



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

Facultad de Psicología

Tesina de Licenciatura en Psicología

2010

“Hipnosis y Analgesia Hipnótica: Una mirada diferente del dolor”

ALUMNO: Manuel Fontán Balestra

DIRECTOR: Mgter. Cristina Straniero

Junio del 2010

Hoja de Evaluación

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado:

Nota:

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo profundizar el conocimiento de la hipnosis clínica y los fenómenos hipnóticos, particularmente, la analgesia hipnótica. La hipnosis representa una herramienta terapéutica de incalculable valor, entre otras cosas, por su capacidad de suscitar habilidades y potenciales desconocidos por las personas. La analgesia hipnótica o el empleo de sugerencias hipnóticas para la reducción y el alivio del dolor es una de estas capacidades.

En este estudio se investigan las características de la hipnosis, su utilidad y cada uno de sus fenómenos asociados; se realiza un acercamiento al dolor y las distintas teorías que lo explican. Al mismo tiempo, se comentan los ámbitos de aplicación de la analgesia hipnótica, pacientes beneficiados y sugerencias específicas. Se presta especial atención a los aportes realizados por Milton Erickson al conocimiento de estos campos.

De acuerdo a lo estudiado se analiza el caso de una paciente obstétrica en el cual se trabajó con hipnosis para reducir los dolores de parto y controlar la ansiedad para que la experiencia fuera vivida como placentera.

A modo conclusión, se encontró que la analgesia hipnótica es efectiva para el tratamiento del dolor de parto y su utilización representa numerosas ventajas en comparación con otros tratamientos similares.

ABSTRACT

This paper's objective is to go in depth into clinical hypnosis knowledge, and into hypnotic phenomena, particularly into hypnotic analgesia. Hypnosis represents a therapeutic tool of an incalculable value, among other things, due to its capability to surface unknown or hidden abilities and potentials. One of these abilities is hypnotic analgesia, or the use of hypnotic suggestions for the reduction and relief of pain.

This study researches hypnosis' characteristics, their utility and each one of its associated phenomena; in addition, an approach upon pain is made and on the diverse theories that explain it. Fields of hypnotic analgesia application, benefitted patients and specific suggestion techniques are also discussed. There is a special focus upon the contribution made by Milton Erickson to the knowledge of these fields.

According to the information provided, a particular case is analyzed, in which an obstetric patient is treated with hypnosis in order to reduce labor pains, control anxiety, which altogether allows the experience to be a pleasant one.

The result of this research shows that hypnotic analgesia is efficient for treating labor pain and its use implies several advantages when compared to other equivalent treatments.

ÍNDICE

	Pág.
Título.....	1
Hoja de Evaluación.....	2
Resumen	3
Abstract	4
Agradecimientos	9
Introducción	10
PARTE TEÓRICA.....	12
Capítulo I: Hipnosis	13
I.1 Antecedentes de la Hipnosis	14
I.2 Teorías acerca de la Hipnosis	21
I.2.1 Primeras Teorías	21
I.2.1.a El trance, una canalización de la energía	21
I.2.1.b El trance como sueño	22
I.2.1.c El trance como una patología	23
I.2.1.d El trance como sugestibilidad	24
I.2.1.e El trance como disociación	24
I.2.2 Teorías Contemporáneas.....	25
I.2.2.a La hipnosis como regresión psicológica.	25
I.2.2.b El trance como aprendizaje adquirido	26
I.2.2.c El trance como disociación: Teoría de la neo-disociación .	26
I.2.2.d Teoría motivacional	27
I.2.2.e El trance como actuación de roles	27
I.2.2.e Teoría de la asimetría hemisférica	28
I.2.2.f La naturaleza psicobiológica del trance	29
I.2.2.g La hipnosis como un estado de conciencia alterado.....	29
I.3 Momento actual y definiciones.....	30
I.4 Contextos específicos en los que se usa hipnosis	35

I.4.1 Medicina	35
I.4.2 Odontología.....	36
I.4.3 Forense	37
I.4.4 Educación.....	38
I.4.5 Negocios	38
I.4.5 Deporte.....	39
I.4.6 Hipnosis y psicoterapia.....	40
I.5 Distintos enfoques de la hipnosis.....	40
I.5.1 El enfoque autoritario de la hipnosis	41
I.5.2 El enfoque estandarizado	44
I.5.3 El enfoque de utilización	45
I.5.2.a Lenguaje Ericksoniano (Lenguaje de influencia).....	49
Capítulo II: Fenómenos Hipnóticos	59
II.1 Introducción	60
II.2 Utilidad de los fenómenos hipnóticos	61
II.3 Descripción	62
II.3.1 Alucinación Hipnótica	62
II.3.1.a Ocurrencia natural de las alucinaciones	63
II. 3.1.b. Utilidad terapéutica	63
II.3.2 Amnesia hipnótica	64
II.3.2.a Ocurrencia natural de la amnesia	65
II.3.2.b Utilidad terapéutica	66
II.3.3 Analgesia y Anestesia hipnótica	66
II.3.3.a Ocurrencia natural	66
II.3.3.b Utilidad terapéutica	67
II.3.4 Catalepsia	68
II.3.4.a Ocurrencia natural de la catalepsia.....	68
II.3.4.b Utilidad terapéutica	69
II.3.5 Disociación	69
II.3.5.a Ocurrencia natural de la disociación	70
II.3.5.b Utilidad terapéutica	71
II.3.6 Distorsión de tiempo.....	72

II.3.6.a	Ocurrencia natural	73
II.3.6.b	Utilidad terapéutica	74
II.3.7	Fenómenos Ideodinámicos	75
II.3.7.a	Ocurrencia natural	77
II.3.7.b	Utilidad terapéutica	77
II.3.8	Progresión de edad	79
II.3.8.a	Ocurrencia natural	79
II.3.8.b	Utilidad terapéutica	80
II.3.9	Regresión de edad	80
II.3.9.a	Ocurrencia natural de la regresión de la edad	81
II.3.9.b	Utilidad terapéutica	82
Capítulo III: El Dolor	84
III.1	Concepto de Dolor	85
III.2	Historia del dolor	87
III.2.1	Período empírico, mágico y pretécnico	88
III.2.2	Período técnico y del conocimiento de la naturaleza	90
III.2.3	Período científico.....	96
III.3	La naturaleza del dolor	98
III.4	Fisiología del dolor.....	100
III.4.1	Teoría de la especificidad.....	100
III.4.2	Teoría de la intensidad	100
III.4.3	Teoría de la Puerta.....	101
III.5	Características del dolor	103
III.5.1	Localización y distribución	103
III.5.2	Calidad	104
III.5.3	Severidad o intensidad	104
III.5.4	Duración o periodicidad.....	105
III.5.5	Origen del dolor:	107
III.6	Clasificación de la American Psychiatric Association (APA)	108
Capítulo IV: Analgesia Hipnótica	110
IV.1	Introducción	110
IV.2	La analgesia hipnótica en la historia	113

IV.3 Definición de analgesia hipnótica	116
IV.4 Evidencias de su efectividad	116
IV.5 Mecanismos neuropsicológicos.....	118
IV.6 Procedimientos hipnoterapéuticos para abordar el dolor	123
IV.5 Analgesia Hipnótica en Obstetricia.....	131
PARTE APLICADA	136
Capítulo V: Aspecto Metodológico	137
V.1 Objetivos.....	138
V.2 Método.....	138
V.3 Procedimiento.....	139
Capítulo VI: Análisis de Caso	140
VI.1 Análisis de un caso de analgesia hipnótica en una parturienta	141
VI.2 Entrevista con la paciente.....	155
Conclusiones	165
Bibliografía	171

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional, por confiar en mí y por todo el cariño que me han brindado a lo largo de mis años de estudio.

A mi directora de tesis, Cristina Straniero, le agradezco por su tiempo, su excelente disposición, su conocimiento, su invaluable orientación durante este trayecto; y por sobre todas las cosas, su calidez humana.

A Mario Pacheco por su sumamente rica bibliografía y por su breve pero muy útil asesoramiento.

A María Esther, por su colaboración desinteresada y por haberme recibido amablemente en su casa para hablar acerca de su experiencia.

A todos mis amigos y amigas por acompañarme en cada etapa de mi vida y por empujarme cuando lo necesitaba.

Finalmente agradezco a todas las personas que de una u otra manera ayudaron a que este trabajo se realizara.

INTRODUCCIÓN

En el conocimiento popular, se asocia la hipnosis a espectáculos de feria y a temas ocultos, lo que ha dificultado su entrada en ámbitos donde realmente podría contribuir muy positivamente. De esta manera se ha visto entorpecido el desarrollo de este método terapéutico que está llamado a ocupar un lugar prominente entre los abordajes utilizables para mejorar la salud mental de los individuos.

Existen numerosas teorías que describen su funcionamiento, intentando explicar el trance hipnótico comparándolo con un sueño, una patología, un estado alterado de conciencia, una disociación mental, una regresión psicológica, un aprendizaje adquirido, entre otros. Lo cierto es que la comunidad científica, al día de hoy, no ha encontrado una única teoría que permita comprender la hipnosis en todas sus manifestaciones, y es a partir de esto que surge la importancia de profundizar en su conocimiento.

La hipnosis representa una poderosa herramienta que implica un proceso de comunicación de influencia entre terapeuta y el paciente. Se caracteriza por el notable aumento de la receptividad a la sugestión, la capacidad de modificar la percepción y la memoria, y el potencial para el control sistemático de una serie de funciones fisiológicas normalmente involuntarias (tales como la actividad glandular, la actividad vasomotora, etc.).

Una de las aplicaciones más espectaculares y efectivas de la hipnosis clínica es la “analgesia hipnótica”, es decir, el tratamiento del dolor a través de la hipnosis. El dolor es un elemento esencial de la condición humana. Su presencia a lo largo de la vida es ocasión de sufrimiento y trauma; sin embargo, al mismo tiempo su necesidad y utilidad como señal de alerta es evidente para el mantenimiento de la integridad biológica. El dolor cumple, de forma general, una función biológica y adaptativa.

Sin embargo, una vez que la función de alertar acerca de algún daño o mal funcionamiento ha sido cumplida, se torna imprescindible abordar el dolor a través de tratamientos adecuados para mitigar las consecuencias negativas que tiene en la vida de las personas que lo sufren, sobre todo en situaciones crónicas. Surge la necesidad de encontrar métodos efectivos y directos para ayudar al paciente con su dolor.

La capacidad de la hipnosis para reducir el dolor agudo y crónico supone un valor incalculable, permitiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la reducción del componente sensorial, afectivo y cognitivo del dolor.

¿Qué procesos fisiológicos y psicológicos subyacen a los fenómenos hipnóticos? ¿Cómo pueden estos fenómenos ser utilizados en la práctica clínica? ¿Para qué sirve y cómo funciona el dolor? ¿En qué consiste la analgesia hipnótica y en qué casos puede ser utilizada?

Estas y otras preguntas guiarán el desarrollo de este trabajo para lograr una comprensión más exacta de la naturaleza de la hipnosis y la analgesia hipnótica. En base a ellas se intentará profundizar en el conocimiento de la hipnosis (capítulo I), los fenómenos hipnóticos (capítulo II), el dolor (capítulo III) y la analgesia hipnótica (capítulo IV).

Posteriormente se trabajará con un caso de analgesia hipnótica grabado en videocasete, llevado a cabo en una demostración realizada por el Ps. Mario Pacheco León en el marco de un curso sobre dolor, con una paciente en su tercer trimestre de embarazo. Se analizará la metodología de trabajo así como las sugerencias impartidas por el terapeuta.

De esta manera se explicará el abordaje realizado en relación con lo estudiado en la parte teórica, integrando conceptos e identificando la finalidad de cada una de las sugerencias para comprender mejor cómo se estructura una intervención hipnótica en el marco de la psicología clínica.

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO I: HIPNOSIS

I.1 Antecedentes de la Hipnosis

Como postula Bravo¹, la hipnosis es una práctica de larga data en la historia de la humanidad; ha sido empleada casi universalmente en ritos religiosos y médicos, intensificando la creencia en el poder de magos y curanderos. Con estos fines, ya era conocida por los antiguos chinos, egipcios y griegos, 2.000 años antes de Cristo.

La mitología de estos pueblos de extraordinaria cultura nos ofrecen ejemplos numerosos en los relatos sobre personajes (diosas, musas, héroes) capaces de ejercer una gran fascinación sobre los demás. En Egipto, por ejemplo, encontramos testimonios que nos hablan de “templos de sueño”, donde se practicaban ciertas técnicas asombrosamente similares a las que se conocen actualmente sobre hipnosis. En nuestro continente se sabe que los aztecas practicaban la hipnosis antes de la llegada de los colonizadores europeos. Asimismo encontramos prácticas de inducción hipnótica por medio de cantos y danzas en diversos pueblos a través de la historia.

En todos los casos, el papel del hipnotizador era desempeñado por un personaje (mago, sacerdote, hechicero), al que se le atribuía poderes especiales, capacidades que provenían de un trato privilegiado con los dioses, por lo que se lo revestía de dotes especiales. Estos sujetos utilizaban una serie de métodos y elementos complementarios, como instrumentos con sonidos monocordes y rítmicos, así como el uso de cantos, gritos y danzas.

Ochoa² postula que en Europa los estudios sobre la hipnosis comienzan a tomar resonancia con los romanos quienes recurrían a prácticas hipnogénicas y mágicas para consultar el futuro. Luego éstas se extendieron en los siglos

¹ BRAVO, J. (1998) *Redescubrimiento de la hipnosis en terapia*. Seminario. Facultad de Psicología. Mendoza: UDA.

² OCHOA, M. (2003) Tesis de grado sobre la hipnosis. México: Instituto Universitario Valle Continental.

sucesivos al resto del continente, aunque recién en el siglo XVIII podemos hablar de hipnotismo aplicado con finalidad terapéutica, gracias al aporte de dos hombres de la época, el filósofo y médico Franz Anton Mesmer y el escocés James Braid.

Franz Anton Mesmer (1774 - 1815) consideró que la causa de los fenómenos hipnóticos era el flujo magnético animal. A este respecto, afirmaba:

*"La enfermedad es vista como una congestión del organismo que se puede solucionar con la transmisión de fluido cósmico por magnetización o transmisión de ondas magnéticas"*³.

Esta teoría, inspirada en las leyes de la gravitación universal, sostenía que un operador podía actuar fuera de la periferia de su cuerpo, influenciando al sujeto gracias a un fluido transmisible por el que se magnetizaba. Para Mesmer, quien además de ser filósofo era médico, no sólo producía fenómenos extraordinarios sino que se podía curar enfermedades, reintegrando la armonía a determinado organismo enfermo. De este modo sentó las bases del uso terapéutico de la hipnosis y para el reconocimiento de la psicoterapia como un procedimiento médico, específicamente psicológico y válido.

Las ideas de Mesmer, de gran resonancia en su época, obligaron a la intervención de la Real Academia de Medicina para redactar una declaración en la que se contradecía a las prácticas magnéticas; muchos años después, la misma academia, luego de examinar el magnetismo, se declaraba totalmente favorable al mismo⁴.

Desde entonces ha existido una prolongada sucesión de hombres clínicamente entrenados, que demostraron la utilidad de la hipnosis como un procedimiento terapéutico válido, y como un modo de examinar, entender y

³ OCHOA, M. (2003) Op. Cit. p.9

⁴ SZAS, T. (1985) en PACHECO, M. (comp.) (1996) Acerca de las miradas y las teorías del hipnotismo y la hipnosis. Instituto Milton H. Erickson, Santiago de Chile.

reeducar la conducta humana. Entre ellos, uno de los más destacados fue el médico oculista **James Braid (1795-1860)**, que en el año 1842 fue el primero en utilizar el término *hipnotismo*, definiéndolo como un estado particular del sistema nervioso, el cual estaría determinado por maniobras artificiales, desacreditando las ideas místicas en torno a la naturaleza de la hipnosis⁵.

Faría (1776 - 1819), un sacerdote portugués que vivió en París y practicó magnetismo animal, consideraba a los llamados fluidos magnéticos y a los poderes especiales de los hipnotizadores como productos de la imaginación.

Luego, Braid reconoció el fenómeno como una manifestación psicológica normal, cuyas manifestaciones dependían únicamente del estado psicofísico del hipnotizado (turbación del sistema nervioso, reposo del cuerpo y fijación de la atención). El término hipnosis nació 30 años después del de hipnotismo, para referirse al mismo fenómeno.

Aún en el siglo XIX surgen en Francia dos centros de irrefutable importancia para la hipnosis clínica:

La escuela de Salpêtrière, con Jean Martin Charcot a la cabeza

La escuela de Nancy, liderada por Bernheim y Liebeault.

Jean Martin Charcot (1825-1893) era el neurólogo europeo más distinguido cuando comenzó a estudiar hipnosis. Él y sus discípulos consideraban a la hipnosis como una neurosis experimental, más precisamente, del tipo de la histeria⁶.

⁵ BRAVO, J. (1998) Op. Cit.

⁶ ROMEU, J. Hipnosis médica. Obtenido el 14 de noviembre de 2009: <http://drromeu.net/hipnosis.htm#Historia>

Los seguidores de Charcot, la escuela Salpêtrière; fueron antagonistas de la escuela de Nancy y su teoría de la sugestionabilidad.

El originador de la escuela de Nancy fue un doctor rural francés, **Auguste Liébeault (1823-1904)**, el cual vinculó al trance con el sueño, pero éste era producto de sugestiones directas. Esta teoría intentaba explicar por qué los sujetos en trance permanecían en rapport con el hipnotista.

Su método consistía en mirar profundamente a los ojos del sujeto y sugerirle dormirse cada vez más, después de lo cual daba sugestiones directas para remover el síntoma⁷.

El trabajo de Liébeault no pasó desapercibido gracias a que **Hippolyte Bernheim (1840-1919)**, un profesor famoso de la Universidad de Nancy, que se convirtió en su discípulo y admirador público. Bernheim asumió el liderazgo de la escuela de Nancy. Separándose de la teoría física de Mesmer y la teoría neurológica de Charcot -quien ponderaba a la sugestionabilidad como un hecho general, y no solo una característica exclusiva de los histéricos- Bernheim postuló una explicación fisiológica del trance, como un estado de sugestibilidad resultante de las sugestiones. Creía que todos poseemos algún grado de sugestibilidad, la cual definió como la actitud para transformar una idea en un acto. Al observar que los efectos de la hipnosis podían obtenerse también por sugestiones dadas en un estado de vigilia, él y sus seguidores denominaron a ese procedimiento “psicoterapéutico”⁸.

⁷ PACHECO, M. (1996) Acerca de las miradas y las teorías del hipnotismo y la hipnosis. Instituto Milton H. Erickson, Santiago de Chile.

⁸ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

De esta manera, el camino quedaba allanado para las próximas corrientes psicológicas que siguieron al influjo de la hipnosis, principalmente la teoría de la disociación de Pierre Janet, y la teoría psicoanalítica de Freud y seguidores.

Pierre Janet (1857 - 1947) fue la siguiente figura principal en la historia de la hipnosis; utilizó el fenómeno de la amnesia reversible como la base para elaborar una “teoría de la disociación” de los problemas mente-cuerpo, centrándose en la modificación del estado de conciencia normal que se produce durante la hipnosis, debido a lo que denominó “automatismo psicológico”, como contrapunto de la actividad psíquica superior. Este automatismo inconciente es, en la opinión de muchos autores el precursor del inconciente freudiano, más dinámico y menos automático⁹.

La relación entre el psicoanálisis y la hipnosis siempre ha sido conocida. En efecto, la hipnosis es el medio terapéutico por excelencia del que se valió Freud en el comienzo de sus formulaciones teóricas, lo que desembocaría en la creación de la técnica psicoanalítica: la asociación libre.

Sigmund Freud (1856 – 1939), durante su formación profesional, viajó a Francia para profundizar sus conocimientos sobre la hipnosis, estudiando con Charcot y posteriormente también con Bernheim. Junto con Josef Breuer se valió de la inducción hipnótica para el acceso de situaciones pasadas con cuya remoción obtenía la cancelación de los síntomas histéricos de sus pacientes. La intelección de estos fenómenos le permitió al padre del psicoanálisis de hacerse una idea acerca del funcionamiento del aparato psíquico y los elementos que interactuaban en las series complementarias y se encontraban en la base de la contracción de una neurosis.

⁹ BRAVO, J. (1998) Op. Cit.

Pero Freud no supo cómo enfrentarse al hecho de no poder hipnotizar a todos sus pacientes, lo cual, sumado a su falta de destreza en el manejo de la técnica lo impulsó a buscar otros procedimientos que le permitiesen enfrentarse al material del inconsciente de los sujetos. De esta manera llegó a la creación de la teoría psicoanalítica, renunciando a la hipnosis, para posteriormente considerarla un método inadecuado.

Cheek y Lecron ¹⁰ sostienen que aunque las contribuciones de Freud a nuestro conocimiento de la mente y la psicoterapia son invaluable, el hecho de que haya abandonado la hipnosis fue dañino, pues impidió el desarrollo de la hipnoterapia por cerca de cincuenta años.

Otro de los autores que influyeron en forma determinante en la historia de la hipnosis, fue el reconocido fisiólogo ruso **Iván Pavlov (1849 - 1936)**, quien realizó una modificación de los enfoques predominantes de su época, reduciendo el fenómeno hipnótico a la puesta en marcha de mecanismos fisiológicos exclusivamente. Pavlov consideraba que la hipnosis funcionaba según las leyes de la teoría de los reflejos condicionados por él postulada. De esta forma, la sugestión hipnótica consistiría en un procedimiento de condicionamiento que produciría inhibición localizada de zonas corticales, de manera que prácticamente todas las funciones podían modificarse mediante sugerencias verbales. Desde este enfoque rígido de los fenómenos hipnóticos, se sobredimensionaba el poder de la sugestión, a la que se suponía prácticamente invencible y frente a la cual el sujeto hipnotizado quedaba a merced de la voluntad del operador¹¹.

¹⁰ GILLIGAN, S. G. (1987) en PACHECO, M. (comp.) (1996) Acerca de las miradas y las teorías del hipnotismo y la hipnosis. Instituto Milton H. Erickson, Santiago de Chile.

¹¹ OCHOA, M. (2003) Op. Cit.

En síntesis, siguiendo a Bravo¹², encontramos que en el desarrollo del hipnotismo se pueden localizar las mismas etapas evolutivas de las ciencias de la historia de la humanidad. De esta manera podemos diferenciar un *periodo precientífico*, en el que se consideraba a la hipnosis como una clase especial de magia o poder sobrenatural. Este periodo se extiende hasta la llegada de James Braid, con quien se empieza a considerar a la hipnosis como un valiosísimo instrumento terapéutico. A partir de Charcot, Freud y Pavlov entre muchos, se inicia el *periodo científico*, enfatizándose las interpretaciones fisiológicas en algunos casos, y las psicológicas en otros, al momento de explicar la etiología de la hipnosis.

No obstante las consideraciones místicas de la hipnosis clínica en los últimos tiempos, ha habido un resurgimiento de la disciplina a partir de la segunda mitad del siglo XX. Congruente con los principios de Nancy, en los años 50, **Milton H. Erickson (1901 - 1980)** desarrolló las técnicas hipnóticas modernas, incorporándolas como un estilo de comunicación, y eliminando los rituales y las formalidades de la Hipnosis clásica¹³.

Erickson, mediante su aproximación naturalista, destacó el hecho de que el estado de trance que se consigue mediante la inducción hipnótica es equivalente al que cualquier individuo normal experimenta en distintos momentos de su vida. Asimismo, entiende el concepto de “inconsciente” como un depósito de experiencias, aprendizajes y recursos de los cuales el sujeto puede o no percatarse que posee¹⁴.

¹² BRAVO, J. (1998) Op. Cit

¹³ SAMANO ITURRIA, J. A. y Cols (1996) El recurso de la hipnosis ericksoniana en anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, N° 19, p. 37-44.

¹⁴ LANKTON, C. (1985) en PACHECO, M. (1997) La realidad de las realidades hipnóticas. *Revista de Terapia Psicológica*, Año XV, Vol. VI(4), N° 28, 47-65.

Esta nueva Hipnosis naturalista se cristalizó en los años 70, siendo sus abanderados M. Erickson del lado clínico práctico y T.X. Barber del de la investigación científica.

I.2 Teorías acerca de la Hipnosis

A partir de los antecedentes de la hipnosis en el transcurso de la historia, se pueden identificar una serie de teorías que intentan explicar los fenómenos hipnóticos, cada una desde su particular marco histórico, filosófico y epistemológico.

I.2.1 Primeras Teorías

La mayor parte de estas teorías son producto del pensamiento del siglo XIX, y muchas teorías contemporáneas toman su base de ellas.

I.2.1.a El trance, una canalización de la energía

Mesmer (1734-1815), a menudo caracterizado como el padre de la hipnosis, creía que la salud humana estaba influenciada por la acción de los planetas y la fuerza lunar sobre un fluido corporal magnético. Sostuvo que en todo el cuerpo viviente existe este fluido en el cual circula una fuerza especial animando tanto al mundo orgánico como al inorgánico Sugirió que las

enfermedades eran el resultado de un desequilibrio en este fluido. Por consiguiente, al canalizar fuerzas magnéticas hacia la persona enferma, se restablecería el equilibrio a través de crisis convulsivas sanadoras¹⁵.

Mesmer insistió que las curaciones espectaculares que parecían resultar de los rituales que efectuaba, solamente se debían a la energía física del magnetismo. Rechazaba cualquier idea respecto a que había un componente psicológico. Parecía que sólo él y algunos discípulos poseían la capacidad de canalizar dicho magnetismo, por lo cual su trabajo se transformó en un negocio lucrativo y luego fue descreditado por una comisión investigadora designada por el rey de Francia. Parece ser que esta comisión no tomó en consideración el potencial terapéutico de la imaginación, la sugestión o la relación interpersonal carismática, bases del éxito del mesmerismo .

I.2.1.b El trance como sueño

El primer investigador que formuló la relación entre trance y sueño fue José Faria. Desarrolló la teoría del sonambulismo, la cual sostenía que el sujeto hipnotizado entraba en un estado de "sueño lúcido". Este estado ocurría cuando el sujeto concentraba voluntariamente sus pensamientos y se retiraba de la experiencia sensorial, restringiendo así la voluntad consciente y la libertad interna. Fue uno de los primeros en afirmar que el desarrollo del trance era debido a características del sujeto, no al magnetizador¹⁶.

James Braid definió sus ideas sobre la hipnosis como un "sueño nervioso" sustancialmente diferente al sueño corriente. El método más eficiente según Braid para inducirlo, era fijando la mirada en un objeto brillante en movimiento a pocos centímetros de los ojos, agrupando de esta forma bajo el término hipnosis, "*el estado de sueño artificial que se obtiene por medio de la fijación de la mirada*

¹⁵ OCHOA, M. (2003) Op. Cit.

¹⁶ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

*sobre una fuente brillante*¹⁷ . Sus ideas desplazaron definitivamente la teoría del fluido magnético mesmeriano, al permitir desarrollar un método técnico y científico simple, que facilitaba inducir la hipnosis y con el que era posible producir anestesia, logrando estados alterados de la consciencia. Originalmente denominó a esta condición “neurohipnotismo”, que después abrevió a “hipnotismo” (de la palabra griega hypnos, sueño). Posteriormente modificó la naturaleza similar al sueño del trance, reemplazándola por un estado de concentración mental, al cual denominó “monoideismo” (el tener una idea mental dominante).

Una tercera teoría del sueño es propuesta por Iván Pavlov, quien creía que la hipnosis era un sueño parcial. Observó que los varios grados de hipnosis no diferían perceptible y fisiológicamente del estado de despertar y que la hipnosis dependía de insignificantes cambios de estímulos ambientales. También presumió que el estado de trance era una condición neurofisiológica¹⁸.

Pacheco¹⁹ indica que estas teorías del trance como un estado parecido al sueño, han demostrado ser poco precisas, ya que no existen similitudes fisiológicas entre el trance hipnótico y el sueño fisiológico. Además, durante el trance hipnótico el mundo interno del individuo dista mucho de ser pasivo o inactivo.

I.2.1.c El trance como una patología

Esta teoría se deriva del trabajo de Charcot con pacientes con diagnóstico de histeria, en el Hospital Salpêtrière de París. Concluyó que el estado de trance era un estado patológico similar a la histeria. Sus conclusiones resultan inadecuadas, ya que atribuyó una connotación negativa al trance.

¹⁷ http://www.hipnosisclinica.biz/hipnosis_foro/viewtopic.php?f=47&t=2182 (texto extraído del artículo sobre la vida de James Braid, publicado en este medio)

¹⁸ http://es.wikipedia.org/wiki/Hipnosis#Hipnosis_y_dolor (texto extraído del artículo sobre hipnosis publicado en este medio)

¹⁹ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

I.2.1.d El trance como sugestibilidad

Liébeault, de la escuela de Nancy, sostenía que la sugestión era un fenómeno propio de los estados hipnóticos, creía que en el sueño profundo existía una relación única entre el hipnotista y el sujeto, explicada por el hecho de que el paciente se duerme pensando en quien lo hipnotiza, situación similar a la madre que se duerme junto a la cuna de su hijo.

Bernheim definió a la hipnosis como un estado psíquico especial que puede producirse artificialmente, y que pone en actividad o exalta, en distintos grados, a la sugestionabilidad, o sea, a la actitud para sufrir el efecto de una idea o para actuarla. Desde esta visión, el estado hipnótico no sería sino un estado de sugestionabilidad exaltada que puede producirse con sueño o sin él.

Bernheim no negó que la sugestión hipnótica necesitaba para actuar una cierta disposición y receptividad cerebral, pero sostenía que esta disposición estaba presente en un gran número de personas²⁰.

I.2.1.e El trance como disociación

Pierre Janet fue uno de los primeros en proponer la teoría de la disociación, describiendo al trance hipnótico como un estado en el cual la mente subconsciente del sujeto ejecutaba funciones cognitivas sin un percatare consciente.

Introdujo el término “subconsciente” pues consideraba que el término “inconsciente” tenía connotaciones erróneas. Su noción de subconsciente enfatizaba la habilidad para ejecutar actividad inteligente, creativa y autónoma. También creía que además del aspecto disociativo del trance, había un “juego de roles” que el sujeto desempeñaba para agradar al hipnotista.

²⁰ BRAVO, J. (1998) Op. Cit

En las experiencias de Janet, la disociación hipnótica a menudo implicaba la regresión a un período temprano en la vida del sujeto; el cual podía recordar incidentes que habían ocurrido en estados disociativos previos, y que permanecían amnésicos al reorientarlo nuevamente a la vigilia²¹.

I.2.2 Teorías Contemporáneas

Mario Pacheco²² explica que aunque la hipnosis fue de interés y controversia entre los científicos del siglo XIX, este interés declinó durante la primera mitad del siglo XX. Esto se debió en parte al surgimiento del conductismo, al rechazo de Freud respecto a la hipnosis, y al misterio que aun velaba sobre la misma.

Señala que a partir de la Segunda Guerra Mundial, se demostró que la hipnosis era un tratamiento efectivo para las víctimas de la neurosis de guerra, pacientes dentales y pacientes obstétricas. Y que en la década de 1950, las Sociedades Médicas británica y estadounidense reconocieron formalmente a la hipnosis como una modalidad de tratamiento válida.

I.2.2.a La hipnosis como regresión psicológica.

Según Michael Yapko, para muchos psicoanalistas la hipnosis es considerada como una forma especial de regresión psicológica. Ésta se caracterizaría por un cambio a procesos de pensamiento primarios más primitivos

²¹ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

²² PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

y por un aumento de la transferencia hacia el hipnotista como figura de autoridad casi arquetípica (por ejemplo, parental)²³ .

I.2.2.b El trance como aprendizaje adquirido

Clark Hull²⁴ creía que todos los procesos hipnóticos podían ser explicados por las leyes de la teoría del aprendizaje (asociación repetitiva, condicionamiento, formación de hábitos, habituación, etc.). En 1933 postuló que las experiencias del sujeto en trance eran el resultado de las sugerencias del hipnotista, en donde las ideas a través de las bases físicas de la asociación entre estímulo y respuesta, se convertían en actos físicos. Esta teoría no consideraba los aspectos fenomenológicos del trance, la singularidad de los sujetos individuales, ni la relación interpersonal.

I.2.2.c El trance como disociación: Teoría de la neo-disociación

Esta teoría, surgida del trabajo de Ernest Hilgard ²⁵, conceptualiza la hipnosis como una relajación o un estado disminuido de dependencia de las funciones cognitivas ejecutivas. Plantea que el “yo ejecutor” o “estructura central de control”, se encarga de guiar y monitorear varias funciones de la personalidad, incluyendo numerosos subsistemas cognitivos que se encuentran subordinados a éste. Hilgard cree que en la hipnosis, estos subsistemas pueden volverse independientes o *disociados* unos de otros, pudiendo de esta manera, responder independientemente a las sugerencias del clínico.

Dicho de otra manera, cuando la persona hipnotizada tiene su atención selectivamente focalizada en las sugerencias del clínico y cualquier asociación

²³ YAPKO, M. (1999) Lo esencial de la hipnosis. Barcelona: Paidós.

²⁴ HULL, C. (1943) en PACHECO, M. (Comp.) (1996) Op. Cit.

²⁵ YAPKO, M. (1990) *Trancework*. Nueva York: Brunner/Routledge

inconsciente que éstas puedan disparar, hay una especie de separación entre la mente consciente e inconsciente. De esta forma, el sujeto se hace menos crítico y es capaz de desarrollar experiencias disociativas como la amnesia, sordera hipnótica, control de dolor y escritura automática.

I.2.2.d Teoría motivacional

Esta teoría fue propuesta por T.X. Barber, quien criticó las corrientes que explican al trance como “un estado alterado de consciencia”. Reclama que esos conceptos son constructos hipotéticos vagos, que no sólo confunden al hipnotista, sino que también convencen a muchos sujetos que no serán capaces de desarrollar fenómenos hipnóticos.

Propuso una teoría cognitivo-conductual que postula que las experiencias de trance son el resultado de las actitudes positivas, motivaciones y expectativas hacia la situación, que conducen a una mayor disposición para pensar e imaginar los temas que están siendo sugeridos. En esta teoría, a un individuo dispuesto puede entrenársele para desarrollar fenómenos hipnóticos.

I.2.2.e El trance como actuación de roles

Yapko²⁶ explica que existen algunos teóricos que han adoptado una perspectiva sociocognitiva particular, sugiriendo que la hipnosis como entidad de conciencia única y separada no existe realmente. Según este punto de vista, solamente hay trance cuando alguien se implica en un juego de roles, es decir, cuando alguien desea representarlo. En otras palabras, el cliente no entra realmente en una dimensión de conciencia que difiera de forma apreciable de ninguna otra. Más bien la persona desempeña el papel de cómo supone que es y

²⁶ YAPKO, M. (1999) Op. Cit.

actúa el aspecto que tiene un sujeto hipnotizado, y cumple las sugerencias del hipnotizador a este respecto.

