

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/260079250>

LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO Y ALIVIO DEL DOLOR

Book · January 2010

CITATIONS

0

READS

4,265

1 author:



Marta Martín

Universidad Cooperativa de Colombia

91 PUBLICATIONS 110 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Recursos para la investigación formativa en Psicología [View project](#)



Psychosocial factors in musculoskeletal pain in older adults. Factores psicosociales en el dolor osteomuscular en adultos mayores [View project](#)

**LA HIPNOSIS EN EL ALIVIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR.
TEXTO PRÁCTICO PARA ESTUDIANTES Y PROFESIONALES**

Dra. Marta Martín Carbonell

AGRADECIMIENTOS:

A Antonio Capafons Bonet, quien más que asesor técnico, considero coautor de este libro, aunque su modestia le impida aceptarlo. Si algún mérito tiene este texto, en gran parte se debe a su minuciosa y sabia revisión.

A mis compañeros cubanos, médicos y psicólogos, con los que he tenido la suerte de colaborar; a aquellos que han estimulado mis primeros pasos en este apasionante campo de la psicología del dolor y la hipnosis, y a quienes como discípulos, me han brindado la oportunidad de aprender. También a los numerosos colegas de Iberoamérica que me han abierto generosamente las puertas para la colaboración científica y la amistad.

Un lugar especial en mi gratitud lo ocupan mis pacientes, que a lo largo de los años me han enseñado más que los libros de texto. A ellos dedico este esfuerzo.

La tarea de escribir este libro ha requerido sobretodo de la tolerancia y ayuda de mi familia; para ellos mi agradecimiento y amor.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>Prólogo</i>	5
Capítulo 1. Aspectos históricos del uso de la analgesia hipnótica	7
Capítulo 2. ¿Por qué es eficaz la hipnosis para el tratamiento del dolor? Mecanismos explicativos	
2.1. ¿Es realmente eficaz la hipnosis para el control del dolor?	21
2.2. Definición de dolor y modelos explicativos	24
2.3. Principales aportes de la psicología a la comprensión del dolor	28
2.4. Definiciones de hipnosis	34
2.5. Teorías acerca de la hipnosis	36
2.6. Fenómenos hipnóticos	47
2.7. La sugestionabilidad hipnótica	60
2.8. Mecanismos explicativos de la eficacia de la hipnosis en el control del dolor	63
Capítulo 3. La hipnosis en la atención psicológica al dolor	
3.1. Clasificaciones del dolor y sus repercusiones para la atención psicológica	71
3.2. La intervención psicológica en el contexto de la atención multidisciplinaria	76
3.3. Las Clínicas del dolor	79
3.4. Particularidades de la atención psicológica a las personas con dolor crónico	85
3.5. Particularidades de la atención psicológica al dolor en el adulto mayor	88
3.6. Particularidades de la atención psicológica en pacientes con cáncer y terminales	91
3.7. Particularidades de la atención psicológica a los pacientes que están en procedimientos médicos cruentos	95
3.8. Particularidades de la atención psicológica en Obstetricia y Ginecología	100
Capítulo 4. Evaluación y Tratamiento Psicológico Del Dolor	
4.1. Objetivos y principios de la evaluación psicológica en la atención al dolor	103
4.2. Instrumentos de evaluación	105
4.3. Objetivos y principios de las intervenciones psicológicas en la atención al dolor	118
4.4. Técnicas psicológicas en el tratamiento del dolor	123
Capítulo 5. Cuestiones generales en el uso de la hipnosis	
5.1. Criterios para la selección de la hipnosis en la atención al dolor	125

5.2.	Técnicas para optimizar la comunicación terapéutica	136
5.3.	Evaluación de la sugestionabilidad hipnótica	142
5.3.1.	Procedimientos no estructurados para la evaluación de la sugestionabilidad.	144
Capítulo 6. Técnicas Hipnóticas		
6.1	Procedimientos basados en la inducción de un estado hipnótico	149
6.1.1	La inducción en la hipnosis estructurada	149
6.1.1.1.	Método del pestañeo sincronizado	151
6.1.1.2.	Procedimientos basados en la inducción de relajación	153
6.2.	El enfoque de utilización, naturalístico o hipnosis ericksoniana.	157
6.3.	Técnicas de hipnosis despierta	162
6.3.1.	Terapia de Auto-Regulación Emocional (TEARE)	163
6.3.2.	Auto-Hipnosis Rápida (AHR)	167
6.4.	Otras técnicas afines	170
6.4.1.	EMDR	170
6.4.2.	El Entrenamiento Autógeno	172
6.4.3.	Flujo respiratorio dirigido (FRD) (<i>Autores: Marta Martín Carbonell y José Carlos García Jacomino</i>)	185
6.5.	Sugestiones específicas y fenómenos hipnóticos que pueden usarse para el control del dolor	192

Prólogo

Hace ya muchos años que conocí a la Dra. Marta Martín. Pululaba por el departamento universitario donde ejercía, y ejerzo, mi labor docente e investigadora en la Universitat de València, aprendiendo de todos, y sobre todo lo que podía. El mérito de la Dra. Martín fue que, en aquel tiempo, ya no era una becaria, ni tampoco una profesora, investigadora o psicóloga de la salud principiante que iniciaba su andadura por esas lides. No, era una profesional e investigadora de reconocidísimo prestigio en su país, Cuba, pero también fuera de él, tanto en Europa como en Latino América. Era sorprendente la humildad, el afán de actualizar su conocimiento, y la capacidad para encontrar aplicaciones a todo lo que aprendía, fuera teórico o experimental, y la facilidad para asimilar y poner en práctica nuevos y difíciles procedimientos de intervención, facilidad que sigue mostrando en la actualidad.

Satisfactorio ha sido para mí el haber podido mantener desde ese inicio un contacto estrecho con ella, aprendiendo de su saber-hacer-saber-estar, mucho más que de la mayoría. Sus estancias en España las ha dedicado, en buena medida, a consolidar líneas de investigación, cuyos resultados se publican en revistas de altísimo prestigio (como el *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*). Pero, sobre todo, ha dedicado tales permanencias en España a actualizar sus conocimientos en las ramas del saber que le interesan, la metodología y análisis estadísticos incluidos, combinado ciencia y profesión como pocas personas saben hacer.

Puede decirse de la autora de este libro que, probablemente, es una de personas que más sabe en todo el mundo hispanoparlante sobre la hipnosis científica y sus aplicaciones, no sólo al dolor, si no a la Psicología de la Salud en general. La Dra. Martín como psicóloga de la salud, compagina a la perfección el saber de la hipnosis experimental y científica, con conocimientos profundos sobre Psicología Clínica y de la Salud, y, lo que todavía es más infrecuente, con una pericia y destreza profesional envidiables.

Por todo ello, para mí es una satisfacción prologar un libro que integra el saber experimental sobre la hipnosis y el dolor, la aplicación clínica de tal conocimiento, y

una redacción amena, clara y didáctica, que seguro imantará al lector de forma que será difícil encontrar el momento para dejar de leer tantas e interesantes ideas, y formas prácticas de actuar en casos concretos.

La idea de publicar el libro en España para, desde aquí, proyectarlo al resto del mundo, fue de la propia autora. Ella insistió en que yo fuera co-autor del libro, ya que desde su infinita generosidad, identificó mis comentarios y asesoría técnica (de las cuales todo autor que pretenda ser riguroso debe proveerse) con la labor de un verdadero co-autor. Pero ciertamente el libro está escrito sólo por ella, y expresa sólo sus ideas y experiencia. Ha sido escrito con el tremendo esfuerzo que únicamente personas como la Dra. Martín puede ejercer, con su excelente saber hacer, como investigadora y como profesional de la Psicología de la Salud.

Por ello, le agradezco que me permitiera prologar este volumen que, a buen seguro, marcará un hito en su país dentro del campo de la hipnosis y del dolor, ayudando al resto de los hispano lectores, a iniciarse y perfeccionarse en este campo fascinante de la sugestión hipnótica aplicada al alivio y afrontamiento del dolor.

Dr. Antonio Capafons

Universitat de Valencia (España)

Abril de 2010

CAPÍTULO 1: ASPECTOS HISTÓRICOS DEL USO DE LA ANALGESIA HIPNÓTICA

Resulta sorprendente que, a pesar de que desde los inicios de la humanidad se han estado utilizando exitosamente influencias psicológicas para el control del dolor, el uso de la hipnosis con fines analgésicos hoy todavía sea discutido y hasta negado tanto por especialistas como por legos, e incluso que resalte como noticia curiosa en los periódicos. No es objetivo de este epígrafe abordar la historia de la hipnosis, sobre la cual el lector interesado podrá encontrar abundantes análisis y referencias en los numerosos textos que existen sobre este tema, pero sí considero importante resaltar momentos axiales de la historia del uso de la hipnosis para la analgesia, ya que ellos nos ayudan a comprender el por qué del escepticismo y la desinformación que existe al respecto en la actualidad.

Uno de los factores que explican esta situación es que la propia hipnosis resulta un asunto polémico, aunque paradójicamente, sea uno de los que más interés despierta entre los profesionales de la salud y la propia población. Mitos y prejuicios a lo largo de los años han permeado a la hipnosis, dotándola de atributos de esoterismo, magia, peligrosidad, etc. El hecho de que la hipnosis (o trucos de teatro que son llamados hipnosis) sea utilizada como espectáculo, ha contribuido, y contribuye a incrementar especialmente estos prejuicios. Entre los propios profesionales de la salud pueden existir temores a practicar la hipnosis, ya sea porque compartan los prejuicios anteriormente mencionados, o porque tengan otros, como el creer que la hipnosis es intrínsecamente peligrosa, que se necesita de dotes especiales para practicarla, que requiere mucho tiempo, o que es privativa de determinadas profesiones o especialidades (la Psicología o la Psiquiatría por regla general).

Como planteara Hull (1930-31) en un artículo pionero: *“Debería recordarse que Mesmer fue contemporáneo de B. Franklin. Durante el período de un siglo y medio desde que Franklin hizo su experimento (1752), la electricidad se ha desarrollado como una de las ciencias exactas y cuantitativas que existen. Después de aproximadamente el mismo período (Mesmer propuso su teoría del magnetismo animal en 1775) encontramos que el hipnotismo en mayor parte se ha quedado en manos de charlatanes y monjes místicos”*.

Especialmente la analgesia hipnótica, como plantean Chaves y Dworkin (1997), es uno de los tópicos que resulta más dramático y misterioso; y es uno de los argumentos que se esgrimen para fundamentar la visión de la hipnosis como un estado de consciencia especial, asociado a mitos como el del “poder del hipnotizador”, el de la “pérdida de la voluntad y el control de la persona hipnotizada”; o los dos peligros que más se le atribuyen a la hipnosis, como el temor a quedarse “enganchado” y no poder salir de ese estado, y el temor a que la hipnosis pueda provocar algún tipo de trastorno psíquico, alteración emocional o activación de patologías “latentes”.

Por otra parte, la mayoría de los autores cuando abordan el tema del desarrollo histórico de la hipnosis, establecen su origen en los albores de la historia y lo asocian a prácticas de tipo mágico–religioso que tenían algún tipo de consecuencia terapéutica. En muchos textos sobre hipnosis se encuentran referencias que atribuyen a los asirios y babilonios (5.000 años A.C.) el uso de métodos hipnóticos en sus prácticas terapéuticas. También se mencionan a las culturas hebrea, hindú, china y japonesa, como herederas de prácticas que combinan la relajación, la concentración, la quietud, sonidos rítmicos y palabras para lograr reacciones sanadoras en el cuerpo y la mente (Martínez-Perigod y Grenet, 1985)

Se han conceptualizado como métodos primitivos de inducción hipnótica el uso del canto rítmico, la música, el baile, palmadas monótonas, toques de tambor, etc. Se asume que generalmente tienen como finalidad favorecer los estados místicos y el éxtasis religioso (García, en preparación). Muchas de esas prácticas mágico-religiosas se mantienen en la actualidad, lo que sin duda ha contribuido a la mistificación de la hipnosis; y están particularmente vigentes en la cultura latinoamericana. Un ejemplo podemos encontrarlo en los rituales de la santería cubana. Durante la celebración del rito, los adoradores invocan los espíritus con tambores, bailes, cantos y banquetes. Cada danzante se comporta entonces de una forma característica respecto al espíritu de la posesión y, mientras permanece en trance, puede realizar curaciones y proporcionar consejos. No obstante, todo esto es muy polémico, y diversos autores rechazan de plano cualquier comparación de la hipnosis con tales métodos y rituales, en la medida en que éstos reflejan pautas culturales y funciones ceremoniales con funciones bien diferentes a las de la hipnosis actual (Spanos y Chaves, 1991). Nótese que el término “trance” que se

usa por diversos autores como sinónimo de estado hipnótico, también es utilizado para describir el estado de éxtasis místico, descrito en múltiples textos religiosos.

Sin embargo, un momento importante para intentar una explicación científica de la hipnosis suele situarse en el advenimiento de los trabajos de Franz Anton Mesmer [1734 -1815), en Viena, quien en 1779 expuso sus creencias con la publicación de su *Memoria sobre el descubrimiento del magnetismo animal* según la cual, existe un fluido sutil en el universo que actúa como un medio de unión entre los hombres, entre éstos y la tierra; y entre la tierra y los demás cuerpos celestiales. La enfermedad se originaría por una desigual distribución del fluido en el cuerpo humano y la recuperación se obtendría al restaurar el equilibrio. Mediante técnicas especiales ese fluido podría ser canalizado, almacenado y transmitido a otras personas, con el objeto de provocar "crisis" y curar las enfermedades por medio de "pases de manos magnéticos o energéticos". Mesmer sostenía que el magnetismo obedecía a leyes similares a las de la electricidad, y, por esa razón, pensaba que tal fluido poseía polos, corrientes, descargas, conductores, aisladores y acumuladores, e ideó la "cubeta (baquet) magnética", para concentrar el fluido y poderlo aplicar en grupos de enfermos. Utilizó sus técnicas para el tratamiento del dolor, entre otros trastornos (Chaves y Dworkin,1997).

En 1785 se pidió al gobierno francés que nombrara varias comisiones de investigación compuestas por médicos y científicos, cuyos informes fueron desfavorables para su teoría y su práctica. Así terminó la carrera de Mesmer, quien se fue de Francia llevando consigo una fortuna que había "atraído magnéticamente" (García, en preparación). Sin embargo, Mesmer se inmortalizó y se convirtió en el eslabón histórico que enlaza las teorías antiguas y modernas del estado hipnótico. Llamó la atención del mundo occidental de la época hacia la existencia de un modo terapéutico que antes sólo estuvo reservado para sacerdotes, hechiceros y magos. A partir de aquí, puede rastrearse en la literatura científica el interés por el uso de la hipnosis para el control del dolor.

Entre otras figuras destacables del "mesmerismo", se halla el abate *José Custodio de Faria* (1756-1819) quien abrió en París un gabinete de magnetizador, donde inició un curso público de "sueño lúcido", cambiando la manera en que la historia miraba al magnetismo. Retiró los imanes, varas de hierro, tubos de roble y la música y re-descubrió (ya que antes lo había descubierto la segunda comisión de investigación sobre Mesmer) que el mesmerismo no tenía nada que ver con fuerzas

externas actuando sobre la persona, sino con cuan receptivo era a la técnica de inducción. Se opuso al mesmerismo y al concepto de fluido magnético. Su sueño lúcido era una especie de sugestión terapéutica al cual le veía aplicaciones para la anestesia quirúrgica. Para él, sólo algunos individuos eran susceptibles de adormecerse artificialmente, y los llamó *epoptes* naturales (del griego *epopte* = el que ve todo al descubierto). En 1816 fue víctima de una burla pública, y se consagró a la redacción de su tratado *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme*, cuya publicación pasó inadvertida. Más tarde, Bernheim, Gilles de la Tourette y Janet, sabrían reconocerle su papel como predecesor del método de la hipnosis por sugestión (García, en preparación).

También entre los reportes tempranos del uso del “mesmerismo” para el control del dolor, sobresalen los trabajos de John Elliotson (1791–1868) y de James Esdaile (1808-1859). Elliotson era profesor de medicina del University College Hospital de Londres. Había estudiado mesmerismo con un discípulo del Abate Faria y experimentó con el “sueño magnético” para la cirugía mayor en numerosos casos. Fundó una revista, “The Zoist” y un hospital mesmérico (Gezundhajt, 2007). El cirujano James Esdaile (1808-1859) fue colaborador de Elliotson en esta revista. En 1845, estando a cargo de un hospital en la India, fue pionero en el uso de la analgesia quirúrgica mediante el “memerismo”, coincidiendo con el descubrimiento del cloroformo. Un comité gubernamental valoró favorablemente su trabajo, por lo que ganó el aprecio de la población nativa. La proporción de mortalidad para la cirugía mayor en ese momento era aproximadamente de 50 %; pero en las 161 operaciones hechas por el Dr. Esdaile, usando técnicas hipnóticas, la mortalidad bajó a sólo el 5%, sin ningún caso de complicaciones como resultado inmediato de la cirugía (García, en preparación) Publicó el panfleto “*The Introduction of Mesmerism as an Anaesthetic and Curative Agent into the Hospitals of India*” pero a pesar de su éxito, tropezó con la oposición de los partidarios del cloroformo y de la Iglesia (Gezundhajt. 2007), probablemente porque sus informes también fueron exagerados, tal y como demostro el propio comité gubernamental (Chaves y Dworkin,1997).

El debate entre la anestesia farmacológica y la hipnótica fue especialmente agudo en esta época porque tenía como telón de fondo la “batalla de ideas” entre la naciente modernidad y el pensamiento medieval. Con respecto al dolor, en la alta Edad Media se tenía una concepción dual pues era visto como medio de castigo y

redención. Desde la profesión médica, también había ambivalencia sobre si debía intentar su alivio durante una intervención quirúrgica, ya que las quejas y referencias del paciente servían de guía para la intervención (Chaves y Dworkin, 1997).

La victoria de la anestesia farmacológica sobre la hipnótica se debió más a consideraciones políticas que científicas, pues al inicio no había evidencias claras de la anestesia inhalante; y tanto el mesmerismo como el óxido nitroso fueron utilizados de manera teatralizada y como espectáculos circenses (Rey, 1993). Como plantean Chaves y Dworkin (1997) *“El pivote de estas consideraciones políticas se relacionaba con las implicaciones de estos métodos para la naturaleza de la relación médico-paciente”* (p. 7).

En esencia, tal como indican estos autores, el éxito de la anestesia inhalante se podía medir de manera más “objetiva” que el de la anestesia mesmérica, que depende del reporte del paciente, algo que al gremio de los médicos le interesaba pues reforzaba su posición de poder. Este interés se ha mantenido hasta nuestros días, y se evidencia en la búsqueda de indicadores psicofisiológicos de la anestesia hipnótica, sobre todo en el campo de la investigación

El “sueño lúcido” de Farias culminó con la hipótesis de Braid del “sueño nervioso”. Fue John Braid a quien muchos consideran como el “padre” de la Hipnosis científica, quien propuso el término hipnosis que se deriva del nombre del dios griego Hipnos, que significa sueño. Como Braid era reconocido por la profesión médica, la hipnosis ganó respetabilidad. Fue el primero en proponer un método de auto-hipnosis para el alivio del dolor basado en la fijación de la mirada (Weitzenhoffer, 1989)

De 1880 en adelante, se inició la investigación científica sistemática de la hipnosis en Francia, cuando casi simultáneamente se fundaron las Escuelas de Nancy y la Salpêtrière. Fue en la Salpêtrière donde Freud se inició en la hipnosis, y donde se plantaron las semillas que más tarde darían fruto en el psicoanálisis, sin embargo, el propio Freud hizo una serie de objeciones a la hipnosis que perjudicaron su naciente aceptación en los medios académicos. Algunos de esos criterios, insostenibles en la actualidad, eran que los resultados terapéuticos eran poco duraderos, y que la hipnosis era una técnica no causal. Así, durante casi dos decenios, la hipnosis quedó relegada en beneficio del psicoanálisis, con excepción

de la Unión Soviética. Ya en las primeras décadas del siglo XX, el fisiólogo y Premio Nóbel Iván Petróvich Pávlov (1849-1936), consideraba al estado hipnótico, como una condición de “inhibición cerebral”. Esta teoría de Pávlov, fue muy fructífera en su tiempo y produjo eventualmente la hipótesis de que el estado hipnótico vendría a ser como un sueño “parcial” del cual se esta virtualmente “saliendo”, es decir, un sueño en un franco estado de regresión (García, en preparación; Sarbien y Coe, 1972).

Fue un suceso dramático, el que precipitó la vuelta de la hipnosis a la escena médica occidental: la Primera Guerra Mundial. La ingente cantidad de heridos, principalmente soldados aquejados de lo que se dio en llamar la “neurosis de guerra”, hizo imposible el tratamiento masivo desde el punto de vista psiquiátrico, por otro lado, las autoridades militares necesitaban de nuevo a los combatientes cuanto antes en los campos de batalla. La hipnosis también se usó por varios dentistas durante la guerra como anestesia. Esto puso la hipnosis en una posición de respeto que no había tenido durante años y a partir de entonces comienza a ser de nuevo reconocida por la Medicina y la Psicología oficialmente, aunque los anestesiólogos le prestaron poca atención hasta que en 1955 la British Medical Association declaró que *“hay un lugar para el hipnotismo en la producción de la anestesia o analgesia para la cirugía y las operaciones dentales, y en algunos sujetos es un método efectivo para el alivio del dolor en el parto sin alterar el curso normal del trabajo de parto “* (Wobst, 2007). En 1958 la Asociación Médica Americana siguió ese mismo camino. Se establecieron sociedades de hipnosis clínica y experimental, con investigaciones y publicaciones, así como cursos de hipnosis en facultades de Medicina de Estados Unidos e Inglaterra. En varias universidades de importancia se establecieron laboratorios de investigación con fuerte apoyo económico de gobiernos y fundaciones.

Tras la revisión crítica de T.X. Barber de la literatura sobre hipnosis y dolor (1959;1963) se incrementó el interés en el estudio experimental. También tuvo un fuerte impacto el trabajo del laboratorio de E.R. Hilgard (Hilgard, 1969; 1975). Actualmente, la tendencia a promover la sedación consciente en anestesia ha vuelto a despertar el interés en la hipnosis, y la hipnoanalgesia emerge como una combinación de técnicas hipnóticas y farmacológicas que ha encontrado su espacio en la práctica cotidiana de muchos especialistas (Wobst, 2007).

Dado que la información disponible sobre el desarrollo histórico de la hipnosis se concentra fundamentalmente en la experiencia europea y anglosajona, vale la pena revisar, brevemente, la historia de la hipnosis en Cuba, pues tuvo la peculiaridad de que quienes la introdujeron y popularizaron fueron médicos y odontólogos, lo que puede explicar que haya sido relativamente bien aceptada en los círculos de profesionales de la salud y que haya tradición en su uso en el tratamiento del dolor.

Hay noticias de que en una revista que circuló entre noviembre de 1878 y julio de 1881 con el título de *Gaceta Médica de La Habana* se publicó un artículo destinado a la hipnosis en el año 1879 (Espinosa, Pérez y Reyes, 2008). También se publicaron dos trabajos sobre hipnosis en la revista *La Emulación Médica*, continuadora de *El Eco de París* como publicación concebida a principios de la segunda mitad del siglo XIX para satisfacer las necesidades de información de los estudiantes de Medicina (López, 2006). En el año 1882 llegó a Cuba la noticia de que en Europa el Dr. Josef Breuer, médico vienés, había curado a sus pacientes con la ayuda del hipnotismo. Es conveniente aclarar que sus resultados no fueron publicados sino hasta 15 años más tarde cuando más adelante, en 1896 por Breuer y Freud (Marrero, en preparación).

En el año 1890 en la Sociedad Odontológica de La Habana se leyó un trabajo que presentó el Dr. Alberto Colón Silva, titulado "*Anestesia sugestiva aplicada a la práctica dental*" que fue publicado en los *Anales de la Sociedad Odontológica de La Habana* en la Revista Mensual N° 7, del año XI, del mes de Julio del año 1890. Ello dio origen una apasionada polémica, en la que se le tildó a la obra de producción fantástica que sólo encerraba consideraciones generales, por lo que fue acogida con grandes reservas. Sin embargo, varios odontólogos y cirujanos se interesaron por profundizar en la temática y apenas dos años después, en la Sesión de la noche del día 20 de Febrero del año 1892 en la sede de la Sociedad Odontológica de La Habana, el Dr. Ignacio Rojas dio lectura a un trabajo titulado: "*Ventajas del hipnotismo y de la sugestión como anestésicos en las operaciones de la boca*", escrito por el Dr. Eduardo Díaz Díaz, que fue publicado posteriormente en los *Anales de la Sociedad Odontológica de la Habana* (Año XIII, Abril, 1892, N° 4, Págs. 855 a 862).

El Dr. Rojas lee en su trabajo: "... *Luminosas ideas reinantes tanto en las Escuelas de París a cuyo frente se haya el eminente Dr. Charcot, cómo la de Nancy*

sostenida por Berheim y Liebault, también la Escuela Mixta a cuya cabeza se haya nuestro ilustrado compatriota Médico de Valladolid, el Dr. D.A. Sánchez Herrero, discípulo del Dr. Liebault...” y concluye: “... negar estos fenómenos maravillosos que se pueden demostrar a cada paso sería hoy una aberración... Al citar las contraindicaciones de la cocaína y de los anestésicos generales debimos consignar, que no hace falta, para demostrar las ventajas de la hipnosis, llegar hasta las contraindicaciones... por tal motivo podemos administrarle el cloroformo, es innegable que éste tiene más peligros o, mejor dicho, peligros porque la hipnosis no los tiene, y bajo la influencia de este agente, lejos de contar con el concurso del paciente que es importantísimo lo que tenemos es dificultades que sumar...” (citado por Marrero, en preparación)

Fue, sin lugar a dudas, la Escuela de Nancy la que repercute en la Isla. Como indica Marrero (en preparación): “La plataforma científica de la Escuela de Nancy, constituyó el fundamento sobre el que se basaron los médicos cubanos para desarrollar la hipnosis cubana, aunque indiscutiblemente le añadieron el sabor criollo, que por supuesto no podía faltar, y es por esto que la Escuela Francesa en Cuba toma características eclécticas y heterodoxas” (p. 58) .

La guerra por la independencia que se desarrolló en el último quinquenio del siglo XIX y las peripecias de la fundación de la República constituyeron un período convulso para el país y a partir de aquí los Anales de Sociedad Odontológica de La Habana y de su Revista Mensual se pierden, sin embargo Marrero (en preparación) plantea que dispone de informaciones que avalan el hecho de que a Cuba llegaban las noticias de que en el continente europeo durante la Primera Guerra Mundial se incrementaron los trabajos con hipnosis a los heridos de la guerra.

A mediados del siglo XX comienzan de nuevo a aparecer las referencias del uso de la hipnosis para el control del dolor. En el año 1957 aparece en Cuba la Revista Estomatológica de La Habana, perteneciente al Colegio Estomatológico de La Habana, en la que aparece en el número 21 y 22 de los meses de Noviembre/Diciembre de 1957 un artículo del Dr. Luis A. Bernal Castroverde, titulado “*Importancia actual de la Hipnosis*”. En dicho trabajo, Bernal Castroverde da a conocer la Hipnodoncia o Hipnosis aplicada a la Odontología, y manifiesta que era de gran utilidad para el ejercicio de la profesión y en todas las ramas de la medicina. Recalca el Dr. Luis A. Bernal Castroverde que su experiencia es con pacientes privados, pero señala que el pionero en Cuba de esta práctica a nivel

hospitalario era el Profesor Dr. Mariano Díaz Díaz, que con la ayuda del Director del Hospital Municipal de Maternidad “América Arias” había utilizado la hipnosis para realizar el parto sin dolor a las embarazadas pobres de La Habana. Pero lo más importante y trascendental del artículo, es que se deja constancia de que el 26 de Noviembre del año 1957, en la Isla de Cuba fue constituida la Sociedad Cubana de Hipnología, en cuya primera Junta de Gobierno figuraban estomatólogos¹, cirujanos y eminentes figuras de la Psicología cubana y de Latinoamérica, como Alfonso Bernal del Riesgo (Marrero, en preparación). La Sociedad Cubana de Hipnología exhortó desde su fundación a todos los médicos, dentistas, psicólogos, profesores y profesionales universitarios a ingresar en sus filas, tal y como indica Marrero (2005): “donde todos eran jóvenes de mente y capaces de implantar ese beneficio en la sociedad como un arma terapéutica para el futuro de las Ciencias Médicas” (p. 6). En el mismo escrito se anuncia la visita a Cuba del Profesor argentino Dr. Emilio Fernando Duprat, que a su vez era socio fundador y Presidente de Honor de la Sociedad Cubana de Hipnología y de las sociedades de hipnosis de México, Argentina y Panamá.

El trabajo de Duprat ha tenido y aún tiene una influencia notable en los profesionales que ejercen la hipnosis en Cuba. Este autor de varios libros, entre ellos el titulado “*Hipnotismo, técnicas e indicaciones terapéuticas*” editado en Cuba en el año 1960. Dictó varios cursos de hipnosis, realizó demostraciones públicas en diversas sociedades científicas y visitó Cuba en varias ocasiones. Las dificultades económicas y de acceso a la información que han caracterizado la historia de Cuba en las últimas décadas como consecuencia del bloqueo norteamericano, hicieron que el mencionado libro fuera por años, el único texto accesible a muchos profesionales cubanos interesados en la temática, lo que en parte explica su repercusión y vigencia; pero ésta también se basa en que Duprat fue un defensor de la importancia del enfoque multidisciplinario y la visión holística del paciente. En el prólogo del mencionado libro Duprat (1960) escribe: “*La medicina ha sufrido un proceso en su historia, y luego de los lógicos entusiasmos ocasionados por los adelantos del laboratorio, el descubrimiento de las llamadas drogas milagrosas y el extraordinario arsenal terapéutico actual, vuelve en busca de valores permanentes.*”

¹ Entre ellos estaba el Dr. Antonio Marrero, eminente odontólogo cubano, autor, junto a su hija, la Dra. Gladys Marrero, del texto citado con anterioridad como fuente.

Es así que amalgamados todos esos adelantos, encaramos nuevamente al enfermo como ser total, buscando ávidamente la verdadera relación entre soma y psique. No comprendemos al psiquiatra divorciado del clínico, ni al cirujano ignorando al psicólogo. Y resurge en estos últimos años, con toda la fuerza de la verdad, el empleo de la hipnosis” (p.1) Esta visión holística del ser humano como fundamento de la utilidad de la hipnosis para el abordaje de diversos problemas de salud que ya se encontraba en los médicos cubanos del siglo XIX, fue actualizada por Duprat y sus seguidores en Cuba, y es, junto a la tendencia hacia la integración multidisciplinaria, uno de los aspectos que caracteriza la práctica y el enfoque de la hipnosis por los profesionales cubanos.

