultados fueron excelentes.

Otro autor que presenta muy buenos resultados obtenidos en pacientes asmáticos tratados con hipnosis es Meyer, (1992) quien además de resaltar los beneficios que pueden obtenerse mediante el tratamiento con hipnosis en niños y adolescentes, destaca algunos importantes como son: la distinción del tipo de asma que padece el paciente, ya que sea el tipo extrínseco o intrínseco, la precisa identificación de los factores alérgicos ya que en muchos casos estos factores

no son precisos y la intervención psicológica a la cual le da una gran importancia, debido a la relación que se ha encontrado con los sucesos que influyen en la personalidad del sujeto y con los conflictos familiares que influyen en la aparición, desarrollo o agravamiento del asma.

Es evidente que la hipnosis tiene éxito en muchos de los casos de asma, pero nos parece importante llamar la atención del psicólogo respecto al origen atribuido al padecimiento.

Como hemos visto, Meyer, (1992) señala la importancia de distinguir el tipo de asma que padece el paciente, lo cual nos parece el punto de partida para que el tratamiento por medio de hipnosis o de otro tipo funcione pues si bien el paciente, tiene ya suficiente con enfrentar los difíciles síntomas, sería aún más incómodo hacerle perder el tiempo en resolver el problema solamente por el lado psicológico si su problema de asma tiene también mezclados factores alérgicos.

El psicólogo no puede atribuir a la alergia el origen del asma únicamente a factores psicológicos aunque estos estén presentes, siempre deberá asegurarse del diagnóstico médico preciso.

Consideramos que este diagnóstico facilitará la intervención y el éxito de la terapia psicológica, debido a que los padecimientos respiratorios, muy frecuentes en la

actualidad, suelen confundirse fácilmente y el psicólogo podría hacer esfuerzos inútiles por ayudar a un paciente que también requiere de ayuda de la medicina.

Por último, cabe mencionar que la combinación del tratamiento médico y psicológico son una buena alteranativa para ayudar a los pacientes a enfrentar la enfermedad de una manera más consciente y normal.

5.10. LA HIPNOSIS EN DIFERENTES TRASTORNOS PSICOLÓGICOS.

Para los psicólogos clínicos, el campo en que puede ser aplicada la hipnosis es extenso. En este apartado, se revisarán brevemente algunos trastornos psicológicos, en los que la hipnosis ofrece ser un punto de apoyo para el tratamiento.

Gindes, (1965) destaca la participación de la hipnosis en la eliminación de los temores hacia diferentes estímulos y los cuales son atribuidos a experiencias pasadas. El siguiente caso tratado por el autor ejemplifica esta situación: "Un paciente mío reaccionaba con temor y ansiedad cada vez que veía un hombre barbudo. Mediante la regresión hipnótica lo retrogradé a la edad de nueve años, época en la cual un hombre que usaba barba le dijo que podía llamar al demonio para castigar a los niños que se portaban mal. Como en esa época el paciente era un niño que se portaba mal y tenía "pensamientos perversos", hizo todo lo posible por convencerse de que el hombre de la barba mentía. El conflicto se hizo tan grande que lo hizo retirarse completamente de la experiencia, reprimiéndolo. Lo único que retuvo fue el síntoma superficial: su fobia hacia los hombres de barba, un temor que resultaba completamente inexplicable para él mismo. La represión resultó efectiva en cuanto ya no se sentía perseguido por el diablo, pero la fobia

existía. Al crecer una cierta racionalización se incorporó al cuadro: se preparó a sí mismo en forma lógica y religiosa para que no lo fuera, los caballeros de barba no podrían invocarlo. No obstante, la reacción temerosa de su subconsciente permaneció constante, pasando del temor del diablo al temor de los hombres con barba. Este es un recurso de sustitución que se haya con frecuencia; el temor original ha pasado, pero una consecuencia de él, ligada a la memoria al temor original, causa el mismo pánico ilógico provocado por el estímulo básico". (Pág. 172).

Entre otros problemas que Gindes ha tratado con hipnosis, se encuentran también la nerviosidad, la mala concentración y la ejercitación de la memoria.

Se ha comprobado que mediante el tratamiento hipnótico se puede reeducar a un paciente para ayudarlo a resolver conflictos. Sin embargo, hay que tomar en consideración algunos aspectos sobre la reeducación. "Siempre que sea necesario reeducar a un paciente en lo que respecta a hábitos, rutinas o maneras de reaccionar se le deberá colocar primero en un estado en el cual sus facultades sean más accesibles a las palabras del médico". (Gindes, 1965; pág. 19).

Los métodos que Gindes utiliza principalmente para formular las sugerencias son: el indirecto, el directo, la sugestión sin dramatización y el reeducativo, de acuerdo con

su experiencia el mejor método de sugestión para cualquier paciente consiste en una mezcla de éstos cuatro métodos, adaptada continuamente a las características mentales y emocionales.

En cierto modo, éstos métodos se yuxtaponen perfectamente y su elección depende de la visión y eficacia del hipnotizador y las condiciones del sujeto.

Meyer, (1992) menciona la intervención de la hipnosis en trastornos como la ansiedad, las fobias, obsesiones, ataques de pánico, stress, desórdenes postraumáticos, etcétera. Resalta como un aspecto importante que para el tratamiento de estos trastornos es importante utilizar en la hipnosis la relajación, además de la reestructuración cognitiva de los pensamientos del paciente, lo cual es importante para identificar las ideas irracionales que el paciente ha adquirido previamente.

Por su parte Crasilneck y Hall, (1975) subrayan que mediante la hipnosis también es posible abordar problemas emocionales entre los que mencionan la ansiedad, la neurosis histérica, neurosis obsesivas y compulsivas, neurosis depresiva, neurastenia, neurosis hipocondríaca, estados psicóticos, etcétera. Ambos autores presentan varios casos en los cuales la hipnosis ha contribuido para la solución de estos problemas.

Además informan que mediante la hipnosis, puede hacerse que el paciente regrese a la edad en que pudo tener

origen el problema y de esta manera descubrir el material reprimido, lo que será un punto de apoyo importante para complementar la psicoterapia del paciente.

Ahora bien, hemos visto que la diversidad de problemas es enorme y no terminaríamos de mencionarlos todos, pero nos parece importante destacar el amplio campo de aplicación que tiene la hipnosis para su solución, siempre y cuando esta sea la alternativa adecuada.

5.11. LA HIPNOSIS EN CIRUGIA, ANALGESIA Y ANESTESIA.

La importancia de la hipnosis en la cirugía es que por medio de ésta puede inducirse la analgesia y anestesia. También mediante la hipnosis es posible que el paciente logre disminuir la ansiedad y se produzca un relajamiento físico y mental óptimo para el paciente.

Pues es muy común que cuando un paciente se va a enfrentar a una cirugía, experimente temor hacia las posibles consecuencias de la cirugía, lo que altera el estado psicológico del paciente.

1. La hipnosis preoperatoria puede ayudar a la aprehensión y la ansiedad sobre la anestesia y la cirugía que esperan. Además de minimizar estas actitudes adversas, con frecuencia ayuda a inducir un estado de ánimo sereno y calmado.

2. En la práctica, la hipnosis puede producir analgesia y anestesia, lo cual reduce o sustituye el empleo de agentes anestésicos químicos.

3. Después de la operación suele proporcionar una transición más fácil hacia la convalecencia. Las sugerencias posthipnóticas ayudan a elevar el umbral del dolor, por lo que tal vez se necesiten menos narcóticos. Estas sugerencias quizá ayuden a reducir las náuseas y los vómitos o estimularán respiración adecuada y toses saludables. Además la hipnosis

puede ayudar a elevar la moral y el estado de ánimo. (Hartland, 1974).

También Hartland, (1974) explica que mediante la hipnosis utilizada en la inducción de analgesia mediante un trance profundo, es posible realizar cirugía mayor sin utilizar algún otro anestésico. Entre estas cirugías se han llevado a cabo amputaciones de miembros y mastectomías indoloras. Además de aliviar los dolores postoperatorios y otras complicaciones de otra índole.

En cuanto a la analgesia de trance medio, pueden practicarse procedimientos quirúrgicos menores o practicar otros procedimientos como vendajes de quemaduras, punciones lumbares o abdominales y manipulaciones dolorosas en algunas lesiones.

Crasilneck y Hall, (1975) y Hilgard y Hilgard, (1990) presentan algunos casos en los que la anestesia y analgesia utilizadas en cirugías, dieron resultados positivos.

Hay que reconocer que en cirugía, la hipnosis puede ser muy útil. Sin embargo, pensamos que aún no ha dejado de ser un aspecto poco utilizado, por la gran mayoría de los cirujanos y siguen siendo pocos los profesionales que acuden a ella para aplicarla en esta área.

Por último, hay que recordar que "el valor más grande de la hipnosis, se encuentra desde luego, en su habilidad para producir relajamiento tanto físico como mental y para liberar

al paciente del miedo y la ansiedad que antecede a una operación. Ciertamente, la reducción de síndrome miedo-tensión; expectación, hace que sea utilísima para el médico general, para el cirujano dentista, para la partera y para la enfermera". (Hartland, 1974; pág. 171).

5.12. LA HIPNOSIS EN LAS DISFUNCIONES SEXUALES.

Las disfunciones sexuales como la impotencia, y la frigidez entre otras, son atribuidas a diversos factores como pueden ser los de tipo ambiental, los eventos traumáticos suscitados durante la infancia o la adolescencia, entre otros. (Crasilneck y Hall, 1975; y Meyer, 1992)

El tratamiento hipnótico contribuye en parte a la solución de estos problemas, es importante que una vez que se hayan descartado las posibilidades de que el problema esté relacionado con una causa orgánica, debe procederse a identificar la causas medioambientales e interpersonales que dan origen a una disfunción sexual.

Una vez que se ha realizado lo anterior, el tratamiento con hipnosis deberá adecuarse a cada caso en particular para seleccionar el método y las sugerencias adecuadas que contribuyen a la solución del problema.

De acuerdo con la importancia que tiene la sexualidad en cada ser humano, pensamos que el paciente que se enfrenta al problema de una disfunción sexual, se enfrenta a su vez a todas las repercusiones psicológicas que esto conlleva y que pueden hacerle vivir situaciones personales muy difíciles de resolver por sí solos si es que carece de una orientación adecuada.

Ahora bien, el éxito de la hipnosis en estos casos se hace evidente en algunos casos revisados al respecto. Es importante enfatizar el papel que juega una terapia psicológica adecuada y completa.

5.13. LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DEL INSOMNIO.

El insomnio representa uno de los padecimientos más desagradables para el paciente, además de que causa mucho sufrimiento y ansiedad a quien lo padece. (Gindes, 1965; y Hartland, 1974).

Desgraciadamente, el insomnio es un problema muy común en la población. Si una persona tiene la costumbre de dormir ocho horas por la noche y alguna situación o preocupación comunes le causa algunas noches sin dormir, principia a temer las consecuencias. Se podría imaginar que si este estado de cosas continúa, sufrirá mentalmente, que se afectará el cerebro, o incluso que se volverá loco. Esto origina de inmediato una tensión nerviosa, acompañada al día siguiente por jacquecas psicogénicas.

Estas no solo confirman sus peores temores sino que también teme ir a la cama en la noche siguiente por que no podrá dormir. Como es natural, no duerme. Mientras más intentos haga, más despierto permanecerá y más preocupado quedará. En esta forma se establece un círculo vicioso y su condición empeorará poco a poco, día por día.

La principal tarea que debe resolver el terapeuta para ayudar al paciente insomne, es el de identificar la causa por la cual no puede dormir. Hartland, (1974) menciona cuatro principales causas, estas pueden ser de origen físico, dolor e

incomodidad, condiciones febriles o enfermedad cerebral orgánica.

Una de las más comúnmente identificada en el insomnio son los malos hábitos de pensamiento, pues el paciente queda demasiado preocupado por los asuntos del día, repasa las situaciones vividas o bien, como está obsesionado con la idea de falta de sueño, no puede dormir.

Para encontrar la mejor solución, Hartland, (1974) considera que "el mejor método es hablarle con franqueza sobre el tema del sueño en general. Desde un principio tratando de obtener sus ideas sobre el sueño y cantidad que él cree que necesita cada noche para mantenerse bueno y sano". Pág. 265).

Por otra parte, como una observación importante para el tratamiento del insomnio, es que cuando se intente hipnotizar a un paciente que sufre insomnio, siempre deberá evitarse la palabra dormir en el curso de la inducción.

Esto se debe a que puede asociarla con las dudas, temores y ansiedades que cada noche le impiden dormir; esta palabra puede sustituirse por palabras como cansado, relajado y amodorrado.

Ahora bien, las técnicas utilizadas podrán ser establecidas por el hipnotizador, una vez que tenga la evaluación adecuada al problema.

Como se ha visto, la lista de problemas tanto del dominio médico como del psicológico que pueden ser tratados con hipnosis es muy extensa. Por esta razón, se han expuesto brevemente los aspectos más generales de algunos de ellos.

Las contribuciones más importantes que pueden identificarse en este apartado, es que la hipnosis representa una muy buena herramienta dentro de las alternativas psicológicas que pueden ayudar al paciente a enfrentar y resolver situaciones difíciles tanto en el aspecto de la salud física como de la mental, haciéndose más sencillas y aceptables para un mejor bienestar del individuo.

Cabe hacer la aclaración, que en este capítulo no se ha profundizado en el tema del dolor, ni tampoco se ha mencionado su utilidad en el tratamiento de la cefalea tensional, el cual es el tema central del presente trabajo. El motivo por el cual se dejaron ambos temas para el siguiente capítulo, es que se consideran estrechamente relacionados con el tema de investigación que será expuesto en el siguiente capítulo, para lo cual se dará una explicación más amplia acerca de los mismos.

C A P I T U L O V I

DIVERSOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DOLOR.

Debido al desarrollo histórico por el cual han atravesado las definiciones acerca del dolor, ha sido difícil su definición y aún más la evaluación objetiva de los aspectos que se ven implicados en la experiencia dolorosa.

Esta situación ha repercutido en una gran cantidad de investigaciones que han tratado de obtener una aproximación lo más objetiva posible para definir y distinguir un aspecto de otro.

Por esta razón, en el presente capítulo, es necesario que se realice una revisión acerca de algunas consideraciones teóricas acerca del dolor para comprender la dificultad que ha representado para los investigadores proporcionar una definición exacta que describa con precisión la experiencia del dolor; por que como es sabido en la experiencia del dolor, no solamente se encuentran presentes aspectos de tipo fisiológico sino también de origen psicológico.

Por otro lado, también se revisan los diferentes tipos de dolor, que se han distinguido con las investigaciones, los mecanismos que se han identificado en el proceso del dolor, diferentes métodos de evaluación y algunos de los tratamientos que se utilizan para su control.

Esta exposición de los elementos anteriores, es necesaria debido a que para comprender como puede la hipnosis ayudar en el control del dolor, su eliminación, o bien situaciones como las de analgesia y anestesia que es posible realizar mediante la utilización de la hipnosis, es muy importante comprender los aspectos relacionados con el dolor.

6.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES TEORICAS ACERCA DEL DOLOR.

A lo largo de la historia, el dolor ha estado presente en la vida del hombre y hasta la actualidad se ha encontrado que ha sido abordado con diferentes actitudes que tienen mucho que ver con la cultura.

Precisamente, uno de los aspectos más importantes que llaman la atención en relación con el dolor es la diferencia en las reacciones que presentan los individuos cuando se enfrentan a la experiencia dolorosa.

Aunque se sabe de antemano que existen casos de insensibilidad al dolor, en mayor o menor grado, también se ha observado que las circunstancias ambientales y los efectos de aprendizaje están relacionados con la diferencia ante la reacción del dolor.

Un ejemplo de esta afirmación son los estudios psicofuncionales citados por De Windt (1980) quien afirma que de acuerdo con estos estudios psicofuncionales se encontró que todos los individuos independientemente de sus antecedentes culturales tienen el mismo umbral para la sensación del dolor. Sternbach y Tursky, (1965) usaron la sensación de choque eléctrico y describieron su efecto de cuatro grupos étnicos: italianos, judíos, irlandeses y

estadounidenses quienes vivían desde hace varias generaciones en Estados Unidos.

Los resultados obtenidos en relación con la intensidad del dolor no revelaron diferencias entre los grupos. Bajo estas mismas condiciones de laboratorio se encontró que en cuanto a la tolerancia al dolor, los italianos y los judíos experimentaban sensación de dolor mucho antes que los europeos nórdicos.

Es importante comentar que la finalidad de este tipo de investigaciones, ha surgido a partir de la necesidad por identificar los principales aspectos relacionados con el dolor, como son el umbral, la sensación, la tolerancia y la intensidad del dolor. Cada uno de estos elementos es cuantificado. En cuanto al umbral y la intensidad, parece ser que estos elementos no presentan grandes diferencias entre los individuos que participan en investigaciones de este tipo.

Sin embargo, en cuanto a la tolerancia y sensación del dolor parece ser que este es uno de los elementos en los que más se presenta variabilidad en los reportes dados por los individuos, como sucedió en la investigación anterior.

Esto se atribuye principalmente a las diferencias culturales y pensamos que también a las individuales de cada individuo, con respecto a la experiencia del dolor.

Esta situación, ha podido ser confirmada con una amplia revisión de investigaciones, de las cuales se ha podido

concluir que las características culturales influyen significativamente en la tolerancia al dolor.

Debido a las diferencias de reacción al dolor y a las consideraciones históricas acerca del mismo, se puede decir que su definición y comprensión no ha sido fácil. En gran parte, también por las distintas facetas en las que puede presentarse, pues el dolor "puede ser al mismo tiempo benéfico y dañoso". (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 44).

Respecto a esta afirmación, los autores explican que por un lado el dolor proporciona información útil, ya que se puede ubicar el sitio adonde se localiza el daño o bien puede advertir de un órgano dañado o una infección, situaciones ante las que se tiene que intervenir a tiempo para evitar peores consecuencias al individuo.

Por otro lado, también existen situaciones en las que el dolor no es beneficioso y aparece cuando una enfermedad ya se encuentra muy avanzada como es el ejemplo del cáncer. En el que el dolor representa más que una esperanza de salud un tormento para el paciente.

Ante estas diferencias, han surgido complicaciones para una definición precisa y concreta del dolor.

Para Zwetnow, (1980) una definición satisfactoria del dolor es la adoptada por IASP, la cual expresa: "Dolor es una sensación y una experiencia emocional asociada con

amenaza o daño real a los tejidos. Esta definición implica que el dolor es un fenómeno complejo". (Pág. 121).

Este autor acepta que en la complejidad del dolor intervienen factores de personalidad, las experiencias anteriores y la situación en que se experimentó el dolor, la reacción de otras personas sobre la experiencia y el fondo cultural y social del sujeto.

En esta definición del dolor, la sensación y la emoción son asociadas y por ello el dolor es calificado como complejo. Rescatar el aspecto emocional y la historia personal del individuo con respecto al dolor, nos parece un punto importante. Pero también se considera que una precisa distinción entre las sensaciones y las influencias que tienen sobre el dolor, son realmente necesarias para la evaluación tanto médica como psicológica y su respectivo tratamiento.

Por lo tanto, creemos que no basta solamente con asociar ambos aspectos y calificar al dolor como "complejo" sino que es importante atender con atención la distinción precisa de cada uno de los elementos y esto aporta una visión más amplia con respecto a lo que implica la experiencia dolorosa.

Por su parte, Hilgard y Hilgard, (1990) caracterizan de dos modos los componentes del dolor "uno de ellos es suponer que el dolor sensorial es como cualquier otra respuesta perceptual a irritación o lesión; informa sobre el lugar y la intensidad de su fuente, cualquiera que sea. Si esa es la

experiencia primaria, entonces habrá una experiencia secundaria como reacción a ella, una experiencia de sufrimiento que se expresa al gritar, moverse, por medio de expresiones faciales o respuestas autónomas. Este es el componente de sufrimiento, una reacción que sigue al dolor.

Una segunda posibilidad es que los dos componentes se presenten en forma simultánea, no es sucesiva. El dolor sensorial y el sufrimiento pueden ser dos modos de reaccionar a una fuente común de irritación o tensión; aquí porciones separadas del sistema nervioso tendrán a su cargo la responsabilidad de activar los dos sistemas. Conforme a este punto de vista, no sería correcto considerar al componente de sufrimiento sólo como reacción al dolor sentido; los dos pueden ser componentes interactuantes del dolor total experimentado". (Pág. 47).

Para estos autores, estos dos componentes deben ser siempre diferenciados tanto para el aspecto teórico como para el práctico. La diferencia entre los componentes del dolor que establecen, nos parece de gran utilidad para la investigación acerca del mismo. Por una parte, toman en cuenta la respuesta perceptual del dolor y posteriormente la reacción de sufrimiento del individuo ante la misma. Y por otro lado, la presentación simultánea de dolor y sufrimiento.

Desde nuestro punto de vista, esta situación permite al investigador identificar de manera más precisa, los factores

que intervienen en la reacción del individuo ante la experiencia dolorosa; lo que lleva a controlar la presencia de más elementos en la investigación del tema.

Han surgido también otras teorías que han explicado el dolor, De Windt (1980) la clasifica de la siguiente manera: por ejemplo las teorías de especificidad y las teorías patrón, las cuales consideran que una diferencia en la percepción, está relacionada con la diferencia en la percepción. (Descartes, 1644 y Muller, 1842). Al final del siglo XIX introdujo su teoría con cuatro modalidades, argumentando que cada modalidad tiene su propio receptor, tipo de fibras, diámetro de fibra y centro encefálico.

Las teorías patrón, consideran que toda experiencia de sensibilidad es una sumación de estímulos en el tiempo y el espacio, entre estos solo difiere el patrón y éste es reconocido por el encéfalo.

Este tipo de explicaciones acerca del dolor tienen sustentadas sus bases principalmente en los conocimientos obtenidos durante aquella época sobre el funcionamiento del sistema nervioso, el cerebro, etcétera y sus explicaciones se inclinan más por el aspecto fisiológico que por el emocional, que como ya hemos visto también debe tomarse en cuenta dada la importancia que ejerce sobre el mismo.

Otra definición propuesta por Sherrington, considera al dolor como una adición de reflejos para la protección,

implica que el dolor no solamente es una forma de sensibilidad, sino un afecto. De Windt concuerda con esta teoría y agregan además que el concepto de dolor puede ser considerado como un medio de comunicación, se basan en la afirmación de que cuando la comunicación verbal se encuentra bloqueada, el lenguaje no verbal del cuerpo o de los órganos hace posible la comunicación. Por lo que un paciente sabe que sus demandas serán atendidas por el médico si presenta algún tipo de dolor.

Esta definición toma en cuenta el aspecto de la comunicación, el cual desempeña un papel muy importante en la experiencia del dolor. Pues por medio de ésta, el reporte verbal proporcionado por el paciente, será el que establezca la atención que se le proporcione a su demanda. Puede darse el caso de que para recibir atención y consideraciones inmediatas, ya sea del médico o de la gente que le rodea. Un paciente que exagera sus gestos y reporta dolor muy intenso, aún cuando este no lo sea, influye en una percepción y comprensión objetiva del mismo.

Con base en las consideraciones de los autores, nos parece pertinente enfatizar que ellos toman en cuenta también aspectos como las diferencias en el fondo cultural del paciente y también en las experiencias del dolor, su expresión etcétera. Enfocándose a la aceptación del dolor

como un medio de comunicación que si no es bien manejado, se produce una alteración en la comunicación.

Además sugiere tomar en cuenta, tres aspectos muy importantes que son: la localización, experiencia emocional y un efecto como una reacción sobre el estímulo, lo que ayuda en gran medida a la adecuada intervención del médico.

Por último, la teoría de la compuerta explica el dolor de la siguiente manera: considera a la sustancia gelatinosa como una compuerta para los estímulos neurofuncionales provenientes de las terminaciones nerviosas periféricas y también para todas las formas de estímulos que penetraban al cuerpo a través de los órganos de los sentidos y en las que se incluyen también las transformaciones emocionales.

Esta teoría, será explicada más ampliamente cuando se trate el tema de los mecanismos del dolor. Desde nuestro punto de vista, se considera una de las más acertadas para aceptar una definición más o menos completa del dolor; ya que abarca tanto los aspectos fisiológicos como psicológicos. Por nuestra parte, consideramos que ambos deben de tomarse con reserva, haciéndose necesario establecer las diferencias entre los tipos de dolor evaluados clínicamente.

Hemos podido observar, que son varios los elementos que deben identificarse y evaluarse para llegar a proporcionar una definición precisa acerca del dolor; y más aún para realizar investigaciones que nos permitan conocimientos más

amplios. Por lo que se ha llegado a la necesidad de identificar diferentes tipos de dolor y atender a los mecanismos que intervienen en el mismo, de lo cual hablaremos en el siguiente punto.

6.2. DIFERENTES TIPOS DE DOLOR.

Hilgard y Hilgard, (1990) distinguen tres tipos de dolor, estos son: los dolores de miembros fantasma, dolores referidos y dolores psicósomáticos.

Los dolores fantasma, son aquellos que suelen presentarse en pacientes en los cuales se ha llevado a cabo la amputación de un miembro, ya sea un brazo o una pierna y que aún después de haberse llevado a cabo la cirugía y de asegurarse que no existen ya neuronas que produzcan dolor, el paciente lo sigue manifestando.

Este ejemplo de los dolores fantasma, son una muestra del papel que juegan los factores psicológicos presentes en todo aquel individuo que tiene que enfrentar una situación difícil que representa una crisis emocional para el mismo.

Los dolores referidos, son los que indican el lugar y la localización de una lesión o irritación en específico, aunque también puede ser que el daño se localice en otra parte, pero una vez que se identifica la relación que tiene con el padecimiento, permite actuar a tiempo.

Por último, tenemos a los dolores psicósomáticos, se dice que estos dolores están estrechamente relacionados con la vida del paciente y con los aspectos emocionales que el dolor implica para él, además de que mediante los mismos el

paciente adquiere beneficios que en un momento dado puede obtener con sentirlo.

Se considera que en este tipo de dolores psicossomáticos, la relación de los factores psicológicos es muy clara y con la adecuada identificación y análisis de los mismos, hacen posible que la intervención para el tratamiento tanto del dolor como de la situación emocional del paciente se realicen conjuntamente y con bases sólidas que prometan exitosos resultados.

Por otra parte, también se distinguen los dolores de tipo experimental como son; los dolores térmicos, los dolores producidos por estimulación eléctrica y los dolores producidos por agentes químicos.

La precisa distinción de los dolores antes mencionados, han contribuido a las investigaciones experimentales sobre los mismos que a su vez proporcionan datos muy precisos para realizar mediciones físicas. Zwetnow, (1980) nos proporciona la siguiente clasificación de estos dolores.

Dolor experimental. Este dolor es inducido en el laboratorio y se requiere de un estímulo físico, mediante el cual la sensación del dolor sea claramente reconocible, dicho estímulo no debe dañar los tejidos o si esto ocurre el daño debe ser mínimo. La zona de estimulación debe delimitarse precisamente; por lo que tiene que cuidarse la movilidad y el bienestar del sujeto, de manera que no intervengan variables

extrañas que afecten la relación constante entre el estímulo aplicado y la estimulación de los receptores.

Es muy importante, que en el dolor experimental el método utilizado permita la evaluación del umbral absoluto, el umbral del dolor y la máxima tolerancia al dolor.

Para la producción de este dolor, se utilizan varias pruebas clínicas que pueden incluir estimulación por medio de alfileres, agujas, plumas con punta afilada, cepillos, etcétera. También se utilizan algunos instrumentos que ejercen presión mecánica en algún miembro u órgano. Con estos instrumentos de presión es posible lograr una de las reacciones de dolor que se producen mediante la compresión, al cual se le ha dado el nombre de dolor isquémico en el que se realiza la oclusión de la circulación de la sangre arterial y se mide la tolerancia y el umbral del dolor en los sujetos participantes.

Por último, el ultrasonido se ha empleado con estímulos de corta duración para producir sensaciones de tacto, hormigueo, temperatura, dolor y prurito, la utilización de esta técnica, permite producir y medir una amplia gama de parámetros pero su técnica es muy laboriosa, lo que implica algunas desventajas para su utilización.

Dolor térmico. Este dolor es producido aumentando o disminuyendo la temperatura de la piel, utilizando estímulos físicos. La evaluación de este tipo de dolor, se realiza mediante instrumentos de evaluación como pueden ser el

dolorímetro mediante el cual se aplica sobre una zona específica una distribución de calor y por medio de ésta, puede localizarse fácilmente la intensidad y aparición del dolor, una desventaja de este instrumento es que no pueden aplicarse diferentes estímulos térmicos por que no hay manera de enfriar la piel.

Otro método térmico es el dispositivo de Peltier, mediante el cual se pasa corriente eléctrica a través de la unión de dos materiales diferentes que permiten el aumento o disminución de la temperatura dependiendo de la dirección del flujo de la corriente. Mediante este método es posible obtener el umbral de sensación del dolor al calor y al frío.

Por último, los láseres también se han utilizado en la producción del dolor térmico, lo que ha ampliado la percepción de este campo, aunque falta mucho por conocer acerca de este método.

Dolor producido por estimulación eléctrica. Este dolor es posible producirlo fácilmente y puede controlarse y medirse sencillamente, sin embargo, una de sus ventajas es que un estímulo para cualquier clase de nervio activa los receptores, los órganos y los troncos nerviosos.

Dolor producido químicamente. Este tipo de dolor es producido por sustancias químicas entre las que se encuentran los iones de potasio, bradicinina, polipéptidos y naloxona entre otras. Pero sus desventajas es que su estímulo

es mixto y en algunas ocasiones tienden a producir reacciones inflamatorias en los tejidos estimulados.

Hasta este momento, podemos decir que la distinción entre los dolores no producidos experimentalmente como son los dolores fantasma, referidos y de tipo psicossomático y los producidos experimentalmente por estimulación térmica, eléctrica o química, aportan elementos que hacen posible establecer las diferencias necesarias para pensar en los componentes físicos y psicológicos que intervienen en la producción del dolor.

Además de hacer posible su evaluación ya sea objetiva o subjetivamente como es el caso de los dolores no producidos experimentalmente; evaluación que es útil para su tratamiento.

Por otro lado, es importante recordar que las evaluaciones establecidas del dolor, tienen que ver con la explicación que se adopte acerca de los mecanismos que lo originan y que en seguida será el punto de vista a revisar.

6.3. MECANISMOS DEL DOLOR.

En la consideración de los diferentes componentes del dolor han surgido tres clases de mecanismos que explican el dolor, estos son los neurofisiológicos, analgésicos y psicológicos.

Mecanismos neurofisiológicos.

a) Receptores neurofisiológicos. En cuanto a los mecanismos neurofisiológicos, se cuenta con una gran cantidad de estudios de laboratorio que han identificado receptores al dolor. Sternbach, (s/f) después de una revisión de diferentes investigaciones concluye que existen tres clases generales de nocirreceptores (receptores al dolor), estos son los mecanorreceptores de umbral elevado, nocirreceptores térmicos y nocirreceptores "polimodales" que responden tanto a estímulos mecánicos como térmicos (Bessou y Perl, 1961). Los nocirreceptores polimodales y térmicos pueden sensibilizarse mediante la estimulación prolongada, o durante la regeneración que sigue al corte de un nervio, de manera que resulta posible hacer descender sus umbrales hasta niveles de estimulación que son inocuos en condiciones ordinarias. Esta situación puede ser responsable de los estados dolorosos que siguen a las quemaduras y las lesiones de nervios.

Partiendo de los resultados obtenidos de diversos estudios que sustentan esta explicación sobre el dolor y en los cuales se

encontraron que la activación de una fibra llamada A-Delta está asociada con la experiencia del dolor primario, el cual puede ser bien localizado, rápido y agravado. Por otro lado, si se activan otro tipo de fibras, las fibras C que se asocian con el dolor secundario, el cual se caracteriza por ser lento, urente, continuo, de larga duración y mal localizado.

b) Médula espinal. La manera en que se ha relacionado la médula espinal con el dolor, se explica a partir de que en la médula espinal se encuentran dos tipos de células, la primera se localiza en la capa más superficial del cuerno dorsal, estas responden específicamente a los niveles de estimulación lesivos y nocivos. Las segundas responden a estímulos de baja intensidad, si crece la intensidad hasta niveles nocivos, la descarga de éstas células se hace más vigorosa y sostenida.

Según Sternbach, se ha llegado a concluir que las células identificadas como las células de clase 2, son alcanzadas por impulsos que provienen tanto de las fuentes viscerales como somáticas; las cuales pueden quizá participar en el dolor visceral referido.

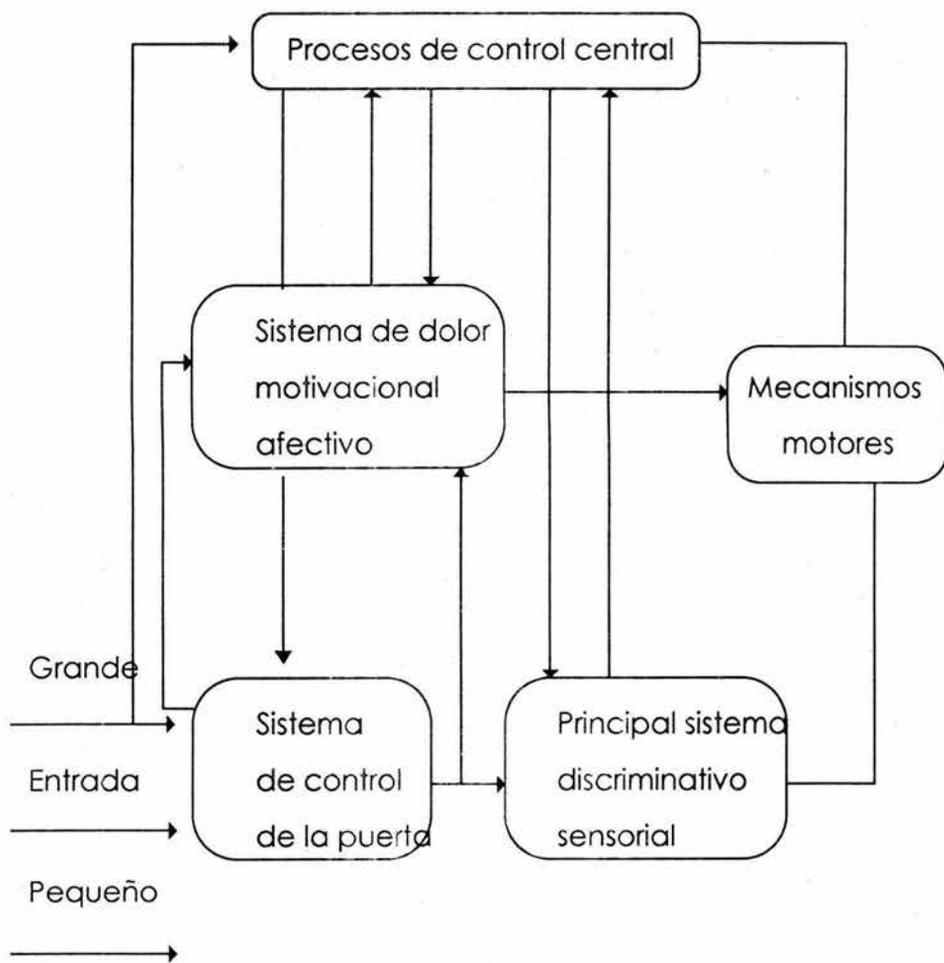
Por otro lado, la sumación temporal y repetitiva de fibras C, se han encontrado que muestran descargas ulteriores prolongadas a los estímulos térmicos caloríficos.

También se ha concluido que una cantidad grande de células asciende hasta el cuadrante anterolateral contralateral y que termina en el tálamo. Mediante los

diversos estudios se ha sugerido que la primera clase de células puede intervenir en la percepción del dolor y las de la segunda clase pudieran explicar en sí algunos tipos de dolor en el ser humano.

c) Teoría del control de entrada. Esta teoría propuesta por Melzack y Wall, (1965) explica el dolor "aceptando la distinción anatómica entre dos sistemas neurales de conducción que van de la médula espinal a los centros cerebrales más elevados, en cuanto a algunos impulsos han entrado en la médula como consecuencia de estimulación periférica. Uno de estos sistemas es el primordial informativo; lleva datos sobre la ubicación e intensidad del estímulo, con poca relación con su toxicidad o evitación. A este sistema se le llama sensorial-discriminador. El otro, relacionado estrechamente con las estructuras situadas cerca del centro del cerebro relacionadas con la motivación y la emoción, recibe el nombre de sistema motivacional-afectivo". (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 52).

Para entender mejor los mecanismos que intervienen en la teoría de la compuerta, veamos el siguiente esquema explicativo que (Hilgard y Hilgard, 1990, pág. 53) nos proporciona.



TEORIA DEL DOLOR DEL CONTROL DE LA PUERTA. Fibras grandes y pequeñas llevan información del dolor al sistema de control de la puerta de la médula espinal (porción izquierda interior del diagrama). Ahí los estímulos provenientes de las dos fuentes interactúan modulando los impulsos para que puedan ser transmitidos por medio de células de transmisión T. Los impulsos transmitidos activan tanto al sistema sensorial-discriminativo como es el sistema motivacional-afectivo y finalmente llevan respuestas al dolor (Mecanismos motores).

Los procesos de control reaccionan con base en tres fuentes de información de entrada (se muestran por las flechas que apuntan hacia arriba): información directa, no perjudicial proveniente de las fibras grandes sobre el lugar y la naturaleza del estímulo (por ejemplo, algo caliente en la mano izquierda), que se muestra por la línea vertical a la izquierda del sistema del control de la puerta; e información separada que proviene de cada uno de los sistemas del dolor. Mediante flechas que apuntan hacia abajo, se indica el control descendente que se lleva a cabo por medio de procesos centrales, inclusive uno que va a dar los mecanismos motores. Modificado de Melzack y Casey, (1968); pág. 427.

Esta teoría de la compuerta es una de las más útiles en la explicación del dolor. Hilgard y Hilgard, (1990) resaltan tres características principales en las que se basa esta teoría, estos

son: " 1. Al parecer hay dos mecanismos diferentes, uno informativo y otro motivacional afectivo, que intervienen en la pauta total de percepción del dolor. Esta distinción está apoyada por consideraciones neuroanatómicas.

2. Un dolor profundo y persistente cabe que se modifique mediante el estímulo concurrente de fibras largas. La reducción del dolor rebasa la duración del contrairritante, lo cual significa que algunos procesos que perduren en el tiempo pueden servir para moderar respuestas a una fuente de dolor. 3. Procesos centrales de control, ejemplificados por clases reconocidas psicológicamente o por estimulación cerebral, pueden afectar sin duda la percepción de estímulos nocivos". (Pág. 54).

Por otra parte, Sternbach, (1984) nos explica este mecanismo de la siguiente manera: "Las columnas anterolaterales se proyectan a varias regiones discretas del cerebro. La que se ha estudiado más a fondo es el núcleo de células gigantes (NCG) de la formación reticular bulbar. Casey y sus colaboradores han encontrado que muchas células en este núcleo responden de modo máximo a la activación de las fibras A-Delta y C, o a estímulos cutáneos naturales intensos (Casey, 1971a; 1971b; 1971c; Morrow y Casey, 1976). Al parecer no existe un número significativo de células nocirreceptoras en el NCG más bien, la mayor parte parece tener propiedades semejantes a las células clase 2 y no a las

clase 1 de las astas dorsales, por que responden de manera máxima, pero no única, a los estímulos dolorosos. También al igual que las células de clase 2 las del NCG poseen campos receptivos periféricos amplios, y por consiguiente, no poseen un papel significativo dentro de la discriminación sensitiva de estímulos nocivos. Las células del NCG pueden formar parte del componente afectivo del dolor". (Pág. 13).

Se han realizado diversas investigaciones para identificar algunos mecanismos cerebrales basados en el estudio de lesiones realizadas para el alivio del dolor en casos crónicos.

Sin embargo, se ha logrado encontrar que después de realizar lesiones al estado límbico, aparecen en ocasiones cambios a nivel emocional que son un obstáculo para valorar la gravedad de la lesión.

Como puede observarse, aunque se han identificado importantes mecanismos a nivel cerebro y supraspinal, para explicar los mecanismos neurofisiológicos que intervienen en la producción del dolor, aún quedan grandes interrogantes en cuanto a la precisión de la relación existente entre la lesión y los aspectos sensitivos discriminatorios de la percepción del dolor. A pesar de los grandes avances que se han logrado en la actualidad, en relación con los aspectos neurofisiológicos, este sigue siendo todavía un tema incompleto y con un gran campo de investigación.

2. Mecanismos analgésicos.

Dentro de los mecanismos analgésicos se pueden distinguir los de estimulación periférica y los de estimulación central.

En los mecanismos de estimulación periférica, Sternbach, considera a la acupuntura, la cual consiste en la inserción de agujas en puntos específicos que tienen un efecto analgésico sobre el dolor. En sí los resultados de las investigaciones al respecto son contradictorios por lo que se cree que este tipo de efecto analgésico es más bien de tipo humoral.

Otro mecanismo, es el de la neuroestimulación eléctrica transcutánea, (NET) la cual surgió a partir de la teoría de la compuerta (anteriormente explicada), mediante este mecanismo de activación de las fibras periféricas se confirmó que podía conseguirse el alivio del dolor causado por neuropatía periférica. (Wall y Set, 1967).

Con este hallazgo de la NET, se logró proporcionar efecto analgésico a diversos pacientes siendo considerado su efecto principalmente como periférico descartándose la influencia de la sugestión o el efecto placebo. Una ventaja de la NET es que no hay un efecto de habituación como con la analgesia narcótica.

Por otra parte, la estimulación eléctrica de la materia gris periacueductal mesencefálica, en la región del núcleo del

rafé dorsal produce también un grado de analgesia significativo (Liebskind, 1974).

La deficiencia o alteración de sustancias son responsables también en el caso de algunos tipos de dolor, como pueden ser la serotonina, la cual media algunas conductas relacionadas con el dolor. Por otro lado, también se ha encontrado que los pacientes con dolores crónicos muestran depresión de tipo serotónico y que la depresión también puede estar asociada con baja actividad de norepinefrina o serotonina. (Hilgard y Hilgard, 1990; y Sternbach, 1984).