Presupone que el sujeto tiene conocimiento previo de la conducta de una persona hipnotizada y reproduce el comportamiento hipnótico sobre esas bases. Incluso en el caso que una persona no tenga conocimiento previo de cómo comportarse cuando es hipnotizado, puede responder a la guía del hipnotista, esencialmente como un “juego”.

Las bases de esta perspectiva provienen de investigaciones en las cuales se instruyó a los sujetos para que actuaran “como si” estuvieran hipnotizados y fueron mezclados con sujetos hipnotizados formalmente. Numerosos “expertos” en hipnosis no pudieron diferenciar a ambos grupos. Sin embargo, estas investigaciones pueden cuestionarse, pues la auto-motivación y la auto-preparación son la esencia de la autohipnosis. Además, como observaron Erickson y Rossi:

“la mejor forma de entrar en trance es fingir estar en trance.”²⁷

I.2.2.e Teoría de la asimetría hemisférica

Esta teoría propuesta por Watzlawick en 1986 considera la existencia del estado de trance y los numerosos fenómenos hipnóticos como un resultado de la asimetría hemisférica. Sugirió que la inducción hipnótica distrae al hemisferio izquierdo (es decir, la parte “racional”) mientras que los procesos intuitivos e impresionistas del hemisferio derecho se vuelven dominantes en la propia experiencia²⁸.

²⁷ ERICKSON, M. y ROSSI, E.L. (1979) en PACHECO (comp.) (1996) Op. Cit.

²⁸ WATZLAWICK, P. (1986) El Lenguaje del Cambio. Barcelona: Herder.

I.2.2.f La naturaleza psicobiológica del trance

Esta teoría fue postulada por Ernest Rossi²⁹ en 1982, y manifiesta que el trance hipnótico es una consecuencia natural de los ritmos ultradianos, un ciclo biológico de atención y relajación alternantes en un período de 90 a 120 minutos. Rossi postula que existe un estado de trance natural, cotidiano, que ocurre debido a causas biológicas, que puede ser utilizado y/o amplificado por el hipnotista que sepa detectar ese trance espontáneo.

I.2.2.g La hipnosis como un estado de conciencia alterado

La experiencia de la hipnosis se ha conceptualizado también como un estado de conciencia alterado. Desde esta perspectiva se considera el estado hipnótico como un estado único y separado distinto del normal. A partir de este punto de vista, la hipnosis es un estado creado artificialmente mediante el proceso de inducción, que altera la experiencia fenomenológica de la persona limitando la atención a las sugerencias que se le ofrecen.

Esta perspectiva ha sido popular a lo largo de la historia debido a que reconoce que las personas hipnotizadas pueden experimentar cosas que superan su capacidad normal³⁰.

Resulta evidente que ninguna de las teorías anteriormente expuestas sirve para explicar el fenómeno de la hipnosis por sí sola, dado que parecería ser un fenómeno que reviste mucha complejidad.

Sin embargo, si bien somos incapaces de exponer cada uno de los aspectos de la hipnosis en una teoría, no podemos permitirnos caer en la postura reduccionista de aquellos que postulan que el fenómeno de la hipnosis no existe, y que han diseñado infinitas investigaciones para probarlo.

²⁹ ROSSI, E. (1982) en PACHECO, M. (comp.) (1996) Op. Cit.

³⁰ YAPKO, M. (1999) Op. Cit.

La búsqueda de explicaciones simples para construir una teoría de la hipnosis estará condenada al fracaso, pues los factores que intervienen en la respuesta hipnótica de un sujeto son innumerables.

I.3 Momento actual y definiciones

Como afirma Michael Yapko³¹, la palabra hipnosis se ha usado en exceso, hasta el punto de que se le ha robado todo significado real. Cuando una palabra llega a describir tantas experiencias diferentes como esta, es muy probable que se produzcan equivocaciones, falsas etiquetas y conceptos erróneos que, en última instancia, lleven a la confusión. Hasta la fecha no existe una definición comúnmente aceptada de hipnosis ni parece que vaya a aparecer ninguna próximamente. Tampoco existe una única teoría que unifique y represente sus diferentes facetas.

Los especialistas en hipnosis se han dado cuenta de esta tendencia hace tiempo. El término sigue dando lugar a numerosos equívocos en el uso popular.

Si se revisan diversas definiciones de hipnosis, normalmente se encuentran algunas como estas:

Erickson define al trance hipnótico como:

³¹ YAPKO, M. (1999) Op. Cit.

“un estado especial de consciencia, en el cual el sujeto está más dispuesto a seguir las directivas del clínico, para explorar potenciales psicológicos, fisiológicos, psicofisiológicos y conductuales”³².

En cambio, Michael Miller postula:

“La hipnosis es un estado relajado e hipersugestionable. La persona entra en un estado muy relajado de mente y cuerpo, y posteriormente responde más a la sugestión”³³.

Otra de las definiciones de hipnosis la conceptualiza como:

“un estado alterado de consciencia que es natural. La persona entra en un estado hipnótico, un estado claramente diferente del estado “normal”, a través de un proceso natural que no implica la ingestión de ninguna sustancia ni de otros tratamientos físicos”³⁴.

Como señala Ochoa, parte de las discrepancias teóricas existentes vienen dadas por el hecho de que cuando hablamos de hipnosis nos referimos a, por lo menos, tres nociones distintas. Es importante describirlas para llegar a una mayor comprensión del uso que se le otorga a la palabra hipnosis:

³² ERICKSON, M.; ROSSI, E. y ROSSI, S. (1976) en PACHECO, M. (1999) Incorporación de la terapia hipnótica en el manejo del dolor. *El Dolor*. Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, Año 7, N° 28.

³³ MILLER, M. (1976) en YAPKO, M. (1999) Op. Cit.

³⁴ LUDWIG, A. M. (1966) en YAPKO, M. (1999) Op. Cit.

Desde el punto de vista de la **comunicación**, diversos autores actuales definen la hipnosis moderna como constituida, en principio, por un conjunto de técnicas comunicativas conducentes a desarrollar en el sujeto un proceso que, por convención, se llama hipnótico. Este proceso puede constituir un contexto de cambio para el paciente según una serie de variables del terapeuta (por ejemplo, su habilidad y experiencia), de la situación específica, y de la interacción con las características del cliente. La técnica hipnótica es, por tanto, obra de la comunicación³⁵.

Como comenta T. Barber:

"Hoy está claro que el modo en que los individuos responden a las sugerencias, depende mucho menos del éxito de los procedimientos de inducción formales (que aspiran a producir relajación, quietud mental y concentración en las ideas comunicadas por el terapeuta con la concomitante desatención a otros problemas), y mucho más de la relación interpersonal entre el sujeto y el terapeuta, la capacidad del paciente para imaginar, fantasear y tener experiencias parecidas a las hipnóticas; las expectativas, actitudes y creencias acerca de la situación; y la interacción momento a momento del terapeuta hipnosugestivo con el paciente, en la que se incluye el modo de atacar el problema, el tipo de sugerencias específicas que ofrece y la forma en que el paciente interpreta las sugerencias."³⁶

Por otra parte, también se entiende por hipnosis un **estado de funcionamiento mental**, con sus correlatos psicofisiológicos, en respuesta a las sugerencias. Tradicionalmente se habla de trance hipnótico en referencia a este estado.

³⁵ MALAREWICZ, J. A. (1990) en OCHOA, M. (2003) Op. Cit.

³⁶ BARBER, T. X. (1988) en OCHOA, M. (2003) p.22. Op. Cit.

Desde esta perspectiva, J. Barber presenta una definición operativa:

La Hipnosis es una condición alterada, o estado alterado de conciencia caracterizado por un marcado incremento de la receptividad a la sugestión, por la capacidad para modificar la percepción y la memoria, y por el potencial para un control sistemático de una variedad de funciones usualmente involuntarias (como actividad glandular, actividad vasomotora, etc.)³⁷.

Bien se considere este estado como normal o patológico, caben destacar una serie de variables que son observables durante este “estado de funcionamiento mental”³⁸:

- Las respuestas de relajación.
- El incremento en la capacidad de imaginación vívida.
- La absorción o implicación emocional.
- La automaticidad del comportamiento o involuntariedad.
- Disminución de la capacidad de análisis lógico-racional y crítico de las situaciones.
- El incremento de la capacidad de respuesta frente a las sugestiones (sugestibilidad e hipnotizabilidad).
- La disociación

³⁷ BARBER, J. (1996) Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica. Sevilla: Descleé de Brower.

³⁸ OCHOA, M. (2003) Op. Cit.

Por último, por hipnosis se entiende también la **experiencia subjetiva de uno mismo** en este estado mental. Esta experiencia subjetiva va a depender del momento del ciclo vital del cliente o paciente, de la historia única de sus aprendizajes, y de otra serie de variables personales (por ejemplo, el nivel de cansancio) y contextuales (por ejemplo, las personas muestran más sugestibilidad cuando consideran que están en una situación de peligro para su integridad física). Desde esta perspectiva cabría decir que toda hipnosis es auto hipnosis. En efecto, es el propio sujeto el que siguiendo las instrucciones y las pautas marcadas por el terapeuta produce, por sí mismo, los efectos que experimenta.

Las personas responden a la hipnosis de diferentes maneras. Algunas describen su experiencia como un estado alterado de conciencia. Otras describen la hipnosis como un estado normal de atención focalizada, en el que se sienten muy en calma y relajados.

T.X. Barber³⁹, mediante la evidencia empírica de diversos estudios con grupos amplios, habla de tres patrones típicos de respuesta que se dan entre las personas que puntúan muy alto en los tests de susceptibilidad hipnótica - sujetos excelentes para experimentar con la hipnosis:

- 1) las personas con tendencia a la fantasía y a la imaginación;
- 2) los sujetos con tendencia a la amnesia y a la disociación; y
- 3) los sujetos con una actitud positiva ante la situación de la hipnosis (actitudes, motivación y expectativas ante la situación, buena relación con el hipnotista).

³⁹ BARBER, T. X. (1999) en OCHOA, M. (2003) Op. Cit.

Algunas personas son muy sensibles a las sugerencias hipnóticas y otras lo son menos. La capacidad que tiene una persona para experimentar las sugerencias hipnóticas puede verse inhibida por miedos e inquietudes que surgen de conceptos erróneos bastante comunes.

Sin embargo, podríamos suponer que todas las personas tenemos la capacidad para experimentar trance hipnótico; y dependerá de la habilidad del hipnotista y la relación interpersonal creada, el que las personas muestren sus potenciales hipnóticos peculiares ⁴⁰.

Muchos expertos en hipnosis prefieren focalizarse en maximizar la responsividad del cliente, antes que evaluar su nivel de hipnotizabilidad. De este modo, operan bajo la premisa de que la hipnotizabilidad, cuando es calculada mediante algún tipo de instrumento estandarizado, pierde de vista las cualidades sinérgicas de la interacción terapéutica, que pueden aumentar la sugestibilidad. ⁴¹

I.4 Contextos específicos en los que se usa hipnosis

I.4.1 Medicina

Yapko⁴² explica que, en general, la hipnosis puede ser un accesorio útil para los tratamientos médicos tradicionales por varias razones, la primera de las cuales tiene que ver con la relación mente-cuerpo y el papel de la mente (actitudes y emociones relacionadas) en los trastornos médicos.

⁴⁰ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

⁴¹ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

⁴² YAPKO, M. (1999) Op. Cit.

Una segunda razón para usar la hipnosis es su énfasis en que cada persona es responsable de su propia salud y bienestar. Usar la hipnosis da a la persona la sensación de tener cierto control sobre sus experiencias internas.

Las implicaciones específicas de la hipnosis en los contextos médicos son muy variadas, pero generalmente se pueden describir como una forma de tener un grado de control significativo sobre procesos físicos. Una posibilidad es la reducción o la eliminación del dolor sin el uso de medicación. Asimismo, se considera un tratamiento muy efectivo en pacientes con trastornos por estrés.

I.4.2 Odontología

Ayudar al paciente a reducir la ansiedad frente al tratamiento dental mediante unas pocas afirmaciones bien escogidas puede marcar una gran diferencia en el resultado.

Un segundo uso positivo de la hipnosis en este contexto son las técnicas del control del dolor. Las técnicas hipnóticas que crean la experiencia de analgesia o anestesia pueden permitir que el paciente reduzca el grado de malestar en un nivel más fácil de controlar.

Un tercer uso se debe a su capacidad para ayudar a dirigir el torrente sanguíneo. Muchos pacientes pueden responder a las sugerencias para reducir el flujo de sangre en el área bajo tratamiento. El resultado es una experiencia menos traumática para el paciente y una mayor claridad para que el dentista vea lo que está haciendo.

Otra utilización está relacionada con usar técnicas que implican imaginarse la curación, esto puede reducir el periodo de recuperación y permitir un mayor confort durante es tiempo⁴³.

I.4.3 Forense

Yapko comenta que el uso de testimonios obtenidos mediante hipnosis en las salas de los tribunales se ha restringido severamente. Los expertos no están de acuerdo con dichos testimonios debido a la conocida capacidad de la hipnosis y la sugestión para contaminar recuerdos.

Las investigaciones demuestran que la memoria humana no es una grabadora que registra fielmente la realidad consensual de los acontecimientos, las memorias del paciente se mezclan entre sí, además las fantasías, las creencias y los temores pueden estar mezcladas en los recuerdos del presente⁴⁴.

Algunos expertos sostienen que la información obtenida de una persona hipnotizada se puede usar y merece tanta confianza como cualquier otra. En la otra cara de la cuestión están aquellos que defienden que la hipnosis puede alterar los recuerdos, que los testigos hipnotizados pueden mentir con facilidad y que es probable que rellenen detalles ausentes con material de la fantasía o con información contenida en la sutiles preguntas del investigador⁴⁵.

⁴³ YAPKO, M. (1999) Op. Cit.

⁴⁴ YAPKO, M. (1994) en PACHECO, M. (1997) (comp.) Op. Cit.

⁴⁵ YAPKO, M. (1999) Op. Cit.

I.4.4 Educación

La hipnosis ha demostrado ser una técnica efectiva para ayudar a los alumnos a concentrarse, elevar los niveles de atención y memoria. Asimismo puede resultar útil para desarrollar habilidades relacionadas al estudio mediante ejercicios de autohipnosis, así como para organizar materias y crear cronogramas. Muchos profesores creativos están utilizando la hipnosis en todos los niveles de enseñanza, muchas veces guiando a los alumnos con relajación formal y procedimientos de imaginación⁴⁶.

I.4.5 Negocios

En el contexto de los negocios, la hipnosis formal (el uso de procedimientos de inducción abiertamente hipnóticos) es menos aplicable que el uso de patrones informales de sugestión. La persona que es capaz de comunicar sus ideas de manera clara y flexible a los otros tiene muchas posibilidades de tener éxito a todos los niveles. La cuestión no es si uno se comunica e influye en los otros, puesto que es imposible no hacerlo, sino si los patrones de comunicación que existen influyen a los participantes de forma deseable. En este sentido la autohipnosis puede brindar mayor seguridad a la persona que necesita comunicar algo importante, intentando generar un impacto positivo.

⁴⁶ http://www.hipnosur.com/es/temas_sugeridos.php (Información extraída del programa para el 1er congreso sudamericano de hipnosis, publicado en este medio)

I.4.5 Deporte

Fernández-García y colaboradores⁴⁷ destacan el efecto positivo de la hipnosis en la modificación a favor de ciertas variables físicas y psicológicas que pueden ser importantes para que el deportista pueda obtener un buen rendimiento durante su práctica deportiva.

Para hacernos una idea más amplia de sus posibles utilidades, estos autores refieren que “la hipnosis es una técnica psicológica con una larga tradición de uso en el ámbito del deporte”, indicando que se ha utilizado en:

- El control de la activación durante la competición.
- El incremento de la autoconfianza.
- La reducción del dolor.
- La mejora en la capacidad atencional ante los estímulos presentes.
- La optimización del rendimiento deportivo (por ejemplo, la mejora de la fuerza y resistencia muscular).
- La rehabilitación de lesiones deportivas.
- El control de la ansiedad competitiva.
- El análisis de errores técnicos.
- La mejora del estado de ánimo.

⁴⁷ FERNÁNDEZ GARCÍA, R. y cols (2004) en APARICIO SANZ, L. (2009) Hipnosis y deporte. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/reflepciones/2009/04/25/hipnosis-y-deporte/>

I.4.6 Hipnosis y psicoterapia

Yapko⁴⁸ postula que la hipnosis es una herramienta, una forma de comunicación, no una terapia; cuya principal ventaja en psicoterapia reside en su capacidad para aprovechar los muchos recursos de la mente inconsciente. Los sentimientos, valores, conductas, recuerdos, comprensión y todas las percepciones que guían las elecciones del cliente son subjetivas y, por lo tanto, pueden cambiar. La hipnosis que implica simplemente una inducción formal y sugerencias directamente relacionadas con el problema es la utilización más superficial y menos sofisticada de la misma. Sin embargo, puede ser eficaz con un porcentaje considerable de individuos.

La flexibilidad de la hipnosis como herramienta psicoterapéutica permite a los clínicos usarla a un nivel tan superficial o intensivo como consideren apropiado en cualquier trastorno que se esté tratando, siempre que se tenga en claro el objetivo que guía el uso de la misma.

I.5 Distintos enfoques de la hipnosis

Con enfoque nos referimos a las miradas o posturas que subyacen a la utilización y concepto de hipnosis. Veamos los más preponderantes:

⁴⁸ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

I.5.1 El enfoque autoritario de la hipnosis

En este enfoque, también conocido como *hipnosis tradicional*, que erróneamente se asocia con lo esotérico y misterioso, se trata de inducir un estado en que el sujeto pierda parcialmente la conciencia y el control para que éste pase a manos del hipnotizador, con objeto de que esté más receptivo a las sugerencias que provienen de afuera.⁴⁹

Aquí podríamos situar a la “hipnosis teatral”, que es la más conocida en la actualidad a través de los medios de comunicación, y cuyos representantes se esfuerzan por mistificar.

Joseph Barber⁵⁰ escribe al respecto que:

“si bien es cierto que algunas de las payasadas que contemplamos en las “hipnosis teatrales” representan fenómenos hipnóticos genuinos, la mayor parte de la “hipnosis teatral” se basa más en procesos psicológicos y sociales que en verdaderos efectos hipnóticos.”

Y luego agrega:

“aunque, en ocasiones, los participantes sí experimentan fenómenos hipnóticos, esto no es un requisito imprescindible para que el espectáculo tenga éxito. Se ha demostrado que los ingredientes para la “hipnosis teatral” incluyen muchas dosis de espectáculo y pocas de experiencias hipnóticas auténticas”.

⁴⁹ SAMANO ITURRIA, J. A. y Cols. (1996) Op. Cit.

⁵⁰ BARBER, J. (1996) Op. Cit.

El prestigiado teórico e investigador en hipnosis T.X. Barber⁵¹ reconoce que los hipnotistas teatrales pueden producir fascinantes fenómenos con su trabajo. Sin embargo, no trabajan con todos los sujetos voluntarios, sino que seleccionan a aquellos que están dispuestos a pensar e imaginar las sugerencias, y cumplir con los requerimientos y órdenes.

Milton Erickson⁵² afirmaba que las personas complacientes a dichos métodos podían lograr respuestas hipnóticas; es decir, personas que no sólo son complacientes al “poder” del hipnotista, sino que también en la vida cotidiana a toda persona que ejerza un rol autoritario sobre ellos.

Las concepciones autoritarias han derivado en parte de los escritos de figuras históricas como Mesmer, Bernheim, Charcot y Freud; todos los cuales enfatizaron a la hipnosis en términos de una relación asimétrica, en la cual el hipnotista (generalmente un hombre carismático) tiene dominio sobre un sujeto pasivo (generalmente una mujer).

María Isabel Mardones⁵³ cita a O’Hanlon para explicar que los enfoques autoritarios buscan afianzar el efecto de la hipnosis logrando que las personas cumplan las directivas específicas que se le han dado. Emplean principalmente dos tipos de lenguaje en las sugerencias:

- 1) Atribucional: se le dice al paciente lo que está experimentando. Es decir, se le atribuye una condición o estado. Por ejemplo: “Usted está muy relajado”
- 2) Predictivo: se le dice al paciente lo que va a experimentar. Un ejemplo de ello sería: “Entrará en un trance profundo”.

⁵¹ BARBER, T.X. (1986) en PACHECO, M. (comp.) (1996)

⁵² ERICKSON, M. y ROSSI, E. L. (1979) en PACHECO (comp.) (1996)

⁵³ O’HANLON, B. (1993) en MARDONES, M. I. (2009) Desarrollo de la hipnosis. Disponible en <http://www.psicomisabel.cl/hipnosis.html>

Este tipo de sugerencias puede utilizarse si en la persona surge la respuesta adecuada, pero en algunos casos podría no responder o hacerlo de un modo opuesto al indicado.

Al focalizarse sobre el poder del hipnotista, el enfoque autoritario no toma en cuenta la singularidad de cada sujeto, en términos de sus aprendizajes, creencias, capacidades, etc., y no reconoce la habilidad del sujeto para escoger cuándo o cómo participar en los sucesos hipnóticos.

Cheek y LeCron⁵⁴, dos eminentes investigadores y clínicos en hipnoterapia contemporánea, explican que el rechazo categórico en el que cayó la hipnosis como objeto de estudio científico y herramienta terapéutica útil durante el siglo XX, se debió a que en los años 1890, cuando Freud comenzó a practicar hipnosis con Breuer, uno de los mejores hipnotistas de su época, sabía poco de la misma, era un operador pobre, y tenía la idea errónea que el trance profundo era necesario para lograr buenos resultados. Solamente uno de diez de sus pacientes entraba en trance profundo y Freud encontró que esto era frustrante. Breuer estaba teniendo resultados mucho mejores. Había mucha rivalidad entre ellos y Freud no pudo tolerar la situación. Por lo tanto, buscó otros métodos, abandonando la hipnosis y desarrollando la asociación libre y la interpretación de los sueños.

Mario Pacheco⁵⁵ afirma que la razón por la cual Freud deja de lado la hipnosis tiene que ver con que trabajaba sólo con regresión de edad y no con sugerencias post-hipnóticas. Por lo tanto, no lograba emplear en el presente los recursos que los pacientes recuperaban en los estados de regresión.

El abandono de la hipnosis por parte de Freud tuvo un gran impacto en el curso del tiempo, pues impidió la hipnoterapia por cerca de cincuenta años. Así es que hoy, muchos psiquiatras y muchos analistas tienen un interés mínimo en la hipnosis. No saben nada al respecto y creen en su inutilidad. Es raro que se

⁵⁴ CHEEK, D. y LECRON, M. (1968) en PACHECO, M. (comp.) (1996)

⁵⁵ PACHECO, M. (2009) Seminario sobre Fenómenos hipnóticos. Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la Universidad del Aconcagua.

incluya en las currículas universitarias y muchos psicólogos creen firmemente que la hipnoterapia es solamente un asunto de sugerir el abandono de los síntomas, como la usó Bernheim. Por eso es que reclaman a menudo que la hipnoterapia solamente posee resultados temporales, aunque Bernheim y otros médicos de esos días probaron, por cierto, la falsedad de esta idea.

I.5.2 El enfoque estandarizado

María Mardones Gutiérrez⁵⁶ escribe acerca de los comienzos de este enfoque, y comenta que cuando la hipnosis llegó a la psicología experimental, se buscó la estandarización de la inducción de trance y se cambió el foco desde el terapeuta al sujeto. De esta forma, se suponía, en la mayoría de los casos, que la disposición a responder a la hipnosis es un rasgo perdurable del sujeto.

Dos de los exponentes más importantes del pensamiento asociado a este enfoque son Hull y Hilgard, quienes intentaron convertir a la hipnosis en un objeto de estudio científico experimental. Ambos hicieron esfuerzos por rescatar a la hipnosis del descrédito del mesmerismo y de Freud, y hacerla respetable ante la comunidad científica; e inspirados por el espíritu de la investigación de su época (décadas de los años 1930 y 1960) tomaron al individuo como objeto de estudio, minimizando la importancia del contexto (es decir, la relación hipnotista-sujeto).

Pacheco opina que los esfuerzos de este enfoque han apuntado al desarrollo de procedimientos estándar de inducción de trance hipnótico, incluso desarrollando procedimientos de inducción sin hipnotista presente, a través del uso de grabaciones. Por lo tanto, el investigador emplea conjuntos de comunicaciones estandarizadas que son iguales para diferentes sujetos. Es decir,

⁵⁶ MARDONES, M. I. (2009) Op. Cit.

el sujeto es o no es hipnotizable, y el comportamiento del investigador no posee mucha importancia⁵⁷.

Producto de estas investigaciones fue la construcción de escalas para medir la susceptibilidad hipnótica o sugestionabilidad de los sujetos para cumplir las exigencias de la investigación de laboratorio, por ejemplo, la *Escala de Hipnosis Clínica de Stanford*, en versiones para adultos y niños; y la *Escala Grupal de Susceptibilidad Hipnótica de Harvard*. Sin embargo, la aplicación de estos tests ha mostrado que solamente una porción de sujetos responden hipnóticamente a las inducciones estandarizadas, razón que no impidió a los autores de estas escalas generalizar estos hallazgos para afirmar que los resultados dan cuenta de la capacidad de las personas para experimentar trance, no cuestionando su método.

I.5.3 El enfoque de utilización

El principal exponente de este enfoque clínico fue Milton H. Erickson, quien dedicó casi 60 años de investigaciones para innovar en el uso terapéutico de la hipnosis. Erickson y muchos terapeutas contemporáneos creen que la disposición a responder a la hipnosis refleja una interacción entre las motivaciones e intereses del cliente, la flexibilidad y sensibilidad del terapeuta, y el grado de rapport obtenido entre el terapeuta y el cliente.

Erickson se inició en la hipnosis autoritaria estimulado por asistir a una presentación en la Universidad a cargo de Clark Hull; sin embargo fue progresivamente cambiando hacia un acercamiento más permisivo. Fue, asimismo, transformando las sugerencias directas en indirectas y recurriendo a la utilización de los recursos del consultante.

⁵⁷ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

La hipnosis naturalista o de utilización o ericksoniana –como suele denominarse- es un enfoque mucho más adaptable y permisivo que los anteriores, aunque en algunos casos puede ser autoritario.

De acuerdo con el enfoque de utilización, la experiencia del trance hipnótico será diferente de un sujeto a otro, aún frente al mismo hipnotizador, dependiendo de factores motivacionales y situacionales. Se enfatiza la individualidad de cada uno y se calcula el tiempo de trabajo de acuerdo a la persona, ya que se puede requerir desde pocos minutos hasta varias horas.

Siguiendo esta línea de pensamiento, la inducción y mantención del trance sirven para favorecer un estado psicológico especial en el cual los pacientes puedan reasociar y reorganizar las complejidades psicológicas internas, y utilizar sus propias capacidades de un modo acorde con su propia vida experiencial. De este modo, Erickson planteaba que la “curación” se debe a la reorganización de ideas, comprensiones y memorias.

Erickson se caracterizó por no usar rituales de inducción de trance, sino por construir un acercamiento *hecho a medida* del paciente, a la vez que trazaba tratamientos hipnóticos de acuerdo a la visión de mundo de cada consultante; y aunque podía usar la misma estrategia con distintos pacientes similares, entregaba la terapia en una forma que se adecuara a cada uno de ellos en particular (en una forma directa o indirecta dependiendo de la disposición a responder del paciente)⁵⁸.

Con respecto a este aspecto interaccional Erickson postulaba que:

“[...] la hipnosis debiera ser primariamente el resultado de una situación en la cual son desarrolladas constructivamente las relaciones inter e intrapersonales, para servir a los propósitos del hipnotista y del sujeto. Esto

⁵⁸ ERICKSON, M. (1980) en PACHECO, M. (Comp.) (1997)

no puede hacerse siguiendo procedimientos rígidos y métodos fijos, ni por el esfuerzo por alcanzar una meta específica única. La complejidad del comportamiento humano y sus motivaciones subyacentes hacen necesaria una comprensión de la multitud de factores existentes en cualquier situación suscitada entre dos personas comprometidas en una actividad compartida”.

59

La relación terapéutica es entendida como una relación de *influencia* del comportamiento del cliente. Si el terapeuta *quiere influenciar* el comportamiento del cliente, será necesario que éste acepte y/o coopere con las directivas entregadas por el terapeuta. Sin embargo, en lugar de adaptar el cliente al encuadre del terapeuta, es el propio terapeuta quien se adapta al encuadre de su cliente. Por lo tanto el terapeuta creará un clima de aceptación de los comportamientos del cliente al tiempo que es empático con éste. Del mismo modo, utilizará con esos fines el lenguaje del cliente, sus intereses y motivaciones, las creencias y marcos referenciales, la conducta presente del cliente, sus síntomas y resistencias⁶⁰.

Erickson se empeñaba en encontrar la forma de comunicación que se adecuara mejor a cada paciente. Al respecto de esta postura ericksoniana cabe destacar que el antropólogo Albert Mehrabian⁶¹ descubrió que la información que extraemos de una conversación nos llega en un 7% por las palabras, un 38% por el tono de voz y un 55% por el lenguaje corporal. Además, hay que considerar los otros sentidos aparte de la vista y el oído: el olfato, tacto y gusto que también exploran en una comunicación.

En este enfoque ni el hipnotista ni el sujeto pueden ser considerados entidades independientes el uno del otro. Ambos poseen roles diferentes:

⁵⁹ ERICKSON, M. (1952/1980) en PACHECO, M. (comp.) (1996) p.4. Op. Cit.

⁶⁰ PACHECO, M. Sistematización de la hipnosis ericksoniana. Obtenido el 26 de Noviembre del 2009. Disponible en: http://www.iacat.com/Revista/recreate/recreate06/Seccion6/hipnosis_ericksoniana.pdf

⁶¹ MEHRABIAN, A. (1971) en BRAVO, M. (1998)

cualquiera sea la parte actuada por el hipnotista, el rol del sujeto implica un gran monto de funcionamiento activo que deriva de sus capacidades, su aprendizaje y la historia de su personalidad total. Los hipnotistas solamente pueden guiar, dirigir, supervisar y proporcionar la oportunidad para que los sujetos hagan el trabajo productivo. Para lograr esto, los hipnotistas deben comprender la situación y sus necesidades, proteger totalmente a los sujetos y ser capaces de reconocer el trabajo alcanzado. Deben aceptar y utilizar el comportamiento que se desarrolla, y ser capaces de crear oportunidades y situaciones favorables para el funcionamiento adecuado de los sujetos⁶².

Para el enfoque de utilización, en consecuencia, “el trance se desarrolla a partir de un encuentro interpersonal, experiencial, en el cual el terapeuta se alía con el cliente, permitiendo a ambas partes hacerse más mutuamente receptivos”. Este principio de utilización significa que el hipnoterapeuta debe reconocer el funcionamiento peculiar del sujeto, el cual constituye la base para el desarrollo del trance terapéutico⁶³.

María Mardones⁶⁴ señala que tanto el enfoque clásico como el estandarizado (o experimental) consideran que no todas las personas son hipnotizables, ya que esto dependerá de su mayor o menor grado de “sugestionabilidad”. Mientras que de acuerdo con el enfoque ericksoniano, toda persona podría ser hipnotizada, aunque tal vez no por un mismo hipnotizador, ya que depende de la relación que se establezca entre ambos y no del “poder” que tenga sobre el individuo a hipnotizar.

Al considerar la hipnosis como un proceso interpersonal, cabría preguntarse si lo que algunos consideran “resistencia” a las sugerencias, se explicaría muchas veces más fácilmente por la cualidad de las sugerencias. Si éstas intentan imponer un comportamiento que no calza con el mundo del consultante, no acompañan su

⁶² PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

⁶³ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

⁶⁴ MARDONES, M. I. (2009) Op. Cit

experiencia o exigen mucho de la persona, probablemente creemos percibir “resistencia”.

I.5.2.a Lenguaje Ericksoniano (Lenguaje de influencia)

Erickson y Rossi⁶⁵ refieren que tradicionalmente uno puede distinguir entre **sugestión directa** (en donde el operador hace un requerimiento directo y claro de una cierta respuesta), y la **sugestión indirecta** (en donde la relación entre la sugestión del operador y la respuesta del sujeto son menos obvias).

Se reconocen como bases de la *sugestión directa*, el prestigio y la autoridad del operador, los principios de la repetición, junto a la evocación de procesos ideosensorios e ideomotores, que son mediados frecuentemente por fantasías dirigidas. Este tipo de sugerencias están relacionadas con un estilo autoritario por parte del hipnotista.

Se ha sugerido que las *sugestiones indirectas* son más complejas, en función de la individualidad del sujeto, y quizás por esto sean más efectivas que las sugerencias directas. Corresponden a un estilo permisivo al momento de guiar a un paciente en una experiencia hipnótica.

Según Mario Pacheco⁶⁶ algunos de los rasgos básicos de las *sugestiones indirectas* son:

- Permiten que se manifieste la individualidad del sujeto, sus experiencias vitales previas, y sus potencialidades peculiares;

⁶⁵ ERICKSON, M. y ROSSI, E. (1980) en PACHECO, M. (comp.) (1996) Hipnoterapia Estratégica II: Construyendo sugerencias hipnóticas. Módulo VI. Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la UDA.

⁶⁶ PACHECO, M. Sistematización de la hipnosis ericksoniana. Op. Cit.

- Involucran un nivel más inconsciente de todos los procesos de aprendizaje, de modo que;
- Tienen a rodear la crítica consciente, y debido a esto pueden ser más efectivas que la sugestión directa.

Erickson⁶⁷ sostenía el punto de vista según el cual la mente puede estar activa simultáneamente en dos tareas completamente separadas e independientes, una en un nivel consciente y otra en un nivel inconsciente. La activación de los recursos inconscientes es la esencia del acercamiento indirecto: solicitamos activar y utilizar los potenciales no reconocidos del paciente para evocar fenómenos hipnóticos y respuestas terapéuticas.

Son numerosos los autores que han esbozado los diversos tipos de formas lingüísticas utilizables en el encuadramiento de sugerencias. Entre ellos se destacan Erickson y Rossi, Lankton, Ritterman y O'Hanlon. Ellos han individualizado algunas de estas formas de lenguaje indirecto que incorporan la sugestión y cumplen las tareas de crear el contexto adecuado, despotenciar la disposición de la mente consciente y guiar al paciente a un trance. A continuación, se presentan las más importantes:

1. Verdades Obvias (truism)⁶⁸. Es la forma más simple de sugestión indirecta, también llamada perogrullada. Consiste en comentarios respecto a comportamientos que la persona ha experimentado tan a menudo, o sucesos innegables de la vida cotidiana, de la naturaleza, etc., que no puede negarlos o rechazarlos. Las verdades obvias pueden evocar y utilizar los propios depósitos de

⁶⁷ ERICKSON, M; ROSSI, E. & ROSSI, S. (1976) en PACHECO (comp.) (1996) Hipnoterapia Estratégica II: Construyendo sugerencias hipnóticas. Módulo VI. Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la UDA. p. 35.