La sociedad de Hipnología de Cuba impulsó el uso de la hipnosis en el ámbito de la salud y la difusión de su utilidad a nivel social. Entre los años 58 y 60 aparecen publicados en la prensa nacional diversos artículos y reseñas sobre el uso de la hipnosis por médicos cubanos, y se realizaron actividades científicas de repercusión nacional.

Entre los años 60 y 90 crece el interés en el estudio, investigación y utilización de la hipnosis y se desarrollan múltiples cursos, talleres, investigaciones y entrenamientos fundamentalmente en hospitales, facultades de medicina y psicología e institutos de investigación. Téngase en cuenta de que en Cuba existe un sistema de salud estatal, único, financiado por el estado, por lo que este interés en la hipnosis ha contado con el respaldo oficial, aunque no ha estado ajeno a los avatares de la historia de la hipnosis en Occidente, por lo que también ha tenido que enfrentar detractores y escépticos.

De hecho, el uso de la hipnosis con fines anestésicos, aunque sigue resultando novedoso para el público lego, es bastante frecuente en Cuba. Lamentablemente, hay pocas publicaciones y se tratan fundamentalmente de estudios anecdóticos o descripciones de series de casos. En una revisión de los artículos publicados desde 1995 hasta el 2009 en la base de datos de revistas médicas cubanas de la Biblioteca Virtual de Salud de Infomed² aparecieron sólo 5 artículos originales que reportaban estudios donde se utilizó la hipnosis con fines anestésicos. Nuestra cultura predominantemente oral y las exigencias de resolver problemas prácticos

² (Portal de Salud de Cuba <http://bvs.sld.cu/revistas/>)

que ha caracterizado el ejercicio de los profesionales de la salud cubanos, son dos factores entre otros, que, a mi juicio, explican esta escasa productividad bibliográfica, que no es exclusiva del campo de la hipnosis. Cairo (1998) en un análisis bibliométrico de la Revista Cubana de Psicología, refiere que el 35.83% de todos los artículos publicados en los últimos 12 años han sido firmados por un sólo autor, todos docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana. Las contribuciones de los psicólogos que trabajan en las instituciones de salud son esporádicas.

De los 5 artículos originales revisados, dos eran reportes de estudios de un caso en que la hipnosis se usó como coadyuvante: uno sobre cirugía ortognática (López, Soto, Sarracent, Pédrez, Pantoja, y Muñiz, 2003), y otro sobre fisioterapia de la anquilosis de la articulación temporomandibular (Díaz, Cantillo, Pernas, Martínez, 1997). Resulta interesante que los reportes de caso que describen el uso de la hipnosis como coadyuvante de la anestesia tienen como objetivo la valoración del tratamiento multidisciplinar de la afección tratada y no la eficacia de la hipnosis en sí misma.

Otros trabajo también refiere el uso de la hipnosis como coadyuvante en un estudio descriptivo *retrospectivo* de cirugía ambulatoria oncológica, pero en el artículo no se describen los procedimientos utilizados ni se comenta su eficacia, pues al igual que en los artículos reseñados anteriormente, su objetivo era valorar la eficacia de su programa multidisciplinario y no de la hipnosis (Infante y Rodríguez, 2006).

Otro de los artículos revisados se trataba de un reporte de cirugía oftálmica en la que se utilizó solo la hipnosis como anestesia para realizar extracción extracapsular del cristalino, lavado con aspiración de restos capsulares y sutura, trabajo en el que los autores explican detalladamente el proceder seguido para conseguir la anestesia hipnótica, y refieren que no hubo dolor transoperatorio ni complicaciones postquirúrgicas (Maqueira y Sigler, 2001)

Resulta notable el estudio de Cos, Semanat y Moya (2000) que describe una investigación cuasiexperimental con 756 pacientes, durante el período comprendido entre octubre de 1996 y mayo de 1998, cuyo propósito fue el evaluar la eficacia de la sugestión para el tratamiento de la cefalea, y de calcular su valor económico, en contraste con la terapéutica medicamentosa. Los autores concluyen que la sugestión resultó efectiva para aliviar ese tipo de dolor y se obtuvo un notable ahorro por concepto de fármacos. Amén de las críticas metodológicas que puedan señalarse a este estudio, a mi juicio resulta interesante porque llama la

atención acerca de cómo mediante hipnosis puede lograrse un alivio del dolor de manera más rápida, barata e inocua que con medicamentos.

Sin embargo, el control del dolor mediante influencias psicológicas no se consigue exclusivamente con hipnosis. Chaves (1993) reporta informes que datan de inicios del siglo XX sobre control del dolor mediante conversaciones del médico con el paciente, pero es la definición actual de dolor que planteó la *International Association for Study of Pain (IASP)* derivada de los avances logrados en la década de 1970 en neurofisiología, la que abrió las puertas a la intensa investigación sobre la eficacia de las técnicas psicológicas de tipo cognitivo-comportamental para el tratamiento de diversos tipos de dolor. Esta definición conceptualiza el dolor como "*una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma*" (IASP, 1979, p. 250).

Como ya hiciera notar Chaves (1993), la relación entre el control del dolor mediante la hipnosis y mediante las técnicas cognitivo comportamentales ha sido fundamentalmente ignorada. Por consiguiente, la investigación en estos dos dominios ha continuado a lo largo de caminos paralelos, aunque no es raro encontrar en la literatura descripciones de técnicas conceptualizadas como "cognitivo-conductuales" que sólo se diferencian de los procedimientos hipnóticos en el hecho justamente, de que no han sido conceptualizadas como "hipnosis".

Algunos autores han intentado llamar la atención ya desde hace tiempo sobre los puntos de contacto y diferencias entre las terapias hipnóticas y las comportamentales, como Kroger y Fezler (1976) quienes tempranamente presentaron un modelo que integraba los aportes de la hipnoterapia, con la modificación de conducta y los enfoques psicodinámicos. Así mismo lo hicieron Spanos y T.X. Barber (1976) y en España, Capafons y Amigó (1993 a), quienes ya integraron la hipnosis con enfoques cognitivo-comportamentales; y prosigue en la actualidad (Chapman, 2006). Este último autor considera que las barreras que obstaculizan esta integración son la visión sobre el inconsciente, la falta de acuerdo en las definiciones de hipnosis y de las propias terapias de conducta, y la limitada comprensión de la hipnosis como un tratamiento adjuvante a la terapias cognitivo-comportamentales. Estos temas serán abordados con mayor profundidad en otras partes de este texto, baste decir ahora que en este intento de integración puede vislumbrarse un porvenir prometedor para que en la práctica, se utilicen al máximo los recursos psicológicos, hipnosis incluida, para potenciar el alivio del dolor y el bienestar humano.

CAPÍTULO 2: ¿POR QUÉ ES EFICAZ LA HIPNOSIS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR? MECANISMOS EXPLICATIVOS

1.1 ¿Es realmente eficaz la hipnosis para el control del dolor?

Es científica aquella disciplina que somete sus postulados al método científico, o sea, a un proceso de verificación empírica basado en los hechos o pruebas, que es reproducible. El concepto de *Evidence Based Medicine*, traducido al castellano como “Medicina Basada en la Evidencia”, fue dado a conocer en el año 1991 a través de un editorial en la revista *American College of Physicians Journal Club* (Monteagudo, Viana, y Casariego, 2008). Su difusión se amplió con la publicación de un artículo en *Journal of American Medical Association (Evidence-Based Medicine Working Group, 1992)*, por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderado por David Sackett y Gordon Guyatt.

Según la definición proporcionada por el propio Sackett (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, Richardson, 1996), la Medicina Basada en la Evidencia consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre la atención integral de cada paciente. El foco es el paciente, no sólo su enfermedad o proceso, por lo que desde la realización de un diagnóstico efectivo y eficiente, hasta la elección de la mejor opción terapéutica, es preciso identificar y considerar sus derechos, sus principios y sus preferencias.

La Psicología no es ajena a las necesidades que trata de cubrir la orientación de la Medicina Basada en la Evidencia. También tiene el requerimiento de disponer de herramientas fiables de comunicar información que se apoye en datos empíricos contrastados, que junto con el juicio del experto, faciliten y aseguren el desarrollo y aplicación de diagnósticos e intervenciones validos, mejorando la toma de decisiones ante los problemas clínicos. El grupo de trabajo de la División 12 de Psicología Clínica de la American Psychological Association (Chambless et al., 1998) sentó las bases para los siguientes criterios de validez empírica teniendo en cuenta la calidad y el rigor del método de investigación utilizados propuestos por Chambless y Hollon (1998):

- 1) Tiene que haber sido comparado con un grupo de control, un tratamiento alternativo o placebo, bien mediante una prueba de control aleatorizada, un experimento de caso único controlado, o el equivalente diseño de muestras temporales, bien en pruebas en las que el tratamiento con apoyo empírico

sea superior, y estadísticamente significativo, a un grupo de no-tratamiento, o tratamiento alternativo, o que sea equivalente a un tratamiento que ya se haya establecido como eficaz, mostrando una potencia suficiente para detectar diferencias moderadas.

- 2) Tales estudios deben haberse realizado siguiendo un manual de tratamiento o su equivalente lógico; deben contar con criterios, válidos y fiables, para una población tratada con problemas específicos; las medidas de evaluación de los resultados empleadas deben ser válidas y fiables, y estar referidas a los problemas establecidos como metas de cambio; finalmente, estos estudios se deben haber realizado con análisis de datos apropiados.
- 3) Un tratamiento con apoyo empírico será considerado eficaz cuando haya mostrado superioridad al menos en dos entornos de investigación independientes (con un tamaño de tres o más en el caso de experimentos de caso único). En el supuesto de que existiese evidencia contradictoria, la preponderancia de datos bien controlados debe apoyar la eficacia del tratamiento con apoyo empírico.
- 4) Para considerarlo como probablemente eficaz, un estudio (con un tamaño de la muestra de tres o más en caso de experimentos de caso único) sería suficiente en ausencia de evidencia contradictoria.
- 5) Finalmente, para designar un tratamiento con apoyo empírico como eficaz y específico, debe haber mostrado ser estadísticamente superior a una medicación placebo o a un placebo psicológico, o a un tratamiento alternativo, al menos en dos entornos de investigación independientes. En caso de existir evidencia contradictoria, la preponderancia de los datos bien controlados debe apoyar la eficacia y especificidad del tratamiento bien establecido.

Una de las propiedades de la hipnosis con más evidencia empírica de su eficacia es la de ayudar a las personas a reducir radicalmente e incluso eliminar, tanto el dolor crónico como el agudo (Lynn, Kirsch, Barabasz, y Cardeña, 2000; Montgomery, DuHamel, y Reed 2000). Tanto el reconocimiento por parte del *National Institute of Technology Assessment Panel Report* (NIH, 1996), como los meta-análisis de Montgomery et al. (2000), Patterson, y Jensen (2003), Brown y Hammond (2007) o Hammond (2007) entre otros muchos más (Mendoza y Capafons, 2009) sobre la eficacia de la hipnosis en el manejo de distintos tipos de dolor apoyan su

consideración como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado. En la revisión de Montgomery et al. (2000) de estudios bien controlados se encontró que la hipnosis puede aliviar a un 75% de la población sin tener en cuenta los diferentes tipos de dolor. Asimismo, el efecto de la analgesia hipnótica es comparable entre muestras de voluntarios saludables y muestras clínicas, y las personas con puntuaciones medias en sugestionabilidad hipnótica –la mayoría de la población- respondieron de manera equiparable según el tamaño del efecto a las personas que puntuaron alto en sugestionabilidad hipnótica (Montgomery et al. 2000).

Cabe destacar la revisión de Hammond (2007) sobre la eficacia de la hipnosis clínica para el tratamiento de los dolores de cabeza y las migrañas. El autor concluye que, según la literatura, la hipnosis cumple los criterios de investigación en Psicología Clínica para considerarse un tratamiento eficaz y bien establecido que, además, no tiene efectos secundarios, ni riesgos de reacciones adversas, disminuyendo el gasto en medicación asociado a los tratamientos médicos convencionales.

También vale la pena mencionar el meta-análisis de Schnur, Kafer, Marcus y Montgomery (2008) que incluyó 26 estudios bien controlados, y más de 2000 casos. Este meta-análisis encontró que el 82% de las personas que recibieron hipnosis para la preparación para procedimientos médicos cruentos tuvieron significativamente menos distrés que los controles. El efecto era más fuerte para los niños que para los adultos, aunque los autores consideran que no hay suficiente evidencia para saber si esto se debe a las diferencias de edad o a que los estudios con niños involucraron una amplia variedad de técnicas y mayores tiempos de tratamiento. Otro hallazgo interesante era que la hipnosis mostraba efectos más significativos comparados con los de los grupos de control de atención y de cuidados estándar, lo que hace pensar que los efectos de la hipnosis se deben a algo más que la distracción. Por último, otro hallazgo es que los efectos son más fuertes cuando la intervención era denominada como hipnosis. Los autores recomiendan que la investigación futura debe dirigirse a valorar los efectos de la manipulación de la denominación de la intervención como hipnosis, el tiempo de duración de las intervenciones y la modalidad de presentación (grabada vs. en vivo).

Al parecer la investigación en el área de hipnosis y dolor está viviendo una etapa de florecimiento. Los temas que están recibiendo más atención entre otros son la hipnosis para el control del dolor en niños, la realidad virtual, las expectativas de respuesta como mecanismo psicológico para la reducción del dolor, y los estudios de imagen cerebral (Milling, 2008).

2.2 Definición de dolor y modelos explicativos

Para comprender la eficacia de la hipnosis en el control del dolor en primer lugar, hay que tener en cuenta la propia fenomenología del dolor.

El dolor acompaña a la existencia y nadie está inmunizado contra él. En cierto sentido, es un recordatorio de la vulnerabilidad humana y de nuestra pertenencia al reino animal. Sin embargo, la forma en que surge, se manifiesta y se alivia es dependiente de variaciones culturales (Miró y Buéla-Casal, 1996). El dolor, en tanto puede ser el resultado de accidentes y enfermedades, está relacionado con los comportamientos humanos y estilos de vida. Asimismo, hay un amplio rango de intentos de solución de los problemas involucrados en el dolor que están también culturalmente determinados: tanto las prácticas mágico-religiosas de diferentes tribus, como la sofisticada tecnología médica del mundo occidental, pueden ser valoradas como formas de enfrentamiento que ha empleado la humanidad ante los múltiples retos que representa el dolor.

El dolor es una experiencia esencialmente subjetiva que sólo es identificable en el contexto de procesos de comunicación. Usualmente, el dolor no es descubierto hasta que la persona que lo padece comienza a exhibir comportamientos que en nuestra cultura indican patología, como quejas de malestar, ausencias al trabajo, minimización de las actividades sociales y búsqueda de ayuda.

La conceptualización que ofreció en 1979 la IASP se aplica en especial al ser humano. Los animales muestran comportamientos que se pueden calificar como dolor, y son utilizados para la experimentación y la investigación y en ensayos con fármacos con efectos analgésicos potenciales, aunque es dudoso que en los animales aparezca el fuerte componente psicológico del dolor que existe en el ser humano. Por ello mismo, el valor de definición propuesta por la *IASP* radica en que resalta el carácter complejo y subjetivo de la experiencia de dolor, destacando su

vinculación con las emociones, cogniciones y conductas. Más aun, en esta definición se reconoce que la experiencia de dolor puede producirse sin que se haya encontrado una explicación basada en algún daño biológico de la misma.

En palabras de Loesser (1980): *"El conocimiento más complejo sobre los substratos fisiológicos, anatómicos y bioquímicos de la percepción de dolor será siempre insuficiente para explicar un síndrome clínico tan común como el dolor de espalda"* (p. 23).

A pesar de que el alivio del dolor siempre ha sido una de las metas fundamentales de las acciones médicas, su estudio científico es relativamente reciente. Existe consenso en ubicarlo en fecha tan cercana como la década del cincuenta del siglo XX (Loesser, 1980) y los pioneros en este campo provenían de disciplinas médicas como la Anestesiología, la Bioquímica, la Neurofisiología y la Farmacología.

Por esa época, para explicar el dolor se partía de la Teoría Sensitiva o Específica, que fue formulada a finales del siglo XIX a partir de los trabajos experimentales de Max von Frey (citado por Penzo, 1989). De acuerdo a esta teoría, se postuló un modelo de tipo lineal, según el cual, la magnitud del dolor se consideraba proporcional a la magnitud del daño tisular. La comunicación del dolor (comportamientos) sería correspondiente la lesión que lo provocó. Como señalaran Melzack y Wall (1982), esta explicación equipara el dolor a la sensación. Este modelo se ha utilizado hasta hace muy pocos años, y aparece en muchos de los textos para estudiantes de Medicina. No es posible negar completamente su validez para explicar algunos cuadros dolorosos (principalmente de dolor agudo). Sin embargo, no permite explicar una serie de hechos relevantes para la clínica como el dolor crónico, el dolor "fantasma", las posibilidades de aliviar el dolor con influencias psicológicas, etc. (Melzack, y Wall, 1982)

Desde el punto de vista experimental, la principal objeción a este modelo fue el descubrimiento de la existencia de mecanismos endógenos de analgesia tanto a nivel neuronal, como bioquímico. Específicamente en este último ámbito destaca el descubrimiento de la presencia de neuromoduladores y neurohormonas en todo el sistema nervioso: los péptidos opiáceos endógenos. Posteriormente, se demostró la existencia de otros mecanismos endógenos de analgesia no dependientes de los sistemas opiáceos (Melzack, 2000). A partir de las evidencias que cuestionan el modelo lineal, se plantea la necesidad de formular modelos complejos, de mayor

sutileza explicativa y se proponen los llamados Modelos Multidimensionales. El más conocido de estos modelos multidimensionales es el de Melzack y Casey (1986) quienes definen tres categorías o niveles que intervienen en la experiencia de dolor: sensorial-discriminativo, motivacional-afectivo y cognitivo-evaluativo. Según los autores, cada uno de estos niveles depende de sistemas cerebrales especializados. El nivel sensorial-discriminativo estaría relacionado con los sistemas espinales de conducción rápida, el nivel motivacional-afectivo con los sistemas espinales de conducción lenta que influyen en las estructuras reticulares y límbicas; y el nivel cognitivo-evaluativo con las funciones corticales superiores o neocortex. Este modelo se basa en la Teoría del Control de la Compuerta de Melzack y Wall (1965) que se fundamenta en las evidencias de los mecanismos de analgesia de origen neural. Se trata de una teoría ampliamente sustentada con la investigación neurofisiológica y que posteriormente se amplió como una explicación general del funcionamiento del SNC, el cual actualmente se explica por mecanismos de compuertas, eléctricos o químicos, en todos los niveles funcionales.

Melzack (2000) perfeccionó este modelo proponiendo que el cerebro posee una red neural -en la neuromatriz de la conciencia corporal- que integra diferentes estímulos para producir el tipo de respuesta que provoca dolor. Según este autor, la neuromatriz de la conciencia corporal estaría formada por una red neural ampliamente distribuida e integrada por componentes paralelos somatosensoriales, límbicos y talamocorticales que son responsables de las dimensiones sensodiscriminativas, afectivo-motivacionales y evaluo-cognitivas de la experiencia de dolor. La arquitectura sináptica de la neuromatriz está determinada por factores genéticos y sensoriales. Entre los diferentes estímulos que actúan sobre los programas de la neuromatriz se encuentran:

- Los estímulos sensoriales (receptores cutáneos, viscerales, etc.).
- Estímulos visuales y otros que influyen en la valoración cognitiva de la situación.
- Estímulos cognitivos y emocionales tónicos y fásicos desde otras áreas del cerebro.
- Modulación inhibitoria neural intrínseca, inherente en todas las funciones cerebrales.
- La actividad de los sistemas de regulación del estrés del organismo.

Este modelo pretende ser un marco teórico en donde el sistema de estrés y las funciones cognitivas del cerebro, además de los estímulos sensoriales tradicionales, modulan una plantilla genéticamente determinada para la conciencia corporal.

Otro de los modelos multidimensionales más conocidos, es el propuesto por Loesser (1980). Este autor sugiere un esquema jerárquico de cuatro niveles, correspondientes a substratos anatómicos específicos. La nocicepción se define como la energía térmica o mecánica potencialmente destructiva tisular que actúa sobre las terminaciones nerviosas de las fibras A, D y C. Puede describirse como un sistema de detección del daño periférico. El segundo nivel corresponde al dolor, pero se reconoce que no existe una relación de dependencia lineal entre ambos niveles. Es decir, que uno y otro pueden darse de manera independiente. El tercer nivel es el del sufrimiento, definido como la respuesta afectiva negativa, generada en los centros nerviosos superiores por el dolor y otras situaciones: pérdida de seres queridos, estrés, etc. El cuarto y último nivel sería el de las conductas de dolor, o sea, todo tipo de conducta generada por el individuo, habitualmente considerada indicativa de la presencia de dolor que comprende el habla, la expresión facial, la postura, buscar atención y asistencia médica, consumir medicamentos o negarse a trabajar

Una crítica que se puede hacer a estos modelos es que incorporan tímidamente elementos psicológicos a la explicación del dolor, y fracasan a la hora de explicar las interacciones entre los niveles biológico, psicológico y social. Penzo (1989) hace una acertada valoración cuando plantea: *"Estos modelos corresponden a planteamientos fundamentalmente analíticos, mediante los cuales se describe o se propone un cierto número y un cierto tipo de factores o categorías, pero sin explicar cómo se articulan y se organizan en un esquema de integración funcional a nivel psicológico. En su aplicación, la acción de cada componente se estudia por separado, tanto con referencia al tiempo, como a los instrumentos utilizados. Cuando se propone un mecanismo de acción, este es acumulativo: cada categoría ejercería su acción en paralelo o sumada a las demás."* (p. 195).

Sin embargo, tienen el mérito de intentar ofrecer una explicación multicausal y crear un espacio para la acción de otras disciplinas (como la Psicología, la Sociología o la Antropología) en el estudio y manejo de los problemas de dolor. Representan en este ámbito una aplicación del modelo bio-psico-social propuesto por Engel (1977).

2.3 Principales aportes de la psicología a la comprensión del dolor

El modelo psicodinámico puede ser considerado el primero que enfatiza la importancia de los factores psicológicos en la génesis del dolor. Basándose en el estudio de casos, Freud postuló que determinados problemas de dolor podrían tener su origen en conflictos inconscientes. Desde esta perspectiva, el dolor puede ser la manifestación de un síntoma conversivo, resultante de un compromiso entre la realización imaginaria de deseos prohibidos y su penalización inconsciente. Algunos estudios experimentales muestran evidencias que apoyan parcialmente los planteamientos psicodinámicos (Hadjistavrapoulus, 1999; Watson y Buranen, 1979). Más recientemente, los modelos psicodinámicos integraron constructos cognitivos como las creencias irracionales, el pensamiento catastrofizante, la evaluación de las situaciones y las habilidades de afrontamiento (Chamberlain, 1999).

En la década de los 90 se desarrolló una aproximación que enfatiza en las estrategias defensivas como mecanismos adaptativos a las demandas del medio. En este sentido, se pudiera considerar a la somatización como un importante mecanismo de defensa (Okifuji, Turk, y Findley, 1999). Un dolor de carácter y origen emocional, experimentado quizás en la infancia temprana como resultado de una experiencia inaceptable para la persona, podría ser “desplazado” a cierta parte del cuerpo como dolor “somático”, el cual es socialmente mejor tolerado. Existe consenso entre los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental acerca de los efectos negativos a largo plazo de eventos psicosociales adversos, fundamentalmente la victimización (principalmente abusos sexuales) durante la infancia. Aunque la presencia de abusos sexuales infantiles no se suele reportar, se ha encontrado una prevalencia cuatro veces superior de esta problemática en personas con fibromialgia (Tunks, 2008).

Relacionado con el modelo psicodinámico, se encuentra el planteamiento de la existencia de una personalidad propensa al dolor (Engel, 1959), cuya esencia consiste en que en los individuos con una personalidad de este tipo pueden aparecer cuadros de dolor en ausencia de nocicepción. Estas personas se caracterizarían por una historia de sufrimiento, fracaso, intolerancia al éxito, agresividad y desarrollo de dolor ante situaciones de amenaza o pérdida. Sin embargo esta teoría no ha sido apoyada por la investigación (Steinman y Szalavitz, 2002).

En la búsqueda de características de personalidad que expliquen el dolor somatoforme se han realizado estudios sobre el constructo de alexitimia que se refiere a la dificultad para expresar los sentimientos mediante el lenguaje. Se ha reportado alguna relación entre la alexitimia y el dolor somatoforme en pacientes adultos (Cox, Kuch, Parker, Shulman y Evans, 1994) pero todavía es un tema en estudio. En general, los estudios sobre personalidad y dolor adolecen de un fallo metodológico, pues suponen que hay un papel etiológico en rasgos de personalidad que se han investigado en personas que ya hace mucho tiempo presentan problemas de dolor, por lo que es difícil saber si la mayor prevalencia de ciertas características en la población enferma (en el caso de que se confirmara) son causa o consecuencia.

Otro tanto ocurre con el estudio del dolor desde la perspectiva del enfoque familiar sistémico. Se supone que los síntomas tienen un rol específico dentro del sistema familiar. Warning (1977) sugiere que los síntomas del enfermo pueden cubrir necesidades emocionales de otros miembros de la familia. Esto llevaría al refuerzo del síntoma y al subsiguiente rol homeostático de la enfermedad. De acuerdo con Engel (1959), el dolor es un equivalente depresivo para las familias que no suelen definir el malestar en términos psicológicos.

Hay evidencias acerca del papel que tienen las conductas de cónyuges y familiares en el desarrollo y evolución de ciertos tipos de dolor (Fordyce et al. 1973). En general, las conductas solícitas de los allegados al paciente tienden a reforzar las quejas y las conductas de dolor; mientras que el rechazo de los familiares y la falta de apoyo se asocian a mayores niveles de depresión y dolor (Kerns, Haythornwaite, Southwick y Giller, 1990).

Por otro lado, se ha encontrado que el afrontamiento activo genera más apoyo social. Las personas que son consideradas "no culpables" de sus problemas reciben más apoyo (Hobfoll, Freedy, Lane y Geller, 1990). La resistencia, el locus interno de control, la autoestima y el sentido de coherencia facilitan el acceso a las redes de apoyo y su uso más eficaz, así como las relaciones interpersonales saludables y fuertes (Schwarzer y Leppin, 1981).

En general, el estrés que genera una enfermedad suele ser un disparador de procesos de apoyo. El estrés del proveedor de apoyo puede ser un obstáculo para que el apoyo sea eficaz y también se ha observado que las reacciones de ira ante

la enfermedad tienden a alejar el apoyo más que las depresivas. Por otra parte, las personas depresivas reciben menos apoyo o están más insatisfechos con éste que las personas que no se deprimen (Hobfoll, et al. 1990).

El estudio del afrontamiento al dolor crónico está en íntima relación con el estudio del afrontamiento a la enfermedad y a la investigación de cuáles son los tipos de afrontamiento más adaptativos y eficaces. En general, se considera que las estrategias de afrontamiento activo, centradas en la solución del problema, son más eficaces para lograr un buen ajuste a las enfermedades crónicas y al dolor (De Ridder y Schreurs, 1996). La negación como estrategia de afrontamiento, es favorable para el bienestar emocional en los momentos iniciales de la aparición de problemas que pueden tener consecuencias muy peligrosas para la persona pero desfavorable a largo plazo, pues inhibe el desarrollo de conductas de cuidado personal (Devine y Spanos, 1990). El catastrofismo, como tendencia a focalizar la atención sobre el problema y exagerar sus consecuencias, está asociado a mayores niveles de dolor y depresión (Jensen, Turner y Romano, 1991). Fusté, Martín y Grau (1993) realizaron un estudio con pacientes aquejados de dolor crónico de origen reumático cuyos resultados indicaron que el tipo de afrontamiento pasivo estaba relacionado con un peor estado emocional y con indicadores humorales de gravedad y pronóstico negativo de estas enfermedades, así como con mayores niveles de dolor y discapacidad.

Sin embargo, no solo los factores individual-personales influyen en la eficacia del afrontamiento. Las propias características de la enfermedad y del dolor también desempeñan un papel importante. Muchos pacientes con afecciones que provocan dolor crónico deben afrontar el problema del "estigma" que se asocia a enfermedades como el cáncer, las enfermedades reumáticas, las neurológicas y otras. Es importante, además, tener en cuenta que el carácter estigmatizador de las enfermedades no proviene sólo de sus atributos y características, sino también de las creencias de la población con respecto a ellas. Algunos síntomas como deformidades físicas y las distorsiones de la locomoción, frecuentes en enfermedades crónicas, son interpretados por el resto de las personas como indicadores de que el paciente es incapaz de ser productivo y socialmente adecuado. Por el contrario, los que conviven con el enfermo pueden minusvalorar las limitaciones que pueden causar síntomas de naturaleza subjetiva (como el

dolor), lo que conlleva a que al enfermo se le impongan demandas difíciles de satisfacer (Craig y Wychoff, 1987).

En resumen, puede plantearse que los estilos de afrontamiento al dolor crónico no son independientes de las estrategias generales de afrontamiento a la enfermedad crónica de base. Su eficacia estará mediatizada por factores individuales, fundamentalmente características de la personalidad y los llamados "recursos de resistencia" (multiplicidad de estrategias en el ajuste a la enfermedad, nivel intelectual y cultural, fortaleza del yo y preservación de su imagen, etc.), pero también por las características de la enfermedad y las creencias de la población con respecto a ella, el nivel de exigencias procedentes de diversas fuentes (pareja, trabajo, estudios), en relación con el nivel de discapacidad originado por la enfermedad, las redes de apoyo social de que disponga el paciente, el carácter de los cambios de vida y los hábitos requeridos, entre muchos otros.

Uno de los asuntos más relevantes en el estudio del dolor es su nexo con los estados emocionales. De hecho, la propia definición de dolor de la IASP establece que el dolor es una experiencia desagradable, subrayando de esta manera el papel que tienen en las emociones negativas. Existe, al parecer, una asociación entre dolor y depresión. Los estudios dirigidos a buscar la incidencia de depresión entre los pacientes con dolor han mostrado rangos que van del 10 % al 100 % de los casos (Arnoult et al. 2006; Banks y Kerns, 1996) en función de cómo se haya conceptualizado y evaluado la depresión. Los fármacos antidepresivos se utilizan habitualmente en el tratamiento de múltiples problemas de dolor crónico, y no sólo como coadyuvantes analgésicos, sino porque los médicos consideran el *componente emocional* del dolor. Sin embargo, los vínculos entre dolor y depresión no están claros, sobre todo en algunos tipos de dolor crónico como el dolor de espalda (Bergh et al. 2003; Vallejo, 2000).

En cuanto a la ansiedad, existe controversia respecto de si aumenta o no el dolor. Una teoría defiende que a mayor nivel de ansiedad, mayor intensidad del dolor percibido (Arnoult, Dressen, y Mercklebach, 1991). Otros autores plantean que la ansiedad reduce el dolor y activa al organismo, en contraposición con el dolor, que lo desactiva (Martín, 2003). Desde un punto de vista fisiológico ambas posturas son aceptables puesto que la ansiedad aumenta la actividad simpática, por lo que puede estimular los nociceptores, la tensión muscular, que frecuentemente

acompaña a la ansiedad, puede provocar dolor añadido, y la ansiedad aumenta la liberación de los opioides endógenos que pueden reducir el dolor.