En algunos estudios, se ha recurrido a la administración de antidepresivos como la cloimipramina y se ha encontrado que con el bloqueo de la recaptación de serotonina cerebral, se pudo reducir el dolor en pacientes con dolor crónico.

Otro sistema de analgesia es el de los opiáceos, mediante el cual se aplican micro inyecciones de morfina en puntos específicos que provocan analgesia. Evidencias de investigaciones sugieren que en este sistema interviene un mecanismo inhibitorio del dolor. Inyectada en la materia gris produce un mayor efecto analgésico que si se inyectara en cualquier otra parte. Todos los mecanismos analgésicos que se han mencionado, comparten como característica particular su participación en la inhibición más que en la producción del dolor.

3. Mecanismos psicológicos.

En cuanto a los mecanismos psicológicos del dolor Sternbach, (1984) menciona que: "uno de los argumentos convincentes de la teoría del dolor mediante un sistema de compuertas es la falta de una relación 1:1 entre intensidades de estímulo y experiencias subjetivas de la magnitud del mismo. El dolor no comprende un sistema de transmisión directo, sino que está sujeto a procesos de modulación ascendentes y descendentes". (Pág. 13).

Algunos de estos procesos son los parámetros perceptuales y parámetros de personalidad. En cuanto a los parámetros perceptuales, es importante tomar en cuenta los principales conceptos que han surgido a lo largo de una gran cantidad de investigaciones.

Por ejemplo, los umbrales del dolor "representan la menor intensidad de estimulación que puede llamarse dolorosa. Se trata del "umbral absoluto" para el dolor en el mismo sentido en el cual se utiliza este término en relación a la visión y la audición. En términos psicofísicos, es el punto en el cual la intensidad del estímulo se registra 50% de las veces en una serie de presentaciones ascendentes y descendentes del estímulo".(Sternbach, 1984; pág. 16).

Para llegar a establecer una decisión entre doloroso y no doloroso, casi siempre se tiene que realizar la comparación

entre dos estímulos y depende también de la técnica que se utilice.

Otro término importante de los parámetros perceptuales del dolor es la tolerancia al dolor por el cual "se entiende el nivel máximo de dolor; por lo tanto, constituye el umbral superior al dolor". (Sternbach, 1984; pág. 16).

En las investigaciones clínicas, la medición objetiva de la tolerancia al dolor no ha sido fácil, pues por consideraciones éticas y humanitarias no es posible utilizar las series descendentes de estímulos.

Por otra parte, se considera que hay una asociación significativa entre umbral al dolor y tolerancia al mismo, sin embargo, en el caso de la tolerancia se dice que intervienen factores que la afectan como son la sugestión, la distracción, la manipulación de la ansiedad y la motivación.

El margen de la sensibilidad dolorosa, se refiere a la diferencia que existe entre el umbral doloroso y la tolerancia al dolor. (También se le conoce como "intervalo doloroso y duración del dolor").

De acuerdo con las investigaciones realizadas por Wolff, (1971) la aplicación de este concepto, ha sido utilizado en el dolor isquémico, el cual es producido en el laboratorio con fines de evaluar la intensidad del dolor clínico que experimenta el paciente.

Este puede realizarse mediante técnicas para provocar dolor, como dolor en presor frío, irradiación de calor, choque eléctrico, etcétera y se evalúa de acuerdo al porcentaje de la tolerancia al dolor reportado por el paciente. Hilgard y Hilgard (1990) y Sternbach, (1984).

La diferencia apenas notoria, es una medida que representa la diferencia psicofísica tradicional, este es el intervalo más pequeño que puede discriminarse entre grados de intensidad del dolor.

Por último, hablaremos de la detección de señales, la cual junto con la técnica de la característica operante relativa, han tenido una implicación importante para medir las variantes de error entre la discriminación sensorial y las provocaciones por error de otro tipo.

Mediante la identificación de estas medidas ha sido posible obtener una medida de discriminación sensorial y otro parámetro para los factores afectivos y motivacionales que reflejan respuestas preferenciales.

Debido a la plena identificación de los conceptos antes mencionados, han surgido las investigaciones para establecer medidas más cercanas que permitan evaluar el dolor, estas han sido muy extensas y proporcionan información muy útil acerca de los parámetros perceptuales del dolor como el umbral, la tolerancia y la sensibilidad al mismo. Mediante técnicas específicas de laboratorio se producen estos dolores

y se ha logrado medirlos. Sin embargo, aún quedan dudas acerca de la influencia que tienen los temores, ansiedades y esperanzas que el paciente experimente y que influyen en la experiencia

del dolor, pues es bien sabido que se han dado diferencias en los informes sobre el dolor de la misma intensidad entre los pacientes.

Esta situación no quiere decir que los estudios realizados acerca de la medición del dolor deban descartarse, sino que por el contrario aportan métodos importantes para su medición y por otro lado, nos dan la oportunidad de distinguir los componentes de angustia y sufrimiento que experimenta el paciente y que van separados del dolor sensorial, situación que permite más objetividad.

Con base en estas afirmaciones, nos parece oportuno tomar en cuenta las conclusiones sugeridas de una serie de investigaciones realizadas por Hilgard y Hilgard, (1990) en las que mediante la producción del dolor isquémico en un grupo de pacientes distinguieron la diferencia entre el dolor sensorial y el componente de sufrimiento. Ambos autores concluyeron que el sufrimiento se ha definido como algo diferente al efecto localizado del estímulo doloroso, relacionado con incomodidad general, perturbación o angustia como consecuencia o acompañamiento del dolor. Se indicó que la gente puede tener dolor sin angustia y tener angustia sin dolor.

Aún cuando los sujetos dieron sus propias interpretaciones de esta distinción, no les fue difícil establecerla.

Cabe mencionar que los autores no se basaron únicamente en los informes verbales sino que también tomaron en cuenta las medidas de los acompañantes fisiológicos que se impusieron en el laboratorio.

Por otro lado, una vez detectada la influencia de los componentes psicológicos como la angustia, la ansiedad y el sufrimiento sobre el dolor, se han realizado también estudios que se han encargado de analizar los parámetros de personalidad.

Respecto a esta consideración Sternbach, (1968) menciona que una multitud de estudios experimentales y clínicos han revelado que la ansiedad aumenta la sensibilidad al dolor. Estos dos aspectos se han asociado por que "los diversos modos con que se cuenta para medir el dolor contribuyen a dar incertidumbre a la relación de la ansiedad con el dolor. La ansiedad influye más en algunas medidas del dolor que en otras; muy probablemente influya en la tolerancia al dolor y con menos probabilidad al umbral del dolor. En niveles por arriba del umbral de estímulo doloroso, es más probable que la ansiedad influya en reportes de angustia o sufrimiento que en informes sobre dolor sensorial. A estas afirmaciones cabe darles mayor claridad al comparar los efectos de los informes de dolor en el uso de tranquilizantes

por una parte y de analgésicos químicos por la otra. Los tranquilizantes obran para reducir la ansiedad, pero no son analgésicos; los analgésicos químicos reducen el dolor, pero no siempre la ansiedad". (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 97).

Con estas evidencias, es posible establecer que a pesar de las diferencias encontradas entre la reducción del dolor y la ansiedad, se ha podido distinguir que la ansiedad y la analgesia son componentes separables de la experiencia general del dolor.

Otro mecanismo considerado en la experiencia del dolor es la expresividad, respecto a este término Sternbach, (1984) afirma que: "la capacidad para comunicar la experiencia dolorosa es una función de la expresividad, la cual a su vez se relaciona con el grado de extroversión y como miembro del grupo". (Pág. 19).

Un aspecto muy importante que ha sido considerado en la expresividad del dolor, es el aprendizaje para la comunicación del dolor, lo que lleva a poner atención en el análisis del comportamiento representa una forma importante de evaluar el dolor, aunque no sea una forma objetiva y precisa de medición.

Al respecto, Lang, Rice y Sternbach (1979) menciona que cuando un paciente sufre dolor y está sonriente, no puede creer que sea intenso. Pero cuando un paciente está inquieto

y sudoroso afirma que su dolor no es intenso, es más acertado confiar en los ojos que en los oídos.

Por lo tanto, "hay tres tipos principales de conductas ante el dolor y que el médico debe considerar verbal, motora fisiológica, en especial autónoma. Las tres están expuestas al condicionamiento y a los procesos de aprendizaje, por lo que ni las palabras, ni la conducta motora, ni los patrones autónomos se relacionan de manera exacta con el dolor "real", ya que todas ellas reflejarán influencias socio-culturales, así como la actividad neurológica pura". (Sternbach; 1984; pág. 467).

Basándose en el modelo de aprendizaje, Fordyce, (1976) señala que "los tres tipos de conducta ante el dolor pueden denominarse responsivas u operantes. Las responsivas son provocadas por los estímulos nocivos anteriores, y por lo tanto, casi siempre son reflexivas; por ejemplo, la retirada repentina, vocalización y aumento del diámetro pupilar y la frecuencia del pulso. Dichas respuestas se condicionan a la manera clásica pavloviana; cualquier estímulo que se acople de modo regular al estímulo nocivo adquirirá para sí la capacidad de provocar respuestas similares, como el consultorio del dentista o los gritos de un familiar.

En contraste, las conductas operantes son conductas emitidas reguladas por las respuestas que las siguen: conducta quejosa, recompensada por la atención de la familia; toma

de analgésicos, recompensada por la mitigación del dolor; reposo en cama, recompensado por la evitación del trabajo desagadable, aunque castigada con disminución de ingresos".

Las conductas operantes condicionadas mediante reforzadores positivos que incrementan la frecuencia de una respuesta o reforzadores negativos que decrementan la frecuencia de una respuesta, pueden aplicarse al caso de dolor como un síntoma de patología a modificar y su atención se dirige a los operantes.

Cabe mencionar que este modelo de aprendizaje, es muy utilizado para el tratamiento de dolores psicósomáticos y también vasculares, como es el caso de los dolores producidos por las cefaleas ocasionadas por contracturas musculares. Ya que las conductas ante el dolor caen además bajo el control de las consecuencias ambientales y una vez que la conducta se incluye en el repertorio del individuo ya no es necesario el reforzamiento frecuente.

De acuerdo con el modelo de aprendizaje, consideramos que este puede ser muy útil para analizar los componentes psicológicos que se ven entremezclados en algunos tipos de dolores de origen psicósomático y que permite no solamente conocer las situaciones o estímulos que provocan dicha respuesta en el individuo. Lo que facilita un tratamiento eficaz

combinado con otras técnicas como puede ser el caso de la hipnosis y de la cual hablaremos más adelante.

Por ahora, nos resta decir que en los casos de depresión en situaciones clínicas "la ansiedad se asocia con la anticipación del dolor (daño corporal) o pérdida (separación). La depresión se asocia con las consecuencias de estos dos factores, asumiendo la forma de sentimientos internos de culpa y enojo o luto". (Sternbach, 1973; pág. 20).

Por último, la hipocondriasis también se ha encontrado relacionada con la depresión y la ansiedad por lo que es muy importante tomar en cuenta que el estado afectivo del paciente, influye sobre la experiencia del dolor y la tolerancia al mismo. Por lo que consideramos importante resaltar que aunque el umbral del dolor y la tolerancia al mismo pueden determinarse más o menos exactamente con técnicas experimentales, es indispensable también poner atención en la intensidad de la experiencia dolorosa subjetiva ya que como menciona Sternbach, (1984) "esta neurosis consiste sobre todo de ansiedad durante la situación dolorosa aguda y de depresión en la situación crónica". (Pág. 21).

Ahora bien, hemos visto que tanto los factores físicos como psicológicos son importantes en la experiencia del dolor y por lo tanto no es posible considerar solamente uno, si es que se quiere llegar a comprender el tema.

Ante esta situación, los investigadores, han tenido que elaborar diversos métodos que hagan posible esta medición, en el siguiente punto revisaremos algunos de ellos.

6.4. METODOS DE EVALUACION DEL DOLOR.

Para obtener una evaluación del dolor, el experimentador o el médico tiene que decidir qué aspecto del dolor quiere medir y de acuerdo a esta elección se recurre a la metodología adecuada.

Por ejemplo, el establecer la diferencia entre el umbral del dolor y la tolerancia máxima permite comprender el dolor clínico y pueden distinguirse además tres parámetros de dolor; el umbral de sensibilidad, el umbral de dolor y el umbral de tolerancia para el dolor.

Zwetnow, (1980) menciona que para la medición del umbral del dolor se utilizan por lo general dos métodos, el método de la intensidad en el que la intensidad del estímulo es variada y el método del tiempo, en el cual la intensidad del estímulo es fija y su duración se extiende hasta que se describe el dolor.

Cada uno de estos métodos tienen sus ventajas y desventajas, el que se mencionó primero, proporciona buenos resultados. Sin embargo, deben cuidarse aspectos metodológicos como por ejemplo, dejar pasar un tiempo razonable entre la presentación de estímulos.

En cuanto al segundo método es importante recordar que el lapso entre la aparición del estímulo y el reporte del sujeto de dolor constituye el valor del umbral y también deben de

cuidarse los aspectos metodológicos para obtener mejores resultados.

Cabe mencionar que tanto el método de la intensidad como el del tiempo, se basan en la teoría de detección de señales, la cual se basa en la suposición de que el "umbral detectado representa una transición precisa entre la ausencia de sensación y la sensación. Se supone adicionalmente que el sistema nervioso está dormido y que no entra en actividad sino hasta alcanzar el nivel del estímulo". (Zwethnow, 1980; pág. 128).

Aunque esta teoría de la detección de señales, proporciona un método para separar una sensibilidad individual al dolor y la colaboración del paciente para reportar el dolor, tienen que hacerse un gran número de mediciones por lo que este método representa un arduo trabajo en la evaluación clínica y sistemática del dolor.

Como se ha visto, la evaluación del umbral del dolor concierne a la intensidad del estímulo, pero cuando un sujeto presenta un dolor clínico, la mayoría de las veces los niveles de dolor son mayores al valor del umbral.

Ante esta situación, es más complicado evaluar cuanto dolor presenta el sujeto y que tan intenso es. Para la evaluación de este tipo de dolor supraliminal se realiza tanto en el laboratorio como en el examen clínico y según Zwethnow (1980) existen cuatro categorías de medición: 1) las escalas de

clasificación, 2) métodos de comparación, 3) estimaciones de magnitud y 4) tiempos de reacción.

1. Escalas de clasificación.

Estas escalas de clasificación se distinguen en tres tipos: a) escala de clasificación verbal, b) escalas visuales análogas y c) escalas de categorías.

a) Escalas de clasificación verbal. (EVC). Mediante esta escala, el paciente describe verbalmente la naturaleza y la intensidad del dolor. Como un ejemplo de esta (Zwetnow, 1980; pág. 129) menciona: "las escalas de clasificación verbal intentan la asociación de números con palabras que describen la intensidad del dolor experimentado. Como un ejemplo Smith y Beacher, (1969) usan una escala de cinco puntos: 0 = ausencia de dolor; 1 = leve; 2 = hace sufrir moderadamente; 3 = hace sufrir mucho y 4 = dolor.

Por su parte, Melzack ha intentado una clasificación más minuciosa, en su interrogatorio McGill del dolor. En él las palabras empleadas para describir el dolor se clasifican en categorías consistentes en tres clases y dieciséis subclases que representan las dimensiones, las propiedades y las intensidades escalonadas de la experiencia del dolor. Las tres clases son: dolor sensorial (pulsante, punzante, cortante, etcétera); afectivo (sordo, nauseante, intenso, etcétera) y

evaluante (leve, incomodante, que hace sufrir, horrible, terebrante).

Además de la evaluación anterior, también se le da al paciente un dibujo en el que se le pide señale dónde está situado el dolor y las palabras de verificación que describen el dolor y las escalas de intensidad conforme a la clasificación de cinco puntos.

b) Escalas visuales análogas. (EVA). Este tipo de escalas consiste en trazar una línea de 10 centímetros (horizontal o vertical), en uno de los extremos se marca "no dolor" y en el otro "dolor intolerable", el sujeto marca en la línea para señalar la gravedad del dolor.

Existen estudios que se inclinan por la utilización de escalas visuales análogas por considerarlas más precisas, más sensibles a la diferencia del dolor y tan confiables como las de clasificación verbal.

c) Clasificación de categorías. De acuerdo con esta escala, se le pide a los sujetos que asignen números sobre una escala de puntos fijos en relación con la cantidad de dolor que siente. Con el uso de este método no se toma en cuenta la interferencia de las diferencias del lenguaje en el uso de las palabras.

2. Métodos de comparación.

Con la utilización de estos métodos, se hace posible que los pacientes ajusten o manipulen la intensidad de otra modalidad sensorial o bien del dolor inducido para comparar la intensidad del dolor que están experimentando.

Para la evaluación del dolor, se han utilizado señales de tipo auditivo (ruido) que el paciente puede ajustar o bien dispositivos de ajuste de dolor que permiten medir el dolor máximo que tolera el paciente y así compararse con el dolor que siente el paciente.

3. Estimulación de la magnitud.

En este método, el sujeto le asigna números proporcionales a la sensación que experimenta. Se utiliza este método en la medición del dolor clínico y se puede comparar con el dolor experimental.

Aunque no se puede obtener un resultado en unidades físicas, este método es de utilidad tanto teórica como prácticamente y es utilizado sobre todo para medir el dolor clínico.

4. Tiempo de reacción.

El tiempo de reacción, "expresa el lapso entre la aparición de un estímulo doloroso y el momento cuando el sujeto reporta que siente dolor". (Zwetnow, 1980; pág. 130).

Para la medición del tiempo de reacción, se recurre a relojes electrónicos, los cuales activan el tiempo y el estímulo doloroso. Por lo general, están calibrados en 0.1 segundos y dejan de transcurrir 0.15 segundos por el tiempo de reacción corticomuscular y se puede calcular el tiempo que requiere para que un evento llegue a la corteza.

Debido a que también puede relacionarse los datos obtenidos con los diferentes tamaños de fibras nerviosas y que el tiempo mide la sensación táctil, se pueden entender algunos de los mecanismos neuronales de diferentes síndromes patológicos, además de obtener algunas pistas para el posible tratamiento.

Como hemos visto, la investigación acerca del dolor, ha recurrido a diferentes métodos para su medición. Desde nuestro punto de vista, se considera que a pesar de que existen problemas tanto de tipo conceptual, teórico y metodológicos, cada investigador deberá elegir el método más adecuado para la línea de investigación que haya elegido previamente.

Por otro lado, los métodos que hasta este momento hemos revisado se inclinan más a considerar la cantidad de dolor percibida por el paciente, lo que lleva a obtener una evaluación de tipo físico. Esta información además de los reportes verbales del paciente, son de gran importancia para el médico, pero solo cubren el aspecto físico. Por lo que se ha

hecho necesario recurrir a la evaluación psicológica del dolor, ya que es sabido que la presencia del dolor indica la posibilidad de una enfermedad física.

Schoenmaker, (1980) indica que el dolor "también provoca alarma, irritabilidad y otros cambios emocionales. El dolor crónico a menudo provoca depresión. A pesar de estos hechos, las consecuencias psicológicas del dolor son descuidadas en forma sorprendente en la enseñanza de la medicina y en la literatura médica. Es esencial darse cuenta que el dolor constituye una experiencia psicológica y no un acontecimiento físico". (Pág. 216).

Con esta afirmación, se confirma la revisión de diversas investigaciones en las que el dolor se encuentra asociado con algún tipo de enfermedad psicológica. Desgraciadamente, debido a que en este caso el dolor no está relacionado con una causa física, en muchas ocasiones es descartado por el médico. Esta situación es desconcertante para el paciente, el cual vive la experiencia del dolor como desagradable.

La siguiente distinción de tres categorías que se relacionan con la enfermedad psiquiátrica y el dolor, nos parece muy interesante y útil para distinguir un tipo de dolor de otro.

A) Dolor como síntoma de alguna enfermedad, que es primordial o totalmente psiquiátrico con poca o ninguna base física.

Para esta categoría Schoenmaker propone la siguiente subcategoría:

a) Exacerbación por factores psicológicos, del dolor provocado por un daño físico local menor.

b) Dolor como una conversión observable en histéricos.

c) Dolor por ideas delirantes o alucinaciones.

En cuanto a la primera subcategoría a), se ha observado y comprobado mediante estudios, que en situaciones de ansiedad, miedo, depresión, factores culturales y el sexo hacen posible la modificación del dolor, por lo que su tratamiento incluye la participación de psicoterapia, relajación, etcétera.

Respecto a la segunda y tercera subcategorías b) y c) se refieren al dolor producido por una enfermedad psiquiátrica, mediante evaluaciones psicológicas como el uso de M.M.P.I., se ha llegado a concluir que entre más arraigo tiene el dolor causado por un padecimiento psiquiátrico, más se observan actitudes histéricas, depresivas o hipocondriacas. (Toshikiko y Col., 1976).

La evaluación de este tipo de dolor, no es fácil pues como menciona (Schoenmaker, 1980; pág. 218) "aunque se sabe que los mecanismos histéricos son importantes en el dolor histérico. Muy a menudo esta terminología es usada cuando una enfermedad orgánica es excluida. Sin embargo, para el diagnóstico de dolor psicológico, se necesita evidencia

positiva de padecimiento psiquiátrico o de procesos psicológicos que expliquen el dolor".

Por último, cabe mencionar que el dolor que se incluye en la tercera subcategoría, suele ocurrir ocasionalmente como alucinación en la depresión endógena y solo en raras ocasiones como alucinación o una idea delirante en la esquizofrenia.

Ante las evidencias sobre los factores psicológicos en la experiencia del dolor, es posible pensar sin temor a equivocarse que los trastornos en la personalidad del individuo agravan la experiencia del dolor cuando se haya sufrido una lesión orgánica y que también los patrones de personalidad anormal son los responsables de los trastornos somáticos.

Es muy importante, en la evaluación psicológica del dolor tomar en cuenta las diferencias entre las causas físicas y psiquiátricas del dolor para llegar a un buen diagnóstico, por lo que consideramos de vital importancia que el médico atienda a una serie de indicaciones que le permitan alcanzar dicho objetivo, las siguientes sugerencias pueden ser de utilidad para este propósito.

"1. El dolor de origen psicógeno por lo general afecta una o más regiones y no tiene características segmentarias.

2. Muy frecuentemente afecta la cabeza (en alrededor de 50% de los enfermos) y con frecuencia decreciente en el tronco, parte baja de espalda, miembros y genitales.

3. El dolor psicógeno tiende a ser continuo por largos lapsos durante el día con algunas fluctuaciones, pero sin variaciones abruptas.

4. A menudo el dolor psicógeno lo reconoce el paciente como relacionado con factores emocionales.

5. El dolor psicógeno casi nunca despierta al paciente de su sueño, pero puede impedirle que se duerma o aparece después de despertar.

6. El dolor psicógeno responde mal a los analgésicos y mucho mejor al tratamiento psiquiátrico.

7. El uso de anestésicos locales versus placebo en inyecciones bloqueadoras de ganglios o nervios, puede dar la respuesta a la interrogante de dolor físico versus dolor psicógeno". (Schoenmaker, 1980; pág. 220).

Se han revisado a lo largo de este capítulo los diversos mecanismos que han sido estudiados para comprender el dolor. Abarcando desde luego los diferentes mecanismos neurofisiológicos, analgésicos y psicológicos.

Esta situación permite de alguna manera, entenderlo más ampliamente con la finalidad de no descartar la participación de ninguno de los mismos en la investigación y evaluación del dolor.

Por lo que una vez ya comentado este punto, podemos pasar a revisar ahora los tratamientos surgidos para combatirlo.

6.5. DIVERSOS TRATAMIENTOS PARA EL CONTROL DEL DOLOR.

A través de la historia, la experiencia del dolor trae para el que lo padece una serie de incomodidades y sufrimientos que han llevado al ser humano a buscar diferentes métodos para aliviarlo.

Si ponemos atención al desarrollo social del ser humano, también el dolor ha servido como un control social utilizado en algunas culturas como un método de castigo para el que viola las reglas. Pero por otra parte, también se busca al dolor para demostrar valentía en actos ceremoniosos de otras culturas, (Hilgard y Hilgard, 1990).

Esta situación nos invita a suponer la subjetividad que existe en el ser humano para aceptarlo y enfrentarlo. Pero también desde tiempos muy remotos se han buscado soluciones al dolor, uno de los métodos más antiguos de los que se tiene conocimiento es la ingesta de alcohol para calmar diferentes tipo de dolor y que ha sido más utilizado en algunas ceremonias culturales.

Los métodos físicos, como trepanación craneana (perforación del cráneo) o anti-irritantes como en el caso de compresas frías o calientes o bien el utilizar amuletos u objetos con algunas sustancias que al utilizarlos, los sujetos han

logrado el alivio del dolor y que sus bases están más bien relacionadas con la curación por medio de la fe.

Sin embargo, hay que tomar en cuenta que "el hecho de que en algunas ocasiones un cierto método alivia el dolor no significa que la teoría en que se basa sea la correcta. (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 67).

Drogas, cirugía y placebos para el tratamiento del dolor.

Los métodos más modernos para el tratamiento del dolor encontramos a las drogas y la cirugía. Actualmente se cuenta con una gran cantidad de analgésicos que ayudan a la eliminación o atenuación del dolor antes, durante o después de una cirugía.

En el caso de la cirugía, mediante ésta es posible corregir daños en un órgano que produce dolor en el paciente, mientras ésta se lleva cabo se utilizan anestésicos y posterior a la cirugía son utilizadas los analgésicos que combaten el dolor postquirúrgico, por lo que debe tomarse en cuenta el importante papel que desempeña cada uno en el tratamiento del dolor.

Para haber logrado una aceptación de efectividad de las drogas sobre el dolor, se ha recurrido a la utilización de los placebos, los cuales pueden ser una solución salina inyectable, o anestésicos o bien tabletas, cápsulas o glóbulos,

sin ningún contenido de anestésico o analgésico. Este tipo de "medicamentos" son indicados por el médico, el cual por lo regular tampoco sabe del nulo contenido del medicamento. De esta manera, se evita la influencia de la actitud del médico hacia el paciente. A este método de placebos, se le conoce como método de ceguera doble.

Las investigaciones realizadas con el uso de placebos muestran que han obtenido éxito hasta en la mitad de pacientes que creen en la alta acción energética de la droga sobre el dolor. (Hilgard y Hilgard, 1990).

Mediante el éxito del efecto placebo, se refuerza aún más la hipótesis de que las influencias psicológicas intervienen de una manera muy importante sobre el dolor. Además de que la utilización de placebos ha arrojado muy buenos resultados en algunos tratamientos en la reducción del dolor.

Bloqueo nervioso. Otra técnica utilizada exclusivamente por los cirujanos en el caso de los dolores intratables es el bloqueo nervioso en el que se combinan los anestésicos con el conocimiento neuroanatómico ya que las intervenciones quirúrgicas se realizan dependiendo del bien conocido sistema nervioso y que opera de la siguiente manera:

"El alivio quirúrgico del dolor depende de características bien conocidas del sistema nervioso. Por lo general, hay una senda sensorial aferente y definida que conduce información al cerebro a partir de una fuente situada en el interior o en la

periferia del cuerpo. Cuando la información es procesada en el cerebro, el dolor es sentido. He aquí la lógica de la intervención quirúrgica; si es posible cortar la senda entre el nivel en el cual entra la información de dolor al cerebro y el centro procesador del cerebro en los cuales tienen lugar la integración de impulsos; es probable que destruir este centro interrumpa el dolor. Muy útil nos será presentar una analogía con operaciones militares cuyo objeto sea interrumpir el flujo del tráfico ferroviario: si la vía principal es bombardeada, el flujo se interrumpirá; o bien, si se destruyen los patios de distribución, la carga no podrá ser entregada apropiadamente" (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 70).

Existen operaciones muy ingeniosas para aliviar dolores intratables, pero desgraciadamente no tienen el mismo éxito en todos los pacientes.

Métodos físicos. Los métodos físicos para el tratamiento del dolor, consisten en masajes, tratamientos de calor y frío, anti-irritantes, estímulos eléctricos, acupuntura y audioanalgesia.

En ninguno de estos métodos se recurre a la utilización de drogas o cirugía. Aunque en ningún momento se reconoce que sus efectos son de tipo psicológico, lo cierto es que "en los métodos que tienen sus orígenes en la medicina popular es probable que intervenga una buena dosis de autosugestión". (Hilgard y Hilgard, 1990; pág. 72).

En el caso de los estímulos eléctricos, estos se aplican en la región dolorosa con estimuladores eléctricos, pero tal parece que sus resultados no siempre son satisfactorios en todos los pacientes.

La acupuntura consiste en insertar agujas en puntos específicos sobre todo en las orejas y el cuerpo y cuya historia proviene de la República Popular de China, se ha dado a conocer ampliamente por todo el mundo.

Desgraciadamente, el éxito de dicha técnica en lo que concierne a la reducción del dolor, no cuenta con investigaciones adecuadas, ya que han surgido muchas técnicas derivadas de la acupuntura clásica y que no tienen una base científica bien sustentada. No puede negarse que se han obtenido éxitos pero que se carece de explicación única para el logro de los mismos.

Otro método es la audioanalgesia, la cual se utilizó para reducir el dolor sobre todo en pacientes de odontología y consistía en una máquina que producía ruidos o música, colocada en el oído del paciente, podía subir la intensidad del sonido hasta que no sintiera dolor. Sin embargo, ante las dudas sobre su eficacia y el probable daño al oído su utilización fue pasajera y posteriormente se descubrió que los efectos físicos interactuaban con los psicológicos y esto producía en el paciente una tolerancia al dolor.

Métodos psicológicos. Entre los métodos psicológicos para enfrentar el dolor se pueden citar los basados en los trabajos de B. F. Skinner, ya que si se considera que algunos aspectos del dolor son aprendidos y además pueden recordarse, es posible que también puedan desaprenderse y olvidarse. Al respecto, Hilgard y Hilgard, (1990) nos dice: "estos principios de fácil comprensión es posible aplicarlos al dolor, como si el dolor fuera en sí una respuesta condicionada. El dolor puede ser reforzado por que recibe atención, o también por el mismo acto de reducirlo. Si por ejemplo, una persona ligeramente incómoda recibe una droga que reduzca el dolor sólo cuando éste se vuelve más fuerte, la consiguiente reducción el dolor, así como el descanso y la comodidad, pueden reforzar el aumento en el dolor que la droga debe calmar. Se trata de sutilezas que escapan al control de quien sufre el dolor; estos "condicionamientos" ocurren en todo momento, sin que haya percepción de ellos". (Pág. 75)

Otro método utilizado para la reducción del dolor es el de la biorretroalimentación en la que se amplían algunos de los procesos por lo general involuntarios del cuerpo de manera que la persona aprende a tener conciencia de ellos y por lo tanto a controlarlos.

Por otra parte, la hipnosis en el tratamiento del dolor también se ha difundido con éxito en los últimos años. Con la hipnosis se puede proceder de tres maneras: la primera de

ellas es la sugestión directa de la reducción del dolor y por último, alejar la atención del dolor y de su fuente. (Hilgard y Hilgard, 1990).

En la sugestión directa de la reducción del dolor, en primer lugar se le debe enseñar al paciente que presenta un dolor que la sensibilidad al dolor él puede controlarla. Es oportuno persuadirlo de que puede adquirir sensaciones de insensibilidad o entumecimiento en alguna parte del cuerpo (por ejemplo una mano) y una vez que ha logrado adquirir estas sensaciones se transfiere a sugerirlas en la zona en la cual se localiza el dolor. Este procedimiento es conocido como "anestesia de guante".

La alteración de la experiencia del dolor, es posible realizarla por medio de la sugestión hipnótica, puede recurrirse a sugerirse sensaciones como cosquilleo, desplazar el dolor a otro lugar o bien, recurrir a la amnesia, mediante la cual es posible que el paciente olvide el dolor que ha sido experimentado y el temor a enfrentarlos en el futuro, mediante la amnesia hipnótica, es posible que el paciente asuma la experiencia del dolor como transitoria.

Alejar la atención del dolor, también puede lograrse negando la existencia del miembro o porción dolorosa. O bien puede regresarse al paciente a alguna edad de época anterior de su vida en la que era feliz, es precisamente que

mediante la imaginación y fantasía, el paciente puede alejar su atención del dolor.

Los tres procedimientos anteriores, son solo una muestra de los muchos que pueden descubrirse para reducir el dolor. Por supuesto, que aquí el ingenio del hipnotizador es fundamental además de la colaboración del sujeto que participa de forma activa en el control de su propia conducta.

Ahora bien, es preciso tomar en cuenta algunas de las circunstancias que intervienen en la reducción hipnótica del dolor. Un aspecto fundamental que ya antes se mencionó, es el de las sugerencias, ya que sin ellas la hipnosis no reduciría el dolor ni tampoco otras funciones sensoriales.

Otro punto importante, es la función precisa de la hipnosis en la reducción del dolor, ya que debe de distinguirse la hipnosis de la sugestión. Pues aunque esta última se encuentra presente en la hipnosis, no tiene relación con la sensibilidad hipnótica. Si analizamos nuestro entorno social todos los seres humanos estamos expuestos a sugerencias en la vida diaria y no tienen nada que ver con la hipnosis.

Si entendemos esta separación entre hipnosis y sugestión, entonces también comprenderemos que la hipnosis es más que un placebo, pues independientemente de la susceptibilidad del sujeto es posible lograr analgesia mediante

hipnosis y no todos los pacientes responden igual a los placebos que la hipnosis.

Respecto a este punto Hilgard y Hilgard, (1990) concluyen lo siguiente:

"1. Si se trata de sujetos no susceptibles a la hipnosis, es posible lograr cierta reducción del dolor mediante analgesia sugerida hipnóticamente, la cual corresponderá a una reducción por placebo.

2. Cuando se trata de sujetos muy susceptibles a la hipnosis, la reducción del dolor por medio de analgesia sugerida en forma hipnótica es mucho mayor que por placebo. Respecto a estos sujetos la respuesta placebo media es inapreciable y hasta negativa". (Pág. 95).

Por otra parte, también debe de distinguirse el alivio de la ansiedad de la analgesia, pues en el tratamiento del dolor mediante hipnosis, deben abarcarse ambos aspectos siendo considerados en la formulación de las sugerencias.

Mediante la importante investigación, acerca de la hipnosis en la reducción del dolor que Hilgard y Hilgard, (1990) han realizado se desprenden una serie de conclusiones muy importantes, mediante las cuales podremos comprender mejor la función de la hipnosis en la reducción del dolor.

"1. Mientras más hipnotizable sea una persona, con base en las escalas disponibles de sensibilidad a la hipnosis, mayor

será la probabilidad de que reduzca el dolor mediante analgesia sugerida hipnóticamente.

2. La disminución del dolor abarca tanto al dolor sensorial como al sufrimiento y no es atribuible a la reducción de la ansiedad.

3. Con frecuencia la hipnosis ayuda a la disminución de la ansiedad, pero este efecto debe distinguirse de la disminución del dolor.

4. Procedimientos hipnóticos de reducción del dolor son aplicables igualmente a muchos estados dolorosos.

5. Cambian los procedimientos de inducción y se subraya la autohipnosis.

6. El hipnotizador autoritario cede ante el guía más accesible". (Pág. 218).

Tomar en cuenta estas conclusiones derivadas de importantes investigaciones, nos parece adecuado para el manejo de la hipnosis, en el tratamiento del dolor, ya que son una guía de apoyo para la aplicación de la misma.

Por último, consideramos que siendo la hipnosis una buena alternativa en el alivio o reducción del dolor tanto de origen somático o psicosomático, representa una gran ayuda para aquellos pacientes que enfrentan la experiencia del dolor.

Como una de las ventajas más destacadas que implica la utilización de la hipnosis es que un paciente puede lograr la

reducción del dolor mediante la misma, sin recurrir por ejemplo, a los tratamientos con analgésicos o tranquilizantes (en los que es posible), ya que a la larga producen efectos secundarios nocivos para la salud del paciente.

Uno de los casos que llaman nuestra atención, es el caso de la cefalea tensional en el que consideramos que la hipnosis puede lograr excelentes resultados si tomamos en cuenta la etiología de este padecimiento. Por lo que a continuación nos encargaremos de describir los aspectos relacionados con la cefalea tensional.

CAPITULO VII

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS APLICADOS A LAS CEFALEAS.

El surgimiento e investigación de nuevas alternativas tanto médico como psicológicas, tienen como principal objetivo proporcionarle al paciente la atención requerida para la solución de un problema que representa dolor, sufrimiento, incomodidad, entre muchas otras situaciones adversas.

La experiencia adquirida a lo largo de la constante investigación realizada durante mucho tiempo, nos permiten hoy en día contar con técnicas que se sabe funcionan y que si conocemos y dominamos adecuadamente, podremos elegir y aplicar para beneficio de aquel que lo necesite.

Para el tratamiento del dolor, ya anteriormente se revisó que se puede recurrir a las drogas, cirugía, placebos, masajes, acupuntura entre otras.

Pues bien, en el caso del dolor por contractura muscular o cefalea tensional, también existen algunas alternativas psicológicas que ayudan en el tratamiento de este padecimiento. Entre estas técnicas se mencionarán en el siguiente capítulo la analgesia, la cual no es una técnica psicológica pero haremos hincapié en el efecto psicológico que suele producir, la biorretroalimentación y la hipnosis. Las

cuales han demostrado ser eficaces para el tratamiento al que se hace referencia.

7.1. CLASIFICACION Y ETIOLOGIA DE LAS CEFALEAS.

El tratamiento efectivo para un paciente que sufre dolor de cabeza, incluye un buen diagnóstico del padecimiento.

En nuestros días, es muy frecuente escuchar que a alguien le duele la cabeza y siendo esta queja tan común, en ocasiones dificulta la oportuna distinción entre algún padecimiento maligno o benigno relacionados con el dolor de cabeza.

Por tal motivo, queremos llamar la atención sobre la importancia que tiene el hecho de conocer los mecanismos anatómicos del dolor de cabeza y la etiología de los dolores de cabeza más comunes dentro de la población.

Esta situación, permite que una vez obtenido el diagnóstico preciso el psicólogo, el médico, o ambos en conjunto, proporcionen el tratamiento adecuado en cada caso, reconociendo oportunamente los límites de su participación.

Ahora bien, el dolor de cabeza puede producirse por diversas causas, mediante la identificación precisa de las mismas, ha sido posible clasificar clínicamente a las cefaleas y de esta manera distinguir las causas orgánicas y psicológicas que influyen en cada padecimiento.

La clasificación de las cefaleas que a continuación se presenta, es la proporcionada por Dalessio, (1984).

1. Cefalea vascular.

En la cefalea vascular se distinguen: "la dilatación de las arterias intracraneales y en especial de las extracraneales, sin duda el mecanismo más frecuente de dolor de cabeza. Se puede suponer que de diez pacientes con dolor de cabeza, nueve sufren del tipo vascular o vasomotor". (Bergh, 1980; pág. 156).

Cabe mencionar que además de la vasodilatación en este tipo de cefalea vascular, también existe vasoconstricción que intervienen en los fenómenos sensoriales no dolorosos que preceden al dolor.

a) Migraña clásica y común. La migraña clásica y común es uno de los padecimientos más complejos debido a que la cefalea va acompañada de un cuadro sintomatológico complicado "el paciente pudiera sufrir fotofobia, náuseas, vómito, estreñimiento o diarrea, aumento de peso y retención de líquidos seguida de diuresis, escotomas o defectos en los campos visuales, parestesias o dificultades para el movimiento, vértigo y elevación de la presión sanguínea". (Dalessio, 1984; pág. 2).

Mediante el estudio de este padecimiento se ha encontrado que los antecedentes familiares de síndromes migrañosos pueden repetirse en alguno de los miembros de la familia.

Las diferencias entre la migraña clásica y común son las siguientes: en la primera se presentan experiencias sensoriales no dolorosas que preceden a la fase de cefalea y en la migraña común la mayor parte de las veces los estímulos se expresan como escotomas o defectos en los campos visuales.

Este tipo de fenómenos son atribuidos principalmente a la vasoconstricción intracraneana que son reactivas a cualquier estímulo de cierto tipo, una vez que se da la fase de dilatación y los vasos afectados se tornan dolorosos, el dolor es descrito como pulsátil y sordo. Posterior a la dilatación se presenta una reacción inflamatoria alrededor de la pared vascular que puede desencadenar edema e inflamación de la pared arterial misma y tejidos vecinos con esta fase se completa el proceso migrañoso. (Dalessio, 1984).

Dado que los estímulos sensoriales como la luz y los sonidos molestos a los pacientes, éstos suelen retirarse a un cuarto oscuro. La duración de un ataque de migraña puede durar entre 8 y 24 horas o en ocasiones hasta más.

b) Cefalea en racimos. En esta categoría se incluyen la cefalea histamínica, cefalea de Horton y la neural migrañosa. De acuerdo con los rasgos específicos que suelen presentarse, es posible distinguirlos.

El dolor ocurre en forma de ataques, es constante, con gran intensidad, urente y sordo. Las partes afectadas pueden ser la región del ojo, las sienas, el cuello, la cara, el hombro

ipsilateral, la dentadura superior y rara vez la inferior. Otros síntomas, que están asociados con la cefalea en racimos son: epífora, "congestión" conjuntival, rinorrea, obstrucción nasal, diaforesis; y muchas veces evidencia de vasodilatación cutánea. En el paciente se descubre hipersensibilidad a la presión sobre las ramas de las arterias carótida primitiva y externa, (Dalesio, 1984).

Se dice que este tipo de cefalea es más común en los hombres y sobre todo en aquellos con tabaquismo acentuado. Por otro lado, se observa también que este tipo de pacientes son muy sensibles a los vasodilatadores como la nitroglicerina o histamina, al alcohol y a la tiramina, que contienen algunos quesos añejos.

c) Migraña hemiplejica. Se cree que en este tipo de migraña aparecen las mismas reacciones vasculares de la migraña clásica. El factor principal es la inestabilidad heredada para el control vascular, y no se sabe con certeza si la fase vasoconstrictora o vasodilatadora de la migraña están implicados. La presentación de este tipo de migraña suele ser tan exagerada que en ocasiones puede que llegue a ocurrir isquemia del tejido cerebral.

d) Migraña oftalmoplejica. En este tipo de migraña "hay parálisis ocular asociada a cefalea. Las estructuras inervadas por el tercer par craneal son las más comunmente afectadas. Esto se atribuye a la presión que ejerce la presión dilatada y

edematosa de la arteria carótida interna y sus ramas sobre el nervio. Por medio de la arteriografía se ha demostrado constricción segmentaria de toda una parte de la porción intracraneal de la arteria carótida interna en pacientes, durante un ataque migrañoso. También se ha sugerido que el edema cerebral provocado por la migraña pudiera producir herniación de la circulación del hemicampo hasta comprimir el tercer par, pero este concepto es mera especulación". (Dalessio, 1984; pág. 4).