⁶⁸ Apuntes del Posgrado de Psicoterapia Breve con Orientación Ericksoniana (2009). Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.

vida experiencial, asociaciones y mecanismos mentales del paciente. Su objetivo es proveer sugerencias a resguardo de fracaso. Algunas de ellas son:

“El sol sale por la mañana y se pone al atardecer.”

“Todos saben qué es relajarse; todos saben lo que es sentirse satisfecho tras un trabajo arduo.”

2. Sugestión implícita⁶⁹. Es aquella inserta en una formulación o pregunta que, apenas destacada por medio de una alteración apropiada del tono de voz, guía al otro hacia una meta específica. Algunos ejemplos son:

“Me pregunto si querrá ir al cine esta noche.”

“No sé si ahora entrará en trance.”

3. Opción ilusoria⁷⁰ (**ilusión de alternativa**): Es una formulación o pregunta que sólo ofrece dos alternativas que conducen ambas a un resultado determinado.

“¿Quiere ir ahora o dentro de unos minutos?”

El supuesto a priori es que “iremos” y sólo se ofrecen dos alternativas: hacerlo ahora o dentro de unos minutos.

⁶⁹ KERSHAW, C. J. (1992) La danza hipnótica de la pareja. Creación de estrategias ericksonianas en terapia conyugal. Buenos Aires: Amorrortu.

⁷⁰ KERSHAW, C. J. (1992) Op. Cit.

1. **Sugestiones compuestas y contingentes.** En este tipo de sugestiones las respuestas que son inevitables y más probables de ocurrir son hechas contingentes con la ejecución de la respuesta hipnótica. Algunos ejemplos son los siguientes⁷¹:

“Sus ojos se pondrán muy cansados y se cerrarán totalmente por si mismos mientras usted continúa mirando hacia ese lugar.”

“Mientras siente que se profundiza la comodidad, usted advierte que no necesita moverse, hablar, o dejar que algo le incomode.”

5. Preguntas presuposicionales. Según Carol Kershaw, se trata de una formulación o pregunta que induce al otro a pensar en la idea no expresada y a comportarse conforme a ella. Este tipo de preguntas poseen un valor particular como formas indirectas de sugestión, al no poder ser respondidas por la mente consciente. Tienden a activar procesos inconscientes e iniciar las respuestas autónomas que son la esencia de la conducta hipnótica.

“¿En cuál de estas sillas le gustaría sentarse?”.

La Implicación es que el individuo quiere sentarse en una silla.

“Desconozco qué cambio experimentará su conducta”,

La idea implícita es: “Su conducta cambiará”.

⁷¹ ERICKSON, M. y ROSSI, E. (1980) en PACHECO, M. (comp.) (1996) Op. Cit.

4. **Sugestiones abiertas (o de final abierto).** Si le ofrecemos muchas respuestas posibles, el paciente podrá elegir la más conveniente para él. Cualquier respuesta que dé se tendrá por correcta, con lo cual se eliminará toda resistencia. La intención de este modo es construir rapport, en una dirección de aceptación positiva⁷². Estas sugerencias pueden estar orientadas a lograr que el paciente aprenda algo durante la sesión: a sentirse cómodo, a entrar en trance, a recuperar un recuerdo en particular, etcétera.

“Usted puede llegar a sentirse cómodo con sólo sentarse allí y respirar a un ritmo natural”
o “Usted puede valerse de sus pasadas experiencias personales para aprender a enfrentar el presente”.

7. **Sugestiones que cubren todas las posibilidades de respuesta.** Las formulaciones que cubren todas las posibilidades que ofrece una clase de conducta restringen a un rango relativamente estrecho de elección en el cual el sujeto puede responder. Se intenta cubrir la mayor cantidad de respuestas posibles para otorgarle al paciente un mayor grado de libertad.

En el siguiente ejemplo observamos cómo Erickson⁷³ agota todas las posibilidades de respuesta en una inducción de trance por levitación de mano:

“Pronto su mano derecha o quizás puede ser su mano izquierda, comenzará a levantarse, o empujar hacia abajo, o puede no moverse en lo absoluto, pero esperemos a ver qué sucede. Quizás será primero el pulgar, o puede sentir que sucede algo en su dedo meñique, pero la cosa

⁷² Apuntes del Posgrado de Psicoterapia Breve con Orientación Ericksoniana (2009). Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.

⁷³ ERICKSON, M; ROSSI, E. & ROSSI, S. (1976) en PACHECO (comp.) (1996) p.35. Op. Cit.

realmente importante no es cuál de sus manos sube o baja o simplemente permanece quieta, por el contrario, es la habilidad para sentir cualquier sensación que pueda desarrollarse en su mano”

8. Aposición de opuestos⁷⁴. Son asertos descriptivos de dos conductas que cambian en sentidos contrarios; utilizan el giro *cuanto más suceda esto, tanto más ocurrirá lo opuesto*.

“Cuanto más sufra, tanto más se sorprenderá al sentirse aliviado”

“Cuanto más tenso esté ahora, tanto más relajado podrá estar después”.

9. Sugestiones de no saber, no hacer⁷⁵. Los pacientes no saben que muchos de los procesos mentales son autónomos (sobre todo durante el trance), y es una sorpresa agradable cuando se relajan y descubren que las asociaciones, sensaciones, percepciones, movimientos y mecanismos mentales pueden darse por sí mismos. Para facilitar esta sensación de relajación, se le otorgan al paciente sugestiones para que no haga o no se moleste en saber algo. De esta forma es muy fácil para él aceptar este tipo de sugestiones durante el estadio inicial de inducción de trance, ya que realmente no tiene que saber o hacer nada, su inconsciente puede manejarlo todo por sí mismo.

“No hace falta que hagas esfuerzo para relajarte”

“No tiene que incomodarse escuchando sólo mi voz, ya que su mente inconsciente sabe exactamente cómo hacerlo”.

⁷⁴ KERSHAW, C. J. (1992) Op. Cit.

⁷⁵ ERICKSON, M; ROSSI, E. & ROSSI, S. (1976) en PACHECO (comp.) (1996) Op. Cit.

9. Preguntas que focalizan, sugieren y refuerzan⁷⁶. Preguntas que conciernen habilidades, “¿Puedes hacer esto o lo otro?”, poseen propiedades fuertemente motivantes ya que plantean un desafío. De esta manera incitan a los pacientes a probar que no son abrumados por la demanda. Con frecuencia, las preguntas son directivas sugeridas, usadas para debilitar esquemas conscientes, de modo que el paciente esté más abierto a nuevas alternativas de respuesta.

“¿Le gustaría encontrar un lugar que pueda mirar cómodamente? Mientras continúa mirando hacia ese lugar, ¿sus ojos se cansan y tienen tendencia a pestañear?”.

10. Confusión basada en la orientación, el tiempo y la condición⁷⁷. Son enunciaciones que confunden al paciente yuxtaponiendo estos tres aspectos.

“Usted está sentado allí y yo estoy sentado aquí, pero su allí es mi aquí y mi aquí es su allí, de modo que usted está aquí y yo estoy allí”. **(orientación)**

“Su mente inconsciente puede producir ese cambio. . . quizás el próximo martes, o miércoles, o jueves. Ciertamente, no me importaría que lo hiciera el viernes o el sábado, pero no el domingo. Su inconsciente puede elegir el jueves siguiente, o el miércoles anterior al lunes pasado, el que siguió al feriado siguiente que cayó en jueves, ¿verdad?”.

(tiempo)

“Los adolescentes de hoy alteran mucho su lenguaje. Algo que es caliente no lo es; algo que es frío es caliente y, como a usted le gusta frío y no caliente, usted es frío, ¿no? Algo que es malo es bueno, de modo que cuando ellos dicen El es malo quieren decir que es

⁷⁶ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

⁷⁷ KERSHAW, C. J. (1992) Op. Cit.

bueno, de manera tal que ser malo es ser bueno y ser bueno es verdaderamente malo, ¿y eso es malo o bueno?” (**condición**)

11. Negaciones triples. Se usan tres negaciones en una enunciación a fin de confundir a la mente conciente y desorganizar una determinada línea de pensamiento. Lo inconciente no procesa los negativos; en consecuencia, esa parte de la mente oye estas enunciaciones en el modo positivo.

“Usted no sabe si ahora no es el momento oportuno para no entrar en trance.”

12. Sugestiones posthipnóticas: Pacheco destaca que, en un sentido amplio, puede hablarse de *sugestión posthipnótica* cuando se introduce una idea durante un momento de receptividad, que después se hará realidad en un comportamiento fuera del trance. Este momento de receptividad ocurre en el trance inducido formalmente o durante el trance común de cada día⁷⁸.

A su vez, Erickson definió el *acto posthipnótico* como aquel “que es desempeñado por el sujeto hipnótico después del estado de trance, en respuesta a las sugerencias dadas durante ese estado, con la ejecución del acto marcado por una ausencia de un percatarse consciente de las causas subyacentes o motivaciones para ese acto.”⁷⁹

Según Erickson, cuando el sujeto ejecuta el acto posthipnótico, presenta un trance hipnótico espontáneo de corta duración. Siguiendo a Rossi⁸⁰ y su teoría del aprendizaje dependiente del estado, podemos entender a este trance espontáneo

⁷⁸ PACHECO, M. (2009) Hipnoterapia Estratégica II: Construyendo sugerencias hipnóticas. Módulo VI. Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la UDA.

⁷⁹ ERICKSON, M. (1941/1980) en PACHECO, M. (Comp.) (2009) Op. Cit.

⁸⁰ ROSSI, E. (1987) en PACHECO, M. (1997) Op. Cit.

como un fenómeno de trance ligado al estado. Esto quiere decir que si durante el trance hipnótico se da una sugestión posthipnótica (con una señal distintiva) para ser ejecutada fuera del trance (otro estado de consciencia, distinto al anterior), la presencia posterior de una señal distintiva activará los procesos ligados al estado (anterior) y el sujeto volverá a experimentar el estado de consciencia en el que fue dada la sugestión (trance) y ejecutará el comportamiento posthipnótico.

Esta teoría explica que lo que se aprende en un estado de activación psicofisiológica (por ejemplo la experiencia de trance) es recuperado cuando están presentes nuevamente las señales internas y del contexto que estuvieron presentes en la experiencia original; lo cual lleva al sujeto a experimentar, entonces, un nuevo trance hipnótico.

“Le pediré que despierte y le relataré una historia aparentemente sin sentido. Pero su mente inconsciente comprenderá. Ahora despierte”

“Cuando despierte sus ojos se abrirán, se moverá y quizás se estire un poco... puede hablar un poco respecto a lo que le interesa en su experiencia... olvida el resto... hasta que yo le pida que regrese al trance... de modo que pueda experimentar y recordar algo más”.

12. Sugestiones de final de trance⁸¹. El objetivo de estas sugestiones es ayudar al paciente a que tenga acceso, una vez terminada la experiencia hipnótica, a aquello trabajado durante el trance. Asimismo también se lo orienta, a su propio ritmo, a retomar contacto con el ambiente que lo rodea.

⁸¹ Apuntes del Posgrado de Psicoterapia Breve con Orientación Ericksoniana (2009) Op. Cit.

“Tan pronto como tu... (mente inconsciente, parte sabia) sepa que... (ya ha trabajado lo necesario, ha descansado lo suficiente), encontrarás que... (tu cuerpo puede volver acá, puede comenzar a sentir ganas de moverse, quizás con un par de inspiraciones profundas), hasta que... (te sientas completamente aquí, despierto, relajado, alerta, como volviendo de un largo y productivo sueño, etc.).”

CAPÍTULO II:
FENÓMENOS HIPNÓTICOS

II.1 Introducción

Según Erickson⁸², podemos definir a la hipnosis como un estado de consciencia en el cual ofrecemos comunicaciones de comprensiones e ideas al paciente, y después permitirle usar esas ideas y comprensiones de acuerdo a su propio repertorio singular de aprendizajes corporales y sus aprendizajes fisiológicos.

Cuando las personas entran en trance hipnótico, son capaces de experimentar los denominados *fenómenos hipnóticos*, que son los "ingredientes básicos" de las aplicaciones terapéuticas de la hipnosis.

Para los terapeutas que practican la hipnosis tradicional o la estandarizada, es el hipnotista quien "fabrica" esos fenómenos. Desde el punto de vista de la hipnosis naturalista (o de utilización), el terapeuta no coloca esos fenómenos en el paciente, sino que los *evoca*, dado que esos fenómenos son de ocurrencia normal en la vida cotidiana.

Michael Yapko⁸³ explica que los numerosos fenómenos hipnóticos representan capacidades valiosas pero normalmente poco desarrolladas de los seres humanos. Cada persona es capaz de experimentar, en algún grado, estos fenómenos hipnóticos durante la interacción hipnótica formal, porque son, en cierto sentido, amplificaciones de experiencias cotidianas estructuradas clínicamente. De hecho estas capacidades son una parte necesaria de nuestra experiencia para poder funcionar en un modo normal y saludable.

⁸² ERICKSON, M. (1980) en MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) *Hipnoterapia Ericksonina. Nivel Intermedio: Fenómenos Hipnóticos*. (2ª edición). Instituto Milton H. Erickson de Santiago de Chile.

⁸³ YAPKO, M. (1990) *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. Nueva York: Brunner - Routledge

II.2 Utilidad de los fenómenos hipnóticos

Mario Pacheco⁸⁴ hace hincapié en la necesidad de distinguir entre inducción y utilización del trance hipnótico en hipnoterapia.

La *inducción* (o *evocación*) del trance es la primera parte del proceso terapéutico, pero el hecho de inducir trance no es curativo en sí mismo. La hipnosis por sí sola no genera cambios en el paciente. Es la fase de *utilización* del trance en donde puede haber una reorganización de las experiencias del paciente, la cual puede facilitar el cambio terapéutico.

En consecuencia, los fenómenos hipnóticos son de utilidad en la fase de utilización para dicha reorganización, y pueden ser ordenados o vueltos a ordenar de acuerdo a la intervención particular para ese consultante.

Desde la perspectiva de la hipnosis como un proceso de influencia experiencial, los fenómenos hipnóticos, como experiencias complementarias, pueden ayudar a alterar la pauta que mantiene el problema del cliente; o suministrar experiencias que ayuden al cliente a recuperar sus propios recursos naturales.

Para Erickson⁸⁵ la inducción y mantención del trance sirven para suministrar un estado psicológico en el cual los pacientes puedan reasociar y reorganizar las complejidades psicológicas internas, y utilizar sus propias capacidades de un modo acorde con su propia vida experiencial. Para él, la “curación” se debe a la reorganización de ideas, comprensiones y memorias.

⁸⁴ MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) *Hipnoterapia Ericksonina. Nivel Intermedio: Fenómenos Hipnóticos*. (2ª edición). Instituto Milton H. Erickson de Santiago de Chile.

⁸⁵ ERICKSON, M. (1948/1980) en PACHECO, M. (comp.) (1997) La realidad de las realidades hipnóticas. *Revista de terapia psicológica, Año XV, Volumen IV(4), n° 28, 47-65.*

II.3 Descripción

A continuación describiremos cada uno de los fenómenos hipnóticos:

II.3.1 Alucinación Hipnótica

Slade y Bentall⁸⁶ han sugerido una definición en la que se entiende a la alucinación como una *experiencia perceptual*, con tres características: primero, ocurre en ausencia de estimulación apropiada; segundo, tiene toda la intensidad propia de una percepción real; y tercero, no está bajo el control del sujeto. Pueden darse en cualquiera de los sistemas sensoriales (gustativo, olfatorio, visual, auditivo y kinestésico). Las *alucinaciones* a las que hace referencia la definición son las llamadas, en el contexto de la hipnosis, *positivas* (el sujeto tiene la experiencia sensorial de algo que no está objetivamente presente). Del mismo modo, distinguimos las *alucinaciones negativas* como no experimentar sensorialmente algo que está objetivamente presente. Esta distinción no tiene que ver con el impacto emocional en la persona que las experimenta, sino con la estructura de las alucinaciones.

Las alucinaciones creadas hipnóticamente son experiencias que el cliente puede tener que provienen de sugerencias. Se alejan de realidades actuales y más objetivas, pero se encuentran estructuradas para ser adaptativas y el cliente puede aceptar o rechazar experimentarlas. Las alucinaciones hipnóticas permiten extraernos de la realidad convencional en pos de obtener una experiencia benéfica que no podría ocurrir de otra manera.

⁸⁶ SLADE, P. D. y BENTALL, R. D. (1988) en CATENA, A. (1994) Fenómenos asociados a la hipnosis I: involuntariedad hipnótica, lógica del trance y alteraciones perceptuales. *Psicología Conductual*. Vol 2, Nº1, p 71-89.

II.3.1.a Ocurrencia natural de las alucinaciones

Las alucinaciones positivas y negativas ocurren rutinariamente en el curso de la vida cotidiana. Ejemplos de alucinaciones positivas incluyen sentir el gusto de alguna comida que deseas o sentir picazón en todo el cuerpo al encontrar un insecto encima o cerca de tu cuerpo.

Ejemplos de alucinaciones positivas son no escuchar sonar el timbre por estar sumido en una actividad, o no encontrar un objeto que está delante de nosotros.

Para Yapko⁸⁷, las alteraciones sensoriales y las alucinaciones son términos intercambiables. Ya que para facilitar las alucinaciones el terapeuta debe alterar la consciencia sensorial del paciente. Al alterar esa consciencia, se crean las alucinaciones.

II. 3.1.b. Utilidad terapéutica

Las alucinaciones positivas sirven para sumergir terapéuticamente al paciente a una situación que no puede ser reproducida en el mundo “real”. Por ejemplo, alucinar la imagen de otro significativo fallecido para tener un diálogo con él.

Las alucinaciones negativas pueden ser utilizadas, por ejemplo, para generar analgesia o anestesia hipnótica.

⁸⁷ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

II.3.2 Amnesia hipnótica

Pacheco⁸⁸ explica que la amnesia hipnótica consiste en el olvido de las experiencias vividas durante el trance hipnótico. Muchos recuerdos se encuentran en el inconsciente, sin embargo, no todos pueden ser traídos a la consciencia: ya sea porque las experiencias fueron muy superficiales como para prestarles atención e incorporarlas a la memoria de larga duración; o porque son tan amenazantes que se mantienen en un nivel muy profundo y resultan irrecuperables para fines prácticos.

Tanto en la hipnosis clínica como experimental, la amnesia hipnótica generalmente comprende la inhabilidad para recordar elementos específicamente sugeridos (ya sea directa o indirectamente) para no estar disponibles a la memoria, y su subsecuente recuerdo cuando la amnesia hipnótica es revertida⁸⁹.

De esto se desprende que la amnesia hipnótica sea concebida como un “fenómeno dependiente del estado”. Pacheco⁹⁰ explica que los fenómenos asociados a un estado de consciencia, sólo son recuperables bajo el mismo estado de consciencia en el que se originaron. Puede considerarse a la amnesia hipnótica como una consecuencia natural del estado especial de consciencia denominado “trance”. Se ha encontrado que aquellos sujetos que presentan amnesia espontánea para los fenómenos del trance, recuperan esos recuerdos en un nuevo estado de trance.

⁸⁸ PACHECO, M. (1999) Incorporación de la Terapia Hipnótica en el Manejo del Dolor. *El Dolor*, Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, Año 7, N° 28, pp. 10-17.

⁸⁹ DIXON, C. E. y LAURENCE, S. (1992) en YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

⁹⁰ PACHECO, M. (2009) Seminario sobre Fenómenos hipnóticos. Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la Universidad del Aconcagua.

II.3.2.a Ocurrencia natural de la amnesia

En la vida cotidiana los ejemplos de olvidos que se asemejan a la amnesia hipnótica son abundantes. Llaves perdidas, números telefónicos olvidados, faltar a citas o tareas, olvidar nombres de personas muy conocidas, etc.

Las circunstancias responsables de esos olvidos cotidianos pueden ser de utilidad para evocar o sugerir amnesias en forma indirecta; o como afirma Erickson⁹¹, “el trance permite al operador evocar en forma controlada los mismos mecanismos mentales que están operando en forma espontánea en la vida cotidiana”.

II.3.2.b Utilidad terapéutica

Un problema básico de la hipnoterapia, es cómo proteger a las intervenciones terapéuticas de las dudas, debates y efectos potencialmente negativos de los esquemas conscientes y actitudes rígidas de los pacientes.

Pacheco y Madariaga⁹² postulan que al administrarse sugerencias indirectas, de modo que no sean reconocidas conscientemente, se burlan aquellas resistencias, y las sugerencias son capaces de entrar al preconscious y/o al inconsciente del paciente, y ser utilizadas allí en una forma óptima para el desarrollo integral de aquél. De este modo, la amnesia hipnótica es una modalidad conveniente para hacer frente a las limitaciones de la consciencia y proteger las sugerencias terapéuticas de los esquemas conscientes del paciente.

⁹¹ ERICKSON, E. (1980) en PACHECO, M. (Comp.) (1998a) p. 38. Op. Cit.

⁹² MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

La amnesia hipnótica rompe en forma efectiva los puentes asociativos entre la situación de trance y la vigilia de la consciencia a las sugerencias terapéuticas de los efectos potencialmente negativos de la consciencia.

II.3.3 Analgesia y Anestesia hipnótica

Según Yapko⁹³ la **analgesia** se refiere a la reducción de las sensaciones dolorosas, permitiendo, al mismo tiempo, la percepción de otras sensaciones asociadas que orientan al paciente hacia su cuerpo (ej. presión, temperatura, posición). La **anestesia**, en cambio, se refiere a una eliminación completa o casi completa de las sensaciones de una parte del cuerpo o de todo éste.

La analgesia hipnóticamente inducida es verdaderamente una de las capacidades más sorprendentes del ser humano. El poder de reducir el dolor a un nivel manejable o incluso eliminarlo por completo es, hoy por hoy, una de las aplicaciones más significativas de la hipnosis clínica.

II.3.3.a Ocurrencia natural

Erickson⁹⁴ afirma que como resultado de los eventos experienciales de la vida de las personas, se han estructurado dentro del cuerpo -aunque no totalmente reconocidas por aquellas- ciertos aprendizajes psicológicos, fisiológicos y neurológicos, asociaciones y condicionamientos, los cuales hacen posible que el dolor sea controlado e incluso abolido.

En muchas ocasiones el dolor desaparece cuando nuestro foco de atención es compelido por otro estímulo más inmediato. Por ejemplo, sucede a menudo que

⁹³ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

⁹⁴ ERICKSON, M. y ROSSI, E. L. (1979) en MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

una persona se lastima en la mano, y no se percata de esto hasta transcurrido un tiempo; también ocurre que experimentamos sensaciones de entumecimiento en un brazo o la pierna al quedársenos 'dormidos". Otro ejemplo es cuando desaparece una jaqueca al estar concentrados viendo una película que nos interesa.

A través de experiencias semejantes a estas, el cuerpo ha aprendido una riqueza de asociaciones y condicionamientos psicológicos, emocionales, neurológicos y fisiológicos. Ese es el potencial que ocupa la hipnosis para controlar el dolor en forma intencional, sin recurrir a drogas.

II.3.3.b Utilidad terapéutica

Pacheco⁹⁵ hace notar que la experiencia del dolor es modificable a través de métodos hipnoterapéuticos, debido a que el dolor es un constructo psicológico, un fenómeno subjetivo que se acompaña de manifestaciones objetivas. Puesto que es un fenómeno subjetivo consciente, con todas sus formas de desagrado, amenaza, con significados virtualmente peligrosos, para su abordaje hipnótico se necesita una adecuada comprensión de cómo se está manifestando en cada persona.

Yapko⁹⁶ explica que la hipnosis ha sido utilizada satisfactoriamente en el tratamiento de todo tipo de dolores, incluyendo jaquecas, quemaduras, dolores relacionados al cáncer, procedimientos quirúrgicos, síndrome de colon irritable, dolores relacionados a procedimientos odontológicos, dolores de parto y muchos otros.

⁹⁵ MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

⁹⁶ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

II.3.4 Catalepsia

Pacheco⁹⁷ define a la catalepsia como aquel equilibrio de la musculatura, que permite al sujeto permanecer inmóvil o en posiciones no habituales, y que en estado consciente serían muy difíciles de mantener por largo rato.

Erickson, Rossi y Rossi⁹⁸ destacan que históricamente se ha considerado que el grado evidente de catalepsia en un sujeto en trance, está directamente relacionado con el grado de “profundidad” del trance o involucración en la experiencia, es por esto que se la considera como un indicador de trance.

II.3.4.a Ocurrencia natural de la catalepsia

Como Ernest Rossi⁹⁹ señaló, el llamado “trance común de cada día” (hipnosis espontánea en el curso del vivir cotidiano) es un periodo de catalepsia en el que una persona se encuentra soñando despierta, absorbida en sí misma, absorta, cautivada, pero siempre preocupada a punto tal de estar temporariamente inmovilizada por la intensidad de la atención puesta en ese momento. Un ejemplo cotidiano sería en la cena cuando una persona está intentando alcanzar la pimienta (u otro objeto) y se detiene en medio de la acción cuando la conversación se torna muy intensa y absorbente. De manera similar, las personas se quedan paradas en forma rígida, fijas en un punto, en una posición, cuando más y más de su mente es llamada para descifrar una situación que parece requerir una respuesta significativa.

⁹⁷ PACHECO, M. (1997) La realidad de las realidades hipnóticas. *Revista de Terapia Psicológica*, Año XV, Vol. VI(4), N° 28, pp. 47-65.

⁹⁸ ERICKSON, M.; ROSSI, E. L. y ROSSI, S. I. (1976) en MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

⁹⁹ ERICKSON, M. y ROSSI, E. L. (1981) en YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

En esos momentos, cuando las personas están en una pose cataléptica, están abiertas y receptivas a los estímulos apropiados, puede recibirse una sugestión y actuarla en una forma aparentemente automática. Esta brecha momentánea en la consciencia es esencialmente un trance momentáneo. La receptividad acrecentada durante ese momento es esencialmente lo que denominamos hipnótico.

II.3.4.b Utilidad terapéutica

La catalepsia puede ser utilizada con diversos objetivos, a saber:

1. Un procedimiento de evaluación de la disposición a responder hipnótica.
2. Un procedimiento de inducción de trance (inducción por pantomima).
3. Un procedimiento para volver a inducir trance.
4. Un procedimiento para profundizar el trance.
5. Puede facilitar un mayor compromiso con el trance a través del reconocimiento del paciente de la habilidad de su propia mente inconsciente para responder en forma automática.
6. Puede ser usada para ayudar a algún paciente a controlar sus movimientos, en caso que sus movimientos deban ser mínimos, para recuperarse más rápido y cómodamente¹⁰⁰.

¹⁰⁰ MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

II.3.5 Disociación

Yapko¹⁰¹ define este mecanismo de la siguiente manera:

“La disociación es definida como la habilidad para separar una experiencia global en sus partes componentes, amplificando la consciencia de una parte, mientras se disminuye para las otras.”

Hilgard¹⁰² postula que la disociación es el fundamento del trance hipnótico, al cual define como una “conciencia dividida”. Explica que la mente consciente puede enfocar su atención en un aspecto y la inconsciente en otro completamente distinto. De este modo, dos líneas de pensamiento diferentes pueden seguir de manera concurrente.

Erickson¹⁰³ expresa que durante el trance hipnótico, la persona tiene su atención enfocada selectivamente sobre las sugerencias del terapeuta. La mente consciente está ocupada con el proceso de trance y el inconsciente está en una búsqueda activa de significados simbólicos, asociaciones pasadas y respuestas apropiadas.

II.3.5.a Ocurrencia natural de la disociación

La disociación, al igual que los demás fenómenos hipnóticos, es un fenómeno psicológico natural. Se trata de una capacidad inherente a toda

¹⁰¹ YAPKO, M. (1990) p. 285. Op. Cit.

¹⁰² HILGARD, E. (1990) en BARBER, J. (1996) *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión*. Una guía clínica. Sevilla: Descleé de Brower.

¹⁰³ ERICKSON, M.; ROSSI, E. L. y ROSSI S. I. (1976) en MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

persona, que permite compartimentalizar las experiencias; es decir, dividir las en componentes más discretos y manejables.

Carol Kershaw¹⁰⁴ aporta algunos ejemplos de disociación en la vida cotidiana, como cuando dos personas que conversan pueden al mismo tiempo escucharse una a otra, pensar una respuesta y examinar la información recibida del interlocutor para modificar el énfasis en un argumento poco convincente.

Asimismo, es posible que una persona en estado levemente disociado tenga un sueño diurno o no advierta alguna actividad que se desarrolla en la misma habitación. Según sean los estímulos recibidos, a medida que la disociación avanza pueden ocurrir varias alteraciones sensoriales perceptuales: el individuo no oye conscientemente un sonido, aunque su inconsciente lo registra o experimenta otros fenómenos perceptuales.

II.3.5.b Utilidad terapéutica

La disociación puede ser un mecanismo útil para aumentar o disminuir la cualidad de las experiencias vitales, o puede ser un mecanismo de enfrentamiento desadaptativo con consecuencias destructivas, como se observa en numerosos desórdenes psiquiátricos que emplean disociación, tales como las personalidades múltiples, estados de fuga, amnesia funcional y psicosis.

Yapko¹⁰⁵ explica que la disociación puede ser utilizada con una amplia variedad de objetivos. Separar e integrar experiencias en partes puede resultar en interesantes posibilidades. Por ejemplo se puede disociar el componente intelectual de una experiencia del componente emocional. Esto puede resultar útil para ayudar a alguien cuyos sentimientos y creencias se encuentran mezclados o confundidos.

¹⁰⁴ KERSHAW, C. J. (1992) La danza hipnótica de la pareja. Creación de estrategias ericksonianas en terapia conyugal. Buenos Aires: Amorrortu.

¹⁰⁵ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

Pacheco¹⁰⁶ señala como posibles usos estratégicos de la disociación en el marco del trabajo terapéutico:

- Como ratificador y profundizador del trance.
- Disociación del intelecto y las emociones para tratar ansiedades y fobias.
- Para el tratamiento de experiencias traumáticas (no amnésicas).
- Para el manejo del dolor agudo y crónico.

Muy a menudo, las personas tienen recursos individuales que podrían estar usando para ayudarse a sí mismos, pero estos recursos se encuentran ocultos o simplemente no saben cómo usarlos. En este sentido, las partes de la persona que pueden tener habilidades apropiadas para resolver problemas se encuentran presentes pero disociadas. El rol del clínico es construir nuevas asociaciones (indicaciones, entradas, puentes), que le darán al cliente acceso a una mayor parte de sus propias habilidades en el contexto deseado. La disociación es, por lo tanto, una piedra angular en el proceso de recuperación.

II.3.6 Distorsión de tiempo

El tiempo es una experiencia puramente subjetiva, lo que significa que experimentamos el paso del tiempo, en cada momento dado, de una manera personal e idiosincrática. El paso subjetivo del tiempo puede parecer mucho más

¹⁰⁶ PACHECO, M. (2009) Seminario sobre Fenómenos hipnóticos. Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la Universidad del Aconcagua.

largo o corto de lo que objetivamente es, dependiendo de nuestro foco de atención¹⁰⁷.

Linn Cooper¹⁰⁸ reflexiona que aunque la percepción del tiempo es la experiencia humana más básica, presenta amplias variaciones.

Cooper descubrió la **expansión del tiempo** subjetivo, en donde un corto período de tiempo solar es experimentado subjetivamente como un largo periodo de tiempo mental, en el cual pueden ocurrir muchas cosas que pueden hacerse mentalmente.

Erickson, trabajando con su esposa descubrieron que el fenómeno opuesto también era posible, la **condensación del tiempo**, en donde un largo periodo de tiempo solar puede ser experimentado subjetivamente como pasando rápidamente.

Cooper y Erickson reportan que no es raro que individuos involucrados en emergencias hayan relatado que su desempeño experimentó mejorías debido a que parecía que tenían más tiempo para tomar decisiones.

II.3.6.a Ocurrencia natural

Yapko¹⁰⁹ señala la experiencia de hacer algo placentero y divertido y descubrir que lo que parecía un periodo corto de tiempo era en verdad uno relativamente largo. Del mismo modo, sin duda también hemos tenido la experiencia de estar en situaciones que eran difíciles o aburridas, y pensar que había transcurrido “una eternidad” para luego chequear el reloj y descubrir que sólo habían pasado cinco minutos.

¹⁰⁷ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

¹⁰⁸ COOPER, L. y ERICKSON, M. (1954) Time Distortion in Hypnosis. Londres: Bailliere.

¹⁰⁹ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

Otra de las formas más comunes de distorsión de tiempo puede observarse en los sueños, en donde el sujeto puede experimentar muchas horas, e incluso días de vida en un sueño, pero que corresponden a unos pocos minutos en tiempo solar.

Pacheco¹¹⁰ comenta que también se encuentra distorsión de tiempo en aquellas experiencias que relatan personas que han estado en peligro, y en las cuales han visto transcurrir lentamente las escenas de su vida en unos pocos segundos o minutos. Igualmente, el tiempo pasa más rápido para los ancianos que para los jóvenes; y con ciertas drogas como la marihuana, se ha reportado distorsión del tiempo.

Se encuentran desórdenes en la experiencia personal del tiempo en lesiones orgánico-cerebrales, psicosis, y psiconeurosis, en el delirio y en los estados tóxicos.

II.3.6.b Utilidad terapéutica

Se trata de un fenómeno hipnótico cuya utilización es muy útil a los fines terapéuticos, sobre todo en el tratamiento de dolor o psicoprofilaxis. La **condensación del tiempo** se utiliza en pacientes con enfermedades terminales con dolores intensos y duraderos, en donde pueden aprender a condensar los episodios de dolor en breves períodos de tiempo subjetivo.

La **expansión del tiempo** puede utilizarse, por ejemplo, para expandir la percepción del tiempo de comodidad entre las contracciones uterinas de una mujer durante el parto; hacer que un largo día de trabajo parezca más corto;

¹¹⁰ MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

transformar un trabajo difícil en uno llevadero; puede facilitar un mejor desempeño en un examen cuando se percibe como más largo el tiempo real disponible¹¹¹.

II.3.7 Fenómenos Ideodinámicos

Erickson y Rossi¹¹² postularon que en general se reconoce a las respuestas ideomotoras e ideosensorias como la base de los efectos de la imaginación. Una idea puede dar origen a respuestas motoras (conductas) y respuestas sensoriales a las cuales está asociada. La idea de mover una parte del cuerpo da origen, realmente, a una respuesta motora no reconocida, pero mensurable, en esa parte del cuerpo.