Arnould et al. (1991) revisaron seis estudios experimentales sobre este tema, de los cuales, tres encontraron que la ansiedad aumenta el dolor, dos hallaron el efecto contrario y uno no demostró ningún efecto claro.

También se ha planteado que la atención puede ser una variable mediadora entre ansiedad y dolor (Arnould et al.1991; Vallejo, 2000) Cuando la ansiedad tiene un componente hipocondríaco o esta asociada a una hipervigilancia de las sensaciones corporales, actuaría como un factor que incrementa el dolor, mientras que cuando la ansiedad es debida a conflictos o situaciones ajenas al problema del dolor, se incrementaría la atención activa hacia estas situaciones y, por ello, disminuiría la atención a las sensaciones corporales, reduciendo las quejas de dolor.

Un problema tangencial y que ha sido poco estudiado es que la ansiedad y la depresión pueden ser consideradas como síntomas, síndromes y entidades nosológicas. Más aún, hay estados que reúnen muchas de las características clínicas de los síndromes ansiosos y depresivos, que constituyen reacciones normales a situaciones estresantes o de pérdida. En algunas investigaciones se han encontrado cierta evidencia a favor de la hipótesis de que existiría una relación diferente entre el dolor crónico y los estados emocionales de carácter "normal" (como la tensión y la ansiedad reactiva a situaciones estresantes) y los estados patológicos, es decir, aquellos que cumplen con los criterios diagnósticos. Por ejemplo, en un estudio se encontró que los pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis que tenían un trastorno de ansiedad clínicamente evidente, presentaban mayores niveles de dolor, de limitación de la actividad y peores resultados en los estudios clínicos e inmunológicos, que los enfermos que presentaban ansiedad situacional reactiva a situaciones estresantes concretas, o los que no tenían ansiedad (Fusté et al. 1993).

En síntesis, las emociones negativas como la ansiedad y la depresión están estrechamente vinculadas a la experiencia de dolor, como factores desencadenantes de las quejas y del agravamiento de la intensidad, como componentes de la propia experiencia dolorosa, y como consecuencias de las

limitaciones que impone el dolor a la vida de la persona, por lo que deberían ser objeto de diagnóstico y tratamiento.

La ira ha sido menos estudiada, aunque no sea menos importante que las anteriores. La explicación de la escasez de literatura sobre las relaciones entre ira y dolor podría radicar en que la psicología comenzó a incursionar en este ámbito desde la Psicopatología, lo que explica que la ansiedad y la depresión, que son emociones negativas pero también síndromes clínicos muy estudiados, hayan recibido más atención. Así, el interés por los vínculos entre la ira y la enfermedad pasa por la observación de las interrelaciones entre ira, ansiedad y depresión. En cierto sentido, al evaluar la ansiedad y la depresión también se están evaluando las contribuciones de la ira al dolor, ya que la hostilidad, la agresividad, la irritabilidad, etc., pueden aparecer como síntomas de los síndromes ansiosos y depresivos. No obstante los vínculos entre ira y dolor no están muy claros. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que la ira y la reactividad cardiovascular tienen contribuciones importantes al dolor, pero opuestas: la ira puede bajar el umbral de tolerancia al dolor, pero si se asocia a la reactividad cardiovascular, disminuye los reportes de dolor, lo que puede explicar la observación común de personas que sufren heridas durante una riña y no sienten dolor. Sin embargo, existe consenso de que la ira incrementa las manifestaciones de dolor en diferentes patologías, y en sujetos de todas las edades y sexos (Taylor y Aspinwall, 1990). Una línea de reciente desarrollo muy prometedora es la del estudio de las repercusiones de la ira en el cumplimiento terapéutico y la respuesta a los tratamientos. Diversos estudios muestran que la ira perjudica ambas cosas, y lo que es más interesante, no sólo la ira del paciente, sino también la hostilidad que genera en los profesionales de la salud los frecuentes conflictos sobre el control del tratamiento en que pueden involucrarse los pacientes con dolor (Martín y Lechuga 2003). Sin embargo, los vínculos entre estrés, los estados emocionales negativos y el dolor son altamente complejos, por lo que estamos muy lejos de comprenderlos a plenitud, ya que en ellos intervienen múltiples variables, como la naturaleza e intensidad de las emociones, el tiempo de duración de los estados emocionales, las complejas interacciones entre las diferentes emociones, la eficacia de los afrontamientos, la propia naturaleza del dolor, los mecanismos neurofisiológicos que están en su base, etc., temas todos estos que apenas comienzan a investigarse. Lo que es posible afirmar es que el tratamiento de muchos de los tipos de dolor crónico pasa

por la identificación y corrección de los estados emocionales negativos a los que están asociados.

2.4 Definiciones de hipnosis

Existen decenas de definiciones de hipnosis, cada una de ellas con sus propias particularidades y repercusiones, teóricas y prácticas. La falta de acuerdo entre los distintos autores condujo a que la División 30 (*Society of Psychological Hypnosis*) de la American Psychological Association (APA) propusiera en 1993 una definición consensuada que fue aceptada por las principales asociaciones de hipnosis. Según esta definición, la hipnosis es un procedimiento en el que un especialista sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conductas. Añade que, para establecer el contexto hipnótico, se suele emplear un método o procedimiento de inducción que, aunque puede adoptar muchas formas, con frecuencia suele incluir sugerencias de calma, bienestar y relajación, así como instrucciones de pensar o imaginar cosas agradables. Reconoce que hay una gran variabilidad en las maneras en que las personas reaccionan, pero que en sentido general, la mayoría de las personas informan que la experiencia con la hipnosis resulta agradable. También enfatiza la conceptualización de la hipnosis, no como una terapia, sino como un procedimiento que se añade (adyuvante) a las terapias médicas y/o psicológicas para incrementar su eficacia y eficiencia. Por lo tanto, su aplicación sólo debe hacerse por parte de profesionales de la Psicología y la Medicina que, además de su formación en estas disciplinas, hayan recibido entrenamiento específico en el uso de la hipnosis. En resumen, la hipnosis quedaba definida como un conjunto de procedimientos y técnicas que se rotulan como hipnóticos y que se utilizan como un coadyuvante o adjunto a otras formas de intervención (Capafons, 2001).

Poco más de una década después, la APA (2004) publicó una nueva definición de la hipnosis con nuevos matices que resulta un poco más ambigua que la anterior, y omite, además, detalles importantes como la conceptualización de la hipnosis como un procedimiento, y no como una terapia, o la recomendación de su uso por parte de determinados profesionales con una formación específica, entre otros. Pese a ello, incluye ciertas novedades de notoria relevancia, como hacer constar la

existencia de los métodos de auto-hipnosis, o poner de relieve los procedimientos activo-alertas (Mendoza, 2008).

También la Sociedad Británica de Psicología (2001/2002) ha propuesto una definición en la que se plantea que la hipnosis es una interacción que se da entre una persona, el “hipnotizador”, y otra u otras, el “sujeto” o “sujetos”, en la que el primero intentaría influir sobre la percepción, sentimientos, pensamientos y conductas del segundo, sugiriéndole, para ello, que se concentre en las ideas e imágenes que puedan evocar los efectos que se pretenden conseguir. Las sugerencias serían las comunicaciones verbales empleadas por el hipnotizador para alcanzar dichos efectos. En esta definición se pone también de relieve la existencia de los métodos de auto-hipnosis, como el modo en que las personas ponen en práctica los procedimientos hipnóticos por sí mismas.

La Sociedad Cubana de Hipnosis (2003) ha planteado la siguiente definición:

“(La hipnosis) Constituye un acto o proceso premeditado que intenta o puede causar, por medio de la sugestión, cambios psicósomáticos, psicofisiológicos y psíquicos en la condición de la conciencia o el grado de conciencia, en las percepciones del cuerpo, los sentimientos, pensamientos, la memoria y la conducta de otra persona.” (p. 2). Esta definición pretende hacer énfasis en los aspectos éticos relacionados con el ejercicio de la hipnosis al resaltar el carácter premeditado de la misma, pero se adscribe a las concepciones de la hipnosis como un estado de conciencia especial y no considera los procedimientos de auto-hipnosis.

Coincido con Mendoza (2008) cuando plantea *“entenderíamos la hipnosis como un contexto o ceremonia que viene determinado por el acuerdo, implícito o explícito, de rotular a una situación como hipnosis, entre la persona que va a aplicar o va a enseñar las técnicas de hipnosis o auto-hipnosis, y la persona que va a ser hipnotizada. Este rótulo, junto con la tradición social, y el lenguaje y las comunicaciones del hipnotizador (retórica), van a activar una serie de procesos hipnóticos (atribuciones, rol, expectativas, compromisos, resolución de conflictos, etc.) que determinarán, en la persona hipnotizada, la experiencia de las sugerencias hipnóticas, que suelen implicar cambios en sus sistemas cognitivos, sensoriales, perceptivos, etc. Estos cambios, cuya puesta en marcha y finalización van a estar sujetos a la voluntad de la persona y van a depender de sus propios recursos,*

serán experimentados, no obstante, como automáticos por lo que el esfuerzo percibido por la persona hipnotizada será menor.” (p. 7).

2.5 Teorías acerca de la hipnosis

Con una historia repleta de controversias, debiendo enfrentar prejuicios y mitos, contando cíclicamente con el rechazo y la aprobación social, no es de extrañar que haya una profusión de modelos teóricos que pretendan explicar qué es la hipnosis. Lynn y Rhue (1991a, 1991b) refieren 17 teorías vigentes, avaladas por datos, por lo que han tratado de clasificarlas de acuerdo a su enfoque en teorías psicológicas vs. fisiológicas (según las bases de sus explicaciones), específicas vs. generales (en relación a si han sido elaboradas exclusivamente para explicar la hipnosis o si se trata de explicaciones que se fundamentan en teorías más generales sobre la conducta humana), estados vs. procesos (si el énfasis está en concebir la hipnosis como un estado especial o como un proceso de comunicación), hipnosis como estado de sueño o no, etc.

Una de las grandes polémicas que hay actualmente acerca de la hipnosis es de si se trata de un estado especial, que tiene sus propias características, o si lo que ocurre en la hipnosis no es diferente a lo que ocurre en la vida cotidiana, en el sentido de no representar un estado de conciencia particular o *trance*. Desde la década de los 60 se establecieron dos posturas teóricas opuestas conocidas como teorías del estado (alterado o especial de conciencia) y del no-estado.

Ya desde los trabajos de Mesmer aparece insinuada la idea de que la hipnosis era un estado especial, diferente al habitual, si bien se hablaba de magnetización y no de hipnosis, que aun no se había ni siquiera creado. Charcot y los seguidores de la escuela de la Salpêtrière consideraba que era un fenómeno patológico, una manifestación histérica, y de sus trabajos proviene gran parte de la terminología psicopatológica que se utiliza en hipnosis (catalepsia, alucinaciones, etc.). Desde Bernheim y Liébault se rechazó este enfoque patológico, algo que se ha encargado de demostrar posteriormente el trabajo clínico y la investigación experimental con personas sanas.

Estrechamente relacionada con lo anterior (no por casualidad Freud comenzó sus trabajos con Charcot), está la concepción basada en los postulados del

psicoanálisis de que en la hipnosis el paciente actualiza sus relaciones infantiles con las figuras de autoridad, especialmente con sus padres. Independientemente de que casuísticamente podemos encontrarnos ante fenómenos de esta índole, aceptar esta teoría implica aceptar todos los supuestos del psicoanálisis freudiano, supuestos que otros clásicos del psicoanálisis no compartieron, como Adler, Jung, Rank o Sullivan, entre otros muchos.

Una postura próxima a la del psicoanálisis es la de considerar la hipnosis como un estado “regresivo” en el que, por efecto de la inducción, se desactivan los mecanismos racionales habituales y se activan mecanismos de pensamiento arcaico, propios de etapas anteriores del desarrollo onto y filogenético (Wolberg, 1960) . Sin embargo, la evidencia indica que en muchas ocasiones, los elementos persuasivos y sugestivos se combinan con mucho éxito para lograr la inducción hipnótica, de hecho es más fácil aceptar sugerencias que tengan una fundamentación lógica que sugerencias arbitrarias, lo que niega entonces el hecho de que en la hipnosis la persona esté utilizando modos arcaicos de pensamiento.

Braid en el Reino Unido, y Pavlov y la escuela soviética, plantearon inicialmente la idea de que la hipnosis era un tipo de sueño. La realización de muchos estudios electroencefalográficos para sustentar esa hipótesis (Martínez-Perigod, y Grenet, 1985), incluso las investigaciones realizadas en la URSS, condujeron a negar este planteamiento ya en los años 60 del siglo pasado, pues no mostraron similitudes en los patrones de EEG de las personas dormidas y las hipnotizadas (Gordon, 1960).

A pesar de la evidencia científica, esta idea acerca de la hipnosis es también la que predomina en la mayor parte de la población, en muchos profesionales de la salud e incluso en muchos investigadores y teóricos de la hipnosis. Como plantea Capafons (1998a, p.22) *“en el punto donde se entrecruzasen las coordenadas relajación y aspecto de sueño (refiriéndose a las características que deben observarse en una persona para decir que está hipnotizada³) aparecerían la mayoría de los autores clásicos... cuando entrecruzamos las coordenadas no trance-no estado distinto de conciencia-con ojos abiertos e instrucciones alerta, es difícil encontrar autores que rotulen sus métodos como hipnóticos”*. Difícil, pero no imposible ya que, como el propio Capafons indica, desde 1924 a partir de la

³ La aclaración es de la autora de este trabajo

publicación del trabajo clásico de (Wells, 1924), muchos autores han utilizado el término hipnosis vigil o despierta.

Estos autores han resaltado las ventajas de usar la hipnosis despierta (que no hay que confundir con sugestión despierta, carente de inducción formal (Capafons, 2001)) y los métodos que promuevan la alerta y la activación, sobre todo para eludir las dificultades relacionadas con los prejuicios y mitos prevalentes acerca de la hipnosis, particularmente el de la pérdida de control, y para aumentar la eficiencia de tales métodos (Capafons, 1999).

Las versiones modernas de estos métodos (Alarcón y Capafons, 2006; Capafons y Mendoza, en prensa a, b) han adaptado aquellas interesantes ideas a la visión moderna de la hipnosis derivada de la investigación experimental, y de los modelos clínicos más democrática sobre la relación terapeuta-paciente. Tal y como indican Wilson y Barber (1998) de la hipnosis autoritaria del siglo XIX se ha pasado a una sugestión hipnótica más acorde con las preferencias de los movimientos democráticos occidentales. Actualmente se prefieren sugerencias, en palabras de los propio autores: *“que enfatizen a los sujetos que son ellos mismos quienes producen las ideas sugeridas, usando su propio pensamiento e imaginación creativa, y no que las sugerencias son el resultado de estar bajo el control del hipnotizador”* (p. 236). A la hipnosis despierta (en menos medida, a la alerta y activo alerta) también se le señalan como ventajas una mayor posibilidad de generalización en la vida cotidiana, mejores posibilidades de utilización para el incremento del rendimiento en tareas que requieren vigilancia y activación de la atención (conducir un vehículo, estudiar, etc.), es decir, incremento de la eficiencia de la hipnosis, lo que se observa, así mismo, en que permite aumentar el espectro de personas que pueden beneficiarse de la hipnosis, ya que los métodos de inducción implican aprendizaje y desarrollo de la sugestionabilidad hipnótica (Capafons, 2001; 2004, a, b).

Por otro lado, aunque el término *estado alterado de conciencia* nos haga recordar la concepción de la hipnosis como un estado patológico, realmente en la actualidad se usa de forma descriptiva y no explicativa para referirse al concepto de trance como estado característico de la hipnosis en el que se pueden producir fenómenos

aparentemente no habituales, generalmente algún tipo de distorsión del juicio crítico, alteraciones la percepción, memoria y experiencias anómalas en general⁴.

Charles Tart (citado por Santana, 2002) fue quien agrupó por primera vez bajo el concepto de estados alterados de conciencia a diferentes fenómenos extraordinarios o poco comprendidos, los cuales son el resultado de diversos procedimientos (meditación trascendental, yoga, hipnosis, relajación zen, etc.) cuyo principal fin es lograr expansión de conciencia para captar y comprender mejor otras realidades humanas e incluso para aumentar la capacidad intelectual (algo actualmente descartado en el campo de la hipnosis) y contribuir a la curación de enfermedades diversas. El meta-análisis de Baer (2003) y revisiones cualitativas como la de Morone y Greco (2007) sobre este tipo de intervenciones con ancianos, proveen evidencias de los efectos salutogénicos de estos procedimientos, lo que contrasta con la idea de la hipnosis como un estado patológico de conciencia.

El llamado estado alterado de conciencia es referido como una percepción ensanchada, mediante la cual se puede vivir y experimentar unas secuencias espectaculares, con una intensidad, un realismo, una verdad, una intensidad sensorial que superan ampliamente la de la percepción normal. Debe señalarse que los autores que parten de esta concepción consideran que las características de estos estados son: la relajación, la calma y la absorción (concentración en la experiencia y desconexión de los estímulos externos) y en este sentido, se pueden ubicar en las citadas coordenadas de relajación, apariencia de un estado parecido al sueño.

En estrecha relación con lo anterior (y quizás también sean en parte, base de ello) están las teorías que ven la hipnosis como un estado de disociación de la consciencia.

Los estudios acerca de la disociación comenzaron a mediados del siglo XIX con los trabajos de Jackson y Janet, y están marcadamente influenciados por el desarrollo del Psicoanálisis (Nakatani, 2000). En los años 70 el interés en la disociación fue

⁴ En realidad los fenómenos que ocurren en la hipnosis, como veremos más adelante, son habituales también en ausencia de hipnosis (Cardeña, Lynn, & Krippner, 2000),

reavivado en diferentes áreas. Por una parte, el movimiento feminista hizo hincapié en la importancia del abuso sexual infantil como factor etiopatogénico de muchos trastornos psíquicos. También la curiosidad del público por el trastorno de personalidad múltiple se incrementó gracias al cine y la literatura. Además, en esta época comenzó la descripción del Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEP) en los veteranos de la guerra de Viet-Nam.

La importancia de esto para el tema de la hipnosis radica en que desde el enfoque de la disociación como un fenómeno patológico relacionado con la histeria, se plantea que hay un “continuum” que va desde experiencias normales de la vida cotidiana como el soñar despierto hasta el extremo más patológico representado por los casos de TEP. En alguna parte de este continuum los autores ubican a la hipnosis, aunque en la parte del continuum donde ya no se da patología.

Una de las teorías más conocidas sobre la hipnosis es la Teoría Neodisociativa de Hilgard (1977), inspirada en la teoría de la disociación de Janet (Janet, 1893-94). Durante su intenso trabajo experimental, Hilgard encontró que algunas personas a las que se inducía analgesia hipnótica reportaban que una parte de sí mismos no sentía dolor, mientras que otra parte sí. A este fenómeno se le ha llamado el “observador oculto” y es muy frecuente que sea reportado por las personas que practican auto-hipnosis, que sienten que una parte de sí mismo hace las sugerencias y está consciente de todo el proceso, mientras que otra parte de sí, cumple con las sugerencias como si fueran exteriores a la persona e independientes de su voluntad (Hilgard, 1979).

La teoría neodisociativa postulaba que la consciencia se puede dividir en dos o más subsistemas cognitivos, separados entre sí por una especie de “barrera amnésica” que permite que, aunque ambos sean controlados jerárquicamente por el control central del “ego”, pueda darse un relativo desconocimiento de los contenidos entre uno y otro. Desde esta postura, en la hipnosis lo que se busca es disociar esos subsistemas, alterando la pauta del control ejercido por el ego de la persona. Dos supuestos básicos de esta teoría son: que a mayor nivel de trance, mayor nivel de disociación y que el nivel de trance máximo varía entre las personas pero es inmodificable en un mismo individuo, o sea, que existen diferencias individuales con respecto a la sugestionabilidad hipnótica. Desde estas teorías, además, se considera que la sugestionabilidad hipnótica es una capacidad preexistente en el

individuo (Hilgard, 1977; 1979), y podría considerarse un rasgo estable, similar a otros rasgos de personalidad.

El fenómeno del observador oculto ha sido cuestionado por Spanos (Spanos, 1996) y más recientemente por Green et al. (2005), quienes realizaron una serie de estudios altamente controlados, encontrando que los datos derivados de la investigación del “observador oculto”, más que indicar la disociación de la conciencia, muestra como las personas se involucran en roles al desarrollar expectativas en respuesta a las demandas inherentes a las situaciones experimentales. Es decir, el observador oculto es un artefacto experimental, aunque pueda tener una interesante aplicación clínica.

Otra teoría reciente que se fundamenta en la disociación es la del “control disociado” de Woody y Bowers (1994), que considera que hay una relación no jerárquica entre un control automático y una racional, este último dependiente del lóbulo frontal. Algunas investigaciones recientes con técnicas neuropsicológicas y neurofisiológicas han aportado evidencias acerca de este modelo (Bob, 2003), aunque también en sentido contrario (Wagstaff, Cole y Brunas-Wagstaff, 2007), por no hablar de las interpretaciones inadecuadas en esta dirección de inhibición de los lóbulos frontales como indicadores de disociación (Capafons, Lamas y Lopes-Pires, 2008). De hecho, actualmente se reconoce que gran parte del procesamiento de la información ocurre sin que las personas se den cuenta, lo que no quiere decir que estén disociados, tal y como plantean Spanos y Chaves (1989): *“es poco frecuente que las personas puedan especificar las variables más importantes que determinan su conducta, y las atribuciones causales que desarrollan las personas para explicar su comportamiento suelen ser inadecuadas y reflejar más convenciones culturales que una adecuada introspección”* (p. 12).

Contra la consideración de que en la hipnosis se producen estados alterados o estados disociativos de conciencia, se esgrime el argumento de que en la hipnosis no ocurre nada que no pueda ocurrir en otras situaciones psicoterapéuticas e incluso, en la vida normal. Kirsch (1993), señala que esto es así debido a que:

1. Todos los fenómenos y efectos producidos mediante la inducción hipnótica pueden producirse sin dicha inducción.
2. El incremento en el grado de sugestionabilidad hipnótica de una persona sólo se puede ver ligeramente aumentado con el uso de la hipnosis; sin

embargo, otros procedimientos no hipnóticos, como el entrenamiento en imaginación o el uso de placebo, hacen aumentar la sugestionabilidad hipnótica en una medida mucho mayor.

3. La descripción frecuente que hacen las personas acerca de la experiencia hipnótica, no como un estado alterado o raro, sino como un estado normal en el que hay una mayor concentración de la atención en la percepción de una serie de estímulos y en la capacidad de imaginar sobre ellos
4. La similitud de los efectos y descripciones provenientes del entrenamiento en relajación.

Pueden enumerarse muchas situaciones habituales, que todos hemos vivido y que han sido consideradas como indicadores de estado hipnótico. ¿Quién no ha experimentado alguna vez un fenómeno de “sordera selectiva” mientras ha estado concentrado en algo que le interesa mucho y ha dejado de percibir los ruidos que se producían a su alrededor?, ¿no es frecuente encontrar en la práctica clínica fenómenos de analgesia, o sea, personas que tienen una lesión y no reportan dolor? (recuérdese a los deportistas que sufren graves lesiones durante un evento deportivo y sin embargo siguen jugando sin percibir el dolor; o el caso todavía más frecuente, de quien se produce un esguince mientras corre, y no se da cuenta de que tiene el tobillo dolorido e inflamado hasta que pasa un tiempo), ¿quién no ha vivido la sorpresa de recordar de repente, bajo determinadas circunstancias, un número telefónico o un nombre que creía que había olvidado? (hipermnesia). Y, por el contrario, ¿cuántas veces no olvidamos cosas que estamos seguros de saber y que momentos antes recordábamos perfectamente? (amnesia), ¿no son frecuentes los reportes de personas que aseguran que han visto “cosas” (OVNIS, santos, demonios, etc.) cuando simultáneamente otros observadores niegan haberlas visto? (alucinaciones). Finalmente, ¿cuántos de nosotros no hemos andado “soñando despiertos” con la persona amada, al mismo tiempo que caminamos, cruzamos las calles y hasta saludamos maquinalmente a alguien a quien después no recordamos que vimos? (disociación del entorno).

El modelo socio-cognitivo o cognitivo-comportamental de la hipnosis es el que más ha fustigado la idea de la hipnosis como un estado especial de conciencia, siendo incluso criticado por exagerar la idea de que las conductas hipnóticas son estratégicas, dirigidas a metas y volitivas. (Lynn y Kirsch, 2006).

Este paradigma alternativo considera que, tanto las personas que son hipnóticamente sugestionables como las que no lo son, poseen determinadas actitudes, motivaciones y expectativas hacia las instrucciones que están recibiendo. Las personas que responden mucho a las sugerencias hipnóticas de prueba activan actitudes, motivaciones y expectativas positivas hacia esa tarea; o lo que es lo mismo, intentan actuar, pensar e imaginar las sugerencias tal y como el operador espera que lo hagan. Las personas poco hipnóticamente sugestionables, en las pruebas hipnóticas emplean actitudes, motivaciones y expectativas negativas hacia la tarea. Es decir, procuran no pensar, actuar o imaginar las sugerencias en la dirección deseada por quien hipnotiza. Los tres factores (actitudes, motivaciones y expectativas) varían en relación a un continuo (negativa-neutral-positiva) para converger e interactuar de forma compleja, junto con las atribuciones de causalidad sobre lo que se observa, determinando hasta dónde un individuo puede imaginar y dejarse llevar por las sugerencias administradas. Los llamados fenómenos hipnóticos pueden ser explicados dentro de los planteamientos de la psicología cognitiva y la psicología social, sin necesidad de acudir a constructos hipotéticos como el trance, el sonambulismo, o un *estado* de alteración de la consciencia. Así, los fenómenos hipnóticos se fundamentarían en una compleja interacción de variables como las actitudes, motivaciones, expectativas y habilidades cognitivas e imaginativas (Kirsch, 1993).

Entre las diversas teorías que se adscriben a este modelo está la famosa teoría dramatúrgica de la hipnosis, en la que se asume que se “activan roles” (*role enacting* o *taking*, según textos) (Coe y Sarbin, 1991) cuando la persona está hipnotizada. Es decir, enfatiza que la persona hipnotizada adopta e interioriza este rol, socialmente determinado, a la manera en que adoptamos otros roles en nuestra vida (el de madre, profesor, duelo, etc.), actuando *como si...* creyera es su imaginación y fantasías (en este caso hipnótica) Desde las aproximaciones socio-cognitivas, la persona, además de mantener el control sobre sus conductas en todo momento, estaría continuamente esforzándose de un modo activo, pero no necesariamente consciente, para experimentar las sugerencias hipnóticas, y para adaptar sus respuestas a los cambios contextuales y demandas relacionadas con el rol. En este sentido, los informes de involuntariedad asociados a dichas sugerencias y la experiencia de los fenómenos hipnóticos (como la amnesia post-hipnótica), serían reflejo del uso que la persona hace de las estrategias cognitivas (incluyendo

la imaginación, la fantasía, la atención y la distracción), y su esfuerzo por crear esas experiencias subjetivas.

Otra de las explicaciones que se enmarcan en el modelo socio-cognitivo es la Teoría del *Set de Respuesta* (Kirsch y Lynn, 1997; 1998; Lynn, 1997) que se centra en que la mayoría de la actividad humana es no planificada y automática. Son momentos de activación que se inician automáticamente, más que por una intención consciente. El set de respuestas prepara para la activación automática e incluye las intenciones y expectativas, las cuales difieren sólo en la atribución que hace la persona del carácter volitivo del acto anticipado. Las personas con alta sugestionabilidad hipnótica tienen la expectativa de responder muy bien a la inducción hipnótica. Las respuestas se perciben como involuntarias no sólo por el set de respuesta preestablecido, sino también por la valoración culturalmente extendida de que deben ser involuntarias.

Justamente, el papel del inconsciente también ha jugado un rol importante en la polémica “estado vs. No estado” (Chapman, 2006). Un precedente histórico se encuentra en la integración original de la hipnosis y el psicoanálisis. Freud en sus inicios consideró a la hipnosis como un método productivo para el trabajo psicoanalítico, aunque después lo desechara por la asociación libre y el análisis de los sueños, pero la perspectiva psicoanalítica dejó la impronta de ver al inconsciente como fuente de patologías y a la hipnosis como una vía para acceder a este inconsciente desconocido, inaccesible y con frecuencia, amenazador.

Relacionado también con este enfoque de lo inconsciente, aparecen las concepciones de la hipnosis como un estado especial de Milton Erickson (Erickson, 1948/1980; 1960) aunque este mostró una faceta más amable del inconsciente. En palabras de Erickson: *“La hipnosis es un estado de conocimiento muy definido. La persona hipnotizada no es un inconsciente en ningún sentido del término, más bien adquiere una consciencia excesiva sobre un gran número de cosas y aún puede no ser consciente de otro número de cosas, también grande”* (1960, p. 52). Evidentemente esta definición es muy vaga, como él mismo reconocía.

Erickson fue un clínico eminente más preocupado por innovar en los procedimientos de inducción para incrementar su eficacia, que por plantear teorías explicativas. Para este autor, el verdadero cambio terapéutico ocurría cuando se

producía una reorganización, re-asociación y re-síntesis internas de los propios potenciales del paciente, que estaban dados por los aprendizajes psicológicos, fisiológicos y conductuales que toda persona posee por el simple hecho de estar viva. Adaptaba las técnicas de inducción a las necesidades individuales de cada paciente y defendía el uso de las sugerencias indirectas.

De los aportes de Erickson se derivaron la psicoterapia ericksoniana (Erickson, 1948/1980) y la Programación Neurolingüística (PNL) (Bandler, y Grinder, 1980), y diversas terapias estratégicas, que han pautado una serie de indicadores y técnicas para optimizar el proceso de comunicación no sólo en terapia, sino en otros ámbitos como la enseñanza, los negocios, etc.

Un discípulo de Erickson, Rossi (1982), se basó en los hallazgos de la investigación acerca de los ritmos psicobiológicos para plantear su teoría de la existencia de una “respuesta sanadora ultradiana”. Mientras trabajaba con Erickson, Rossi observó que muchas veces este no utilizaba inducciones formales, a pesar de lo cual las personas entraban en trance hipnótico. Erickson decía que las personas manifiestan espontáneamente en el curso de la sesión, un comportamiento similar al trance hipnótico al que había denominado “trance común de cada día” y que él solo profundizaba y utilizaba en la terapia. A principios de la década de los 80, Rossi encontró referencias en la literatura acerca de los llamados “ritmos ultradianos”, que consistían en que cada 90-120 minutos, se producen oscilaciones en la actividad vigil, caracterizadas por una fase de actividad y una de descanso, con un predominio de actividad del hemisferio no dominante y de actividad parasimpática. De acuerdo a este enfoque, todas las personas experimentamos varias veces al día estados “especiales” de consciencia en los que nos encontramos viviendo un período natural de introversión y falta de respuesta social. El terapeuta entrenado en el reconocimiento de las señales corporales que indican este estado, puede utilizarlo para incitar procesos internos creativos con fines terapéuticos.