Con este padecimiento, se presentan asociadas parálisis oculares transitorias y raras veces permanentes, por lo que la arteriografía es necesaria para el diagnóstico.

2. Cefalea vascular tóxica.

Dentro de esta categoría, se han incluido todas las enfermedades y situaciones que producen cefalea de naturaleza vascular que forman parte de su sintomatología general. En el siguiente cuadro podremos observar las más comunes y algunos de los factores que suelen producirlas. (Dalessio, 1984; pág. 4).

Antes de pasar a ver el cuadro en la siguiente página, se debe aclarar que en este tipo de cefalea no migrañosa, interviene la vasodilatación intracraneal, los padecimientos que intervienen en este tipo de cefaleas tienen que identificarse apropiadamente para encontrar el tratamiento

adecuado, ya que con la mejoría general desaparece en ocasiones también la cefalea.

CAUSAS DE CEFALÉAS VASCULARES TOXICAS.

SITUACIONES PATOLOGICAS	TOXICAS	SUBSTANCIAS
FEBRILES	OTROS	NO FARMACOLOGICAS
Neumonía	Alcohol	Monóxido de carbono
Tonsilitis	Hipoglucemia	Plomo
Septicemia	Hipoxia	Benceno
Fiebre Tifoidea	Altitud	Tetracloruro de carbono
Tularemia	Hipercarbia	Insecticidas
Influenza	Esfuerzo	Nitratos
Sarampión		
Paperas		
Poliomielitis		
Mononucleosis infecciosa		
Paludismo		
Triquinosis		

FARMACOLOGICOS	DEPRIVACION FARMACOLOGICA
-----------------------	--------------------------------------

Nitratos	Derivados de ergonovina
Indometacina	Cafeína
Progestágenos orales	Anfetaminas
Vasodilatadores orales	Varias fenotiacinas

3. Cefalea asociada con hipertensión y toxemia en el embarazo.

La hipertensión arterial, producida por diversas causas como el ejercicio intenso, enojo o excitación sexual etcétera, es un factor muy importante en algunos casos.

La elevación extrema de la presión arterial también se puede presentar en el embarazo "en la fase maligna de la hipertensión esencial y en nefropatías terminales. El síndrome que se denomina encefalopatía hipertensiva consiste de cefalea intensa, náusea, vómito y convulsiones, desembocando en estados de confusión mental y coma. El papiledema siempre está presente como signo primario de aumento en la presión intracraneana. La cefalea es continua, generalizada, pulsátil y rebelde al tratamiento con analgésicos comunes. Se asume que el edema cerebral es

responsable, de un modo u otro, por cefalea asociada a la encefalopatía hipertensiva". (Dalessio, 1984; pág. 5).

En cuanto a los signos neurológicos que se presentan en la encefalopatía hipertensiva, que acompaña la toxemia, se encuentran relacionados con el espasmo vascular cerebral que posteriormente provoca isquemia y edema cerebrales.

Para tratar este tipo de encefalopatía hipertensiva, se debe recurrir primero a reducir la presión arterial.

Por último, en cuanto a las cefaleas que se relacionan con la hipertensión esencial, el dolor es principalmente de origen vascular y se relaciona con el grado de contractilidad de las arterias intra y extracraneana. Este dolor es descrito como aprensivo y punzante, "con un componente pulsátil: se presenta a menudo por las mañanas y mejora conforme el paciente se moviliza, se levanta y emprende actividades motoras".(Dalessio, 1984; pág. 5).

Cabe agregar que este tipo de cefalea suele presentarse en algunos casos en lo que la presión sanguínea diastólica es mayor de 110 mm Hg.

4. Cefalea por contractura muscular o tensional.

Este tipo de cefalea es considerada como una de las más comunes y es relacionada con las contracturas crónicas tanto de los músculos de la cabeza como del cuello. El dolor

que se produce se describe como sordo, en forma de banda, persistente y la duración puede ser de días o meses.

Un aspecto importante que interviene en este tipo de cefalea, es la contractura muscular crónica, el espasmo del músculo esquelético que comprende tres arcos reflejos.

"1. Casi siempre es un reflejo polisináptico de retirada el que inicia el espasmo muscular. Ocurre un proceso patológico local que estimula las fibras nerviosas.

2. También se estimulan las vías polisinápticas espinales y el sistema lemniscal. El estímulo inicial se transmite por estas vías ascendentes al tálamo y otras estructuras centrales, donde se le registra como estímulo doloroso.

3. En este momento, el cerebro envía impulsos a través del sistema reticuloespinal para activar neuronas eferentes gamma que contraen el huso neuromuscular.

4. La contracción del huso muscular evoca un estímulo monosináptico que viaja directamente al asta anterior y aumento de la descarga en el nervio eferente periférico y sobre todo, intensifica la contracción muscular". (Dalessio, 1984; pág. 6).

Respecto al papel que desempeñan las contracturas musculares en el dolor de cabeza, (Bergh, 1980, pág.161) menciona que "en sujetos con espasmos de los músculos de la bóveda craneal, provocados por contractura refleja debida a irritación de las estructuras extracraneales o intracraneales o

por hipertonia muscular psicógena, la gama aponeurótica se encuentra estirada como un gorro. La sensación de una "liga apretada, de un casco, o de un peso sobre la cabeza" constituye consecuencia de esto. La tracción de las inserciones musculares a nivel del periostio del borde orbitario produce dolor frontal y en la región de la órbita".

Al igual que en los músculos de la bóveda craneal también la contractura de los músculos del cuello, como la anteflexión, las posturas anormales que implican una carga asimétrica de la columna y la contractura de los músculos cervicales producen dolor.

El cual puede ser "directamente muscular y estar relacionado con isquemia del músculo puede ser neurálgico y ser causado por compresión o constricción de las ramas periféricas de las raíces cervicales superiores en lugares donde atraviesan a través de las capas superficiales de los músculos suboccipitales y aponeurosis". (Bergh, 1980; pág. 161).

En el dolor de cabeza por contracción muscular, además de intervenir la sensación de tensión, compresión o tracción muy variables en intensidad, frecuencia y duración también intervienen factores psicológicos. "Los dolores de este tipo por lo regular constituyen una parte de la reacción del individuo frente a las sobrecargas psíquicas del exterior. Las denominaciones "de tensión" psicógeno o "nervioso" que

tienen doble sentido o resultan insatisfactorias, se refieren ampliamente a este grupo de dolor de cabeza".

Como puede observarse, en este tipo de cefalea, además de las contracturas musculares que pudieran identificarse, también deben de tomarse en cuenta los factores psicológicos provenientes del medio ambiente que en un momento dado intervienen en la producción o agravación del dolor de cabeza.

5. Cefalea por tracción e inflamatorias.

Este tipo de cefaleas son producidas principalmente por la "tracción de las estructuras sensitivas al dolor como son las arterias, venas y pares craneales. Puede ser producida por el desplazamiento de estructuras intracraneales por un tumor (absceso encefálico o hematoma subdural u otra), por el estiramiento de ciertos elementos (hidrocéfalo) y por colapso cerebral (hipotensión del líquido cefalorraquídeo). (Bergh, 1980; pág. 156).

Dentro de este tipo de cefaleas, se pueden considerar todas aquéllas relacionadas con enfermedades orgánicas del cráneo, incluyendo el cerebro, meninges, arterias, venas, ojos, oídos, dientes, nariz y senos paranasales. (Dalessio, 1984).

Por ejemplo, las lesiones ocupativas que incluyen los hematomas, abscesos "edema" cerebral inespecífico y punción lumbar, así como los procesos inflamatorios intra o

extracraneanos pueden provocar cefalea, en casos como los de meningitis, arteritis intracraneana, flebitis y también los padecimientos que se asocian con la hemorragia subaracnoidea. Dado que el dolor es producto de una inflamación abarca todas las estructuras cefálicas sensibles al dolor. (Bergh, 1980; y Dalessio, 1984).

Por último, las neuritis y neuralgias craneanas, enfermedad de la articulación temporomandibular (ATM) incluyen las formas de dolor facial que son mediadas por nervios craneales, excluyendo las neuralgias del trigémino y el glossofaríngeo.

Para clasificar el dolor facial crónico y separar aquéllos síndromes que poseen una base neuroanatómica y considerar a los demás como neuralgias faciales. (Dalessio, 1980; pág. 8).

CLASIFICACION DE LAS NEURALGIAS FACIALES.

NEURALGIA CLASICA.

Neuralgia del trigémino.

Neuralgia glossofaríngea.

OTRAS NEURALGIAS.

Neuralgia geniculada (intermedia) de Hunt

Neuralgia facial postherpética

Neuralgia esfenopalatinas

PROBABLES VARIANTES DE LA CEFALEA EN RACIMO.

Neuralgia vidiana de Vail

Neuralgia ciliar (Charlin)

Neuralgia petrosa

Eritroprosopalgia

Síndrome paratrigeminal de Raeder

DOLOR FACIAL RELACIONADO A PATOLOGIA CRANEO FACIAL.

Patología de la articulación temporomandibular
(Síndrome
de Costen).

Patología intracraneana.

Dolor orofacial-lengua urente

CEFALEA DE LA MITAD INFERIOR

Dolor facial atípico

Carotidina

Con base en la clasificación anterior, se han revisado ya las principales formas de cefaleas, que suelen presentarse y se puede apreciar la distinción de aquéllas en las que intervienen factores orgánicos, externos y psicológicos. Pero, aún faltan por explicar otros elementos que deben

considerarse en la evaluación de las cefaleas y los cuales serán abordados en el siguiente punto.

7 2. ALGUNAS OBSERVACIONES CLINICAS SOBRE LAS CEFALEAS.

Para obtener un diagnóstico preciso y atribuir un origen fisiológico o psicológico a cualquier tipo de cefalea, es preciso tomar en cuenta características tan importantes como la frecuencia, localización, intensidad, antecedentes familiares, patologías, etcétera.

En cuanto a la frecuencia en aparición, las cefaleas que se caracterizan por ser las más comunes, son las que están relacionadas con trastornos de estado de ánimo, la depresión, la ansiedad o bien la tensión emocional. Le siguen las cefaleas vasculares (migraña) y posteriormente las que se asocian con algún padecimiento en específico. (Wolff, 1984).

Una de las características, que desde nuestro punto de vista nos parece un detalle importante, es la intensidad de las cefaleas. Clínicamente se ha comprobado que las cefaleas provocadas por ruptura de aneurisma intracraneana, meningitis, fiebre, migraña, hipertensión cerebral, tumor cerebral, etcétera, suelen ser muy intensas y en ocasiones este puede ser un punto determinante en la detección de un padecimiento grave.

La descripción del paciente acerca del dolor es la que da la pauta para proceder a descartar posibilidades además de otros síntomas con los que puede acompañarse.

Ahora bien, en el caso de la cefalea por contractura muscular o tensional, hemos dicho ya, que es una de las de incidencia más frecuente y entre otras de sus características se encuentra que el paciente reporta una sensación de presión que se acentúa más intensamente en el cuello, hombros y occipucio, que después irradian a la región frontal. Pueden ser unilaterales o bilaterales.

Este dolor, puede ser que se intensifique si se presionan con fuerza los músculos hipersensibles. También la posición o movimiento de la cabeza pueden agravarlo en el caso de que los músculos contraídos se extiendan o relajen.

La duración de la cefalea por contracción muscular o tensión es muy variable, pueden ser días, semanas o años y las labores u ocupaciones del paciente pueden estar relacionadas con el tiempo de duración, por lo que su análisis es importante.

Wolff, (1984) afirma que: "la cefalea por contracción muscular o las sensaciones de presión casi siempre empeoran hacia el final del día laboral". (Pág. 482).

El estado de ánimo también puede ser fundamental para desencadenar un ataque de cefalea. Interesado en el aspecto psicológico de las cefaleas, Wolff, (1984) llevó a cabo un estudio de las funciones de la personalidad y su relación con el síndrome migrañoso. En este participaron 46 sujetos; 25 mujeres y 21 hombres.

En general, los resultados encontrados fueron: que situaciones como la tensión excesiva respecto a la seguridad familiar, financiera o personal, vida sexual insatisfactoria, tensión excesiva, ira y resentimientos no expresados etcétera. Son episodios que más de una ocasión influyeron para desencadenar un ataque de migraña.

En contraste a estas situaciones, las que reducen la tensión o disipan la frustración, o el resentimiento, modifican la evolución de los pacientes con cefaleas migrañosas.

Existen también otros estudios en los que se ha encontrado relación a los aspectos psicológicos y la migraña. Se considera que la revisión de estos informes, contribuyen a reafirmar la importancia que debe dársele a la parte psicológica del ser humano, y por consiguiente al apoyo psicoterapéutico que le brinde la oportunidad de expresarse y encontrar la mejor solución a sus problemas que lo han llevado a caer en una predisposición al dolor, el cual trata de combatir momentáneamente con el uso de medicamentos sin llegar a la verdadera raíz del problema.

De los resultados obtenidos por Wolff, (1984) se desprende que: "la importancia de estos datos experimentales resulta evidente en los pacientes con cefaleas rebeldes que toman medicamentos frecuentes a grandes dosis para intentar inútilmente liberarse del dolor y "seguir adelante" con sus responsabilidades y tareas usuales. La medicación

continúa se añade a su depresión y provoca mayor frustración, fracaso y stress". (Pág. 436).

Por esta razón, es tiempo ya que como profesionistas relacionados con el área de la salud, el médico y el psicólogo no se dediquen solamente a un aspecto de la realidad del ser humano, sino que cada quién en su respectiva área, no descarte que además de abordar la enfermedad para su curación, también el individuo enfermo merece atenderse, pues es a él a quien tiene que curarse. Desgraciadamente, en nuestros días, aún se sigue descuidando al individuo o solo se aborda una parte de ese todo que representa.

Es importante también, que si nos enfrentamos ante un paciente en cuya enfermedad no se pueden identificar los conocimientos etiológicos reales, consideremos las dificultades de adaptación a las que se ha enfrentado o se enfrenta actualmente el individuo. Solo de esta manera tendremos una visión más amplia acerca del enfermo y de su enfermedad como el resultado de una situación.

La adaptación del individuo a su medio ambiente y a las condiciones de vida en las que crece y se desarrolla, han sido objeto de atención por parte de los investigadores y se han relacionado con la aparición de algunas enfermedades.

Diez Benavides, (1975); hace una distinción de cinco clases de enfermos que se relacionan con diferentes situaciones, estos son:

1. El nervioso. Que acude por que siente difícil el proceso de vivir; estas dificultades son más o menos explícitas, pero no pueden atribuirse a una enfermedad. Se trata de un individuo con dificultades de adaptación a circunstancias internas y externas; se trata de una persona en dificultad.

2. El neurótico. Del cual opina que se trata de una persona en desequilibrio con el ambiente y consigo mismo.

3. El psicótico. El síntoma psicopatológico tiene su raíz en la condición humana, en el temor y en la psicosis; las fuerzas que normalmente lo contrarrestan no son suficientes, cristalizándose en ideas persecutorias, de megalomania o de infravaloración. Se trata de una persona disociada de la realidad.

4. El psicósomático. Este paciente independientemente de la localización perfecta de la enfermedad corporal que presente, el conocimiento de su enfermedad psicósomática solo se logrará a partir del estudio de su personalidad, de sus tensiones, de sus conflictos y de observar cómo se llega por irradiaciones sucesivas, al trastorno funcional de los órganos e incluso a la lesión. Se trata de una persona con tensiones, conflictos y frustraciones.

5. El somático. Este paciente se caracteriza por tener una enfermedad rigurosamente somática. Pero esto no quiere decir que no deba prestarse atención al individuo, pues la enfermedad pasa a ser un acontecimiento central en la vida

del que la padece, cuyas repercusiones psíquicas y físicas serán tales en la función de la personalidad del enfermo; es decir, que incluso en la enfermedad más alejada de lo psíquico, pasa a ser un acontecimiento personal y de las proporciones cuantitativas y cualitativas en que lo sea, podrá depender el destino del enfermo. Se trata de una persona enferma con un sufrimiento emocional agregado.

Independientemente de la clasificación que se le asigne al enfermo, lo cierto es que la enfermedad como resultado de desadaptación, siempre traerá consecuencias diversas al individuo; y también la enfermedad somática pura, pues además de las molestias físicas se presentarán las psíquicas, ante las cuales se tendrá que buscar también la respuesta para solucionarlas. Pues el factor emocional siempre estará presente de cualquier manera.

Ante este panorama, pensamos que los pacientes que padecen cefalea por contractura muscular o tensional, también tienen que enfrentar las situaciones emocionales acontecidas en su vida diaria que originan la cefalea y por consiguiente, las consecuencias positivas y negativas que esto conlleva.

Todo esto contribuye a agravar la situación emocional y física del paciente, por lo que se hace necesario recurrir a los tratamientos psicológicos para combatir la cefalea. Estos tratamientos serán explicados en el siguiente punto.

7.3. TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS APLICADOS A LAS CEFALEAS.

1. Analgésicos.

Dentro de la diversidad de técnicas o recursos terapéuticos para el tratamiento de las cefaleas, quizá el más conocido y de más demanda es el uso de los analgésicos, los cuales en un gran número de casos son utilizados sin control y hasta sin prescripción médica.

Los pacientes que frecuentemente padecen un dolor crónico causado por la presencia de cefalea, recurren a la búsqueda de una mejoría inmediata. Sin duda alguna, esta es posible, gracias a la gran diversidad de analgésicos que actualmente existen en el mercado.

El pronto alivio, es la principal ventaja con el uso de los analgésicos; pero también es posible disminuir la depresión, la ansiedad o el insomnio. Se puede decir que el analgésico es un potente reforzador positivo que incrementa la conducta en el paciente en la ingesta de los mismos.

El médico juega un papel importante en el reforzamiento mantenimiento del dolor. Pues al recetar al paciente, se evita la interacción más amplia con el paciente y no interviene en la identificación de los factores psicológicos. Por otra parte, el paciente reconoce en él, su eficacia para proporcionar el tratamiento que necesita. De esta manera, se establece un

círculo vicioso que hace posible que el paciente siga ingiriendo una gran cantidad de analgésicos, sin darse cuenta de los efectos secundarios que producen los analgésicos.

Un ejemplo de estos efectos son los demostrados por Anderson, (1975) quien informó que "las cefaleas vasculares pueden hacerse dependientes de la ergotamina. Es demasiado obvio que incluso los analgésicos no narcóticos no siempre son benignos cuando se usan frecuentemente en grandes dosis: la aspirina causa hemorragias; la fenacetina causa daño renal; el acetaminofén daño hepático. Al combinar estos medicamentos con narcóticos, como ocurre con frecuencia, puede sobrevenir patología fisiológica importante, así como en la esfera de la conducta". (Citado en Dalessio, 1984; pág. 469).

Los efectos secundarios, son el resultado de la dependencia a este tipo de medicamentos, y es precisamente la dependencia uno de los aspectos más difíciles de abordar en el tratamiento psicológico.

Es evidente, que resulta más fácil y cómodo para el paciente ingerir un medicamento, que someterse a un análisis e identificación de eventos que desencadenan un ataque de cefalea; y aún más difícil puede ser el modificar ciertos tipos de conducta a los que ya está habituado y mediante los cuales obtiene beneficios.

También puede ser que el paciente, no tenga conocimiento o se niegue a aceptar la participación de los factores psicológicos en su padecimiento. Situación que representa desventajas para el paciente, en cuanto se refiere a su salud a largo plazo.

Por medio de un preciso análisis de los eventos psicológicos, es posible proporcionar tratamiento a un paciente con cefalea de origen psicológico y así evitar los efectos secundarios producidos por los medicamentos, que con el paso del tiempo el costo a dicha dependencia será más alto.

2. Biorretroalimentación.

Una de las formas relacionadas con el condicionamiento operante es la biorretroalimentación, la cual Sternbach, (1984) consiste en: "detectar, transducir, amplificar y mostrar una de las funciones fisiológicas del sujeto en forma inmediata y continua. Esta función puede ser el pulso, temperatura cutánea, tono muscular, flujo sanguíneo periférico, o electroencefalograma. Si el sujeto está bien motivado o recompensado, puede aprender a aumentar o disminuir "a voluntad" la amplitud o la frecuencia de la función en turno". (Citado en Dalessio, 1984; pág. 472).

Mediante el uso de la biorretroalimentación y haciendo uso de instrucciones precisas, se entrena al paciente para que

adquiera respuestas apropiadas de relajación para evitar la cefalea o bien otros síntomas involucrados en el padecimiento. Este procedimiento, es empleado para cefaleas por contracción muscular y para cefaleas vasculares.

Por su parte, Schoenmaker, (1980) describe el procedimiento de la siguiente forma: "En el caso de los llamados dolores de cabeza tensionales, la información es reunida por un electromiógrafo. El paciente aprende a relajar su músculo frontal, la etapa de relajamiento será vista o escuchada en el electromiógrafo. Después de algún entrenamiento el paciente puede relajar su músculo frontal sin electromiógrafo". (Pág. 221).

Los resultados obtenidos en investigaciones en las que se ha utilizado la técnica de biorretroalimentación en las cefaleas han sido exitosos. Sternbach, (1984) cita los estudios realizados por Budzynski, Stoyva, Adler y Mullaney, (1973); Wicramasekera, (1973) y Mckenzie, Ehrishman, Montgomery y Barnes, (1974); en los que predominó la utilización de la biorretroalimentación. Por su parte, Warner y Lance, (1975) utilizaron solamente entrenamiento en relajación y también obtuvieron éxito en el tratamiento de las cefaleas.

Es preciso destacar que la biorretroalimentación, es combinada con otras técnicas entre las que se encuentran la de sensibilización, relajación, seguridad e incluso la

autosugestión. La alternativa de recurrir a otras técnicas, sugiere ciertas ventajas para la aplicación de un tratamiento que permita obtener buenos resultados.

Por otro lado, es importante mencionar que en un gran número de estudios enfocados al tratamiento de las cefaleas, se presta poca atención a la relación del o de los eventos psicológicos con la contracción muscular. Esta situación desde nuestra perspectiva, solo permite conocer la situación superficialmente y si la parte psicológica del individuo influye o determina la cefalea, esta es una razón suficiente para identificarla y considerarla dentro del tratamiento.

3. Hipnosis.

La hipnosis también es un tratamiento eficaz para la cefalea por contractura muscular o tensional, en este procedimiento, se dan instrucciones o se sugiere a los pacientes la manera de provocar respuestas incompatibles con la respuesta de dolor producida por la cefalea.

Desafortunadamente, la información sobre investigación clínica de la hipnosis acerca de las cefaleas es muy escasa.

Esto puede resultarnos hasta cierto punto sorprendente, si tomamos en cuenta la cantidad de años que se ha utilizado la hipnosis y el gran número de estudios experimentales muy confiables realizados con sujetos normales. Por alguna razón, casi todos los trabajos clínicos sobre el tema no usan controles

o datos objetivos, y casi siempre consisten de afirmaciones generales y ejemplos anecdóticos. (Blumenthal, 1963; Kroger, 1963).

Entre los estudios más ilustrativos que muestran la eficacia de la hipnosis en las cefaleas se pueden citar los realizados por Harding, (1961, 1967) 25 pacientes; Anderson, Basker y Landon, (1975), 47 pacientes; Stacher, Stuscher, Bauer, Lahoda y Schulze, (1975) 4 pacientes. En todos estos estudios se obtuvieron resultados más eficaces con el uso de la hipnosis en comparación con otras técnicas como la farmacología.

Por su parte, De Piano y Salzberg, (1979) relizaron una amplia revisión de investigaciones en las que se aplica clínicamente la hipnosis, y en lo que se refiera a las cefaleas mencionan estudios muy representativos de los excelentes resultados adquiridos mediante la hipnosis.

Se puede decir que la importancia de la hipnosis en el tratamiento de la cefalea, es que ésta representa una alternativa de gran ayuda en los casos en los que el tratamiento con medicamentos ya no tiene buenos resultados.

Además dada la gran cantidad de factores psicológicos que intervienen en este tipo de problema, dicha técnica ofrece ser una herramienta útil para el control y tratamiento del dolor; debiendo difundirse entre los distintos profesionales dedicados al área de la salud.

La hipnosis en el tratamiento de la cefalea por contractura muscular, permite que el paciente alcance un estado adecuado en el que pueda concentrarse y aprender a relajarse mentalmente y también a nivel muscular.

Finer, (1974) divide el proceso hipnótico en tres fases:

"1. Concentración o relajamiento, seguido de concentración en fantasías placenteras, para desprender de la mente los eventos desagradables (como el dolor).

2. Durante la hipnosis el terapeuta intenta debilitar los reflejos condicionados que amenazan la personalidad total y reforzar los reflejos de sostén.

3. Restaurar el contacto con la realidad en donde usted espera que el paciente permanezca con los cambios que se pueden efectuar con estos cambios".

Como puede observarse, en este ejemplo de procedimiento hipnótico al igual que en otros, destaca principalmente la atención a los factores psicológicos, los cuales forman parte en los ataques de cefalea.

Por medio de la hipnosis, además de lograr la relajación o analgesia por medio de las sugerencias deberá de incluirse en el guión de instrucciones específico para cada paciente, las sugerencias precisas y acorde para abordar los eventos psicológicos.

Si se trabaja de esta manera, podremos tener la confianza de que el tratamiento hipnótico tendrá éxito sobre la cefalea.

Desde nuestro punto de vista, la hipnosis no representa riesgo alguno para el paciente, sino que al contrario siendo esta una técnica sencilla y poco costosa, representa una excelente alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes en los que la cefalea por contractura muscular o tensional se ha convertido en un problema con el que casi a diario se tengan que enfrentar. Impidiéndoles de alguna forma realizar sus actividades cotidianas o bien amenazando su desarrollo personal en distintas áreas como la familiar, social, profesional, laboral, etcétera.

Rescatando algunos aspectos importantes como son la frecuencia con que suele presentarse el problema de la cefalea por contractura muscular o tensional en nuestros días y tomando en cuenta todas las ventajas terapéuticas que ha demostrado el uso del tratamiento hipnótico. La razón de ser del presente trabajo es precisamente ayudar psicológicamente por medio de la hipnosis al ser humano que presenta ataques frecuentes de cefalea, y que mediante el tratamiento farmacológico no encuentra solución al problema y pone en riesgo su salud por los efectos secundarios del medicamento.

Pensamos que mediante la hipnosis, el paciente puede encontrar solución, además de afrontar y controlar su situación de acuerdo con su realidad actual, para de esta manera permitirse vivir cómodamente sin tener que enfrentar las consecuencias negativas que implican el estar inmerso en una enfermedad que más que ser de origen fisiológico, tiene un fondo psicológico producido por el medio ambiente que le rodea.

De esta manera, es que se pensó en llevar a la práctica, la aplicación clínica de la hipnosis, en el problema de la cefalea por contractura muscular o tensional. Por lo que los aspectos metodológicos, resultados encontrados y conclusiones serán abordados en el siguiente apartado.

CAPITULO VIII

APLICACION DE LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL.

8.1 METODO

Sujetos. En la presente investigación participaron 21 pacientes; de los cuales 16 pertenecían al sexo femenino y 5 al sexo masculino. El rango de edad de los pacientes fue entre 22 y 64 años de edad; con escolaridad mínima de primaria terminada.

Los pacientes fueron referidos por el médico responsable del centro de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) N. 4; ubicado en la colonia Lázaro Cárdenas, Tlalnepantla, Edo. de México.

El diagnóstico médico por el cual eran referidos a tratamiento psicológico era el de cefalea tensional. Dicho diagnóstico era verificado por el neurólogo para descartar otro tipo de padecimiento. En cuanto al promedio de tiempo del padecimiento que presentaban los pacientes seleccionados, este fue de un año seis meses a catorce años.

Como otra característica importante que debían reunir los sujetos, se tomó en cuenta el tiempo que llevaban de consumir una o más clases de analgésicos. El promedio de tiempo de ingestión de los mismos fue de uno a catorce años durante los cuales no obtuvieron resultados satisfactorios en la eliminación total y/o frecuencia de aparición del dolor.

Cabe mencionar que el médico una vez que los refería al servicio de psicología, les explicaba y hacía la aclaración de que era conveniente que durante el tratamiento psicológico era factible que no consumieran ningún tipo de medicamento que pudiera interferir con la efectividad del tratamiento psicológico y que tuviera alguna relación con la eliminación del dolor de cabeza.

Los datos referentes a la edad, tiempo de padecimiento y consumo de anlgésicos pueden observarse en la tabla número 1.

Escenario. Las sesiones se llevaron a cabo en un consultorio del centro DIF N. 4 - Lázaro Cárdenas, cuyas medidas eran las siguientes 4 m. de largo por 4 m. de ancho, dentro del cual se encontraban un escritorio de 1.70 m. de largo por 80 cm. de ancho, una silla y un sillón reclinable.

Todas las sesiones que se llevaron a cabo a lo largo de la presente investigación fueron realizadas por el mismo terapeuta y su duración fue de dos horas por sesión.

Medición. Para medir la intensidad del dolor reportado por cada uno de los pacientes, se utilizó una escala subjetiva con valores de 0 a 100. El 0 significaba ausencia total del dolor, el incremento de los valores se estableció de 10 en 10 hasta el número 100, el cual representaba el grado máximo

de dolor. Los pacientes anotaban estos datos precisando el día y la hora.

Se utilizó un segundo registro, en el cual los pacientes registraban la hora aproximada o exacta en la que el dolor iniciaba y en la que finalizaba, así como también las actividades realizadas durante el lapso de tiempo en el que aparecía el dolor de cabeza. Este tipo de registro se utilizó con la finalidad de identificar si las actividades cotidianas que realizaba el paciente tenían alguna relación con la hora en que iniciaba o finalizaba el dolor. O bien, si la realización de alguna actividad tenía relación con la presencia del dolor o si existían otras que aminoraban, desaparecían o evitaban la presencia del mismo. (Ver anexos 1 y 2).

Materiales. Hojas de registro (formatos 1 y 2) para medir la intensidad y duración del dolor y glóbulos homeopáticos sin contenido de medicamento en presentación de frascos con 60 gramos.

Diseño. Los sujetos se asignaron al azar a cuatro grupos quedando establecidos de la siguiente manera: Grupo Experimental 5 pacientes de sexo femenino; Grupo Placebo 5 pacientes de sexo femenino; Grupo Control 6 pacientes de sexo femenino y por último un grupo Experimental con 5 pacientes de sexo masculino.

Se empleó un diseño de comparación entre grupos conformados de la siguiente manera:

Un grupo experimental (cinco sujetos del sexo femenino), un grupo placebo (cinco sujetos del sexo femenino), un grupo control (seis sujetos del sexo femenino) y un grupo experimental masculino (cinco sujetos del sexo masculino)

Las fases del tratamiento quedaron conformadas de la siguiente manera:

GRUPO EXPERIMENTAL FEMENINO	LINEA BASE	HIPNOSIS	SEGUMIENTO	
GRUPO PLACEBO FEMENINO	LINEA BASE	PLACEBO	HIPNOSIS	SEGUIMIENTO
GRUPO CONTROL FEMENINO	LINEA BASE	LINEA BASE	HIPNOSIS	SEGUIMIENTO
GRUPO EXPERIMENTAL MASCULINO	LINEA BASE	HIPNOSIS	SEGUIMIENTO	

Se eligió trabajar con este diseño porque de acuerdo con Campbell y Stanley, (1988) mediante éste se puede tener control acerca de las variables de comparación entre uno y otro grupo y se pueden establecer comparaciones entre el grupo control y el grupo experimental sin atender con los

factores de validez interna como son la historia, la maduración etcétera.

Procedimiento. Independientemente del grupo al que fueron asignados los pacientes, con cada uno de ellos se midió la intensidad y duración del dolor. Para ello se les proporcionaron los formatos correspondientes y se les dieron de manera individual las siguientes instrucciones: en el formato usted tiene que anotar, en una escala de 0 a 100, la evaluación que asigne a la intensidad del dolor de cabeza que sienta en esos momentos. Recuerde que el 0 indica que no existe dolor y el 100 que es el máximo valor asignado a la intensidad del mismo. También tiene que anotar la hora exacta o aproximada en que inició y finalizó el dolor.

Posteriormente, se les indicó que una vez por semana tenían que acudir al consultorio a entregar los formatos al terapeuta; él se los reemplazaría por otros nuevos. Una vez reunido el registro de un máximo de siete días en los que se hubiera presentado el dolor de cabeza en tres ocasiones en menos de un mes, los datos serían considerados como criterio para establecer la línea base, y se procedió a citarlos para explicarles individualmente en qué consistiría el tratamiento con hipnosis. Se les expusieron los beneficios obtenidos con su aplicación en el tratamiento de la cefalea tensional y se les aclararon también sus dudas acerca de la misma. Concluida

la sesión se les asignó el horario y el día de la semana en que acudirían al consultorio.

Las fases del tratamiento que se siguieron con cada uno de los grupos quedaron conformadas de la siguiente forma: con los grupos experimentales femenino y masculino, la fase de línea base consistió en registrar como mínimo tres días en el mes en los que se hubiera presentado el dolor de cabeza; la siguiente fase fue introducir el tratamiento con hipnosis y una vez que se lograba la reducción a 0 del dolor, esto se tomaba como criterio para continuar con la fase de seguimiento.

En el grupo placebo, el criterio para la fase de línea base también fue de tres días de registro del dolor. Reunido este criterio, se procedió a la fase de tratamiento con placebo, la cual consistió en la prescripción de glóbulos homeopáticos sin ningún contenido de medicamento, se indicaron cinco glóbulos cada cuatro horas en caso de dolor de cabeza.

A cada uno de los pacientes de este grupo se les mencionó que el medicamento era muy efectivo y no tenía efectos secundarios. Con cada uno de los pacientes se siguió registrando tanto la intensidad como duración del dolor y una vez que reunieran cinco días de registro en los que no se observara mejoría en la intensidad, duración y/o frecuencia de la cefalea; entonces se procedió a introducir la hipnosis y por último la fase de seguimiento la cual se consideró así a partir de la disminución del dolor a 0.

Por último en el grupo control, la fase de línea base consistió en registrar como mínimo cuatro días en los que se hubiera presentado dolor, una vez reunido este criterio, se procedió a la fase de tratamiento con hipnosis y una vez disminuido el dolor a 0, se prosiguió con el seguimiento.

Con todos los pacientes la fase del tratamiento con hipnosis se realizó con la utilización de la técnica de fijación de la vista con relajamiento progresivo, la cual consistía en que el paciente fijara la vista en un punto específico mientras se le realizaban sugerencias de tranquilidad y sueño profundo para posteriormente introducir las sugerencias de relajamiento progresivo.

Una vez logrado que el paciente entrara en trance hipnótico, el terapeuta realizaba sugerencias relacionadas con la aminoración y desaparición del dolor. Durante esta fase del tratamiento se siguió midiendo tanto la intensidad como la duración del dolor en los registros que llenaban los pacientes.

Las sesiones durante esta fase también tenían una duración de dos horas y el número de sesiones de hipnosis dependía de los datos de intensidad y duración del dolor reportado por los pacientes.

Durante las fases del tratamiento, todos los pacientes de los cuatro grupos registraron en los formatos correspondientes tanto la intensidad como duración del dolor, si este había

desaparecido y en caso de que reapareciera se les indicó que tenían que registrarlo y acudir nuevamente con el terapeuta.

8.2. RESULTADOS

Los resultados encontrados con base en los reportes de intensidad y duración del dolor de cabeza, se describen a continuación. (También pueden verse las tablas 2, 3, 4, 5, y 6).

GRUPO EXPERIMENTAL FEMENINO.

Sujeto 1. En este caso, en cuanto a la intensidad del dolor, podemos observar en la Figura 1, que durante las siete sesiones de línea base que se registraron, la intensidad del dolor que reportó la paciente fue de 100. Posteriormente durante la fase de hipnosis se realizaron siete sesiones, y se observó lo siguiente: en la primera de ellas el valor asignado fue 0 y a partir de la segunda sesión se observaron valores de 20 a 10, con excepción de la quinta sesión en la cual el valor asignado fue 0 y durante las dos últimas sesiones se registraron valores de 10. Por último, durante la fase de seguimiento, en las tres sesiones que se registraron la paciente no reportó dolor de cabeza, por lo que los valores son 0.

Por otro lado, en cuanto a la duración del dolor en la Figura 2, durante la fase de línea base se aprecian resultados muy variables a lo largo de las siete sesiones, estos son de 24 en la quinta y sexta sesión respectivamente y el mínimo fue de 4 en la cuarta. Estos valores se presentan en forma

descontinuada. En la fase de hipnosis, en la primera sesión el valor registrado fue 0, en la segunda 12 y a partir de la tercera los valores disminuyeron paulatinamente hasta que en la última sesión el valor registrado fue 1.

Sujeto 2. En lo que se refiere a la intensidad del dolor en la Figura 3, en las tres sesiones de línea base registradas el valor observado fue 100. En la fase de hipnosis, se realizaron 21 sesiones y los valores que se registraron son variables, a partir de la primera sesión y hasta la sesión número 11, los valores observados fueron de 70 a 0, siguiendo una disminución paulatina. Sin embargo, a partir de la sesión 12 los valores registrados se incrementan de manera ascendente, con valores de 40 hasta 100; con excepción de las sesiones 20 y 21 en las que el valor registrado fue de 80. En la fase de seguimiento, durante las nueve sesiones registradas la paciente no reportó dolor, por lo que los valores asignados son 0.

En la duración del dolor, la Figura 4, nos permite observar que durante las tres sesiones correspondientes a la fase de línea base el valor observado fue 24. Posteriormente en la fase de hipnosis, durante las 21 sesiones correspondientes a ésta, se observa una gran variabilidad en los valores observados de 24 a 0 y estos se presentan de manera discontinuada. En el seguimiento, como no se reportó dolor, en las nueve sesiones el valor es 0.

Sujeto 3. En la Figura 5 que corresponde a intensidad del dolor, se observa que en las siete sesiones de línea base los valores registrados son de 100. En este caso, durante la fase de hipnosis, la paciente se presentó a las sesiones reportando un intenso dolor de cabeza durante las cinco sesiones evaluadas en esta fase, se observaron antes de comenzar la sesión de hipnosis valores de 100 de la sesión uno a la cuatro y en la sesión cinco el valor fue 90. Inmediatamente después de realizarse la hipnosis los valores observados son de 30 a 10 decrecentándose paulatinamente a lo largo de las sesiones.

Durante las tres sesiones evaluadas en la fase de seguimiento, no se reportó dolor de cabeza, y por ello se observan valores de 0.

En la duración del dolor, la Figura 6 nos permite observar que durante las siete sesiones de línea base el valor asignado a ésta es de 24. En la fase de hipnosis a lo largo de las cinco sesiones, los valores que se observan varían de 8 a 1 y estos corresponden únicamente a la duración registrada posteriormente a la realización de la hipnosis, pues antes de las sesiones la paciente no los registró. En la última fase de seguimiento, en las tres sesiones evaluadas no reportó dolor de cabeza y los valores son de 0.

Sujeto 4. En este caso, en la Figura 7 se observa que en cuanto a la intensidad del dolor, durante las tres sesiones que conformaron la línea base, el valor observado fue 70. En la

fase de hipnosis, los valores observados son uniformes; 50 en cinco de las sesiones y 30 en la última; en total fueron seis las sesiones evaluadas. Posteriormente, durante la fase de seguimiento en la que se registraron 13 sesiones el valor fue 0, dado que no se reportó dolor.

En cuanto a la duración del dolor, en la Figura 8, durante las tres sesiones de línea base los valores observados son de 10 a 7. En la fase de hipnosis los valores observados son de 5 a 1. En ambas fases los resultados no muestran gran variabilidad. Por último en la fase de seguimiento el valor es 0.

Sujeto 5. En cuanto a la intensidad del dolor, podemos observar en la Figura 9 que durante las siete sesiones evaluadas en la fase de línea base, el valor de 80 es uniforme en seis de éstas y en una es de 100. Durante la fase de hipnosis, la cual constó de cuatro sesiones, se observan valores de 40 a 0. En la fase de seguimiento, no se reportó dolor, por lo tanto el valor para todas las sesiones es de 0.

En cuanto a la duración del dolor, la Figura 10 muestra que durante la fase de línea base, los valores observados son 4 en las siete sesiones correspondientes. Posteriormente durante la fase de hipnosis, se observan valores de 4 a 0 en forma descendente.

En la fase de seguimiento, los valores son 0, por no existir dolor de cabeza.

GRUPO PLACEBO FEMENINO.

Sujeto 6. En cuanto a la intensidad del dolor, podemos observar en la Figura 11, que durante las nueve sesiones de líneas base que se registraron se observaron valores variables de 20 a 100. En la fase de placebo, las sesiones evaluadas fueron cinco en todas se observaron valores de 100. Posteriormente, en la fase de hipnosis, se realizaron diez sesiones y se observan valores variables de 40 a 0; observando una disminución paulatina a partir de la sexta sesión. Por último, en la fase de seguimiento no se reportó dolor de cabeza a lo largo de las 12 sesiones evaluadas y el valor es 0.

En la duración del dolor podemos observar en la Figura 12 que durante la línea base en las nueve sesiones se observan valores variables de 2 a 7. En la fase de placebo, los valores observados son de 2 a 5 en las cinco sesiones que se evaluaron.

Posteriormente, en la fase de hipnosis, en las diez sesiones se observan valores variables de 20 a 0 en forma descontinuada. Por último, en la fase de seguimiento, el valor es 0 en las 12 sesiones, pues la paciente no reportó dolor durante la misma.

Sujeto 7. Podemos observar en la Figura 13, que en la intensidad del dolor, durante la fase de línea base se observaron valores de 50 a 100, en las nueve sesiones que se

registraron. En la fase de placebo, podemos observar valores de 20 a 100 en forma discontinuada en las 11 sesiones que se evaluaron.