Michael Yapko¹¹³ explica que las funciones automáticas de las que son capaces los humanos, existen en al menos cuatro niveles diferentes: cognitivo, motor, sensorial y afectivo. Cada una es una respuesta automática generada a un nivel inconsciente en respuesta a un estímulo, ya sea externo o interno. Intentaremos describirlas de acuerdo a los aportes de este autor:

- La **respuesta ideocognitiva** es lo que los teóricos cognitivos llaman “pensamiento automático”. Éstos son las asociaciones cognitivas inconscientes disparadas en los procesos de pensamiento del cliente, en respuesta a las sugerencias del clínico.
- La **respuesta ideomotora** es la manifestación física de la experiencia mental, en otras palabras, las reacciones físicas inconscientes del cuerpo a los pensamientos de una persona.

¹¹¹ PACHECO, M. (Comp.) (2009) Op. Cit.

¹¹² ERICKSON, M. y ROSSI, E.L (1981) en MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

¹¹³ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

- Las **respuestas ideosensorias** son experiencias automáticas o sensaciones asociadas con el procesamiento de sugerencias. Contar con un rango normal de sensaciones asociadas y con la memoria kinestésica relacionada con la experiencia de la sensación buscada, provee la base para la respuesta ideosensoria.
- Las **respuestas ideoafectivas** son las respuestas emocionales automáticas ligadas a las diversas experiencias que una persona tiene. Cada uno tiene un rango distinto de respuestas emocionales a los eventos de la vida, existiendo diferentes tipos y grados de intensidad en la respuesta. Por lo tanto, cuando el cliente experimenta las sugerencias del clínico, emergen a la superficie diversos sentimientos asociados a las ideas contenidas en esas sugerencias.

Berheim¹¹⁴ describió en 1896 el proceso a través del cual se dan este tipo de respuestas :

“(...) Cuando digo al sujeto hipnotizado, "Tiene una sensación de picazón en la nariz", el pensamiento inducido a través del escuchar es reflejado sobre el centro de sensibilidad olfatoria, donde despierta la imagen memorizada de la comezón nasal, como impresiones que se han creado y mantenido impresas y latentes. Esta memoria de sensación así resucitada puede ser tan intensa como para ocasionar el acto reflejo del estornudo. También existe, entonces, la exaltación de la excitabilidad del reflejo ideo-sensorio, el cual efectúa la transformación inconsciente del pensamiento en sensación, o en imagen sensoria.”

¹¹⁴ BERNHEIM, H. (1896) en MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

II.3.7.a Ocurrencia natural

Yapko¹¹⁵ explica que los poderosos efectos de los condicionamientos pueden ser observados en gran cantidad de diferentes fenómenos de la vida cotidiana, debido a que la mayor parte de nuestro funcionamiento cotidiano se realiza en un nivel automático e inconsciente. Si tuviéramos que prestar atención a cada pequeña cosa que llevamos a cabo durante el día, al llegar el momento de ducharnos, o vestirnos para ir al trabajo ya sería la hora de irnos a dormir. Nuestro funcionamiento automático libera a la mente consciente para que pueda ocuparse de actividades de un orden superior.

Un ejemplo de respuesta ideomotora es cuando movemos nuestro pie para apretar el freno en un auto en el que viajamos como acompañantes.

Un ejemplo de respuesta ideosensoria, puede ser cuando alguien sugiere que imaginemos el sabor y la consistencia de un alimento, como la miel, en nuestra boca, la sensación puede aparecer automáticamente mientras intentamos descifrar lo que nos fue pedido. El sabor y la sensación de la miel en nuestra boca está inmediatamente disponible sólo porque tenemos la experiencia pasada de haberla comido. La sugestión no habría tenido efecto si nunca hubiéramos probado la miel.

II.3.7.b Utilidad terapéutica

Hilgard¹¹⁶ postula que la respuesta ideomotora puede ser utilizada terapéuticamente, para facilitar la disociación, para profundizar el estado de trance, como indicador de responsividad e incluso como un medio de intercambio entre el clínico y el cliente cuando técnicas como “escritura automática” y “habla automática” son utilizadas. La primera refiere a la habilidad del cliente para escribir

¹¹⁵ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

¹¹⁶ HILGARD, E. (1992) en YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

(o dibujar) sin participación consciente; la segunda es hacer que el cliente hable sin implicación de la mente consciente.

Erickson y Rossi¹¹⁷ indican que las respuestas ideomotoras sirven a dos propósitos generales:

1) Como *inductoras de trance*, ya que requieren que el sujeto fije y focalice la atención, en una forma que es una autoinducción.

2) Como *profundizadoras de trance*: el terapeuta puede preguntar al paciente si le gustaría o está preparado para profundizar el trance. Si se recibe una señal positiva, el terapeuta le dice al paciente que vaya más profundo hasta que el inconsciente esté satisfecho con el estado de comodidad y dé una señal positiva cuando haya alcanzado ese estado. El terapeuta puede utilizar después cualquiera de los otros acercamientos clásicos para profundizar el trance (levitación de la mano, cierre de ojos, bajar una escalera, etc.) y usar la señal ideomotora para controlar la efectividad de cada procedimiento de profundización.

A juicio de estos autores las respuestas ideosensorias, son un sistema de señales singular, que puede usarse en muchas formas. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo y experimentarse en numerosas variedades (calor, frío, presión, hormigueo, punzadas, picazón, etc.). Pueden ser usadas por el paciente para su propio conocimiento, pero es natural que no se comuniquen al terapeuta. De este modo, las señales ideosensorias pueden poseer indudable ventaja cuando los pacientes quieren explorar algo en forma privada o cuando no están preparados para comunicarlo al terapeuta.

¹¹⁷ ERICKSON, M. y ROSSI E. L. (1981) en MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

II.3.8 Progresión de edad

La progresión de edad representa una proyección al futuro. Este fenómeno implica "guiar" al paciente hacia el futuro, donde pueda tener la oportunidad de imaginar las consecuencias de los cambios conductuales o experienciales, e integrar los significados a niveles profundos¹¹⁸. También resulta útil para ensayar nuevos patrones de pensamiento, sentimiento o conducta, y, en general, obtener una visión más general de la vida de lo que el foco restringido de la vida cotidiana normalmente permite.

II.3.8.a Ocurrencia natural

A juicio de Yapko¹¹⁹, las personas cuentan con una parte de ellas que puede planear y permitir las posibilidades de futuras experiencias. En su forma básica, las personas tienen un sentido de cómo el "hoy" se relaciona con el "mañana". Comentarios como "nos vemos allá la semana que viene"; "Lo leeré mañana y te lo devolveré la semana que viene"; "Me gustaría anotarme en ese curso el año que viene"; y "Cuando me retire me gustaría aprovechar mi tiempo viajando", son todas declaraciones de intención en relación a experiencias futuras. Para que estas declaraciones sean realistas, la persona debe proyectar alguna porción de sí misma en la experiencia e imaginar con algún grado de detalle cómo sería tal situación.

¹¹⁸ Apuntes de clase del postgrado de Psicoterapia Breve con Orientación Ericksoniana dictado en la UDA. 20 de Septiembre del 2009.

¹¹⁹ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

II.3.8.b Utilidad terapéutica

La progresión de edad puede usarse al menos en dos formas genéricas, complementarias: como una comprobación del trabajo del terapeuta, y como intervención terapéutica.

1) Comprobación del trabajo del terapeuta: Se solicita al paciente que se proyecte al futuro, y vea cómo se ve y se siente después del trabajo terapéutico; manejando las situaciones antiguas de modos nuevos; cómo reaccionan los otros a su cambio; qué áreas continúan siendo difíciles para él y, en general, cuáles áreas de su vida han sido afectadas positiva o negativamente. Dicha información puede ser de mucha utilidad para la formulación de la intervención terapéutica, a la vez que comprueba el impacto del trabajo realizado. Si el paciente experimenta progresión de edad y aun presenta la misma dolencia, la terapia no ha concluido

2) Intervención terapéutica: Erickson desarrolló una estrategia que utiliza progresión de edad denominada pseudo-orientación en el tiempo, consistente en dirigir al paciente hacia el futuro, cuando su problema estuviera resuelto, y les pedía que alucinaran un encuentro con él en ese futuro imaginario, en el que le contarán cómo habían resuelto sus dificultades. Una vez que le habían descrito la escena, les hacía olvidar la experiencia por medio de la amnesia y los enviaba a casa. Tras cierto tiempo informaban, por lo general, haber resuelto sus quejas¹²⁰.

II.3.9 Regresión de edad

Yapko¹²¹ la define como una utilización intensificada de la memoria. Las técnicas de regresión de edad implican, ya sea guiar al cliente hacia el pasado a

¹²⁰ O'HANLON, B. y WEINER – DAVIS, M. (1993) En Busca de Soluciones: Un Nuevo Enfoque de Psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.

¹²¹ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

alguna experiencia para que la re-experimente como si estuviera sucediendo en el aquí y ahora; o simplemente hacer que la persona recuerde la experiencia lo más vívidamente posible.

Este fenómeno se presenta en dos variedades distintas¹²²:

Revivir hipnótico (vivification): en donde el sujeto está inmerso en la experiencia tan intensamente como sea posible, exactamente igual al recuerdo que fue incorporado en la época en que sucedió realmente.

Hipermnesia: la persona está en el presente, mientras simultáneamente recuerda vívidamente los detalles del evento.

II.3.9.a Ocurrencia natural de la regresión de la edad

Al definir a la regresión de edad como una intensa utilización de la memoria, se hacen patentes los aspectos cotidianos de este fenómeno, ya que las personas vagamos rutinariamente en los recuerdos.

Cualquier señal o estímulo que “dispare” a la persona a retroceder en el tiempo, para recordar o revivir algunos sucesos, está estimulando una regresión de edad espontánea. Mirar fotografías, escuchar una determinada canción, ver a un viejo amigo, y re-experimentar una sensación no sentida en mucho tiempo son todos ejemplos de regresiones de edad que surgen en la vida cotidiana.

¹²² Apuntes de clase del postgrado de Psicoterapia Breve con Orientación Ericksoniana dictado en la UDA. 20 de Septiembre del 2009.

II.3.9.b. Utilidad terapéutica

A criterio de Yapko¹²³, debido a que nuestras experiencias previas moldean nuestras percepciones actuales, es que la regresión de edad es una de las pautas hipnóticas más usadas en terapia.

La regresión de edad puede utilizarse con tres objetivos generales, que dan origen a una variedad de técnicas: rescatar recursos, resolución de experiencias traumáticas, y fabricación de pseudo-recuerdos o pseudo-experiencias terapéuticas. Pacheco¹²⁴ explica estas técnicas en su monografía acerca de los fenómenos hipnóticos:

1) *Rescatar recursos*: Las personas en el pasado han desarrollado habilidades y recursos que les fueron útiles para enfrentar problemas, pero que ahora no están siendo usadas para enfrentar las dificultades o problemas actuales. Se buscan los recursos del pasado y se incorporan a los contextos actuales y futuros.

2) *Resolución de experiencias traumáticas*: Existen situaciones vitales traumáticas que para su resolución necesitan ser vividas nuevamente, de modo que las emociones asociadas (ligadas, aprisionadas, “atascadas”) a ellas puedan extinguirse (“liberarse”), mientras que simultáneamente se proveen nuevas formas de encuadrarlas (reencuadrarlas) para aliviar al paciente de las influencias destructivas que esas experiencias aun pueden estar persistiendo en su vida.

¹²³ YAPKO, M. (1998) citado en el Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la UDA. 20 de Septiembre del 2009.

¹²⁴ MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (Comp.) (1998a) Op. Cit.

3) *Creación de pseudo-recuerdos*: Podría afirmarse que fue Erickson quien redescubrió esta estrategia terapéutica. La racionalidad de la creación de pseudo-recuerdos consiste, por ejemplo, en que el paciente puede tener carencias importantes en su vida pasada que están influyendo en su identidad actual, y mediante los métodos terapéuticos usuales quizás sea más difícil tratar estas carencias.

CAPÍTULO III:

EL DOLOR

III.1 Concepto de Dolor

De las numerosas definiciones de dolor existentes en el ámbito científico, se tomará como referencia la propuesta por la IASP (*International Association for the Study of Pain*):

“Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular actual o potencial, o descrita en términos de dicho daño.”¹²⁵

Según Chapman¹²⁶ esta definición contiene importantes avances en la concepción del dolor, en cuanto a la superación de los modelos simplistas en la explicación del mismo, dentro de las cuales se pueden destacar:

- *Considera al dolor como algo subjetivo, por lo tanto es relevante el informe verbal del sujeto.*
- *Invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja.*
- *Considera que la experiencia del dolor implica asociaciones entre los elementos sensoriales y un estado afectivo aversivo.*
- *Considera a la atribución de significados a los hechos sensoriales desagradables, como una parte intrínseca a la experiencia del dolor.*

¹²⁵ IASP Pain Terminology. www.iasp-pain.org

¹²⁶ Chapman, T. (1986) en BERRIOS LLAVER, P. S. (2005) Dolor crónico y psicología. *Evaluación de estrategias de afrontamiento y locus de control en pacientes con dolor crónico*. Mendoza: Universidad del Aconcagua

Esta definición pone de manifiesto la superación de una concepción lineal del dolor, que ahora es entendido como una experiencia aversiva perceptual y afectiva compleja, determinada tanto por las respuestas biológicas a los estímulos nociceptivos como por el significado de esos estímulos para cada persona.

De esta manera, se trata de aceptar los aspectos subjetivos del dolor, entendiéndolo como una experiencia codificada y memorizada por el individuo que va más allá de una mera transmisión de impulsos sensoriales. Al componente sensorial se une la emoción, afecto que va a dar una tonalidad psíquica a la experiencia favoreciendo su registro en la memoria. Además, con esta definición se evita atar el dolor al estímulo.

Joseph Barber¹²⁷ considera importante distinguir los componentes sensorio-discriminativos (o, simplemente, *sensoriales*) y los motivacional-afectivos (o, simplemente, *afectivos*) del dolor. Toda experiencia dolorosa implica la presencia de ambos componentes.

El *componente sensorial* del dolor proporciona a quien lo sufre una información básica en torno a su localización y a su calidad sensorial. Por ejemplo, nos dice si se trata de un dolor o de un hormigueo, si es agudo o sordo, frío o abrasador, si es continuo o intermitente.

El *componente afectivo* permite al individuo identificar su dolor como una experiencia desagradable o no. Las consecuencias del tinte emocional que un sujeto da a su dolor son, a veces, tan importantes como el propio proceso nociceptivo.

Hilgard y Hilgard¹²⁸ exponen un tercer componente del dolor: el *cognitivo*. Éste se relaciona con lo que la persona piensa acerca de su dolor. La experiencia de dolor en un determinado momento y situación puede estar influida por factores

¹²⁷ BARBER, J. (1996) *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica*. Sevilla: Desclée de Brower.

¹²⁸ HILGARD, E. y HILGARD, J. (1990) *La hipnosis en el alivio del dolor*. México: Fondo de Cultura Económica.

situacionales estrechamente relacionados con la motivación. En qué medida nos afecta el dolor (el grado de sufrimiento que padecemos) está en función de lo que ese dolor significa para nosotros (la información que nos da sobre nuestra vida y nuestra relación con el mundo). Si el dolor, en virtud de su localización, de su severidad o de su causa, pone en cuestión nuestra integridad física, entonces, es muy posible que sintamos una gran preocupación y que suframos considerablemente. Cuando el dolor no representa un signo de peligro para nuestro buen funcionamiento o para nuestra vida, incluso si es intenso, no tiene por qué causarnos sufrimiento.

Por último, existe el *componente relacionado al comportamiento*. Existen numerosas conductas asociadas con el dolor que son bien conocidos: las quejas, los cambios en la conducta, el ausentismo laboral y otros muchos comportamientos vienen inevitablemente unidos al dolor y como tal, hay que considerarlos.

III.2 Historia del dolor

Según la Dra. Tatiana Derderian¹²⁹, estamos viviendo la era de la "Nueva Algología", ciencia que en esta "nueva" expresión no tiene más de 30 años. Esta autora plantea que la historia del tratamiento del dolor es la historia misma del hombre, y a lo largo de ella se han creado, olvidado y nuevamente generado, métodos para suprimir el dolor; ha sido un devenir de inventos y reinventos condicionados por circunstancias sociales, sistema de creencias y situaciones tecnológicas, pero, siempre usando modelos o paradigmas, desde planteamientos míticos y mágicos, hasta la explicación científica natural.

¹²⁹ DERDERIAN, T. (1998) Historia del tratamiento del dolor. *Revista El Dolor*, Año 6, n^o 26, 6-9

Conocer la historia del dolor nos hará comprender mejor y saber de dónde provienen las teorías que intentan explicarlo, así como los tratamientos que se utilizan hoy en día para combatirlo.

Según Derderian, los períodos históricos pueden dividirse en tres:

1. Empírico, mágico y pretécnico.
2. Período técnico y del conocimiento de la naturaleza.
5. Período científico tras la 2a Guerra Mundial.

III.2.1 Período empírico, mágico y pretécnico

Este primer período se extiende desde el origen de la civilización hasta la caída del Imperio Romano.

Durante muchos siglos, y a través de diferentes culturas fueron validadas concepciones del dolor ligadas a lo sobrenatural, atribuyéndole un origen divino, mágico, demoníaco y hasta filosófico.

Así, en las *sociedades primitivas* el dolor asociado a un trauma o lesión física visible era fácilmente comprensible, no así el dolor asociado a enfermedades internas el cual tenía un significado místico y religioso, atribuible a la infracción de un tabú, un hechizo, la pérdida del alma, una intrusión maligna de un cuerpo extraño o la posesión por un espíritu maligno. El tratamiento del mismo corría a cargo del chamán de la tribu, el hechicero o el curandero.

Gutierrez Giraldo¹³⁰ explica que en la *Antigua Mesopotamia* el dolor y la enfermedad eran considerados producto de un castigo divino y de la posesión de espíritus malignos, razón por la cual se aislaba al enfermo para su purificación. Una de las prácticas usadas para su manejo era perforar el cráneo, y de esa forma liberar los espíritus.

Durante los *imperios egipcio y babilónico* se entendía que el dolor era un castigo divino o una prueba para el sufriente, situándolo en alguna víscera profunda (corazón, estómago, etc.) Los egipcios consideraban que el dolor era causado por la entrada de los espíritus de la muerte en el individuo y que para librar al organismo de este influjo, estos espíritus debían ser expulsados a través de los vómitos, la orina, los estornudos o el sudor.

Márquez y colaboradores¹³¹ señalan que en la *India*, desde el 4000 AC hasta la aparición del budismo en el siglo V DC, la enfermedad era la consecuencia de la posesión de un demonio o el resultado de algún pecado que el enfermo había cometido en alguna experiencia pasada. Se reconocía el dolor como una sensación, dando gran importancia al componente emocional, pero obviando el papel del cerebro en dicha sensación, la cual era transmitida desde el corazón a través de los vasos sanguíneos. Con el *budismo* se introdujo un cambio en la evaluación de las percepciones sensoriales, a las que se les dio connotación de ilusiones porque eran producto de la interpretación que hacía cada individuo de su entorno.

El dolor en la *cultura china* era causado por un desequilibrio entre el Ying y el Yang, las dos fuerzas internas que regían el cuerpo, representando cada una el frío o el calor, lo femenino o lo masculino, la debilidad y la fuerza, respectivamente. Para su tratamiento utilizaban la acupuntura (mediante

¹³⁰GUTIERRES GIRALDO, G. y CADENA AFANADOR, L. (2001) Breve Reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Medunab*; 4(10), p.2.

¹³¹FERNÁNDEZ-TORRES, B; MÁRQUEZ,C. y de las MULAS, M. (1999) Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la Prehistoria a la Ilustración. *Rev. Soc. Esp. Dolor*; 6(4). p.282

introducción de agujas en puntos específicos, se removían las obstrucciones permitiendo el flujo de secreciones malignas) y la moxibustión (consistía en encender pequeñas cantidades de artemisa (opio) sobre la piel del paciente para aliviar el dolor).

Las *culturas precolombinas* mostraban una intrincada mezcla de religión, magia y empirismo para controlar la enfermedad y el dolor. La religión, para tratar enfermedades provocadas por los dioses; la magia para curar encantamientos; y el empirismo se basaba en el uso de plantas y minerales con efectos antibióticos y analgésicos.

III.2.2 Período técnico y del conocimiento de la naturaleza

Ya en este período, hacia el año 500 AC se intenta el conocimiento científico del cosmos, del hombre, de la naturaleza y del tratamiento.

Tuvo que llegar la *civilización griega* para desacralizar el dolor, que pasó a entenderse como un estado disfuncional producido por factores exteriores (clima, heridas, dieta, etc) que el médico podía y debía de tratar. Es Alcmeón de Cretona y luego Hipócrates quién separa la medicina catártica y transferencial creando el concepto humoral de la enfermedad y del tratamiento; con ellos comienza la medicina científica prescindiendo de las técnicas mágico-religiosas.

Berrios Llaver¹³² comenta que Hipócrates (Grecia, años 460-360 AC) utilizó el concepto de los cuatro humores o fluidos internos (la sangre, la mucosa, la bilis amarilla y la bilis negra) para explicar las causas del dolor. Del equilibrio armónico de estos cuatro humores se derivaría la salud, y del predominio o defecto de cualquiera de ellos surgiría la enfermedad. Situaba su origen en un exceso o

¹³² BERRIOS LLAVER, P. S. (2005) Op. Cit.

defecto del humor de la sangre. La función del médico era asistir al enfermo dejando que el poder de la naturaleza curara la enfermedad. En algunos casos usaban opio y otras plantas para combatir el dolor. La teoría de humores internos sobre *patos* (enfermedad) y *algos* (dolor), persistió durante unos 2000 años.

El dolor no sólo fue estudiado en el ámbito de la incipiente medicina, sino también desde la filosofía. De hecho se habla de cinco términos griegos clásicos para expresar el dolor: *anchos*, *algos*, *odyne*, *ponos* y *kedos*, lo cual indica la importancia que el estudio del dolor adquirió en la Grecia Antigua.

Como lo explica Romero Salinas¹³³, Platón (458-348 a.C.) definió el temor como "la anticipación del dolor" y clasificó a éste entre las emociones. En el *Fedón*, intentó mostrar cómo el dolor y el placer, nacen uno del otro. Entendía el dolor como una sensación displacentera, contraria al principio del placer, que había que combatir. Además opinaba que el dolor podía producirse no sólo por una estimulación externa, sino también por *una experiencia emocional del alma*.

Aristóteles (384-322 a.C.), discípulo de Platón consideraba al dolor como un aumento de la sensibilidad de cualquier sensación. Aunque apreciaba un valor positivo en el dolor, también advirtió que cuando era excesivamente intenso tenía efectos destructivos; afectando no sólo al cuerpo, sino también al espíritu, "altera y destruye la naturaleza de la persona que lo padece", y puede llevar a realizar actos irracionales fruto de la desesperación. Su concepto del dolor como una "pasión del alma" sentida en el corazón prevalecerá durante 23 siglos¹³⁴.

La filosofía estoica surgió en Grecia gracias a Zenón, siglo IV a.C. Con los filósofos Séneca, Epícteto y Marco Aurelio esta corriente filosófica alcanzó su esplendor en Roma. Marco Aurelio (quien gobernó el imperio romano del año 161 a 180 d.C) pensó junto con Epícteto que el dolor estaba dominado por la mente. El

¹³³ ROMERO SALINAS, G. (2006) El dolor y su significado a través de la historia. *Enlace, Expresiones de la Sociedad Civil*, Año 4, n° 4. Disponible en http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev4/el_dolor.html

¹³⁴ BERRIOS LLAVER, P. S. (2005) Op. Cit.

dolor ocupó un lugar preponderante en el pensamiento greco-romano. La sabiduría y el propósito moral de Epícteto requerían que el individuo dominara voluntariamente y en forma total al dolor, estaba convencido de que éste implica una vida de esclavitud. Marco Aurelio afirmó que la victoria del alma sobre el cuerpo es el triunfo sobre el dolor¹³⁵.

Galeno (Asia Menor-Grecia, años 129-200 dC) hizo importantes aportes. Negó la existencia de causas sobrenaturales, como las pretendidas enfermedades de origen divino y dio gran importancia al dolor en sus escritos, no sólo al síntoma, sino también al análisis de sus mecanismos, estableciendo que debía existir tanto una alteración como una percepción. Estudió más en profundidad la influencia del cerebro sobre el dolor, y lo definió como una sensación molesta que es captada por todos los sentidos, pero fundamentalmente por el tacto, y que, aunque puede llevar a la extenuación física y moral, tiene la finalidad inmediata de advertir y proteger.

Han de pasar muchos siglos desde *Galeno*, antes de que podamos hablar de un nuevo desarrollo en el estudio del dolor.

Durante toda la Edad Media, desde la caída del Imperio Romano hasta el Renacimiento, los conocimientos médicos fueron ineficaces ante las repetidas epidemias que invadían Europa y apareció una tendencia a volcarse más en la vida del más allá que en la terrenal; en estas circunstancias la Fe influía más que la razón en la práctica de la medicina.

Derderian¹³⁶ explica que la interpretación del dolor estuvo, de este modo, notablemente influida por el pensamiento místico y religioso, y a la luz de las doctrinas cristianas, el dolor ofrecido a Dios era un medio de purificación y de redención, lo que la iglesia católica consintió y apoyó. En esta situación se prohíbe la eutanasia y toda medicina del dolor es sospechosa de idolatrías, cultos

¹³⁵ ROMERO SALINAS, G. (2006) Op. Cit.

¹³⁶ DERDERIAN, T. (1998) Op. Cit.

orgiásticos y hedonismo. El manejo del dolor consistía en recurrir al auxilio divino por medio de santos y curaciones milagrosas, tratamientos lapidarios y charlatanes, olvidando todos los avances anteriores.

El *Renacimiento* impulsó un cambio radical en la concepción del mundo y del hombre. Se producen importantes avances en Anatomía, Fisiología, Física y Química, pero no suponen más que críticas parciales que no comprometen al sistema médico tradicional basado en las ideas de Galeno. Leonardo Da Vinci relaciona la sensación dolorosa exclusivamente con la sensibilidad táctil y considera que es transmitida por los nervios –estructuras tubulares – y la médula espinal hasta el centro de la sensación, localizado en el cerebro; esta concepción anatómica y fisiológica es seguida por otros autores del siglo XVI.

Como escribe Berrios Llaver¹³⁷, entre el *siglo XVI y XVII* se avanzó en el conocimiento de la anatomía y la fisiología. Con el descubrimiento de la circulación por Harvey, se intensificaron los estudios para tratar la enfermedad por esa vía. En 1655, con Jhoann Major, se utilizaron las primeras infusiones intravenosas con fines paliativos, curativos, conservadores o dietéticos; inyectando sustancias como vino, cerveza, agua destilada y soluciones de opio.

Durante el siglo XVII Descartes (1596-1650) plantea por primera vez de forma racional, la cuestión de saber cómo se produce el dolor. Considera que tanto las funciones sensitivas como las motoras radican en el cerebro. La percepción del dolor es una percepción del alma que puede ser producida por la acción de objetos externos o por el mismo cuerpo; no es una sensación específica y, aunque se vincula al tacto; cualquier sensación se vuelve dolorosa cuando su intensidad supera un cierto nivel. Por esto se le considera el precursor de la teoría de la especificidad, introducida dos siglos después. Considera que la función del dolor es advertir de que algo va mal y que tratarlo es interferir con esta función, lo que aparte de peligroso, dificulta el diagnóstico.

¹³⁷ BERRIOS LLAVER, P. S. (2005) Op. Cit.

Durante los *siglos XVIII y XIX* se retoman los estudios clásicos sobre el dolor, centrándose en el papel del SNC sobre las sensaciones nociceptivas (estudios de Willis, Bonelli, Malpighi, Von Haber, Bell, Magendi y otros).

Sin embargo, según Franco¹³⁸, el misticismo medieval continuó influyendo, de una u otra manera, sobre los científicos de los siglos XVIII y XIX; de tal manera, que los filósofos alemanes y otros muchos, daban la bienvenida al dolor como símbolo de la vida universal (Schlegel), ya que era considerado como uno de los valores destinados a la conservación de la especie (Nietzsche); mientras que para otros (Feuchtersleben), el hombre se encontraba en dolor permanente, y ese dolor de la vida sería el aguijón de la actividad humana. Para este mismo autor, la mezcla de placer y dolor en el laberinto de la vida humana sería el símbolo de la intención divina.

Romero Salinas¹³⁹ comenta que a partir de la segunda mitad del siglo XIX, la química, la física y la medicina progresaron simultáneamente, para entonces era posible preparar una droga químicamente pura y usarla con cierto grado de seguridad en beneficio del paciente

Durante todo este periodo la historia del dolor aparece ligada a la evolución de la anestesiología: en 1799, Humphrey Davy, descubrió las propiedades anestésicas del gas hilarante (protóxido nitroso), que utilizó para calmar las migrañas y los dolores en las extracciones dentales; en 1804 se descubre la morfina como anestésico; en 1809 nace uno de los analgésicos que mayor difusión ha tenido y sigue teniendo: la aspirina; en 1846, Morton realiza en Estados Unidos la primera anestesia quirúrgica con éter y en 1860 Niemman emplea la cocaína como anestésico.

A lo largo del siglo XIX se produce un gran desarrollo y reestructuración de la medicina clínica que precede y posibilita la aparición de la Fisiología como una

¹³⁸ FRANCO, A. (1999) El Dolor en la Historia. *Revista Española del Dolor*. Nº 6, p. 261-262

¹³⁹ ROMERO SALINAS, G. (2006) Op. Cit.

ciencia experimental que permite el estudio científico de la sensación en general y del dolor en particular, tanto en la comprensión de sus mecanismos como en las innovaciones terapéuticas. El avance en los estudios anatómicos, fisiológicos e histológicos impulsaron la creación de dos teorías acerca del dolor, la teoría intensiva (sumación) defendida por Goldscheider (1885) y la teoría de la especificidad (sensitiva) cuyo mayor exponente fue Von Frey (1894).

La *teoría intensiva* se basaba en el concepto aristotélico de que el dolor es el resultado de un estímulo excesivo del sentido del tacto.

La *teoría de la especificidad* se basaba en el modelo biomédico lineal simple, que proponía que todas las alteraciones físicas, cuyas consecuencias son el dolor, se producían como resultado de una afectación orgánica del cuerpo. Von Frey planteó que el dolor era el producto final de un sistema lineal de transmisión sensorial, una sensación primaria dependiente de la reacción de terminaciones nerviosas específicas, ante un estímulo determinado. La importancia de esta teoría radica en que fue el primer modelo explicativo del dolor, considerándolo como una sensación nociceptiva.

Berrios Llaver¹⁴⁰ postula que esta consideración del dolor como sensación simple, dejó entrever sus deficiencias al ser incapaz de explicar una serie de fenómenos clínicos importantes, entre los cuales el más destacado es el dolor crónico. Evidentemente en esta teoría todo factor que vaya más allá del propio proceso de transmisión sensorial no es considerado, con lo cual se entiende el desinterés por los aspectos psicológicos inherente a este modelo.

¹⁴⁰ BERRIOS LLAVER, P. S. (2005) Op. Cit.

III.2.3 Período científico

Como escribe Derderian¹⁴¹, hacia el siglo XX, comienza el período neopositivista científico, con un intenso progreso de la anestesiología y el inicio del control del dolor post-operatorio, utilizando los analgésicos habituales por vía oral y parenteral. A partir de la segunda guerra mundial se intenta conocer y comprender la fisiología y bioquímica del dolor para efectuar un tratamiento científico.

Las teorías dominantes durante el siglo XIX y principios del XX, perdieron importancia a partir de los siguientes descubrimientos:

- El Dr. Henry Beecher observó que las quejas de los soldados en la Segunda Guerra Mundial, con heridas producidas por metrallicas resultaban sorprendentemente escasas; en comparación con pacientes post operatorios que este médico trataba en hospitales civiles. Beecher concluyó que no había relación directa entre la severidad de la herida y la intensidad del dolor; y que estas diferencias de comportamiento se debían a algo más que la mera nocicepción, atribuyéndolas entonces a factores psicológicos o contextuales (interpretación de la situación, expectativas y significado de la situación para los heridos, etc.).
- El descubrimiento de que el dolor tenía múltiples vías de expresión, y que podía ser regulado a distintos niveles del sistema nervioso. Además, la consideración de la percepción individual y la atribución de significados al dolor como fenómenos complejos que involucran aspectos psicológicos y emocionales.
- El descubrimiento de los opiáceos endógenos y de su papel en la analgesia tanto a nivel neuronal como bioquímico, a finales de los 70.

¹⁴¹ DERDERIAN, (1998) Op. Cit.

- El hecho de que los pacientes con dolores aparentemente idénticos tendían a responder de forma diferente a los mismos tratamientos.

A partir de esta evidencia se empieza a cuestionar la validez de los modelos lineales que explicaban la experiencia dolorosa, y surge la necesidad de modelos más completos.

Una respuesta a esta necesidad fue la creación de *modelos multidimensionales* para explicar el fenómeno del dolor. Estos modelos conciben al dolor como un fenómeno complejo multidimensional mediatizado por la interacción de factores fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Dentro de estos modelos se ubica la *Teoría de la Puerta de Control*, de Melzack y Wall¹⁴² publicada en 1965 en la revista Science. Su efecto sobre las actividades clínicas y de investigación, fue profundo. Se reconoció que el sistema nervioso ejercía modulación sobre la información sensorial, tanto en la sinapsis primaria como en el cerebro.

Con esta teoría se establece el carácter perceptual del dolor, y se rompe con la idea del modelo médico; el cual establecía que el dolor se encontraba directamente relacionado con el daño tisular, y por lo tanto el tratamiento correspondía sólo a un abordaje médico. Paralela al impacto de la Teoría de la Puerta, fue la emergencia de la conceptualización del dolor, en parte, como un fenómeno comportamental o impactado por el aprendizaje. Esta fue la gran contribución de Bill Fordyce.

El Dr. John Bonica, profesor de la Universidad de Washington y Jefe del Departamento de Anestesiología, hizo grandes aportes en la concepción y el tratamiento del dolor. Fundó la primera clínica del dolor con intervención multidisciplinaria y en 1953 publicó su libro titulado *Manejo del dolor*. Los algólogos consideran a este médico "el padre de las clínicas del dolor", quien fuera

¹⁴² LOESER, J. (2000) The future: "Will pain be abolished or just pain specialists". *Pain Clinical Updates*; 8(6). Disponible en <http://www.iasp-pain.org/PCU00-6.html>

el fundador también de la *Asociación Internacional para el Estudio del Dolor*, entidad que supone el abandono de una concepción unidimensional del dolor¹⁴³.

De este modo, el enfoque biopsicosocial se volvió una alternativa al concepto biomédico del dolor, y la deseabilidad de los tratamientos multidisciplinarios se volvió una parte integral del movimiento del dolor.

Durante esta misma época, primero en Estados Unidos y luego en Inglaterra y Francia, aparecen las primeras Clínicas del Dolor, que agrupan a un conjunto de profesionales de distintas especialidades (anestesiólogos, cirujanos, neurólogos, internistas, traumatólogos, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, etc.) encargados de diagnosticar, tratar, investigar y difundir una concepción holística y multidisciplinaria sobre el dolor.