La investigación de los ritmos psicobiológicos ha conducido a Rossi a investigar en los últimos años la relación de estos con los genes, en lo que se plantea como el enfoque de Psicobiología de la expresión genética. En el 2002 planteó el concepto “estados conductuales relacionados con la expresión genética” para referirse a “una *clase especial de genes que está asociada a cambios en el estado de activación, como el despertar, el sueño y los ensueños. Estos genes están frecuentemente*

asociados con los genes del reloj biológico en un amplio campo de las experiencias humanas incluyendo la activación emocional, crisis, y sentido de triunfo por una parte, y por otra con estrés, desesperación y depresión” (Rossi, 2002, p. 12).

Este acercamiento, cuyas bases experimentales deben aún desarrollarse, curiosamente nos indicaría que los estados especiales de consciencia son frecuentes, lo que en el fondo y paradójicamente, haría especiales también a los estados “normales”.

Actualmente, parece existir una mayor aproximación entre los teóricos del “estado vs. no estado”, conformando una *versión débil* de la controversia que plantearía que, aunque es difícil sostener el constructo de trance o estado hipnótico, el comportamiento hipnótico tampoco podría ser explicado únicamente mediante variables como las actitudes, motivaciones y expectativas, debido a que existen una gran cantidad de diferencias individuales que sobrepasan los planteamientos reduccionistas (Lynn y Kirsch, 2005). Los planteamientos actuales inciden sobre el hecho de que lo que llamamos hipnosis serviría para catalogar a un conjunto de procedimientos que potencian ciertas capacidades preexistentes en los individuos.

Hay dos grupos de datos que han llevado a una convergencia de opinión en el asunto del estado en la mayoría de los investigadores (Mendoza, 2008). El primero se refiere al modesto efecto de la inducción hipnótica en la sugestionabilidad. El segundo es el fracaso en encontrar indicadores fiables del estado alterado. Los marcadores conductuales asumidos como indicadores de “estar hipnotizado” (literalismo, catalepsia y amnesia), o bien no han podido distinguir a los participantes hipnotizados de los no hipnotizados, o bien se ha demostrado que son producto de las percepciones que tienen los participantes del rol hipnótico. Asimismo, no se han encontrado indicadores fisiológicos ni auto-informados de un trance hipnótico. Por tanto, los investigadores han establecido que la respuesta a la hipnosis depende más de las habilidades, creencias e interpretaciones de la persona hipnotizada, que del uso de una inducción hipnótica, lo cual permite entender que las personas “entren” espontáneamente en hipnosis sin necesidad de las teorías ericksonianas o del concepto de “trance” propuesto por los Spiegel (Spiegel y Spiegel, 2004).

Los aportes y debates actuales de las diferentes explicaciones teóricas acerca de la hipnosis tienen una serie de implicaciones clínicas, señaladas por Lynn y Kirsch (2006), que no deben perderse de vista en el manejo hipnótico del dolor:

- 1) Los modelos psicoanalíticos recuerdan al clínico que no debe sorprenderse si emergen procesos primarios, afectos intensos y procesos de transferencia.
- 2) También alertan de los posibles falsos recuerdos.
- 3) El observador oculto tiene valor en la práctica clínica pero el paciente debe ser informado de que se trata de un fenómeno sugestivo.
- 4) Los modelos socio cognitivos y fenomenológicos aportan :
 - a. Importancia del rapport y la alianza terapéutica.
 - b. Importancia de la evaluación previa de creencias, expectativas y actitudes.
 - c. Necesidad de corregir mitos
 - d. Evaluar la conciencia (*awareness*) y dialogo interno durante la hipnosis.
 - e. Ayudar al paciente a actuar de manera “voluntariamente involuntaria”.

2.6 Fenómenos hipnóticos

No hay características ni fenómenos específicos de la hipnosis. De hecho, es imposible comprobar que una persona está hipnotizada, pues todos los fenómenos que ocurren en hipnosis también suelen ocurrir sin ella. Sin embargo, resulta útil con fines clínicos comentar algunos fenómenos que se atribuyen a la hipnosis, ya que ellos pueden ser utilizados para conseguir el alivio o eliminación del dolor y de sus correlatos psicosociales negativos como los estados emocionales patológicos y la discapacidad.

Si nos atenemos a la definición de hipnosis de la APA (2004) una característica básica de la hipnosis sería el cumplimiento de las sugerencias. Recordemos que una acepción de sugestión es descrita como un proceso psicológico por el cual aceptamos una idea de manera acrítica, sin que exista ninguna razón lógica para hacerlo, o bien como una instrucción verbalizada de forma que se experimenta con un carácter de *involuntariedad* o reducción del esfuerzo percibido (Sociedad

Británica de Psicología, 2001/2002). Yapko (2008), en concordancia con las teorías socio-cognitivas de la hipnosis, considera que el cliente es alentado a esperar cambios en sus experiencias y tiene la expectativa de que esto ocurrirá. Es decir, que una característica de la respuesta hipnótica, que de alguna manera quienes la usan coinciden en aceptar, es que se aceptan determinadas sugerencias que no están necesariamente fundamentadas en razones lógicas.

Otra característica que debe tener una respuesta hipnótica, de acuerdo a la teoría dramatúrgica y a la propia definición de hipnosis, es que la situación haya sido rotulada como hipnosis, tanto por el hipnotizador como por la persona (Capafons, 2001), aunque en este último caso hay discrepancias, pues muchos profesionales utilizan procedimientos de inducción que consideran hipnóticos, diciéndole al paciente que se trata de "relajación" (Martínez-Perigod y Grenet, 1985). Así que sería mejor decir que la característica es que al menos uno de los participantes (quien va a ser hipnotizado) rotule la situación como hipnosis. Esto tiene importancia a la luz de los estudios que demuestran que rotular la técnica como hipnosis incrementa su efectividad en el tratamiento del dolor (Schnur, et al., 2008), aunque a veces no tenga tal efecto a corto plazo (Zitman et al. 1992).

También hay coincidencia en considerar como un fenómeno propio de las experiencias hipnóticas, la fijación o selectividad de la atención, que se expresa en que la persona deja de prestar atención a una gran cantidad de cosas, mientras que se concentra en otras. Sin embargo, esto es también frecuente en muchas otras situaciones de la vida cotidiana que no tienen nada que ver con la hipnosis (estudiar, sumergirse en la lectura de un buen libro, concentrarse en una tarea, etc.,) por lo que más bien es un requisito que una propiedad particular de la hipnosis.

Otra característica en la que de alguna manera coinciden los expertos es que en la hipnosis juegan un papel importante los procesos y fenómenos inconscientes, independientemente de lo que cada uno entienda como tal, que es bien diferente, pues va desde concebir como inconscientes los procesos y fenómenos a los que la persona no está prestando atención deliberada en un momento determinado, hasta la de concebir al inconsciente como un reservorio de recuerdos, sentimientos e ideas "reprimidas" que sólo pueden ser conscientemente percibidas en virtud de ciertos procedimientos como la asociación libre, el análisis de los sueños y la propia hipnosis.

Los fenómenos disociativos son ejemplos adecuados del papel que juegan los procesos inconscientes en la hipnosis. Mientras que la persona hipnotizada focaliza su atención en las sugerencias, pueden ocurrir asociaciones inconscientes y activarse significados simbólicos o vivencias pasadas que pueden determinar las respuestas a las sugerencias. Otra faceta de los fenómenos disociativos que pueden ocurrir en la hipnosis es el llamado “consciencia (*awareness*) paralela” que se refiere a que las personas dicen como que una parte de sí misma se da cuenta de lo que está diciendo el inductor, mientras que otra está esperando que las cosas ocurran (Yapko, 2008). El “observador oculto” que discutimos en páginas precedentes también se ha enmarcado como un fenómeno disociativo.

Orne (1959) subrayó que, uno de los atributos más importantes de las experiencias hipnóticas es que la persona incrementa su habilidad para tolerar de manera confortable, sugerencias incongruentes o incoherentes que no habría tolerado en otras situaciones. Un ejemplo puede ser cuando se le sugiere a la persona que “olvide” el número 5 y lo acepta. A este fenómeno u otro asociados, como el propio observador oculto, se le llama la “lógica del trance” y tiene una enorme utilidad clínica, aunque no es único de la hipnosis, si no de la misma vida cotidiana, como ocurre cuando alguien experimenta una emoción intensa (como el terror, por ejemplo) viendo un film (Capafons, 2001).

También se menciona como una característica de las experiencias hipnóticas la tendencia a hacer interpretaciones literales, por ejemplo, el hipnotizador sugiere que está viendo a una persona “brillante” como una metáfora de cualidades personales, y el cliente percibe a esa persona con un brillo real. Según Yapko (2008), Erickson evaluó el fenómeno de literalismo en 1800 casos de personas hipnotizadas en comparación con no hipnotizadas, y encontró que el 95 % de los hipnotizados daban respuestas literales ante situaciones en que no lo hacían los no hipnotizados (ante la pregunta *¿me puede Ud. decir su nombre?*, simplemente respondían sí o no). Sin embargo, este resultado no se ha replicado en otros estudios, encontrándose más literalismo en los simuladores que en las personas hipnotizadas (Green et al., 1990).

Habitualmente se habla de tres tipos de reacciones hipnóticas: las reacciones ideomotoras, que implican la inhibición o realización de determinados movimientos y actos motores; las respuestas ideosensoriales, que hacen referencia a dejar de percibir (o lo contrario, percibir las) determinadas sensaciones como el dolor, un

sabor, etc., o tener sensaciones en ausencia de estímulos físicos que las provoquen, relacionados con los sentidos, aunque aquí es difícil distinguirlas de las alucinaciones (Capafons, 2001); y las respuestas cognitivas, muy variadas y que abarcan desde el aumento o disminución de la memoria (hipermnesia y amnesia que también son fenómenos no exclusivos de la hipnosis), lógica del trance, (alucinaciones positivas, negativas, etc.) (Capafons, 2001). El prefijo “ideo” hace referencia a que estas reacciones son provocadas a través de fijar la atención en una idea, y se consideran involuntarias (Capafons y Amigó, 1993; Martínez-Perigod y Grenet, 1985), aunque actualmente ya no se considera que sólo el activar la idea genera la respuesta a la sugestión, y menos que sean involuntarias, tal y como hemos visto en apartados anteriores.

Las diferentes respuestas ideomotoras, ideosensoriales y cognitivas que se describen en la hipnosis no son en modo alguno “patognomónicas” de la hipnosis, pues ya hemos visto que con frecuencia ocurren en la vida cotidiana. Sin embargo, coincido con Capafons (2001) en que el mérito de la hipnosis radica en que estas reacciones se activan y finalizan intencionalmente, en el marco artificial de una consulta o de un experimento de laboratorio, o en la vida cotidiana, a través del uso de las técnicas hipnosuggestivas.

Los fenómenos ideomotores quizás resulten los más espectaculares, pues son los que pueden observarse y también los que se consiguen con mayor facilidad pues casi todos ellos se apoyan en reacciones fisiológicas normales. Por ejemplo, la catalepsia palpebral, que consiste en que la persona no puede abrir los ojos. Generalmente se asocia a los estados de hipnosis “ligera”. Hay diferentes estrategias para lograrla, muchas de las cuales tienen en común el utilizar algún recurso para provocar fatiga ocular, ya sea fijando la mirada en un punto, como un foco luminoso, en los ojos del hipnotizador (fascinación), en un péndulo que realiza un movimiento monótono, etc., que se sitúa algo por encima de los ojos de la persona para obligarle a dirigir la vista hacia arriba; o mediante el pestañeo, o simplemente enrollando los ojos y bajando los párpados. También se puede lograr mediante sugestiones directas “*los ojos están cansados, los párpados están pesados, etc.*”, o indirectas a través de preguntas o metáforas, por ejemplo “*y me pregunto si ahora que se encuentra cómodamente sentado, descansando, no permitiría a sus ojos que se cerraran cómodamente y mientras sus ojos se cierran,*

el descanso es cada vez más profundo y puede ser que no desee abrir los ojos, como si estuviera durmiendo cómodamente en un lugar agradable...”

La catalepsia braquial puede adoptar distintas modalidades (no poder doblar el brazo, bajarlo, etc.). Generalmente se comienza primero a inducir rigidez en el brazo y es esta rigidez la que dificulta el movimiento.

En la catalepsia general la persona presenta una contracción muscular generalizada en todo el cuerpo. Un ejemplo bastante conocido es el llamativo fenómeno del “puente humano”, en que la persona se encuentra tan rígido que se puede sostener apoyando sólo la cabeza y los pies en dos sillas separadas, y hasta soportar el peso de alguien que se le siente encima. Por su espectacularidad, es un fenómeno que se le atribuye generalmente a los estados de trance profundo (Martínez-Perigod y Grenet, 1985). Se parte del supuesto de que este es el tipo de cosas que no se puede hacer si no es bajo los efectos de un estado “especial”. Citaré entonces textualmente el testimonio del reconocido investigador y terapeuta Orne, durante una conferencia impartida en el año 1960: *“El autor, grandemente impresionado cuando por primera vez observó este fenómeno, decidió conocer la capacidad de una persona no hipnotizada para llevar a cabo tal hazaña. Para su gran sorpresa, descubrió que un individuo en estado de vigilia normal podría soportar el peso de una persona, sobre el abdomen, hallándose en la misma posición. Así, lo que a primera vista habría parecido una prueba de trascendencia claramente definida, al ser examinada más cuidadosamente se redujo a una acción que simplemente requiere de gran fuerza física”* (p. 230). La autora de este libro replicó exactamente la misma experiencia descrita por Orne, de modo que sólo se requiere de la persona que tenga las condiciones físicas adecuadas (no estar mermada en su fuerza habitual o estar débil o enferma), puede hacer el puente humano sin necesidad de estar hipnotizado.

La levitación, casi siempre de un brazo, se utiliza también como técnica de inducción, consiste en sugerir a la persona que su brazo está ligero y flota, levitando. No es un fenómeno exclusivo de la hipnosis, por ejemplo, muchas veces cuando estamos escribiendo algo, dejamos el brazo suspendido en el aire durante algunos minutos, sin tener consciencia de esta postura.

Un ejemplo de movimientos automáticos lo veremos en la prueba de oscilación descrita en el epígrafe de evaluación de la sugestionabilidad. Los movimientos

automáticos se pueden hacer de diferentes partes del cuerpo como un brazo, la cabeza, etc. En la vida cotidiana suelen ocurrir con frecuencia, por ejemplo, las personas que mueven rápidamente un pie o una pierna mientras están sentados realizando otra actividad, sin percatarse de lo que están haciendo.

Un fenómeno que se ha considerado típico de la hipnosis es, por supuesto, el sueño hipnótico en el que la persona tiene generalmente los ojos cerrados y el cuerpo relajado, mientras realiza diversas acciones como las descritas anteriormente y otras como conversar, caminar y hasta abrir los ojos. Este fenómeno de abrir los ojos sin despertar se ha considerado un indicador de hipnosis profunda (Martínez-Perigod y Grenet, 1985), aunque como veremos en epígrafes posteriores, hay muchas técnicas hipnóticas que se realizan sin que la persona adquiera apariencia de dormido y en las que la persona en todo momento tiene los ojos abiertos y puede conversar normalmente. Sin embargo, desde el enfoque del sueño hipnótico, la persona que habla y está con los ojos abiertos, se caracteriza por usar un tono de la voz más bajo, el ritmo es más lento, teniendo esa apariencia de “zombie” o de “encantamiento” tan popularizada en el cine.

En realidad, y sirva para el resto de este libro, lo que importa es que todo lo que se hace dentro de hipnosis, se puede hacer fuera de ella sin estar hipnotizado, como a través de las instrucciones motivacionales hacia la tarea (Barber y Carverley, 1965), de modo que no hay nada unívoco y exclusivo que nos permita caracterizarlo como un indicador de estar hipnotizado, y menos en algún nivel de profundidad de hipnosis. Precisamente, este último término es otra forma metafórica de hablar que se considera ingenuamente como literal en la literatura sobre hipnosis (Capafons, 2001) y en el fondo se refieren a la dificultad de su realización (Sarbin y Coe, 1972).

Muy común entre los llamados fenómenos ideosensoriales es sentir calor, frío, experimentar exceso de salivación, vasoconstricción o dilatación, sensaciones propioceptivas en general, etc., incluso la analgesia y la anestesia; y por eso se les ha denominado también sensorio-fisiológicos (Capafons, 2001). Respecto de la analgesia y anestesia nos referiremos con mayor profundidad cuando examinemos los procedimientos para el alivio del dolor.

A veces los fenómenos ideosensoriales son difíciles de distinguir de los cognitivos, en la medida en que aparezcan percepciones visuales, auditivas, incluso gustativas (Capafons y Amigó, 1993). Por ejemplo, un elemento que ya es realmente cognitivo

es la llamada sordera selectiva, en la que la persona aparentemente solo oye la voz del hipnotizador y no responde a otros sonidos del ambiente. Desde el paradigma del sueño hipnótico se considera indicativa de que la persona se halla en un estado profundo, sin embargo, ya vimos que es un fenómeno que se presenta con frecuencia en la vida cotidiana.

Los fenómenos cognitivos, incluyen entre otros, a las alucinaciones, tanto positivas como alucinaciones negativas (Kroger y Fezler, 1976; Martínez-Perigod y Grenet, 1985). Las alucinaciones positivas consisten en percibir algo que no está realmente en el campo perceptual de la persona, mientras que las negativas consistirían en dejar de percibir estímulos presentes. Un ejemplo de alucinación positiva sería el de percibir un fuente de agua inexistente. Un ejemplo de alucinación negativa sería no ver la fuente cuando sí existe.

Las alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, gustativas, etc., fenómenos típicamente cognitivos, también son consideradas como indicadores de trance profundo, a pesar de que existen pruebas de sugestionabilidad frecuentemente usadas en la práctica (la prueba del limón, de la sed, etc.), en las que la persona puede referir alucinaciones gustativas como sentir el sabor ácido del limón, sentirse la boca seca y sensación de sed e incluso es posible que “alucinemos” un aroma determinado, si estamos involucrados en una situación concreta.

Entre los fenómenos cognitivos, de los más llamativos son los relacionados con la memoria, como la amnesia, la hipermnesia, la regresión y la progresión de edad. Para muchos autores que ven la hipnosis como un tipo de sueño son fenómenos asociados a los estados profundos de hipnosis, pero en realidad se observan con relativa facilidad aunque según qué tipo de fenómenos cognitivos son difíciles de conseguir (alucinaciones) o no tanto (progresión o regresión en el tiempo).

El fenómeno amnésico más frecuente es el relacionado con sugerencias de olvidar fragmentos de hechos ocurridos durante la sesión hipnótica y es muy utilizado por los terapeutas, incluso para el tratamiento del estrés post-traumático. También es frecuente sugerir a la persona olvidar acontecimientos desagradables. Rossi (1982) relacionaba este tipo de acontecimientos con lo que denominaba “aprendizajes dependientes del estado”, considerando que los aprendizajes que se produjeron en un estado de consciencia, sólo son recuperables bajo el mismo estado de

consciencia original, lo que se conoce también como memoria dependiente del estado.

La posibilidad de incrementar el recuerdo mediante la hipnosis (hipermnesia) es sumamente atractiva, por las implicaciones que puede tener para la enseñanza, la criminología, etc., por lo que ha sido exhaustivamente investigada. En este sentido, podría resultar una técnica útil para la pedagogía, pues además la hipnosis puede incrementar la motivación de la persona y la autoconfianza; sin embargo el principal riesgo de iatrogenia con hipnosis se basa en su utilización para la recuperación de recuerdos (Capafons y Mazzoni, 2005). No hay evidencia científica de que la regresión hipnótica ayude a recordar hechos y episodios autobiográficos que la persona no es capaz de recordar fuera de hipnosis, ni siquiera que provoque más recuerdos que cuando no se usa (Larra, Valero, y Abascal, 2003).

La investigación ha demostrado que bajo hipnosis se generan en realidad tantos recuerdos falsos como verdaderos (Dinges et al.1992) pero que se produce un aumento en la confianza en el recuerdo, o sea, la persona tiene la convicción de que lo recordado es totalmente real (Scoboria, Mazzoni, Kirsch, y Milling, 2001), aunque las creencias vigentes sobre las capacidades de la hipnosis para mejorar la memoria parecen, ser en parte, las responsables de este efecto en la persona hipnotizada, así como las preguntas tendenciosas que dirige a la persona para moldear el falso recuerdo, y este efecto se produce tanto en hipnosis como fuera de ella (Capafons y Mazzoni, 2005). Además, las preguntas tendenciosas presentan el riesgo de que la información errónea cambie el recuerdo del suceso original (Capafons y Mazzoni, 2005).

Cuando estas regresiones pretenden redescubrir el pasado y resolver traumas reprimidos o disociados, o incluso para volver a vidas pasadas, se basan en una teoría sobre la disociación y amnesia psicógena carente de evidencia científica (Capafons, y Mazzoni, 2005). Por otra parte, también se ha comprobado que las experiencias de vidas pasadas inducidas mediante la hipnosis suelen ser fantasías elaboradas a partir de la cultura popular disponible sobre las vidas pasadas y hechos conocidos o supuestos respecto a períodos históricos específicos, así como de claves presentes en la situación hipnótica (Spanos, 1996).

Distintas asociaciones profesionales han puesto de manifiesto su recomendación de que la hipnosis no se utilice para la recuperación de recuerdos ni en contextos

forenses, a menos que sean casos excepcionales de investigación en los que dichos recuerdos puedan ser corroborados y cuando se utilicen procedimientos estrictos para asegurar un uso apropiado de investigación que no dirija las respuestas de la persona (American Psychological Association, 1993; Canadian Psychiatric Association, 1996; American Medical Association, 1994). Asimismo, la Sociedad Británica de Psicología (2001/02) advierte que la hipnosis no debería utilizarse basándose en la idea de que con ella se pueden recuperar recuerdos de sucesos de los que la persona no se acuerda, pero que se supone que son la causa de su problema actual.

No obstante, acercamientos recientes pueden dar un giro a este tema, en la medida que se use la hipnosis como estrategia para ayudar a distinguir los recuerdos verdaderos de lo falsos, precisamente usando creencias ajustadas sobre ella (Wagstaff, 2008; Wagstaff, Cole, Wheatcroft, Anderton y Madden, 2008).

Utilizar sugerencias de regresión de edad o de proyección al futuro pueden resultar estrategias de tratamiento útiles si están enmarcadas en el sistema de creencias del paciente, pero el terapeuta debe ser precavido a la hora de interpretar como ciertas las referencias de la persona a sucesos ocurridos en el pasado que son “recordados” durante la sugestión hipnótica, pues simplemente podrían ser falsos recuerdos, por lo que debe alertar al cliente sobre esto. También es importante que cuando se pretenda utilizar la regresión de edad, se eviten las sugerencias específicas, en su lugar, se recomienda utilizar preguntas neutrales del tipo ¿qué está sucediendo ahora? (Capafons y Mazzoni, 2005).

Continuando con los fenómenos cognitivos, el reencuadre se ha definido como el cambio de sentido o atribución de una situación, mientras que la situación misma no se modifica. En ocasiones, puede utilizarse la hipnosis para que la persona pueda “revivir” la situación y las emociones asociadas a la misma, pero cambiando la perspectiva de análisis (por ejemplo, imaginar que le ocurre a otra persona o que está viendo una película, para luego integrar poco a poco la experiencia), pues así puede detectar otros elementos que no había tenido en cuenta.

El fenómeno de distorsión del tiempo refiere Pacheco (1993) que fue descrito por Cooper en 1948. Consiste en abreviar o extender la percepción subjetiva del tiempo real. Esta posibilidad tiene su fundamento en la observación de que existen características diferenciales entre el tiempo cronológico y el tiempo subjetivo,

sustentada desde 1890 por William James. Se utiliza frecuentemente como estrategia terapéutica para el dolor, como se verá en próximos capítulos.

Las sugerencias posthipnóticas, como indica su nombre, se refieren a que la persona realiza determinadas acciones que le fueron sugeridas durante la hipnosis, tiempo después de finalizada la misma, siendo ese lapso de minutos o de meses. Son ampliamente utilizadas por su valor terapéutico. Una explicación es la ofrecida por Rossi (1982) en relación al concepto “aprendizaje dependiente del estado”, de manera que en el estado hipnótico se daría la sugestión y esta se asociaría a una señal que volvería a evocar dicho estado en otro momento, si bien parece depender mucho más de expectativas, contexto y atribución que de este aspecto (Spanos, 1996). Recientemente, Damaser et al. (2010), reportaron un estudio experimental en el que encontraron que la ejecución de una conducta fuera del contexto hipnótico se relacionaba más con las características de la demanda que con el nivel de hipnotizabilidad o el hecho de que la demanda se estableciera con o sin hipnosis.

Pacheco (1993) cita los estudios de Matheson (1986) según el cual, las investigaciones han demostrado que solo del 2 al 3 % de las personas han mostrado una larga duración de las respuestas posthipnóticas, aunque esto depende también de su dificultad y de que la persona las retroalimente con auto-hipnosis, por ejemplo (Capafons, 2001).

Otro aspecto a considerar en el análisis de la fenomenología de las experiencias hipnóticas es el tema de la profundidad, particularmente importante en el caso del tratamiento del dolor porque está bastante extendida la creencia de que los fenómenos de analgesia requieren de niveles profundos de hipnosis.

Fue Charcot quien estableció la existencia de tres niveles de profundidad: letargia, catalepsia y sonambulismo (Wagstaff, Cole, y Brunas-Wastagff, 2008) y su influencia se mantiene en la terminología que se usa para referirse a la fenomenología de las experiencias hipnóticas (catalepsia, alucinaciones, etc.). Sus planteamientos iban dirigidos a demostrar que la hipnosis no era más que un estado especial de la histeria, producida de manera artificial, y que las tres fases de la hipnosis tenían su contrapartida en las manifestaciones histéricas. Es decir, que la hipnosis era una neurosis histérica inducida artificialmente.

Así, la hipnosis, considerada desde la teoría patológica de la Escuela de la Salpêtrière de París, pasa por las tres etapas o períodos siguientes (García y Viera, en prensa):

- *Letargia*. En este período aparecen los miembros en completo estado de flacidez muscular, obedecen a las leyes de la gravedad, y cuando se levantan y se sueltan caen pesadamente. Los ojos aparecen cerrados o entreabiertos, y en los párpados existe un estremecimiento continuo. Hay hiperexcitabilidad neuromuscular en diferentes grados, pues va de una zona determinada a otra de los miembros superiores a toda la musculatura del cuerpo. Existe analgesia completa de la piel y de las mucosas accesibles y los aparatos sensoriales conservan cierto grado de actividad.
- *Catalepsia*. Se caracteriza por una disminución del tono muscular y la mirada posee una fijeza que constituye uno de los signos más característicos de este período, al igual que la inmovilidad. Los miembros conservan durante mucho tiempo las posturas más difíciles que se hayan indicado. Cuando se levanta a la persona o se le cambia de sitio, no se observa ninguna resistencia. Son abolidos los reflejos tendinosos, no aparece hiperexcitabilidad neuromuscular ni flexibilidad cérica. Existe anestesia cutánea.
- *Sonambulismo*. Esta es la etapa más profunda. El paciente está “conectado” con el hipnotizador, siente la voz del mismo muy distante, y no escucha las voces de las demás personas ni el ruido más intenso que se pueda realizar a su lado. Los párpados aparecen bajos sobre los globos oculares y éstos se presentan convergentes y dirigidos hacia arriba.

Actualmente, la mayoría de los autores se han desmarcado de la noción de la hipnosis como un estado patológico, aunque se conserva la idea de los diferentes niveles de profundidad, con sus indicadores fisiológicos y conductuales. El concepto de profundidad hipnótica puede verse desde la perspectiva de la hipnosis como un estado especial, pero también desde el modelo socio-cognitivo que plantea que la hipnotizabilidad se refiere a la responsividad especialmente asociada con el contexto o rol hipnótico, por lo que el reporte de profundidad hipnótica refleja el grado en que la persona está preparado para aceptar y responder a la invitación o sugestión de estar en un estado o condición que denominamos hipnosis, además

de la dificultad de las sugerencias que está respondiendo (Sarbin y Coe, 1972; Wagstaff et al., 2008).

Por último, hay un fenómeno interesante y que se ha investigado poco, dadas las dificultades para provocarlo, que es el llamado “trance plenario”. Erickson (1960) ha sido uno de los psicoterapeutas que ha logrado con mayor frecuencia provocar este estado, así que lo describiremos con sus propias palabras:

“El trance plenario es, simplemente, un trance demasiado profundo, en el cual el hipnotizado pierde literalmente el sentido de orientación del cuerpo, esto es, se va quedando poco a poco estupefacto, pero retiene siempre, un cierto grado de su sentido de orientación corporal.

(...). En ese estado de trance, se le puede pedir el cumplimiento de ciertas órdenes, por ejemplo, que haga aumentar el flujo de sangre al riñón derecho y es fácil averiguar que efectivamente lo hace, introduciendo una sonda intrauretral a algún estudiante de medicina a quien le entusiasme sobremanera ser conejillo de indias hipnotizado. (...)

La persona retiene el contacto con Ud., lo oye, pero el proceso de oírlo se le vuelve lentísimo, esto es, se produce un enorme retardo temporal. Si Ud. pregunta a la persona, ¿me está escuchando?, es posible que tenga que contar hasta 15, hasta 20, o hasta 25 antes de que le responda que sí, que lo escucha. Moverse en este estado implica gran esfuerzo, el relajamiento muscular del hipnotizado así es muy profundo. Yo he descubierto por medio de la experimentación que cuando se trabaja con individuos que confían en uno, relajan los músculos de los esfínteres a medida que se profundiza el trance plenario; si por el contrario, no están enteramente familiarizados con uno, por regla general, en algún momento del desarrollo del trance, reaccionan reprimiendo la profundización hipnótica y poniendo en tensión, los músculos de los esfínteres con el fin de retener el control de sí mismos, y no llegar al trance plenario.

Sacar a un individuo del trance plenario al estado de consciencia ordinario es una tarea que debe hacerse muy, pero muy despacio, de otro modo se puede provocar un choque, quienes lo han padecido, (...)

Y, ¿para qué sirve el trance plenario? Creo que no tiene ninguna aplicación terapéutica, pero es decididamente útil para la fisiología y la investigación de la

psicología. Puede enseñarnos muchísimo acerca de cómo orientamos nuestro cuerpo” (p. 230-31).

Erickson distinguía entre el trance plenario y los estados de hipnosis profunda. Lo que distingue a ambos estados es la desconexión total con el propio cuerpo asociada a una profunda relajación. Planteaba que no todas las personas podían llegar al trance plenario y en su experiencia, lo había logrado con mayor facilidad en las personas sonámbulas, y que dada su escasa utilidad terapéutica, las dificultades para conseguirlo, lo poco que se conoce sobre el mismo, etc. no resulta recomendable que hipnotizadores poco experimentados intenten provocar este tipo de trance.