Durante la fase de hipnosis, se realizaron tres sesiones y a lo largo de las mismas se observaron valores de 0. Por último, en la fase de seguimiento, en las cinco sesiones que se registraron, el valor fue 0, pues la paciente no reportó dolor durante la misma.

En lo que se refiere a la duración del dolor, en la Figura 14 podemos observar, que en la fase de línea base los valores que se observan son de 3 a 24, estos muestran gran variabilidad a lo largo de las nueve sesiones que se evaluaron y se presentan en forma discontinuada. En la fase de placebo, los valores observados son de 2 a 24, se evaluaron un total de 11 sesiones y podemos observar que durante las seis primeras los valores son de 2 a 9 y de la sesión siete a la a la diez los valores son de 21 a 24, observándose un decremento de los valores a 8 en la última sesión. Por último, en la fase de hipnosis que constó de tres sesiones y la fase de seguimiento en la que se evaluaron cinco sesiones, nu hubo reporte de dolor de cabeza.

Sujeto 8. En la Figura 15, que corresponde a la intensidad del dolor, durante la fase de línea base, podemos observar variabilidad en los valores de 20 a 60, durante las siete sesiones que se evaluaron.

En cuanto a la sesión de placebo, se registraron 11 sesiones y los valores observados muestran alta variabilidad en

un rango de 20 a 70. Posteriormente, durante la fase de hipnosis, los valores observados, son de 0 a 20. Por último, en la fase de seguimiento, en las ocho sesiones que se evaluaron, el valor es 0 pues la paciente no reportó dolor de cabeza.

En la duración del dolor, podemos observar en la Figura 16 que en la línea base los valores registrados son de 4 a 16, en las siete sesiones que se evaluaron. Durante la fase de placebo, en las 11 sesiones que se evaluaron, los valores observados son de 2 a 24, mostrando gran variabilidad. Posteriormente, en la fase hipnosis, los valores son de 0 a 21, decrementándose paulatinamente a partir de la tercera sesión. En la fase de seguimiento, se evaluaron ocho sesiones y la paciente no reportó dolor de cabeza por lo cual el valor es 0.

Sujeto 9. En la Figura 17, podemos apreciar en lo que se refiere a intensidad del dolor, que durante la fase de línea base en las tres sesiones que se registraron los valores observados son de 80 a 100. En la fase de placebo, se evaluaron siete sesiones y los valores observados son de 30 a 0; decrementándose paulatinamente a lo largo de las sesiones. En la fase de tratamiento con hipnosis, se realizaron seis sesiones, y los valores observados son de 30 a 0. Por último, en la fase de seguimiento, a lo largo de las sesiones evaluadas, el valor es de 0 pues no se reportó dolor de cabeza.

Por otro lado, en cuanto a la duración del dolor en la Figura 18, podemos apreciar que durante las tres sesiones que conforman la línea base, se observan valores uniformes de 24. En la fase de placebo, las sesiones que se evaluaron fueron siete y los valores observados son de 24 a 0; el decremento se observó de 24 a 0 a partir de la sesión cinco. En la fase de hipnosis, los valores observados son de 24 a 0 en forma discontinuada. Por último en la fase de seguimiento, a lo largo de las seis sesiones que se registraron, la paciente no reportó dolor de cabeza, por lo que los valores son de 0.

Sujeto 10. En este caso, se puede apreciar en la Figura 19, correspondiente a la intensidad del dolor, que durante la fase de línea base, los valores observados en las siete sesiones que se registraron son 20 en cinco de las sesiones y 100 en solo dos de las mismas. En la fase de placebo, se observó un valor uniforme de 10 en las siete sesiones que conformaron esta fase.

Posteriormente, en la fase de hipnosis, se realizaron nueve sesiones y la paciente no reportó dolor de cabeza a lo largo del tratamiento, por lo que el valor observado durante esta fase es de 0 para todas las sesiones. También en la fase de seguimiento, en la que se registraron seis sesiones, la paciente no reportó dolor y los valores son de 0.

Por otro lado, en cuanto a la duración del dolor, en la Figura 20, se observan durante las siete sesiones que

conformaron la línea base, valores de 21 a 9 en forma discontinuada. En la fase de placebo, se evaluaron siete sesiones y los valores observados son de 4 a 18, presentándose también en forma discontinuada. Posteriormente, en las fases de hipnosis, no hubo reporte dolor, al igual que en la fase de seguimiento, por lo tanto los valores observados son de 0.

GRUPO CONTROL FEMENINO.

Sujeto 11. En la Figura 21 correspondiente a la intensidad del dolor, se aprecian durante la fase de línea base valores de 80 a 100; en la primera sesión el valor fue 80 y en las cuatro siguientes de 100. Posteriormente, en la fase de hipnosis, se observaron valores de 30 a 0, siguiendo una disminución paulatina durante las cuatro sesiones que se evaluaron. En la última fase que fue la de seguimiento, constó de cinco sesiones y el valor fue 0, pues la paciente no reportó dolor de cabeza.

Por otro lado, en cuanto a la duración del dolor en la Figura 22, se puede observar en la fase de línea base los valores son de 24 en cinco sesiones registradas. Durante la fase de hipnosis, los valores son de 24 a 0, en forma discontinuada a lo largo de las cuatro sesiones que se realizaron. Por último, en la fase de seguimiento, el valor

observado es 0 para las cinco sesiones que se registraron, debido a que no se reportó dolor.

Sujeto 12. En este caso, en cuanto a la intensidad del dolor, en la Figura 23 se aprecia que durante la fase de línea base, los valores observados son de 60 a 100 en las nueve sesiones que se registraron; el valor 100 fue uniforme en siete de las sesiones. En la fase de hipnosis, la cual constó de 14 sesiones, se observaron valores de 10 a 100 mostrando gran variabilidad; en esta fase en la sesión 11 el valor fue 100 y a partir de la sesión 12 se observó un decremento a 0 manteniéndose así hasta finalizar la fase. En la última fase que fue la de seguimiento y la cual constó de ocho sesiones evaluadas, no se reportó dolor de cabeza y por ello los valores observados son 0.

Por otro lado, en la Figura 24 correspondiente a la duración del dolor, en la fase de línea base a lo largo de las nueve sesiones evaluadas, se pueden observar valores de 4 a 16, en forma discontinuada. En la fase de hipnosis, los valores que se pueden observar son de 1 a 24 en forma discontinuada en las 14 sesiones que se registraron. Por último, en la fase de seguimiento, el valor es 0 en las ocho sesiones, no reportó dolor de cabeza la paciente a lo largo de esta fase.

Sujeto 13. En la Figura 25, se puede apreciar en cuanto a la intensidad del dolor, que en la fase de línea base se

observan valores de 100 en las cuatro sesiones evaluadas. Durante la fase de hipnosis, los valores observados son de 60 a 10, siguiendo una disminución paulatina a lo largo de las seis sesiones que se realizaron. Por último, en la fase de seguimiento, se evaluaron nueve sesiones, la paciente no reportó dolor de cabeza por lo que el valor observado para las mismas es 0.

Por otro lado, en la Figura 26 correspondiente a la duración del dolor, en la fase de línea base se pueden observar valores uniformes de 12 en cuatro de las cinco sesiones evaluadas y 10 solo en una de ellas. Posteriormente en la fase de hipnosis, en las seis sesiones evaluadas se observan valores en forma discontinuada de 1 a 9. En la fase de seguimiento, en las nueve sesiones correspondientes el valor es 0.

Sujeto 14. En lo que se refiere a la intensidad del dolor, en la Figura 27 los valores observados son de 50 a 100, en las diez sesiones evaluadas; el valor 100 se observa uniforme en siete de las diez sesiones evaluadas. Durante la fase de hipnosis, en las tres sesiones registradas, los valores observados son 0. En la fase de seguimiento, se evaluaron cinco sesiones y los valores observados son 0, debido a que la paciente no reportó dolor.

En la Figura 28, en cuanto a la duración del dolor, en la fase de línea base, los valores observados son de 10 a 24 en las diez sesiones evaluadas; durante las cuatro primeras

sesiones el valor es 24, a partir de la quinta sesión se observa un decremento paulatino en los valores, sin embargo, en la sesión diez se observa un incremento a 24 de la duración del dolor. Por último, en las fases de hipnosis y seguimiento, en las que se evaluaron tres y cinco sesiones respectivamente los valores son 0, pues la paciente no reportó dolor de cabeza durante las mismas.

Sujeto 15. En este caso, se puede apreciar en la Figura 29, que en cuanto a la intensidad del dolor, los valores observados son de 10 a 100 mostrando gran variabilidad en las ocho sesiones que se evaluaron. Durante la fase de hipnosis, en la que se realizaron tres sesiones, los valores observados son de 10 para las tres sesiones. Por último, en la fase de línea base, se registraron cinco sesiones y la paciente no reportó dolor de cabeza en ninguna de las mismas por lo que el valor es 0.

En la Figura 30, correspondiente a la intensidad del dolor, en la fase de línea base, se observan valores de 7 a 16 en forma discontinuada en las ocho sesiones que se evaluaron. En la fase de hipnosis, los valores observados son de 5 a 1 decrementándose en la última sesión. En la fase de seguimiento, en las cinco sesiones evaluadas el valor es 0.

Sujeto 16. En cuanto a la intensidad del dolor, podemos observar en la Figura 31, que durante las cinco sesiones de línea base se observan valores de 80 a 100; sólo en la primera

sesión el valor observado fue 80 y en las siguientes sesiones fue 100. Durante la fase de hipnosis, se evaluaron cuatro sesiones y los valores observados son de 30 a 0, observándose una disminución paulatina. Por último, en la fase de seguimiento, se registraron cinco sesiones, el valor observado para éstas es 0, la paciente no reportó dolor de cabeza en esta fase.

Por otro lado, en cuanto a la duración del dolor, en la Figura 32, durante las cinco sesiones de línea base, se observan valores de 8 a 24; siendo uniforme este último valor en las tres últimas sesiones.

En la fase de hipnosis, en las cuatro sesiones que se evaluaron, se observa un decremento paulatino en los valores de 7 a 0. Por último, en la fase de seguimiento, los valores son 0 para las cinco sesiones que se registraron.

GRUPO EXPERIMENTAL MASCULINO.

Sujeto 17. En la Figura 33 que corresponde a la intensidad del dolor, podemos observar que durante la fase de línea base los valores observados son de 50 a 80, en las tres sesiones que se evaluaron.

Durante la fase de hipnosis, se realizaron siete sesiones y los valores observados disminuyeron de 30 a 0, a partir de la sesión cuatro.

En la fase de seguimiento, a lo largo de las siete sesiones que se evaluaron el valor es 0.

En cuanto a la duración del dolor, en la Figura 34, podemos observar que en las tres sesiones correspondientes a la fase de línea base, los valores observados son de 11 a 7 decrecentándose paulatinamente. En la fase de hipnosis, durante las siete sesiones que se evaluaron, los valores observados son de 18 a 0, disminuyendo paulatinamente. Por último, en la fase de seguimiento, los valores observados para las siete sesiones registradas es 0, el paciente no reportó dolor de cabeza.

Sujeto 18. En la Figura 35, en cuanto a la intensidad del dolor, podemos apreciar que en las tres sesiones que conformaron la línea base los valores observados son de 100. En la fase de hipnosis, en las seis sesiones que se registraron se observaron valores de 100 en todas las sesiones. Por último, en la fase de seguimiento, los valores observados son de 0 en las tres sesiones que se registraron.

En lo que se refiere a la duración del dolor, en la Figura 36, se observan valores de 11 a 13 en las tres sesiones registradas en la línea base. Posteriormente, en la fase de hipnosis, se observan valores variables de de 8 a 1, a lo largo de las seis sesiones que se evaluaron, se observa una disminución paulatina de los mismos a partir de la sesión cuatro. Por último, en la fase de seguimiento, en las tres sesiones evaluadas el

valor es 0, el paciente no reportó dolor de cabeza en esta fase.

Sujeto 19. En cuanto a la intensidad del dolor, en la Figura 37, podemos apreciar que en las seis sesiones que conformaron la fase de línea base, los valores observados son de 70 a 100 y son variables a lo largo de las sesiones. En la fase de hipnosis, solo se realizó una sesión y el valor observado fue 0. Por último, en la fase de seguimiento, se evaluaron siete sesiones y el paciente no reportó dolor de cabeza, por lo cual el valor asignado es 0 para éstas.

Respecto a la duración del dolor, en la Figura 38, se puede apreciar que durante la fase de línea base, en las seis sesiones que se evaluaron se observan valores de 24 a 8, observándose un decremento paulatino en los mismos. En las fases de hipnosis y seguimiento, el paciente no reportó dolor de cabeza y por esta razón el valor es 0 en ambas fases.

Sujeto 20. En la Figura 39, se observa en cuanto a la intensidad de dolor, que en la fase de línea base en las cuatro sesiones evaluadas el valor observado es 100. En la fase de hipnosis, se realizaron 14 sesiones y los valores observados de 100 a 0 muestran alta variabilidad; a partir de la sesión nueve se observa un decremento paulatino de los valores de 10 a 0. Por último, en la fase de seguimiento, durante las seis sesiones que se registraron el valor es 0.

Por otro lado, en lo que se refiere a la duración del dolor, podemos observar en la Figura 40 que durante la fase de línea base el valor observado es 24 en las cuatro sesiones evaluadas.

En la fase de hipnosis, los valores observados son de 24 a 0 y se observa una disminución paulatina de los mismos. En la última fase, la de seguimiento, a lo largo de las seis sesiones que conformaron esta fase el valor observado fue 0, pues el paciente no reportó dolor de cabeza.

Sujeto 21. En la Figura 41, correspondiente a la intensidad del dolor, se puede apreciar que durante la fase de línea base, los valores observados a lo largo de las cinco sesiones evaluadas son de 90 a 50 en forma discontinuada. Posteriormente en la fase de hipnosis, se realizaron 13 sesiones, y los valores observados son de 70 a 0, observando una disminución paulatina a partir de la sesión siete. Por último, en la fase de seguimiento se observan valores de 0 en las cinco sesiones correspondientes a esta fase, pues el paciente no reportó dolor de cabeza.

Por otro lado, en cuanto a la duración del dolor, en la Figura 42, se puede observar, que en las cinco sesiones registradas en la fase de línea base, los valores observados son de 18 a 5 en forma discontinuada. En la fase de tratamiento con hipnosis, los valores observados a lo largo de las 13

sesiones evaluadas son de 8 a 0; observándose una disminución paulatina a partir de la sesión seis. Por último, en la fase de seguimiento, en las cinco sesiones que se evaluaron el valor es 0, debido a que el paciente no reportó dolor de cabeza durante esta fase.

8.3 DISCUSION

De acuerdo con los resultados obtenidos, estos nos permiten afirmar que la hipnosis tuvo éxito en el tratamiento de la cefalea y éstos, coinciden con los hallazgos encontrados por Harding, (1961, 1967); Anderson, Basker, y Dalton, (1975) y De Piano y Salzberg, (1979).

En cuanto a los resultados observados en el grupo experimental femenino, podemos decir que la introducción de la hipnosis contribuyó de manera efectiva a disminuir el dolor. Durante el curso del tratamiento, se observaron algunas diferencias entre los resultados obtenidos con cada uno de los sujetos, respecto a la intensidad y duración del dolor entre las fases de línea base e hipnosis y en cuanto a las fases de seguimiento en ningún caso, los sujetos reportaron dolor de cabeza, por esta razón solo se mencionaran las comparaciones pertinentes entre las fases de línea base y el tratamiento con hipnosis en cada uno de los casos.

En el caso del sujeto 1, el decremento en la intensidad del dolor durante la fase de hipnosis, fue muy significativo en comparación con la registrada en la línea base, y en la duración del dolor no fue muy importante el decremento observado una vez que se aplicó el tratamiento, pensamos que estos decrementos en la intensidad del dolor se pueden atribuir a que el sujeto era muy susceptible a alcanzar rápidamente el estado de hipnosis, además de que tenía gran interés en obtener resultados con el tratamiento, pues reportó que durante trece años no había encontrado nada eficaz para eliminar o aminorar el dolor. Otro detalle importante, es que en este caso, la paciente comenzó a presentar cefaleas frecuentemente a partir de la separación de sus padres durante su adolescencia, y pudimos observar que en algunas ocasiones el dolor se presentaba cuando tenía que convivir con alguno de los dos. En el sujeto 2, la intensidad del dolor fue decreciendo paulatinamente con el tratamiento de hipnosis hasta que desapareció. Sin embargo, posteriormente se volvió a presentar y se incrementó nuevamente hasta alcanzar el máximo valor, en esta parte del tratamiento la paciente reportó que uno de sus nietos que estaba bajo su cuidado, tuvo un accidente y que tanta tensión y angustia provocaron que el dolor volviera a aparecer, después de que en tres sesiones del tratamiento no había reportado dolor. Con esta paciente, se pudo identificar que su vida familiar estaba

llena de conflictos debido al alcoholismo de su esposo y problemas con sus hijos, por este motivo, se logró identificar que cuando se presentaba un problema con su esposo o con alguno de sus hijos, presentaba cefalea y suspendía sus actividades del hogar por un día. Otro aspecto relevante en este caso, fue que esta paciente también padecía asma de tipo alérgico y durante las sesiones de hipnosis, reportó que las molestias de disnea (falta de aire), también aminoraron.

Pensamos que este hecho tiene que ver con el procedimiento de relajación que se incluyó en la técnica de hipnosis y aunque no se trató el problema del asma, el tratamiento también ayudó. Por último, en cuanto a la duración del dolor, los valores son variables en el decremento, aunque finalmente se obtiene la eliminación del dolor. En el sujeto 3, los decrementos en la intensidad del dolor son muy significativos, ya que además de que durante las sesiones de línea base reportaba intensidad máxima del dolor de cabeza, también durante las sesiones de hipnosis, la paciente reportaba intensidad máxima del dolor antes de comenzar la sesión de hipnosis y posterior a la sesión reportaba un decremento muy significativo. Ahora bien, en cuanto a la duración del dolor, aunque la paciente no registró la duración del dolor antes de las sesiones de hipnosis, posterior a las mismas no reportó que tuviera la misma duración como en la línea base.

Es importante mencionar, que en el caso de esta paciente, el dolor de cabeza tuvo sus inicios en relación con un período de su vida en el que murió su única hija, y hasta el tiempo en el que participó en la presente investigación habían pasado casi tres años, en los cuales ella reportaba que a partir de la muerte de su hija no había encontrado una solución a la cefalea, a pesar de haber estado en tratamientos prolongados con analgésicos y antidepresivos manejados por el neurólogo. En este caso, la hipnosis tuvo un gran éxito, creemos que esto se debió a que las instrucciones sugeridas en la hipnosis, se enfocaron no solo al tratamiento del dolor, sino a abordar los factores emocionales.

En el sujeto 4, si se comparan la fase de línea base con la fase de hipnosis, los decrementos en la intensidad del dolor, no fueron muy significativos con el tratamiento; en el caso de la duración esta decremento con las sesiones de hipnosis. Tampoco se observaron cambios en cuanto a las actividades que realizaba el paciente, ni antes ni después de que presentara dolor de cabeza.

Por último, en el caso del sujeto 5, la intensidad del dolor registrada en la línea base, si observó decrementos muy significativos durante el tratamiento con hipnosis y en la duración del dolor no hubo decrementos significativos. En este caso, mediante la hipnosis, se logró disminuir la tensión de la paciente.

En todos los casos aquí presentados, se puede observar que en la mayoría, la intensidad del dolor observó decrementos muy significativos, ya sea de manera paulatina o dramática en comparación con la duración del dolor una vez que se realizó el tratamiento con hipnosis. Aunque los resultados en la duración del dolor no presentaron decrementos muy significativos, es importante mencionar que finalmente se obtuvo la eliminación del dolor.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el grupo placebo femenino, se puede observar que en comparación con el tratamiento con placebo la hipnosis contribuyó de manera más efectiva a la eliminación del dolor y en los aspectos de intensidad y duración del dolor a lo largo del tratamiento con la utilización del placebo y la hipnosis se observaron las siguientes diferencias entre los sujetos.

En el caso del sujeto 6, la introducción del placebo incrementó a su máximo valor la intensidad del dolor de cabeza y este se mantuvo estable a lo largo de todas las sesiones correspondientes a esta fase, creemos que esta situación se debió a que anteriormente la paciente había recurrido a tratamientos anteriores con homeopatía y no obtuvo resultados positivos. Posteriormente durante la fase de tratamiento con hipnosis se observó un decremento significativo y paulatino en la intensidad del dolor. En la duración del dolor, si hubo decrementos en la fase del

tratamiento del placebo; pero no fue así en la fase de hipnosis, pues aquí la duración del dolor se incrementó. En el sujeto 7, la intensidad del dolor observa una disminución aunque no significativa con la introducción del placebo finalmente durante la hipnosis la paciente no reportó dolor. En la duración del dolor, no hubo cambios importantes. Este resultado, puede atribuirse a las actividades laborales que la paciente realizaba en la empresa en la que trabajaba y con las cuales estaba a disgusto, el dolor de cabeza se presentaba en la mayoría de ocasiones a lo largo de su horario laboral.

En el sujeto 8, los valores observados durante el tratamiento con placebo son muy variables en comparación con los observados en la fase de hipnosis, pues en esta última, la intensidad del dolor disminuye y se mantiene casi estable a lo largo de las sesiones. En la duración del dolor, ésta se incrementa en la fase de tratamiento con placebo en comparación con la línea base y durante la fase de hipnosis disminuye significativamente en comparación con las fases anteriores. En el caso del sujeto 9, el placebo funcionó decrementando paulatinamente la intensidad del dolor hasta eliminarlo, posteriormente durante la fase de hipnosis el dolor vuelve a presentarse pero la intensidad es estable y no es comparable con los valores reportados en la línea base, finalmente con la hipnosis también se logra la eliminación del

dolor. En lo que se refiere a la duración del dolor, podemos decir que la hipnosis contribuyó de manera más efectiva a decrementar la duración del dolor que el placebo. En el caso de esta paciente, anteriormente, había recurrido a tratamientos con homeopatía y reportó que le habían funcionado, para combatir la cefalea, sin embargo, no fue constante en los mismos y al poco tiempo los dejaba volviendo a los analgésicos más comunes. Por último, en el caso del sujeto 10, el placebo logró que la intensidad del dolor disminuya y se estabilice a lo largo de las sesiones en las que se administró el placebo para posteriormente lograrse su eliminación con el tratamiento con hipnosis.

Pensamos que la disminución, ya sea en la intensidad o duración del dolor, en estos casos está en función de la creencia por parte de los pacientes, de que el medicamento contenía sustancias efectivas para combatir el dolor.

Ahora bien, con base en los resultados observados en los sujetos de este grupo, se puede decir que en la mayoría de los casos el placebo no mostró eficacia completa ni en la intensidad ni en la duración del dolor y tampoco logró eliminarlo totalmente. Aunque logró estabilizarlo y mantenerlo en dos de los casos, finalmente fue con hipnosis con la que se logró eliminarlo y durante la fase de seguimiento que se realizó con cada uno de los pacientes estos no reportaron dolor de cabeza.

Por otra parte, el hecho de que el placebo no haya funcionado con eficacia, se puede atribuir a que sabemos que en la cefalea tensional intervienen un conjunto de músculos de la cabeza y el cuello que al hacer tensión producen dolor, y los cuales se pueden relajar con las instrucciones sugeridas en la hipnosis. Además de la relación con los factores psicológicos.

En el grupo control femenino, los resultados obtenidos muestran lo siguiente, en el caso del sujeto 11, la hipnosis contribuyó a decrementar significativamente la intensidad del dolor, pero no se logró lo mismo en cuanto a la duración. En este caso, se pudo identificar que la paciente reportaba un intenso dolor de cabeza, después de discutir con su esposo por alguna situación sin importancia y este dolor la incapacitaba para realizar sus actividades tanto laborales como del hogar. En el sujeto 12, el decremento en la intensidad del dolor se observó paulatinamente durante el tratamiento con hipnosis y en cuanto a la duración del dolor no se obtuvieron decrementos importantes con el tratamiento.

En este caso, cabe hacer la aclaración, de que esta paciente, ya tenía antecedentes de que la hipnosis funcionaba para el tratamiento de diversos dolores, por lo que su disposición para el tratamiento fue total y a esto le atribuimos el que la disminución en la intensidad se haya dado paulatinamente.

Con los sujetos 13 y 16, se observó que tanto la intensidad como la duración del dolor disminuyó paulatinamente una vez que se realizó la hipnosis. En ambos casos, los sujetos mostraron una gran habilidad para alcanzar un estado de hipnosis profundo, además de que al abordar los eventos psicológicos que tenían relación con la presencia del dolor, no fue difícil convencerlas de la aceptación de los mismos. En el caso del sujeto 14, la hipnosis tuvo gran éxito en la eliminación del dolor desde la primera sesión que se realizó, se piensa que en este caso, la hipnosis funcionó en base dos aspectos muy importantes, el primero de ellos es que ya tenía información de los excelentes resultados que se obtenían en el tratamiento del dolor y confiaba plenamente en la técnica y el segundo de ellos, fue que anteriormente en un tratamiento psicológico anterior se le dió entrenamiento en relajación, por lo que pensamos que la conjugación de ambos ayudó en gran medida. Por último, en el sujeto 15, tanto la intensidad como la duración del dolor se decrementaron con la introducción de la hipnosis, en este caso, el dolor de cabeza tenía relación con los conflictos de origen sexual que la paciente tenía con su pareja, evitando así tener contacto sexual con su pareja; por lo que además de las instrucciones para la aminoración del dolor, se abordaron también instrucciones específicas para contribuir a la solución del problema y dado que para la paciente esta situación era muy

importante de resolver, creemos que esto la ayudó en el cambio de actitud.

Como puede verse, en este grupo en la mayoría de los casos reportados el tratamiento con hipnosis contribuyó de manera muy importante en el decremento tanto de la intensidad como de la duración del dolor y ninguno de los pacientes reportó la reincidencia de dolor de cabeza en la fase de seguimiento correspondiente a cada uno de los casos.

Por último, en el grupo experimental masculino, la hipnosis también contribuyó de manera muy efectiva en la disminución de la intensidad y duración del dolor. En el sujeto 17, el tratamiento con hipnosis logró disminuir tanto la intensidad como la duración del dolor y finalmente su eliminación. En el caso del sujeto 18, con la hipnosis, se logró un decremento muy significativo en la intensidad del dolor y se logró que la intensidad se estabilizara en el valor mínimo durante todas las sesiones de hipnosis. En cuanto a la duración del dolor, ésta también se decrementó con la introducción de la hipnosis. En ambos sujetos, pensamos que los resultados obtenidos, se debieron además de la disposición de los pacientes para la técnica a que en ambos casos, los pacientes, mostraron una gran habilidad para relajarse y además aceptar cambiar para enfrentar los conflictos psicológicos que intervenían en la presencia del dolor de cabeza. En el sujeto 19, este fue el único caso de toda la

investigación con el que únicamente se requirió una sesión de hipnosis con la cual se logró la eliminación del dolor, este resultado puede atribuirse a que el paciente tenía ya conocimientos previos de las aplicaciones de la hipnosis en diferentes problemas psicológicos y médicos, además de que fue uno de los sujetos más susceptibles para la inducción. Con el sujeto 20, los decrementos en la intensidad del dolor fueron paulatinos con el tratamiento con hipnosis, y en la duración del dolor los decrementos se dieron en forma variable. En este caso, los eventos psicológicos que ocurrían cuando se presentaba el dolor, eran variables. Por último, en el caso del sujeto 21, tanto la intensidad como la duración del dolor, mostraron decrementos paulatinos hasta lograrse la eliminación del dolor y en este caso, era muy claro el período en el que se presentaba, pues el paciente impartía clases a nivel secundaria y en período de preparación de exámenes, se presentaba el dolor de cabeza obteniendo así la suspensión de sus labores.

En este grupo, la hipnosis mostró ser muy efectiva en la disminución tanto de la intensidad como de la duración del dolor, presentándose los decrementos paulatinos en la mayoría de los casos, la diferencia que existe con los resultados obtenidos en el grupo experimental femenino es que en éste la hipnosis contribuyó de manera más importante a la disminución de la intensidad que de la duración del dolor.

Pero, finalmente en todos los casos la hipnosis funcionó en la eliminación del dolor, no solo de estos grupos sino también de los otros dos grupos.

Si establecemos una comparación entre los resultados obtenidos entre el grupo experimental y el grupo placebo, ambos femeninos podemos ver que la hipnosis funcionó en los dos grupos tanto en la disminución de la intensidad como en la duración del dolor, en la mayoría de los pacientes. Ahora bien, si establecemos una comparación entre el grupo experimental femenino y el grupo control, en ambos grupos, la hipnosis resultó ser eficaz para tratar ambos aspectos de intensidad y duración del dolor. Sin embargo, se observó que cuatro de los pacientes del grupo control reportaron valores más altos tanto en la intensidad como en la duración del dolor durante la fase de línea base en la que registraron más sesiones que los sujetos del grupo experimental.

Por último, si establecemos comparaciones entre el grupo experimental femenino y el grupo experimental masculino, podemos decir que en ambos la hipnosis resultó ser efectiva en el tratamiento de la cefalea y no existieron diferencias significativas en cuanto a aspectos como la sugestionabilidad o la susceptibilidad para la hipnosis. Por lo tanto, se puede decir, que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres para que sean susceptibles a caer

en estado de hipnosis y que se obtenga éxito en el tratamiento de la cefalea tensional.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

A lo largo del presente trabajo hemos podido ver que a pesar de las deficiencias en las concepciones teóricas y metodológicas en la práctica de la hipnosis que obstaculizaron su desarrollo y aceptación, finalmente la realización en los últimos años de investigaciones serias y profesionales han aportado evidencias que nos permiten comprobar que la hipnosis no tiene nada de mágico ni sobrenatural.

Reconocer a la hipnosis como un fenómeno psicológico, ha sido posible gracias a la identificación y reconocimiento de los procesos psicológicos que intervienen en el fenómeno.

Así vemos que además de la conciencia, mediante la cual un individuo puede explicar su comportamiento, también existe la parte inconsciente en el aparato psicológico del individuo y a partir de reconocer su existencia, podemos dar explicación de ciertas conductas de las cuales no puede obtenerse una explicación lógica en primera instancia.

Ahora bien, desde nuestro punto de vista, ambas partes del aparato psicológico son el resultado de la contribución del lenguaje, a partir del cual el individuo es capaz de pensar, comunicarse consigo mismo y con los demás y de esta manera , adquiere elementos para formar sus emociones, su

propia moral, su voluntad, su posición ideológica y social entre otros aspectos, que va adquiriendo a través de las experiencias sociales vividas a lo largo de toda su existencia.

Estas experiencias son las que determinan la formación tanto de la mente consciente como inconsciente y es en esta última adonde podemos ubicar la ocurrencia de la hipnosis, la cual entendemos como una estado particular de la mente, aunque no totalmente inconsciente; el cual es inducido y en el que se pueden introducir sugerencias al sujeto, con una serie de instrucciones que ayuden a obtener cambios positivos en su conducta para la solución de un problema en específico.

Por otro lado, también debemos entender que el fenómeno de la hipnosis también es posible gracias a dos procesos importantes, la sugestión en la cual un individuo acepta una instrucción sin someterla a análisis y la sugestionabilidad, que se entiende como la capacidad de un individuo para aceptar sin analizar ideas e instrucciones.

Una vez comprendidos estos aspectos podemos decir, que mediante este procedimiento, se puede lograr que en estado de hipnosis, un individuo abandone o cambie sus planes por otros que le son sugeridos por alguien con autoridad, en este caso nos referimos al hipnotizador.

De esta manera, es como ocurre la hipnosis y actualmente es posible utilizarla clínicamente aplicándola en el tratamiento de problemas como el cáncer, asma,

desórdenes menstruales, padecimientos dermatológicos, obesidad, alcoholismo, drogadicción, trastornos psicológicos, tratamiento del dolor, etcétera.

Hemos visto a lo largo del presente trabajo, que las contribuciones de la hipnosis en el tratamiento del dolor como en el caso de la cefalea por contractura muscular o tensional, son muy interesantes; ya que abordar el tema del dolor no es fácil dada la complejidad de las reacciones de un individuo ante el mismo.

Además de los diferentes factores como son los fisiológicos en los cuales el dolor puede ayudar a localizar cierto daño en el organismo o advertir que algo anda mal, haciendo posible la intervención a tiempo. O bien, el dolor puede aparecer cuando una enfermedad está muy avanzada haciendo muy difícil la vida del paciente.

Por otro lado, es evidente que cada individuo reacciona diferente al dolor y por esta razón consideramos que los factores psicológicos como algunas características de personalidad y las experiencias tanto personales como sociales adquiridas en situaciones pasadas, influyen en la sensación y emoción que el individuo asocia en el dolor.

Tomar en cuenta ambos aspectos el fisiológico y el psicológico, son la base para otorgar el tratamiento adecuado en cada paso en particular y ubicar si entre las

posibles alternativas del tratamiento la hipnosis sería adecuada.

Ahora bien, la propuesta de tratamiento con hipnosis para la cefalea por contractura muscular o tensional, surgió a partir de la etiología del padecimiento, debido a que se ha comprobado en investigaciones anteriores, que la mayoría de los pacientes que reportan dolor de cabeza; los eventos psicológicos como situaciones de tensión problemas de tipo emocional, etcétera, tienen una alta correlación con la presencia de la cefalea y por esta razón, existen muchos casos en los que un tratamiento con medicamentos no es suficiente para el control o eliminación del problema.

Por esta razón, es necesario identificar la raíz del problema psicológico que hace que un individuo de manera inconsciente, presente un dolor de cabeza. El cual en un momento dado, forma parte de su repertorio conductual y la presencia del dolor contribuye de alguna manera a que obtenga atención o compasión por parte de los demás, que evite realizar actividades que no son de su agrado o responsabilidades, o también evita enfrentar situaciones difíciles para él, las cuales no quiere aceptar y además no sabe como enfrentarlas para resolverlas.

Obviamente, el origen de estas situaciones, son consecuencia de las primeras experiencias relacionadas con la presencia del dolor.

Debemos recordar que la identificación de las causas que originan la cefalea, son imprescindibles por que además de que nos permiten deslindar otro tipo de enfermedades graves, son necesarias para la construcción de las instrucciones que se le proporcionan al paciente en estado de hipnosis, estas instrucciones son diferentes para cada caso en particular tomando en cuenta a las necesidades psicológicas del paciente.

Creemos que el éxito de la hipnosis, en el tratamiento de este padecimiento y también de otros tipos de dolor, radica en el hecho de que no se trata al dolor como un aspecto aislado de la emoción, sino que mediante el método de la sugestión es posible sugerir aminorar, o eliminar el dolor además de modificar los planes del paciente contribuyendo así a modificar también sus emociones efectuándose así un cambio positivo.

Ahora bien, en cuanto a los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación podemos concluir que la hipnosis resultó ser una técnica de gran utilidad en todos los casos tanto en la disminución de la intensidad y duración del dolor así como en la posterior eliminación del dolor de cabeza.

Estas evidencias, reafirman el éxito ya respaldado por otras investigaciones que se puede obtener con esta técnica en el tratamiento de la cefalea tensional, la cual puede sustituir en un momento dado al tratamiento con analgésicos

cuando este ya no tiene buenos resultados o representa un riesgo para la salud del paciente dados sus efectos negativos con la utilización a largo plazo de estos medicamentos.

Con la realización de esta investigación, una vez más podemos afirmar sin temor a equivocarnos que la hipnosis puede y debe ser una técnica digna de ser incluida por médicos y psicólogos en la aplicación clínica con la finalidad de ofrecerle mejores alternativas a los pacientes que padecen de cefalea tensional.

Por otra parte, es necesario comentar algunas implicaciones importantes que surgen a partir de los resultados obtenidos en este trabajo de investigación y que comentaremos a continuación.

En primer lugar el factor, determinante en el caso de la cefalea tensional es que está relacionada con la contractura de los músculos de la cabeza y el cuello. La contribución de la hipnosis, en este aspecto en la presente investigación, es que la técnica utilizada se combinó con un procedimiento de relajación muscular lo que funcionó en los pacientes para obtener no solo así la mejoría en la intensidad y duración del dolor sino contribuir a que el dolor desapareciera una vez que por sugerencias se le podía sugerir al paciente la relajación de los músculos que intervienen en el dolor de cabeza.

En segundo lugar, cabe mencionar que a pesar de que la cefalea tensional es un padecimiento muy común en la

población, no es fácil de obtener un diagnóstico preciso durante las primeras ocasiones en las que se presenta, ya que el dolor de cabeza que reporta un paciente, puede estar asociado a un conjunto de síntomas que formen parte de otra enfermedad. Y esto da como resultado que por otro lado, los factores de tipo psicológico, que intervienen en la presentación del dolor de cabeza, aún se siguen dejando de lado y desgraciadamente son los últimos en tomarse en cuenta para solucionar el problema, esto no solo sucede por parte del médico sino también por parte del paciente. El cual muchas veces ignora o no quiere reconocer que la aceptación de un problema psicológico le pueden ayudar a resolver un padecimiento considerado como únicamente fisiológico, y evitar de esta manera las consecuencias negativas que esto le traerá a futuro en su vida personal.

Con los pacientes que participaron en esta investigación, se pudo ver de manera muy interesante como ciertas actividades que realizaban o situaciones conflictivas para ellos, contribuían para desencadenar un ataque de cefalea que los incapacitaba para realizar otras actividades propias de su rutina diaria o evitar algunas que no resultaban de su agrado. Las situaciones de conflicto eran muy diversas, y se pueden mencionar conflictos de pareja, situaciones desagradables en el área laboral, conflictos familiares de

diversos tipos, problemas sexuales, deficiencias para relacionarse socialmente, pérdida de algún familiar, etcétera.

La influencia de estos factores de tipo psicológico, en la presencia del dolor, su intensidad o bien la duración del mismo fue determinante en los casos aquí observados, este tipo de conflictos se abordaron también dentro de las sesiones que se trabajaron con los pacientes, pero básicamente el tratamiento se enfocó a la utilización de la hipnosis en el tratamiento.

Por esta razón, consideramos importante señalar que si los factores psicológicos tienen una gran relación con este padecimiento no deben desatenderse en el tratamiento de la cefalea tensional.

En cuanto a este aspecto, la precisa identificación de los factores psicológicos contribuyó para obtener mejores resultados en el tratamiento completo del problema ya que a partir de la identificación de estos factores fue posible realizar las sugerencias adecuadas para cada paciente y aplicarlas de acuerdo a las necesidades de cada caso.

Ahora bien, siendo la cefalea tensional un problema tan común, y la hipnosis una técnica con grandes ventajas para su tratamiento, es necesario que se realicen investigaciones que contribuyan a controlar o eliminar este problema tan común.

En este caso, nos parece pertinente sugerir que se amplíen el número de sujetos participantes en futuras investigaciones y que se incluyan grupos de comparación tanto del sexo masculino como femenino, lo que creemos permitirá ampliar más los conocimientos sobre la aplicación de la hipnosis y la comparación con otros recursos terapéuticos. En cuanto a la utilización de los placebos este es un detalle importante, pues en el caso de la presente investigación el placebo fue la simulación de un medicamento homeopático y las expectativas del paciente e información anterior sobre la homeopatía en cuanto a la eficacia del mismo intervienen en los resultados obtenidos.

Ante esta situación nos parece importante sugerir el incluir otro tipo de placebos y hacer las comparaciones respectivas.

Una de las limitaciones en la presente investigación, fue la mínima cantidad de sujetos que participaron en ella, pues la obtención de la población con el diagnóstico preciso de este padecimiento no es muy accesible y si por otro lado, nos enfrentamos a la grave desinformación acerca del éxito de la hipnosis en la solución de este padecimiento dificulta aún más la participación de los pacientes.

Por ello, es importante, tomar en cuenta todos los aspectos relevantes para obtener mejores investigaciones en el estudio de este fenómeno.

BIBLIOGRAFIA

- ALMAN, M.B. y LAMBROU, P. (1992). **Cefalea de Wolff**. New York, Ed. Brunner/Marzer.
- ANDERSON, W.R. (1984). "La relación de actitudes de la vida, rasgos de personalidad y reacciones con el síndrome migrañoso. En: Dalessio, D. J. (Ed.). **Cefaleas de Wolff**. México, Ed. Manual Moderno. P.p. 427-441.
- BERG, V.D. (1980). "Mecanismos del dolor de cabeza". En: Beks, J.W.F. (Ed.). **El manejo del dolor**. Amsterdam-Oxford, Ed. Manual Moderno. P.p. 152-163.
- BESSOU, P. y PERL, R.E. (1969). Response of cutaneous sensory units with unmyelinated fibers to noxious stimuli. **J. Neurophysiol**, 32, 1025-1043.
- BLUMENTHAL, L.S. (1963). Hypnoterapy of headache. **Headache**, 2, 197-22.
- CAMPBELL, D.T. y STANLEY, C. J. (1988). **Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social**. Buenos AIRES, Ed. Amorrortu Editores. P.p. 10- 53.
- CASEY, K.L. (1971a). Responses of bulboreticular units to somatic stimuli eliciting escape behavior in the cat. **Intern J. Neurosci**. 2, 15-18.
- CASEY, K.L. (1971b). Escape elicited by bulboreticular stimulation in the cat. **Intern j. Neurosci**. 2, 29-34.
- CASEY, K.L. (1971c). Somatosensory responses of bulboreticular units in awake cat: relation to escape-producing stimuli. **Science**. 173, 77-80.