En nuestro país se funda en 1974 la *Asociación Argentina para el Estudio del Dolor*, primera filial hispanoparlante de la *International Association for the Study of Pain (IASP)*. Esta Asociación destina sus esfuerzos fundamentales a dar difusión al tema del dolor en nuestro país, y es de carácter multidisciplinario.

III.3 La naturaleza del dolor

Pacheco¹⁴⁴, basándose en estudios de Hilgard, dice que la experiencia del dolor es común en casi todas las personas, exceptuando aquellos casos raros en que los sujetos son insensibles a los estímulos dolorosos comunes y es una alarma que nos indica que algo está funcionando mal en el organismo.

¹⁴³ ROMERO SALINAS, G. (2006) Op. Cit.

¹⁴⁴ PACHECO, M. (1998) Op. Cit.

A su vez identifica los siguientes tipos de dolor:

Dolor agudo, que es el resultado inmediato de una estimulación nociva (una herida, un procedimiento médico o el proceso de una enfermedad). Ejemplos de este tipo de dolor son la apendicitis, fractura ósea, punción lumbar, y meningitis.

Dolor recurrente, que es el resultado de una herida o, más probablemente, de una enfermedad, que produce una estimulación nociva repetidamente a lo largo del tiempo. Aunque se le denomina “recurrente”, también puede ser un dolor constante. Ejemplos de este tipo de dolor son la artritis, el dolor en el cáncer, jaquecas (y otras cefaleas), dolor del miembro fantasma, síndrome de dolor talámico, síndrome de colon irritable, y otros dolores faciales.

Síndrome de dolor crónico benigno, en el cual el dolor y el sufrimiento persisten más allá de la estimulación producida por la herida o el proceso de la enfermedad que produjeron dolor originalmente. Son un ejemplo de este tipo de dolor el dolor de la parte baja de la espalda y otros dolores que persisten después que ha ocurrido la mejoría de la enfermedad.

Dolor psicógeno, que es una variedad de los desórdenes somatomorfos, y es poco frecuente.

III.4 Fisiología del dolor

Los primeros estudios de electrofisiología efectuados en el siglo XIX acumularon una serie de conocimientos acerca de la transmisión nerviosa que fueron estructurados en dos principales teorías, relativamente contrapuestas¹⁴⁵.

III.4.1 Teoría de la especificidad

Esta teoría indicaba que cada modalidad sensorial - tacto, dolor, calor y frío- poseía su propio receptor específico, y era vehiculizada por una vía nerviosa propia y exclusiva, a una zona del sistema nervioso central también propia. Cada órgano sensorial respondería solamente a un estímulo propio. Los reparos a esta teoría surgen de su incapacidad para cubrir todos los aspectos del dolor.

III.4.2 Teoría de la intensidad

Encaminada fundamentalmente a explicar la transmisión de las sensaciones dolorosas, esta teoría indicaba que, fuera cual fuere el tipo de estímulo, y de los receptores que intervinieran en su transducción, una intensidad de estímulo excesiva, por encima de un umbral, haría percibir ese estímulo como doloroso. Una temperatura templada, por ejemplo, sería percibida como calor, pero una temperatura mayor, sería sentida como dolor de quemadura. Según este modelo la intensidad del dolor o de la estimulación dolorosa sería proporcional a la magnitud de daño tisular.

¹⁴⁵ BELLO CÁMARA, M. P. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. *Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias* (SAMIUC). Obtenido el 20 de Noviembre de 2009: <http://www.uninet.edu>

Ambas teorías contienen explicaciones para hechos fisiológicos ciertos, pero dejan sin explicar otros hechos más recientes. Estos fueron integrados en una nueva teoría.

III.4.3 Teoría de la Puerta

En 1965, Melzack y Wall publicaron su *Gate Control Theory*. Esta teoría, recoge algunos aspectos de las dos teorías anteriores, a los que añade una visión más avanzada de la transmisión nociceptiva, al indicar un mecanismo de control desde los centros superiores que podría modular la transmisión de la sensación dolorosa exagerándola, o por el contrario, minimizándola.

La transmisión de la información nociceptiva hacia los centros superiores sería pues, el resultado de un balance entre la facilitación y la inhibición presinápticas, como dos fuerzas que mantuvieran cerrada o abierta la puerta de la transmisión hacia arriba de los estímulos. Como un factor adicional, los impulsos descendentes desde estructuras superiores, como el tálamo, el tallo cerebral, o el sistema límbico, pueden modular este delicado equilibrio según la información que les llega por los cordones posteriores o de estructuras todavía más elevadas del SNC.

Como explica Pacheco¹⁴⁶, estos autores proponen dos sistemas informativos: el sistema *sensorial-discriminativo*, que lleva datos sobre la ubicación e intensidad del estímulo; y el sistema *motivacional-afectivo*, ubicado cerca del centro del cerebro, y relacionado con la motivación y la emoción asociada al dolor. Los procesos de control central reaccionan a las fuentes de entrada de información (fibras grandes y pequeñas), pudiendo activar procesos de control del dolor.

¹⁴⁶ PACHECO, M. (1998) *Manejo Hipnótico del Dolor*. Santiago de Chile: Instituto Milton H. Erickson de Santiago

Nivel	Abren la puerta	Cierran la puerta
Físico	Injuria física	Medicación, contra – estimulación (masaje, calor)
Emocional	Emociones negativas (ansiedad, preocupación, depresión, pesimismo)	Emociones positivas (felicidad, optimismo), relajación (descanso)
Psicológico	Focalización en el dolor, aburrimiento	Focalización en las actividades de la vida, concentración intensa, distracción, hipnosis.

TABLA 1. Condiciones que abren y cierran la puerta de control¹⁴⁷.

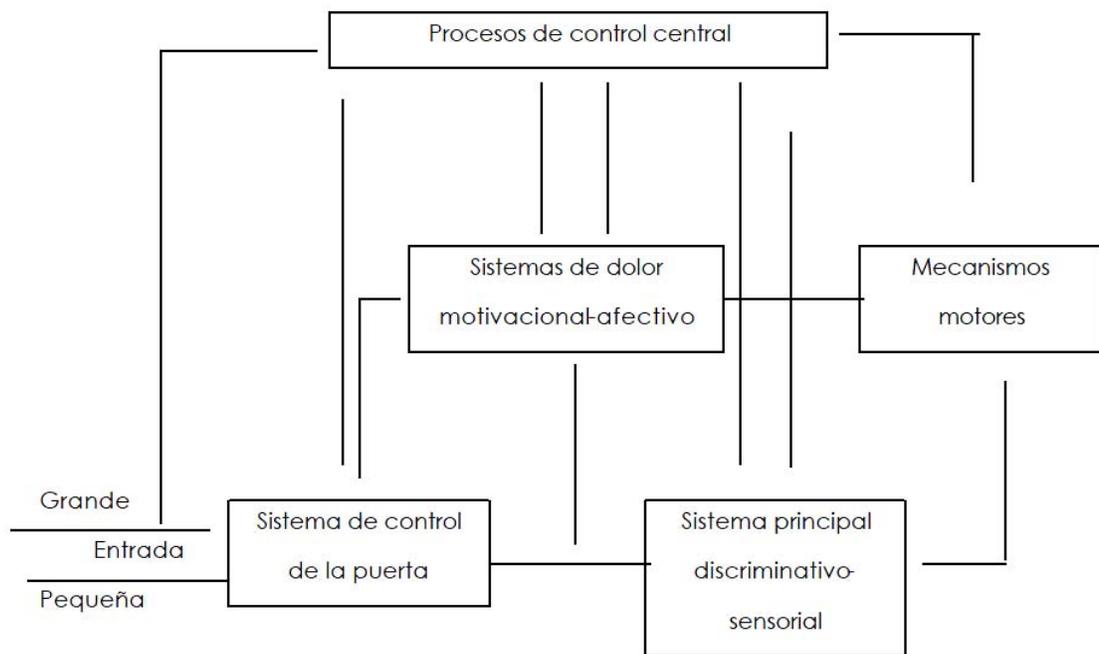


Figura 1. Esquema de la teoría del control de la puerta¹⁴⁸

¹⁴⁷ BERRIOS LLAVER, P. S. (2005) p. 36 Op. Cit.

III.5 Características del dolor

Podemos clasificar al dolor de acuerdo a determinadas cualidades que son referidas por el paciente que lo presenta. Barber¹⁴⁹ realiza una descripción detallada de los distintos tipos de dolor según su localización y distribución, su calidad, su severidad o intensidad, así como su periodicidad y duración.

III.5.1 Localización y distribución

Reconocemos las siguientes:

- **Dolor localizado.** El dolor localizado se mantiene en su lugar de origen, sin radiación. Pueden aparecer hiperalgesia e hiperestesia cutáneas, así como intensas molestias, pero limitadas al punto en el que se encuentra la dolencia. Ejemplos de esto son la bursitis, la tendinitis y la artritis.
- **Dolor proyectado.** (transmitido o transferido). El dolor proyectado es percibido para luego ser transmitido a lo largo del curso de un nervio, con distribución, bien segmental (dermatomal o esclerotomal), bien periférica, dependiendo del lugar de la lesión. Ejemplos de dolor proyectado con distribución segmental son las radiculopatías, causadas por el herpes zóster, u otras afecciones que implican a la raíz o al tronco nervioso. Ejemplos de dolor proyectado con distribución periférica incluyen la neuralgia del trigémino, la neuralgia del plexo braquial y la meralgia parestésica.
- **Dolor referido.** Se siente en una parte del cuerpo distante a la del sitio de origen, y es característico de algunos dolores de origen visceral. Se diferencia del irradiado en que este último se extiende a lo largo de un trayecto nervioso,

¹⁴⁸ HILGARD, E. y HILGARD, J. (1990) p. 36 Op. Cit.

¹⁴⁹ BARBER, J. (1996) Op. Cit.

mientras que el dolor referido se percibe en una zona distante de su lugar de origen. Ejemplos típicos son el dolor que se siente en los brazos o en el cuello cuando se produce un infarto de miocardio, o el dolor referido al hombro que acompaña a la inflamación de la vesícula biliar¹⁵⁰.

- **Dolor de reflejo simpático.** El dolor de reflejo simpático no se ajusta a ninguna distribución nerviosa, segmental o periférica, ni a ningún otro patrón reconocible; lleva asociados hiperalgesia, hiperestesia y cambios vasomotores y tráficos. Su mejor ejemplo lo constituye la causalgia y otras distrofias de reflejo simpático.
- **Dolor “psicológico”.** La etiología puede variar, pero, con frecuencia, el dolor psicológico es una representación somática de un conflicto no resuelto. Ejemplos obvios del dolor psicológico incluyen el dolor con distribución de guante o de media, el dolor que implica a todo el cuerpo o los dolores múltiples, dispersos a lo largo del cuerpo.

III.5.2 Calidad

La calidad de un dolor indica si el factor causativo es superficial o profundo. El dolor asociado a una lesión superficial suele ser agudo, ardiente y bien localizado; mientras que el dolor causado por una afección somática o visceral profunda, difuso y complicado de localizar.

III.5.3 Severidad o intensidad

La severidad o intensidad del dolor es, tal vez, el aspecto más difícil de evaluar, ya que no se puede medir con precisión. La evaluación de la intensidad del dolor se basa en las afirmaciones del paciente y en la capacidad del

¹⁵⁰ <http://www.lacer.es> (Texto extraído del artículo titulado “El dolor”, publicado en este medio)

examinador para valorar la personalidad y el estado físico de aquél. En el marco clínico habitual, al paciente se le pide que considere la intensidad de su dolor en una escala de 0 a 10, otros emplean descriptores tales como: leve, moderado, severo, muy severo e insoportable.

III.5.4 Duración o periodicidad

La duración y otras características temporales del dolor indican su mecanismo, lo cual nos ayuda en el diagnóstico. Se debe indagar si el dolor es continuo, intermitente, como un latido o si se caracteriza por subidas y bajadas en su intensidad, a modo de ola. En cuanto a los intervalos, es posible experimentar el dolor de diversas formas: a modo de breve fogonazo, como en un tic doloroso; en latidos rítmicos, como en la inflamación de la pulpa dentaria o en la migraña; en fases más largas y menos rítmicas, como en el cólico intestinal; y/o de modo continuo pero fluctuante en cuanto a su intensidad, como en los dolores que proceden de la musculatura de las extremidades. Asimismo, es muy reveladora la relación del dolor con el momento del día, de la semana o con la estación del año, con las condiciones meteorológicas y con el estrés emocional o los factores ambientales.

Haremos hincapié en la siguiente categorización, que es una de las más utilizadas por los profesionales que trabajan con hipnosis y dolor¹⁵¹. Cada uno de estos tipos de dolor tiene características, significados y abordajes terapéuticos diferentes:

Dolor agudo: es el resultado inmediato de una estimulación nociva (una herida, un procedimiento médico o el proceso de una enfermedad). Ejemplos de este tipo de dolor son la apendicitis, fractura ósea, punción lumbar, y meningitis.

¹⁵¹ BARBER, J. (1996) en PACHECO, M. (1998) Op. Cit.

Dolor recurrente: es el resultado de una herida o, más probablemente, de una enfermedad, que produce una estimulación nociva repetidamente a lo largo del tiempo.

Aunque se le denomina “recurrente”, también puede ser un dolor constante. Ejemplos de este tipo de dolor son la artritis, el dolor en el cáncer, jaquecas (y otras cefaleas), dolor del miembro fantasma, síndrome de dolor talámico, síndrome de colon irritable, y otros dolores faciales.

Síndrome de dolor crónico benigno: en el cual el dolor y el sufrimiento persisten más allá de la estimulación producida por la herida o el proceso de la enfermedad que produjeron dolor originalmente. Son un ejemplo de este tipo de dolor el dolor de la parte baja de la espalda y otros dolores que persisten después que ha ocurrido la mejoría de la enfermedad.

En su artículo “Incorporación de la terapia hipnótica en el manejo del dolor”, Pacheco¹⁵² explica que pueden haber múltiples variables de índole psicosocial que ejercen influencia en la mantención del síndrome: depresión, desórdenes de ansiedad, pautas de relación familiar y de pareja disfuncionales, reforzamiento de los otros significativos de las conductas de dolor, ganancias económicas y laborales debido al dolor.

Dolor psicógeno: ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico.

¹⁵² PACHECO, M. (1999) Incorporación de la Terapia Hipnótica en el Manejo del Dolor. *El Dolor*, Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, Año 7, N° 28, 1999, 10-17

III.5.5 Origen del dolor:

En la práctica clínica se concede gran importancia al origen del dolor y a sus características que permiten realizar un correcto diagnóstico etiológico¹⁵³. Existen tres orígenes generales del dolor: **cutáneo**, **somático** y **visceral**.

- **Dolor cutáneo:** es el que nace en las estructuras superficiales de la piel y el tejido subcutáneo.

- **Dolor somático:** se origina en los huesos, nervios, músculos y en otros tejidos que dan soporte a estas estructuras. Se caracteriza por ser un dolor bien localizado y circunscrito a la zona dañada. No suele ir acompañado de reacciones vegetativas.

- **Dolor visceral:** afecta a órganos internos, aunque no todas las vísceras son sensibles al dolor. Es provocado por distensión, compresión o falta de irrigación de estructuras viscerales. Se caracteriza por ser un dolor mal localizado, que se extiende más allá del órgano lesionado. Suele acompañarse de reacciones vegetativas (náuseas, vómitos, transpiración, etc). Un ejemplo de este tipo de dolor es el cólico biliar¹⁵⁴.

¹⁵³ DAGNIANO, J. (1994) Definiciones y Clasificaciones del Dolor. *Boletín de la escuela de Medicina*. Universidad Católica de Chile. Vol. 23, N° 3

¹⁵⁴ BERRIOS LLAVER, S. (2005) Op. Cit.

III.6 Clasificación de la American Psychiatric Association (APA)

El DSM-IV (1994)¹⁵⁵ introduce una categoría para el dolor agudo y coloca el término trastorno por dolor (F45.4) dentro de la clasificación de los trastornos somatomorfos para hacer referencia al dolor crónico de etiología no orgánica.

Los criterios diagnósticos del DSM-IV consideran como característica principal la presencia de dolor, el cual debe ser suficientemente grave como para requerir atención médica (A). Debe provocar malestar importante y deterioro en diversas áreas de la persona, por ejemplo en los planos social y laboral (B). Los factores psicológicos juegan un papel importante en el inicio, gravedad, exacerbación y persistencia del dolor (C). El dolor no es simulado ni producido de manera intencional (D). Ejemplos de las alteraciones producidas por el dolor, son la incapacidad para trabajar o para ir a la escuela, utilización asidua del sistema sanitario, consumo continuado de fármacos, problemas de tipo relacional (conflictos matrimoniales, alteración de la vida familiar) y transformación del dolor en el asunto central de la vida del individuo.

No debe diagnosticarse trastorno por dolor si el dolor puede explicarse por la presencia de trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo o trastorno de ansiedad, o dispareunia (Criterio E).

Se describen tres subtipos en base a la etiología y persistencia del dolor:

1- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos: En este subtipo los factores psicológicos son de gran importancia en el inicio, la gravedad, la

¹⁵⁵ American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

exacerbación y la persistencia del dolor. Los trastornos físicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio o en la persistencia del dolor.

2- Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica: En este subtipo tanto los factores psicológicos, como las enfermedades médicas desempeñan un papel importante en el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del dolor.

3- Trastorno por dolor asociado a enfermedad médica: Este subtipo no se considera un trastorno mental y se codifica en el Eje III. El dolor está producido por una enfermedad médica y los factores psicológicos tienen un papel escaso o nulo en el inicio o la persistencia del dolor.

Finalmente, se considera la duración del dolor, utilizando las especificaciones siguientes: *Agudo:* Si la duración del dolor es inferior a 6 meses. *Crónico:* Si la duración del dolor es igual o superior a 6 meses.

Como se ha podido apreciar existen distintas clasificaciones y perspectivas acerca de cómo afecta el dolor en la vida del ser humano. Sin embargo, la mayoría de los autores coinciden en que es un fenómeno multidimensional, y por ende para su tratamiento se necesita tener en cuenta cada uno de los elementos que determinan o influyen en cómo la persona experimenta su dolor. Los autores citados le otorgan especial importancia a los aspectos psicológico y emocional del dolor, que modulan su percepción más allá de la simple transmisión de impulsos somato-sensoriales del área afectada.

CAPÍTULO IV:
ANALGESIA HIPNÓTICA

IV.1 Introducción

Dada la enorme cantidad de personas que sufren de dolor crónico y debilitante, y el potencial de cada uno de nosotros para sufrir dolor proveniente de heridas y enfermedades médicas, el valor de cualquier herramienta para tratar efectivamente al dolor es obvio. En consecuencia, el alivio del dolor a través de la hipnosis resulta el más estudiado de los fenómenos hipnóticos y la aplicación de la hipnosis con mayor apoyo empírico¹⁵⁶.

La analgesia hipnóticamente inducida es verdaderamente una de las capacidades más sorprendentes del ser humano. El poder de reducir el dolor a un nivel manejable o incluso eliminarlo por completo es, hoy por hoy, una de las aplicaciones más significativas de la hipnosis clínica

Las intervenciones hipnóticas pueden complementar el tratamiento farmacológico del dolor y llevar, de esta manera, a una disminución del uso de medicación. La hipnosis es una herramienta segura, no invasiva, que ha probado ser muy efectiva en el tratamiento del dolor, y puede conducir a mejoras tanto en los componentes sensitivos como afectivos del mismo¹⁵⁷.

Joseph Barber¹⁵⁸ explica que la hipnosis es una herramienta útil en el control del dolor, porque:

- Puede eliminar, o al menos reducir significativamente, el dolor.
- No posee efectos colaterales (demostrados).
- Facilita los otros tratamientos que está recibiendo el paciente.

¹⁵⁶ YAPKO, M. (1990) *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. Nueva York: Brunner - Routledge

¹⁵⁷ KING, B. y cols. (2001) Hypnosis as an Intervention in Pain Management. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Vol. 5, pp. 97-101.

¹⁵⁸ BARBER, J. (1996) *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica*. Sevilla: Descleé de Brower.

- Permite que el paciente aprenda a usar por sí mismo el tratamiento, lo cual lo hace menos dependiente de los cuidados de otras personas.

La hipnosis resulta efectiva para aliviar los componentes sensoriales y/o afectivos de la experiencia de dolor, pudiendo ser suficiente como tratamiento único en casos de dolor agudo. Del mismo modo, el control del dolor crónico o persistente a través de métodos hipnóticos, también ofrece numerosas ventajas:

- Da la oportunidad para aumentar el autocontrol y acrecentar la responsabilidad del paciente por su propio bienestar.
- Puede reducirse e incluso llegar a eliminarse los medicamentos, que pueden ser adictivos en algunos casos. Su efecto es mejorar la calidad de vida de estos pacientes.
- Permite que el paciente sea menos dependiente del equipo médico para su bienestar.

De acuerdo con un estudio publicado por la A.P.A.¹⁵⁹ (American Psychological Association), la analgesia hipnótica es efectiva para reducir el dolor agudo y crónico en la mayoría de los individuos, y además resulta considerablemente más barata que cualquier otro procedimiento comparable en cuanto a resultados. La analgesia hipnótica ha demostrado su efectividad en radiología intervencional, numerosos procedimientos quirúrgicos (como por ejemplo apendicetomías y extracciones de tumores), el tratamiento de quemaduras (cambio de vendajes y la remoción dolorosa de tejido muerto o contaminado), dolores de parto y dolor relacionado con trabajos odontológicos, especialmente en niños.

¹⁵⁹ CARDEÑA, E. (2004) Hypnosis for the relief and control of pain. Contribution to psychology matters. Obtenido el 20 de Enero del 2010. Disponible en: www.psychologymatters.org/hypnosis_pain.html

Las enfermedades que incluyen dolor crónico que han sido tratadas satisfactoriamente con hipnosis comprenden, entre otras: jaquecas, dolores de espalda, fibromialgia, dolor relacionado a carcinomas, dolor de trastorno témporo-mandibular y dolores crónicos combinados.

IV.2 La analgesia hipnótica en la historia

Sin lugar a dudas, uno de los campos de aplicación de las técnicas de sugestión e hipnosis mejor documentados es el del control y el alivio tanto del dolor agudo como crónico¹⁶⁰.

Desde 1700, el Dr. Anton Mesmer y otros médicos reportaron el uso del “magnetismo animal” para el alivio del dolor, sin embargo, la era de la hipnoanestesia propiamente dicha comenzó en la década de 1820. En concreto, se considera que la primera experiencia registrada en la literatura fue la realizada en noviembre de 1821 por el célebre cirujano de la época Récamier al anestesiarse por sugestión a una joven y someterla posteriormente a diversos estímulos nociceptivos. A su vez, Cloquet realizó la amputación de un seno utilizando “mesmerismo” en una demostración ante la *Academia Francesa de Medicina* en 1829¹⁶¹.

De esta manera, a lo largo del siglo XIX, se fue extendiendo, poco a poco, el uso del tratamiento hipnótico, sobre todo, en las salas de operaciones. No era

¹⁶⁰ GONZÁLEZ ORDI, H. (2005) El Empleo de las Técnicas de Sugestión e Hipnosis en el Control y Reducción del Dolor: Implicaciones para la Psicooncología. *Psicooncología*, Vol.2, N° 1, pp. 117-130.

¹⁶¹ DOMINGUEZ, B. (2007) Analgesia Hipnótica en el Dolor Crónico. *Revista Iberoamericana del Dolor*, N° 4.

posible la cirugía sin dolor, pues el cloroformo y el éter estaban aún por descubrirse¹⁶².

Mario Pacheco¹⁶³ menciona que en Inglaterra, en 1842, un médico llamado Ward realizó la amputación de una pierna mientras el paciente estaba hipnotizado, y aunque reportó sus exitosos resultados a la Sociedad Médica, sus colegas no le dieron crédito.

En Inglaterra alrededor del año 1843, los hallazgos de Braid renovaron el interés en la hipnosis, que ganó popularidad como una forma de reducción del dolor durante una cirugía, pero fue el cirujano escocés James Esdaile quien se hizo famoso por el uso de la hipnosis como anestesia quirúrgica. Este médico reportó 345 cirugías sin dolor ejecutadas con mesmerismo entre 1840 y 1850.

En el prefacio de su libro “Mesmerismo en la India” de 1847, Esdaile escribía: *“las operaciones quirúrgicas sin dolor y otras ventajas médicas fueron el nacimiento glorioso natural que el mesmerismo suministraba a sus pacientes en Bengala”*. Este suceso fue recibido con una mezcla de pasmada incredulidad y de esperanza, puesto que implicaba una alternativa a la agónica cirugía del momento.

Su trabajo se traslapó históricamente con el desarrollo de la anestesia química; con el primer uso del óxido nítrico en 1844, del éter en 1846 y del cloroformo en 1847. Ya para 1860 la anestesia química había desplazado el uso de la hipnoanestesia, aunque se han continuado publicando ejemplos dramáticos de su utilización hasta la actualidad.

Con el advenimiento de la anestesia y la analgesia a través de fármacos, el uso de la sugestión para tales fines sufrió un severo retroceso, aunque nunca dejó de utilizarse por completo. Desde entonces, se han escrito numerosos artículos en

¹⁶² BARBER, J. (1996) Op. Cit.

¹⁶³ PACHECO, M. (1999) Incorporación de la Terapia Hipnótica en el Manejo del Dolor. *El Dolor*, Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, Año 7, N° 28, pp. 10-17.

los que se informa de operaciones llevadas a cabo con analgesia hipnótica, algunas, incluso, con autohipnosis como único anestésico.

Pese a que los informes iniciales sobre la hipnoanestesia demostraban su enorme potencial y le auguraban un importante papel dentro de la medicina, la falta de un método científico o de un modelo para la comprensión de los fenómenos hipnóticos contribuyeron a su limitada aplicación en medicina. Carentes de un modelo científico creíble, los métodos hipnóticos quedaron, en gran parte, en manos de artistas y de curanderos, y fueron muy pocos los médicos que emplearon estos métodos pioneros.

Ya en el siglo XX, a partir de 1938, en la entonces Unión Soviética, miles de embarazadas se prepararon para un novedoso parto sin dolor en salas de los hospitales especialmente destinadas al trabajo con hipnosis ¹⁶⁴.

Podría decirse que el nacimiento científico de la hipnosis se da a mediados del siglo XX con el trabajo de Ernest R. Hilgard. A través del establecimiento de modelos para la evaluación de los procedimientos hipnóticos y para la medida de la analgesia hipnótica, Hilgard y sus colaboradores demostraron que los fenómenos hipnóticos podían ser estudiados desde la perspectiva de la ciencia.

Los resultados de la investigación de Ernest Hilgard en el Laboratorio de Hipnosis de Stanford alentaron a otros investigadores a continuar trabajando; entre ellos, a su esposa, Josephine R. Hilgard, a Kenneth Bowers, Perry London, Martin Orne, Andre WeitLenhofier, Ronald Shor, Frederick Evans y a otros muchos. Como consecuencia, progresivamente se fue generalizando el uso clínico de los métodos hipnóticos en medicina, en odontología y en psicología.

En los últimos años, los métodos hipnóticos se han empleado en el tratamiento de multitud de problemas relacionados con el dolor y con los

¹⁶⁴ FÉLIX LÓPEZ, G. A. (1997) Utilización de la Hipnosis para el Manejo del Dolor. *La Ciencia y el Hombre*, Mayo-agosto, N° 26, pp. 111-120 . Obtenido el 26 de Noviembre del 2009. Disponible en: <http://148.226.9.79:8080/dspace/bitstream/123456789/5372/1/199726P111.pdf>

trastornos psicofisiológicos: en el dolor agudo de las quemaduras, de la cirugía y de las enfermedades malignas, así como en síndromes tan divergentes como la artritis, la anemia drepanocítica, la neuralgia del trigémino, las migrañas, las neuropatías periféricas y el síndrome talámico¹⁶⁵.

IV.3 Definición de analgesia hipnótica

Como ya fue descrito en el capítulo II, podemos hablar de dos fenómenos asociados: la analgesia y la anestesia¹⁶⁶.

La **analgesia hipnótica** se refiere al empleo de sugerencias hipnóticas específicas para la reducción y el alivio del dolor de un individuo, permitiendo, al mismo tiempo, la percepción de otras sensaciones asociadas que orientan al paciente hacia su cuerpo (ej. presión, temperatura, posición).

La **anestesia hipnótica** se refiere a una eliminación completa o casi completa de las sensaciones de una parte del cuerpo o de todo éste, a partir del uso de la hipnosis.

IV.4 Evidencias de su efectividad

González Ordi¹⁶⁷, profesor de la Universidad Complutense de Madrid, realiza una revisión de diferentes estudios especializados y concluye que la

¹⁶⁵ BARBER, J. (1990) Op. Cit.

¹⁶⁶ YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

analgesia hipnótica ha mostrado ser eficaz en la reducción tanto del dolor inducido experimentalmente en laboratorio (dolor experimental) como del dolor en contextos clínicos (dolor clínico), y con respecto a este último, tanto para el tratamiento del dolor agudo como del dolor crónico.

Montgomery, DuHamel y Redd¹⁶⁸ llevaron a cabo un meta-análisis de 18 artículos, centrado en el uso de la hipnosis para el control del dolor. El tipo de dolor que presentaban era de muy diversa índole, tanto dolor agudo (*cold pressor test*, procedimientos radiológicos, etc.), como dolor crónico (oncológico, cefaleas, etc.). Los resultados indicaron que la hipnosis aliviaba el dolor al 75% de los sujetos. Estos autores concluyeron que basados en estos criterios la analgesia inducida hipnóticamente tendría que ser considerada una alternativa de “tratamiento muy bien fundamentada”.

Respecto al dolor agudo, Patterson y Jensen¹⁶⁹, tras una revisión de 19 estudios metodológicamente bien controlados y aleatorizados, concluyeron que la hipnosis resultaba ser una técnica más rápida, eficaz y con menos efectos secundarios que otras técnicas psicológicas para reducir el dolor agudo producido por procedimientos médicos invasivos como la aspiración de médula, la limpieza de quemaduras, o la cirugía. Montgomery, David, Winkel, Silverstein y Bovbjerg¹⁷⁰, llegaban a similares conclusiones un año antes en su meta-análisis sobre la reducción del dolor quirúrgico mediante analgesia hipnótica.

Con respecto al dolor crónico, la literatura metodológicamente más admisible existente señala que la hipnosis es más eficaz que otros procedimientos cognitivo-conductuales en la reducción del dolor de cabeza, dolor oncológico, fibromialgia, dolor lumbar y artrítico. Un estudio realizado en 1990 por Hajek, Radil

¹⁶⁷ GONZÁLEZ ORDI, H. (2005) Op. Cit.

¹⁶⁸ MONTGOMERY, G.; DUHAMEL, K. & REDD, W (2000) en MOIX, J. (2002) La Hipnosis en el Tratamiento del Dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Nº 9, pp. 525-532.

¹⁶⁹ PATTERSON, D. & JENSEN, M. (2004) Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, Vol. 129, pp. 495-521.

¹⁷⁰ MONTGOMERY, G.; DAVID, D.; WINKEL, G; SILVERSTEIN, J. & BEVJBERG, G. (2002) en GONZÁLEZ ORDI, G. (2005) Op. Cit.

y Jakoubek, con sujetos eczémicos, demostró un gran alivio del dolor en ellos y una curación más rápida que en aquellos sujetos en los que no se aplicó hipnosis.

La hipnosis también ha sido asociada con un mejor resultado general luego de tratamientos médicos y con una mayor estabilidad psicológica. Numerosos cirujanos y otros profesionales de la salud han reportado niveles de satisfacción significativamente más altos en sus pacientes tratados con hipnosis que en sus otros pacientes.

Además, un análisis de costo realizado en el 2002 por los radiólogos Elvira Lang y Max Rosen¹⁷¹, quienes compararon el uso de sedación intravenosa consciente con sedación hipnótica durante tratamientos radiológicos, encontró que el costo de la intervención hipnótica era dos veces más barato que el costo del procedimiento de sedación estándar.

IV.5 Mecanismos neuropsicológicos

La capacidad de atenuar el dolor de la analgesia hipnóticamente sugerida es, quizás, uno de los fenómenos hipnóticos más asombrosos y útiles. Sin embargo, a pesar de innumerables reportes acerca de su notable efectividad en contextos clínicos y experimentales, la analgesia hipnótica ha siempre estado rodeada de controversia. Esto se debe a que, hasta la fecha, no se ha identificado ningún mecanismo específico que pueda explicar adecuadamente los efectos físicos y psicológicos de la hipnosis en una persona con dolor¹⁷².

¹⁷¹ LANG, E. & ROSEN, M. (2002) en CARDEÑA, E. (2004) Op. Cit.

¹⁷² BOWERS, K. & MILLER, M. (1986) Hypnotic Analgesia and Stress Inoculation in the Reduction of Pain. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 95, N° 1, pp. 6-14.

Price¹⁷³ postula los siguientes interrogantes respecto a la influencia de la intervención hipnótica en las diversas dimensiones y fases del procesamiento del dolor:

1. ¿La analgesia hipnótica reduce más la dimensión afectiva del dolor que la dimensión sensorial?
2. ¿En qué grado la analgesia hipnótica implica la inhibición descendente de la transmisión del dolor en los niveles de la médula espinal o en los mecanismos a nivel intracortical que impiden la percepción del dolor?
3. ¿La analgesia hipnótica utiliza un sistema opiáceo endógeno?

Se han realizado diversas investigaciones para responder a estas interrogantes, las cuales se describirán a continuación.

En cuanto a la primera pregunta, cabe destacar que en 1987, Price y Barber realizaron una investigación para determinar si la sugestión hipnótica tenía efectos diferenciales en las dimensiones sensorial y afectiva del dolor. Con este objetivo, dos grupos respondieron ante la intensidad de un estímulo doloroso en la piel y al desagradado producido por ese dolor. Los resultados indican que hubo una notable disminución tanto en el componente sensorial (44,5%) como afectivo del dolor (84,7%). La explicación de por qué hubo una mejor respuesta en el componente afectivo, se debería a que las respuestas afectivas asociadas con el dolor son más influenciadas por el contexto percibido de la situación experimental, que las respuestas sensoriales.

Pacheco¹⁷⁴ explica que la reducción del desagradado asociado al dolor, más allá de una simple reducción en la intensidad sensorial del dolor, e incluso sin reducción del componente sensorial, no sería el resultado de la reducción de la

¹⁷³ PRICE, D. (1996) en PACHECO, M. (1998) Manejo Hipnótico del Dolor.

¹⁷⁴ PACHECO, M. (1996) Op. Cit.

señal del dolor en los niveles periféricos o espinales. Más bien, tendría relación con el *significado* del dolor, lo cual implica la intervención de mecanismos cognitivos, que reflejarían eventos neurales en los niveles de procesamiento superiores, incluidos los mecanismos intracerebrales.