Quisiera además llamar la atención sobre la importancia que tiene la relación con el paciente para poder lograr el trance plenario, como muy bien señala el propio Erickson. Dado que está demostrado que una variable que interviene en el éxito de la hipnosis es las expectativas de quien hipnotiza, así como el deseo del paciente de cumplir con las mismas, cabe esperar que si el terapeuta, de alguna manera espera que ocurra este tipo de estado, es muy posible que el paciente se lo ofrezca, de acuerdo a la teoría que plantea que la hipnosis es una activación de roles, tal y como parece ser que le ocurrió a Charcot (Sarbin y Coe, 1972), quien gozaba de un inmenso prestigio en su entorno, como el que tenía Erickson. Esta reflexión de ninguna manera niega la existencia de este tipo de estados, el propio Erickson enfatizaba que en hipnosis no ocurre nada que no pueda ocurrir en la vida cotidiana y por ejemplo, las experiencias de levitación, salirse del cuerpo, etc. han sido frecuentemente comentadas por místicos, santos, ascetas y yoguis. Así que lo verdaderamente interesante, a mi juicio, es que la hipnosis sea una herramienta que permita evocar experiencias de este tipo.

A diferencia de lo que suele pensarse habitualmente, la hipnosis entonces nos estará invitando a pensar en las inmensas posibilidades que tienen la motivación y las creencias de las personas (tanto las de quien hipnotiza, como las de la persona hipnotizada), y en cómo podemos aprovechar estas posibilidades para mejorar la salud.

2.7. Sugestionabilidad hipnótica

Una de las preguntas que impulsa la investigación científica en el tema de la hipnosis es la referida a si todas las personas son “hipnotizables” y en caso de que no sea así, qué diferencia a las personas hipnotizables de los que no lo son. A esta pregunta, las diferentes teorías sobre la hipnosis dan respuestas contrapuestas: algunos autores afirman que cualquier persona puede ser hipnotizada, y que sólo hay que encontrar los métodos de inducción más apropiados para ella, mientras que otros autores plantean que existen diferencias individuales con respecto a la sugestionabilidad a la hipnosis.

La creencia de que la sugestionabilidad a la hipnosis es una característica relativamente estable se ha sostenido por lo menos, desde mediados del siglo XIX (Hilgard, 1960). Uno de los teóricos más importantes de esta concepción es Hilgard, quien planteaba que es una característica de la personalidad que se formaba durante experiencias en la infancia y que ya en la edad adulta, se mantenía sin cambios importantes. Consideraba que el tipo de experiencias infantiles que determinaban la susceptibilidad a la hipnosis eran las de las interacciones con los adultos (principalmente con los padres o sustitutos) que tenían que ver con la dependencia-independencia, la conciencia, la relación con la autoridad y la identificación. Hilgard (1965) también consideraba que existían diferencias individuales con respecto a esta característica, las cuales se podían medir, para lo cual propuso, junto con Weitzenhoffer las famosas Escalas de Susceptibilidad Hipnótica de Stanford (Weitzenhoffer y Hilgard, 1959; 1962).

Desde esta perspectiva, diferentes estudios indican que los poco y los muy hipnotizable son minoría (Hilgard 1960). Estudios longitudinales de hasta 25 años, muestran que las puntuaciones de sugestionabilidad son altamente estables en el tiempo en ausencia de procedimientos de modificación (Piccione, Hilgard y Zimbardo, 1989). En el caso de los niños, hay un pico de sugestibilidad alrededor de los 12 años (Yapko, 2006). También se ha reportado (aunque no corroborado) que las mujeres puntúan más alto (Hilgard, 1965).

Se han realizado múltiples investigaciones para identificar las características de personalidad que se relacionan con la sugestionabilidad hipnótica. Estos estudios durante los años 60 permitieron descartar variables psicopatológicas y rasgos históricos (Barber, 1980). Es más, todos los que practican la hipnosis saben que las

personas con “buena salud mental” son más fáciles de hipnotizar. Tampoco se han encontrado correlaciones significativas entre rasgos de personalidad específicos y sugestionabilidad hipnótica, utilizando instrumentos como el MMPI, Roscharch, TAT, o el NEO-PI (Council, 2005; Nordenstrom, Council y Meier, 2002; Yapko, 2006), aunque sí con algún tipo de trastornos como presentar fobias y trastorno de estrés post-traumático (Council, 2005), lo que no quiere decir que toda persona hipnotizable presente psicopatología, pues personas sanas puntúan también alto en esta dimensión.

Tampoco correlaciona la sugestionabilidad hipnótica con sugestionabilidad interrogativa no placebo (Kirsch, 1997), o sea, se puede ser muy sugestionable en situaciones cotidianas y no ser un “buen sujeto hipnótico”.

Un elemento aparentemente contradictorio con la idea de que la sugestionabilidad hipnótica es un rasgo estable de la personalidad, es el hecho de que la sugestionabilidad hipnótica se puede desarrollar con la práctica (Yapko, 2006). Spanos y su equipo hicieron estudios que demostraron que las personas con baja sugestionabilidad hipnótica lograban equiparar su ejecución con los de alta sugestionabilidad hipnótica si eran adecuadamente entrenados, como el programa de Carleton para incremento de la sugestionabilidad hipnótica (Gorassini y Spanos, 1999; Spanos y Chaves, 1989).

Ya hace varias décadas que se desarrollaron una serie de programas para incrementar la sugestionabilidad hipnótica entre los que pueden mencionarse el de Sach y Anderson (1967), Tart (1970), Diamond (1972), y el ya mencionado y famoso Programa de Carleton. Estos programas, con ligeras variantes, han sido ampliamente investigados y se ha comprobado su eficacia para modificar la sugestionabilidad hipnótica (Cangas, 1999). Según este autor, los programas de entrenamiento para incrementar la sugestionabilidad hipnótica, amén de sus diferencias, tienen las siguientes características comunes (Cangas, 1999):

1. Ofrecen información científica sobre la hipnosis.
2. Suelen utilizar el modelado, generalmente con personas que han sido hipnotizadas y refieren su experiencia, ya sea cara a cara, o mediante videos.
3. Hacen hincapié en la práctica, y animan y enseñan la persona diferentes ejercicios al estilo de los que se usan en las pruebas de sugestionabilidad.

4. Utilizan el reforzamiento de los éxitos y avances de la persona.

Por otra parte, muchos estudios han demostrado que la respuesta a la hipnosis correlaciona más con factores contextuales (motivación, expectativas, relación entre el hipnotizador y la persona, etc.) que con la propia sugestionabilidad hipnótica tal como la miden las escalas (Yapko, 2006).

Kirsch y Braffman (2006) distinguen las sugerencias dirigidas a que la persona crea que la realidad es diferente (por ejemplo, lo que ocurre con los placebos), de las sugerencias imaginativas (“imagina que...”) que son las que usan en la mayoría de las escalas de evaluación de la sugestionabilidad. Entre estas últimas, diferencian la sugestionabilidad hipnótica y la no hipnótica, refiriéndose esta última a la sugestionabilidad imaginativa evaluada fuera de la hipnosis. Plantean que “ *la sugestionabilidad imaginativa no hipnótica es un constructo egregiamente ignorado, y su comprensión es una tarea de excepcional importancia. La sugestionabilidad imaginativa es la habilidad o rasgo subyacente a los movimientos automáticos, las parálisis parciales, las amnesias selectivas, la reducción del dolor y las alucinaciones que son comunmente observadas en el contexto de la hipnosis. Estas conductas imitan los síntomas disociativos y conversivos que hasta hace pocos años llamábamos histeria... pero todas estas respuestas y expectativas pueden ser elicitadas sin hipnosis, y algunas pueden producirse fácilmente en la vasta mayoría de las personas. Esto indica que la habilidad de responder a sugerencias imaginativas es una característica humana normal y tiene efectos sustanciales en importantes áreas clínicas como el manejo del dolor*” (p. 264)

A finales de los 90 se realizaron una serie de estudios que les permitieron afirmar que la sugestionabilidad hipnótica es simplemente la sugestionabilidad no hipnótica incrementada por la propensión a responder a las sugerencias hipnóticas, y modificada por los cambios en las expectativas y la motivación producidos en el contexto hipnótico. Exceptuando la sugestionabilidad no hipnótica, sólo cuatro variables mostraron correlaciones significativas con la sugestionabilidad hipnótica. En orden ascendente estas eran: las expectativas de respuesta, las actitudes hacia la hipnosis, la propensión a la fantasía y la absorción. Posteriormente, hallaron que la absorción no tenía correlaciones significativas, pero sí el tiempo de reacción (Kirsch y Braffman, 2006).

Dado que estos factores contextuales (expectativas y actitudes hacia la hipnosis) explican una parte importante de la varianza en la sugestionabilidad, e incluso que se puede modificar el nivel de sugestionabilidad modificando las expectativas, los clínicos prefieren optimizar los factores contextuales que incrementan la responsividad, ya que esto permite que un mayor número de personas puedan beneficiarse de la hipnosis (Yapko, 2006).

En mi opinión, lo que ocurre con la sugestionabilidad hipnótica es lo mismo que lo que ocurre con muchas otras capacidades humanas: aunque existan diferencias individuales que pueden influir en la ejecución, a la larga lo determinante es el entrenamiento, así como la actitud de la persona ante la tarea. Por mucho “don natural” que una persona posea para la música, no logrará tocar un instrumento si no es entrenado y no siente motivación hacia ello. Por otra parte, personas con menores dotes, pueden llegar a ser ejecutantes bastante buenos si tienen la disposición y reciben el adiestramiento necesario. Como se verá más adelante, esto es especialmente válido para el control hipnótico del dolor.

2.8 Mecanismos explicativos de la eficacia de la hipnosis en el control del dolor

La propia noción del dolor como una experiencia subjetiva, en la que juega un importante papel los estados emocionales constituye la base para explicar cómo es posible que este pueda aliviarse mediante influencias psicológicas. Baste recordar que así como puede eliminarse el dolor mediante la sugestión, puede inducirse hiperalgesia (respuesta exagerada a estímulos dolorosos) y alodinia (respuesta de dolor ante estímulos inofensivos) solamente mediante sugerencias verbales (Colloca, Sigauo, y Benedetti, 2008).

La analgesia hipnótica involucra, tanto a la reducción del dolor sensorial, como al malestar asociado. Este último puede reducirse significativamente más incluso que el componente sensorial, como se ha encontrado en algunas investigaciones (De Benedittis, 2003). También se ha encontrado que la asociación entre sugestionabilidad hipnótica y analgesia sensorial es modesta (De Benedittis, 2003). El descubrimiento de que la reducción de la dimensión afectiva del dolor es mayor y más frecuente que la reducción de la dimensión sensorial, y que no está relacionada con la sugestionabilidad hipnótica (Price y J. Barber, 1987) indica que

un amplio porcentaje de personas podrían beneficiarse con las intervenciones hipnóticas, en contraste con la convicción de muchos clínicos.

Un estudio de Rainville, Carrier, Hofbauer, Duncan y Bushnell (1999) esclarece las relaciones entre diferentes tipos de sugerencias hipnóticas y las dimensiones del dolor que son moduladas por ellas. Los autores condujeron dos experimentos: en uno las sugerencias estaban específicamente dirigidas a modificar la dimensión afectiva del dolor y en el otro, la intensidad sensorial. Encontraron que se podían modular selectivamente ambas dimensiones, y que cuando se actuaba en la dimensión sensorial, la dimensión afectiva también se modulaba. La modulación diferencial de la intensidad del dolor y el malestar también indica que la analgesia hipnótica es neurofisiológicamente multidimensional, con diferentes mecanismos para modular las diferentes dimensiones del dolor (De Benedittis, 2003).

Además de las propias características del dolor, se han investigado las diferencias individuales en sugestionabilidad, el papel de las creencias y expectativas, la relajación, la distracción y la disminución de la ansiedad y la depresión como mecanismos explicativos de la analgesia hipnótica, así como sus correlatos neurofisiológicos. Es probable que ninguno de estos mecanismos por sí solo tenga una capacidad explicativa total.

La investigación más prolífica ha sido la que busca las relaciones entre sugestionabilidad y analgesia hipnótica. Hay consenso acerca de que los beneficios que se pueden conseguir a través de la hipnosis dependen en gran medida de la sugestionabilidad de los pacientes. Aunque los individuos con alta sugestionabilidad hipnótica (ASH) muestran la respuesta más fuerte a la analgesia hipnótica, se ha encontrado que las personas con sugestionabilidad media, que representa a aproximadamente dos tercios de la población, también obtienen una mejoría significativa con la hipnosis. Sin embargo, la evidencia disponible no es clara sobre la eficacia de las intervenciones hipnóticas del dolor para la gente que cae en la gama de sugestionabilidad hipnótica baja (BSH) (Milling, 2008).

Otra razón que se ha esgrimido para explicar la mayor efectividad de la analgesia hipnótica en las personas con ASH es la evidencia experimental a favor de que tienen una mayor flexibilidad cognitiva, es decir, una mayor habilidad de cambiar de estrategias cognitivas y de estados de *awareness*, así como de cambiar el predominio de uno u otro hemisferio cerebral según cierta evidencia obtenida en tests neuropsiológicos (De Benedittis, 2003).

Los intervínculos entre sugestionabilidad y control del dolor son complejos, incluso algunos autores plantean que la ASH se asocia a dolor crónico, fobia y estrés postraumático (Wickramasekera, 1999). Este modelo se ha basado en estudios de la actividad electrodérmica en personas altamente hipnotizables que muestran que tienen tendencia a amplificar los síntomas somáticos y a convertir percepciones amenazantes en síntomas autonómicos y somáticos. De acuerdo a esta idea, las personas con ASH tendrían más propensión al dolor crónico y, al mismo tiempo, serían quienes más se beneficien de la hipnosis. Sin embargo, la compleja modulación afectivo/cognitiva de la respuesta electro dérmica limita la interpretación de estos hallazgos. Es más, recientemente Carli, Huber y Santarcangelo (2008) han sugerido que la alta sugestionabilidad hipnótica podría tener un carácter protector al encontrarse evidencias de que previene contra los efectos del estrés agudo en el sistema cardiovascular, basándose en estudios de la función endotelial, que es una expresión de la respuesta del endotelio vascular a la tensión.

La investigación sobre correlatos neurofisiológicos de la analgesia hipnótica es consistente con la idea de que es un proceso inhibitorio activo que implica a varios sistemas cerebrales nociceptivos, atencionales e inhibitorios (Crawford, Knebel, Vendemia, Horton y Lamas, 1999). Algunos autores consideran 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 frontal anterior, así como a aspectos espacio-temporales de la percepción del dolor asociados con sistemas corticales posteriores (Crawford et al. 1999). Estudios recientes de flujo sanguíneo cerebral regional y registro intracraneal de actividad eléctrica (EEG y potenciales evocados somatosensoriales en regiones corticales y subcorticales) apoyan la propuesta de que el sistema atencional frontal está implicado activamente, a través de interacciones con otras regiones corticales y subcorticales, en la supresión de la información aferente sobre estímulos dolorosos durante la analgesia hipnótica (De Benedittis, 2003). Hilgard (1969) refrendaba también la hipótesis anterior ya que planteaba que la analgesia hipnótica se consigue gracias a una redirección de la atención.

Sin embargo, parece que la hipnosis es más que la “simple distracción”. Algunos estudios apuntan que los potenciales evocados que se registran durante una estimulación dolorosa en personas hipnotizadas muestran características distintas de los registrados en personas en las que se ha promovido la distracción

(Friederich, Trippe, Özcan, Weiss, Wolfgang y Miltner, 2003). También hay evidencias de que los correlatos fisiológicos de la analgesia inducida por hipnosis son diferentes a la que se consigue con imaginación (Faymonvillea, Bolyb y Laureys, 2006). Al parecer hay mecanismos neurofisiológicos diferentes para la distracción y la analgesia hipnótica (De Benedittis, 2003). Por otra parte, el hecho de que los pacientes durante la hipnosis redirijan su atención puede explicar la disminución del dolor en ese momento, pero no la prolongación de sus efectos a largo plazo.

Barber (1959) intentaba explicar los efectos a largo plazo de la hipnosis argumentando que, durante la sesión de hipnosis, se dan unas condiciones idóneas para que las personas aprendan a alterar sus percepciones, y que una vez han aprendido a hacerlo, ya pueden mantener el cambio. Barber también hipotetizaba que a nivel fisiológico podían ocurrir cambios durante la sesión de hipnosis que ayudaban a desbloquear algunos mecanismos.

Otro mecanismo que se ha planteado es que se produce una acción analgésica a nivel periférico como resultado de procedimientos de relajación (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993). De hecho las técnicas de relajación se usan con éxito para el tratamiento del dolor (Martín y Lechuga, 2003). Sin embargo, la relajación no parece ser importante para la reducción del dolor en las personas altamente hipnotizables (Castel, Pérez, Sala, Padrol y Rull, 2007). También se ha encontrado en estudios de flujo sanguíneo cerebral, que la hipnosis sola, sin sugerencias de alterar la percepción del dolor, no produce cambios en las regiones cerebrales involucradas con la percepción del dolor (Rainville, Bushnell y Duncan, 2000).

Las creencias del paciente parecen ser importantes para explicar la analgesia hipnótica (Moix, 2002). Las creencias que parecen predecir en mayor medida el resultado de cualquier tratamiento psicológico son las que favorecen las expectativas de auto-eficacia, es decir, la creencia en la propia capacidad de sugestionabilidad, y las expectativas de resultados, esto es, la creencia de que la técnica va a resultar eficaz.

Hay evidencias acerca de cómo la misma técnica, cuando es etiquetada bajo el nombre de "hipnosis", produce unos beneficios mayores que cuando se realiza bajo otra etiqueta. Parece que la palabra "hipnosis" refuerza las expectativas del resultado del tratamiento y ello podría explicar, en parte, los beneficios que se obtienen con esta técnica, aunque, como hemos indicado, depende en parte del tipo de procedimiento y de dolor. Algunos autores plantean que es posible que los ASH reporten menos dolor por las expectativas desarrolladas en el contexto

hipnótico (Kirsch, 1994). Hylands-White y Derbyshire (2007) encontraron que un mismo procedimiento provocaba diferentes niveles de alivio del dolor en función de si las personas fueron informadas que era hipnosis o relajación. Los autores concluyen que es mejor creer que se está siendo hipnotizado que ser altamente hipnotizable, lo cual coincide con los resultados del meta-análisis de Schnur et al. (2008) sobre la eficacia de la hipnosis para el control del malestar asociado a procedimientos médicos cruentos.

La teoría de la Expectativa de Respuesta de Kirsch sostiene que, como los placebos, la hipnosis provoca efectos al cambiar las expectativas de los clientes, pero, a diferencia del placebo, no requiere del engaño para ser eficaz. El único componente esencial parece ser que las personas creen en el procedimiento. Así, las experiencias y conductas de las personas hipnotizadas estarían relacionadas con sus expectativas (Lynn y Kirsch, 2005). Esta visión es coherente con resultados de algunos estudios, por ejemplo, Avenanti, Minio-Paluello, Bufalari, y Aglioti (2006) registraron los potenciales motor-evocados (MEPs) inducidos por el estimulación magnética transcraneal (TMS) en individuos sanos, mientras observaban agujas penetrando en la mano de un modelo. Encontraron una reducción de la excitabilidad corticoespinal, que era específica para el músculo que las personas habían observado que habían sido penetradas con la aguja en el modelo. Esta inhibición correlacionó con las calidades sensoriales del dolor atribuido al modelo. Por otra parte, era mayor en personas con empatía como rasgo de la personalidad, y menor en sujetos con alto malestar personal como rasgo, y también en aquellos que mostraron una alta aversión hacia la escena observada.

También apoya los estudios que han mostrado que el recuerdo (Albanese, Duerden, Rainville y Duncan, 2007), la imaginación del dolor (Ogino et al. 2007) y la analgesia hipnótica (De Pascalis, Cacace y Massicolle, 2008) se asocian con una activación cerebral similar a la que provoca el dolor físico.

Al parecer, existen mecanismos diferentes en el dolor agudo y crónico. Un estudio metanalítico concluye que las redes cerebrales involucradas en la percepción del dolor agudo en personas sanas es diferente a la del dolor crónico, en el que se involucran regiones del cerebro críticas para la valoración cognitiva y emocional (Apkarian, Bushnell, Treede, y Zubieta, 2005).

Carli et al. (2008) investigaron las diferencias en el reporte de dolor en personas con ASH y con BSH aquejados de fibromialgia y personas sanas sometidas a una situación experimental de inducción de dolor y control del mismo mediante la hipnosis. Encontraron que las personas con fibromialgia de BSH lograban conseguir alivio, a diferencia de las personas sanas de BSH. Consideran que la presencia del dolor crónico es responsable de esta respuesta paradójica de pacientes no hipnotizables a las sugerencias hipnóticas. La presencia de dolor crónico puede perturbar la activación frontal anterior (Derbyshire, Chen y Jones, 1996). Si éste es el caso, entonces las técnicas de analgesia hipnótica podrían activar el procesamiento inhibitorio de la corteza frontal anterior, produciendo como resultado una inhibición del dolor y su recuerdo.

Otro estudio evaluó en personas con fibromialgia los cambios en la resonancia magnética cerebral de las regiones cerebrales relacionadas con la experiencia dolor durante sugerencias de incremento y disminución del dolor con y sin inducción hipnótica. Encontraron que en ambas condiciones (con y sin hipnosis) se producían cambios significativos en el reporte de dolor, aunque durante las sugerencias hipnóticas las personas reportaban mayor control del dolor. En ambas condiciones hubo cambios en la activación del cerebro medio, la corteza cingulada, el tálamo, las regiones parietal inferior primario y secundario, la ínsula y la corteza prefrontal que correlacionaban con lo reportado por las personas, es decir, que los cambios en la activación de estas regiones del cerebro eran mayores en las sugerencias de incremento o disminución dadas con inducción hipnótica (Derbyshire, Whalley, Stenger y Oakley, 2004)

Estos hallazgos de la investigación básica tienen repercusiones en la práctica clínica: una es el hecho de que la mayoría de las personas podrán conseguir alguna mejoría del dolor (agudo o crónico) gracias a la hipnosis, aunque probablemente para las situaciones clínicas en que se necesita conseguir una analgesia profunda (por ejemplo, la cirugía) será necesario tener en cuenta la sugestionabilidad hipnótica individual. Mi propia experiencia y la de muchos colegas avalan este hecho.

Otra reflexión que se deriva del anterior análisis es que para muchas personas, el contextualizar como hipnóticos los procedimientos psicológicos utilizados va a conducir a un incremento de su impacto terapéutico, sin embargo, debe tenerse en cuenta las variaciones culturales e individuales, pues para algunas personas el término

trance (asociado a hipnosis) evoca connotaciones amenazantes, por lo que se recomienda evitarlo en contexto de hetero-hipnosis (Capafons et al. 2006).

También debe tenerse en cuenta que los mecanismos de la analgesia hipnótica son probablemente multimodales; así, cambiar la composición de las dimensiones sensoriales y/o afectivas de la experiencia de dolor, usar la distracción, la relajación, la modificación de expectativas, creencias y estados emocionales negativos, serán diferentes y de ninguna manera excluyentes, “puertas de entrada” para conseguir el alivio del dolor, lo cual incrementa el abanico de procedimientos hipnóticos que pueden usarse. De hecho, conviene mantener presente que Dillworth, Jensen, Mendoza, y Capafons (en prensa) tras revisar la investigación centrada en los mecanismos psicológicos y neurofisiológicos que están a la base de la analgesia hipnótica, fundamentalmente para dolor crónico, encuentran que ninguna variable psicológica se muestra como un predictor consistente y sólido de los resultados del tratamiento. Más aún, los estudios neurofisiológicos indican que los efectos de la analgesia hipnótica sobre la actividad cortical pueden diferir en función de las sugerencias específicas dadas. Por lo tanto el clínico tendrá que ir averiguando para su práctica que procedimientos y sugerencias le son más útiles con cada persona.

CAPÍTULO 3: LA HIPNOSIS EN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL DOLOR

3.1. Clasificaciones del dolor y sus repercusiones para la atención psicológica

La investigación del dolor ha desarrollado dos enfoques fundamentales para su estudio: el enfoque experimental, que intenta comprender los misterios del dolor a partir de investigaciones de laboratorio, y el enfoque clínico, consistente en la investigación con pacientes en el contexto del tratamiento del dolor.

Las diferencias entre dolor clínico y dolor experimental han sido ampliamente documentadas (Penzo, 1989). En el caso del dolor que se estudia en los contextos clínicos, resulta generalmente difícil precisar el carácter, la intensidad y la fuente de los estímulos nociceptivos. En contraste con el dolor estudiado en el laboratorio, el dolor clínico es frecuentemente progresivo, crónico y diseminado. Por otra parte, el dolor experimental no responde a los analgésicos de probado valor en la clínica como la morfina o la aspirina, aunque quizás la diferencia más importante radique en que el dolor clínico constituye casi siempre para el paciente un evento vital negativo, desagradable, no deseado, y del que no tiene posibilidades de control o escape (Penzo, 1989).

Por estas razones, conceptos derivados de las investigaciones experimentales sobre dolor, como "umbral", "tolerancia", etc. tienen poco valor en la práctica clínica, donde pasan a un primer plano la evaluación de los factores contextuales (ambiente familiar, relaciones maritales), cognitivos (creencias, atribuciones, expectativas), emocionales (depresión, ansiedad), personales (estilos de afrontamiento, actitudes, recursos de resistencia), entre otros.

En el ámbito clínico se utilizan diferentes criterios para clasificar el dolor. Muchos de ellos se superponen y de hecho no representan más que diferentes perspectivas taxonómicas, por lo que frecuentemente se necesita combinar varias clasificaciones para poder llegar a una descripción más o menos certera del dolor. Los psicólogos debemos adscribirnos a estas clasificaciones hasta tanto no tengamos una taxonomía propia. Además, tales clasificaciones son de interés para la Psicología, pues en muchas de ellas hay demandas implícitas o explícitas para nuestra especialidad.

Una dicotomía frecuente, aunque equivocada, es la de dolor "benigno" vs. "maligno" cuando se utiliza este último término para referirse al dolor que presentan

los enfermos con cáncer. Es evidente que esta concepción se basa en los prejuicios y mitos con respecto a esta enfermedad que las personas asocian a la muerte y al dolor inmanejable. De hecho, actualmente se prefiere considerar como "maligno" a los problemas de dolor crónico que limitan la vida de las personas (incluyendo en esta categoría desde las lumbalgias hasta los relacionados con el cáncer), para distinguirlos de los dolores agudos que tienen una función útil para el organismo en tanto que aportan información de que se ha sufrido algún daño. Por ello, se utiliza el término "dolor en el cáncer" para los cuadros que se dan en personas con esta enfermedad, ya que muchas veces no son causados directamente por el tumor (Grau, 2003).

El dolor también es clasificado en función de los servicios médicos en que habitualmente se atiende (Penzo, 1989). Así, se habla de dolor reumático, dolor oncológico, dolor neurológico, etc. Esta clasificación a menudo se mezcla con distinciones localizacionistas como son dolor lumbar, dolor de espalda (*back pain*), cefalea, etc.

También se suele clasificar el dolor en función de un criterio de localización general en: cutáneo o periférico, somático o profundo y visceral (Penzo, 1989). El dolor cutáneo o periférico se produce por lesiones en la piel o mucosas y es en consecuencia, un dolor bien delimitado y localizado. Es típico de las heridas o quemaduras. Penzo (1989) señala acertadamente que, para la Psicología, este tipo de dolor tiene un significado importante, ya que se trata del ejemplo en el que con más facilidad el doliente y los que le rodean comparten información relevante. Es también la situación en que con frecuencia los niños aprenden los primeros elementos del lenguaje referido al dolor, así como las formas de comunicación de la experiencia dolorosa socialmente aceptadas.

El dolor somático profundo involucra a los músculos y estructuras osteoarticulares. Se caracteriza por estar mal definido y localizado, con variaciones poco claras y difíciles de describir. La mayoría de los dolores mal llamados "psicógenos" pertenecen a esta categoría.

La existencia del dolor visceral es cuestionada por ser discutible la existencia de nociceptores viscerales específicos (Penzo, 1989). Son los de más difícil localización pues pueden darse irradiaciones o referirse a zonas distantes de la presunta lesión.

Por otro lado, también se ha clasificado el dolor "psicógeno" vs. "orgánico". Esta clasificación se asocia a diagnósticos tales como hipocondría, "histeria", alucinaciones, reflejando claramente una concepción dualista que asume una división mecánica de alma-cuerpo. De acuerdo a este enfoque, se tienden a considerar como "psicógenos" a todos aquellos cuadros en los que no puede precisarse un daño orgánico que pueda tener valor etiológico. Es decir, el diagnóstico de "dolor psicógeno" se realiza casi siempre por exclusión, y no se define de manera positiva por el hallazgo de factores de índole psicológica que expliquen su desarrollo. Como ha ocurrido en múltiples ocasiones, cuando se descubre alguna causa biológica que pueda explicar el síntoma, aunque sea de manera parcial, se desechan los factores psicológicos que también pueden intervenir en su origen.

Esto tiene repercusiones negativas para:

1. Los pacientes, quienes son responsabilizados por sus quejas y frecuentemente dejan de recibir tratamientos necesarios para el alivio de sus síntomas.
2. La Psicología y la Psiquiatría como profesiones, ya que se convierten en el reservorio de personas con problemas de dolor de difícil manejo, exigiéndoseles verdaderos milagros.
3. Las restantes especialidades médicas relacionadas con el tratamiento del dolor, cuyo desarrollo tecnológico se verticaliza en la búsqueda de procedimientos de tratamiento sofisticados, caros y de poco impacto en la problemática del dolor, al no tener en cuenta los factores psicosociales.

Sin embargo, debe quedar claro que hay cuadros dolorosos que son considerados de etiología psicógena y que generalmente se encuentran descritos en los manuales diagnósticos de Psiquiatría. Desde el punto de esta disciplina, se han realizado caracterizaciones del dolor que se recogen en los Manuales Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborados por la Asociación Americana de Psiquiatría. En la cuarta edición revisada DSM-IV- TR (American Psychiatry Association, 1995) se distingue los *Trastornos de Dolor Asociados con Factores Psicológicos* que se corresponde con la categoría *Trastorno de Dolor Somatoformo Persistente* de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2001). Estos cuadros se caracterizan por la persistencia de un dolor localizado que no puede ser explicado médicamente y que se considera una somatización diferente de la

depresión, la ansiedad y las alucinaciones. Para el DSMV se está discutiendo la pertinencia de los conceptos de trastorno somatoforme así como la de eliminar la referencia a la falta de explicación médica (“ medically unexplained symptoms”) por su connotación negativa tanto para la relación médico paciente como por reflejar una división dualista mente-cuerpo (Dimsdale, 2009). La explicación inicial acerca de los cuadros de dolor “psicógeno” era que se trataba de una conversión histérica, pero actualmente se exploran otros factores como la hipocondriasis, el catastrofismo y el miedo al dolor (Aragona, Tarsitani, De Nitto, y Inghilleri, 2008)

Otra perspectiva interesante es la relacionada con los conceptos que contrastan “enfermedad” y “padecimiento” (Parsons, 1966). El dolor como "enfermedad" se refiere a la visión médica del sufrimiento del paciente, como patologías, síntomas o síndromes identificables. Desde esta óptica, la concepción biomédica científica de la enfermedad, lesión orgánica, disfunción o degeneración, guía el tratamiento y las pautas que debería seguir el curso del dolor.