- CRASILNECK, H.B. y HALL, J.A. (1975). **Clinical Hypnosis: Principles And Applications**. New York, Ed. Grune Stratton.
- CHAUCHARD, P. (1971). **Hipnosis y Sugestión**. Barcelona, Ed. Oikos Tau.
- DALESSIO, D.J. (1984). "Clasificación clínica de las cefaleas". En: Dalessio, D.J. (Ed.). **Cefaleas de Wolff**. México, Ed. Manual Moderno, P.p. 110- 139
- DE PIANO, F. A. y SALZBERG, H.C. (1979). "Clinical applications of hypnosis to three psychosomatic disorders". En: **Psychosological bulletin** vol, 86, N. 6, 1223-1235.
- DE WINDT, H.L. (1980). "Aspectos transculturales de las manifestaciones del dolor". En: Beks, J.W.F. (Ed.). **El manejo del dolor**. Amsterdam-Oxford, Ed. Manual Moderno, P.p. 211-215.
- DIEZ, B.M. (1975). **Proceso psicossomático terapéutico relajación dinámica concentrativa. Tomo II**. México, Ed. Trillas, P.p. 617-643.
- ELLENBERGER. (1981). **El descubrimiento del inconsciente**. Madrid, Ed. Gredos, P.p. 76-134.
- FINER, B. (1974). Clinical use of hypnosis in pain management. In **Advances in Neurology**. Vol. 4 (J. Bonica, ed. P.p. 573-579. Raven Press, New York.
- FORDYCE, W.F. (1976). **Behavioral Methods for chronic panic and illness**. C.V. Mosby, St. Louis.
- FREUD, S. (1991). **Psicología de las masas**. México, Ed. Alianza, P.p. 48-53.

- GINDES, B. (1965). **Nuevos conceptos sobre el hipnotismo**. Buenos Aires, Ed. Psique.
- HARTLAND, J. (1974). **La hipnosis en medicina y odontología**. México, Ed. CECSA
- HARDING. (1967). "Hypnosis in the treatment of migraine". En: **Hypnosis and psychosomatic medicine**, de J. Lessner, Nueva York, Springer-Verlag.
- HEYC, H. (1977). **El dolor de cabeza**. España, Ed. Alhambra, P.p. 288-309.
- HILGARD, R.E. y HILGARD, R.J. (1990). **La hipnosis en el alivio del dolor**. México, Ed. Fondo de Cultura Económica.
- HILGARD, R.E. (1967). "Regularidad en los fenómenos de la hipnosis". En: Estabrooks, G.H. (Ed.). **Problemas actuales de la hipnosis**. México, Fondo de Cultura Económica, P.p. 9-35.
- JAY, H.T. (s/f). **Nuevas teorías sobre hipnotismo y sugestión**. Barcelona, Ed. Gasso Hermanos.
- LANG, P.J., RICE, D.G. y STERNBACH, (1972). **Psychophysiology**, (N.S. Greenfield and R.A. Sternbach, eds.). HOH. Rinehart and Winston, New York, P.p. 623-642.
- LIEBSKIND, J.C., D.J. MAYER and H. AKIL, (1974). Central mechanisms of pain inhibitions: studies of analgesia from focal brain stimulation. In **Advances in Neurology**, Vol. 4. (J.J. Bonica, (Ed.), P.p. 261-268. Raven Press, New York.
- MEYER, R. (1992). **Practical Clinical Hypnosis**. New York, Ed. Maxwell Macmillan International.

- MILLER, A.G, GALANTER, E. y PRIBRAM, K.H. (1983). **Planes y estructura de la conducta**. Madrid, Ed. Debate.
- MORROW, T.J. and CASEY K.L. (1976). 'Analgesia produced by mesencephalic stimulation: effect on bulboreticular neurons". In **Advances in pain research and therapy, Vol. I. Proceedings of the first world congress on pain**. (J.J. Bonica and D. Albe Fesard, eds.) P.p. 503-510. Raven Press, New York.
- SCHOENMAKER, N.J. (1980). "Evaluación psicológica del alivio del dolor". En: Beks, J.W.F. (Ed.). **El manejo del dolor**. Amsterdam-Oxford, Ed. Manual Moderno, P.p. 216-225.
- STACHER, G.P., SCHUSTER, P., BAUER, R., LAHODA, R. y SCHULZE, D. (1975). "Effects of suggestion of relaxation or analgesia on pain tolerance in the waking and in the hypnotic state". En: **Journal of psychosomatic research** vol. 19, P.p. 25-265.
- STERNBACH, R.A. and TURSKY (1965). Ethnic differences in psychophysical and skin potential responses to electric shock. **Psychophysiology** 1, 241-246.
- STERNBACH, R.A. (1968). **Pain and Psychophysiological Analysis**. Academic Press, New York.
- STERNBACH, R.A., S.R. WOLF, R.W. MURPHY, and W.H. AKESON. (1973). Traits of pain patients: the low baack "loser". **Psychosomatics** 14, 226-229.
- STERNBACH, A. R. (1984). "Conceptos modernos sobre el dolor". En: Dalessio, D.J. (Ed.). **Cefaleas de Wolff**. México, Ed. Manual Moderno. P.p. 11-26.
- WADEN, A.T. y ANDERTON, H.C. (1982). "The clinical use of Hypnosis". En: **Psychological Bulletin**, vol. 91, N.2, 215-243.

- WALL, P.D. y SWEET, W.H. (1967). Temporary abolition of pain in man. **Science** 155, 108-109.
- WARNER, G. and J.W. LANCE. (1975). Relaxation therapy in migraine and chronic tension headache, **Med. J. Aust.** 1, 298-301.
- WHITE, M.D. (1985). Ericksonian Hypnoterapeutic Approaches: The treatment of obesity Using Indirect Suggestion. En: Zeig, K.F. (Ed.). **Ericksonian Psychotherapy Vol. I.** New York. Brunner/Mazer Publishers. P.p.494-506
- WOLFF, B.B. (1971) Factor analysis of human pain responses and endurance as a specific, pain factor. **J. Abnormal Psych.** 78, 292-298.
- ZWETNOW, N.N. (1980). "Es mensurable el dolor?" En: Bekas, J.W.F. **El manejo del dolor.** Amsterdam-Oxford, Ed. Manual moderno.

ANEXOS

Sujeto 1 Grupo Experimental

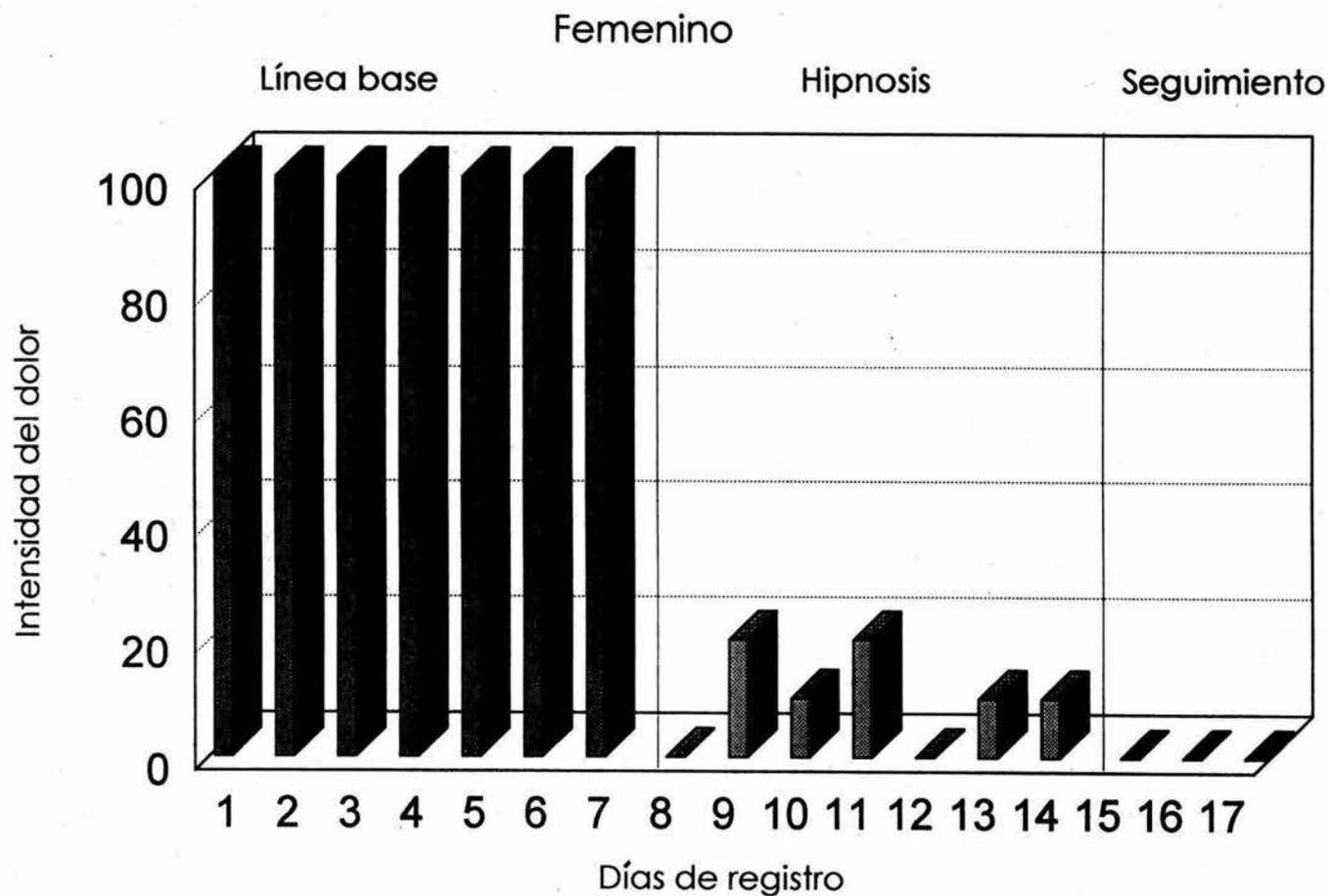


Figura 1. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 1 Grupo Experimental

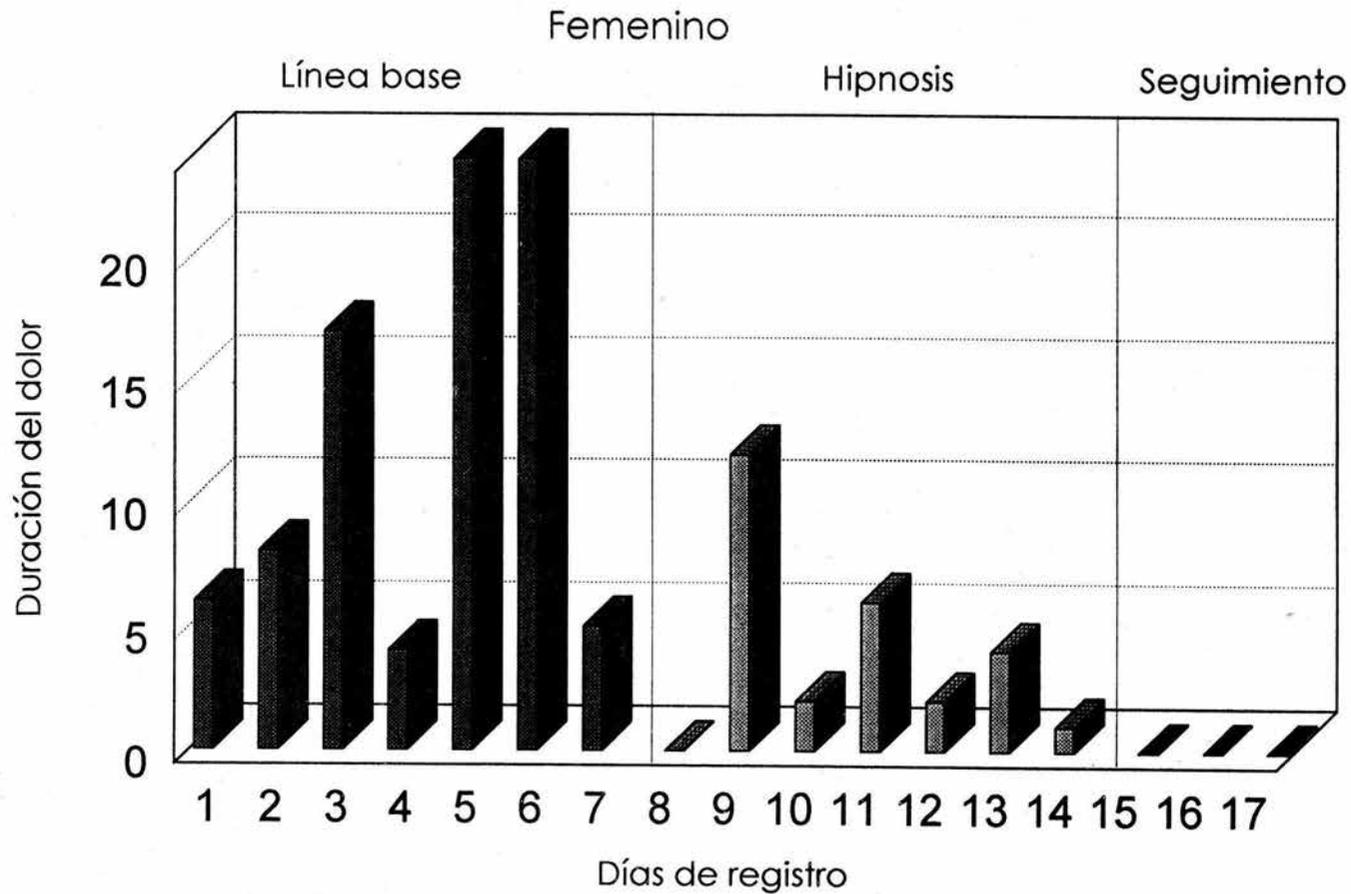


Figura 2. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 2 Grupo Experimental

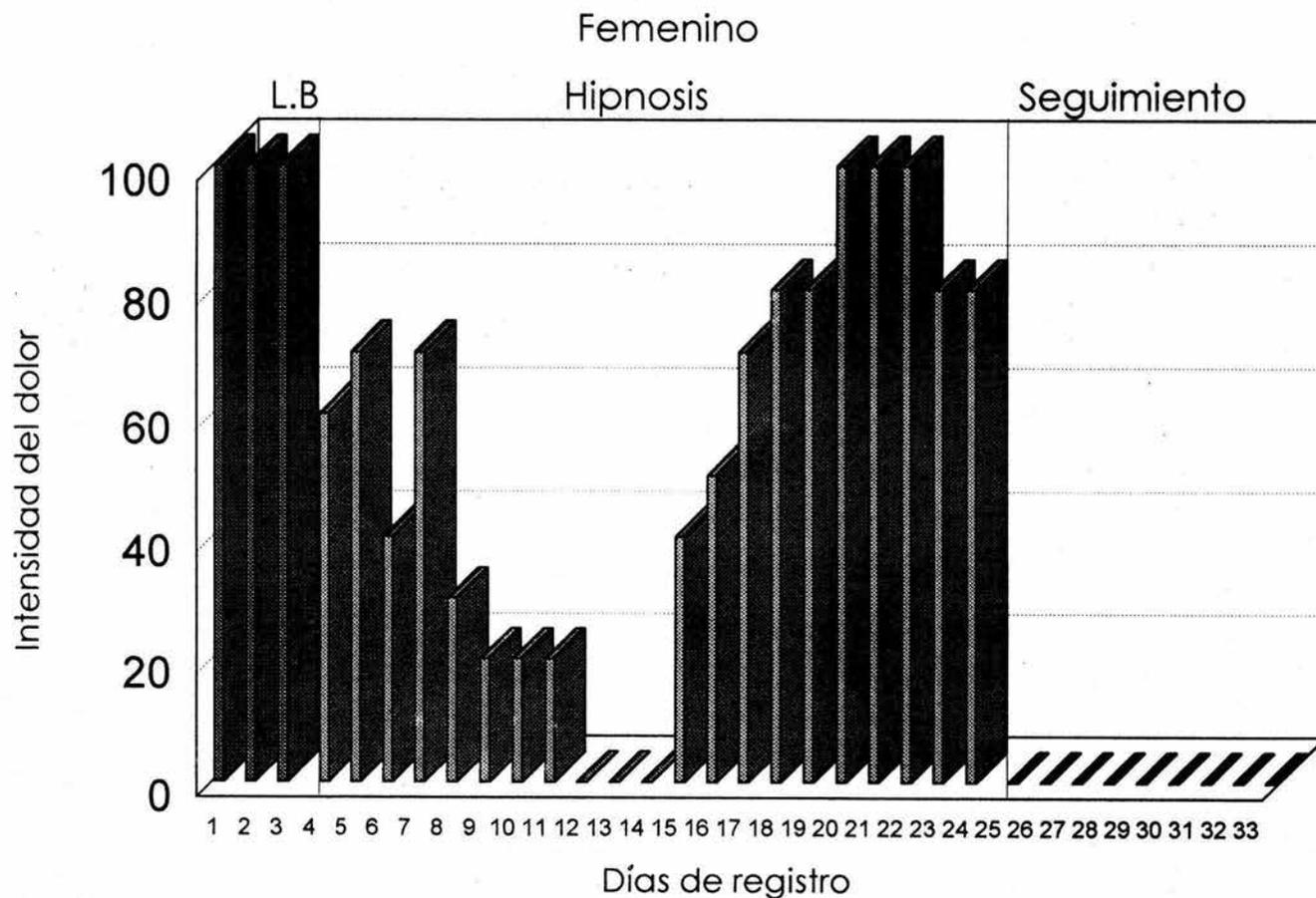


Figura 3. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 2 Grupo Experimental

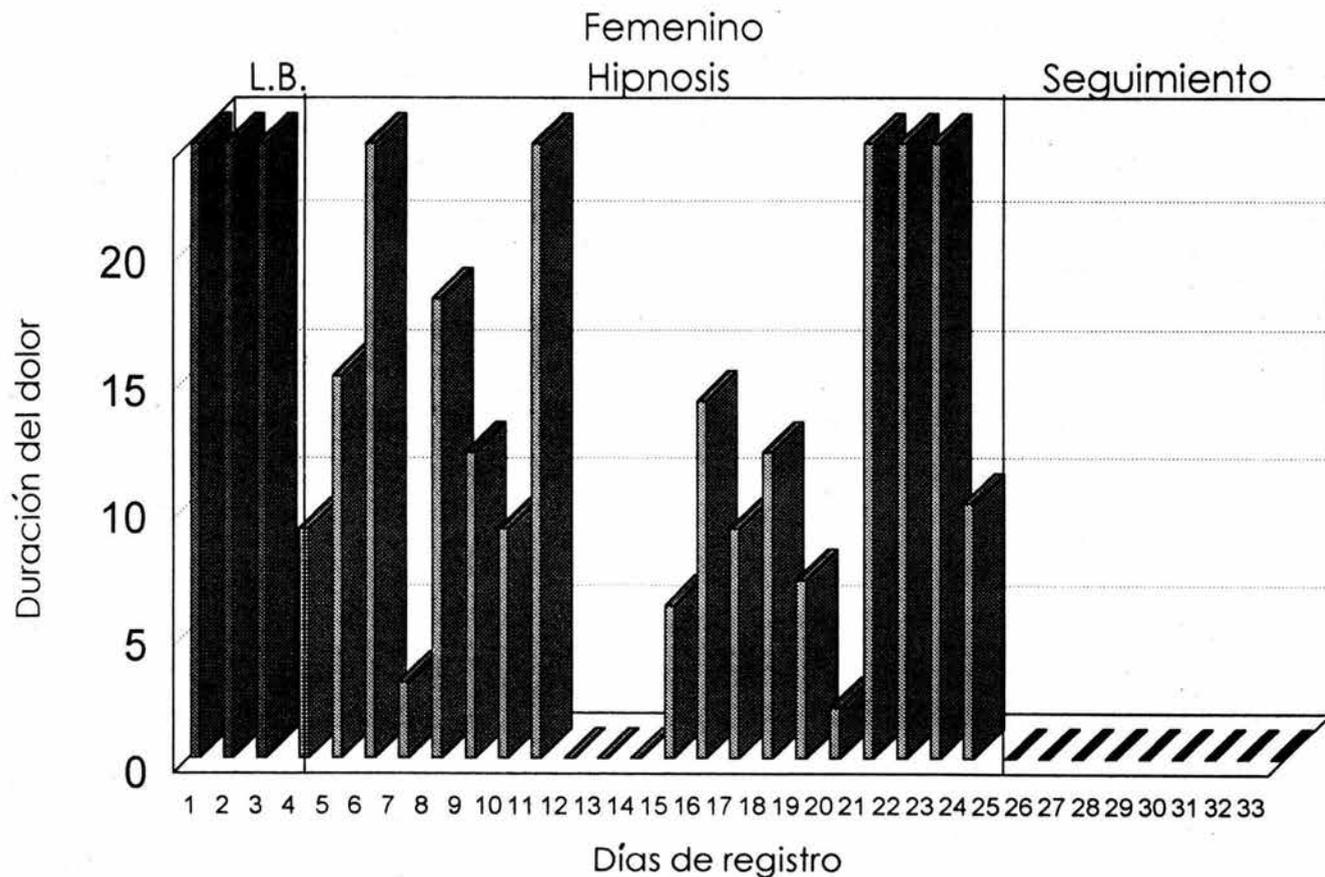


Figura 4. Duración del dolor durante las fases de tratamiento.

Sujeto 3 Grupo Experimental

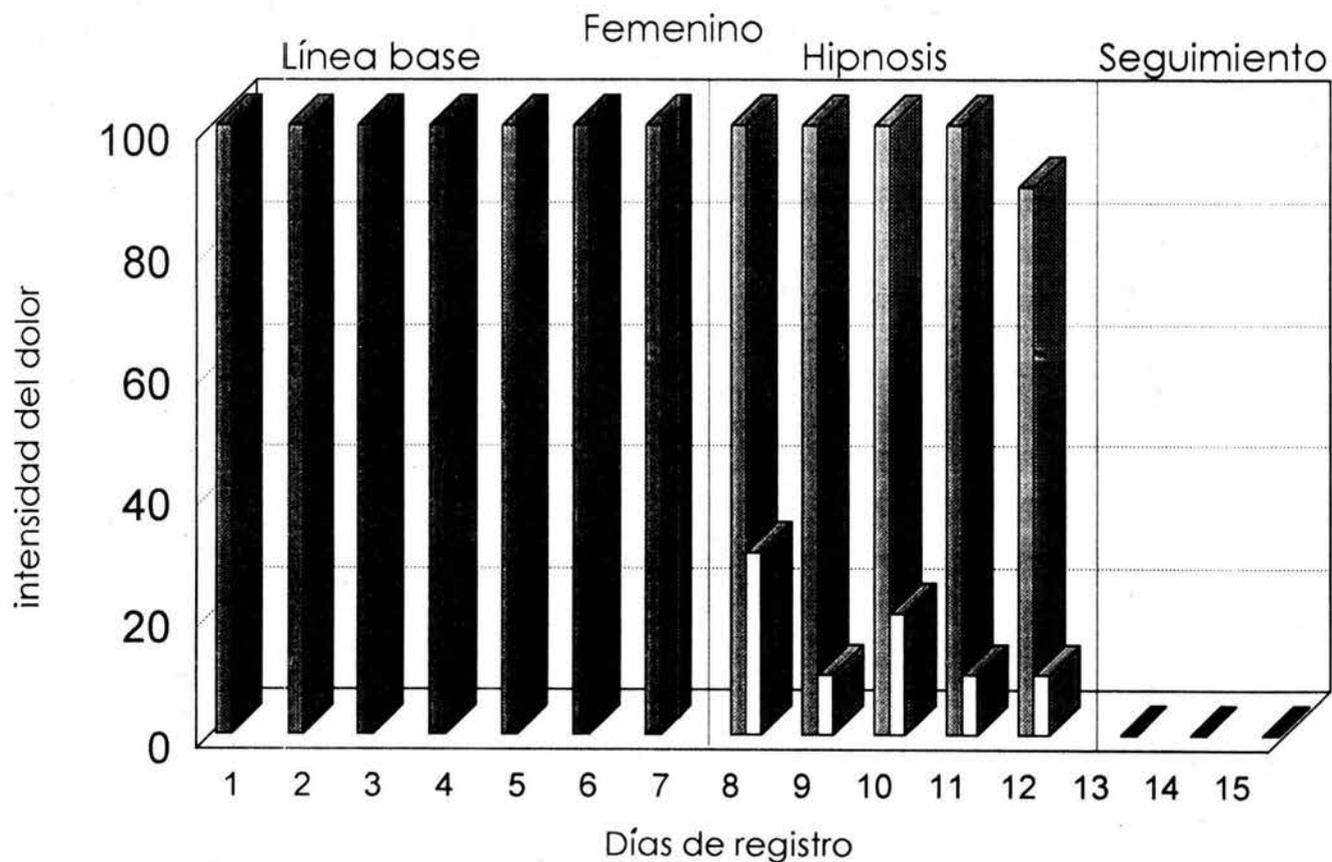


Figura 5. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

□ Intensidad del dolor posterior a las sesiones de hipnosis.

Sujeto 3 Grupo Experimental

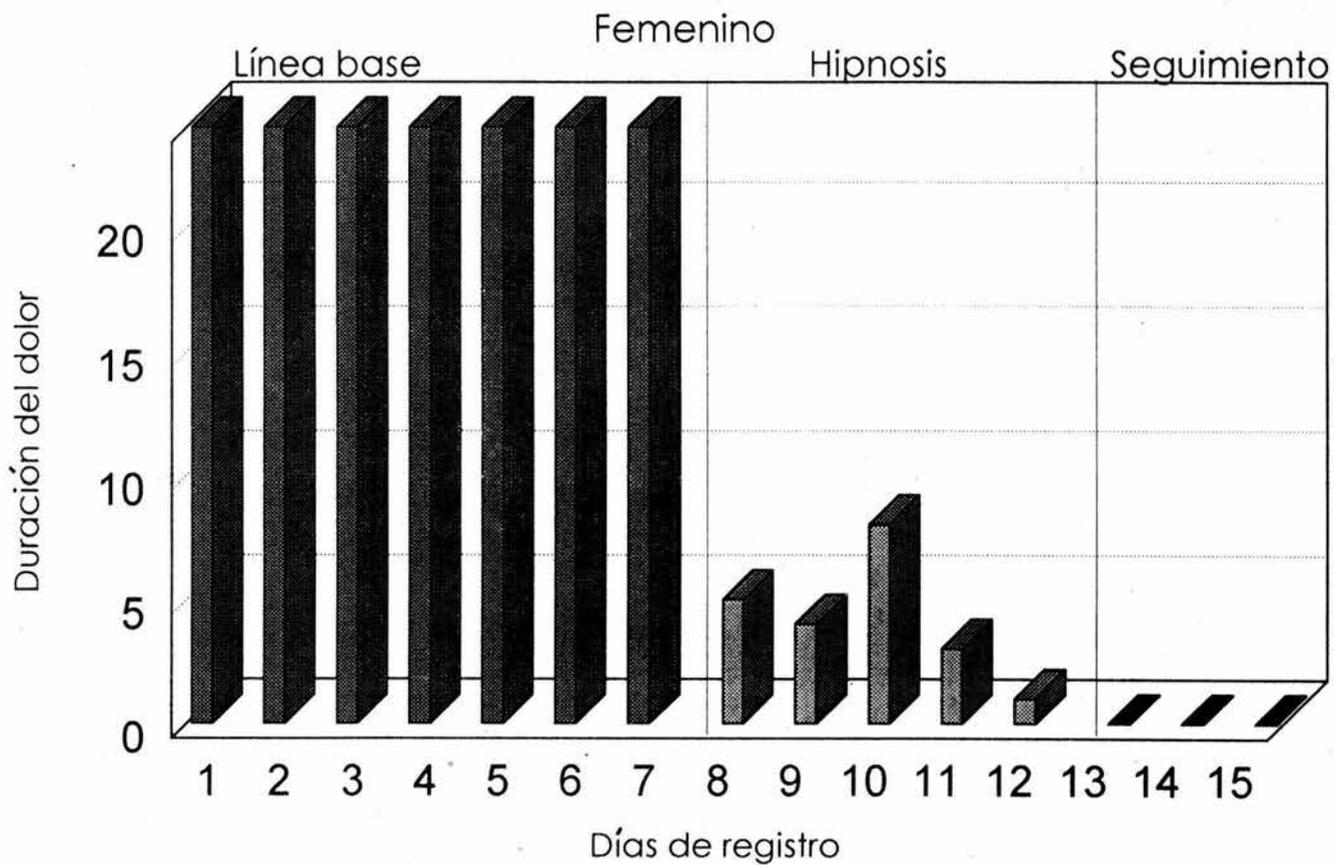


Figura 6. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 4 Grupo Experimental

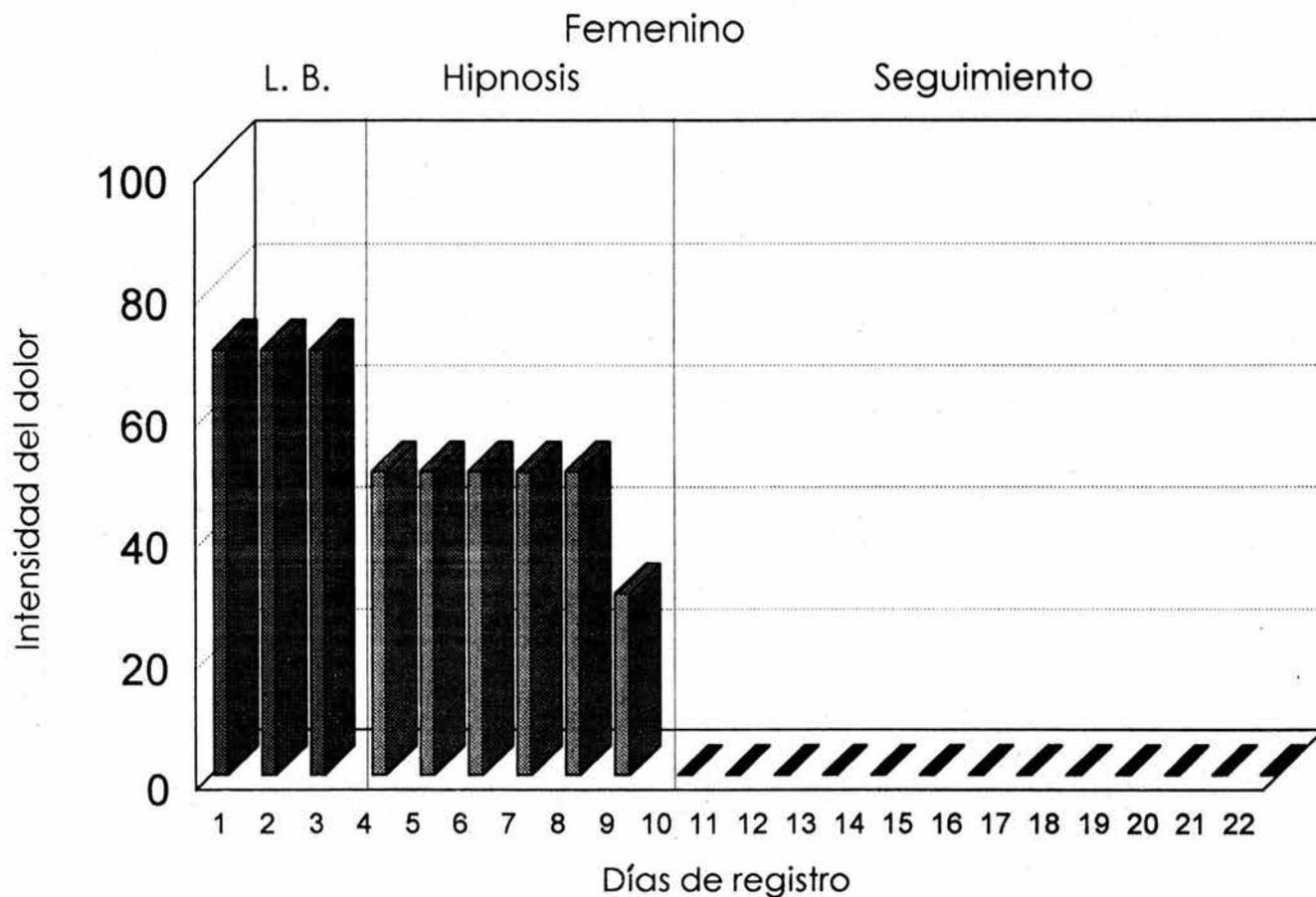


Figura 7. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 4 Grupo Experimental

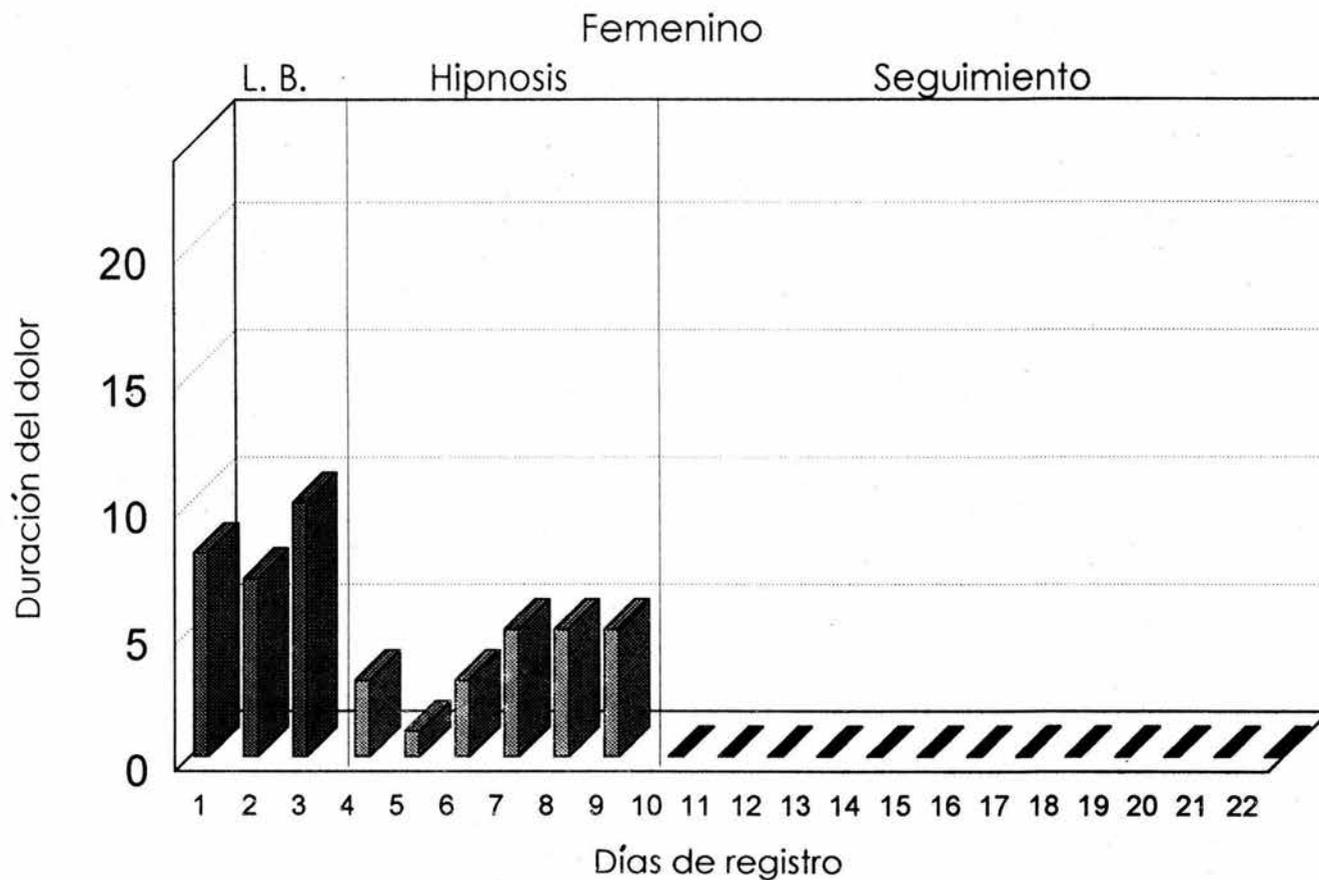


Figura 8. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 5 Grupo Experimental

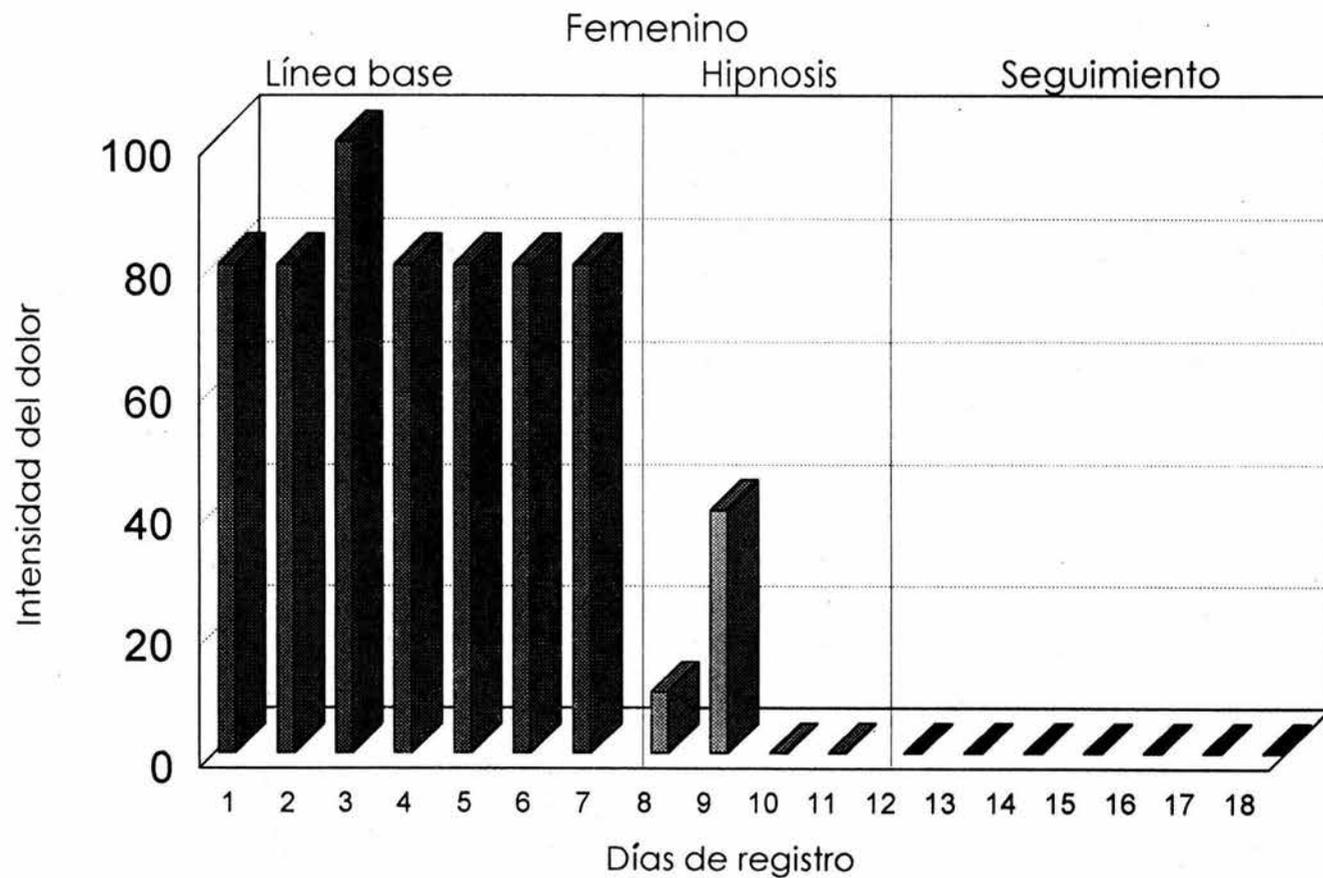


Figura 9. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 5 Grupo Experimental