Rainville realizó importantes avances utilizando la electroencefalografía y la tomografía por emisión de positrones (PET), descubriendo que parte de la respuesta de analgesia hipnótica parece radicar en los cambios en la corteza somato-sensorial. Estos hallazgos y otros fundamentaron que el psiquiatra Peter Bloom (2004), declarara en su conferencia en el *XVI Congreso Internacional de Hipnosis e Hipnoterapia* “ahora ya tenemos las pruebas: *“las palabras pueden cambiar la fisiología*”¹⁷⁵.

González Ordi¹⁷⁶ encontró evidencias de que en la analgesia hipnótica la reactividad psicofisiológica, es decir, los signos corporales que dan cuenta del estímulo doloroso, aumentan con la administración del input nociceptivo, mientras que la valoración subjetiva de la intensidad del dolor sí supone una reducción provocada por las sugerencias hipnóticas. Esto significa que en realidad el estímulo doloroso es totalmente detectado y procesado, sin que el individuo sea consciente de ello mediante el sistema sensorial-perceptivo; esto es, se produciría una disociación entre la valoración cognitiva del dolor, y el procesamiento nociceptivo ordinario; ambas informaciones estarían presentes en el individuo, pero una es consciente y sigue un procesamiento controlado mientras que la otra no es consciente y sigue un procesamiento automático.

¹⁷⁵ DOMÍNGUEZ TREJO, B. (2007) Analgesia Hipnótica en el Dolor Crónico. *Revista Iberoamericana del Dolor*. N° 4, p. 27.

¹⁷⁶ GONZÁLEZ ORDI, H. (2005) Op. Cit.

En otras palabras, parafraseando a John Kihlstrom¹⁷⁷: “la analgesia hipnótica modificaría la percepción explícita del dolor, mientras que dejaría relativamente intacta la percepción implícita del mismo”.

De esta manera, actualmente sabemos que el procesamiento de la dimensión sensorial y afectiva del dolor conlleva la participación de estructuras cerebrales diferentes.

La segunda pregunta de Price remite a los mecanismos mediante los cuales la analgesia hipnótica cobra efecto.

En cuanto a esto, Crawford¹⁷⁸, uno de los más reconocidos investigadores en hipnosis y dolor, postula que la analgesia hipnótica es un proceso inhibitorio activo que implica a varios sistemas cerebrales nociceptivos, atencionales e inhibitorios. Aún cuando estos procesos pueden estar disociados de la conciencia, y parecer ajenos al control voluntario, propone que la analgesia hipnótica es el resultado de cambios que afectan a la distribución activa de la atención y la “desatención” asociada con la región cortical frontal anterior, así como a aspectos espacio-temporales de la percepción del dolor asociados con sistemas corticales posteriores.

Eduardo Muñoz¹⁷⁹ adhiere a esta teoría y afirma que la revisión de investigación fisiológica (flujo sanguíneo, regional cerebral, potenciales evocados, electroencefalografía y neuroimagen funcional) respaldaría la idea de la analgesia hipnótica como un proceso inhibitorio activo que implica a los sistemas cerebrales que median procesos atencionales y nociceptivos. De esta manera, las personas muy hipnotizables podrían controlar mejor el dolor gracias a un sistema

¹⁷⁷ KIHLMSTROM, J. (2003) The Fox, the Hedgehog and Hypnosis. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, N° 51, pp. 166-189. Obtenido el 2 de Diciembre del 2009. Disponible en: <http://socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/sceh99.htm>

¹⁷⁸ CRAWFORD, H. (1999) La Naturaleza de la Analgesia Hipnótica: Bases y Evidencias Neurofisiológicas. *Anales de Psicología*, Vol 15, N° 1, pp. 133-146.

¹⁷⁹ MUÑOZ, E. (2006) Dolor Crónico y Analgesia Hipnótica. *Boletín El Dolor*, N° 15, pp. 34-40.

atencional frontal más efectivo que les permite atender o desatender a los estímulos nocivos (disociarse de la percepción del estímulo doloroso).

Todas estas informaciones confluyen en la idea de que en la analgesia hipnótica actuaría una disociación. Por un lado, existiría una parte del individuo aislada de la conciencia que sí “siente” el estímulo doloroso, y por otro lado, existe la parte consciente que no percibe este estímulo gracias a las sugerencias hipnóticas impartidas por el terapeuta.

Jack Hilgard¹⁸⁰ con su teoría de la “neo-disociación” es quien mejor explica este fenómeno. Postula que, en la analgesia hipnótica, se reduce la conciencia del dolor, lo que normalmente ocurre cuando la información nociceptiva ha alcanzado los centros más elevados. De acuerdo con esta teoría, durante la analgesia hipnótica, el dolor queda registrado en el cuerpo y en una conciencia encubierta, pero se enmascara por medio de una barrera, a modo de amnesia, entre las corrientes disociadas de la conciencia. Esta disociación ha podido ser demostrada a través de la “escritura automática” y del fenómeno del “observador oculto”*.

Barber¹⁸¹ describe un segundo mecanismo general, mediante el cual las sugerencias hipnóticas pueden reducir el dolor, es a través de la activación de un sistema endógeno inhibitor del dolor que desciende a la médula espinal, donde evita la transmisión al cerebro de la información asociada al dolor. La analgesia hipnótica sensorial estaría entonces, mediada, al menos en parte, por mecanismos descendentes antinociceptivos que ejercen un control, a niveles espinales, como respuesta a la sugestión hipnótica. A su vez, afirma que existen múltiples pruebas indirectas a favor y en contra de ese mecanismo.

¹⁸⁰ HILGARD, E. y HILGARD, J. (1990) La hipnosis en el alivio del dolor. México: Fondo de Cultura Económica.

¹⁸¹ BARBER, J. (1990) Op. Cit.

* Hilgard propuso la existencia de una parte independiente de la personalidad del hipnotizado que observa en silencio lo que sucede denominada “el observador oculto”. Según esta teoría, existe una capacidad disociativa de la hipnosis que permite al cliente atender y responder a sugerencias con una parte de sí, mientras que otra parte observa de una manera más objetiva cómo se atraviesa la experiencia.

La cuestión de si la analgesia hipnótica supone un mecanismo de control que desciende desde el cerebro, hasta la médula espinal, está indirectamente relacionado con la tercera pregunta postulada por Price: si los opiáceos endógenos actúan de mediadores en la analgesia hipnótica. Diferentes observaciones indican que la analgesia hipnótica *no* depende de los mecanismos opiáceos endógenos.

IV.6 Procedimientos hipnoterapéuticos para abordar el dolor

Los clientes que sufren de dolor, gracias a un alto nivel de motivación, son en alguna medida, más fáciles para trabajar que otros tipos de clientes. Sin embargo, en otros casos, resulta excepcionalmente difícil trabajar con estos pacientes por la intensidad y la incidencia del dolor en sus vidas. Por lo tanto, debe abordarse el tratamiento de una persona con dolor con sensibilidad y con la noción de que el dolor es usualmente más que sólo dolor: es también una fuente de ansiedad, sentimientos, desamparo y depresión, aumento de dependencia y contactos sociales restringidos. Miedos y ansiedades, sentimientos de impotencia y expectativas negativas, todos pueden ser reducidos con el uso de la hipnosis. Los componentes físicos del dolor también pueden ser dirigidos mediante el uso de hipnosis, como evidencia las numerosas estrategias de curación que emplean patrones hipnóticos.

Desde una perspectiva clínica, el uso de la hipnosis para alterar la percepción del dolor, en una variedad de modalidades, es efectiva no solamente para las sensaciones del dolor, sino también para los factores cognoscitivos y emocionales que incluyen la atención, la actitud, el afecto, la atribución y la activación. Aunque hay cientos de sugerencias creativas y metáforas para el

control del dolor Hilgard¹⁸² en 1994, propuso 3 clases generales de enfoques para el manejo del dolor:

a) Sugestiones directas de reducción del dolor

Las sugerencias directas de la reducción del dolor coinciden con los enfoques autoritarios tradicionales en la hipnosis, estos pueden incluir sugerencias de que una parte del cuerpo se está adormeciendo como si “le inyectaran un agente anestésico” o una instrucción mucho más directa: “*usted no siente dolor*”. Se puede alterar la percepción del dolor con sugerencias directas e indirectas relacionadas a los atributos del dolor.

El siguiente es un ejemplo de Barber¹⁸³ de este tipo de sugestión:

Cada vez que respire, se va a ir sintiendo... casi como si la sensación de malestar, poco a poco, fuera desapareciendo... como si, de alguna manera, las sensaciones se fueran haciendo más pequeñas... más pequeñas... más pequeñas... o, tal vez... como si se alejaran... se alejaran... se alejaran de su conciencia.

Otro ejemplo es la técnica de **la radio**¹⁸⁴. Se le sugiere al paciente que el dolor es como una radio que tiene un interruptor para el volumen y que él debe utilizarlo para ir disminuyéndolo. También se le puede explicar *a grosso modo* las vías de transmisión del dolor como si fueran cables eléctricos y sugerirle que existe un interruptor para encender y apagar que debe aprender a accionar.

Asimismo, se puede utilizar la técnica de **símbolos** para lograr que el paciente logre una reducción significativa de su dolor. Muchos pacientes cuando describen su dolor utilizan metáforas como “*mi dolor es como si me clavarán*”

¹⁸² HILGARD, J. (1994) en DOMÍNGUEZ TREJO, B. (2007) Op. Cit.

¹⁸³ BARBER, J. (1990) Op. Cit. p.188.

¹⁸⁴ MOIX, J. (2002) La Hipnosis en el Tratamiento del Dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. N° 9, pp. 525-532.

clavos en la espalda". Estos símbolos se pueden utilizar durante las sugerencias. En este caso, se podría sugerir al paciente que imaginara cómo los "clavos" van saliendo de su espalda.

b) Alteración de la experiencia del dolor

A los pacientes se les puede solicitar que se enfoquen en su dolor y le den una forma, tamaño, color, textura incluso que le pongan nombre. Posteriormente se les puede dar sugerencias para alterar estas cualidades dejando que el dolor crezca, se encoja, se desvanezca, se mueva o desaparezca.

Otra técnica común para el dolor crónico intratable, como en el cáncer, es sugerir la distorsión del tiempo. Horas muy largas entre dosis de medicamentos para el dolor; pueden percibirse "como si hubiera pasado un momento muy breve" y por el contrario también se puede ofrecer sugerencias para transformar períodos muy breves en la percepción de que "ha tenido un largo y reconfortante sueño".

Yapko¹⁸⁵ da un ejemplo muy interesante de **sustitución sensorial** que nos permite observar cómo se estructuran este tipo de sugerencias. Lo hace con un paciente que experimenta un dolor agudo en el abdomen proveniente de una fuente orgánica:

... y cuando sienta que sus brazos y sus piernas se vuelvan pesados... puede ver o los músculos del abdomen soltándose... relajándose... como si fueran cuerdas de guitarra que usted va desenrollando... y cuando vea esos músculos de su abdomen relajados, puede sentir un hormigueo agradable... un hormigueo de comodidad... como cuando tuvo una parte de usted entumecida, como un brazo o una pierna que se quedaron dormidos... podría sentir el mismo hormigueo... gustar del hormigueo agradable en el abdomen ahora... más hormigueo... ¿y no es interesante y aliviador descubrir la sensación de no tener

¹⁸⁵ YAPKO, M. (1990) Op. Cit. p. 277.

sensaciones allí? Correcto... lo sensación de no tener sensación... un hormigueo... una agradable y cómoda sensación de entumecimiento ahí...

Otra técnica para provocar sustitución sensorial es la denominada **lucos de colores**. En ella el sujeto debe visualizar el dolor con un color concreto y el resto del cuerpo con otro color. El color procedente de las zonas donde no hay dolor se va extendiendo lentamente hasta que elimina el color del dolor.

Otro ejemplo sería la denominada **anestesia en guante**¹⁸⁶. El objetivo de esta técnica consiste en conseguir mediante sugerencias de entumecimiento que la mano se sienta anestesiada y visualizar la mano como un guante de anestesia. Una vez conseguido este objetivo, se le sugiere al paciente que al tocar otras partes del cuerpo donde existe dolor, éstas también serán anestesiadas y el dolor disminuirá o desaparecerá. Este acceso podría estructurarse de la siguiente forma:

... y en un momento, cuando tome su mano, la pondré en una posición en que pueda permanecer en forma cómoda (el terapeuta toma la mano del paciente y apoya el brazo sobre su codo)... y puede mantener su mano en esa posición con facilidad... y mientras lo hace puede advertir cómo... esta mano comienza a sentirse diferente a la otra... más alejada de usted... más distante... y mientras el resto de usted permanece muy tibio y cómodo... esta mano puede comenzar a experimentar frescura... como si una brisa fresca estuviera flotando sobre su mano... refrescándola, enfriándola... y se coloca frío... y fría... mientras el resto de usted permanece cómodamente tibio... la agradable sensación de frío en su mano aumenta... fría... fría... y mientras su mano se vuelve cómodamente fría... puede hormigear con un entumecimiento frío... y cuando yo toque su mano... puede advertir que lo única sensación que siente es un entumecimiento frío y

¹⁸⁶ MOIX, J. (2002) Op. Cit.

puede colocar su mano en cualquier punto en el cual le gustaría sentir ese entumecimiento frío¹⁸⁷....

Otro acceso para facilitar la analgesia implica el **desplazamiento del dolor**¹⁸⁸. Es decir, cambiar el dolor desde un área a otra menos peligrosa, o a un área pequeña o menos inconveniente. Por ejemplo, a un paciente que experimenta un dolor en el brazo podría sugerírsele:

Puede haber advertido que el dolor se mueve... incluso levemente... y puede comenzar a advertir... que el movimiento parece ser en una dirección circular... como una espiral que se mueve hacia afuera... mientras continúa prestando atención a ese movimiento... puede no advertir... hasta un rato después... que el dolor se ha movido algo... desde su abdomen... y parece estar deteniéndose en su mano izquierda... (un lugar menos amenazante para el paciente)

c) Redirección de la atención

González Ordi¹⁸⁹ explica que la distracción del dolor es casi automática en los casos de dolor agudo reducido. Se frota un área o se orienta la atención hacia algo muy interesante. Mientras que en el caso del dolor crónico la distracción requiere siempre mucho más esfuerzo, pero los procedimientos de analgesia hipnótica suministran a muchos pacientes la posibilidad de una vía para experimentar: atención enfocada y sostenida con la que pueden redirigir su atención hacia pensamientos o recuerdos más agradables que el dolor.

Sacerdote¹⁹⁰ desarrolló una técnica llamada **producción de estados místicos**. Esta estrategia se combina con la distorsión de tiempo descrita por

¹⁸⁷ YAPKO, M. (1990) Op. Cit. p. 278.

¹⁸⁸ BARBER, J. (1990) en PACHECO, M. (1998) p. 89. Op. Cit

¹⁸⁹ GONZÁLEZ ORDI, H. (2005) Op. Cit.

¹⁹⁰ SACERDOTE, P. (1982^a) en PACHECO, M. (1998) Op. Cit.

Erickson. Los estados místicos inducidos son útiles para evocar paz y serenidad, incluso en pacientes terminales agónicos con dolor.

Algunas técnicas cognitivas que redirigen la atención son:

La **disociación**¹⁹¹. Se emplean este tipo de sugerencias preferiblemente cuando el paciente debe permanecer inactivo (ej. durante un procedimiento médico). Se le sugiere que se experimente a sí mismo en otra situación, tiempo o lugar, que se permita viajar a algún lugar deseado por él y se ponga muy cómodo.

La **distracción**. Mientras el sujeto se encuentra bajo hipnosis se le sugiere que realice diferentes tareas mentales (tareas aritméticas, recitar un poema, etc.). Este tipo de sugestión se ha empleado básicamente durante el dolor agudo, principalmente durante procedimientos médicos estresantes.

Yapko¹⁹² explica que a menudo la analgesia y la anestesia surgen espontáneamente al experimentar trance, ya que están asociadas con la inhibición de los movimientos voluntarios (catalepsia) que se produce durante el trance, habiendo una consciencia disminuida del cuerpo y facilitando, por consiguiente, que surja la analgesia. Por lo tanto, cualquier acceso que desvíe la consciencia del sujeto de la sensación corporal bajo consideración, puede tener un efecto analgésico indirecto. En las sesiones de entrenamiento y reforzamiento, el paciente con dolor puede aprender a distraerse y concentrarse en otros aspectos internos que lo alejen del dolor.

Otra estrategia extremadamente útil es la **técnica hipnótica de intercalación (interpersonal)** que fue descrita por primera vez por Erickson. Al referirse a la racionalidad de la estrategia, afirma que

“la técnica no tiene otro propósito que asegurar y fijar la atención del paciente, creando un estado mental de receptividad y disposición a responder y,

¹⁹¹ BARBER, J. (1983) en MOIX, J. (2002) Op. Cit.

¹⁹² YAPKO, M. (1990) Op. Cit.

por consiguiente, permitirle los beneficios de aquellos potenciales no advertidos o parcialmente advertidos [...] Es decir, la técnica hipnótica sirve solamente para inducir un ambiente favorable en el cual instruir al paciente en el uso más ventajoso de sus propios potenciales de comportamiento... Por lo tanto, la misma técnica puede utilizarse en una amplia diversidad de problemas...¹⁹³,

En términos generales, esta estrategia consiste en atraer la atención del paciente con una historia interesante, pero irrelevante a la situación médico-paciente, con el fin de distraerlo. En la historia misma se introducen sugerencias indirectas (a través de señales no verbales, como cambios en la entonación de la voz) que apuntan a comodidad, descanso, relajación, etc., dependiendo del problema en cuestión.

Pacheco¹⁹⁴ en su publicación "Incorporación de la Terapia Hipnótica en el Manejo del Dolor" utiliza diversas técnicas según el dolor del paciente sea agudo, crónico o recurrente.

1) Dolor Agudo: Distingue dos situaciones generales en las cuales intervenir con técnicas hipnóticas, y cuyo enfrentamiento es distinto:

a) La primera situación es aquella en la cual la persona *está experimentando actualmente el dolor*. Pueden resultar útiles técnicas como el "acompañar y dirigir", el uso de la distracción y la confusión. En general, se trata de absorber y dirigir la atención del paciente hacia una realidad distinta a la del dolor. Suele usarse la disociación y la anestesia como fenómenos hipnóticos para alterar la experiencia dolorosa del paciente²⁷. Según la naturaleza de la dolencia del paciente, pueden

¹⁹³ ERICKSON, M. (1990) en PACHECO, M. (1998) p. 85. Op. Cit

¹⁹⁴ PACHECO, M. (1999) Op. Cit.

entregarse sugerencias posthipnóticas de modo que vuelva a experimentar los fenómenos hipnóticos cuando el dolor se acreciente.

b) Una segunda situación es la *preparación hipnótica para prevenir dolores agudos*, como ocurre con la preparación hipnótica para el parto, hipnosis en odontología, procedimientos médicos dolorosos como las punciones, curaciones dolorosas y dolores postoperatorios.

En estos casos, las intervenciones se realizan antes del procedimiento médico y en general, se enseña al paciente a experimentar trance hipnótico, y se le enseña a entrar en este estado por sí mismo (autohipnosis), se entregan sugerencias posthipnóticas que incluyan estímulos que se encontrarán presentes en el procedimiento médico, de modo que al ingresar el paciente a la sala de trabajo de parto, o antes de ir a la sala de curaciones o el quirófano, ya se encuentre en trance hipnótico y se hagan realidad las sugerencias entregadas en el entrenamiento.

2) Dolor Recurrente¹⁹⁵: Las intervenciones en este tipo de dolor son más complejas que en el enfrentamiento del dolor agudo. La complejidad de estos acercamientos se debe a que la historia del dolor y los modos en que el paciente lo ha afrontado juegan un papel importante. Es importante que el terapeuta se percate de los significados temporales, emocionales, psicológicos y somáticos que tiene el dolor para el paciente, y construya un acercamiento hipnótico individualizado, tanto en el modo de inducir trance hipnótico como en la entrega de las sugerencias hipnóticas.

Algunos tipos de estrategias usadas son las siguientes: anestesia hipnótica, reemplazo o sustitución hipnótica de sensaciones, desplazamiento hipnótico del dolor, disociación hipnótica (desorientación del tiempo y del cuerpo),

¹⁹⁵ BARBER, J. (1990) Op. Cit.

reinterpretación hipnótica del dolor, distorsión hipnótica del tiempo, disminución progresiva del dolor, anestesia y analgesia en guante, inducción de sueños, alucinaciones hipnóticas, sugerencias posthipnóticas.

3) Dolor Crónico: Puesto que el síndrome de dolor crónico benigno ha sido definido como un dolor y sufrimiento asociado que persiste más allá de la estimulación producida por la herida o la enfermedad original, se hace necesaria una evaluación psicológica mucho más profunda que en el dolor recurrente. Pueden haber múltiples variables de índole psicosocial que ejercen influencia en la mantención del síndrome: depresión, desórdenes de ansiedad, pautas de relación familiar y de pareja disfuncionales, reforzamiento de los otros significativos de las conductas de dolor, ganancias económicas y laborales debido al dolor. El tratamiento de este tipo de dolor debe ser integral por estos motivos. Es probable que el tratamiento hipnótico sintomático del dolor, como único tratamiento esté destinado al fracaso¹⁹⁶.

IV.5 Analgesia Hipnótica en Obstetricia

Dado que en la parte aplicada de esta tesina se trabajará sobre un caso de analgesia hipnótica con una paciente parturienta, en este apartado se profundizará acerca de las múltiples posibilidades de trabajo con hipnosis en el campo de la obstetricia.

¹⁹⁶ PACHECO, M. (1997) Op. Cit.

"... Por muchos años he tratado de convencer en esta profesión que la forma de resolver las demandas de la mujer por un trabajo de parto sin dolor no es darle más anestésicos, sino usar menos de ellos y educar las mentes de las mujeres"¹⁹⁷

La hipnosis ha sido usada para controlar las contracciones y el parto por más de un siglo, pero la aparición de la anestesia química y por inhalación a fines del siglo XIX, llevó a dejar de lado su uso. Recientemente, ha habido un resurgimiento de esta técnica en obstetricia. La hipnoterapia ha demostrado ser efectiva para reducir el dolor, disminuyendo la necesidad de anestesia química, la ansiedad, miedo y tensión relativos al parto. La hipnosis también ha sido útil para controlar complicaciones en el parto, tales como contracciones prematuras, y disminuir la probabilidad de partos prematuros y de pacientes de alto riesgo¹⁹⁸.

El trabajo de parto es un reto fisiológico y psicológico para la mujer, que cuando se inicia, suele ir acompañado de emociones contradictorias como temor y ansiedad, excitación y alegría. La tensión y el miedo pueden contribuir a aumentar la sensación dolorosa, dificultando la evolución del parto y distorsionando la vivencia del nacimiento.

El dolor durante el parto es producido por las contracciones uterinas, la dilatación del cérvix y, en el expulsivo, por la dilatación de la vagina y del suelo pélvico para acomodar al feto. El alivio del dolor durante el parto aumenta el bienestar físico y emocional de la gestante, siendo individual el tratamiento efectivo y satisfactorio del dolor para cada mujer. En lo que se refiere a la obstetricia, la hipnosis puede ser utilizada como adyuvante para el tratamiento del dolor de parto. Diferentes estudios han sugerido la utilidad de la hipnosis, señalando la menor tendencia de las parturientas sometidas a esta técnica a solicitar otros métodos como el uso de sedantes, analgesia o bloqueo regional. En

¹⁹⁷ GREENHILL, J. B. & LEE, J. P. (1939) en VILLAGRÁN BECERRA, M. (2002) El Parto Natural Genera un Trance Hipnótico que Controla el Dolor. *Revista Ob Stare*. N°5, pp. 6-14.

¹⁹⁸ MARTIN, A.; RAI, S. & SCHAUBLE, P. (2001) Effects of Hypnosis on the Labor Processes and Birth Outcomes of Pregnant Adolescents. *Journal of Family Practice*. N° 12. Mayo.

este sentido, una revisión de Cochrane¹⁹⁹ concluye que puede tratarse de una técnica útil aunque el número de mujeres estudiadas en los diferentes estudios es todavía demasiado bajo.

Kroger²⁰⁰ sugirió una variedad de razones para la reemergencia de la hipnosis en obstetricia desde principios de los años 60; los beneficios en los que se basó fueron:

- a) Reducción de analgesia química con la consiguiente reducción de efectos post-operatorios no deseados para la madre y el niño.
- b) Reducción del miedo - tensión y dolor antes y durante el trabajo de parto con la consecuente elevación del umbral de dolor.
- c) Control de las contracciones uterinas dolorosas e interminentes.
- d) Disminución del trauma y recuperación postparto más rápida.
- e) Mayor resistencia a la fatiga, lo que minimiza el agotamiento materno.
- f) Experimentación del parto por parte de la madre con un sentimiento de satisfacción por el logro de una meta.

Debemos tener presente que las mujeres embarazadas son las personas más sensibles (receptivas) que se pueden encontrar en este mundo. Desde este punto de vista, los elementos que facilitan el trance hipnótico como el vínculo, la motivación y los fundamentos de la comunicación con la cliente, pueden tener una de sus mejores expresiones de éxito en una mujer en trabajo de parto cuando se consideran durante su atención; no sólo es destacable su uso para el manejo del dolor, sino para lograr una experiencia integralmente sana, positiva y placentera.

¹⁹⁹ ARBUES, E. y LÓPEZ, E. (2009) Pautas Alternativas en el Tratamiento del Dolor en el Parto de Bajo Riesgo. *Nure Investigación*. Nº 41, Julio- Agosto, pp. 1-9.

²⁰⁰ KROGER, W. (1969) en VILLGRÁN BECERRA, M. (2002) Op. Cit.

María Villagrán²⁰¹ postula que en el parto se produce un trance espontáneo similar al trance hipnótico. Explica que si se observa a una mujer en trabajo de parto, sin intervenciones perturbadoras, es posible llegar a percibir cómo se genera un trance completamente espontáneo durante esta experiencia. Lo más importante es que probablemente se acompañe de un recuerdo grato y sin la vivencia traumática del dolor a que estamos acostumbrados. Llega a la conclusión de que la intervención con terapia de hipnosis debería apuntar al manejo de temores y experiencias difíciles previas y a favorecer y facilitar, en un ambiente adecuado, la fisiología propia del parto.

La hipnosis como técnica aplicada al parto no sólo dará a la mujer la oportunidad de vivir de forma óptima la experiencia, sino que también le devuelve el control sobre su cuerpo y su proceso, así como su protagonismo en este evento. Además, es un recurso no excluyente de todos los otros elementos para controlar el dolor; más bien se puede transformar en un gran potenciador de ellos.

La hipnoterapia puede ayudar a disolver cualquier preconcepto negativo que se tenga acerca del dolor. El dolor es normalmente producido por una combinación de miedo y tensión. Esta tensión causa en el parto que las mujeres tiendan a contraer sus músculos uterinos, lo que las lleva a dolor agudo. La hipnoterapia ayuda a las mujeres a relajarse y como resultado el cuerpo se abre más fácilmente. El parto tratado con hipnosis es usualmente más rápido que el resto de los partos, es menos cansador y puede llegar a sobrellevarse sin dolor alguno. Las mujeres que usan esta técnica refieren sentir poco o ningún dolor, sólo una sensación de tensión muscular y un sentimiento de presión.

A estas conclusiones llegaron un grupo de investigadores²⁰² que llevaron a cabo un estudio exploratorio retrospectivo en el cual analizaron registros médicos perinatales de un obstetra que trabajó con 50 mujeres pacientes tratadas con

²⁰¹ VILLAGRÁN BECERRA, M. (2002) Op. Cit.

²⁰² ADAMS, D. y cols. (2007) Hypnosis for Childbirth: a Retrospective Comparative Analysis of Outcomes in One Obstetrician's Practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Oct. 2007.

hipnosis y 51 que no recibieron este tratamiento. La preparación prenatal hipnótica derivó en una reducción significativa del uso de sedantes y anestesia regional durante las contracciones y el trabajo de parto y en una recuperación considerablemente más rápida.

Villagrán²⁰³ considera muy importante que las pacientes aprendan a utilizar una técnica introducida por Donald Coulton a través de la cual dividen su cuerpo en mitad superior e inferior, incluyendo al útero en la mitad inferior. Este entrenamiento les da la posibilidad de elevar la mitad superior mientras permiten que la mitad inferior esté dormida aplicando una técnica de disociación.

Además de beneficiar a la paciente antes y durante el parto, la hipnosis permite la práctica de sugerencias posthipnóticas conductoras a la recuperación después del parto. Un ejemplo de esto sería: "en los próximos días que siguen, usted orinará sin necesidad de sonda y movilizará sus intestinos sin enemas, tendrá buen apetito, la comida será atractiva y deseará amamantar. Usted tiene unas pocas suturas, pero no le causarán molestia, apenas sabrá que están ahí. La estadía completa en el hospital será como unas placenteras vacaciones"

Por lo tanto, el trabajo con hipnosis más que sólo enfocarse en lograr disociación y anestesia, debe de orientarse a la profundización de este estado natural de la mujer en trabajo de parto, apuntando a que pueda atravesar este momento lo más tranquila y conscientemente posible, y lo viva como una experiencia agradable.

²⁰³ VILLAGRÁN BECERRA, M. (2002) Op. Cit.

PARTE APLICADA

CAPÍTULO V:
ASPECTOS METODOLÓGICOS

V.1 Objetivos

En el presente trabajo de tesina se plantearon los siguientes objetivos:

- 1- Mostrar un procedimiento completo de trabajo con analgesia hipnótica en una paciente obstétrica.
- 2- Analizar la secuencia de sugerencias hipnóticas.
- 3- Demostrar la utilidad del uso de la hipnosis en el tratamiento del dolor.

V.2 Método

La investigación se llevó a cabo mediante un estudio de tipo *cualitativo*, más específicamente se trata de un *estudio de caso*, a través del análisis de cintas de video y de la información obtenida en una entrevista semidirigida con una paciente obstétrica.

Este trabajo tiene un alcance *exploratorio* ya que se examina un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Este tipo de estudios permiten obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa. En este caso, el presente trabajo apunta a integrar y articular conceptos pertenecientes a diferentes ámbitos de información. En la investigación bibliográfica no se encontraron estudios que abordaran estas temáticas en un contexto similar. Asimismo, este trabajo plantea un problema que no ha sido tratado anteriormente en nuestra provincia y del mismo modo, no se encontraron investigaciones equivalentes en el país.

V.3 Procedimiento

Se realizó el análisis de un caso grabado en video, de analgesia hipnótica en el control del dolor. Se transcribió el texto correspondiente a una sesión de aproximadamente una hora y treinta minutos, en la que el Ps. Mario Pacheco León²⁰⁴ -terapeuta reconocido internacionalmente- trabajó con una paciente embarazada de siete meses con el objetivo de reducir el dolor en el momento de su parto. A partir de la transcripción obtenida, se procedió a descomponer el texto en pequeñas partes para posteriormente analizarlas y articular su contenido con lo estudiado en la parte teórica.

Se diseñó una tabla de dos columnas en las cuales se ubicó el texto de la sesión en la sección derecha y las observaciones realizadas en la sección izquierda. De este modo, se tomaron pequeños segmentos y a través de comentarios se intentó explicar el mecanismo por el cual se favorece el trance hipnótico.

Posteriormente se realizó una entrevista semidirigida con el fin de constatar la experiencia subjetiva del paciente y sus efectos en la situación específica del parto.

²⁰⁴ Psicoterapeuta Ericksoniano, director del Instituto Milton H. Erickson de Santiago de Chile

CAPÍTULO VI:
ANÁLISIS DE CASO

VI.1 Análisis de un caso de analgesia hipnótica en una parturienta

A continuación se presenta la transcripción de una sesión hipnótica llevada a cabo por el Ps. Mario Pacheco, con una paciente en su tercer trimestre de embarazo. En la misma se trabajó con técnicas de analgesia hipnótica para intentar aliviar el futuro dolor en el momento del parto y de esta forma lograr que la experiencia sea más placentera. En la columna derecha se ubica el texto correspondiente a la sesión, y en la columna izquierda se analizan fragmentos de la misma, explicando su estructura y objetivos.

Comentario

Procedimiento

Inicio del vínculo. Se trabaja en obtener un buen rapport.

Se investigan los preconceptos que tiene la paciente para posteriormente trabajar con ellos.

- Mario Pacheco: ¿Qué te motivo a aceptar la invitación?
- Paciente: Ehhm... Intriga, por saber lo que hacen. Y porque mi hermana es psicóloga y me empujó.
- M: Y cuéntame respecto al futuro parto, ¿qué has pensado, qué has trabajado respecto a eso?
- P: Primero ahora, en la etapa en la que comencé el séptimo mes, empecé a sentir mucha impaciencia por vivirlo, estoy muy ansiosa. Y bueno, he estado con curso de parto, en que te van preparando con respecto a respiración, cómo sentirlo, qué posición... Pero en este momento, todo lo que siento es ansiedad. Quiero conocer a mi bebé, quiero sentir el parto, quiero saber cómo son los dolores.
- M: Y respecto a los dolores, ¿cómo ves eso?
- P: Yo por ejemplo tomé la opción de no ponerme la inyección. Yo creo que es un proceso natural, que si hay muchas mujeres que en su época lo han vivido y han podido sobrevivir esos dolores, yo creo que voy a tener la misma fuerza. Y quiero sentirlos, porque es algo de mí.