El dolor como "padecimiento", sin embargo, se refiere a la perspectiva del paciente, a su particular comprensión, no profesional, sobre el dolor y sus efectos en su vida cotidiana. Incluye las quejas verbales, las incapacidades físicas, los cambios en el estilo de vida, los miedos y ansiedad que sufre el enfermo y que frecuentemente guían las decisiones acerca del tratamiento y determinan el curso que seguirá el trastorno. El dolor como dolencia o padecimiento es el resultado de complejas interacciones entre factores biológicos, psicológicos y socioculturales y, en última instancia, constituye el verdadero reto que las ciencias médicas y sociales tienen que enfrentar.

Luria (1944, citado por Grau y Martín, 1993) enfatizaba que ningún avance de la técnica médica es capaz de sustituir ni disminuir la importancia que tiene la investigación de la personalidad del enfermo para lograr su completa curación. Este autor opinaba que el estudio de una enfermedad debería incluir necesariamente el estudio conjunto de lo que él llamó los Cuadros Externo e Interno de la enfermedad, que son de gran significado para la solución correcta de los problemas planteados por la enfermedad. El concepto de Cuadro Interno de la Enfermedad es muy similar al de “padecimiento”. En la década de los 80 en Cuba se realizaron investigaciones del cuadro interno en patologías como las cardiovasculares, la insuficiencia renal crónica, los trastornos de diferenciación sexual y otras (Grau y Martín, 1993). En sentido general, los resultados de estos estudios apuntan que en muchas personas

con enfermedades crónicas pueden encontrarse a lo largo del tiempo, cambios significativos en sus principales motivaciones como resultado de las limitaciones que imponen estas enfermedades a la actividad y las aspiraciones de los que la padecen. Estos cambios no siempre son en sentido desfavorable, por el contrario, los retos que impone la enfermedad pueden funcionar como oportunidades para el desarrollo de nuevas habilidades, enriquecimiento de las relaciones interpersonales y fortalecimiento de la autoestima.

Por su progresión temporal los dolores pueden distinguirse por su inicio (brusco o progresivo), su curso (intermitente, continuo o con exacerbaciones esporádicas) o por su periodicidad (diaria o estacional). Sin embargo, la clasificación a la que se ha prestado más atención es la de dolor agudo vs. dolor crónico (Bonica, 1984).

A pesar de la ya mencionada definición de la IASP (1979), hay consenso (Bonica, 1984) en considerar como dolor crónico aquel que dura seis meses o más. Aquí ya comienza a crearse confusión pues la definición teórica de dolor crónico no se corresponde con la que operacionalmente predomina en la práctica. De hecho, muchas enfermedades crónicas tienen como síntoma importante el dolor, por ejemplo, la osteoartrosis o la artritis reumatoidea. La definición de la IASP contiene alusiones a factores psicosociales implicados en la duración del dolor y también al fracaso de las intervenciones médicas convencionales que no siempre pueden evidenciarse en estos cuadros de dolor, que, por lo demás, no se manifiestan de manera constante (como también estaría implícito en la definición de crónico), pues generalmente su curso es recurrente, episódico.

En el dolor agudo o de reciente aparición generalmente es posible identificar una lesión, suele haber signos externos y observables de daño tisular, como la inflamación o manifestaciones neurovegetativas, que “avalan” las quejas del paciente. Suelen presentar un curso bien definido, y desaparecen cuando son tratadas adecuadamente las causas que lo provocaron.

El dolor crónico es el opuesto del agudo. Su inicio es generalmente progresivo, no puede asociarse directamente a una lesión, su curso es impredecible para el individuo y muchas veces para los profesionales que lo atienden, y no responde a los tratamientos de la manera que se espera. Desde el punto de vista terapéutico plantea una situación delicada ya que no pueden aplicarse las pautas usuales para el manejo del dolor agudo (sedación, reposo, analgésicos), so riesgo de generar

complicaciones posteriores para la vida y la capacidad funcional de la persona. La mayor parte de los cuadros de dolor crónico son rebeldes a los tratamientos convencionales y de hecho en la literatura suelen aparecer como sinónimos (Bonica, 1984).

Desde el punto de vista psicológico su estudio ha generado una vasta bibliografía, estando la mayor parte de las intervenciones psicológicas diseñadas para este tipo de dolor. Las demandas de atención psicológica se destinan para estos pacientes, entre otras razones, porque los médicos se sienten confundidos ante estos casos. Se plantea que los médicos internistas mencionan las quejas incesantes de estos pacientes, sus exigencias de resultados rápidos y su negación a aceptar el diagnóstico de dolor crónico como los principales problemas que les plantea el tratamiento de estos cuadros (Robinson y Riley, 1999).

3.2. La intervención psicológica en el contexto de la atención multidisciplinaria al dolor.

La intervención psicológica en el dolor no tiene sentido fuera de los marcos del trabajo multidisciplinario. Aunque para algunos pacientes la terapia psicológica podría ser el tratamiento fundamental, no es posible olvidar que las técnicas psicológicas en general son coadyuvantes en el tratamiento del dolor, así como otros recursos fisioterapéuticos, quirúrgicos, farmacológicos, etc.

Aunque se reconoce su importancia, el trabajo multidisciplinario constituye más una aspiración que una realidad, pues es difícil romper prejuicios, desconocimientos y siglos de tradición. La naturaleza multicausal de las enfermedades exige que se trabaje en equipos multidisciplinarios en estos tiempos que la avalancha de información y conocimientos impide que una persona pueda ser un experto en innumerables cosas. Aunque esto es reconocido y demandado por los sistemas de salud, en la práctica, todavía no se han creado las condiciones óptimas para favorecer el trabajo multidisciplinario.

En una investigación (Zaz, Martín, Grau, Rial, 1995) realizada con médicos de diferentes especialidades, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud dedicados a la atención al dolor, encontramos que los factores que dificultaban la interacción multidisciplinaria en la atención a los pacientes con dolor eran:

Ausencia de un lenguaje común: los distintos profesionales se refieren a la problemática de los pacientes a partir de los códigos aprendidos en su formación académica, que por supuesto, son diferentes. Estas diferencias se hacían más patentes entre los psicólogos y el resto de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, estomatólogos)

Desconocimiento sobre los recursos y los límites de las diferentes especialidades: los profesionales no sabían definir claramente los límites del alcance de su especialidad, lo que llevaba a sobrevalorarlos, desconociendo la importancia del aporte de otras especialidades; o a subvalorarlos, lo que frecuentemente explica los fenómenos de intrusismo profesional, pues las personas utilizan recursos de otras especialidades para resolver los problemas de salud, ya que no confían en los recursos propios.

Prejuicios sobre los otros profesionales: se hizo evidente que el contacto inicial y/o ocasional con otro profesional marcaba la imagen que se tendría en lo adelante de ese tipo de especialistas. Por ejemplo, algunos médicos consideraban que los psicólogos eran indisciplinados porque no participaban en actividades relevantes para ellos, como el pase de visita, mientras que algunos psicólogos consideraban que los médicos eran prepotentes y despreciaban la Psicología.

Problemas relativos a la organización del trabajo: se puso de manifiesto que no existen actividades institucionales dirigidas a propiciar la interacción multidisciplinaria, sobre todo en el nivel secundario. La organización de los servicios de salud en los hospitales se basa en la experiencia centenaria de estas instituciones y responde a una filosofía biologicista. Se hizo evidente la necesidad de que los equipos crearan los espacios que permitieran el desarrollo y la interacción interdisciplinaria.

Los resultados de este estudio mostraron la existencia en los profesionales de la salud en Cuba encargados de la atención a los pacientes con dolor, de creencias y actitudes que entorpecen el trabajo multidisciplinario y, por ende, la calidad de los abordajes terapéuticos. Entre estas creencias estaba la de que el dolor era sólo una sensación y la creencia de que existe un dolor “orgánico” (real, de causa biológica identificable y por lo tanto, curable) y un dolor “psicógeno” (fingido, “histérico” y generalmente incurable).

Estos problemas no son exclusivos del sistema cubano de salud ni están solamente referidos al área de la atención al dolor, pues están condicionados, entre otros factores, por los modelos de formación y desarrollo de los recursos humanos en salud que han prevalecido en las últimas décadas. En el caso específico de la atención al dolor, se reconoce que la capacitación pre y postgraduada de los profesionales ha sido limitada y en muchos casos, sesgada por el modelo mecanicista del dolor como sensación (IASP, 1979). Con relación a la formación de especialistas la IASP (1990) propone que sea de año y medio y que debe abarcar los siguientes aspectos: evaluación de pacientes, diagnóstico y tratamientos psicológicos, tratamiento farmacológico y farmacología, bloqueos nerviosos, procedimientos quirúrgicos y neurodestructivos y fisiología. Sin embargo, son pocos los países occidentales que pueden vanagloriarse de contar con programas que respondan a estas exigencias. Un estudio de la Federación Europea de delegaciones de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (1999) encontró que sólo en cinco países de ese continente existen planes de estudio en la formación de pregrado, y el tiempo dedicado a ella varía entre 1 y 484 horas. Con respecto a la formación postgraduada, en cinco países existen planes de estudio para la formación de especialistas en dolor (Alemania, Gran Bretaña, Irlanda, Países Bajos y Turquía), y en otros seis existen programas de formación inscritos en diferentes especialidades, principalmente Anestesiología y Neurocirugía. La inclusión de los aspectos psicológicos en la evaluación y tratamiento del dolor está considerada en apenas el 50% de los mismos. Esta situación no ha variado sustancialmente en los últimos 10 años. En un artículo publicado en diciembre del 2008 en el sitio web de la Sociedad Española de Dolor, se comenta que *"existe un déficit de formación en los médicos que procede de la propia Facultad de Medicina... no existe una asignatura de Dolor en la carrera, por lo que en atención primaria el médico llega sin un conocimiento fuerte, aunque luego sí se hacen grandes esfuerzos formativos"*. (Carrasco, 2008)

En América Latina los problemas son mayores y apenas comienzan a ser tomados en cuenta. La formación postgraduada es prácticamente inexistente y los especialistas generalmente, según la experiencia de la autora del libro, van a formarse a Europa o Estados Unidos. En Cuba no existe un programa para la formación postgraduada de los médicos en dolor; los especialistas con mejor preparación en este campo se encuentran en la Anestesiología, la Neurología, la Oncología, la Reumatología y la Rehabilitación. En el caso de la Psicología no se

imparten contenidos relativos a esta temática en la formación de pregrado, aunque sí hay un módulo dedicado a la Psicología del Dolor en el Programa de Especialización Postgraduada en Psicología de la Salud (Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública, 1995), pero por tener esta Especialización un tiempo de vida muy corto se hace difícil valorar el impacto que pueda haber tenido, amén de que aún es reducido el número de graduados.

Por otra parte, aunque se considere que los factores psicológicos intervienen en el curso de todas las enfermedades, es necesario definir la naturaleza y la complejidad de las intervenciones psicológicas que se requieren para las distintas personas, en las diferentes enfermedades y en los diversos momentos o estadios de su evolución. De hecho, la intervención psicológica no es exclusivamente una tarea de los psicólogos. El resto de los miembros del equipo de salud también ejecutan este tipo de intervenciones, de forma premeditada o involuntaria y una de las tareas de los psicólogos en la atención al dolor es la de favorecer la comunicación interdisciplinaria.

3.3. Las Clínicas del Dolor

En este sentido, no es casual que se haya desarrollado una opción institucional para el estudio y tratamiento del dolor que se basa en el abordaje multidisciplinario del problema: las clínicas del dolor. Fundadas en los años 50 por el anesthesiólogo John Bonica, han sido justamente valoradas por su concepción como un modelo médico de avanzada. Al respecto, resultan esclarecedores los siguientes planteamientos de Penzo (1989) *"a la pregunta ¿cuál es el profesional que puede asumir la responsabilidad del tratamiento? Se ha respondido que estaba mal formulada. El dolor crónico es de la clase de problemas que exige un abordaje interdisciplinario, por lo menos de entrada. De aquí que haya sido pionero en la aplicación de una fórmula muy prometedora y de grandes posibilidades de desarrollo futuro; las clínicas multidisciplinarias para el estudio y tratamiento del dolor, cuyo criterio de organización está basado en un problema global, en neto contraste con aquellos que rigen la clasificación de servicios dentro de la asistencia actual"*. (p. 17)

Las Clínicas del Dolor han sido desarrolladas casi de manera exclusiva a nivel de la atención secundaria (hospitalaria). Sus objetivos son el diagnóstico y tratamiento

del dolor. Este trabajo se hace generalmente en los marcos de programas amplios que incluye la evaluación del status social y psicológico del paciente. El tratamiento frecuentemente involucra el entrenamiento del paciente en técnicas de relajación y auto-control del dolor, así como procedimientos de tratamiento farmacológico, quirúrgico y de estimulación nerviosa transcutánea. En las Clínicas del Dolor laboran e interactúan diversas especialidades: Anestesiología, Medicina Interna, Reumatología, Ortopedia, Neurología, Oncología, Psiquiatría y Psicología. En varios países, algunas de estas clínicas han introducido con éxito modalidades derivadas de la llamada "medicina alternativa" como la acupuntura y la medicina verde (Martín, et al. 1993). En este modelo hay una preocupación manifiesta por controlar y reducir el uso de fármacos en el tratamiento del dolor. La deshabituación y la desintoxicación constituyen una de las principales metas del tratamiento, conjuntamente con el alivio del dolor y la reincorporación del paciente a la vida social hasta donde sea posible. Aunque ocasionalmente se atienden casos de dolor agudo, la mayoría de los pacientes que acuden a las Clínicas del Dolor suelen llevar meses y años con este padecimiento. Muchas veces llegan pacientes "difíciles", en los que el tratamiento médico tradicional ha tenido poco éxito. Son frecuentes los dolores por lesiones nerviosas, como las neuritis y las neuropatías; los padecimientos musculo esqueléticos, como el dolor de espalda; las enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoidea, la osteoartritis y las fibromialgias, el dolor miofacial, las artritis de la articulación temporomandibular, los dolores difusos de causas desconocidas y las cefaleas (Martín et al. 1993)

Para la instrumentación de los servicios psicológicos en las Clínicas del Dolor se pueden utilizar varias modalidades; una de ellas, y quizás la más usada, ha sido la remisión o derivación de casos. En este modelo de trabajo, los especialistas médicos remiten a Psicología a aquellos pacientes que, de acuerdo a su criterio, pueden estar necesitando de atención psicológica (Martín, 1996). Esta forma de proceder tiene ventajas y desventajas. Si bien constituye el "embrión" del trabajo multidisciplinario, no representa auténticamente a este enfoque, pues introduce un sesgo que determina que, en algunos casos, se deben tener en cuenta los factores psicológicos y en otros casos no. El modelo de remisión de casos puede resultar potencialmente favorecedor del desarrollo de la multidisciplinariedad si se garantiza la comunicación entre las diferentes especialidades (lo que propicia una visión más integral de la persona) y no se convierte en una forma de deshacerse de pacientes "difíciles", a los que a menudo se etiquetan como "psicógenos".

Por lo tanto, cuando se adopta la modalidad de remisión de casos se deben establecer cuidadosamente los objetivos y criterios de remisión, resultando imprescindible garantizar la retroalimentación de la información y el trabajo conjunto. Para ejemplificar la instrumentación de los servicios psicológicos en una Clínica del Dolor a partir del modelo de remisión de casos, podemos examinar los resultados de un estudio que tuvo como objetivo la caracterización de 200 pacientes que fueron referidos a Consulta de Psicología en la Clínica del Dolor del Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre" de la Ciudad de la Habana, en el período comprendido entre 1988 y 1991*. En esta Clínica trabaja un equipo multidisciplinario en el que se integran diversas especialidades como Anestesiología, Ortopedia, Neurología, Reumatología, Medicina Interna, Psiquiatría y Psicología. Se ofrecían varias modalidades de tratamiento para el dolor como bloqueos, tratamiento farmacológico y quirúrgico, acupuntura, relajación, psicoterapia de grupo y psicoterapia individual. En el período reseñado, el principal motivo de remisión a consulta de Psicología fueron los trastornos emocionales, fundamentalmente ansiedad y depresión. Otro importante motivo de remisión era la cefalea, lo que parecía responder a la creencia de que este síntoma se relaciona con alteraciones emocionales. La detección de trastornos sexuales, de la memoria y del sueño, fue un criterio que también determinó la remisión a Psicología, pero los pacientes en los que se identificaron estas alteraciones eran muy pocos (menos del 10%), lo que resulta paradójico en una muestra de pacientes con dolor crónico, con una gran cantidad de casos mayores de 60 años.

Las modalidades terapéuticas más utilizadas fueron la relajación y la terapia de grupo. Estas modalidades terapéuticas fueron eficaces para el 59% de los pacientes, quienes lograron mejoría evidente, aunque el 100% de las personas reportó alguna mejoría. Los tratamientos psicológicos iban dirigidos a la corrección de las alteraciones emocionales preferentemente, pero no al tratamiento del dolor propiamente dicho.

La experiencia derivada de este trabajo pone de manifiesto algunas de las ventajas e insuficiencias del modelo de remisión de casos. Como ventajas, puede señalarse el hecho de que cierto número de pacientes que sufrían alteraciones emocionales

* Agradezco los datos aquí descritos a la Lic. Norma Estrada, psicóloga del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre", autora del estudio.

relacionadas con el síndrome doloroso, pudieron recibir tratamiento psicológico. Sin embargo, puede suponerse que la cantidad de casos que requerían atención psicológica era mucho mayor. Este supuesto se basa en el reducido número de pacientes remitidos por trastornos del sueño, alteraciones cognitivas y trastornos sexuales, cuando se considera que estas alteraciones son frecuentes en los pacientes con dolor crónico, hasta tal punto que su corrección se considera como una de las metas de su rehabilitación (Penzo, 1989).

Por otra parte, el modelo de remisión de casos, al determinar un sesgo en las muestras de sujetos valorados por Psicología, impide llegar a conclusiones que puedan extenderse a la población de pacientes con dolor crónico. Por estas razones, siempre que sea posible, deberán preferirse otras modalidades de organización de los servicios psicológicos que permitan el acceso a un mayor y más heterogéneo grupo de enfermos.

A inicio de la década de los 90, a raíz del estudio anterior, en la mencionada Clínica del Dolor del Hospital 10 de Octubre se reorganizó la atención psicológica. En esta nueva organización, a todos los pacientes se les sometía a una evaluación psicológica inicial (para ello se utilizaba el Cuestionario para la Evaluación Psicológica GEMAT que se describe más adelante) el que era indicado por el médico junto con otros estudios de laboratorio, radiológicos, etc. A partir de los resultados del GEMAT se decidía si el paciente pasaba, o no, a una valoración psicológica más profunda que permitía decidir a qué programa de tratamiento psicológico se asignaba.

Se diseñaron dos programas generales de tratamiento a partir del resultado global del proceso de evaluación psicológica: uno para personas con problemas de adaptación al dolor crónico y otro para personas con otros problemas de salud mental, fundamentalmente de nivel neurótico.

Sobre la base de las investigaciones desarrolladas en Cuba acerca de los estados emocionales negativos que se dan en el proceso de estrés (Grau, Martín, y Portero, 1993), se consideró que las interrelaciones entre los estados emocionales y la experiencia de dolor serían cualitativamente diferentes en las personas con y sin trastornos psicológicos de nivel neurótico. En los primeros, sería necesaria la corrección de estas alteraciones para lograr una mejoría evidente de la calidad de vida y en los segundos, el tratamiento debería dirigirse a incrementar los recursos personales para lograr una mejor adaptación.

El programa para las personas que presentaban problemas de adaptación a la enfermedad incluía entrenamiento en hipno-relajación monitoreada con biorretroalimentación e intervenciones cognitivo conductuales, con un fuerte componente educativo. Los objetivos generales de este conjunto de procedimientos eran modificar estilos de afrontamientos negativos, aumentar la auto-eficacia y el auto-control del dolor, disminuir estados emocionales negativos de carácter situacional, como la ansiedad, la depresión y la tensión emocional; mejorar las características del sueño y propiciar la incorporación del paciente a la vida social. Eran sujetos de este tratamiento personas con dolor crónico de diversa naturaleza, que aunque tenían una personalidad básicamente "normal", estaban sufriendo estados emocionales negativos de carácter situacional, casi siempre debidos a las limitaciones que imponía el dolor a su realización personal. En ellos generalmente, predominaban estilos negativos de afrontamiento al dolor, que contribuían al desarrollo y mantenimiento de los síntomas dolorosos.

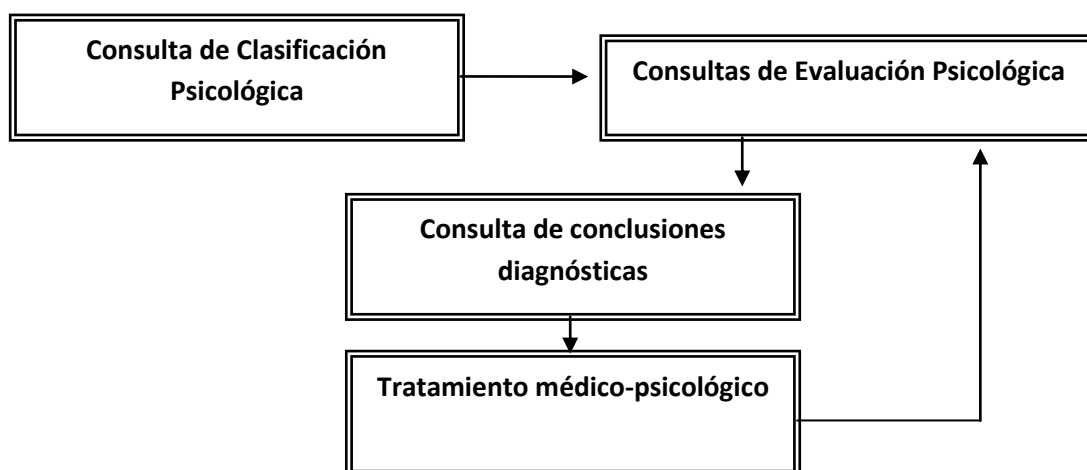
El programa para individuos con personalidad alterada incluía también hipno-relajación con biorretroalimentación, y psicoterapia de grupo para la modificación de predisposiciones neuróticas (Castro, 1989) en colaboración con el Servicio de Psiquiatría. El objetivo de estos procedimientos era proporcionar alivio del dolor y atenuar estados emocionales negativos de carácter neurótico, aumentar las expectativas de auto-eficacia en el manejo del dolor y el auto-control, mejorar el sueño y modificar aquellas actitudes y predisposiciones anómalas que estaban en la base de los estados emocionales negativos y que, en muchos casos, contribuían de manera significativa al mantenimiento de los síntomas dolorosos. Este tratamiento era indicado a pacientes en los que se podía constatar alteraciones de la personalidad propias de los trastornos neuróticos de ansiedad y depresión, ya que es frecuente que las conductas de dolor propicien la evitación de situaciones conflictivas que el paciente no sabe cómo resolver; de manera que las personas buscan y obtienen reforzamientos a sus comportamientos de discapacidad y minusvalía.

Los programas generales de tratamiento se ofrecían individualmente o en grupos terapéuticos. La existencia de estos dos programas básicos no excluyó el diseño y ejecución de programas para problemas específicos (subprogramas). Por ejemplo, se condujo un subprograma de tratamiento grupal para los pacientes reumáticos con trastornos de ansiedad mediante la combinación de técnicas psicodramáticas y terapia artística (teatro). Este subprograma iba dirigido a la modificación de las alteraciones de la esfera motivacional y de la autovaloración, y no incluía técnicas específicas para

el alivio del dolor, a pesar de lo cual, al finalizar el tratamiento se logró una reducción significativa de los niveles de ansiedad y dolor, así como un incremento de la autonomía y del nivel de actividad (Grau, Rodríguez, Grau y Martín, 1991). Se implementó también un subprograma dirigido a explorar las potencialidades de la musicoterapia combinada con hipno-relajación para el alivio del dolor que tuvo resultados satisfactorios (García, Grau, Martín, Cesar y Bosch, 1994). Una vez finalizado el tratamiento, los pacientes eran reevaluados para obtener criterios de mejoría y de eficacia de los procedimientos terapéuticos. En la figura 1 aparece un organigrama que ilustra las etapas de trabajo antes mencionadas.

Considerando todo lo expuesto, puede decirse que la atención integral del dolor crónico, como problema de salud que exige una respuesta, genera una serie de apasionantes desafíos conceptuales, metodológicos, prácticos y organizativos. Requiere que se trascienda del enfoque mecanicista que durante años ha prevalecido en la mente y en el quehacer de los profesionales de la salud, para pasar a un abordaje desde una perspectiva holística, que tenga en cuenta la naturaleza bio-psico-social de este problema de salud; pero además, exige una respuesta organizativa de los servicios consecuente con estas posiciones, que deberá combinar las intervenciones farmacológicas y las psicológicas, para que quizás, como plantea Turk (2001) en un artículo editorial de la *Clinical Journal of Pain*, “a veces $1+1$ sea igual a 3”.

Figura 1. Organigrama de la atención psicológica en la Clínica del dolor



3.4. Particularidades de la atención psicológica a las personas con dolor crónico.

El trabajo psicoterapéutico con los pacientes con dolor crónico tiene algunas particularidades que lo distinguen de la atención psicológica a otros tipos de pacientes (enfermos psiquiátricos y enfermos crónicos), aunque conserva, por supuesto, una serie de aspectos comunes. Con respecto a los clientes tradicionales de los servicios de Psiquiatría y Psicología Clínica, encontraremos diferencias fundamentalmente en el grado y tipo de trastorno psíquico que presentan, y las creencias y expectativas con respecto a la atención psicológica (Martín, 2001). Se supone que la persona que acude a los servicios de un psicólogo clínico es porque presenta algún tipo de trastorno psíquico que le molesta a él, o que afecta las personas de su entorno (familia, comunidad, etc.). En la mayoría de los casos el individuo supone que "hay algo en su cabeza que no funciona bien" y acude voluntariamente. En el peor de los casos, es llevado por algún familiar o persona cercana, que asume que presenta algún tipo de anormalidad psíquica.

Una persona que padece de artrosis no necesariamente sufre algún tipo de malestar emocional ni presenta comportamientos considerados "anormales" por él o por sus otros significativos. De hecho, en nuestra sociedad se le adjudican al "rol de enfermo", comportamientos que pueden ser perjudiciales para la evolución del padecimiento (como la pasividad, el consumo indiscriminado de fármacos, la evitación de la actividad, etc.) pero que son considerados "normales" por la población (Martín, 2003).

Como he apuntado antes, la indicación de que una persona deba ser valorada por el psicólogo supone para ella y sus familiares connotaciones ambiguas y amenazadoras que muchos no están preparados para afrontar. Este carácter potencialmente amenazante de la visita al psicólogo subyace en las representaciones sociales predominantes sobre la "enfermedad física vs. la enfermedad mental", que resta legitimidad e importancia a los síntomas y quejas del enfermo, si existe la sospecha de que están psíquicamente determinados.

Lamentablemente ha sido escasa la investigación sobre este tema. En una investigación realizada hace unos años (Martín, 2003), encontramos que aproximadamente el 30% de los enfermos reumáticos que eran remitidos a Psicología creían que era porque su médico pensaba que estaban "mal de la

cabeza” o que estaban “fingiendo”, sobre todo aquellos que todavía no tenían un diagnóstico y tratamiento médico definido, lo que provocaba rechazo a la atención psicológica. En estos casos, los que acudieron a la consulta psicológica confesaron que lo hicieron “por disciplina”. Aunque no obtuvimos datos acerca de la cantidad de enfermos que no cumplieron la indicación de ir al psicólogo, puede suponerse que no sería una cifra despreciable. La parte positiva de este estudio estriba en el hecho de que la mayoría de los enfermos que sí aceptaron la indicación, iban favorablemente predispuestos a la consulta de Psicología, especialmente aquellos que tenían además de dolor, síntomas depresivos. Por tanto, entre el momento en que el paciente es remitido a la Consulta de Psicología y el momento en que es valorado por el psicólogo, existe un proceso de toma de decisión acerca de si va a aceptar o no la valoración psicológica que determina en gran medida la actitud que tendrá ante esta valoración, la información que está dispuesto a suministrar, la imagen que pretenderá ofrecerle al terapeuta y la disposición a aceptar los tratamientos psicológicos. Quizás una de las tareas más difíciles, donde se pone a prueba la pericia y experiencia del psicólogo es la identificación de estas motivaciones, dado que carecemos de instrumentos confiables para evaluar el sinnúmero de variables que intervienen en ellas.

Otro factor que singulariza la atención psicológica a los pacientes con dolor es el que se deriva de la actual organización de los servicios de salud y del status de los psicólogos en los centros de salud. En nuestro medio (y me refiero a los países "occidentales", y no sólo a Cuba) prevalece aún el modelo médico tradicional y el dualismo cartesiano mente-cuerpo, tanto entre el personal de salud, como en la población. De esta ideología sobre la enfermedad no estamos exentos ni aún los propios psicólogos, ideología que matiza el reconocimiento y las representaciones sociales que existen acerca del trabajo del psicólogo, aspecto que determina ambigüedad y confusión con respecto su papel en el equipo multidisciplinario.

Yo creo en base a mi experiencia, que para los cubanos, la presencia y acciones de los psicólogos en las instituciones de salud constituye una realidad común y aceptada. La población, incluso, tiende a identificar a la figura del psicólogo como un proveedor de salud, lo que tiene de positivo que incrementa la credibilidad de las intervenciones psicológicas. La parte negativa estriba en que muchas personas creen que los psicólogos son médicos solicitándoles medicamentos, recetas y tratamientos.

La inclusión de los psicólogos en los sistemas de salud data de fecha relativamente reciente y no está todavía clara ni es totalmente aceptada. En muchos países, incluso de los del llamado "primer mundo", la presencia de los psicólogos como profesionales de la salud es discutida y se ve al psicólogo como un profesional de "segunda clase". Amén de los problemas profesionales que se derivan de esta situación, este rol de "paramédico" tiene importantes repercusiones en la organización de los servicios psicológicos, limitando los aportes que la Psicología puede hacer (Martín, 2003; Grau y Hernández, 2005). La intervención psicológica se considera prescindible y secundaria y no todos los pacientes se benefician de ella.