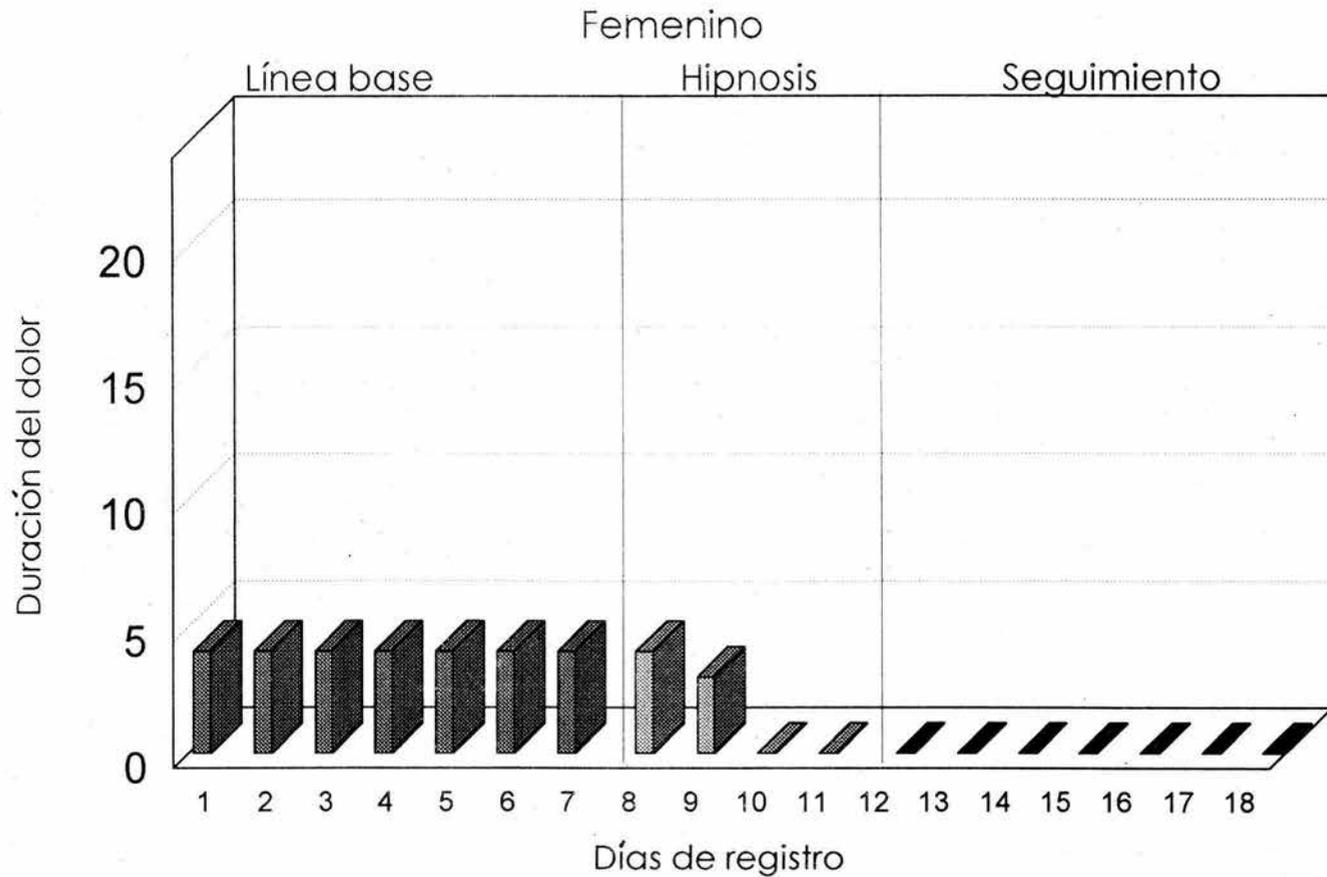


Figura 10. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 6 Grupo Placebo

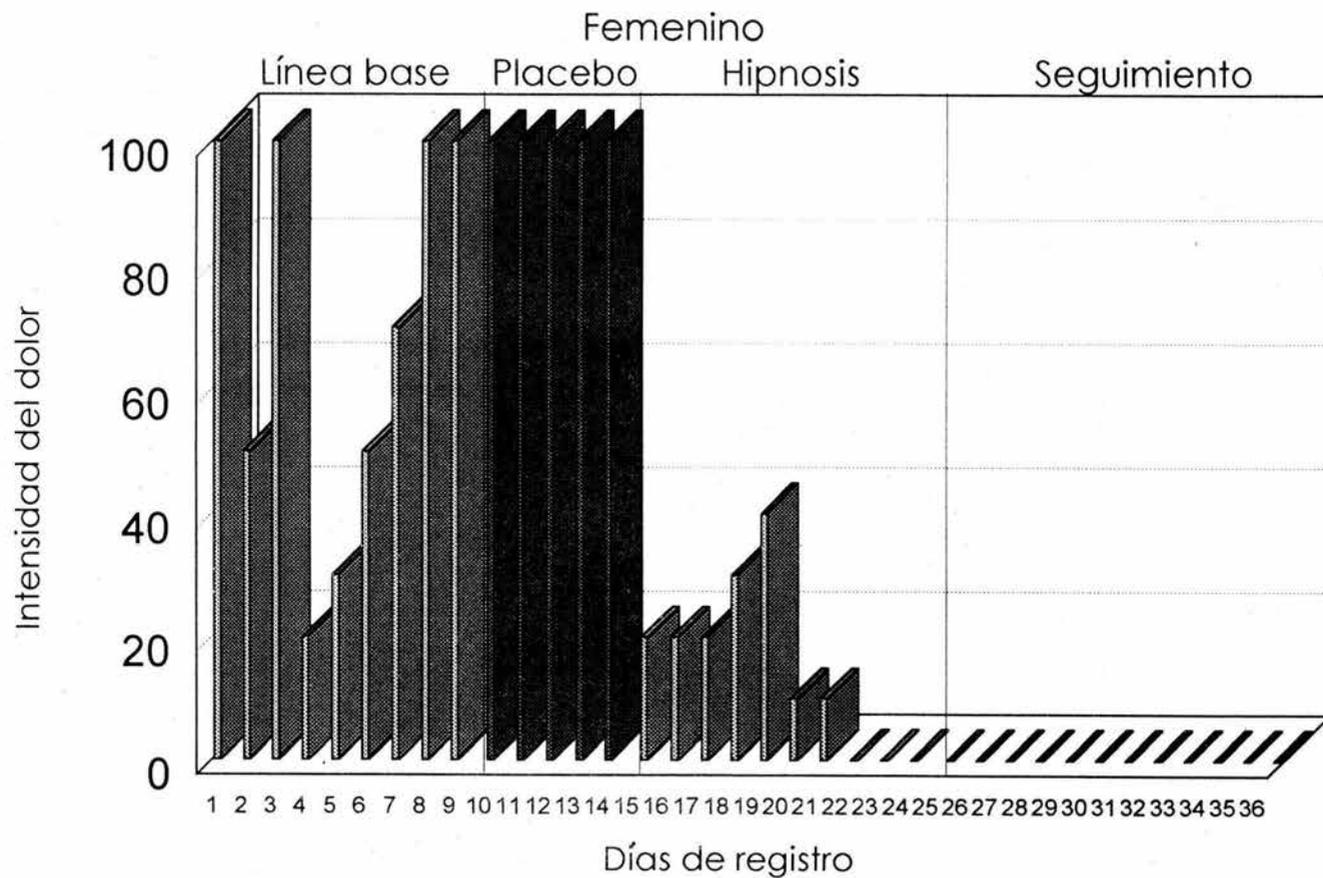


Figura 11. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 6 Grupo Experimental

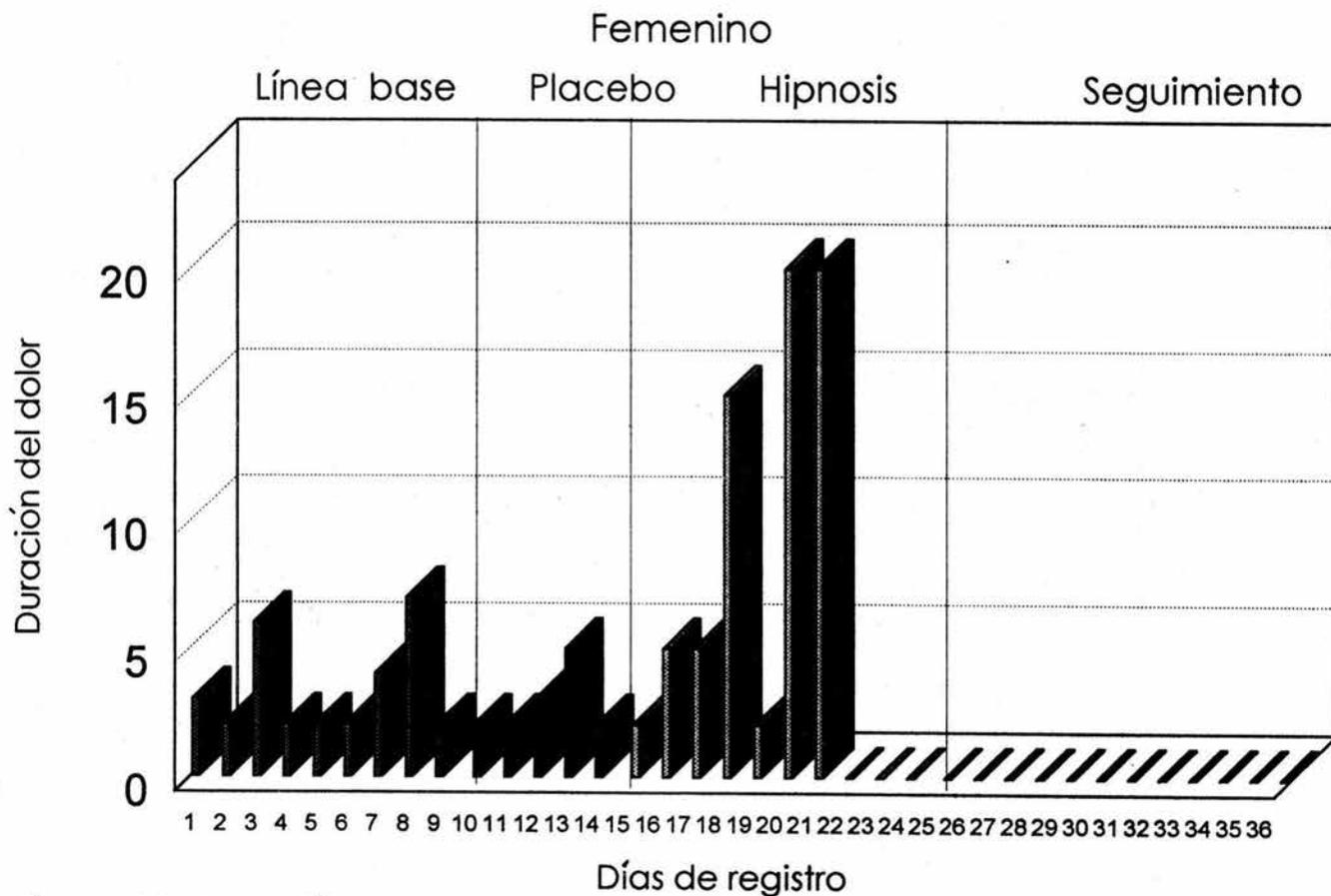


Figura 12. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 7 Grupo Placebo

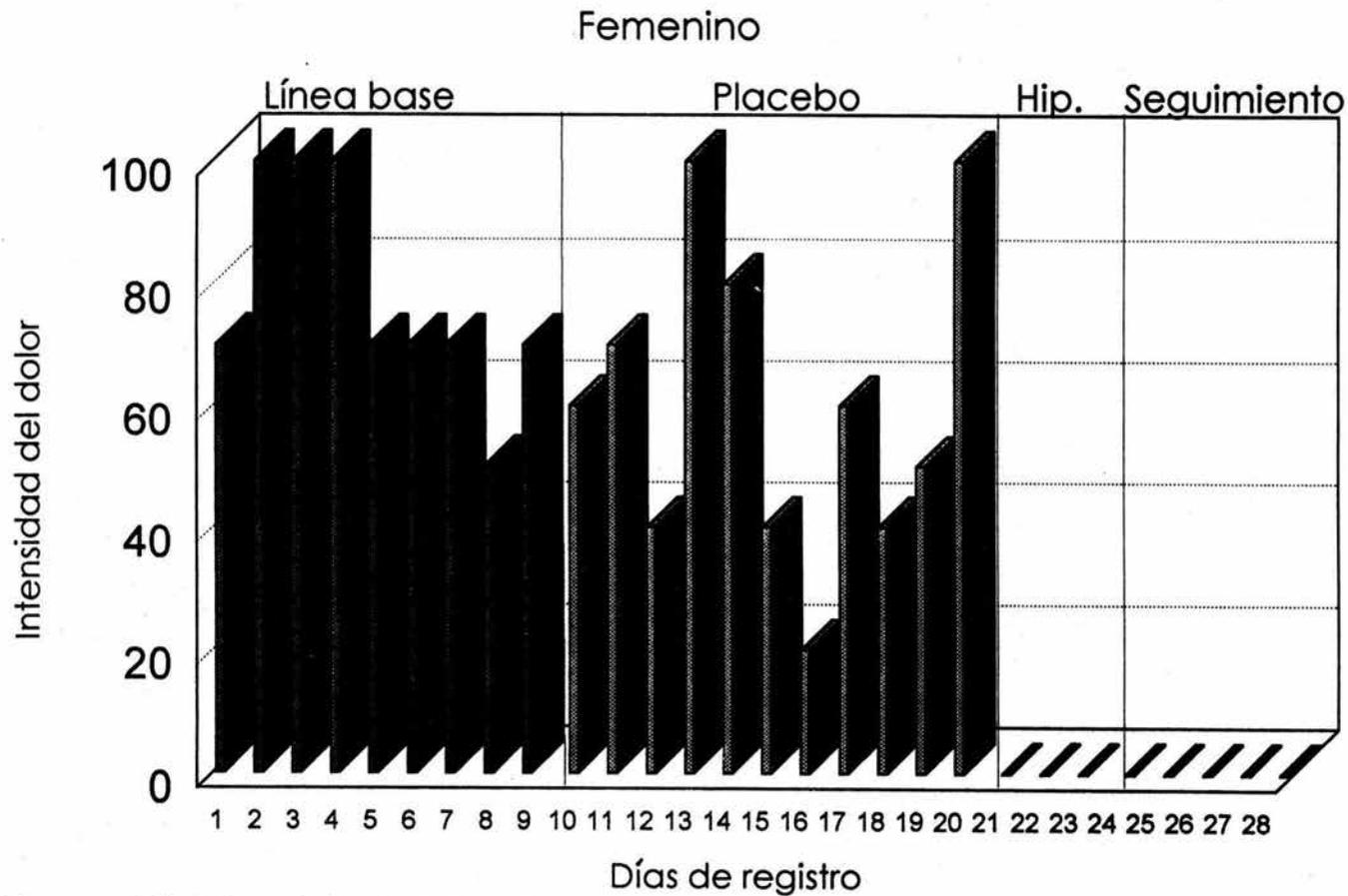


Figura 13. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 7 Grupo Experimental

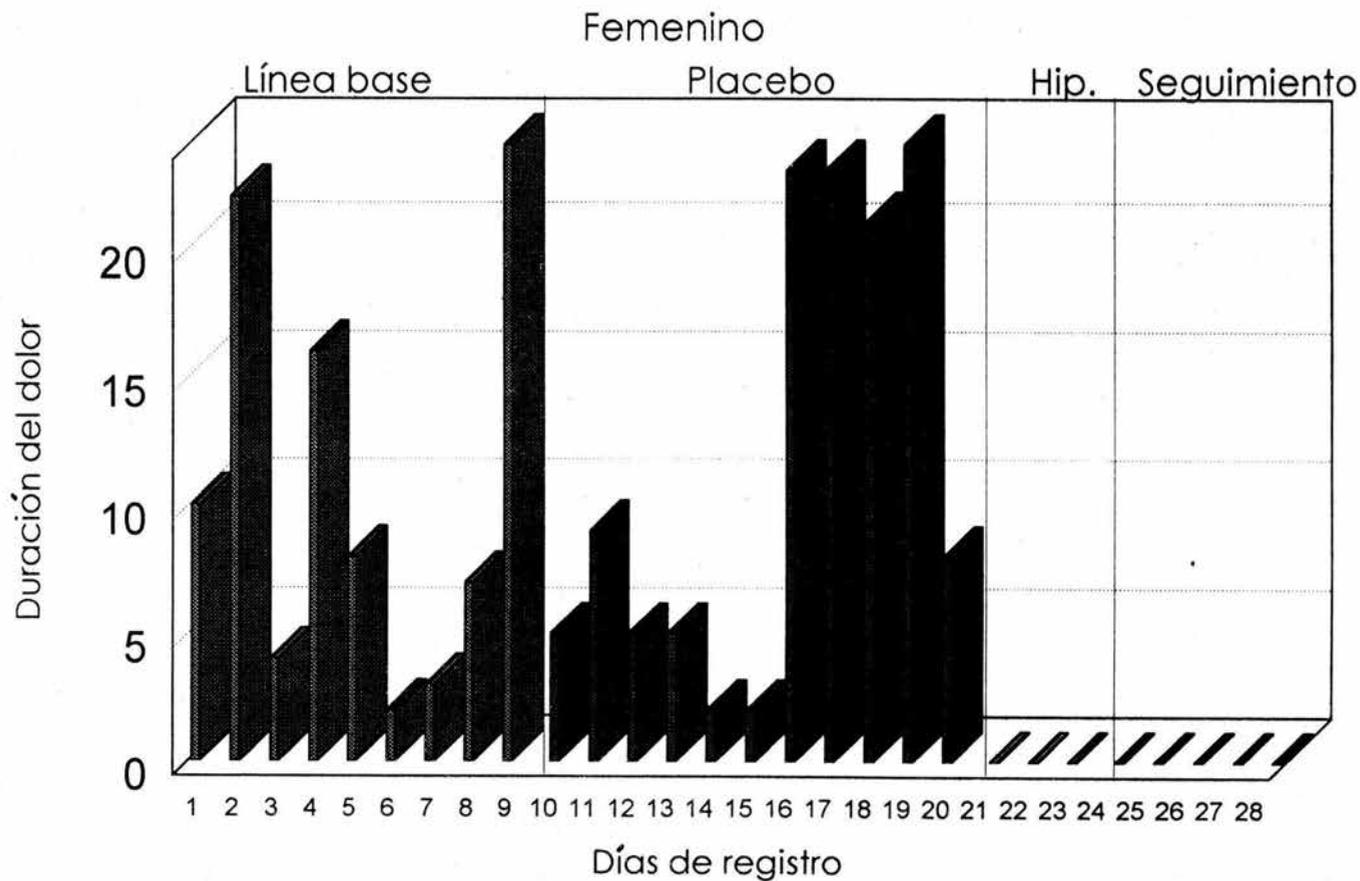


Figura 14. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 8 Grupo Experimental

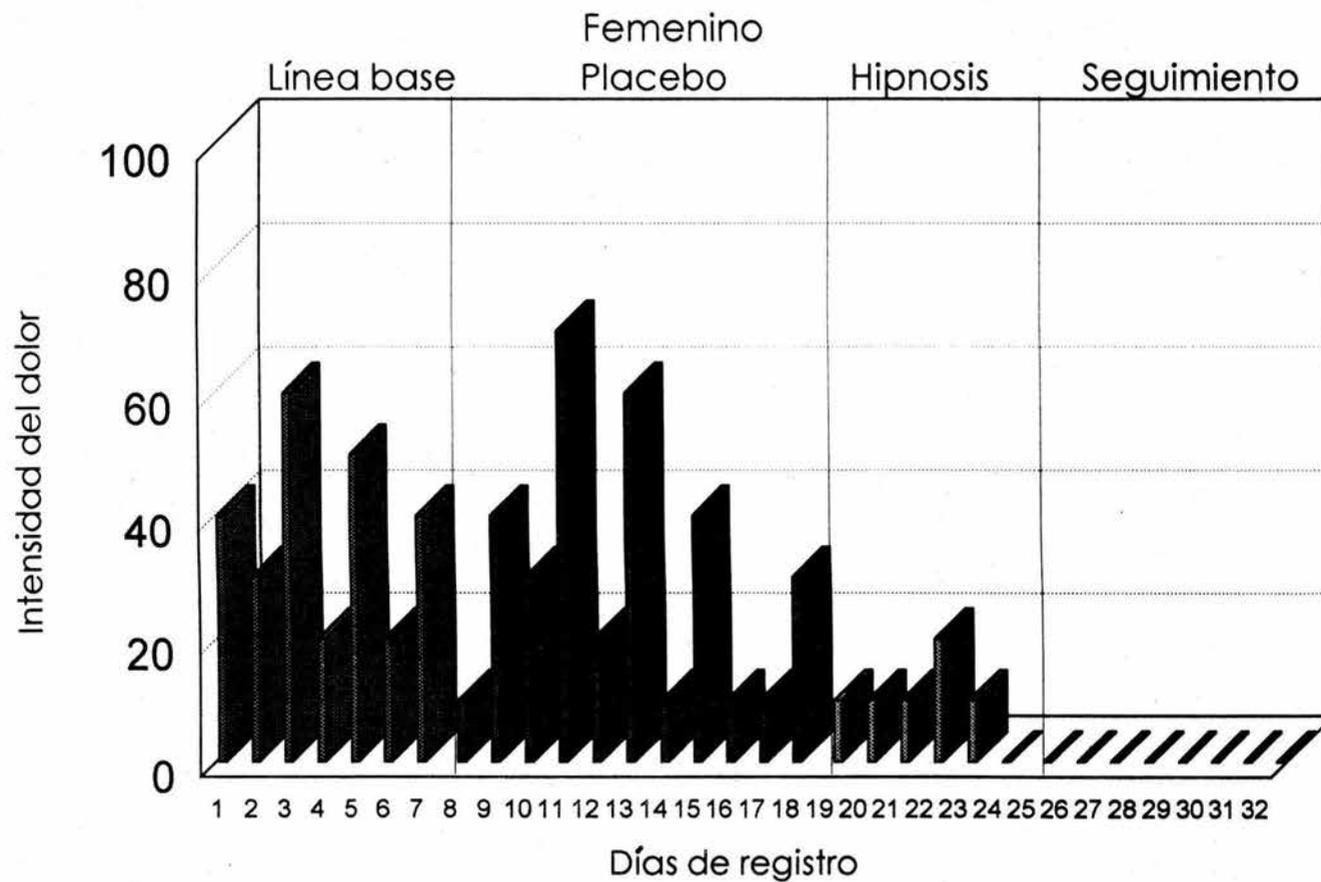


Figura 15. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 8 Grupo Experimental

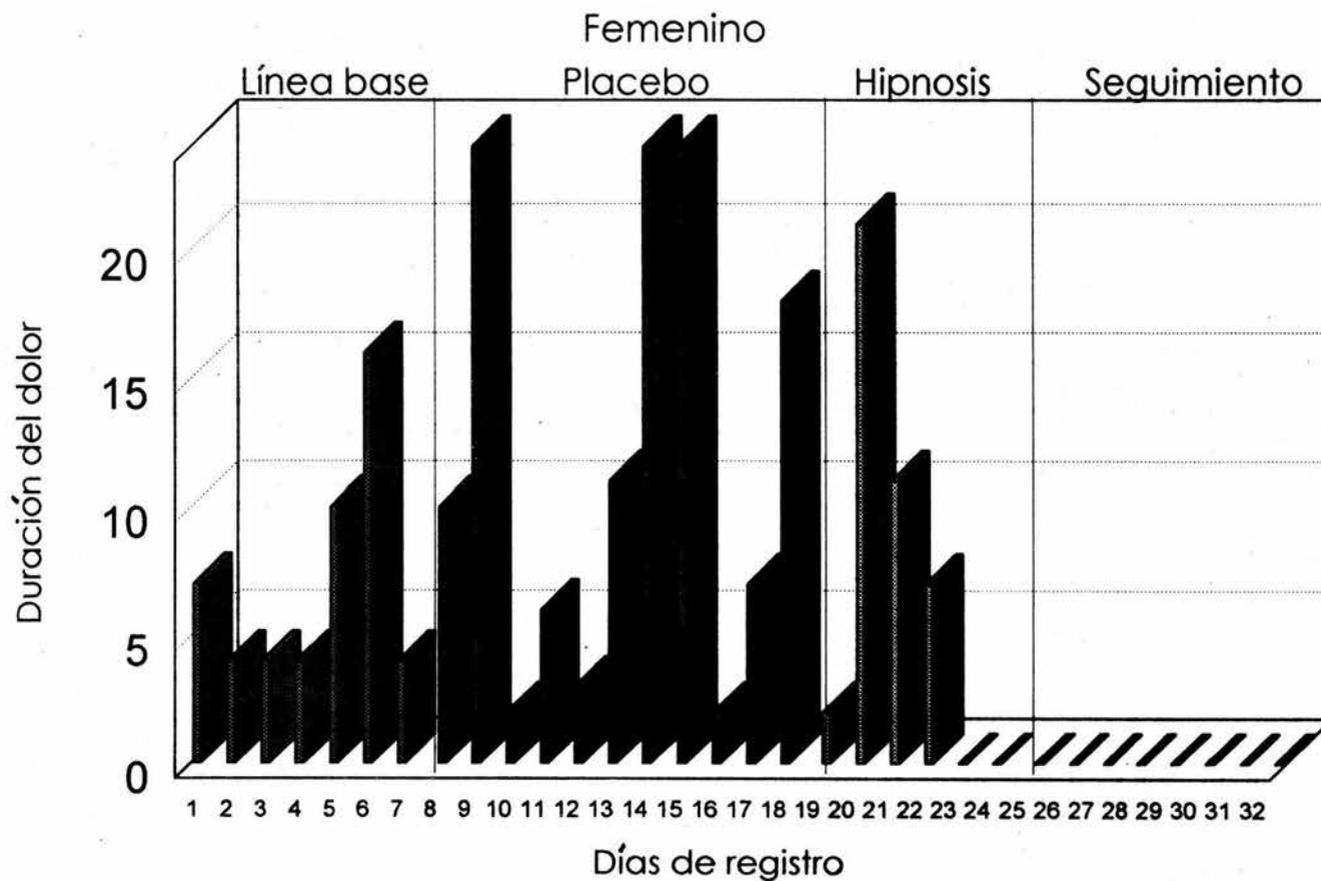


Figura 16. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 9 Grupo Experimental