Recalcar la capacidad cada uno para influir sobre vivencias aparentemente externas.
Introducción a los objetivos del trabajo que se va a realizar

Introducción a los objetivos del trabajo que se va a realizar

Fortalecimiento del vínculo terapeuta- paciente para lograr mayor comodidad y motivación

- M: Aquí estábamos hablando anoche de los significados, de las cogniciones, cómo uno ante estos dolores futuros tiene una predisposición. Tiene que ver con la actitud que uno tiene, cómo se lo toma, digamos. Y tú claro, estás tomando tu parto, los dolores asociados a tu parto como algo natural, y algo que, pareciera ser, es como bienvenido.
- P: Sí, esperado.
- M: Que hay que vivirlo, digamos.
- P: Sí.
- M: O sea podríamos decir que eso no le quita el sueño.
- P: No, lo que más preocupación me da es el tema de después. Más que nada de mi bebé, no de mí. Sino el hecho de decir, qué es lo que le van a hacer, cuánto se van a demorar en ponérmelo en el pecho. Los estudios que le hacen, esa es mi preocupación. Es lo único.
- M: ¿Te gustaría que aquí probáramos algún método de modo que tú puedas tener más comportamientos como para poder ayudarte a sobrellevar ese parto sin una inyección?
- P: Sí. Todo lo que sea que ayude.
- M: Claro, porque si lo miramos desde este punto de vista, si pensamos que tu quieres un parto ciento por ciento natural...
- P: En lo posible sí.
- M: En lo posible. Bueno, si no es posible habrá que pedirle indicaciones a los médicos. Es el estado elemental de todo esto.
- P: Obvio.
- M: Desde este punto de vista nosotros podemos hacer intervenciones o podemos desarrollar recursos psicológicos que puedan ayudar a la persona a que pueda disfrutar más o que pueda vivir más, digamos, el proceso del parto. Pensando por supuesto, si es que te has enterado, que hay todo un proceso primero en el que estás en una salita en donde...
- P: Sí, sí. Eso en gimnasia me lo explican.
- M: Ya te lo van explicando, ¿cierto?
- P: Sí, me lo explican, de a poco, pero les van hablando a las madres, cómo va a nacer, quiénes van a estar con nosotros (hace un gesto de incomodidad).
- M: ¿Se movió? (en referencia al bebé).
- P: Sí, se mueve bastante.
- M: Significa que se está preparando.
- P: (Sonríe) Sí... Ya le queda poco espacio, pobre.
- M: Espacio le debe quedar (ambos ríen). Bueno, desde el punto de vista de nuestra intervención o ayuda psicológica. Aquí tenemos a María Esther que se está posicionando y mostrándonos su experiencia del

Se introducen elementos que serán utilizados posteriormente durante el trance hipnótico (poder abstraerse de los ruidos en la sala de parto)

En este fragmento se da por entendido que la paciente puede manejar la experiencia de dolor.

Se cuenta una historia con el propósito de asegurar y fijar la atención de la paciente (técnica acuñada por Erickson), creando un estado mental de receptividad y disposición a responder, al mismo tiempo que se introducen elementos que luego se incluirán en las sugerencias.

embarazo y futuro parto, desde una posición que a mí me parece que es fantástica. Porque tú concibes esto como un proceso absolutamente natural y además no estás diciendo que los dolores asociados a esto hay que vivirlos.

- P: Sí.
- M: Lo cual yo creo que hace una diferencia enorme respecto a otras mujeres que han permitido o dejado que ciertas ideas culturales o ciertas habladurías de las personas les provoquen miedo o rechazo. Como que tú has sido bien sabia, parece, y has tenido ideas u oído selectivo y parece que ciertos comentarios o ciertas expresiones los dejas pasar o los dejas fuera. Mientras que hay otros que te hacen más sentido y tú tomas éstos.
- P: Y, sí.
- M: Y eso es realmente importante porque podríamos pensar que desde el punto de vista de una prestación de un servicio, probablemente cualquier preparación que hagamos con María Esther, no va por la línea de ayudarla y demostrarle que uno puede sobrellevar o puede manejar un experiencia natural que lleva un dolor asociado. No sé si me siguen.

Yo atendí a una señora. Me pidieron que atendiera a una señora de urgencia porque estaba con una depresión aguda producto de que estaba pronta a su parto. Y era una señora cuya condición económica era bastante desmerecida y tenía cuatro hijos. Y bueno ella aprendió que los hijos no vienen con un pan debajo del brazo sino que vienen con un montón de facturas. No facturas de comer, sino boletas, cuentas (risas). Entonces ella se había esterilizado. Pero a veces esas intervenciones fallan o algo pasa. La cosa es que por supuesto después que se hizo esa operación, con el marido tenían sexo sin ningún tipo de precaución y se volvió a embarazar, del quinto hijo. Entonces esto le provocó a ella la depresión que tenía, que era producto de este quinto hijo. Ahora, lo interesante es que ella no estaba deprimida por la cantidad de cuentas que iban a llegar producto del quinto hijo. Lo que la tenía a ella asustada y muy complicada, es que ella se había atendido con los cuatro hijos anteriores en el sistema hospitalario. Y en el sistema hospitalario chileno, no el privado sino el público, en realidad ellos van a invertir el menos dinero posible. Entonces esos cuatro hijos anteriores los había tenido, no le dieron a esta mujer la posibilidad de tener anestesia o no tener. Era no tener nomás. Entonces los recuerdos que tenía ella de sus cuatro partos, fueron que, el primer parto haciendo fuerza y sin saber cómo era, le dolió un montón; el

Sugestión encubierta para lograr disociación del cuerpo.

Sugestión encubierta de cooperación.

Nexo entre el relato y el trabajo que se realizará.

Sugestión de permanecer alerta durante el trabajo de parto. Marcar la diferencia entre estar relajada y dormida.

segundo parto iba preparada para que le doliera, pero no preparada bien sino preparada mal, entonces le dolió mucho más, y el tercero le dolió más que el segundo, y el cuarto le dolió mucho más que todos los anteriores. Por lo tanto ella se imaginaba que el quinto parto iba a ser un dolor espantoso, y eso la tenía insomne, deprimida y pasándola pésimo. Entonces, evidentemente, cuando me pidieron a mí que la ayudara, el objetivo que yo tenía con ella, en esa sesión, no fue ayudarla a que ella se preparara, sino que fue una intervención en crisis donde yo lo que hice fue demostrarle que ella podía separarse de su cuerpo, o ella podía experimentar su cuerpo de una forma distinta. Y si esperaba el cuerpo de una forma distinta, probablemente ella iba a vivir el parto de una forma diferente a la anterior. Le propuse una técnica, ella la hizo conmigo ahí, coopero. Así que el trabajo me salió fácil. Yo le demostré a ella de que ella podía sentir el cuerpo de una forma distinta, ahí se nos fue una sesión de una hora. La señora volvió la semana siguiente y me dio las gracias. Me contó que estaba durmiendo plácidamente, la depresión se le había ido, porque en la sesión anterior ella había descubierto, al hacer algo como lo que habíamos hecho, que podía alterar la percepción de su cuerpo. Nunca más la vi, supongo que habrá implementado algo de eso. Porque ella iba sólo a la consulta, no sé si ella y el esposo estaban en ese plan de que las personas entran a la sala de parto con compañía. Porque en Chile no es obligatorio, es voluntario y los últimos años, porque tampoco es que ha sido así habitualmente. En las clínicas privadas sí, pero en el sistema hospitalario público, no. Pero ahora sí.

Entonces me gustaría mostrarte algo parecido a lo que yo le mostré a la señora.

- P: Ok.
- M: Ahora, respecto a esta ayuda psicológica referida al cuerpo en el parto implica, necesariamente, que la persona tiene que estar despierta. Porque hay ayuda psicológica y que alguien se queda dormido. Y si yo me quedo dormido, simplemente no puedo cooperar con los médicos. Y acá sin duda tú te has percatado de la preparación que te han hecho en el hospital y la idea es que tú seas una protagonista, y una colaboradora que trabaje activamente con esto. Por lo tanto necesitamos que estés despierta, no dormida. Y lo que me gustaría mostrarte es que tú sí puedes estar despierta y al mismo tiempo estar experimentando cosas distintas en tu cuerpo. Cosas obviamente positivas.

Sugestión directa para que la paciente se coloque en una posición cómoda.

Opción ilusoria: cualquiera sea la alternativa que elija implicará cooperación.

Profundización de señales mínimas (respiración).

Acompañar y dirigir las señales del paciente.

Sugestión indirecta para facilitar la disociación.

Utilización de los elementos conductuales del paciente.

Se citan las palabras de otro autor para evitar resistencias y acceder más fácilmente a la cooperación de la paciente.

Se busca que la paciente acepte la existencia de esta otra mente, a través de darle la posibilidad de nombrarla como desee.

Pregunta (sugestión indirecta) que busca instaurar una señal para indicar colaboración.

Me gustaría ofrecerte algo para que hagamos un experimento y ellos puedan verlo (señalando a la clase). Me gustaría ofrecerte algo que es una estrategia desarrollada por un ginecólogo famoso de los Estados Unidos, que obviamente, se interesó mucho en el parto y que las parturientas llegaran al parto con un estado psicológico positivo. Entonces es simple, te pide colocar las manos así tal como las tienes (apoyadas en los muslos). Puedes trabajar conmigo con los ojos abiertos o cerrados, no sé qué es lo que te gusta más a ti.

- P: Con los ojos cerrados.

- M: Cierra los ojos. Y este autor se llama Cheek, David Cheek. Entonces él te diría algo así como esto: con los ojos cerrados, mientras estas respirando... y puedes sentir en algunos momentos, cómo ese bebé se mueve... y eso te hace tomar, tal vez, más contacto con él... y puedes tomar contacto con él y sin embargo, exacto, no incomodarte con eso... David Cheek diría algo así: las personas podríamos decir que tenemos dos mentes... tenemos la mente consciente que es la que nos permite, por ejemplo, escuchar lo que te digo... una mente consciente que te permite percatarte de que estás sentada en una silla... que tu espalda se apoya en la silla... que el aire entra rítmicamente a tus pulmones... pero al mismo tiempo te diría David Cheek...tenemos otra mente... que está aquí con nosotros... que está aquí contigo... una mente que reconoce muy bien... y podríamos decir que esa mente está detrás de tus pensamientos... está detrás de tus emociones... está detrás incluso de tus sensaciones... Entonces David Cheek diría algo así como: podríamos preguntarle a esa mente interna tuya... algunas personas le dicen la mente sabia, otros hablan también de inconsciente, pero podríamos denominarla como tú quieras... como tú quieras decirle... podríamos pedirle a esa mente interna tuya... que te mostrara... acá... que está aquí contigo y que se puede encargar de cosas... que ocurran en tu experiencia, que ocurran en tu cuerpo... de las cuales, probablemente tú, no te habías percatado antes... Entonces David Cheek dice algo así como: mira, si tu mente interna quiere cooperar contigo y conmigo y con nosotros... en que tú puedas tener una experiencia... interesante... esta mañana... respecto a esto que estamos conversando... ¿habrá algún dedo en tu mano derecha... que esté queriendo moverse por sí sólo... liviano... en una señal afirmativa a esa mente interna tuya... indicando que está dispuesta a colaborar contigo?... (mueve el dedo pulgar de la mano

Sugestión contingente: se conecta una respuesta que ya sucedió (la colaboración con el terapeuta) con la búsqueda de una señal que indique la entrada en el trance.

Inclusión de los eventos externos en la construcción de las sugerencias donadas.

Sugestión posthipnótica para que la paciente esté lúcida durante su parto pero que, al mismo tiempo, pueda lograr analgesia hipnótica.

Técnica de verdades obvias: si no puede negar la primera afirmación, no podrá rechazar sentir los cambios en las sensaciones corporales buscados.

Sugerencias para alcanzar anestesia en la mitad inferior del cuerpo a través del entumecimiento. Se trabaja con el fenómeno hipnótico de alucinación sensorial y con respuestas ideosensorias.

Técnica de Donald Coulton en la que se divide el cuerpo en parte superior e inferior. Se dirige la anestesia a la parte inferior donde se encuentran los órganos asociados al parto.

derecha) ahá, correcto... para que tú puedas tener una experiencia interesante... Y en la medida en que tu mente interna esté dispuesta a colaborar contigo... y quiera que tú realmente puedas comprobar... que esa parte interna tuya... (mueve el pulgar nuevamente) exacto... ¿estará ese dedo moviéndose más y más por sí solo?... correcto... Y David Cheek, recuerda que es un ginecólogo, y obstetra... (suena un celular en la clase) él te diría: independientemente de los sonidos del ambiente, independientemente de lo que puedas escuchar... independientemente de lo ocurra en esa sala de preparación para el parto... o independientemente de lo que ocurra en la sala de parto... así como tú has escuchado y atendido aquellos comentarios de las personas que sientes que te ayudan... tú también en esas circunstancias... podrás prestar atención a aquellos comentarios y sonidos que tienen que ver contigo... mientras que otros comentarios de la habitación y del lugar que no tienen que ver contigo, simplemente puedes no tomarlos... Y David Cheek dice lo siguiente... es interesante, pero cuando una persona... va a tener su parto... lo que necesitamos... es que esa persona esté despierta... como probablemente tú lo estás ahora... pero al mismo tiempo esa persona... puede brindarse... con la ayuda de esta mente interna... pequeños cambios... en las sensaciones corporales... y aquellas partes del cuerpo... que, por decirlo así, se detienen... en el proceso de parto... y David Cheek dice... todo el mundo ha tenido la experiencia... de haber sentido... gratas modificaciones en la sensación corporal... de las piernas... los muslos... y podríamos decir, hasta la cintura... un poquito más difícil... Y David Cheek dice: en realidad casi todo el mundo, o todo el mundo... ha tenido la experiencia de meterse en una pileta... o ha tenido la experiencia de introducirse en un río de a poco... o ha tenido la experiencia de un lago... o incluso de un océano donde la temperatura permite... que la persona pueda entrar caminando lentamente... en esa agua... Y David Cheek dice... la mente interna... de todas las personas... tiene como guardados... esos cambios en las sensaciones... porque alguna vez ya... estuviste en una pileta o en un río o en un lago... y David Cheek te preguntaría... si tu mente interna... puede comenzar a colocar... interesantes recuerdos... esa sensación particular... de ir entrando... en una pileta... o un riachuelo... o un lago... que comiencen a cambiar... interesantemente la sensación de los pies... y a medida que... entraste... en ese agua... esa sensación comenzó a ascender...

Reconocimiento de las respuestas de la paciente para hacerla sentir que está realizando un buen trabajo.

Se le otorga la posibilidad de manejar el ritmo para que sienta que tiene el control de la experiencia.

Sugestiones que apuntan a que la profundización del trance (y de la anestesia) se den de manera gradual y progresiva.

Pregunta presuposicional: se mueva o no el dedo, está implícito que el cambio de las sensaciones se está dando.

Sugestión compuesta para disfrutar de la experiencia.

Sugestión para profundizar la disociación entre la parte superior e inferior del cuerpo.

lentamente... y si tu mente interna está dispuesta... a brindarte ese interesante cambio de sensación... desde los pies hacia arriba... estará indicándolo... a través de movimientos involuntarios... en esos dedos? (mueve el dedo pulgar de la mano derecha) ... entonces puedes respirar... y puedes percartarte... de qué está ocurriendo... con las sensaciones... ahí abajo (mueve el pulgar nuevamente)... Ahá... Y David Cheek le diría: tú puedes estar acá conmigo escuchando y al mismo tiempo tu mente interna... por decirlo así, haciéndote la parte tuya... al mismo tiempo que estás acá con nosotros... está entrando en esa agua... que quizás... comienza a hacer que las sensaciones en esas piernas... comienza a caminar... y tu bebé se va a poder mover... y al mismo tiempo, lo escuchas... y tu mente interna... permite que se cambien las sensaciones... y continuas sintiendo... y continúa ascendiendo a tu propio ritmo... ni rápido ni lento... al ritmo que tu mente interna sabe, es el mejor para ti... Y quizás puedas percartarte, diría David Cheek, cómo han ido cambiando las posiciones en ti... quizás... ese cambio de sensaciones... pueda ascender hasta tus muslos... y al ritmo que tu mente interna sabe lo que es mejor para ti... es como si tu cuerpo continuara entrando en esa agua... con un estado emocional agradable... que es el que suelen experimentar las personas... cuando están allí... en esa agua... disfrutando... de ese cambio en las sensaciones corporales... Aha... Y te diría David Cheek: cuando tu mente interna sepa... que ese cambio de sensaciones... está casi ahí, inmediatamente debajo de tus pechos... lo irá a indicar haciendo que esos dedos digan que sí?... ¿estará moviéndose por sí solo?... (mueve el dedo en señal de afirmación) correcto... Y David Cheek te diría dos cosas: la primera... es simplemente disfruta... de ese estado... por el que tu propia mente interna está pasando... un proceso completamente natural... porque simplemente, lo que hace tu mente interna... es reproducir en tu cuerpo... experiencias que tú ya has tenido antes...y por lo tanto, podríamos decir... que tú tienes dentro de ti... la capacidad de traer al presente... sensaciones anteriores... que implican bienestar...y qué agradable poder estar ahí... teniendo en tu cuerpo... sensaciones interesantes... Y lo otro que te diría David Cheek es lo siguiente... si tu mente interna está dispuesta... a permitir... que en la parte superior de tu cuerpo... tú puedas tener las sensaciones habituales... mientras que al mismo tiempo mantienes... desde los pechos hacia abajo... esas sensaciones interesantes... te diría

Pregunta que focaliza, sugiere y refuerza: plantea en forma de desafío que la persona abra los ojos.

Sugestión contingente: se enlaza la sugestión actual con la anterior por medio de una relación de contingencia.

Sugestión posthipnótica: para que que la paciente pueda emplear lo aprendido en el futuro.

Sugestión de no saber, no hacer: para que la paciente descubra con agrado que puede dejarse llevar ya que acatará las directivas automáticamente.

Alucinación negativa auditiva de los sonidos del ambiente.

Opción ilusoria: sea el tiempo rápido o lento, se seguirá la directiva del terapeuta. Se intenta conseguir el fenómeno

David Cheek, querrá tu mente interna permitirte que abras los ojos... y converses con nosotros... al mismo tiempo... que mantienes esas interesantes sensaciones... ahí abajo en tu cuerpo?... y de ser así, tu mente interna permitiría... que puedas abrir los ojos lentamente, puedas tragar saliva lentamente... sin apuro ninguno?... para estar con nosotros acá al mismo tiempo que tu mente interna... mantiene esas interesantes sensaciones... (abre los ojos) allá en la parte de tu cuerpo... Y quizás podrías contarnos o contarme... qué está pasando en tu cuerpo ahora... y no te apures en lo absoluto... tómate tu tiempo... ¿Cómo se siente eso?...

- P: Adormecido.
- M: Adormecido... Ahh... Y ese adormecimiento, ¿es grato? (asiente con la cabeza)... Eso es interesante, porque fíjate que... tu propio organismo, tu propia mente... tiene, por decirlo así, almacenadas sensaciones... y lo que has hecho tú misma acá, con la ayuda de tu mente interna... ha sido que hagas presentes muchas de esas sensaciones... que han sido gratas en el pasado... de modo que tú misma... a voluntad, y con ayuda de tu mente interna... tú puedes brindarte estos adormecimientos... que pueden ser necesarios... ¿Y cómo se siente estar con los ojos abiertos y al mismo tiempo tener el cuerpo adormecido?
- P: (respuesta inaudible)
- M: Quizás un poco suave (sonríe)... Y David Cheek te diría algo así como: permítete cerrar los ojos y disfrutar de ese adormecimiento... Y también te diría: sabes, no necesitas realizar un gran esfuerzo para cerrar los ojos, sino que tan sólo con dirigir tu atención... a esa sensación particular... que está ocurriendo en tu cuerpo... simplemente dejarte llevar... por esa sensación tan particular (cierra los ojos)... exacto... mientras que al mismo tiempo eres capaz de escuchar mi voz y escuchar los sonidos que realmente tienen relación contigo... exacto... qué interesante poder estar absorta o absorbida en esas interesantes sensaciones que tu propia mente interna te brinda en tu cuerpo... y estar casi como si dijéramos... con un contexto, una situación, en la cual tú estás... muy dentro tuyo... y lo que está ahí afuera... lo que tiene que ver contigo... es lo que puedes escuchar, o deseas escuchar... lo demás puede estar ahí afuera... exacto... Y dice Cheek que el tiempo que demora la mente interna... en colocar esos recuerdos y sensaciones ahí en esa parte del cuerpo... es un tiempo que es tuyo... que puede ser más rápido o más

de Distorsión temporal

Sugestión posthipnótica para que practique posteriormente la técnica aprendida.

Sugestión posthipnótica para implementar una señal que dispare las sensaciones de anestesia en la paciente. Esta señal podrá ser enseñada a un familiar para que la utilice con la paciente previo al parto.

Sugestión implícita: en la formulación está incluido el hecho de que se traspasará algo del adormecimiento.

Aposición de opuestos: mientras una mano se torna pesada, la otra se torna liviana.

Un vez que se ha producido la levitación de mano, el descenderla gradualmente será la señal para la aparición de la anestesia en la parte inferior del cuerpo.

lento... eso, disfrutarlo... Y David Cheek diría, en la medida en que tú practiques esto en tu casa todos los días... vas a poder tener una mayor facilidad para recordar esas sensaciones corporales... esas que estás teniendo en este mismo momento... exacto... y además, quizás sea algo de lo que te has percatado, pero tú has entrado en un periodo en tu embarazo en donde en realidad tu atención y tu concentración... cada día se está volcando más hacia tu cuerpo... como preparándote para... participar y facilitar el nacimiento de tu hijo o tu hija... de modo que estos días, por decirlo así, la naturaleza... muy sabia... te ha dotado con esta capacidad de poder concentrar cada vez más... y usar más de tu tiempo del día... para volcarte hacia tu cuerpo... de modo que te diría Cheek, puedes usar... algunos momentos en el día... para recordar junto a tu mente interna... este interesante cambio de las sensaciones... claro... Y otro autor que ha leído la obra de David Cheek y también ha trabajado mucho en esta área... propone desarrollar con algún familiar cercano... una ayuda para esto... y ese autor propone que nosotros podemos acordar con nuestra mente interna... un sistema de señales... de modo que cuando ese familiar active su señal... tu mente interna sepa que ese es el momento oportuno... para traer esas interesantes sensaciones a tu cuerpo... y ese autor propone, por ejemplo... (Pacheco toma la muñeca de la paciente) tocar tu muñeca como la estoy tocando ahora... y yo no sé cuánto va a ser traspasado de ese adormecimiento a tus manos... y eso realmente no es importante... él propone que podamos percatarnos... si la mano pudiéramos tomar... y tal vez tu mente interna transformar... la pesadez de esas manos en liviandad (comienza a levantar su mano lentamente)... de modo quizás, que esa mano pueda ir subiendo... exacto... subiendo... subiendo... subiendo... subiendo... subiendo (sostiene la mano de la paciente a la altura del hombro)... exacto... Y ese autor propone... con la mano liviana subiendo... con cada inspiración que das... empezar a establecer una señal con tu mente interna... de modo que si ese familiar cercano a ti... tomara tu mano y la levantara... tu mente interna ayudaría a que tu mano estuviera liviana como ahora... de modo que al comenzar a bajar, lentamente esa mano... tu mente interna te permitiera... ir haciendo que esa sensación... de allá abajo en tu cuerpo... comience lentamente a aumentar... y tú podrás estar entrando en este estado tan especial... tan placentero, tan cómodo... y escuchar aquello que es significativo para ti...

El entumecimiento supone una sustitución sensorial: se cambia el dolor por otro tipo de sensación.

Verdad obvia: resulta difícil negar esta afirmación, por lo tanto se logrará que la paciente se conecte rápida y profundamente con su cuerpo y su bebé.

Sugestión posthipnótica para prolongar la analgesia hipnótica y la disociación de las partes superior-inferior del cuerpo a la etapa de post-parto.

Metáfora: explica que no resulta útil estar tenso o preocupado por el desarrollo del bebé y el parto, ya que todo se dará a su debido tiempo.

Lenguaje permisivo para otorgar el control de la experiencia a la paciente.

Sugestión de final de trance: para ayudar a la paciente a que tenga acceso a lo trabajado durante el trance una vez terminada la experiencia.

descansando cómodamente... mientras ese entumecimiento está ahí, en la parte baja de tu cuerpo... simplemente dejarlo... Y así, disfrutar tu bebé... Ahá... y tu cuerpo está cooperando contigo de modo que puedas estar muy concentrada... prestando atención a lo realmente importante... respirando cómodamente... exacto... y permitiéndote disfrutar de este estado de bienestar... Y fíjate que la naturaleza ha dotado a las mujeres de esta capacidad... de, en el último periodo de su embarazo... de poder conectarse rápidamente, profundamente con el cuerpo... de modo que tú puedes usar el tiempo que te resta de embarazo... para conectarte, además de con tu bebé, con tu cuerpo y tu mente interna... y brindarte este interesante y gratificante estado corporal... de modo que incluso, después del proceso de parto... mientras las personas se encargan de los primeros cuidados a tu bebé... tú puedes mantener a voluntad estas interesantes sensaciones en la parte baja de tu cuerpo... de modo que puedas al mismo tiempo... ocuparte mentalmente... de mirar, acariciar, alimentar a tu bebé... porque lo alimenta tu cuerpo... tu bebé lo que necesita son tus brazos, tu rostro... tus pechos, tu voz, tus emociones... y realmente tu bebé no necesita tus piernas o tu barriga... ahá... De modo que podríamos decir que después del parto, realmente tu mente interna puede mantener... esas interesantes sensaciones en tu cuerpo... para que tú puedas volcarte ciento por ciento... a disfrutar a ese bebé... el cual estás esperando ahora... Pero te recuerdo que por mucho que nos guste la uva... la uva sólo crecerá a su propio ritmo... de modo que no es necesario estar mirando la parra para esperar que madure... Podríamos decir que puedes ocupar... este mes, mes y medio, que te queda aún de embarazo... para colocar tu atención... en aquello que te brinda bienestar... que te brinda crecimiento personal... y puedes, si lo deseas, intentar brindarte espacios en el día... en esta sensación cómoda que estás teniendo... ahá, puedes tragar saliva... puedes respirar... puedes disfrutar... y en la medida en que tu mente interior sabe... que así como ha cooperado hoy contigo... estará cooperando en el futuro... para brindarte este bienestar psicológico corporal para que realmente puedas disfrutar ese bebé... cuando ya esté fuera de ti... comenzará poco a poco tu mente interna... a devolvarte del mejor modo, y al mejor ritmo para ti... las sensaciones corporales... de modo que sin esfuerzo alguno... de modo que sin que tengas que hacer algo especial... puedes comenzar a retornar... al

aquí y al ahora de esta sala... trayendo contigo las buenas vivencias... que has experimentado acá... exacto... (la paciente permanece algunos minutos con los ojos cerrados hasta que los abre)... ¿Cómo te sientes?

- P: Ay, muy relajada.
- M: Muy relajada. ¿Mucho?
- P: Sí.
- M: ¿Qué te ha parecido esta experiencia?
- P: (permanece en silencio)
- M: ¿Emocionante?
- P: Sí. (Se seca las lágrimas)
- M: ¿Gratamente emocionante?
- P: Sí (llora)
- M: ¿Cómo están tus piernas?
- P: Todo muy relajado.
- M: Y del entorno, cuando estabas en la experiencia, ese mundo de atrás ¿qué ocurría con alrededor tuyo?
- P: (hace un gesto de negación con la cabeza)
- M: Como que no había nada fuera que destacar, ¿cierto?
- P: No (sonríe).
- M: ¿Y escuchabas mi voz?
- P: Sí. Muy despacio, pero sí.
- M: Sí porque yo hablaba despacio (risas). Ahora imagina a ese bebé con una madre que se da en un estado de placer tan interesante, y pensemos en las sustancias químicas que se producen en el cerebro y que pasan muchas de ellas, vía placenta, y éstas sustancias, obligatoriamente, van asociadas con cómo le irá. Entonces claro, una persona, con su afrontamiento, es decir cómo enfrenta la situación del parto, la forma cómo vive eso, tiene que ver con las sustancias químicas que está produciendo en su cuerpo y que están pasando aún al bebé. Y eso sí hace una diferencia. Entonces para contribuir al bienestar del bebé es bueno que la mamá se tome unos espacios gratos para ella, de esta naturaleza. ¿Se movía el bebé?
- P: Sí.
- M: ¿Y el movimiento era algo que te distraía o estaba ahí nomás?
- P: No.
- M: Estaba ahí.
- P: Sí.
- M: Pareciera que esta experiencia te ha despertado vivencias muy profundas.
- P: Parece.
- M: Bueno, y la partera o el doctor puede tomar tu mano y preguntarse: ¿esta mano se va a poner liviana por sí

Una vez que la paciente ha salido del trance, se refuerza lo trabajado anteriormente.

Preguntas que focalizan,

sugieren y refuerzan: al plantear un desafío incitan al paciente a demostrar que no es abrumado por la demanda.

Sugestión contingente: se enlaza el descenso de la mano con la guiñada y el retorno al estado de anestesia en la parte inferior del cuerpo.

Sugestiones compuestas: se encadenan distintas instrucciones de modo que al aceptar la primera se hace más fácil aceptar la segunda y así sucesivamente.

Sugestión de final de trance: se orienta a la persona al momento y la situación presente.

Fundamentación teórica de la técnica utilizada durante la inducción del trance. Se explica el por qué de determinadas sugerencias para que la paciente comprenda el proceso que se llevó a cabo y se sienta motivada a realizar los ejercicios en su casa.

sola a medida que yo la tomo? (toma la mano de la paciente) Y si la mano se empieza a poner liviana, ¿estará tu mente interna llevándote nuevamente a este estado de comodidad? Respirando profundo... De modo que la mano pueda subir... Y tú puedes sentir cómo sube, sin que la tengas que llevar mucho... Y la pregunta es: cuando esta mano comienza a descender ¿estarán tus párpados sintiendo una guiñada? (baja lentamente la mano de la paciente)... de modo de regresar a ese estado plácido... cómodo... tranquilo... tomando inspiraciones de aire, lentamente... antes que tu mano toque tu muslo... ¿y estará tu mente interna brindándote nuevamente ese estado tan particular?... en contacto contigo mismo... preparándote para ese descanso tan peculiar, tan particular... de estar ahí con los ojos cerrados o semicerrados... simplemente disfrutando de esa relajación profunda... de este cambio de sensaciones en tu cuerpo... exacto... y tomarte unos minutos para conocer estas sensaciones... tan particulares... para que sepas que puedes regresar allá cuando tú quieras... o cuando necesites... de modo que cuando tu mente interna sepa que tú estás cooperando con ella, tu mente interna también cooperará contigo... para que tú puedas reproducir este interesante estado mental... cuando lo necesites... ¿Y estará tu mente interna permitiéndote retornar, completamente al aquí y al ahora de esta sala?... muy cómoda, muy lúcida... eso... ¿Estás más acá ya?

- P: (sonríe).

- M: La literatura dice que, en general, todas las personas cuando ya están en el último trimestre de su embarazo, la atención está más volcada hacia el interior. Entonces si la atención está volcada al interior, te va a ser mucho más fácil acceder a este reservorio, por decirlo así, de experiencias que puedes tener. Y, claro, tenemos un reservorio de experiencias, de sensaciones corporales. Y por lo tanto a las sensaciones no hay que fabricarlas, sino que simplemente buscamos que se reproduzcan. Ahora, ¿por qué el agua? Porque todos hemos tenido la experiencia de irnos metiendo en agua helada y las piernas comienzan a entumecerse. ¿Y qué es lo que necesitan las mujeres en el proceso de parto? Entumecimiento de las piernas, porque de hecho es lo que hace la inyección que te ofrecen. Entonces como dice David Cheek, las mujeres pueden administrarse su propia raquídea (risas). Pero una raquídea en la cual tienen movimiento las piernas, a diferencia de la otra. Y por lo tanto lo controla la persona. Ahora,

Se explica el modo en que se implementará la técnica en el día del parto.

Entrenamiento para que la paciente pueda utilizar la técnica a través de la autohipnosis.

(dirigiéndose a la clase) lo de la señal, esto de la mano, que vieron que funcionó, como tú la vas a acompañar, en el caso de que necesite ayuda, tenemos aquí a tu hermana psicóloga que ha participado como observadora y ha estado emocionada igual que tú. Por lo tanto, va a estar allí contigo y te va a proporcionar la ayuda que necesites. Y si practican en la casa mejor todavía. Ahora yo creo que lo fantástico para todos nosotros es escuchar a una joven como tú que se ha posicionado frente a su parto de una forma singular. A mí me gustaría que tú pudieras escucharlo porque tienes un discurso muy discordante de muchas otras mujeres en sus primeros partos. Así que te felicito (risas). ¿Alguna pregunta, alguna inquietud?

- P: ¿Me lo puedo hacer yo? (ríe)
- M: La idea para hacértelo es que tú pongas las sensaciones en la mano derecha. Mira coloca las manos así (en el regazo). Y si quieres con los ojos abiertos mira tu mano derecha, y pregúntate: si mi mente interna quiere colaborar conmigo para que yo pueda experimentar este estado tan interesante, ¿estará ese dedo que dice sí comenzando a moverse por sí sólo... para que yo pueda plantarme con esas sensaciones interesantes... que se desarrollan por sí mismas? Y esas sensaciones interesantes ¿comenzarán en esa mano... o comenzarán en algún otro lugar allá abajo en mi cuerpo al cual le puedo prestar atención?... Y simplemente, permitirte brindarte el espacio, con los ojos abiertos o cerrados siguiendo cualquier sensación en tu cuerpo que comience a sentirse... Sin que sea necesario que te digas nada, te digas cosas... sin que sea necesario que te des instrucciones, simplemente prestar atención a esas sensaciones interesantes... en esa mano... y prestando atención a esas sutiles cosas que están en esa mano... ahá... como quien diría, pequeños movimientos de acomodo... pequeños movimientos involuntarios en la otra mano... que han atraído tu atención... quizás una mano se empieza a sentir liviana... preparándote para permanecer ahí... y disfrutar de esas interesantes sensaciones... eso... exacto... y cuando lo hagas por ti misma en tu casa... el proceso va a durar aproximadamente unos veinte minutos... de modo que tú ya sabes si puedes, a pesar de tus manos, experimentar este estado... y puedes volver acá con nosotros... cuando tú lo desees... (comienza a salir del trance)... ¿Cómo va?
- P: Bien.
- M: ¿Estuviste bien?

- P: Sí.
- M: Así que ya sabes, ya sabes cómo hacértelo solita. Y también ya sabemos cómo te puede ayudar tu hermana. Así que te deseo buenas siestas hipnóticas (risas).
- P: Mientras no me quede así en el trabajo.

VI.2 Entrevista con la paciente

E: Entrevistador

P: Paciente

E:- La primera pregunta es ¿cómo sentiste todo el proceso de inducción que llevó a cabo Mario?

P:- Bueno, al principio, si bien mi hermana es psicóloga, yo no creía mucho en eso, entonces iba más que nada como un desafío, para ver si te podían hacer eso. Así que con intriga, con nervios, para ver si me hacían hacer cosas raras. Y después una vez que él me empezó a hablar, me empezó a explicar primero qué es lo que íbamos a hacer, me puse más tranquila, de a poco me fui tranquilizando. Pero al mismo tiempo, si bien yo estaba tranquila, estaba nerviosa, no sé cómo explicarte. Pero no ese nerviosismo de incomodidad, sino que quería como seguir todos los pasos que él me indicaba. Llegó un momento que no te puedo decir qué más me siguió diciendo, pero estaba tranquila, confiada, pero a la vez inquieta, no incómoda sino nerviosa por lo que estábamos haciendo.

El relato de la paciente pone de manifiesto cómo el terapeuta logró un buen rapport en un comienzo, que captó su atención y potenció su motivación en un clima de confianza y colaboración. Esto favoreció que se sintiera más relajada y cómoda, en un marco de una relación de confianza y empatía. En este sentido, Erickson habla de "comunicación de influencia". Al explicar el proceso que se iba a realizar, se pudo calmar la ansiedad de la paciente y hacerla participar de una manera más activa.