Otro problema práctico que afecta a la atención psicológica a las personas con dolor es el problema del espacio físico y ambiente psicosocial en el que deberán realizarse los tratamientos psicológicos. Al ampliarse el espectro de acciones del psicólogo con su introducción en la problemática de las enfermedades crónicas y el dolor, se modificó también su "locus" habitual de trabajo: la consulta. En la actualidad los psicólogos participan en acciones para el tratamiento del dolor que se ejecutan en lugares tan diferentes como una sala de cuidados intensivos, la casa de una persona que se encuentra en la fase terminal de una enfermedad, la sala de espera de una consulta, el sillón del dentista o una sala de parto; en los hospitales, tiene que trabajar en las salas con el enfermo hospitalizado y adaptarse a la disciplina y la dinámica particular del trabajo en estas instituciones.

El ambiente hospitalario es particularmente estresante ya que posee códigos y valores *sui generis*. La vida, el dolor, el sufrimiento y la muerte son asumidas de manera diferente a la habitual en la vida cotidiana; se rige por estructuras jerárquicas rígidas y sólidamente establecidas con el devenir del tiempo y por normas disciplinarias (explícitas e implícitas) que afectan profundamente el rol profesional del psicólogo, pues implican una reconversión de los códigos de comportamiento que se consideraban válidos para el trabajo con el enfermo en el marco de la consulta privada de Psicología (piénsese, si no, en los países de visita en los que se ventilan públicamente las intimidades de la persona, en la despersonalización del enfermo que se convierte en la "cama 2", etc.). En este marco institucional, las intervenciones psicológicas deberán integrarse a la dinámica de la organización del trabajo y a las normas de disciplina propias del

medio, por lo que es una variable que influye de manera no pequeña en la selección de los procedimientos a ejecutar.

El tratamiento psicológico del dolor difiere también en algunos aspectos de la intervención psicológica en las enfermedades crónicas. En este último caso, la intervención se dirige generalmente a proporcionar una mejor adaptación a la enfermedad, mientras que en el caso del dolor crónico además se utilizan una serie de procedimientos cuyo objetivo es eliminar o atenuar los síntomas del dolor y sus efectos. En consecuencia, existen técnicas y procedimientos específicos para la atención psicológica al dolor, que son diferentes de las utilizadas en otros ámbitos, tanto por sus objetivos, como por sus modos de ejecución, y por sus efectos. Sin embargo, no se debe olvidar que el dolor es un síntoma de muchas enfermedades crónicas y que también puede ser manifestación o expresión de trastornos psiquiátricos. Visto de esta manera, el tratamiento psicológico del dolor crónico puede considerarse como un área particular de atención psicológica de las enfermedades crónicas, que se interrelaciona en muchos sentidos con los tratamientos tradicionales ofertados en la clínica psiquiátrica.

3.5. Particularidades de la atención psicológica al dolor en el adulto mayor

La idea de que la vejez es sinónimo de enfermedad y dolor ha planeado históricamente en la mente de los médicos, profesionales de la salud y población en general. Aunque la moderna gerontología confirma el carácter fisiológico del envejecimiento, también es cierto de que en esta etapa de la vida aumenta la vulnerabilidad a padecer enfermedades y discapacidades ya que se producen cambios en todos los sistemas del organismo que determinan disminución de la reserva funcional, limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o el estrés; y un deterioro de los procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas (Pérez , Cascudo y Martín, 2010). Así, en el anciano es frecuente lo que se denomina “presentación atípica de la enfermedad”, pueden faltar los síntomas más típicos o la sintomatología presente puede ser vaga e inespecífica. Además de las enfermedades crónicas, puede haber alteraciones en la coordinación motora, la percepción espacial, la agudeza visual y auditiva, la fortaleza muscular y ósea, la

movilidad y las percepciones. Muchos de estos problemas tardíos se asocian con una incrementada fragilidad (Suárez, 2006).

Otras particularidades de la clínica geriátrica es la posibilidad de recibir información inadecuada de los familiares y del anciano. Debido a que las enfermedades y el dolor pueden coexistir en el adulto mayor durante años, sus familiares o, incluso el propio paciente, no las reconoce como problemáticas actuales y por ello la información brindada por ellos puede no ser fidedigna, por lo que hay que saber reconocerla, por ejemplo, tener presente la posibilidad de la presencia de algún síndrome geriátrico como causa o consecuencia de la sintomatología, buscando etiología en posibles caídas, incontinencias, estados confusionales o inmovilidad.

En el adulto mayor, situaciones como el aislamiento, la soledad, las necesidades económicas, los deterioros cognoscitivos, los trastornos emocionales y funcionales se relacionan con sus enfermedades, agravando las situaciones físicas y el deterioro. De esta forma se consideran de riesgo: las personas ancianas que viven solas, de edades muy avanzadas, con viviendas obsoletas o inadecuadas, con bajos ingresos, que sufren depresiones, con importantes restricciones de la movilidad. Todas ellas, tarde o temprano, se verán sometidas a enfermedades que difícilmente podrán superar si se mantienen todos o algunos de los factores mencionados, por lo que, a la hora de enfrentarnos al mismo, se hace necesario su abordaje bio-psico-social (Pérez et al., 2010).

El dolor persistente es uno de los problemas más frecuentes en la tercera edad y uno de los más temidos por los ancianos (Martín y Lechuga, 2004). Se considera que entre el 50-80% de personas mayores de 65 años presentan problemas de dolor crónico (Franco y Seoane de Lucas, 2001). Estudios recientes muestran que muchos ancianos creen que el dolor es una condición inherente al envejecimiento, más que la consecuencia de enfermedades (Jakobsson, Klevsgard, Westergren y Hallberg, 2003).

Los ancianos con dolor tienen más trastornos del sueño, mayores niveles de depresión, más discapacidad y peor calidad de vida (Martín y Lechuga, 2004). El dolor, la depresión, la soledad y la discapacidad son las causas más frecuentes de suicidio en los ancianos (Jakobsson et al., 2003). Al mismo tiempo, existe suficiente evidencia acerca de que la soledad, la viudez, la discapacidad y la depresión están

asociadas a mayor intensidad y frecuencia del dolor (Bradbeer, Helme, Yong, Kendig y Gibson, 2003).

La investigación actual sobre este tema está suministrando algunas informaciones interesantes. Por ejemplo, las diferencias de género con prejuicio para las mujeres quienes reportan mayores niveles de dolor, mayor frecuencia de dolor, mayores niveles de depresión, más trastornos del sueño y peor calidad de vida. Sin embargo, después de los 80 años, la situación se invierte y son los hombres quienes tienen mayores niveles de depresión. El suicidio es más frecuente en las mujeres ancianas con altos niveles de dolor. Los estudios anatomopatológicos revelan que en muchos casos, no había causas biológicas que explicaran el dolor (Martín y Lechuga, 2004).

La evaluación de la depresión en ancianos con dolor es compleja ya que muchos síntomas como los trastornos del sueño, de la alimentación o la disminución de la actividad son comunes a la depresión y al dolor. Por otra parte, el anciano no debe ser "abrumado" con tareas intelectuales complejas como las que implican muchas pruebas psicológicas (Martín y Lechuga, 2004). El dolor en ancianos con problemas cognitivos es frecuentemente subestimado por los cuidadores y profesionales de la salud, por lo que la evaluación psicológica deberá siempre incluir la evaluación cognitiva.

Un gran número de pacientes ancianos no recibe el tratamiento adecuado. Las causas son, de acuerdo a Franco y Seoane de Lucas (2001), además de las dificultades en la valoración del dolor, el miedo a los efectos secundarios de las medicaciones como los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) y a prejuicios entre la población sanitaria y de la sociedad en general con respecto a los opiodes y tratamientos *alternativos*, como el apoyo psicológico, programas de ejercicio y acupuntura.

Los pacientes ancianos con depresión se beneficiarán de técnicas de terapia cognitiva y programas para el incremento de actividades placenteras (Martín y Lechuga, 2004). En el tratamiento multidisciplinario del dolor persistente e incapacitante resulta útil entrenar a los pacientes a recordar las situaciones en que han afrontado satisfactoriamente el dolor, así como en el recuerdo de situaciones vitales satisfactorias. Frecuentemente deben usarse técnicas de terapia y orientación familiar, así como grupos de auto ayuda para incrementar los recursos de apoyo social en los ancianos.

Hay relativamente pocos estudios bien controlados sobre la eficacia de la hipnosis en ancianos con dolor crónico, y los reportados en la literatura, generalmente tienen muestras pequeñas. Un estudio meta-analítico (Morone y Greco, 2007) dirigido a valorar diversas terapias no farmacológicas en adultos mayores con dolor crónico no asociado al cáncer, incluyó 26 publicaciones sólo una de ellas sobre hipnosis de Gay, Philippot, y Luminet (2002); no obstante, los autores de la revisión consideraron que las intervenciones “mente-cuerpo” mostraron ser factibles en ancianos, quienes las aceptaban y se beneficiaban de las mismas.

3.6. Particularidades de la atención psicológica en pacientes con cáncer y terminales

Como ya se había dicho, todavía muchos colocan el dolor en enfermos de cáncer como si fuera una categoría aparte. La habitual expresión de “dolor por cáncer” sigue reflejando, incorrectamente, la concepción de que este dolor tiene una relación isomórfica con la patología del tejido. La situación se agrava con la idea preconcebida de que cáncer es igual a muerte inexorable, a la que, además, se arriba con dolor inmanejable; tal asociación de creencias provoca que a veces se enfrente el tratamiento de dolor desde una posición derrotista. Definitivamente, dolor y sufrimiento se unen en el imaginario colectivo sobre el cáncer, haciéndolo aún más temible (Grau, Jiménez, Chacón, y Martín, 1996).

El cuidado de los pacientes con cáncer avanzado es emocionalmente demandante, por el miedo a la muerte, y, en parte, por cierta renuencia a cuidar a aquellos que nos recuerden nuestro destino común. A estos problemas psicológicos se unen otros: desde problemas de carácter personal (sentimientos de abandono, hastío, aislamiento, falta o pobre apoyo social y diversos asuntos no resueltos), hasta problemas con las relaciones interpersonales (con frecuencia problemas maritales), problemas familiares (cambio en los papeles, mala adaptación al cuidado familiar), problemas relacionados con el auto cuidado (necesidad de asistencia física, aumento de la dependencia, modificaciones en el hogar), y problemas financieros y legales. Preocupaciones espirituales (sobre el significado y valor de su vida, remordimientos o culpas, dudas acerca de la muerte, consideración de la enfermedad como un castigo), dificultades en la comunicación y el manejo que descuida las particularidades culturales, pueden exacerbar asimismo el dolor.

Los pacientes con cáncer sufren reacciones emocionales que incluyen ansiedad, depresión e ira. Particular interés despierta la consideración de la depresión en estos pacientes. En primer lugar, porque está asociada al sufrimiento que desarrolla la conciencia de la enfermedad, pero además, por la estrecha asociación que siempre se ha reportado entre depresión y dolor. Por otra parte, el diagnóstico mismo de depresión en estos enfermos es difícil: frecuentemente los síntomas sobre los que se establece su diagnóstico en personas que no tienen cáncer son de índole psicológica (ánimo deprimido, poco interés o placer, agitación o retardo psicomotor, falta de concentración o indecisión, baja autoestima y sentimientos de culpa, pensamientos de muerte o ideas suicidas) y somática (cambios en el peso y el apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga y/o pérdida de energía). En enfermos oncológicos con dolor la importancia de los síntomas somáticos para el diagnóstico de depresión es cuestionable, ya que pueden estar causados por el cáncer. Sólo se consideran significativos cuando están marcadamente fuera de proporción con respecto a la enfermedad. Otras manifestaciones cobran singular relevancia, como el desconsuelo constante, la irritabilidad persistente, sensación de desesperanza, la percepción de la enfermedad como un castigo y la sensación de inutilidad o de ser una carga para los demás (Grau et al. 1996).

La ansiedad es también una emoción corriente en los enfermos oncológicos con dolor. Estos pacientes pueden experimentar temores relacionados a la incertidumbre sobre el futuro, a las disfunciones corporales, al dolor no aliviado o a otros síntomas, o pueden tener temor ante la muerte misma. Sus síntomas pueden ser cognoscitivos (temores no específicos, miedo a morir, a “volverse loco”, dificultades de atención y concentración), cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, rubor, sudoración, dolor en el pecho), respiratorios (disnea, hiperventilación), neurológicos (mareos, temblores, parestesias, debilidad, fatiga, insomnio), gastrointestinales (anorexia, indigestión, diarreas, aerofagia) y síntomas generales de tensión, preocupación, inquietud e irritabilidad. Estos trastornos pueden aparecer como una respuesta normal a la crisis, en forma de ansiedad reactiva, como un trastorno de ajuste, como síndromes orgánicamente asociados, o como trastornos de ansiedad generalizada, pánico y fobias, agravados o precipitados por la enfermedad.

La ira puede ser la tercera reacción emocional de estos pacientes, al preguntarse: ¿por qué me pasa esto a mí?, ¿por qué los médicos no pueden

tratarlo adecuadamente? La ira puede exacerbar la depresión o la ansiedad, incrementando el dolor. Ansiedad, depresión e ira interactúan y exacerban el dolor; la experiencia dolorosa sería el resultado de la “acumulación de impulsos sensoriales nocivos”, producto de la neoplasia misma, de los tratamientos y de la relativa invalidez del paciente (Bayés, 1991).

En realidad, el dolor en enfermos terminales es “dolor total”, que incluye componentes físicos, espirituales, psicológico-emocionales y sociales. Por lo tanto, debemos tratarlo así, como dolor total, abordando todos sus componentes psicosociales. Lema (1996) dice: *“El dolor total en el paciente canceroso incluye nocicepción, rabia, ansiedad y sentimientos de abandono. El dolor hace recordar constantemente al paciente su enfermedad y el miedo a su progresión. Así, el tratamiento psicológico precoz es fundamental para el manejo exitoso de todos los aspectos del dolor oncológico”* (p. 45).

La relevancia de ubicar acciones psicológicas junto a los tratamientos biomédicos en un enfoque integral radica en que tales proceder no son solamente efectivos para la disminución de la intensidad del dolor, sino en el logro de una adecuada calidad de vida. El tratamiento psicológico no debe ser ejecutado sólo por psicólogos, sino por oncólogos, anestesiólogos, farmacólogos, enfermeras y otros profesionales, integrados en equipos multidisciplinares, con formación psicológica en el manejo del dolor (Grau et al. 1996). Precisamente en estos términos es que hablamos de la pertinencia del tratamiento psicológico del dolor en el enfermo con cáncer avanzado: por una parte, en la aplicación de eficaces medios psicológicos de control del dolor/sufrimiento; por otra parte, en la formación psicológica misma del equipo de Cuidados Paliativos para el manejo integral del dolor. La integralidad se refiere no sólo a la incorporación multimodal de procedimientos, sino a la preparación integral que deben tener todos los profesionales del equipo, sea para encontrar aquellos hechos que apuntan a la necesidad de profundizar o potenciar el tratamiento con técnicas psicológicas más especializadas, o para incorporar algunas de ellas (ciertos procedimientos de relajación, por ejemplo) en su repertorio analgésico habitual.

La hipnosis será una técnica coadyuvante para el tratamiento de este dolor total, unida a otros procedimientos psicológicos. Pocos estudios han evaluado la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor por cáncer, lo mismo ocurre en las cirugías de cáncer aunque hay una mayor investigación acerca de su uso para el control de

las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia (Flammer y Bongartz, 2003). Richardson et al. (2007) publicaron un estudio meta-analítico que demuestra la utilidad de la hipnosis para el tratamiento de las náuseas y vómitos en niños con cáncer. Lioffi (2006) cita varios estudios bien controlados que muestran que la hipnosis mejora la calidad de vida de estos enfermos. Hansjörg (2008) realizó un estudio clínico controlado de 61 casos a los que durante dos semanas se estuvo investigando para establecer la medicación óptima, la mitad de los cuales fueron asignados a tratamiento con auto-hipnosis seguido de tratamiento farmacológico, y la otra mitad al revés, siendo más eficiente el grupo que recibió la auto-hipnosis primero. Sin embargo, lo relevante es que la auto-hipnosis mejoraba significativamente el dolor en todos los casos. Recomienda un esquema de intervención a corto plazo para la etapa de crisis (establecimiento de señales ideomotoras para modificar efectos secundarios de la morfina y conseguir mayor alivio del dolor y del sufrimiento), a medio plazo (cooperación para varias semanas con el objetivo de aliviar el dolor neuropático y la disnea mediante imaginación), y a largo plazo (otras técnicas psicológicas para el tratamiento de aspectos traumáticos de la estancia hospitalaria).

Elkins y Marcus (2006) proponen un modelo de intervención hipnótica combinada con terapia cognitivo-conductual basado en las etapas descritas por Kubler Ross. En la crisis inicial que se desencadena tras la comunicación del diagnóstico, la intervención hipnótica debe ir dirigida a ayudar al paciente a reconceptualizar el momento como una oportunidad para valorar la cantidad y calidad de vida que aún tiene por delante. El replanteamiento cognitivo es usado para permitir al paciente procesar imágenes de cambio que son utilizadas en el contexto hipnótico. También en este momento se comienza el entrenamiento en auto-hipnosis para el control del dolor, enseñando al paciente múltiples estrategias como la distorsión del tiempo, la disociación y otras.

Tras la fase inicial de negación, comienza la llamada etapa de transición en la que se alternan emociones intensas de ira y depresión. Las metas del tratamiento en esta etapa son la exploración y adaptación de estos sentimientos, incluye también la reducción del estrés y el desarrollo de un régimen de vida que permita el máximo bienestar personal. Frecuentemente la intervención hipnótica se dirige a ayudar al paciente a crear una metáfora de viaje, relacionada con el cambio, por ejemplo, la transformación de crisálida a mariposa.

En la fase (más bien proceso) de aceptación, propio del tercer estadio, se busca fortalecer la aceptación y potenciar el la sensación de poder y capacidad, en esta etapa es frecuente que el dolor sea un acompañante permanente por lo que es importante reforzar las estrategias de auto-control hipnótico para su alivio. Por ejemplo, suele ser útil potenciar el recuerdo de etapas previas a la enfermedad en que no había dolor.

En la fase final de preparación para la muerte cambia el foco de la intervención, si en las tres anteriores el énfasis se hacía en apreciar la vida, ahora será necesario apoyar al paciente para enfrentar el proceso de morir. La disociación hipnótica del dolor se convierte en una estrategia crucial. También es posible invitar al paciente a visualizar el futuro y ver cómo su familia lo enfrenta de manera satisfactoria.

Actualmente, el interés comienza a centrarse en determinar los mediadores de la eficacia de la hipnosis en el ámbito clínico. Montgomery et al. (2010) encontraron en un estudio con 200 mujeres que recibieron cirugía para el cáncer de mama que los efectos de la hipnosis en el dolor, la fatiga y las náuseas postquirúrgicas estaban relacionados con las expectativas previas sobre el dolor y con el estrés prequirúrgico. La relevancia de esto para la clínica, en palabras de los propios autores estaría en que *“... a pesar de las creencias erróneas acerca de la hipnosis como algo amenazante o misterioso, nuestros resultados indican que la hipnosis opera de una manera significativa con dos mecanismos psicológicos básicos- cogniciones y emociones...e indican que las intervenciones hipnóticas futuras deberían dirigirse específicamente a las expectativas y el distrés prequirúrgico para reducir el dolor, las náuseas y la fatiga posoperatoria” (p.87)*

3.7. Particularidades de la atención psicológica a las personas que están en procedimientos médicos cruentos

Algunos procedimientos médicos involucran agresiones más o menos dolorosas, invasivas de la intimidad y molestas, como por ejemplo, las intervenciones quirúrgicas, las curaciones de heridas y quemaduras o procedimientos diagnósticos como la endoscopia. La hipnosis se ha utilizado como adyuvante a las intervenciones psicológicas para aliviar el estrés y el malestar relacionados con estos procedimientos, como técnica adyuvante a la analgesia farmacológica, y para enseñar a los pacientes estrategias de afrontamiento pre, peri y post tratamiento

médico (Flory, Salazar, y Lang, 2007). Estudios meta-analíticos han demostrado que más del 80% de las personas que son tratadas con hipnosis se benefician en la reducción del malestar asociado a estos procedimientos, en comparación con los grupos de control (Schnur et al., 2008; Flory et al., 2007), así como que los niños se benefician aún más que los adultos.

La cirugía se encuentra entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos, pues obliga a hacer importantes adaptaciones físicas y psicológicas. Varios ensayos controlados seleccionados al azar han demostrado que las técnicas hipnóticas son eficaces en la reducción de dolor, de la ansiedad, y de otros síntomas; así como en la reducción de tiempo del procedimiento (Flory y Lang, 2008), también para reducir la cantidad de medicación pre y post cirugía, el sangrado y el tiempo de hospitalización, así como para facilitar el post-operatorio y la recuperación (Pinnell y Covino, 2000). Los datos meta-analíticos muestran que el 89% de los pacientes quirúrgicos que han sido tratados con hipnosis se benefician en comparación con los controles (Montgomery et al. 2002).

Uno de los problemas más relevantes para las intervenciones psicológicas en Cirugía es el control de la ansiedad pre, peri y postoperatoria. Los síntomas psicofisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica; incluyen taquicardias, arritmias, elevaciones de la tensión arterial, disnea, etcétera. La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, y mayores niveles de dolor postoperatorio (Pérez, Martín y Quiñones, 2000)

Diversos autores refieren que la inminencia del acto quirúrgico tiende a incrementar la ansiedad, si bien los niveles de ansiedad que predominan en la mayor parte de los pacientes son moderados. La posterior y paulatina disminución una vez terminada la intervención quirúrgica también ha sido reportada en los estudios sobre operaciones en las que la enfermedad de base no representa un peligro inminente para la vida y el alta hospitalaria es rápida (como por ejemplo, la cirugía de varices), a diferencia de otras intervenciones en que se mantienen presentes amenazas relativas a la hospitalización prolongada y la incertidumbre con respecto

a los resultados, en los que la ansiedad puede persistir mucho tiempo después del alta quirúrgica (Martín, Pérez, y Quiñones, 2000).

La presencia de antecedentes de patología psiquiátrica personal y familiar, así como las experiencias negativas previas son predictores de la ansiedad que surge ante la comunicación de la necesidad de ser intervenido quirúrgicamente. El temor a la anestesia ante la inminencia del acto quirúrgico, también ha sido reportado como una variable influyente (Stevens, 1989).

La preparación psicológica pre quirúrgica gira en torno a dos conceptos claves: la información y el adiestramiento en estrategias apropiadas de afrontamiento. Con respecto a la información es preciso tener en cuenta en qué medida las personas buscan o evitan la información. Los pacientes “evitadores” son aquellos que no suelen querer ningún tipo de información e intentan superar la ansiedad sin pensar en el problema. Los pacientes “vigilantes”, en cambio, son personas que afrontan las situaciones estresantes obteniendo la máxima información sobre ellas. También hay que considerar si la persona prefiere recibir información “instrumental” (sobre pasos de la cirugía, técnicas quirúrgicas y anestésicas) o “sensorial” (sobre qué va a sentir en cada momento). Es necesario también explorar las preocupaciones del paciente con respecto a las repercusiones a corto y largo plazo que puede tener la intervención quirúrgica en su vida.

Se pueden distinguir momentos diferentes en el proceso de afrontamiento a la cirugía. Existe un periodo de anticipación previo a la intervención, que se caracteriza por la incertidumbre. El segundo momento corresponde al acto de someterse a la intervención y el tercer momento a la recuperación postquirúrgica, en el que se incrementa la percepción de control de la persona, quien puede y debe hacer cosas para favorecer su recuperación (Miró y Raich, 1998).

Durante la internación, las distintas formas de adaptación psicológica al estrés quirúrgico determinarán que los enfermos tengan reacciones muy variadas. El conflicto entre el deseo de autonomía y la necesidad de dependencia para recibir los cuidados, es uno de los más importantes en cirugía, y puede originar problemas en la relación del paciente con el equipo de salud. Es bastante frecuente que las personas muestren comportamientos “regresivos” durante la etapa peri y post operatoria (dependencia, quejas excesivas, etc.). Habitualmente, con el avance de la recuperación post operatoria, los pacientes van abandonando estas conductas

regresivas y actitudes "infantiles". Este proceso se ve favorecido si el equipo médico adecua su trato con los enfermos en los distintos momentos, y evitan todo aquello que pueda acentuar la regresión o hacerla menos tolerable.

La cirugía constituye una situación estresante también para la familia. La hospitalización implica separaciones y el abandono del hogar por parte del enfermo, por cuyo futuro temen los restantes miembros del grupo familiar. Se agregan también dificultades prácticas como mayores gastos económicos, problemas en el manejo de las responsabilidades familiares, la alteración del ritmo de vida familiar por la necesidad de acompañar y cuidar al paciente durante su recuperación, etcétera. El apoyo del grupo familiar puede favorecer la recuperación. Es necesario otorgar a la familia el grado de participación que le corresponde en el proceso quirúrgico, pero a la vez corregir los modos de interacción personal y de adaptación al estrés que suelen provocar complicaciones, ya que la cirugía promueve ansiedades y temores en toda familia, y cada uno de sus integrantes los controla según sus posibilidades. La hipnosis puede ser utilizada como una estrategia terapéutica más para fomentar el bienestar y autocontrol de los familiares. Por ejemplo, procedimientos como la Autohipnosis Rápida (Capafons, 1998 a; b) o la autoinducción de relajación mediante el control de la respiración combinado con autosugestiones de tranquilidad, pueden ser fácilmente enseñados al cuidador principal, presentándole la técnica en cuestión como una herramienta de autocontrol que puede utilizar en cualquier momento y lugar para disminuir la ansiedad que le puede generar el enfrentamiento al proceso quirúrgico.

La Odontología es otra de las áreas de actuación emergentes en Psicología de la Salud. La hipnosis tiene diversas aplicaciones en Odontología (Lynn, Kirsh y Koby, 2006). En su revisión, Chaves (1993) indica que, además de ayudar a los pacientes a relajarse y a afrontar los procedimientos dentales estresantes, y la ansiedad fóbica a las inyecciones y otras intervenciones, la hipnosis puede ser importante en las siguientes áreas de la práctica odontológica: mejora de la tolerancia de las prótesis ortodónticas o prostéticas; modificación de los hábitos orales no adaptativos; reducción del uso de la medicación anestésica, analgésica y sedante; complementación o sustitución de la medicación previa a la cirugía; control de la salivación y el sangrado; intervención terapéutica en síndromes de dolor facial crónico como los trastornos temporo-mandibulares; como complemento al uso del

óxido nitroso; y aumento de la adhesión a las recomendaciones de higiene personal.

Para cada una de estas áreas existen estudios empíricos y anecdóticos que apoyan los beneficios de usar hipnosis como técnica adjunta en Odontología sin sustituir la anestesia local. En Cuba, el Dr. Angel Soto (comunicación personal, 24 de julio del 2004), médico especialista en Cirugía Máxilo Facial, ha reportado una casuística de más de 2000 pacientes en que la hipnosis se ha utilizado exitosamente como coadyuvante o como técnica única de anestesia quirúrgica, esto último, sólo para personas que corren riesgos con la anestesia química. McKay (2010) reportó un mejor control del dolor postoperatorio y menor consumo de anestésicos y analgésicos peri y postoperatorios en un estudio controlado doble ciego en que se utilizó la hipnosis combinada con anestesia para la extracción de un molar.

Las áreas en las que hay menos apoyo empírico son la mejora de la tolerancia a los aparatos ortodónticos y prostodónticos, y como suplemento o sustituto de la medicación previa a la cirugía, aunque la evidencia disponible justifica que se realice más investigación (Lynn y Kirsch, 2006).

La mayor parte de los estudios empíricos se han centrado en el uso de la hipnosis para reducir la ansiedad, tratar fobias y aliviar síndromes de dolor crónico (Mendoza y Capafons, 2009). Dentro de los trastornos de dolor crónico tratados en odontología, están los trastornos temporomandibulares que están considerados como una disfunción bio-psico-social producidos por unos patrones no funcionales de apretar y tensar los dientes y hacerlos rechinar (que tiene lugar a menudo sin ser consciente de ello) típicamente generados por el estrés psicológico (Simon y Lewis, 2000). Se han reportado varios trabajos en los que se ha usado la hipnosis exitosamente (Díaz et al. 1997).

Una situación clínica que constituye un reto para los profesionales de la salud es el tratamiento del dolor en las personas que han sufrido quemaduras. El dolor en pacientes quemados se puede dividir en un dolor de "fondo", usualmente controlable con opiodes por vía intravenosa; y el dolor asociado a procedimientos terapéuticos (como las curaciones) que requiere reducir la ansiedad, mejorar la analgesia y asegurar la inmovilización cuando ésta es requerida. El dolor mal tratado y la sedación incorrecta pueden dar lugar a que se presenten cuadros de desorden poste-traumático, depresión importante o delirium. Las técnicas actuales

de sedación y analgesia incluyen diversos acercamientos, de un aumento leve en terapia del dolor del fondo (por ejemplo, morfina PCA), a las combinaciones multimodales de las drogas, el óxido nitroso, los bloqueos regionales, y su combinación con acercamientos no-farmacológicos tales como la hipnosis y realidad virtual (Gregoretti et al. 2008). La hipnosis aplicada a quemados abarca tres áreas: aceleración de la curación de la herida, manejo del dolor e intervención en crisis (Vargas, 2005).

La intervención psicológica en el caso de las quemaduras muchas veces implica la necesidad de prevenir y tratar los desórdenes postraumáticos asociados. La prevalencia del desorden varía de acuerdo al método de diagnóstico, y de acuerdo a la población estudiada, pero se estima que el rango en población de alto riesgo (víctimas de guerra, atentados terroristas, desastres naturales, etc.) se presenta en grados del 3% al 58%. En estas personas, la hipnosis es recomendada para lograr la abreacción, y la reconstrucción del evento traumático (Vargas, 2004). Este autor plantea que la relajación es difícil de aplicar en niños quemados y recomienda las aproximaciones a través de visualizaciones e imaginación.

Según mi propia experiencia con pacientes adultos para el control del dolor en las curas, se requiere antes de intentar algún tipo de aproximación psicológica durante la cura, tratar los temores y fortalecer la auto-eficacia y la tolerancia a la frustración, pues el paciente (y su familia, el equipo médico y los psicólogos) con frecuencia se sienten sobrepasados porque el dolor de las curas es uno de los más terribles e incontrolables. Suele resultar útil adiestrar al paciente y al equipo médico en el uso de estrategias de distracción, disociación y del humor durante la curación en la medida de las posibilidades, y de respiración y relajación para acelerar la recuperación de un estado anímico más favorable tras la cura, todo ello relativamente sencillo de conseguir usando la hipnosis.

3.8. Particularidades de la atención psicológica en Obstetricia y Ginecología

Hay reportes sobre el uso de la hipnosis para la dismenorrea que datan de la década del 40 del siglo XX (Weisberg, 2000). Más recientemente, Amigó y Capafons (1996) reportaron el uso de la terapia de auto-regulación emocional para el tratamiento de la dismenorrea y el síndrome de tensión premenstrual. La relajación basada en inducciones hipnóticas también se ha comunicado como una

técnica útil para la estabilización de la disregulación autonómica y endocrina propia del dolor pélvico crónico. La hipnosis también se ha documentado como útil para el tratamiento de la sintomatología ansiosa depresiva asociada a este trastorno (Weisberg, 2000).