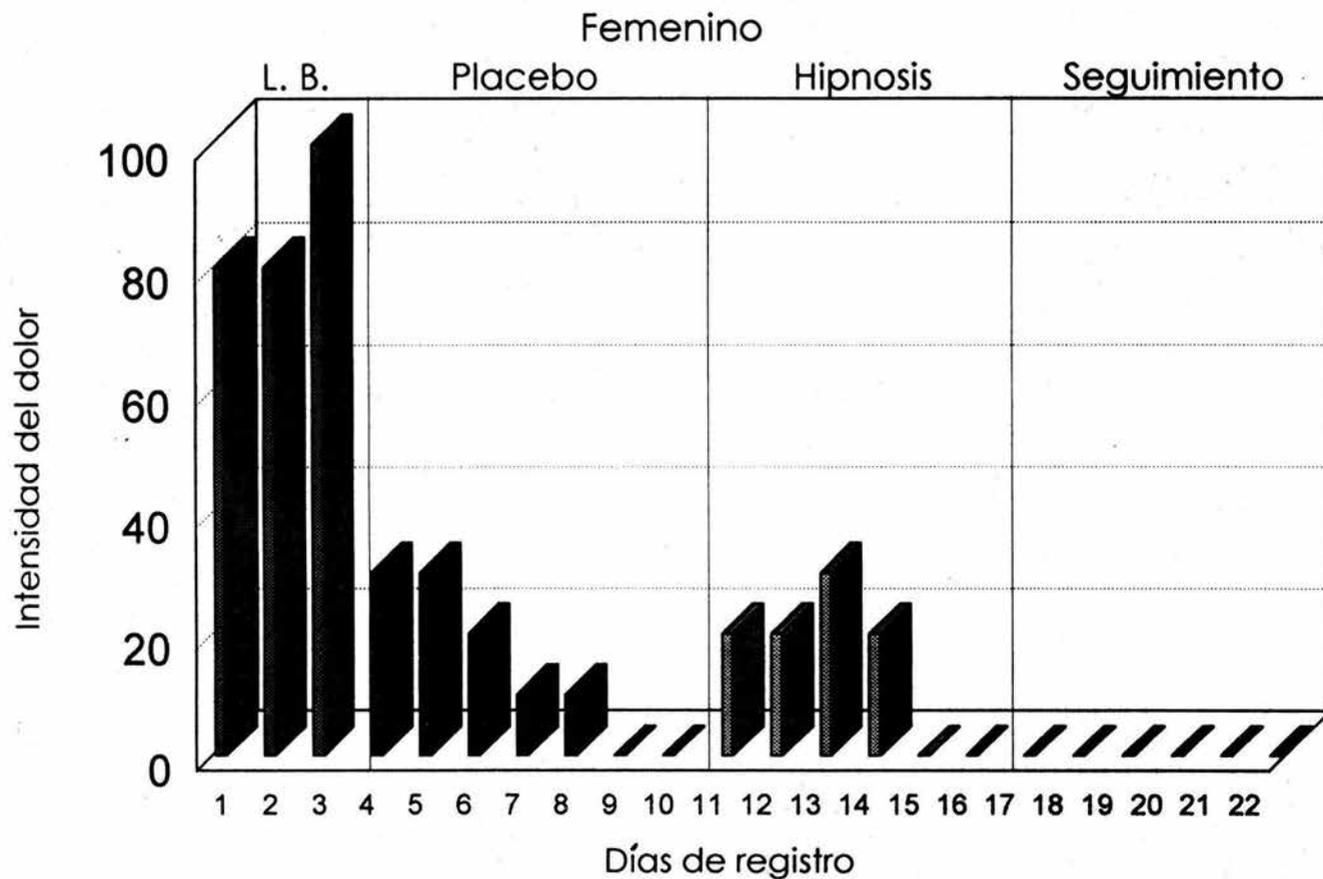


Figura 17. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 9 Grupo Placebo

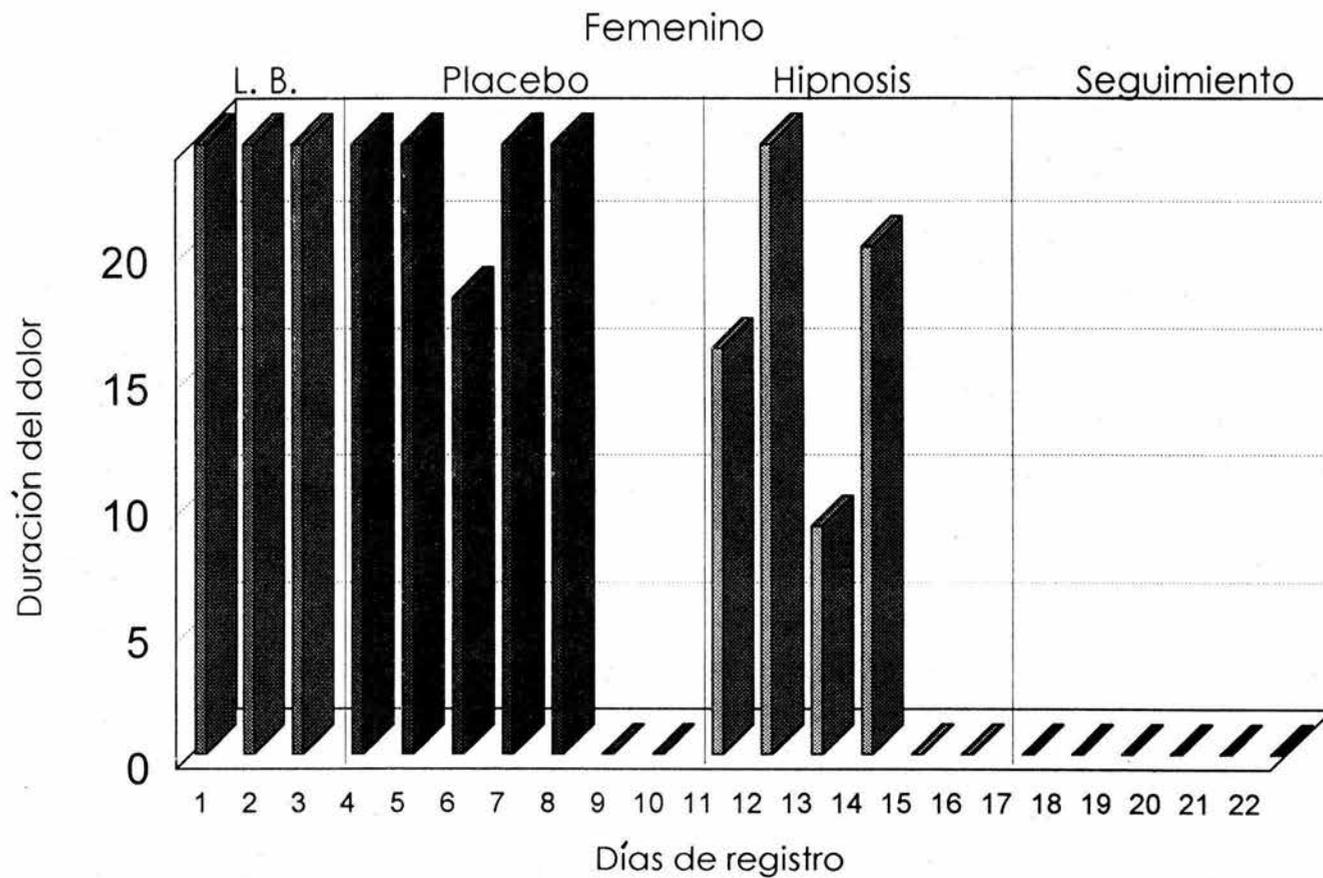


Figura 18. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 10 Grupo Placebo

Femenino

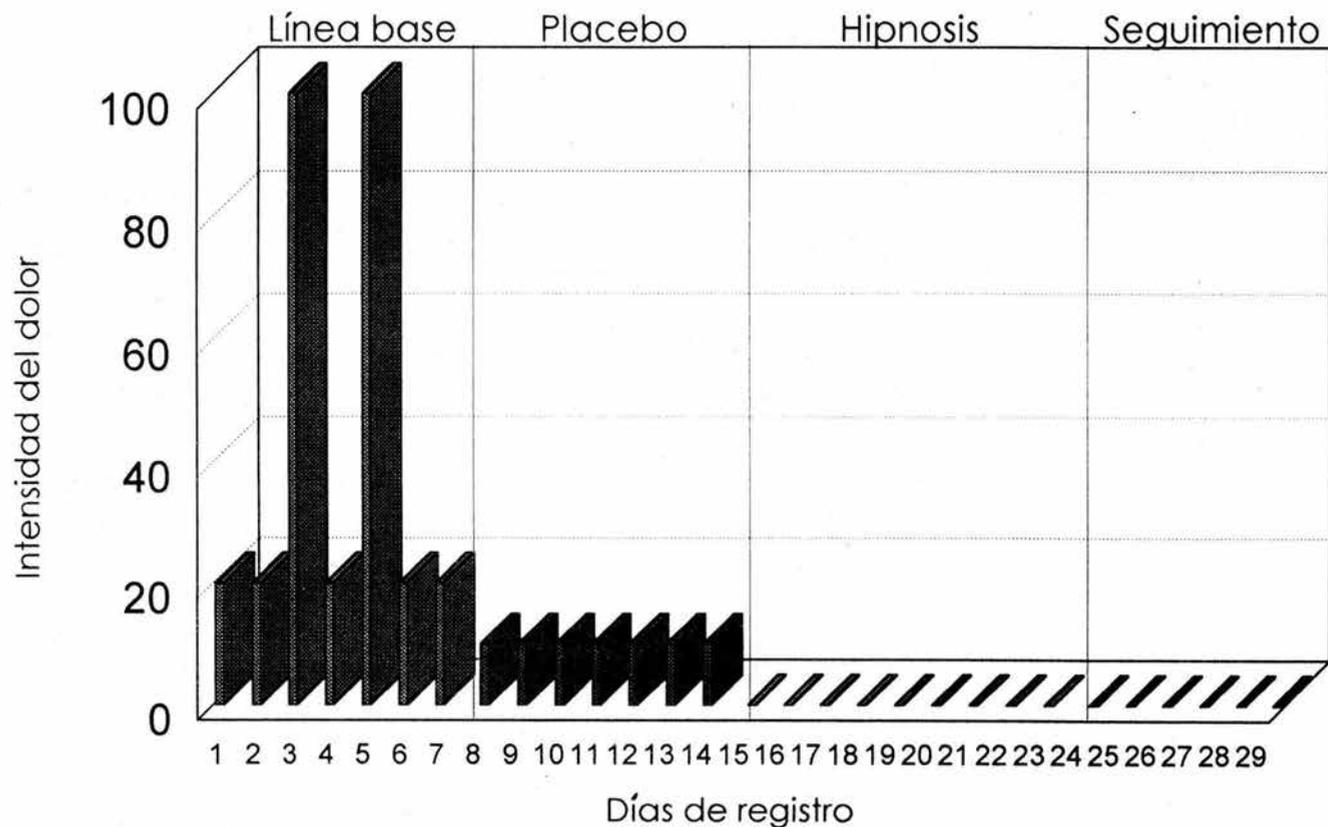


Figura 19. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 10 Grupo Placebo

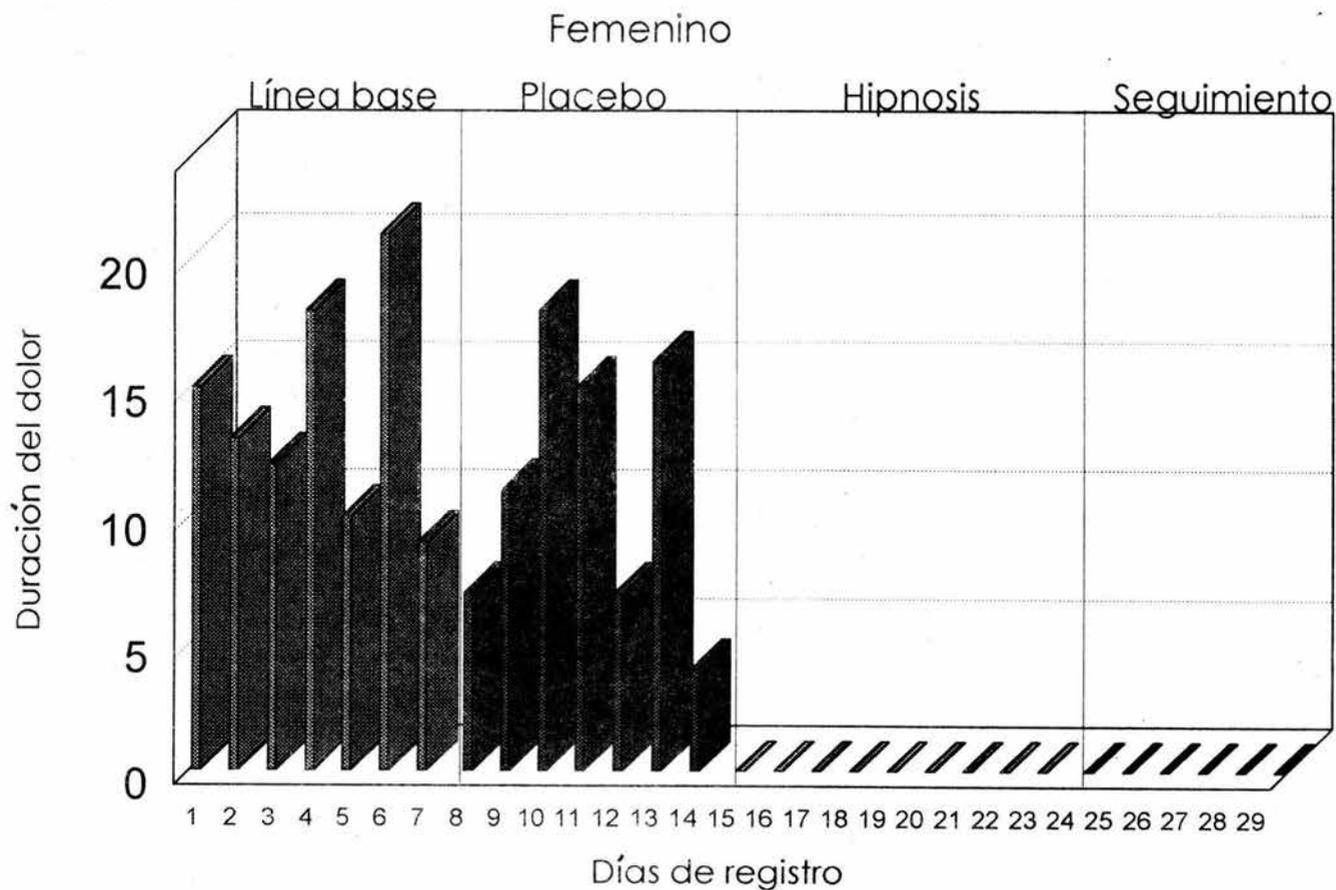


Figura 20. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 11 Grupo Control

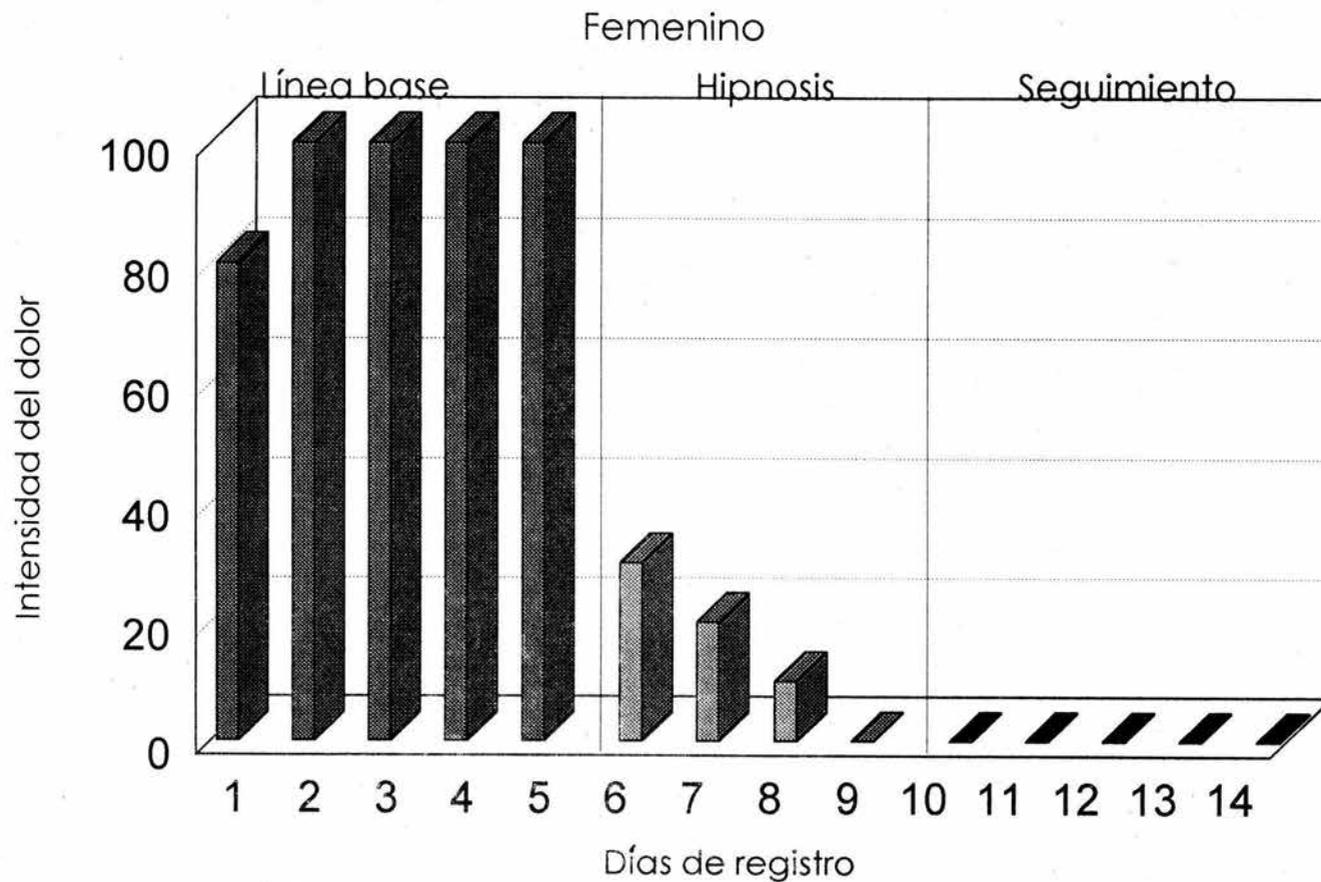


Figura 21. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 11 Grupo Control

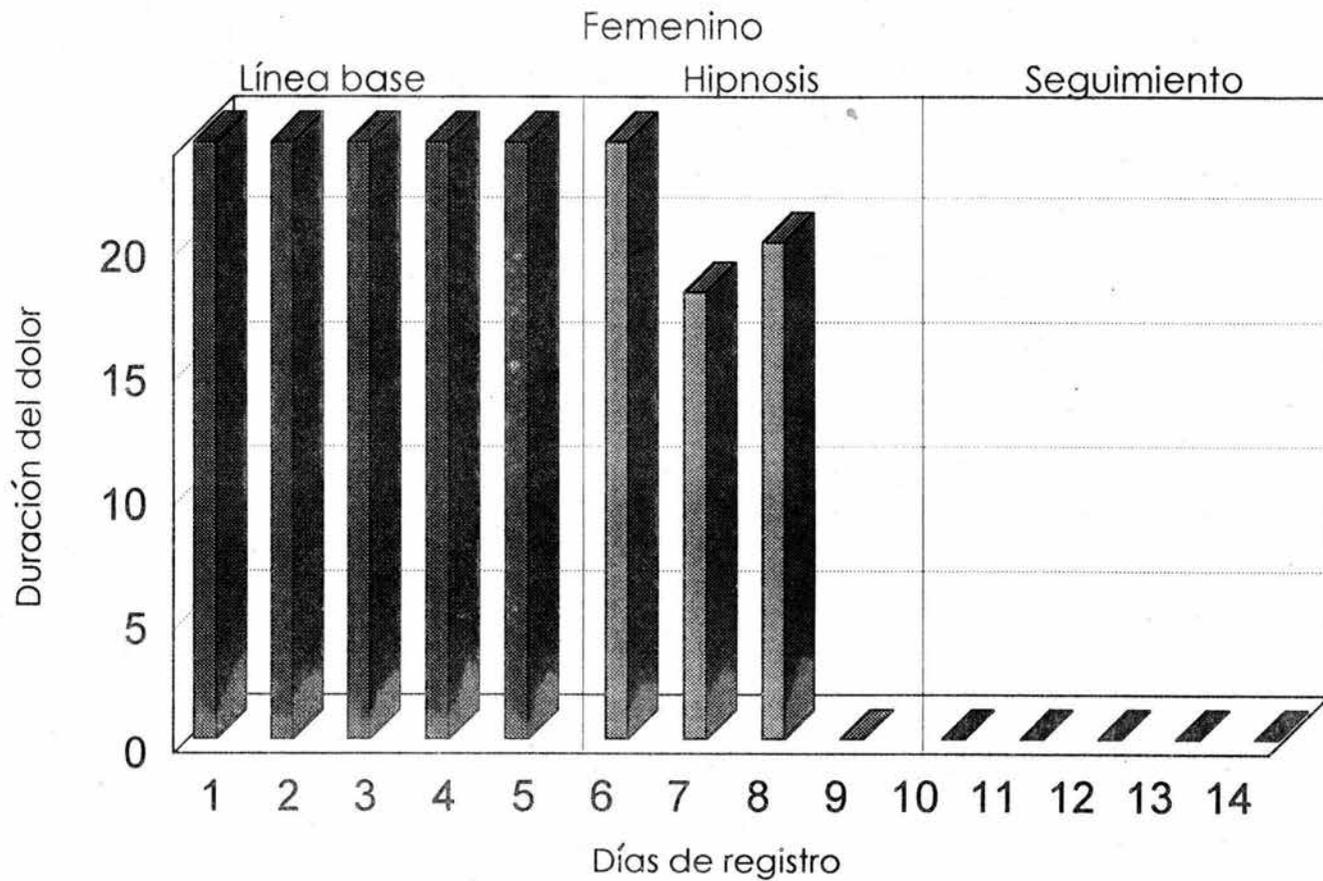


Figura 22. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 12 Grupo Control

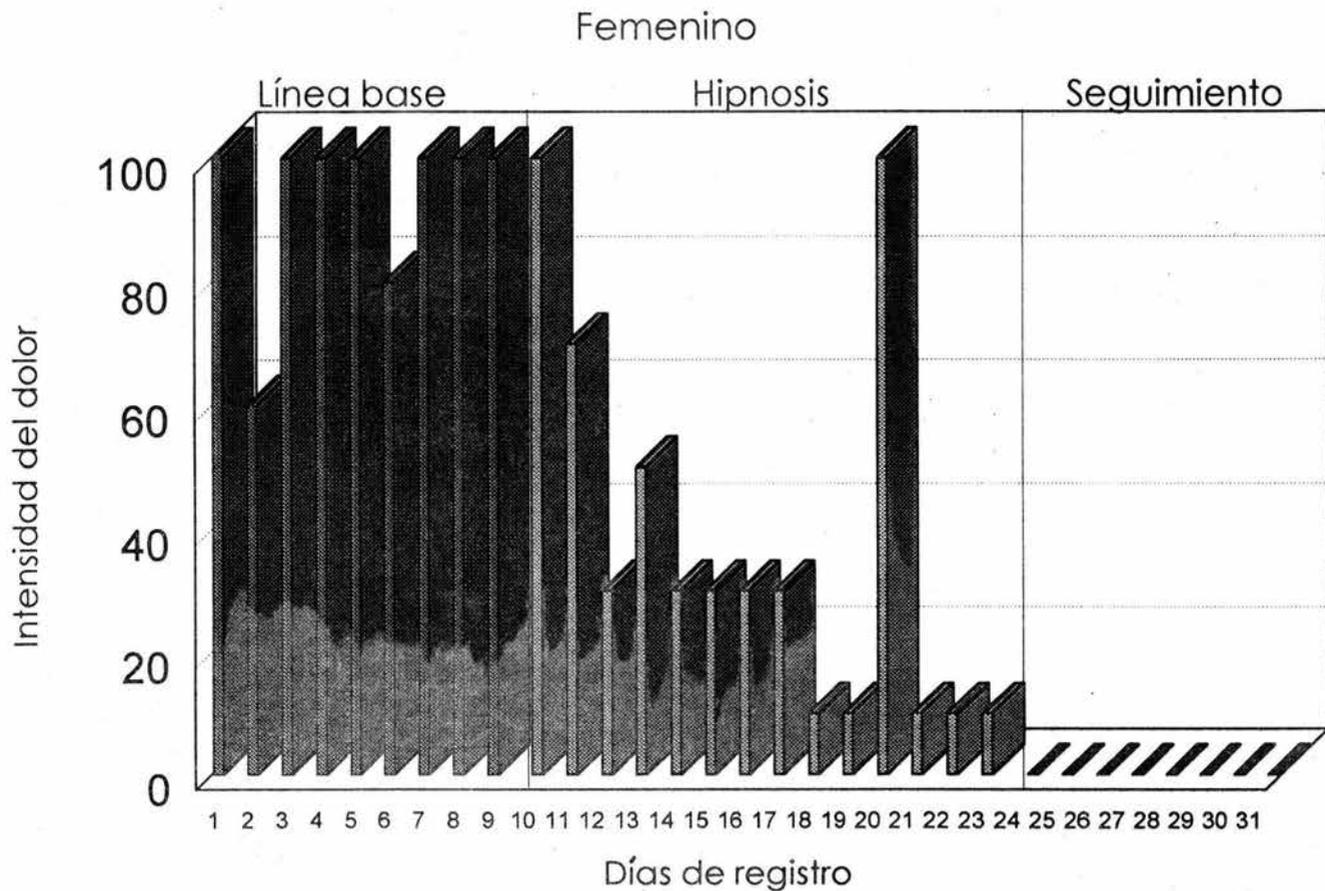


Figura 23. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 12 Grupo Control

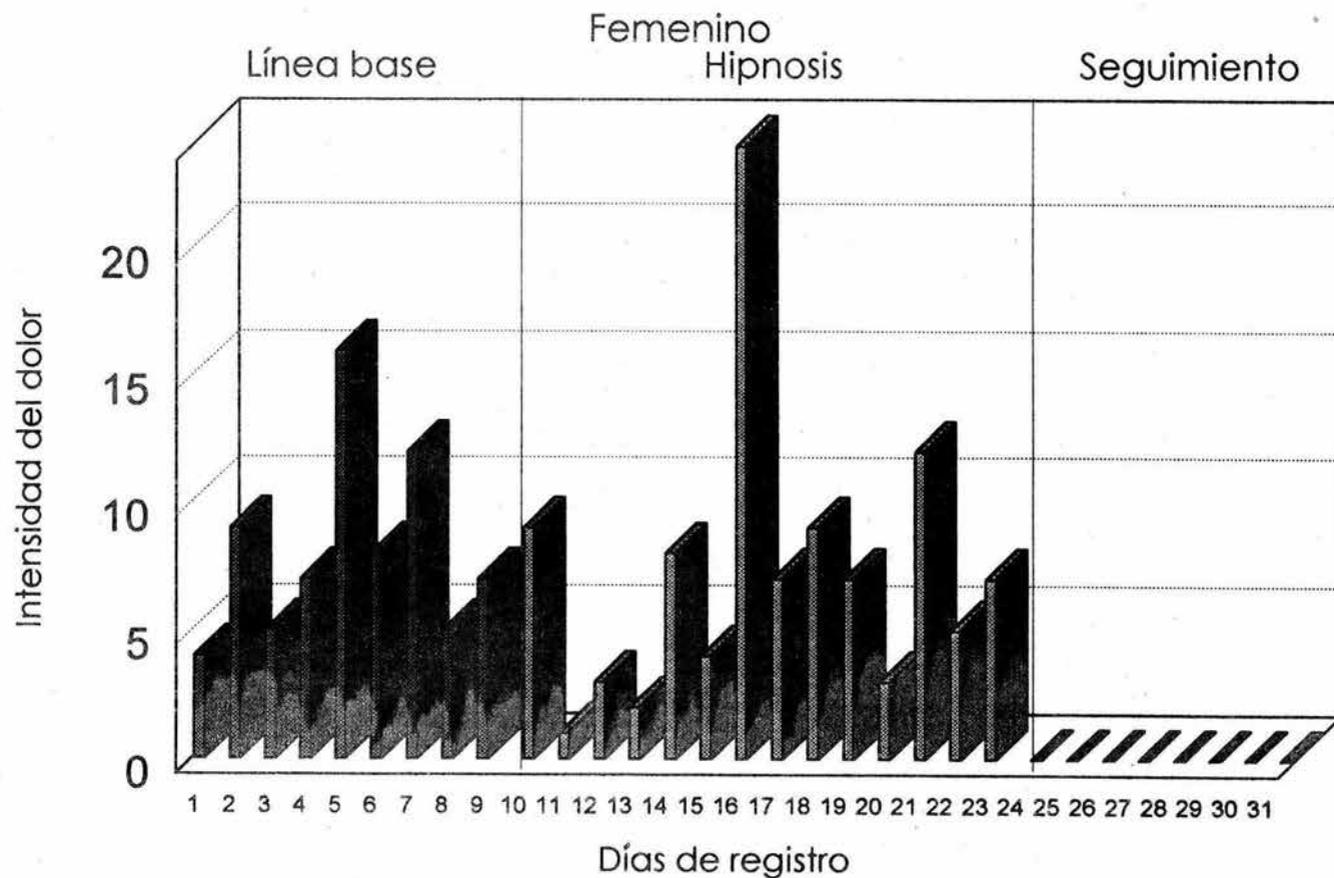


Figura 24. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 13 Grupo Control

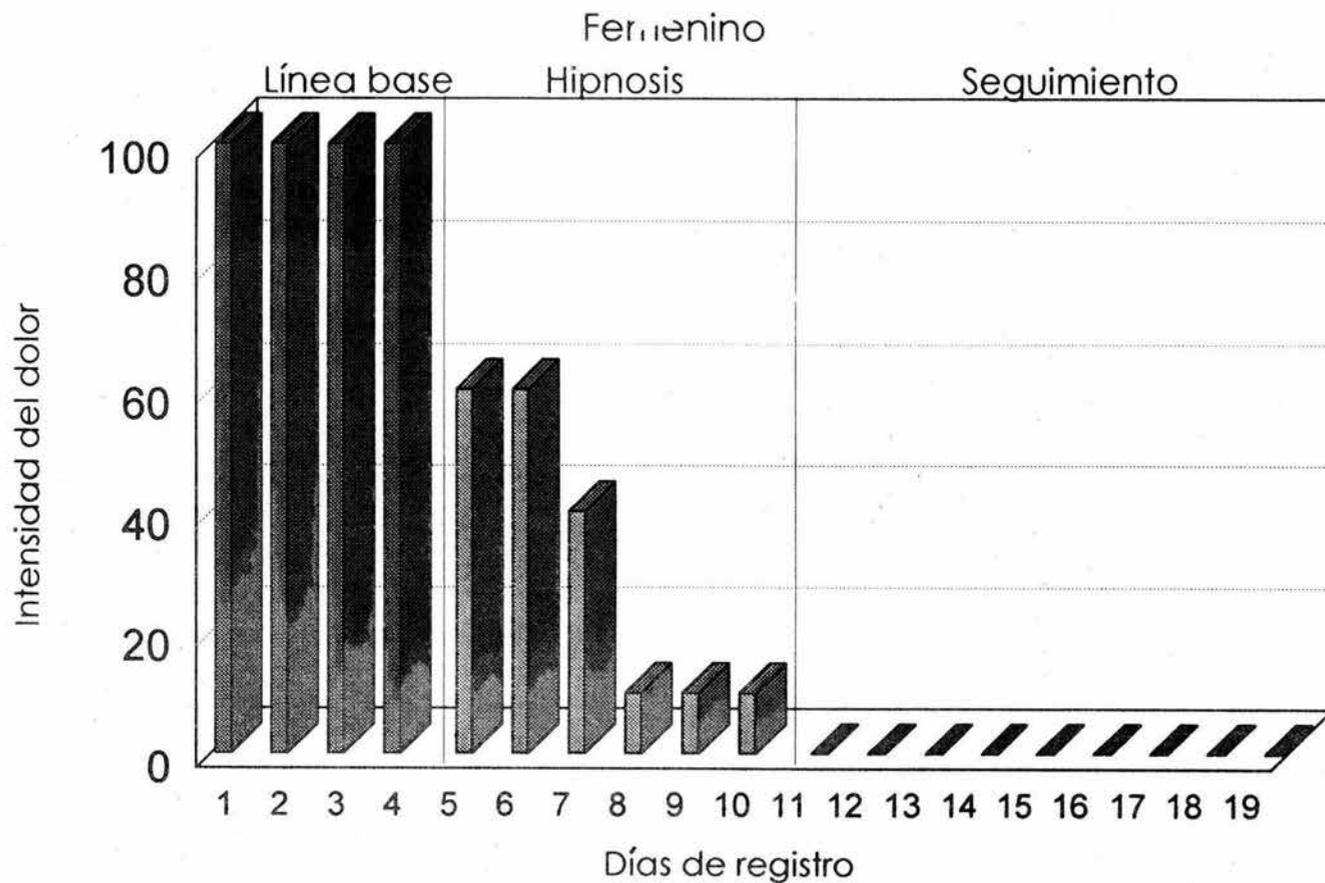


Figura 25. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 13 Grupo Control

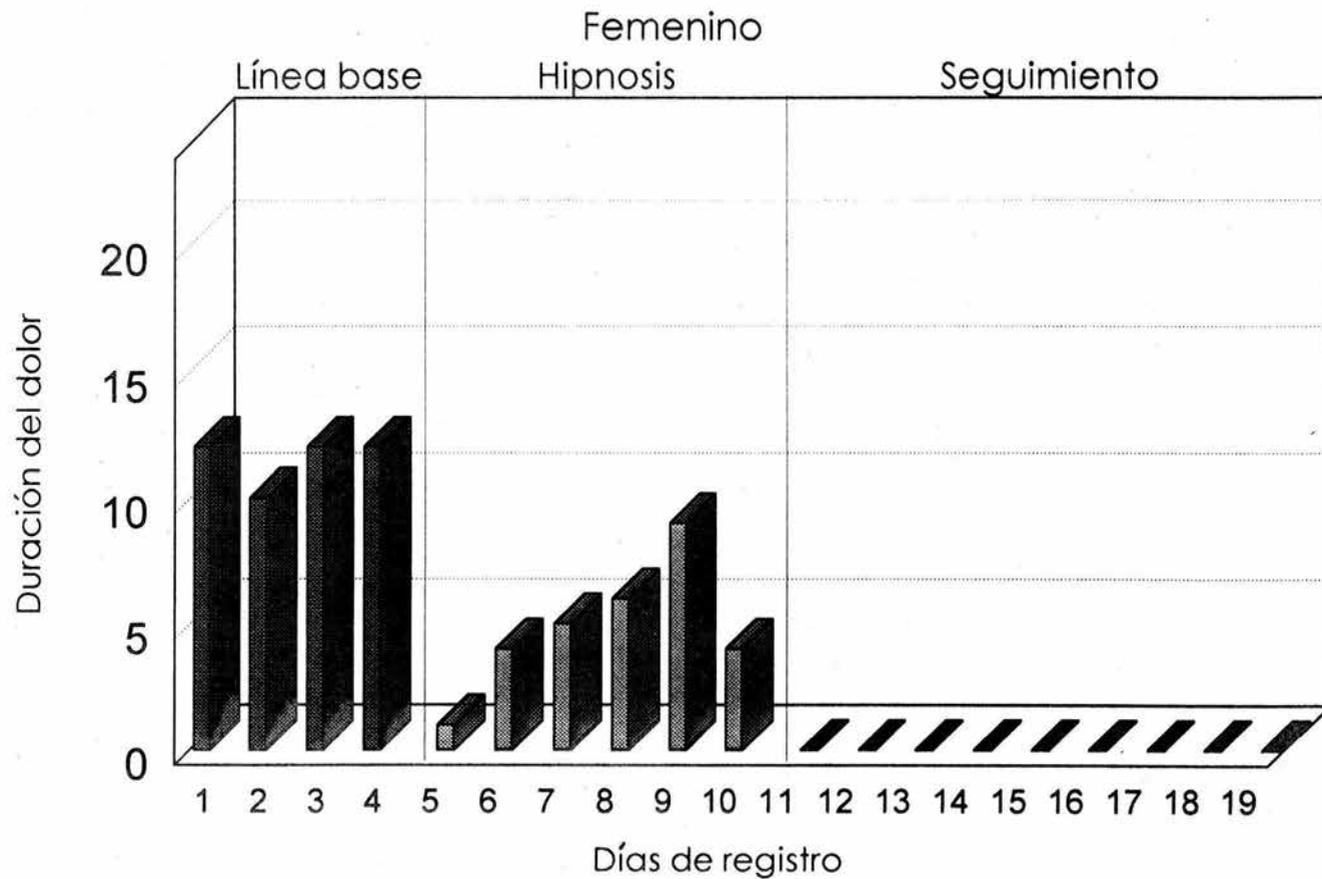


Figura 26. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 14 Grupo Control

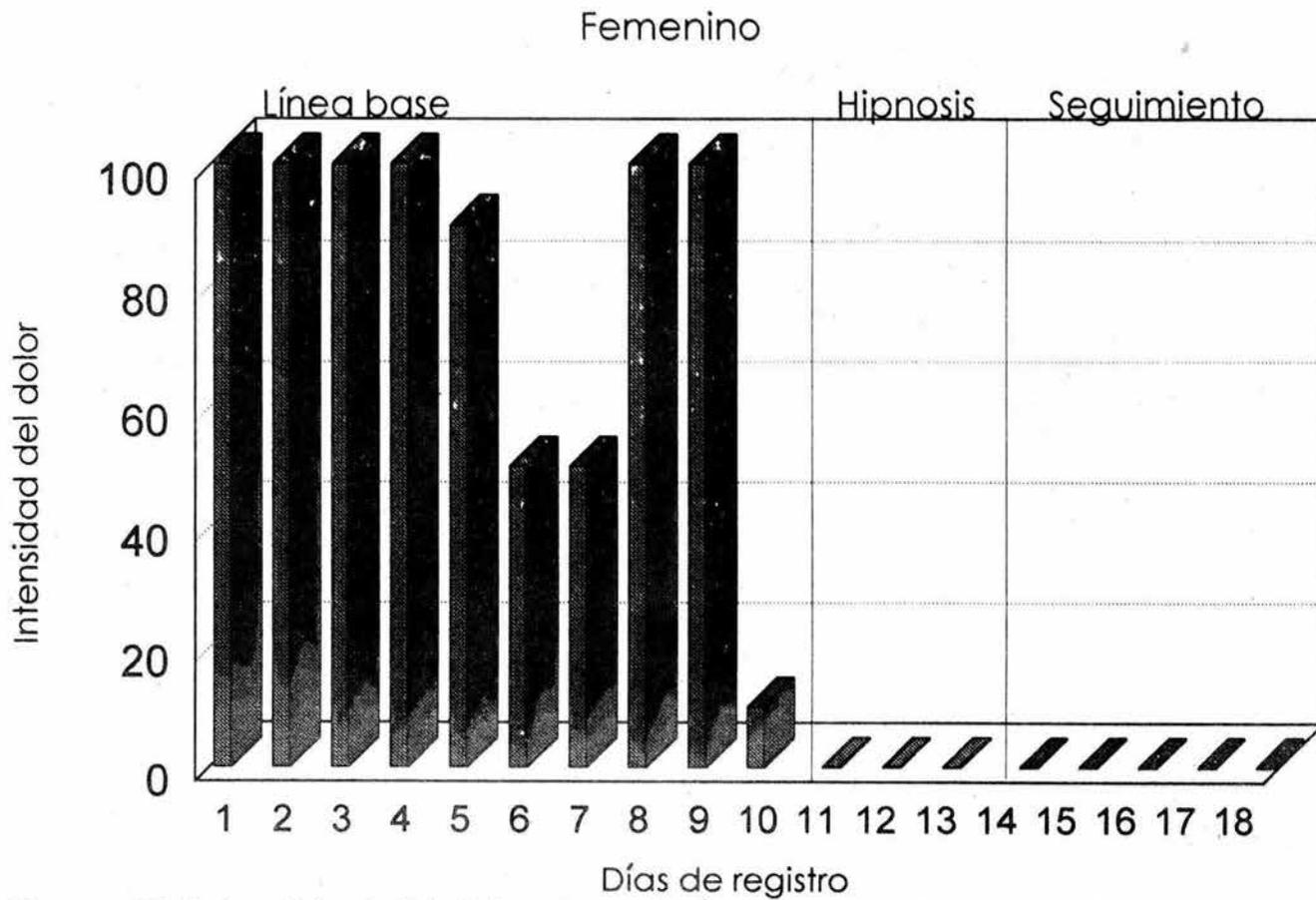


Figura 27. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 14 Grupo Control

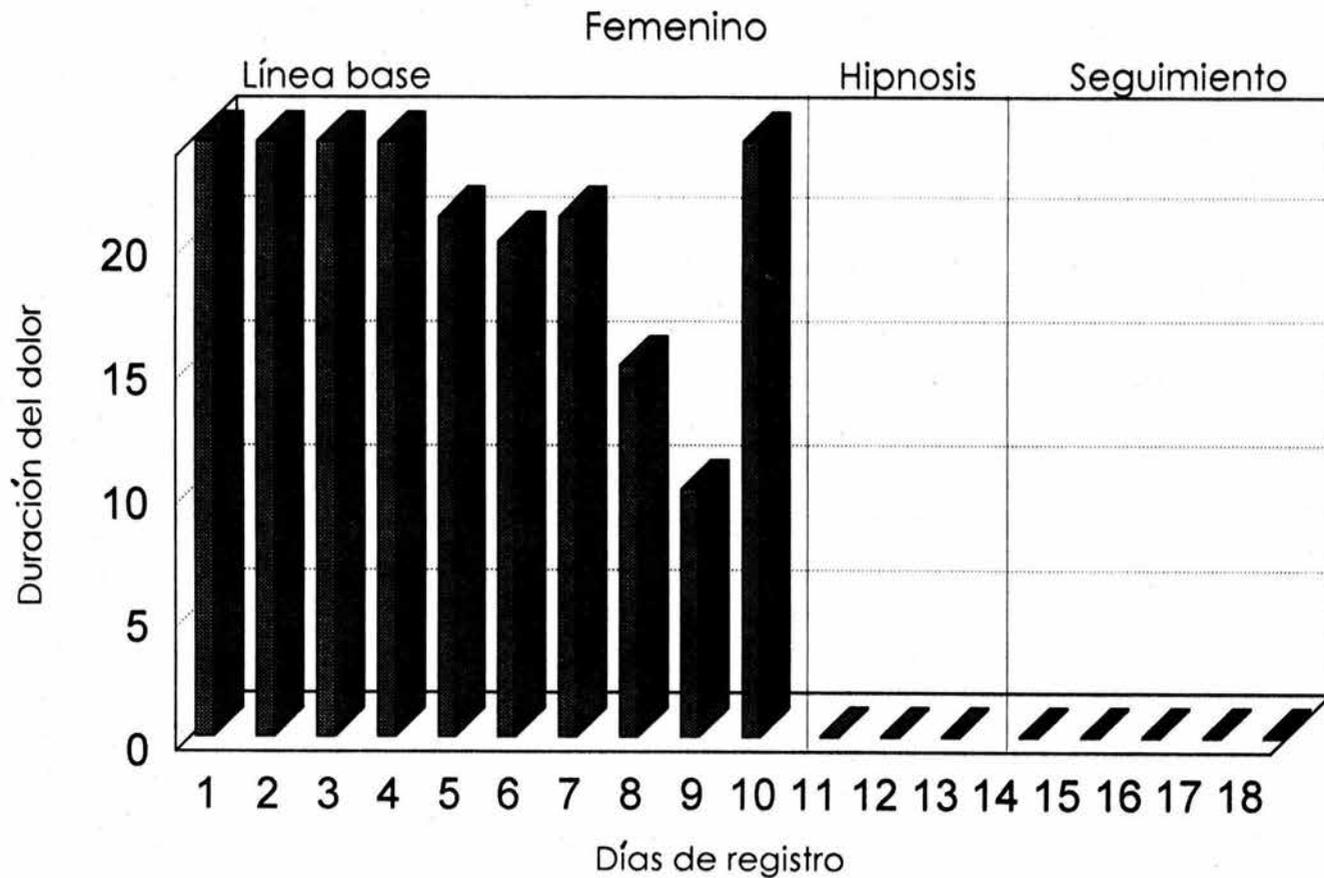


Figura 28. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 15 Grupo Control

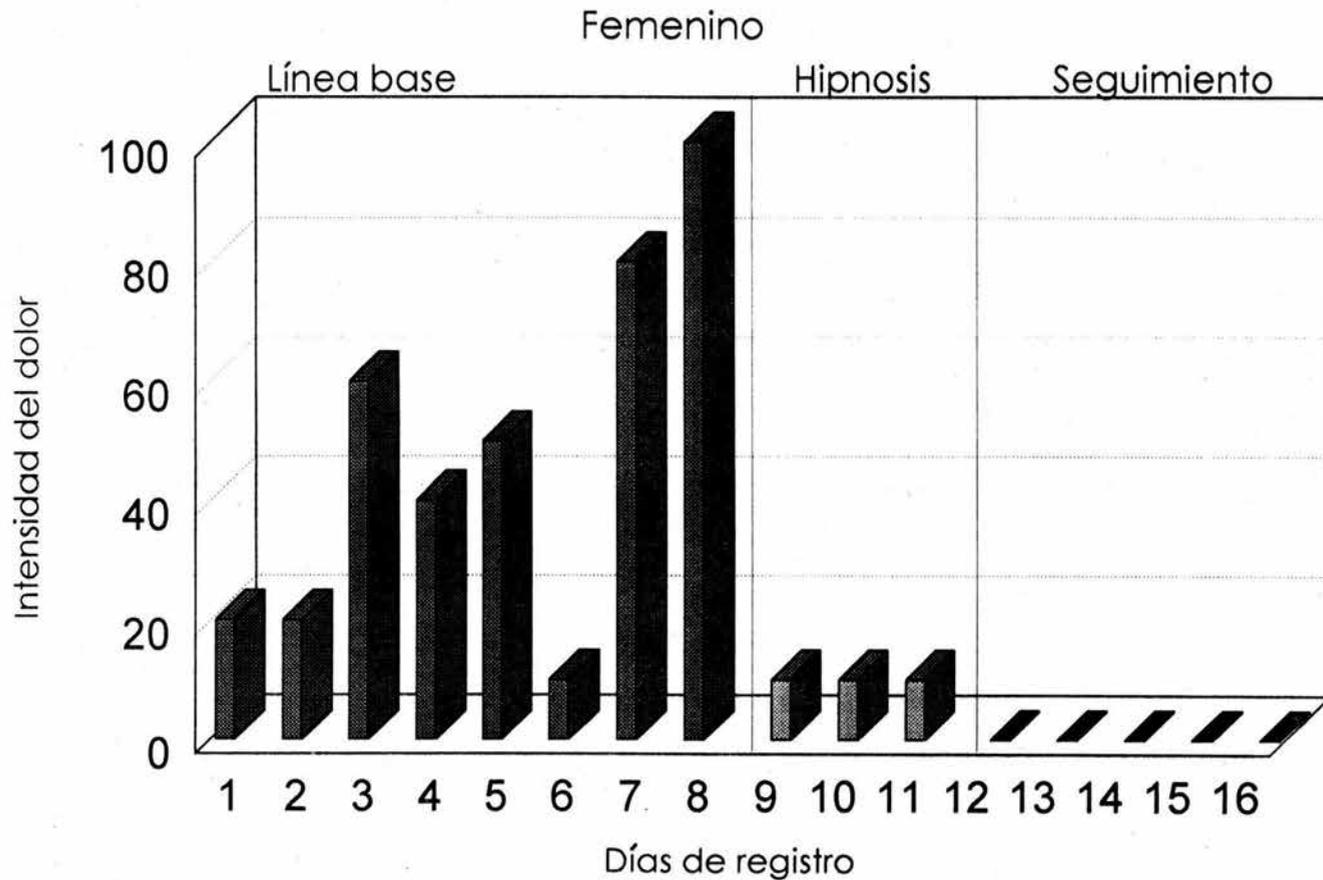


Figura 29. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 15 Grupo Control

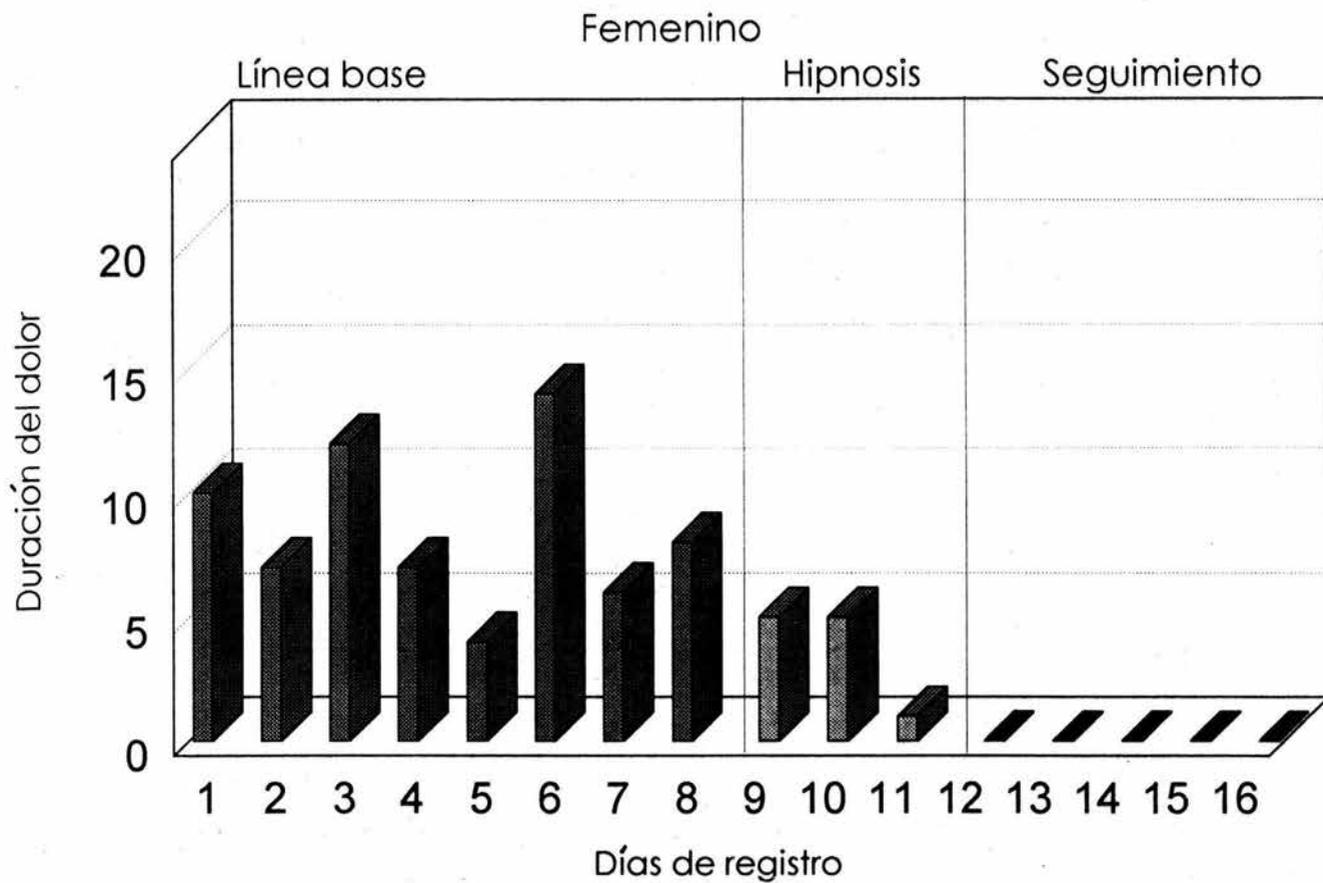


Figura 30. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 16 Grupo Control

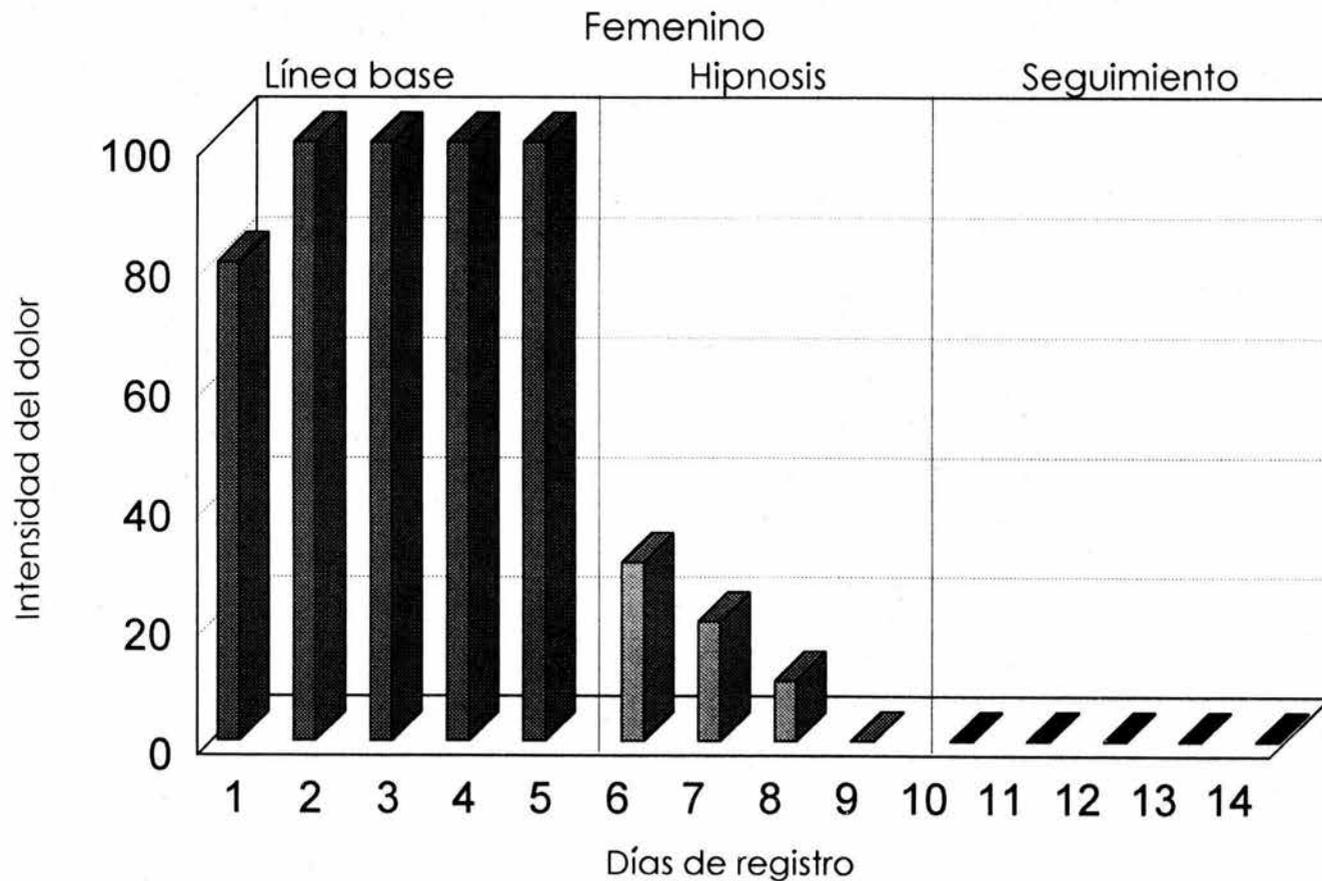


Figura 31. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 16 Grupo Control

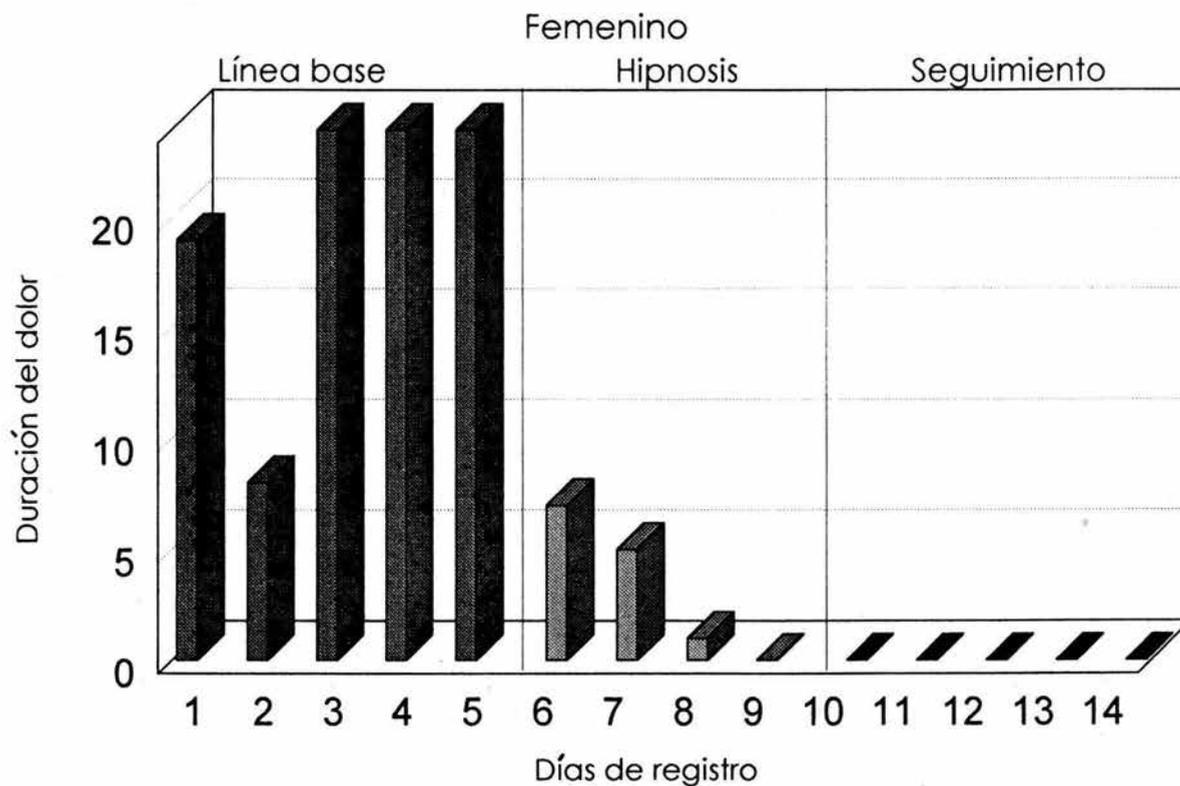


Figura 32. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 17 Grupo Experimental

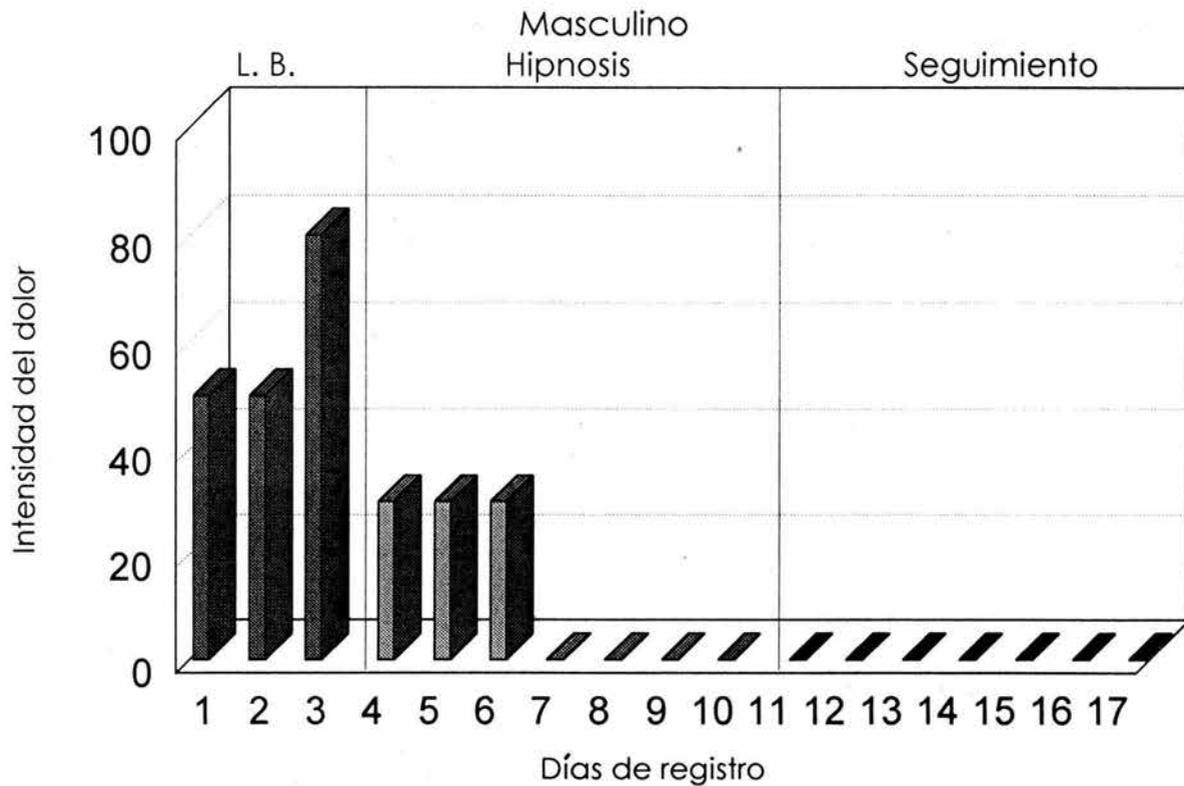


Figura 33. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 17 Grupo Experimental