E:- ¿Qué sensaciones físicas y corporales ibas teniendo a lo largo de la sesión?

P:- Mirá, primero, como estaba como nerviosa sentía todos los músculos tensos, si vamos a hablar de lo físico. Viste cuando estás muy nervioso, que no sabés a lo que te vas a enfrentar, que te ponés toda dura. Así, primero te puedo decir eso que me acuerde, que estaba nerviosa, que me dolía la espalda, no encontraba la posición para quedarme relajada completamente. Y después, de lo que me acuerdo es que llegó un momento en el que empecé a no sentir nada, de tanta relajación creo. No me dolía nada, llegó un momento en que no sentía las piernas, los brazos. No es que no sentía, que estaba muerta, sino en el sentido de que no me pesaban, no sentía esa pesadez. A mí por ejemplo, me duelen mucho las piernas, sufro mucho del dolor de piernas, y de por sí, todo el día ando con esa pesadez de piernas. Lo único que me acuerdo, que dije guau, es que no las sentía, no tenía esa incomodidad que siento todos los días. Eso fue físicamente hablando, puntualmente, entré toda contracturada y después estaba mucho más relajada. Y lo que sí, no sé por qué, sentía mucho calor.

La paciente sentía molestias físicas, incomodidad y tensión, pero éstas fueron desapareciendo a medida que fue avanzando la inducción hipnótica. La utilización de lenguaje indirecto permitió distraer a la mente consciente mientras se le administraban sugerencias hipnóticas a la mente inconsciente, quien es responsable de que a esta altura de la sesión ya comenzaran a aparecer señales de trance y los fenómenos hipnóticos de anestesia y disociación.

E:- ¿Hacía calor en la habitación?

P:- Yo creo que sí, no me acuerdo. Fue un mes antes del parto, en mayo. No era una época de tanto calor como para tener calor, y no creo que haya hecho tanto frío como para que prendan la calefacción.

E:- En el video pude ver que Mario te enseñó una técnica. ¿La pudiste practicar en tu casa?

P:- Yo tuve mucho la persecución de mi hermana. Ella también quería saber lo que sentía. Yo igual soy una persona muy nerviosa, por eso también accedí a eso. Porque, si bien yo estaba relajada con lo que yo quería, porque yo desde que quedé embarazada siempre supe que quería un parto natural. Entonces, llegado el momento, un mes antes o dos meses antes, me preocupaba mucho si yo iba a poder, porque yo cuando me pongo muy nerviosa me cuesta respirar, no puedo respirar. Entonces llegó un momento en que me planteé si yo iba a poder ser capaz de tener una buena respiración para poder dar a luz a mi hijo. Yo anteriormente venía practicando técnicas de respiración para no ponerme nerviosa, inclusive antes de quedar embarazada, cuando tenía una entrevista de trabajo, alguna evaluación, algo así, practicaba eso. Entonces como me ayudó siempre, me interesó mucho esta técnica para ver si lo podía lograr, si podía hacerlo. Y a los tres días más o menos de haber hecho la práctica con Mario, lo practiqué sola en mi casa, estaba en el comedor. Y llegó un momento en que sí lo logré, o sea, yo tenía que mirarme la mano que era mi punto de entrada, digamos. Esa vez, me sorprendió haberlo hecho tan rápido, yo pensé que no iba a poder si no estaba o mi hermana o Mario. Me imaginé que yo sola no iba a poder hacerlo. Y después lo practiqué, sinceramente, dos o tres veces más, nada más. Yo durante el embarazo, esos últimos meses, estaba muy nerviosa entonces me abocaba más a las técnicas de relajación de gimnasia de parto que a eso. Porque como estaba entre que creía y que no creía, si bien cuando yo lo había practicado me había funcionado, yo digo a lo mejor, no sé, es un pensamiento de uno, llegado ese momento no sé qué pasaría. Federico, en la última semana, yo lo tuve en la semana 41, o sea, es muy difícil que un médico te deje esperar tanto tiempo. Pero porque yo a toda costa quería un parto natural. Entonces en la semana 40 yo iba a gimnasia parto y estaba muy nerviosa, porque Federico no se ubicaba, ya me habían hecho la orden para cesárea, entonces la cabeza me iba a mil. Entonces yo practicaba, trataba de hacer todos los ejercicios de gimnasia parto.

El acercamiento realizado por el terapeuta se enfocó en conocer la motivación propia de la paciente y por dónde pasaban sus temores y sus intereses: la paciente quería estar absolutamente consciente y no usar anestesia química para no perderse las sensaciones propias del parto pero, al mismo tiempo, también quería poder soportar los dolores que pudieran aparecer y controlar su respiración. El terapeuta utilizó estratégicamente la determinación de la paciente de tener un parto natural, para construir las sugerencias hipnóticas y facilitar la entrada en trance. Se evidencia el uso del enfoque de utilización de Erickson, en el cual se integran los datos aportados por el paciente para realizar un acercamiento “hecho a medida”. Al mismo tiempo, la práctica de la técnica por parte de la entrevistada ayudó a que, en el momento del parto, su alcance fuera más profundo.

E:- ¿Y las veces que lo practicaste acá en tu casa lograste el efecto buscado?

P:- Sí, sí. Por eso te digo, estaba entre que creía y no creía pero no sabía si me iba a funcionar en el momento. Por eso me abocaba a practicar las otras técnicas de respiración para relajarme, por las contracciones. Las contracciones son muy fuertes, entonces trataba de practicar lo que sabía que sí o sí me iba a funcionar en el parto.

La técnica de analgesia hipnótica que se trabajó durante la sesión probó ser efectiva en un contexto distinto (la casa de la paciente) y sin la presencia del terapeuta, lo cual da cuenta del aprendizaje inconsciente realizado y de la eficacia de las sugerencias posthipnóticas. Esto también demuestra lo que se ha denominado “recapitulación de un trance”, esto es, una vez que se ha experimentado un estado de trance, la persona rápidamente puede volver al mismo estado de conciencia repitiendo el procedimiento anterior.

E:- En el momento del parto, en el mismo día, ya llegando al hospital ¿Qué sentiste? ¿Cuáles fueron tus sensaciones?

P:- Yo empecé con todo el proceso de parto a las 6 de la mañana. De las 5 de la mañana que empezaron las primeras contracciones hasta las 10 de la mañana, yo

no le dije a nadie. Estaba tranquila, con las técnicas éstas de respiración. Igual no eran tan seguidas las contracciones. Pero después a las 10 de la mañana expulsé el tapón mucoso que es lo que te da la señal de que tenés que estar atenta. Cuando tiré el tapón mucoso, como que ahí caí, que ya estaba, que era en ese momento que iba a tener a mi hijo. Entonces ahí decidí llamarla a mi hermana, que es psicóloga y me contiene en ese sentido. Bueno, la llamé a ella, le dije que no se preocupara, que no íbamos a salir corriendo pero que había empezado con el trabajo de parto. Y llegó ella y ese día empezamos a hacer la inducción. Empezamos con las técnicas de respiración que a mí me hacían sentir cómoda, que habíamos hecho en la gimnasia, todo eso; y empezamos a caminar porque te piden ejercitarte mucho en el último momento. Entonces fuimos caminando por la cuadra, comiendo chocolate, comiendo caramelos, que eso te ayuda para el tema de las contracciones. Y, ahora me doy cuenta, que de a poco me fui preparando mentalmente para poder meterme en ese trabajo que habíamos hecho con Mario. De a poco había empezado a respirar, no fue todo en un mismo momento como hicimos con Mario, no es que empecé una hora antes, empecé de a poco, desde las 11 de la mañana, 12, a caminar, a respirar, a prepararme, a tranquilizarme, y creo que fue así de a poquito.

La preparación para el parto comenzó muchas horas antes, lo que ayudó a la paciente a estar lista física y mentalmente cuando alcanzara la dilatación necesaria para entrar en la sala de parto.

E:- Y una vez que entraste a la sala de parto, ¿Qué sentiste?

P:- Mirá, yo entré a la clínica a las dos de la tarde y me dejaron internada porque iba a perder la cama, o sea, yo todavía no tenía la dilatación correspondiente como para quedarme internada. Pero para no perder la cama, como era fin de semana, me dejaron internada. Ahí fue cuando más me metí con el tema del trabajo, y empecé con, además del trabajo típico de parto, calor, frío, transpiración, dolor, mucho agotamiento. Yo me sentía muy cansada, llegaba un momento en

que no quería ni hablar. Hasta que llegó una colega de mi hermana, una amiga de la familia, y empezamos a hablar y como que me hacía distraerme del dolor. No le prestaba atención al dolor.

En este punto, la psicóloga amiga de la familia intentó generar en la paciente el fenómeno hipnótico de disociación. De esta forma, guiaba la atención de la paciente fuera de su cuerpo, para que no se concentrara en las sensaciones de dolor asociadas a las contracciones.

E:- ¿Sentías mucho dolor en ese momento?

P:- No, eso es lo que yo le digo a mis amigas que están embarazadas o que van a tener hijos, yo por ejemplo, apostaría mil veces más al parto natural que a un parto con inyección, para evitar los dolores, toda la historia que te mandan ahora. Yo, a pesar de los dolores creo, y es lo que le digo a Andrea, mi hermana, y las veces que ha venido Mario lo hemos ido a visitar con Federico; me ayudó mucho, creo yo, si es como me contaban a mí, a soportar los dolores. Yo no sentí tan doloroso el parto. Inclusive, no me acuerdo del parto, o sea, sí me acuerdo de las imágenes, de las enfermeras, como yo entré con mi hermana me acuerdo de todas las secuencias, visualmente, pero si vos me decís ¿sufriste en el parto? o ¿te dolió el parto?, no me dolió. Y eso, con mi hermana mayor, que tiene tres hijos, con los tres tuvo inyección, y es algo en lo que no coincidimos. Ella me dice no podés haber no sentido nada, y yo, más allá de los dolores, no sentí nada.

A partir de esta información se constata la efectividad de la analgesia hipnótica como herramienta para el tratamiento de pacientes obstétricas. La entrevistada relata no haber sufrido durante el parto y no haber sentido dolor a partir del trabajo hipnótico llevado a cabo con Mario Pacheco. De esta manera se hace evidente el poder de la hipnosis, ya que con una sola sesión se lograron efectos muy intensos, y el hecho de que la paciente vaya a visitar a Mario Pacheco cada vez que él visita su ciudad habla del fuerte rapport generado durante el primer trabajo realizado.

E:- ¿Y vos lo atribuí a la técnica que practicaste con Mario?

P:- Sí, totalmente. Yo de un momento para el otro no sentía las piernas, es más, me tuvieron que atar las piernas porque yo las tenía tan pesadas que se me caían. Vienen los caños adelante (de la cama) y me ataron las piernas porque yo las tenía tan pesadas, no las sentía. Entonces me decían levantá la pierna, y no la podía levantar. No era tampoco que me dolía, no era un adormecimiento, no las sentía. No sentí dolor. Salvo en el último puje que hice, pero yo supongo que fue porque en ese puje salió Federico. Supongo que fue el dolor que me dijo “Dios, tenés que sentirlo para sentir a tu hijo”. Pero es algo asombroso, y es algo que le digo a todas mis amigas, que yo no sentí dolor, no me acuerdo de haber sentido un dolor tan tremendo. Por eso digo que sí, a mí me funcionó.

En esta respuesta comprobamos el intenso efecto de las sugerencias posthipnóticas impartidas por el terapeuta. La entrevistada alcanzó un nivel tal de disociación y anestesia con respecto a la parte inferior de su cuerpo, que no sólo no sintió dolor, sino que no podía mover sus propias piernas. Esto, sin duda, contribuyó a la reducción del dolor y a un mayor estado de relajación. Esta técnica descrita en el capítulo IV, fue acuñada por Donald Coulton y consiste en dividir el cuerpo en dos mitades: superior e inferior, incluyendo al útero en la mitad inferior. Esto otorga a la paciente la posibilidad de permanecer lúcida mientras que la parte inferior de su cuerpo se encuentra dormida a causa de la disociación.

E:- Si tuvieras que puntuar en una escala del 1 al 10 el dolor que sentiste en ese momento ¿cuánto sería?

P:- Por eso te digo, en lo que fue la transición, ponele un 4. El dolor lo sentía cuando venían las contracciones, pero no era un dolor tan insoportable como para gritar y pedir inyecciones. Es lo que recuerdo, y por ahí me dicen: bueno, es que después del parto te olvidás de todo. No sé si te olvidás de todo, porque yo recuerdo todo puntualmente, salvo el dolor. Por ahí no lo puedo explicar o no me

entienden, pero es así. Por eso te digo, un dolor lógico, que supongo que debe ser de un trabajo de parto normal, pero con cierta ayuda.

E:-¿Entonces te hicieron la técnica de levantar la mano? ¿La persona que te ayudó lo hizo de esta forma?

P:- Sí.

E:- ¿En qué momento?

P:- Y, debe haber sido... A ver... Federico nació a las 8 y yo me puse muy nerviosa como a las 5 de la tarde porque no dilataba. Después de que me hizo la técnica, debe haber pasado menos de una hora, y dilaté ahí nomás. Porque me iban supervisando: tenés 2, tenés 3; y de 4 no pasaba. En menos de una hora dilaté, obtuve la dilatación correspondiente para el parto. Es más, vino la enfermera para ver si yo estaba bien y dijo: no ya está; y me sacaron corriendo. O sea que fue también el tema de que yo estaba nerviosa y era lo que me impedía terminar de dilatar para poder entrar al parto.

Uno de los mayores beneficios de la hipnosis en el trabajo con pacientes obstétricas es su capacidad de disminuir los niveles de tensión y ansiedad y ayudar a la relajación. Probablemente en este punto la entrevistada haya empezado a utilizar sus aprendizajes inconscientes: observamos que cuando la paciente entra en trance por medio de la técnica hipnótica sugerida durante la sesión, inmediatamente obtiene el nivel de dilatación y relajación corporal necesario para el parto. A su vez, resulta importante destacar que durante la sesión hipnótica se había dispuesto el levantar la mano como señal para disparar las sensaciones de anestesia en la parte inferior del cuerpo. Este anclaje realizado por el terapeuta para que la paciente recapitulara el trance pudo ser llevado a cabo sin problemas con la ayuda de su hermana.

E:- ¿Qué conclusiones sacás de todo el trabajo realizado con Mario?

P:- Yo no sé si es conveniente o no, pero yo por ahí inconscientemente lo hago, me he dado cuenta. Como te dije antes, a mí me duelen mucho las piernas, y cuando me acuesto, no sé si es creíble o no, pero empiezo a respirar, a tranquilizarme un poco y me miro la mano y como que me tranquilizo. Porque yo empiezo a respirar pero nerviosa, viste cuando querés relajarte es cuando menos relajada estás porque estás pensando por qué te querés relajar. Y la respiración me ayuda a entrar en un clima pero no termino con la respiración. Y quiérase o no, me miro la mano y bajo la vista y ya como que me bajo, como que me desacelero un poco.

Conviene destacar que la entrevistada fue capaz de personalizar la técnica trabajada con el terapeuta y adaptarla a sus necesidades. Esto significa que el trabajo realizado con analgesia hipnótica no es extensivo exclusivamente a la situación propia en la cual se utiliza sino que además sus efectos son duraderos para cuando la persona lo requiera. Asimismo, se hace evidente el carácter duradero de las sugerencias posthipnóticas otorgadas por el terapeuta, ya que más de tres años después del trabajo realizado en relación al parto, la paciente sigue beneficiándose de los efectos de la técnica aprendida. En relación a esto, Erickson sostenía que las personas cuentan con recursos inconscientes y potenciales no reconocidos que es necesario enseñar a los pacientes a utilizar. En este caso se ha logrado este objetivo: la entrevistada ahora dispone de un método para relajarse y no sentir el dolor.

E:- Has aprendido a usar la técnica a tu manera.

P:- Claro.

E:- ¿Y la recomendarías para otras personas?

P:- Sí, inclusive lo he hecho. Desde que salí de la sala de parto, yo no lo podía creer. Por eso te digo, cuando yo fui iba creyendo pero no tanto, sabía que me iba a ayudar pero nunca pensé que tanto. Entonces, inclusive a mi hermana que ahora está embarazada le recomiendo eso, pero no hay quien se lo pueda hacer,

o como nos funcionó con Mario como que le tenemos cierta confianza. Él justo vino pero mucho tiempo antes. Y ella todavía ni sabía que estaba embarazada. Pero a ella le gustaría practicarlo, experimentarlo. Pero sí lo recomiendo porque a mí en ese momento, me acuerde o no, me ayudó. O sea, yo recuerdo que sí me ayudó. Ahora, físicamente, lo único que me acuerdo es que no podía sostener las piernas, por qué no sé. La explicación que le doy es que me sirvió, no sentía dolor de acá para abajo, de la cintura para abajo.

Los resultados del trabajo hipnótico realizado son sumamente alentadores: se ha logrado reducir las sensaciones de dolor durante el parto, la paciente expresa sentirse satisfecha y que ha recomendado este método a otras personas. De esta manera, cumplió con su objetivo de tener un parto natural y sin complicaciones.

E:- Bueno Maria Esther, muchas gracias por tu tiempo.

P:- De nada.

Fin de la entrevista.

CONCLUSIONES

Conclusiones

El objetivo que guió este trabajo fue profundizar en el conocimiento que se tiene acerca de la hipnosis en general y de la analgesia hipnótica en particular. A partir del trabajo llevado a cabo se fue avanzando en función de este propósito, derivando en interesantes resultados.

De acuerdo al material obtenido en la entrevista con la paciente, se pudo constatar la efectividad de la analgesia hipnótica como método para el tratamiento del dolor en parturientas. La entrevistada comunica no haber sentido dolor durante el parto, y atribuye esto al trabajo hipnótico realizado con Mario Pacheco.

El enfoque hipnótico empleado por el terapeuta en el caso analizado es el enfoque de utilización o naturalista de Erickson, que aboga por un acercamiento *hecho a medida* del paciente, trazando el abordaje hipnótico de acuerdo a la particular visión del mundo de cada individuo. En este enfoque permisivo, el hipnoterapeuta debe reconocer el funcionamiento peculiar del sujeto, el cual constituye la base para el desarrollo del trance.

En la inducción correspondiente a nuestro caso, se comenzó con preguntas específicas indagando acerca de los esquemas y preconceptos de la paciente, para posteriormente aprovechar este material en el momento de construir las sugerencias hipnóticas.

Asimismo, se trabajó con *lenguaje indirecto*, que a través de sugerencias complejas o encubiertas, logra eludir las críticas de la mente analítica consciente, pudiendo acceder más fácilmente a la mente intuitiva inconsciente y sus “potenciales no reconocidos”. La paciente relata que tiene un recuerdo parcial de lo sucedido en el momento del parto, pero sabe que no sintió dolor. Esto evidencia la capacidad de la mente inconsciente para controlar el dolor y el poder del lenguaje hipnótico para generar un aprendizaje inconsciente. En este sentido,

observamos que la paciente relata que no sintió sus piernas en el momento del parto pero no puede explicar cómo sucedió este fenómeno.

Desde el enfoque de Erickson, la mente puede estar activa simultáneamente en dos tareas completamente separadas e independientes, una en un nivel consciente y otra en un nivel inconsciente. Del mismo modo, Erickson sostenía que se podía activar los recursos inconscientes del paciente, y utilizar sus potenciales no reconocidos para evocar fenómenos hipnóticos y respuestas terapéuticas. Los resultados obtenidos parecen respaldar esto: la paciente entró en trance hipnótico durante la internación, antes del parto, sin alcanzar a percatarse de ello, lo que indica la presencia de procesos inconscientes actuando en ella. Al mismo tiempo, se encontraba despierta y alerta pero no sentía la parte inferior del cuerpo, es decir que el terapeuta cumplió su objetivo de suscitar capacidades no reconocidas como la analgesia y la disociación.

A la luz de estos hallazgos, los distintos fenómenos hipnóticos como las alucinaciones hipnóticas, la disociación, la amnesia y la analgesia cobran un carácter esencial en el trabajo clínico con hipnosis. Desde el punto de vista del enfoque naturalista, el terapeuta evoca estos fenómenos en el paciente que son de ocurrencia normal en la vida cotidiana, y los utiliza para ayudar a alterar la pauta que mantiene el problema del cliente; o suministrar experiencias que ayuden al cliente a recuperar sus propios recursos naturales.

En nuestro caso, se trabajó con numerosos fenómenos hipnóticos para lograr que la paciente viviera la experiencia del parto de la manera más placentera posible. Se puede inferir a partir de la entrevista que aquellos que se presentaron con más potencia durante el parto fueron la analgesia (y anestesia) y la disociación. Ella comunica que no sintió dolor en ese momento. Hilgard postula al respecto que la disociación es el fundamento del trance hipnótico, al cual define como “conciencia dividida”.

Resulta importante destacar que estos fenómenos, a pesar de representar capacidades sumamente valiosas para el ser humano, no están normalmente desarrollados, por lo que no se aprovecha su verdadero potencial. Como se ha podido mostrar, el trabajo con hipnosis permite enseñar al paciente a utilizar estas experiencias en pos de su propia salud.

Podemos observar que la paciente adaptó la técnica de analgesia hipnótica a sus necesidades y continuó utilizándola para calmar sus dolores de piernas una vez que ya había verificado su efectividad en el parto. Mirando su mano ella puede recuperar estas sensaciones y relajar sus piernas para no sentir esa sensación de incomodidad. En estos momentos se podría decir que la paciente entra en lo que Ernest Rossi denominó el “trance común de cada día” y demuestra el alcance en el tiempo de las sugerencias posthipnóticas. La entrevistada puede recurrir a su propia analgesia cada vez que la necesita, más allá de la situación de parto.

Asimismo, la información obtenida a partir del análisis del caso apoya la teoría del “aprendizaje dependiente del estado” de este mismo autor, que explica que aquello que se aprende en un estado de activación psicofisiológica (por ejemplo la experiencia de trance) es recuperado cuando están presentes nuevamente las señales internas y del contexto que estuvieron presentes en la experiencia original; lo cual lleva al sujeto a experimentar, entonces, un nuevo trance hipnótico. A partir de sugerencias posthipnóticas, el terapeuta enlazó una señal (levantar la mano) con la entrada al trance hipnótico y la disminución de las sensaciones provenientes de la parte inferior del cuerpo, lo que conllevó a una consecuente reducción del dolor. Gracias a esto, la paciente pudo recuperar en el momento del parto un estado hipnótico equivalente o superior al alcanzado en la sesión. Y mirando su mano puede lograrlo cada vez que lo necesite.

A su vez, a partir de lo trabajado, merecen especial atención los aportes de Joseph Barber, quien diferencia entre los componentes sensorial, afectivo y de comportamiento del dolor. Se ha descubierto que el dolor percibido por el paciente

está íntimamente ligado a lo que éste significa para él. De esta manera, cuando el dolor se encuentra asociado a una situación positiva, como sucede en nuestro caso, resulta más fácil modularlo para que no sea percibido como amenazador.

Resulta sumamente importante trabajar con la motivación, tomando los aspectos subjetivos del dolor y entendiéndolo como una experiencia codificada y memorizada por el individuo que trasciende la mera percepción de impulsos sensoriales. En la entrevista se puede apreciar la buena predisposición de la paciente en relación al trabajo de analgesia hipnótica y su deseo de tener un parto natural, esto influyó definitivamente en el éxito del tratamiento.

La analgesia hipnótica ha demostrado ser efectiva para modular tanto el componente afectivo como el sensorial del dolor, como hemos podido observar. A través de la hipnosis, el terapeuta puede enseñar al paciente a cambiar el significado que le está otorgando a su dolor y de este modo, puede comenzar a percibirlo como menos amenazante o más controlable.

El valor fundamental de la analgesia hipnótica está relacionado con su capacidad para reducir o eliminar el dolor y para otorgarle al paciente el control de la situación por la que está transitando. Al mismo tiempo, de acuerdo a lo estudiado, la analgesia hipnóticamente inducida no presenta efectos colaterales negativos, facilita otros tratamientos que pueda estar recibiendo el paciente y resulta considerablemente más barato que otros tratamientos similares. En nuestro caso bastó con una sesión de hipnosis y un poco de entrenamiento en la técnica para obtener los resultados deseados.

La analgesia hipnótica aporta numerosas herramientas para trabajar con pacientes obstétricas, permitiendo disminuir la cantidad de analgesia química, reducir los miedos y ansiedades, controlar las contracciones y facilitando una recuperación más rápida. De esta manera, las pacientes son capaces de vivir el parto con un mayor sentimiento de control y satisfacción, minimizando los elementos estresantes para que toda la experiencia sea lo más placentera posible.

Para concluir, se podría decir que tanto la hipnosis en general como la analgesia hipnótica en particular representan herramientas sumamente valiosas para el trabajo terapéutico, permitiendo abordar una multiplicidad de problemas de diversa índole. La hipnosis permite al terapeuta acceder a capacidades y habilidades que el paciente no conocía como por ejemplo la capacidad para controlar su propio dolor. Es interesante destacar que si bien Erickson desarrolló el enfoque naturalista en la década de los 50, tiene absoluta concordancia con lo que se está trabajando en psicología en el día de hoy, es decir, enfocarse en los recursos y potenciales de las personas en lugar de las carencias y déficits.

Este trabajo intenta ayudar a abrir el camino de la hipnosis para dejar atrás los mitos e ideas erróneas que la rodean. Cuando se conozca en profundidad la naturaleza de esta herramienta y de este modo se pueda aprovechar todo su potencial, la psicología habrá dado un paso fundamental en su evolución.

BIBLIOGRAFÍA

- ADAMS, D. y cols. (2007) Hypnosis for Childbirth: a Retrospective Comparative Analysis of Outcomes in One Obstetrician's Practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*. Oct. 2007.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- APARICIO SANZ, L. (2009) Hipnosis y deporte. Disponible en: <http://medicablogs.diariomedico.com/reflecciones/2009/04/25/hipnosis-y-deporte/>
- Apuntes de Clase del Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la UDA. 20 de Septiembre del 2009.
- Apuntes del Posgrado de Psicoterapia Breve con Orientación Ericksoniana (2009). Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua.
- ARBUES, E. y LÓPEZ, E. (2009) Pautas Alternativas en el Tratamiento del Dolor en el Parto de Bajo Riesgo. *Nure Investigación*. Nº 41, Julio- Agosto, pp. 1-9.
- BARBER, J. (1996) Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión. Una guía clínica. Sevilla: Descleé de Brower.
- BELLO CÁMARA, M. P. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. *Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias (SAMIUC)*. Obtenido el 20 de Noviembre de 2009. Disponible en <http://www.uninet.edu>

- BERRIOS LLAVER, P. S. (2005) Dolor crónico y psicología. *Evaluación de estrategias de afrontamiento y locus de control en pacientes con dolor crónico*. Mendoza: Universidad del Aconcagua
- BOWERS, K. & MILLER, M. (1986) Hypnotic Analgesia and Stress Inoculation in the Reduction of Pain. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 95, N° 1, pp. 6-14.
- BRAVO, J. (1998) *Redescubrimiento de la hipnosis en terapia*. Seminario. Facultad de Psicología. Mendoza: UDA.
- CARDEÑA, E. (2004) Hypnosis for the relief and control of pain. Contribution to psychology matters. Obtenido el 20 de Enero del 2010. Disponible en: www.psychologymatters.org/hypnosis_pain.html
- CATENA, A. (1994) Fenómenos asociados a la hipnosis I: involuntariedad hipnótica, lógica del trance y alteraciones perceptuales. *Psicología Conductual*. Vol 2, N°1, p 71-89.
- CRAWFORD, H. (1999) La Naturaleza de la Analgesia Hipnótica: Bases y Evidencias Neurofisiológicas. *Anales de Psicología*, Vol 15, N° 1, pp. 133-146.
- DAGNIANO, J. (1994) Definiciones y Clasificaciones del Dolor. *Boletín de la escuela de Medicina*. Universidad Católica de Chile. Vol. 23, N° 3
- DERDERIAN, T. (1998) Historia del tratamiento del dolor. *Revista El Dolor*, Año 6, n° 26, 6-9
- DOMINGUEZ, B. (2007) Analgesia Hipnótica en el Dolor Crónico. *Revista Iberoamericana del Dolor*, N° 4.
- DOMÍNGUEZ TREJO, B. (2007) Analgesia Hipnótica en el Dolor Crónico. *Revista Iberoamericana del Dolor*. N° 4, p. 27.

- El Dolor. Disponible en: <http://www.lacer.es>
- ERICKSON, M. y ROSSI, E.L. (1979) *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
- ERICKSON, M. y ROSSI, E. (1980) *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. IV: Innovative Hypnotherapy*. New York: Irvington.
- FÉLIX LÓPEZ, G. A. (1997) Utilización de la Hipnosis para el Manejo del Dolor. *La Ciencia y el Hombre*, Mayo-agosto, Nº 26, pp. 111-120. Obtenido el 26 de Noviembre del 2009. Disponible en: <http://148.226.9.79:8080/dspace/bitstream/123456789/5372/1/199726P111.pdf>
- FERNÁNDEZ-TORRES, B; MÁRQUEZ,C. y de las MULAS, M. (1999) Dolor y enfermedad: evolución histórica I. De la Prehistoria a la Ilustración. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 6(4). p.282
- FRANCO, A. (1999) El Dolor en la Historia. *Revista Española del Dolor*. Nº 6, pp. 261-262
- GONZÁLEZ ORDI, H. (2005) El Empleo de las Técnicas de Sugestión e Hipnosis en el Control y Reducción del Dolor: Implicaciones para la Psicooncología. *Psicooncología*, Vol.2, Nº 1, pp. 117-130.
- GUTIERRES GIRALDO, G. y CADENA AFANADOR, L. (2001) Breve Reseña histórica sobre el estudio del dolor. *Medunab*; 4(10), p.2.
- HILGARD, E. y HILGARD, J. (1990) *La hipnosis en el alivio del dolor*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hipnosis Clínica: Honor Roll. Disponible en: http://www.hipnosisclinica.biz/hipnosis_foro/viewtopic.php?f=47&t=2182

- Hipnosis y Dolor. Disponible en http://es.wikipedia.org/wiki/Hipnosis#Hipnosis_y_dolor
- IASP Pain Terminology. Disponible en: www.iasp-pain.org
- KERSHAW, C. J. (1992) La danza hipnótica de la pareja. Creación de estrategias ericksonianas en terapia conyugal. Buenos Aires: Amorrortu.
- KIHLLSTROM, J. (2003) The Fox, the Hedgehog and Hypnosis. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, N° 51, pp. 166-189. Obtenido el 2 de Diciembre del 2009. Disponible en: <http://socrates.berkeley.edu/~kihlstrm/sceh99.htm>
- KING, B. y cols. (2001) Hypnosis as an Intervention in Pain Management. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Vol. 5, pp. 97-101.
- LANKTON, C. (1985) en PACHECO, M. (1997) La realidad de las realidades hipnóticas. *Revista de Terapia Psicológica*, Año XV, Vol. VI(4), N° 28, 47-65.
- LOESER, J. (2000) The future: "Will pain be abolished or just pain specialists". *Pain Clinical Updates*; 8(6). Disponible en <http://www.iasp-pain.org/PCU00-6.html>
- MADARIAGA, J. y PACHECO, M. (1998a) Hipnoterapia Ericksonina. Nivel Intermedio: Fenómenos Hipnóticos. (2ª edición). Instituto Milton H. Erickson de Santiago de Chile.
- MARDONES, M. I. (2009) Desarrollo de la hipnosis. Disponible en <http://www.psicomisabel.cl/hipnosis.html>
- MARTIN, A.; RAI, S. & SCHAUBLE, P. (2001) Effects of Hypnosis on the Labor Processes and Birth Outcomes of Pregnant Adolescents. *Journal of Family Practice*. N° 12. Mayo.

- MOIX, J. (2002) La Hipnosis en el Tratamiento del Dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Nº 9, pp. 525-532.
- MUÑOZ, E. (2006) Dolor Crónico y Analgesia Hipnótica. *Boletín El Dolor*, Nº 15, pp. 34-40.
- OCHOA, M. (2003) Tesis de grado sobre la hipnosis. México: Instituto Universitario Valle Continental.
- O'HANLON, W. (1993): Raíces profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Editorial Paidós
- O'HANLON, B. y WEINER – DAVIS, M. (1993) En Busca de Soluciones: Un Nuevo Enfoque de Psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
- PACHECO, M. (1996) Hipnoterapia Estratégica II: Construyendo sugerencias hipnóticas. Módulo VI. Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la UDA.
- PACHECO, M. (1996) Acerca de las miradas y las teorías del hipnotismo y la hipnosis. Instituto Milton H. Erickson, Santiago de Chile.
- PACHECO, M. (1997) La realidad de las realidades hipnóticas. *Revista de terapia psicológica*, Año XV, Volumen IV(4), nº 28, pp. 47-65.
- PACHECO, M. (1998) *Manejo Hipnótico del Dolor*. Santiago de Chile: Instituto Milton H. Erickson de Santiago
- PACHECO, M. (1999) Incorporación de la terapia hipnótica en el manejo del dolor. *El Dolor*. Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, Año 7, Nº 28, pp. 10-17.
- PACHECO, M. (2009) Seminario sobre Fenómenos hipnóticos. Postgrado de Psicoterapia breve con orientación ericksoniana dictado en la Universidad del Aconcagua.

- PACHECO, M. Sistematización de la hipnosis ericksoniana. Disponible en: http://www.iacat.com/Revista/recrearte/recrearte06/Seccion6/hipnosis_ericksoniana.pdf
- PATTERSON, D. & JENSEN, M. (2004) Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, Vol. 129, pp. 495-521.
- PROCTER, H. G. (2002) (comp.) Escritos esenciales de Milton H. Erickson, vol 2. Paidós: Buenos Aires.
- Programa del Primer Congreso Sudamericano de Hipnosis. Disponible en: http://www.hipnosur.com/es/temas_sugeridos.php
- ROMERO SALINAS, G. (2006) El dolor y su significado a través de la historia. *Enlace, Expresiones de la Sociedad Civil*, Año 4, nº 4. Disponible en http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/UAOS-Rev4/el_dolor.html
- ROMEU, J. Hipnosis médica. Obtenido el 14 de noviembre de 2009: <http://drromeu.net/hipnosis.htm#Historia>
- SAMANO ITURRIA, J. A. y Cols (1996) El recurso de la hipnosis ericksoniana en anestesiología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, Nº 19, p. 37-44.
- VILLAGRÁN BECERRA, M. (2002) El Parto Natural Genera un Trance Hipnótico que Controla el Dolor. *Revista Ob Stare*. Nº5, pp. 6-14.
- WATZLAWICK, P. (1986) El Lenguaje del Cambio. Barcelona: Herder.
- YAPKO, M. (1990) Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis. Nueva York: Brunner - Routledge
- YAPKO, M. (1999) Lo esencial de la hipnosis. Barcelona: Paidós.