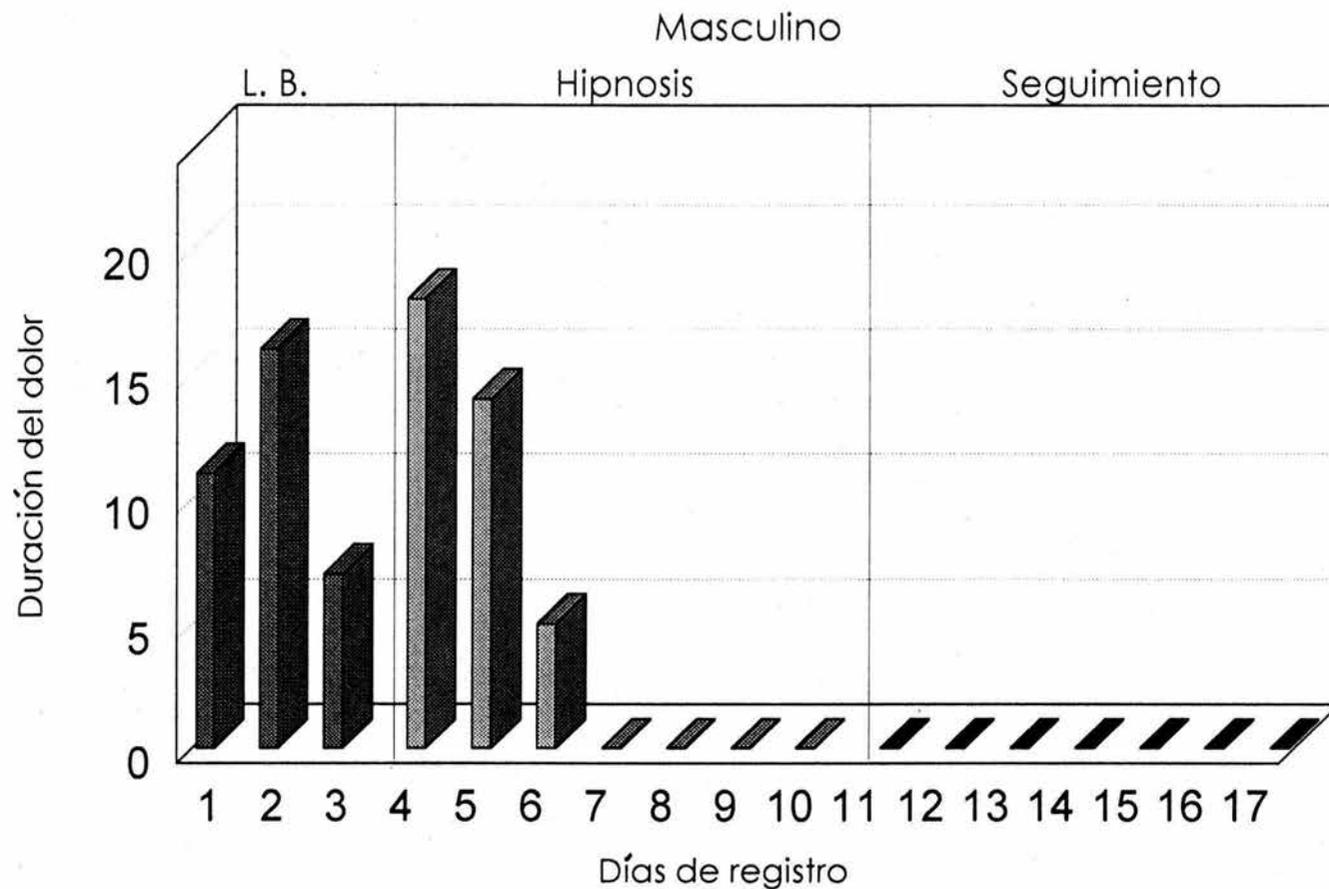


Figura 34. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 18 Grupo Experimental

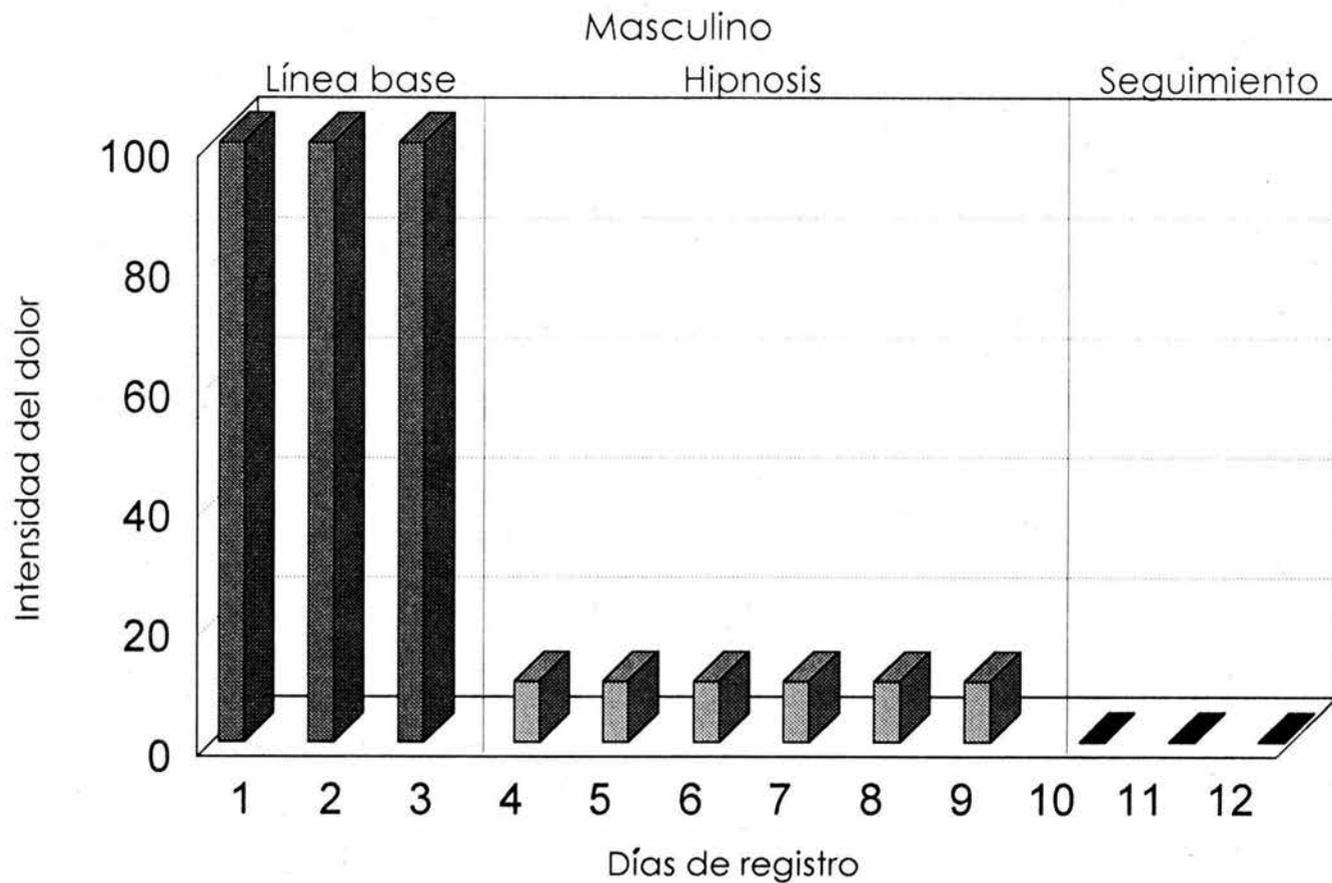


Figura 35. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 18 Grupo Experimental

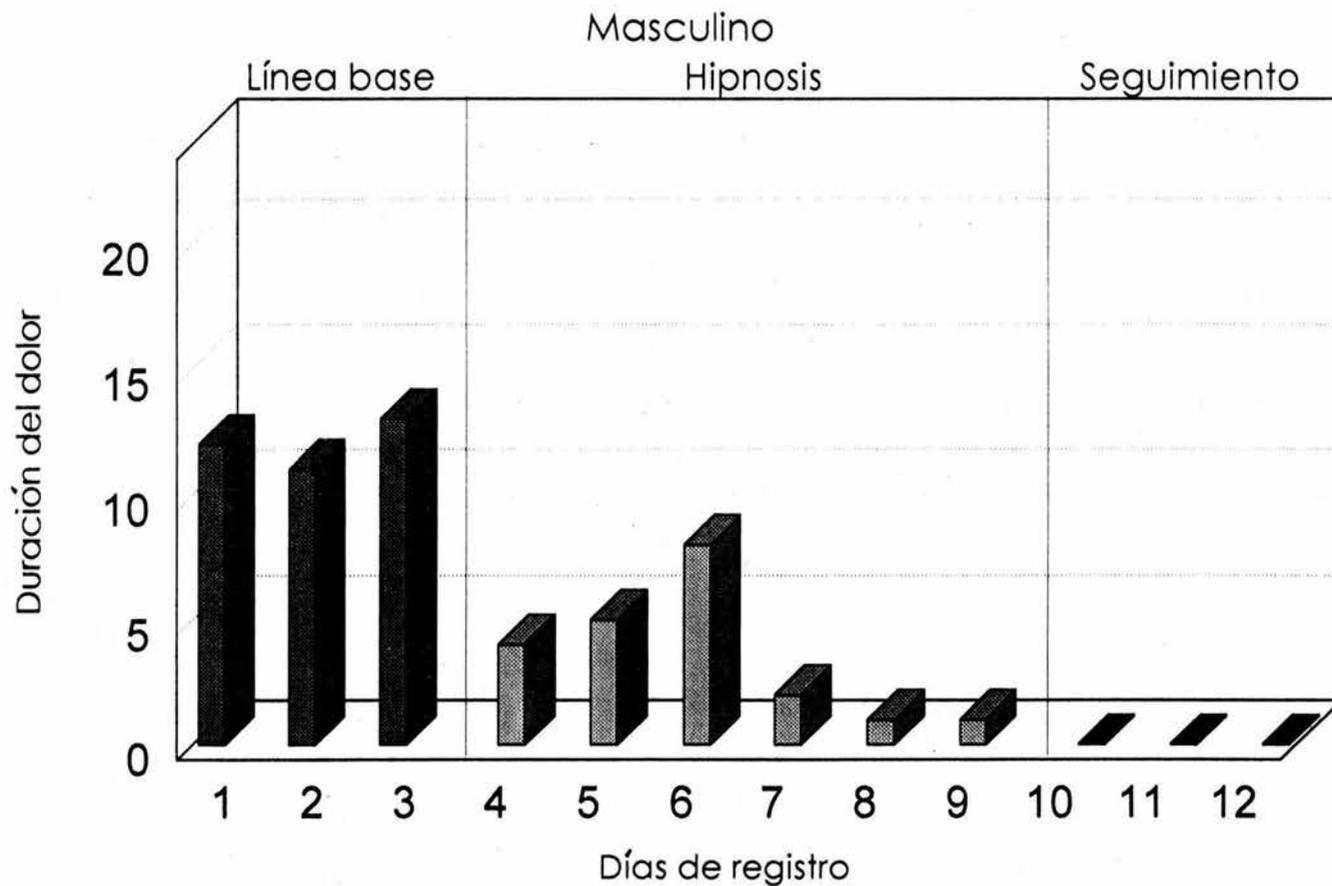


Figura 36. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 19 Grupo Experimental

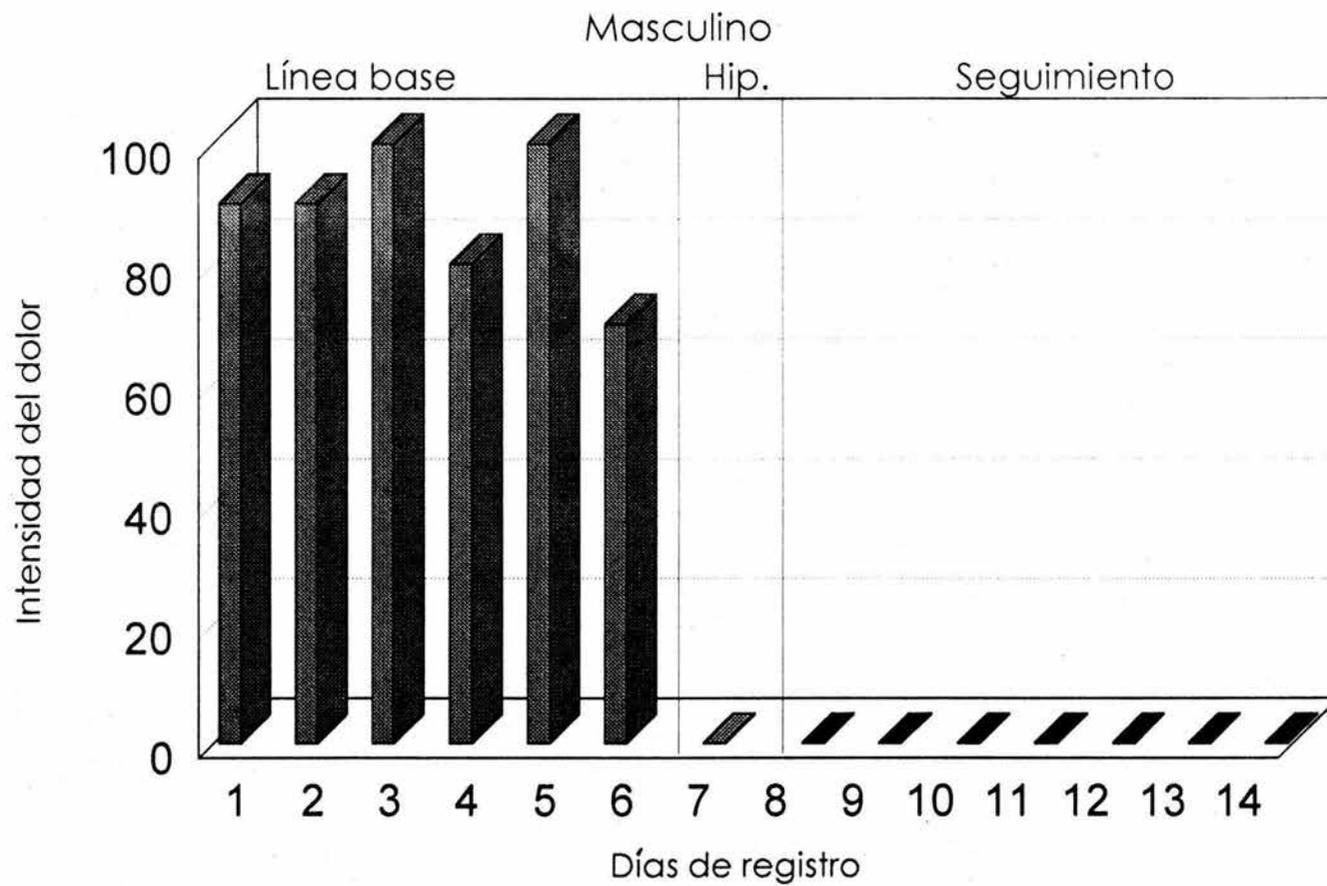


Figura 37. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 19 Grupo Experimental

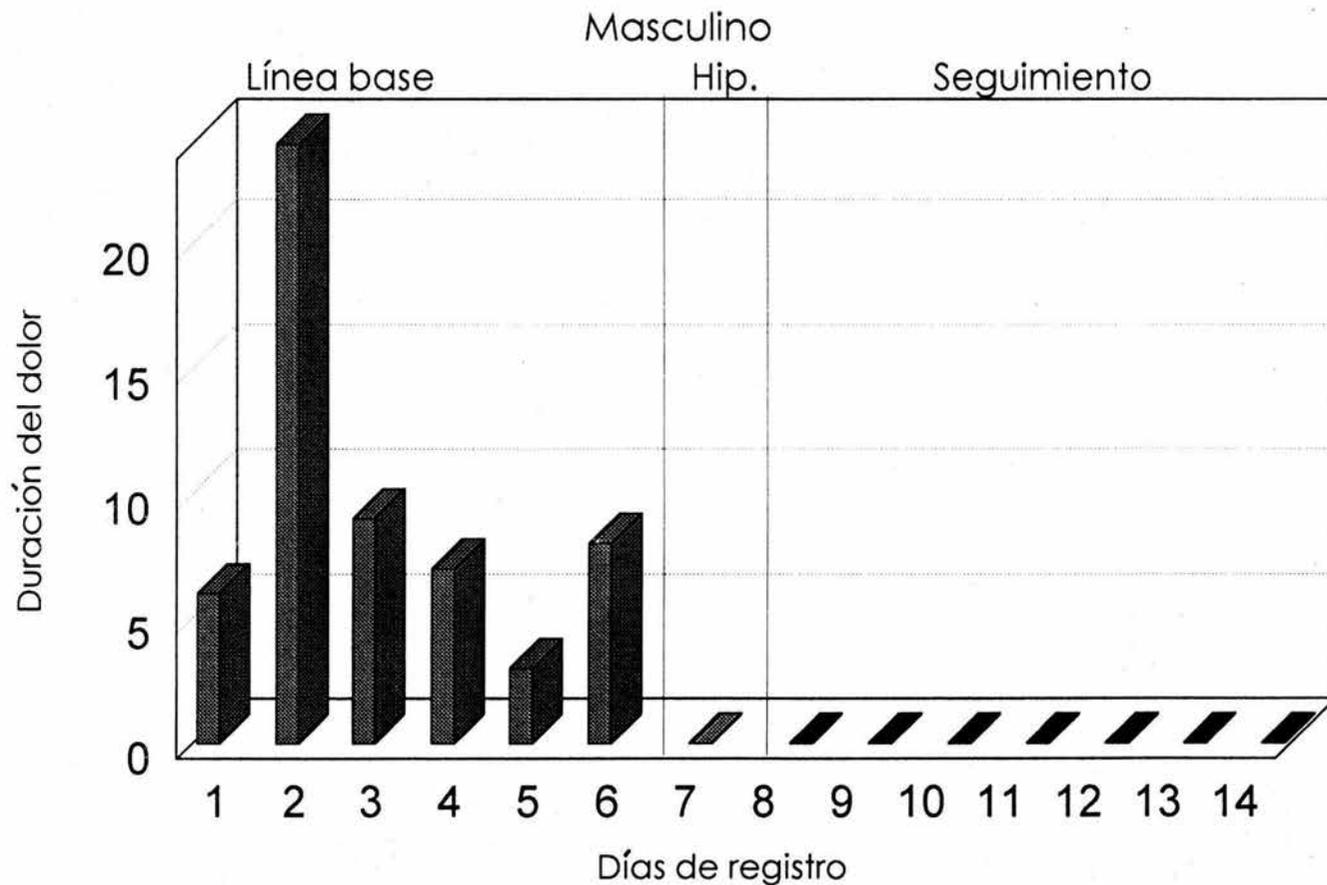


Figura 38. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 20 Grupo Experimental

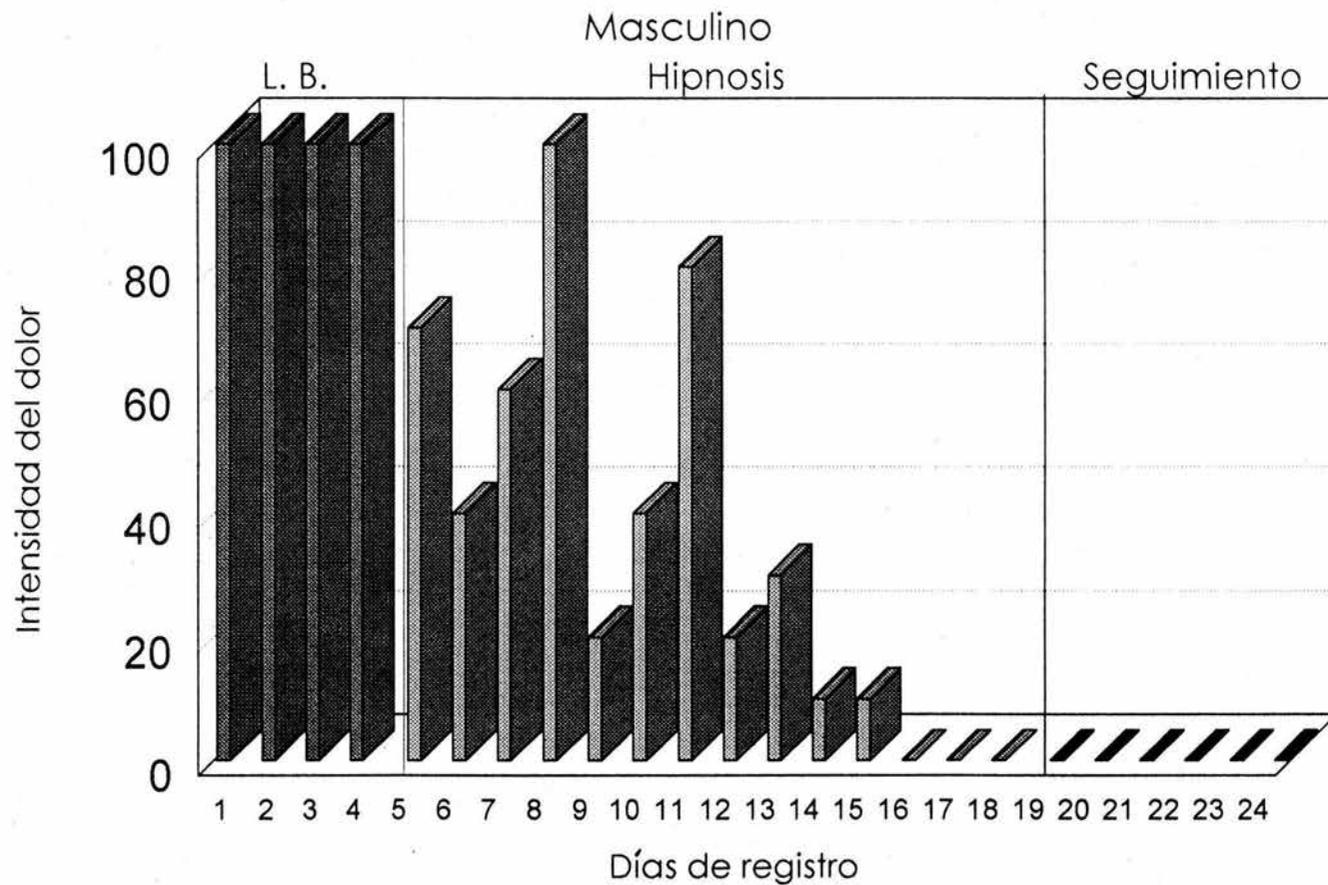


Figura 39. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 20 Grupo Experimental

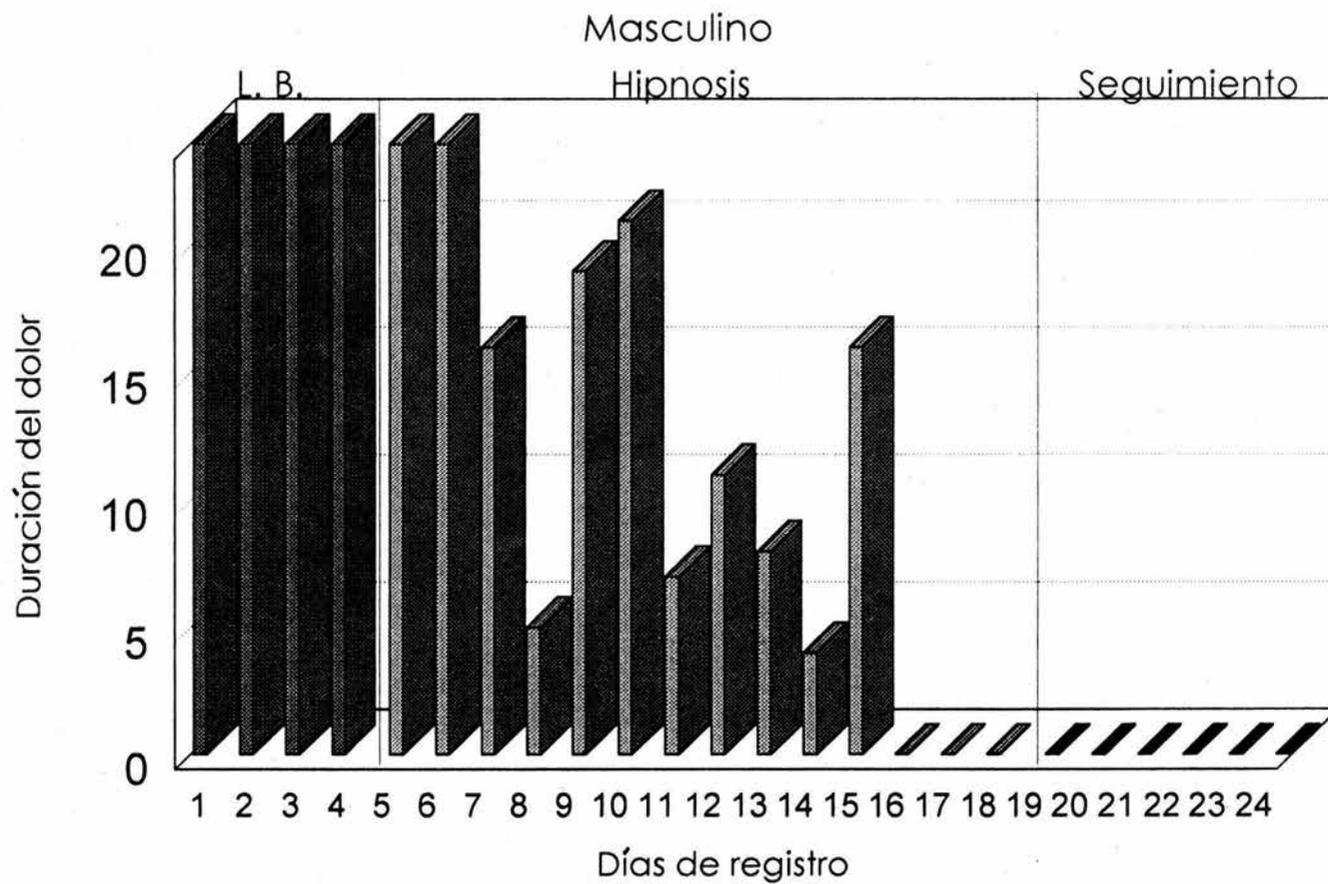


Figura 40. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 21 Grupo Experimental

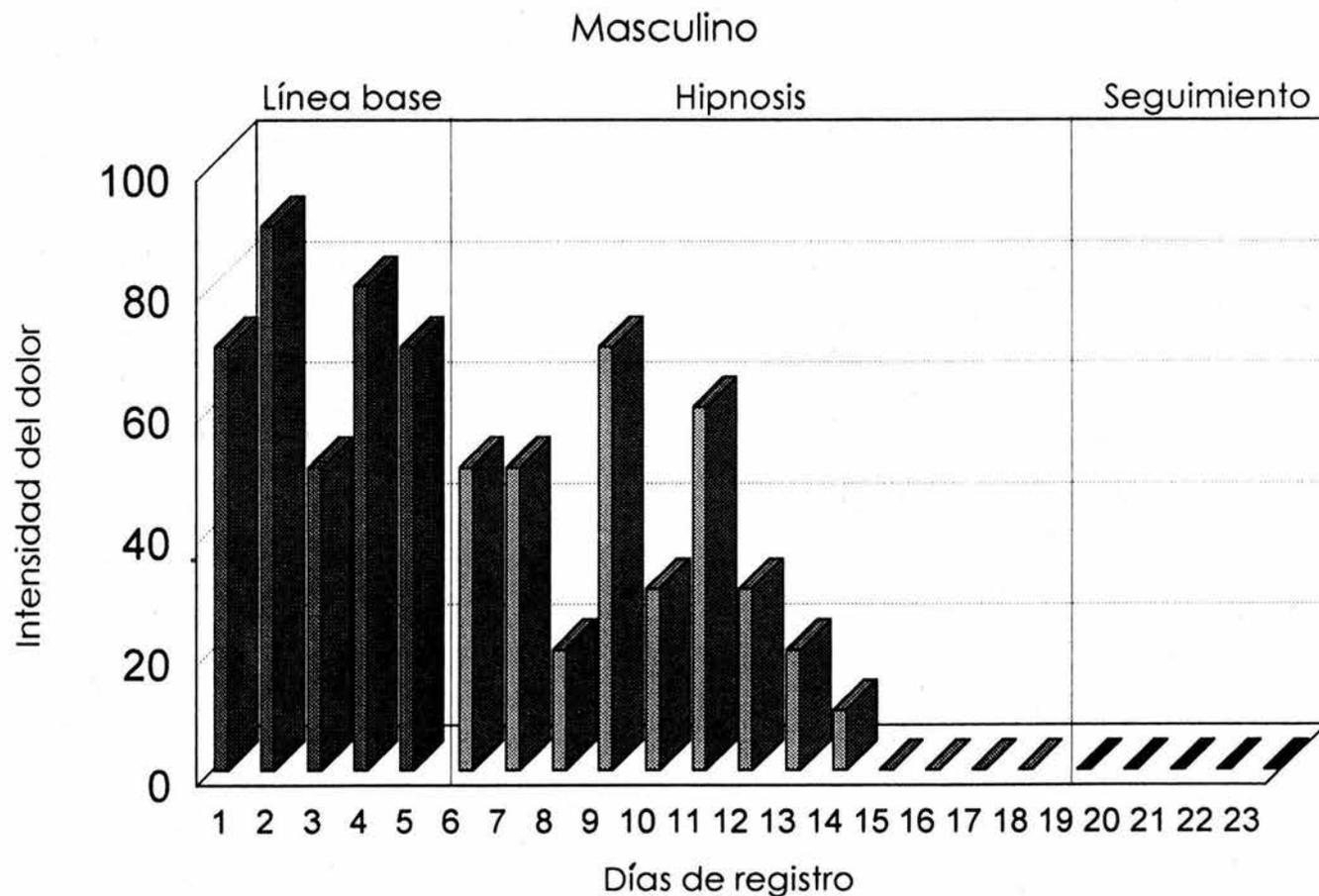


Figura 41. Intensidad del dolor durante las fases del tratamiento.

Sujeto 21 Grupo Experimental

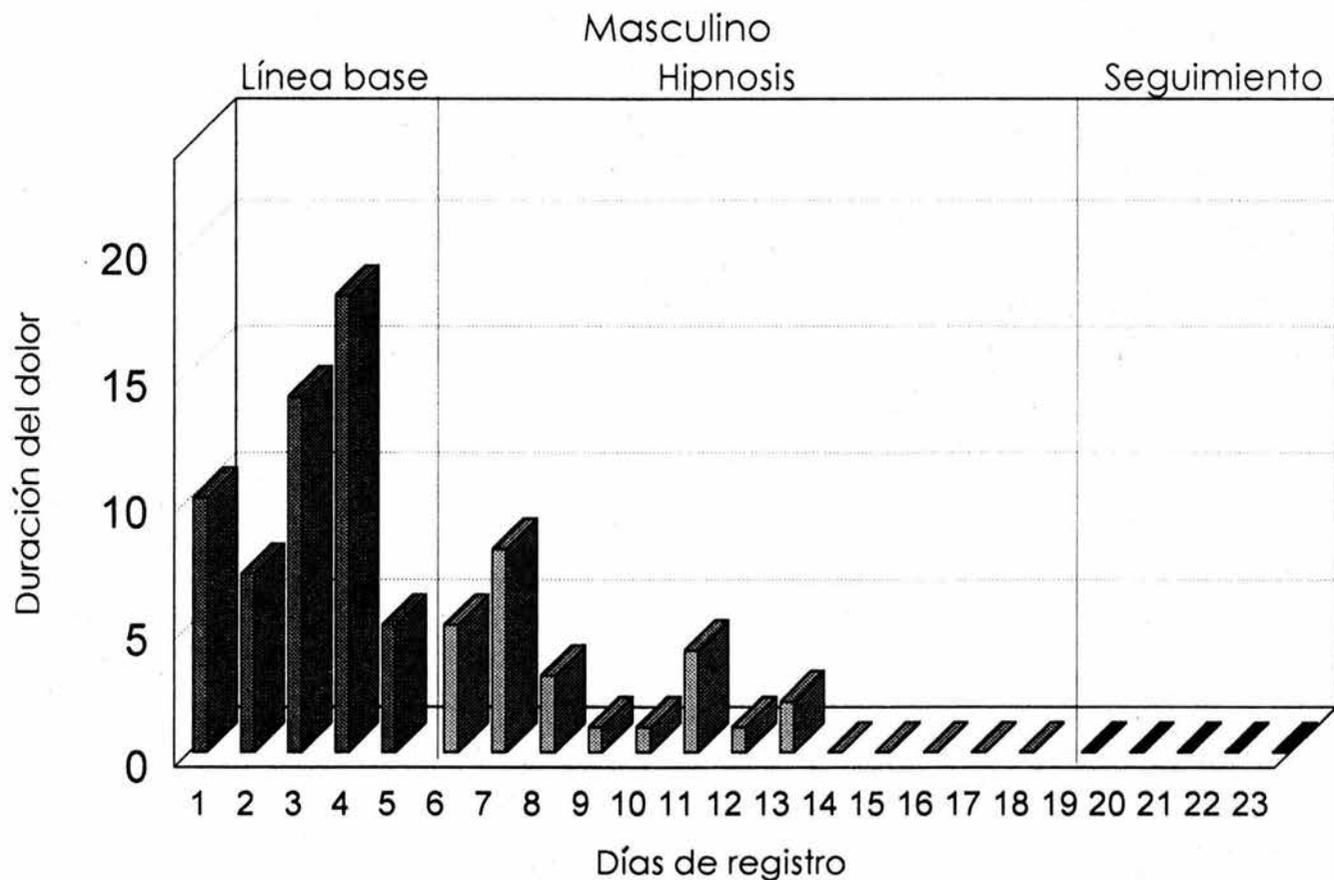


Figura 42. Duración del dolor durante las fases del tratamiento.

Tabla 1

Sujeto	Sexo	Edad	Tiempo de diagnóstico	Tiempo de consumo de analgésicos.
1	Femenino	27	13	6
2	Femenino	50	8	2
3	Femenino	32	2.11	2.11
4	Femenino	22	1.6	1
5	Femenino	64	7	5
6	Femenino	23	1.8	1
7	Femenino	27	4	3
8	Femenino	28	2	2
9	Femenino	45	3	2.1
10	Femenino	41	14	14
11	Femenino	31	5	3.5
12	Femenino	31	15	1
13	Femenino	58	11	7
14	Femenino	24	2	1
15	Femenino	37	1.1	1.6
16	Femenino	29	8	8
17	Masculino	31	14	12
18	Masculino	47	6	1
19	Masculino	37	3	2
20	Masculino	22	2	1
21	Masculino	57	9	8

Datos sobre sexo, edad, tiempo de diagnóstico, tiempo de consumo de analgésicos.

Tabla 2

Sesiones registradas

Grupo Experimental Femenino.	Sujeto	Línea base	Hipnosis	Seguimiento	
	1	7	7	3	
	2	3	21	9	
	3	7	5	3	
	4	3	6	13	
	5	7	4	7	
Grupo Placebo Femenino	Sujeto	Línea base	Placebo	Hipnosis	Seguimiento
	6	9	5	10	12
	7	9	11	3	5
	8	7	11	6	8
	9	3	7	6	6
	10	7	7	9	6
Grupo Control Femenino	Sujeto	Línea base	Hipnosis	Seguimiento	
	11	5	4	5	
	12	9	14	8	
	13	4	6	9	
	14	10	3	5	
	15	8	3	5	
	16	5	4	5	
Grupo Experimental Masculino	Sujeto	Línea base	Hipnosis	Seguimiento	
	17	3	7	7	
	18	3	6	3	
	19	6	1	7	
	20	4	14	6	
	21	5	13	5	

El número de sesiones es el mismo para la intensidad y duración del dolor.

Tabla 4

Grupo Placebo Femenino

	Linea base		Placebo		Meprobis		Seguimiento	
	Intensidad	Duracion	Intensidad	Duracion	Intensidad	Duracion	Intensidad	Duracion
Sueto 5	100	3	100	2	20	1	0	0
	50	2	100	2	20	5	0	0
	100	4	100	5	20	5	0	0
	20	2	100	5	30	15	0	0
	50	2	100	2	40	2	0	0
	50	4	100	2	10	20	0	0
	10	4			10	20	0	0
	100	7			0	0	0	0
	100	2			0	0	0	0
					0	0	0	0
Sueto 7	75	10	50	5	0	0	0	0
	100	22	70	4	0	0	0	0
	100	4	40	5	0	0	0	0
	100	14	100	5	0	0	0	0
	10	4	40	7	0	0	0	0
	70	2	40	2	0	0	0	0
	70	5	20	23	0	0	0	0
	50	1	80	23	0	0	0	0
	70	24	40	7	0	0	0	0
			50	24	0	0	0	0
Sueto 8	40	7	10	10	10	2	0	0
	30	4	40	24	10	21	0	0
	80	4	30	2	10	11	0	0
	20	4	70	8	20	7	0	0
	50	10	20	3	10	4	0	0
	20	16	80	11	0	0	0	0
	40	4	10	24	0	0	0	0
			40	24	0	0	0	0
			10	7	0	0	0	0
			10	18	0	0	0	0
Sueto 9	80	24	30	24	20	16	0	0
	80	24	30	24	20	24	0	0
	100	24	20	18	30	4	0	0
			10	24	20	20	0	0
			10	24	0	0	0	0
			0	0	0	0	0	0
Sueto 10	20	15	10	7	0	0	0	0
	20	13	10	11	0	0	0	0
	100	12	10	18	0	0	0	0
	20	18	10	15	0	0	0	0
	100	10	10	7	0	0	0	0
	20	21	10	18	0	0	0	0
	20	9	10	4	0	0	0	0
					0	0	0	0

Datos sobre intensidad y duración del dolor.

Tabla 5

Grupo Control Femenino

	Línea base		Hipnosis		Seguimiento		
	Intensidad	Duración	Intensidad	Duración	Intensidad	Duración	
Sujeto 11	80	24	30	24	0	0	
	100	24	20	18	0	0	
	100	24	10	20	0	0	
	100	24	0	0	0	0	
	100	24			0	0	
Sujeto 12	100	4	100	9	0	0	
	80	9	70	1	0	0	
	100	5	30	3	0	0	
	100	7	50	2	0	0	
	100	16	30	8	0	0	
	80	8	30	4	0	0	
	100	12	30	24	0	0	
	100	5	30	7	0	0	
	100	7	10	9			
			10	7			
			100	3			
			10	12			
			10	5			
		10	7				
Sujeto 13	100	12	80	1	0	0	
	100	10	80	4	0	0	
	100	12	40	5	0	0	
	100	12	10	6	0	0	
			10	9	0	0	
			10	4	0	0	
Sujeto 14	100	24	0	0	0	0	
	100	24	0	0	0	0	
	100	24	0	0	0	0	
	100	24			0	0	
	80	21			0	0	
	80	20			0	0	
	80	21			0	0	
	100	15			0	0	
	100	10			0	0	
100	24			0	0		
Sujeto 15		20	10	10	5	0	0
		20	7	10	5	0	0
		80	12	10	1	0	0
		40	7			0	0
		50	4			0	0
		10	14				
		80	18				
Sujeto 16		100	8				
	80	19	30	7	0	0	
	100	8	20	5	0	0	
	100	24	10	1	0	0	
	100	24	0	0	0	0	
	100	24			0	0	

Datos sobre intensidad y duración del dolor.

Tabla 6

Grupo Experimental Masculino

	Linea base		Hipnosis		Seguimiento		
	Intensidad	Duración	Intensidad	Duración	Intensidad	Duración	
Sujeto 17	50	11	30	18	0	0	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
	50	16	30	4	0	0	
	80	7	30	5	0	0	
			0	0	0	0	
			0	0	0	0	
			0	0	0	0	
Sujeto 18	100	13	10	4	0	0	
	100	11	10	5	0	0	
	100	13	10	8	0	0	
			10	2			
			10	1			
			10	1			
Sujeto 19	90	6	0	0		0	
	90	24				0	
	100	9				0	
	80	7				0	
	100	3				0	
	70	8				0	
Sujeto 20	100	24	70	24	0	0	
	100	24	40	24	0	0	
	100	24	60	18	0	0	
	100	24	100	5	0	0	
			20	19			
			40	21	0	0	
			80	7			
			20	11			
			30	8			
			10	4			
			10	18			
			0	0			
Sujeto 21	70	10	50	5	0	0	
	90	7	50	8	0	0	
	50	14	20	3	0	0	
	80	18	70	1	0	0	
	70	5	30	1	0	0	
			60	4			
			30	1			
			20	2			
			10	0			
		0	0				
		0	0				
		0	0				
		0	0				

Datos sobre intensidad y duración del dolor.

ANEXO 2

Nombre: _____

Fecha: _____

Día	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora.							
Actividad.							
Aparición del dolor.							
No aparición del dolor.							