Recomendada para la preparación psicológica para el parto por enfermeras obstetras (Leslie, Romano, y Woolley, 2007) también la hipnosis se ha utilizado en la obstetricia para facilitar el parto. Según la revisión de Pinnell, y Covino (2000), los estudios al respecto informan que las pacientes que utilizaron hipnosis tuvieron una mayor satisfacción con la experiencia de dar a luz (Freeman, MacCauley, Eve, y Chamberlain, 1986); un parto más corto (Brann y Guzvica, 1987); y un menor uso de medicación y analgésicos durante el parto (Jenkins, Pritchard, 1993). Un estudio meta-analítico (Smith, Collins, Cyna, y Crowther, 2006) y una revisión sistemática (Cyna, McAuliffe y Andrew, 2004) coinciden en que, además, tiene un efecto significativo en la reducción de la medicación analgésica y aumento de la satisfacción. Los autores concluyen que, dados los posibles beneficios de utilizar hipnosis en estos casos, son necesarios más estudios bien diseñados para confirmar estos efectos de la hipnosis durante el parto. Brown y Hammond (2007), por su parte, tras revisar la literatura sobre el tema concluyen que la hipnosis aplicada a obstetricia y parto reduce significativamente el uso de analgésicos y anestésicos, incrementa la cantidad de embarazos en relación a grupos sin hipnosis, reduce significativamente la duración de los dos primeros estadios del parto (pre nacimiento y nacimiento del bebé), y disminuye la probabilidad de partos prematuros.

Hay diferentes enfoques en el uso de la hipnosis para la preparación para el parto. Estas aplicaciones varían en términos de formato (individual vs. Grupal), número de sesiones, etapa del embarazo en que debe iniciarse (en el premier trimestre o después), y el tipo de intervención hipnótica usada (Oster y Sauer, 2000). A pesar de las diferencias todas coinciden en:

- Escuchar las creencias de la mujer y su pareja acerca del embarazo, el parto y el post parto.
- Proporcionar información sobre el proceso y corregir creencias erróneas.
- Discutir el papel de la hipnosis en la preparación para el parto, y corregir creencias erróneas, incluyendo las que pueda haber sobre la hipnosis.
- Evaluar la sugestionabilidad hipnótica y las experiencias previas.

- Fortalecer las expectativas de éxito.
- Desarrollar el rapport y lograr la colaboración.

En general, hay dos enfoques sobre el contenido que deben tener las sugerencias: uno dirigido a lograr la analgesia mediante múltiples vías (sustitución o desplazamiento del dolor, sugerencias directas o indirectas de alivio, abandono imaginario del cuerpo, etc.), y otro, dirigido a exaltar la maternidad y el parto como un momento de especial realización personal, como por ejemplo, sugerir que cada contracción es placentera porque acerca cada vez más a la meta.

Un ejemplo de programa de preparación para el parto con hipnosis es el modelo de Oster que en seis sesiones ensaya con la mujer y su pareja el proceso de parto y estrategias auto-hipnóticas de analgesia (Oster y Sauer, 2000). La primera sesión se dedica a educar a ambos miembros de la pareja en temas relacionados con la maternidad, el parto y aclarar dudas y prejuicios sobre la hipnosis. En la segunda sesión el terapeuta realiza una inducción hipnótica convencional (fijación de la mirada), y va conduciendo a la paciente a mayores niveles de profundidad hasta lograr una experiencia de analgesia en guante. Las restantes sesiones se dedican a incrementar la participación, la independencia y a reforzar los logros. Sauer y Oster (1997) también han propuesto un modelo abreviado en dos sesiones.

Por otro lado, la hipnosis se ha usado para favorecer la fertilización in vitro, incrementando la cantidad de embarazos en los grupos en los que se ha usado como coadyuvante de los procedimientos médicos (Levitas et al. 2006).

CAPÍTULO 4: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL DOLOR

4.1. Objetivos y principios de la evaluación psicológica en la atención al dolor

No existe el "termómetro del dolor" que pueda ser aplicado a una persona para medir la cantidad de dolor que siente. Para conocer acerca del dolor de una persona hay que pedirle que lo describa y/o hay que observar su conducta. De ahí que en los últimos años se estén dedicando esfuerzos considerables al desarrollo y perfeccionamiento de procedimientos para la evaluación del dolor y, en particular para la evaluación de los factores psicológicos que intervienen en el dolor crónico.

La evaluación psicológica del dolor ha tenido y tiene dos grandes áreas de expresión: la evaluación del dolor inducido experimentalmente (estudios de laboratorio) y la evaluación del dolor en la clínica, en la que la caracterización de los factores psicosociales relacionados con el dolor crónico ocupa un lugar central y es objeto de numerosos estudios. La mayoría de los autores (Martín, 2001, 2003; Penzo, 1989) coinciden al plantear que la evaluación del dolor en la clínica debe tener un enfoque pluridimensional, dirigido a evaluar un amplio espectro de factores y sus interrelaciones, con medidas múltiples, subjetivas y objetivas, sin olvidar la validez y fiabilidad de los instrumentos

Los objetivos generales de la evaluación psicológica en el campo del dolor no difieren de los que tiene en la Psicología Clínica y de la Salud, es decir: diagnosticar, orientar el tratamiento y sus objetivos, contribuir a la selección de las técnicas terapéuticas y ofrecer indicadores de eficacia de las intervenciones. Este último objetivo exige un requisito adicional (Martín, 2003), a saber, que los procedimientos usados para la evaluación estén contruidos de manera tal que puedan utilizarse en estudios evolutivos y sean sensibles para discriminar los cambios en el cuadro clínico.

Se han propuesto diferentes modelos de evaluación. Karoly y Jensen (1987) plantean cuatro niveles o contextos en los que el dolor debe ser evaluado:

Contexto 1: Biomédico (historia clínica, diagnóstico, medicamentos, historia de la enfermedad, antecedentes patológicos personales y familiares, etc.).

Contexto 2: Dimensión Experiencial (aspectos sensoriales, afectivos, descripción del dolor, representaciones y cogniciones).

Contexto 3: Dimensión Relacional Significativa (procesos de adaptación estilos de vida relacionados con el dolor).

Contexto 4: Sociológico y Conceptual (modelo teórico de los profesionales de la salud).

Turk y Rudy (1986) desarrollaron el Modelo de Evaluación Multiaxial del dolor que evalúa tres dimensiones:

- Físico-médica.
- Psicosocial (valoración del impacto del dolor en la vida, estado de ánimo, distorsiones cognitivas, etc.).
- Funcional Comportamental (conductas de dolor).

Como puede observarse, ambos modelos coinciden en el contenido de los aspectos que debe tener en cuenta la evaluación, y en la necesidad de un enfoque multidisciplinario.

Ahora bien, la evaluación de los factores psicológicos involucrados en el dolor no es una tarea ni una responsabilidad exclusiva de los psicólogos, y en ella participan de alguna manera todos los miembros del equipo multidisciplinario. Se trata, por lo tanto, de delimitar qué le corresponde hacer a cada quién, y con qué métodos se trabajará. El médico debe y es capaz de identificar la presencia de factores psicológicos que pueden estar incidiendo de manera negativa en el curso del dolor. De hecho, dado que predomina en los servicios de salud el modelo de remisión de casos, es el médico el principal responsable de identificar a los pacientes que pueden necesitar de terapias psicológicas, ya que es quien está en contacto con el paciente. Pero aún en las situaciones en que puede colaborar con un psicólogo en la evaluación inicial del paciente, el médico es el profesional responsable de integrar los resultados del diagnóstico psicológico a los de las restantes evaluaciones médicas y arribar a un diagnóstico integral. Para ello se valdrá fundamentalmente del método clínico y se auxiliará con las otras herramientas diagnósticas propias de su especialidad. También es bueno delimitar que los trabajadores sociales son los profesionales responsables de identificar y caracterizar los factores socioeconómicos que están interviniendo en los problemas del paciente.

El psicólogo es el profesional más capacitado para la caracterización de los factores psicológicos que están involucrados en el dolor, y, para ello, se vale de la

evaluación clínica psicológica y de los instrumentos propios para el psicodiagnóstico (tests, escalas, etc.).

4.2. Instrumentos de evaluación

De hecho, el reconocimiento de los aportes de la Psicología a la comprensión del dolor ha propiciado su fuerte influencia metodológica y metódica en el campo de su evaluación, que puede definirse en dos direcciones: por una parte, la asimilación de herramientas y enfoques metodológicos; y, por otra, la incorporación de la evaluación de los factores psicológicos en el proceso de diagnóstico clínico.

El carácter subjetivo de la experiencia de dolor ha determinado el desarrollo de instrumentos para la evaluación de sus parámetros clínicos como la intensidad, la frecuencia y la duración. El procedimiento preferido por los clínicos investigadores y psicólogos para la evaluación de la intensidad del dolor son las escalas. Se realizaron una serie de estudios acerca de la potencia-eficiencia de diversas escalas para estudiar intensidad y afectos de dolor, concluyendo que prácticamente todas las escalas investigadas resultaban igualmente útiles para evaluar la eficacia de los programas de tratamiento (Jensen, Karoly y Brauer, 1991). En páginas posteriores se ilustra el uso de la EAV de manera evolutiva para valorar la eficacia de la intervención hipnótica.

Ejemplos de las escalas más utilizadas son: la Escala Analógico Visual, la Escala de 101 rangos numéricos, la Caja de 11 puntos, la Escala de 6 puntos de rangos comportamentales, la Escala de 4 puntos de rangos verbales, y la Escala de 5 puntos de rangos verbales del Cuestionario de dolor de McGill (Figura 2).

Para la evaluación de la frecuencia y duración del dolor se usan comúnmente métodos de auto-registro como los diarios de dolor. Prácticamente cada investigador diseña su propio diario de acuerdo a los objetivos de su estudio y se han desarrollado pocos trabajos dirigidos a la estandarización de procedimientos para estos fines (Penzo, 1989).

En general, los diarios de dolor están dirigidos a lograr una estimación de la intensidad del dolor en relación con el momento del día o la actividad ejecutada. También puede considerarse la duración del episodio, el uso de medicamentos y las estrategias para aliviar el dolor. Entre los diarios más conocidos se encuentran

Figura 2: Seis escalas para evaluar intensidad del dolor (adaptado de Jensen, Karoly y Brauer, 1991).

I) Escala Analógico Visual

No dolor _____ Dolor máximo

(10 cm.)

II) Escala de 101 puntos de rangos numéricos (NRS-101)

Por favor, indique el número entre 0 y 100 que mejor describe su dolor. 0 significa "no dolor" y 100 significa "máximo dolor"

Escriba sólo un número. _____

III) Escala "caja de 11 puntos"

Si 0 significa "no dolor" y 10 significa "dolor máximo" en esta escala de 0 a 10: ¿Cuál es su nivel de dolor? Ponga una X en el número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------

IV) Escala de 6 puntos de rangos conductuales

- No dolor
- Dolor presente, pero que puede ser ignorado fácilmente
- Dolor presente, no puede ser ignorado, pero no interfiere con las actividades cotidianas.
- Dolor presente, no puede ser ignorado, interfiere la concentración.
- Dolor presente, no puede ser ignorado, interfiere en todas las tareas excepto para el cuidado de necesidades básicas como el aseo y la alimentación.
- Dolor presente, no puede ser ignorado, requiere de reposo o acostarse.

V) Escala de 4 puntos de rangos verbales.

- No dolor
- Algún dolor
- Dolor considerable
- Dolor que no podría ser más severo

VI) Escala de 5 puntos de rangos verbales

- Suave
- Molesto
- Perturbador
- Horrible
- Torturante

el de Tursky, Jamner y Friedman, (1982), y el de Turk, Meichembaun y Genest (1987).

Otro constructo importante en la investigación del dolor, que ha recibido particular interés de clínicos e investigadores es el de "afecto de dolor", definido como la dimensión de displacer y malestar propia de la experiencia de dolor (Jensen, Karoly, Harris, 1991). Se han desarrollado algunos instrumentos para la evaluación de este componente afectivo del dolor, como la subescala afectiva del Cuestionario de Dolor de McGill y algunas escalas de rangos verbales, como la de Gracely, Mc Grath y Duner (1978).

El más conocido de los procedimientos que intenta una estimación cuantitativa del dolor es el Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) (Melzack, 1975). Este cuestionario se basa en el hecho, bien conocido en la clínica, de que los pacientes describen sus dolores de una forma muy característica, de ahí que muchas de estas descripciones han llegado a adquirir valor patognomónico. Melzack (1975) elaboró una lista de 102 adjetivos dispuestos en orden alfabético que presentó a pacientes, estudiantes, médicos y personal sanitario para que los clasificaran en función de su afinidad y sinonimia y de los niveles de intensidad. La lista definitiva consta de 78 adjetivos, reunidos en 20 grupos, cada uno de los cuales contiene de dos a seis términos dispuestos en orden de intensidad creciente. Estos se agrupan a su vez en tres categorías: *sensorial*, *afectivo-motivacional* y *evaluativa*. Posteriormente los autores añadieron otra categoría *miscelánea* que recoge características poco usuales pero típicas de ciertos cuadros, como el dolor dental. Además de estos datos, el MPQ incluye siluetas para indicar la localización del dolor.

El MPQ ha sido adaptado al menos a 15 idiomas (Boyle, Hernández y Ortet, 2003), y en castellano existen varias adaptaciones. Se le han hecho varias críticas: una es que la forma de calificación originalmente propuesta por los autores, que se basa en índices globales, no tiene en cuenta las diferentes dimensiones del dolor que permite evaluar la prueba. Otra crítica se relaciona con la relativa asimetría en la representación de las categorías, pues los descriptores para la dimensión sensorial prácticamente duplican a los usados para la dimensión emocional y motivacional (Karoly y Jensen, 1987). También se considera que los sistemas de puntuación resultan complicados psicométricamente y hay poca estabilidad en su estructura factorial (Boyle et al. 2003). Con respecto a las versiones castellanas se les señala

(Penzo, 1989) que más importante que la validación psicométrica de una traducción, sería la de replicar el trabajo previo que desarrolló Melzack para la versión original en lengua inglesa, como se ha hecho en otros países, por ejemplo, en Finlandia (Ketovouri y Pontinem, 1981) y en Holanda (Vandereit, Adrianensen, Cartont y Vertomment, 1987).

El Dr. Ricardo Ruiz y la Lic. Marta Pagerolls (Clínica del Dolor de Barcelona, Comunicación personal, 18 de noviembre, 1992) autores de la versión que validamos en Cuba, justamente trataron de evadir estos señalamientos (Ruiz, Pagerolls y Ferrer, 1990). Además de superar a las otras versiones castellanas del MPQ en los aspectos señalados, esta presenta la ventaja adicional de ser más corta, lo que permite el ahorro de recursos y tiempo, así como que resulta más fácil y atractiva al paciente. Esta versión ha sido validada con pacientes cubanos y se ha utilizado en investigaciones con pacientes con diferentes tipos de dolor (cáncer, reuma, enfermedades vasculares periféricas) y en diferentes contextos clínicos (atención primaria, clínicas del dolor, cirugía, etc.) (Martín, Zaz, Grau, Cesar, y Montorio, 2008). Más adelante se presenta un caso en que se utiliza el MPQ para la planificación del tratamiento psicológico.

La segunda huella que ha dejado la Psicología en el campo del diagnóstico del dolor es la incorporación de métodos de evaluación psicológica al proceso habitual de diagnóstico, ya sea mediante el uso de procedimientos "tradicionales" de la Psicología Clínica (como el MMPI), o a través del desarrollo de nuevos procedimientos dirigidos a la evaluación de problemas específicos de los pacientes con dolor crónico. Sin embargo, la selección de los procedimientos para evaluar los factores psicológicos que influyen en el origen, curso, tratamiento y pronóstico del dolor es un tema de alta complejidad.

Al parecer, algunas características de los pacientes con dolor determinan que métodos tradicionalmente eficaces para el diagnóstico psicológico en otros tipos de enfermos, resulten inadecuados en esta población (Martín, 2003). Algunas de estas características están relacionadas con los atributos particulares de la experiencia de dolor, con el hecho de que el dolor sea una experiencia subjetiva compleja, vinculada a factores cognitivos y afectivos. Así, por ejemplo, un componente importante de la experiencia de dolor es los afectos y las emociones negativas, como el enojo, la tristeza y la inquietud, lo que implica que existan complejas relaciones entre el dolor, la depresión y la ansiedad, que puedan reflejarse en

puntuaciones altas en algunas pruebas psicológicas dirigidas a la evaluación de estos estados, sin que forzosamente ello sea índice de que el paciente esté clínicamente deprimido o ansioso.

La mayoría de los estudios dirigidos a estudiar personalidad en los pacientes con dolor crónico han utilizado inventarios como el MMPI y el Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI). Una serie de estudios con el MMPI encontraron que los pacientes con dolor crónico presentaban puntuaciones elevadas en las escalas de histeria (Hy), hipocondría (Hs) y depresión (D). Este perfil, llamado perfil V, de conversión o triada neurótica era comúnmente interpretado como indicativo de que los síntomas físicos son la resultante de desajustes psicológicos que la persona niega. Se utilizó en la década 70-80 para discriminar entre pacientes con dolor de etiología orgánica o psicógena y predecir la respuesta a los tratamientos médicos. Sin embargo, este tipo de perfil se ha descrito también en pacientes con otros trastornos crónicos que no presentan dolor por lo que una explicación más plausible podría ser que las limitaciones y el malestar crónicamente mantenidos son los responsables de estos rasgos de personalidad (Grau y Martín, 1993).

No se recomienda interpretar este perfil como indicador de personalidad histriónica o histérica (Martín, 2003). Debe tenerse en cuenta que las escalas Hy y Hs contienen muchos ítems referidos a síntomas físicos comunes en los pacientes con dolor crónico. Además, 20 de los 33 ítems de la escala Hy aparecen también en la escala Hs, por lo que ambas puntúan en la misma dirección y aumentan a la vez. También hay que recordar que la escala Hy contiene ítems que valoran la propensión a reportar quejas somáticas (Ad) que es común a la histeria y la hiponcondriasis, así como ítems para explorar la “bella indiferencia”⁵ considerada típica de los histéricos (Dn) por lo que algunos autores consideran que en las personas histéricas son típicas las altas puntuaciones y la correlación positiva entre estas subescalas, mientras que en las personas con dolor crónico se ha encontrado una correlación negativa (Aragona et al. 2008).

El EPI parece ser más apropiado para la investigación de los pacientes con dolor pues está libre de cuestiones somáticas (Vallejo, 2000). Como quiera que se ha

⁵ El concepto de “bella indiferencia” se ha usado en psicopatología para referirse a la inapropiada despreocupación por los síntomas

encontrado que el neuroticismo está asociado a las quejas de salud física y al uso de los servicios de salud (Pennebaker, 1993) hay que ser cuidadoso a la hora de interpretar estos resultados.

Las medidas de auto-informe de la depresión y la ansiedad (inventarios y escalas auto-descriptivas) se usan con frecuencia para la evaluación de pacientes con dolor y enfermedades crónicas, en razón a su fácil administración. Entre los procedimientos tradicionales que más se usan en la evaluación de los pacientes con dolor crónico conocidos se destacan el MMPI (que ya fue comentado anteriormente) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI).

El BDI se ha popularizado para evaluar la depresión, dada su bien demostrada fiabilidad y validez. A pesar de las bondades de este instrumento, deben tenerse precauciones a la hora de su interpretación en pacientes con dolor crónico, ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas (Martín, 2003). Hay escaso acuerdo con respecto a cuál debe ser el punto de corte apropiado para identificar depresión clínica en pacientes con enfermedades crónicas. Según qué autor se hablaría de depresión cuando el paciente obtiene puntuaciones superiores a 9, o superior a 13, o incluso a 17. En un estudio (Martín, 2003) encontré que en los pacientes con dolor crónico osteomioarticular y reumático, las calificaciones de depresión leve no se asociaban a la existencia de sentimientos o síntomas depresivos, aunque las puntuaciones altas correspondientes al diagnóstico de depresión moderada y grave son de interés clínico.

El Inventario de Depresión Rasgo-Estado, conocido como IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). Está basado en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado – STAI - (Spielberger, Gorsuch, Lushene y Díaz Guerrero, 1966.) introducido y validado en el Cuba a mediados de la década de los años 80 (Ramírez, Grau, Martín y Grau, 1989). Para ser justos con la historia, hay que decir que este Inventario estuvo listo para su introducción preliminar en instituciones del Sistema Cubano de Salud algunos años antes de que se creara y lograra la validez de constructo del Cuestionario de Depresión Rasgo-Estado (ST-DEP) por Ritterband y Spielberger (1996) y más de una década antes que se validara la

versión española de este instrumento (Spielberger, Carretero-Dios, De los Santos-Roig, y Buéla-Casal, 2002a, 2002b). La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar de manera rápida a las personas que tienen síntomas depresivos, así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza, que no necesariamente se estructuran como un trastorno depresivo, aunque provoquen malestar e incapacidad (Martín, Grau y Ramírez, 2001). Consta de 20 ítems cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, son positivos en los estados depresivos, mientras que la otra mitad son ítems antagónicos con la depresión. La persona debe seleccionar la alternativa que mejor describe su estado en ese momento y tiene cuatro opciones de respuesta: No en lo absoluto (que vale 1 punto), Un poco (vale 2 puntos), Bastante (vale 3 puntos) y Mucho (vale 4 puntos).

La escala de depresión como rasgo permite identificar a los pacientes que tienen propensión a sufrir estados depresivos y también ofrece información sobre la estabilidad de los síntomas depresivos. Consta de 22 ítems que también adquieren valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta son: Casi nunca (que vale 1 punto), Algunas Veces (vale 2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos).

Tanto la depresión estado como la depresión rasgo se califican en tres niveles: bajo, medio y alto. De valor clínico son las puntuaciones que se catalogan como altas.

La escala estado del IDERE resulta particularmente útil para la evaluación de ancianos y personas con enfermedades crónicas y dolor, pues permite identificar estados de tristeza que no se estructuran en una depresión clínica, pero que provocan graves limitaciones y afectan el bienestar de las personas. En el último epígrafe se presentan ejemplos de casos en que se utilizó para el diagnóstico y tratamiento del dolor y otras problemáticas, conjuntamente con otros instrumentos.

Se ha reportado su uso en diversas investigaciones, entre otras: para evaluar la calidad de vida de pacientes oncológicos terminales (Jiménez et.al, 1996), para estudiar la correspondencia con problemas de burnout en profesionales de la salud (Chacón, Lence, Grau, Martín et al, 1996), para caracterizar las vivencias en las personas sometidas a intervenciones médicas cruentas (Hernández, García y Portero, 1990) y para la selección de pacientes con dolor crónico candidatos a implantes de sistemas (Navarro, Marchena, González, Pallarés y Martín, 1997).

En 1994 se realizó un Curso-Taller auspiciado por el Grupo Nacional de Psicología de la Salud y el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico del Ministerio de Salud Pública (CENAPET), en el que participaron 30 técnicos medios (psicometristas) de la Ciudad de la Habana, para evaluar sus experiencias con el uso de algunos instrumentos autóctonos, entre ellos el IDERE (II Curso-Taller Provincial de Psicometría, 1994). Los participantes coincidieron en señalar que el IDERE resultaba fácil de administrar y calificar, era muy sensible para identificar de forma preliminar estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, así como para evaluar los efectos de los tratamientos médicos y psicológicos. En 2001 tuvo lugar una nueva versión de este Curso-Taller, con participación de psicólogos y técnicos de varias provincias del país y los participantes reiteraron su experiencia acerca del valor del IDERE, destacando su utilidad para el trabajo con enfermos crónicos.

Desde la perspectiva de la Modificación de Conducta, el acercamiento general a la evaluación psicológica del dolor sería el mismo que en cualquier otro tipo de problema (Penzo, 1989). Se incluirían en el estudio tanto las conductas verbales (movimientos, gestos, expresiones faciales, etc.) como las no verbales. Por ello, la evaluación comportamental debe brindar información sobre los siguientes contenidos:

- 1- Comportamientos verbales referidos a la localización espacio-temporal, intensidad y cualidades del dolor.
- 2- Comportamientos verbales y no verbales indicativos de dolor.
- 3- Indicadores de incapacidad, invalidez e interferencia en el nivel de actividad habitual.
- 4- Factores reforzadores o aversivos procedentes del contexto habitual de la persona (hospital, familia, etc.).

En las últimas décadas ha predominado el enfoque cognitivo-comportamental y la tendencia a crear instrumentos, específicamente escalas auto-descriptivas que pretenden evaluar aspectos como las creencias, el afrontamiento, el control, etc. Esta tendencia parece estar determinada por la carencia de métodos de fácil aplicación en la práctica clínica (Martín, 1996a).

Un problema estaría dado por la carencia de instrumentos de evaluación razonablemente válidos. No hay consenso entre los autores acerca de cuáles estrategias deben ser evaluadas y los estudios de validación muestran serias debilidades psicométricas como la creación de normas a partir de muestras no representativas, escaso estudio de la validez empírica y predictiva (Aliaga y Capafons, 1996). Otro importante cuestionamiento que debe hacerse es que los criterios para evaluar la eficacia del afrontamiento (funcionamiento bioquímico y psicofisiológicos, retorno al nivel de actividad habitual, malestar psicológico) están multidimensionalmente determinados. Se ha encontrado en estudios metaanalíticos que el afrontamiento explica el bienestar en no más de un 5% de la varianza (De Ridder y Schereurs, 1996).

Por otra parte, esta situación, no es nueva ni privativa de la Psicología aplicada al estudio y tratamiento del dolor. Uno de los principales problemas que afectan el ejercicio profesional en el ámbito de la atención al dolor en Iberoamérica es que el quehacer profesional se ha caracterizado casi sin excepción por la importación de técnicas y procedimientos de evaluación e intervención que si bien han demostrado su validez para otros contextos, pueden ser de dudoso resultado si no son incorporados desde una perspectiva crítica que tenga en cuenta las diferencias culturales, físicas y sociales.

En un estudio transcultural que incluyó a Cuba, Chile, México y Perú encontramos diferencias significativas entre los países. Los cubanos tenían la mayor cantidad de diferencias con respecto a los demás países (en 10 estrategias con los chilenos, en 11 con los peruanos y en 6 con los mexicanos), mientras que peruanos, chilenos y mexicanos se diferenciaron en cinco o seis estrategias. Los mexicanos reportaron con más frecuencia que los pacientes del resto de los países las estrategias: tomar medicamentos y descansar. Los cubanos reportaron con mayor frecuencia que el resto de los latinoamericanos la estrategia de darse masajes. Los peruanos reportaron como poco frecuentes, en comparación con las personas de los demás países, las estrategias de aguantar el dolor, rezar, distraerse, dominar el dolor y ver TV. No se encontraron diferencias en las estrategias: descansar, pedir ayuda, disminuir luces y ruidos, evitar comidas, quejarse, llorar, tomar alcohol, enfadarse, pasear, aislarse, ocultarlo a otros (Martín, Lechuga, Meda, y Rivas, 2005). En este estudio se utilizó la escala de afrontamiento del Cuestionario GEMAT-04. El análisis factorial exploratorio en los 4 países evidenció que había 4 factores: un factor de

estrategias relacionadas con comunicar a los demás sobre el dolor, el segundo factor de estrategias de control del entorno externo, el factor 3 con estrategias de auto-control y el factor 4 que son estrategias de aislarse de los demás. Aunque se trata de resultados preliminares, este trabajo alerta sobre la importancia de tener en cuenta las variaciones culturales en la selección e interpretación de cualquier instrumento dirigido a evaluar afrontamiento al dolor (Martín et al. 2005).

En nuestros países podemos encontrar amplios sectores sociales que sostienen concepciones mágicas en relación con el origen del dolor y de las enfermedades (por ejemplo, el "mal de ojo" que atribuye la enfermedad a las propiedades dañinas de la mirada de ciertos individuos) conjuntamente con prácticas de salud determinadas por las concepciones biologicistas propias de la ideología médica predominante en los sistemas de salud. De hecho, coexisten varios sistemas para el cuidado de la salud: la medicina facultativa, que proviene del saber académico, la mágico-religiosa y el curanderismo, que se distingue por las explicaciones que dan a la etiología de la enfermedad. No es posible descuidar estas realidades basadas en modelos demonológicos y mágicos si pretendemos una evaluación psicológica eficaz, que oriente adecuadamente la intervención y logre un impacto en los sistemas de salud que prestigie el quehacer profesional del psicólogo (Capafons y Milán, 2003).

Como hemos planteado anteriormente, la opción ideal es la de integrar la evaluación psicológica al proceso habitual del diagnóstico clínico. Esta opción es consecuente desde el punto de vista teórico con las nociones más actuales acerca de la determinación multicausal del dolor, pues permite ahorrar recursos ya que garantiza un diagnóstico más integral y favorece el desarrollo de la investigación multidisciplinaria. Sin embargo, la implementación de esta concepción en la práctica no siempre resulta fácil, ya que tropieza con escollos derivados de viejos hábitos de trabajo, de carencia de personal cualificado, etc. En la mayoría de las ocasiones, sólo son derivados hacia las consultas de Psicología, aquellos casos en los que el médico observa una alteración evidente del comportamiento, o los que presentan dificultades en la relación médico-paciente (Martín, 1996a)

Por ello actualmente, se plantea la necesidad de utilizar instrumentos que permitan discriminar a las personas con dolor crónico que requieran de la atención psicológica especializada para lograr una mejoría sustancial de sus problemas de dolor, de aquellos que requieren simplemente apoyo o incluso una simple

aclaración sobre los procedimientos terapéuticos que pueden ser utilizados en su caso. Aunque los factores psicológicos siempre están presentes en el dolor, su influencia en el curso clínico del mismo no es siempre patógena (Grau y Martín, 1993).

A inicios de la década de los 90, un grupo de psicólogos de diferentes instituciones de salud de la Ciudad de la Habana comenzamos a trabajar en el desarrollo y la aplicación de la Psicología al campo de dolor, a partir de la asimilación de la vasta experiencia internacional en esta temática. Se necesitaba contar con una herramienta que permitiera ordenar y abreviar el proceso de evaluación psicológica de los enfermos con dolor crónico, dada la urgencia relativa que requiere la atención a estos pacientes. El GEMAT⁶ es un instrumento para la evaluación psicológica que pretende de alguna manera, dar respuesta a estas necesidades, tratando de alcanzar dos objetivos fundamentales:

1. Identificar los factores clínico-psicológicos que intervienen de forma negativa en el dolor crónico de un paciente en un momento determinado, así como sus "áreas conservadas" y potencialidades de afrontamiento
2. Obtener criterios para la decisión de cuáles pacientes necesitarán de una atención psicológica especializada.

Consta de 13 conjuntos de ítems que permiten la calificación de 11 criterios, los cuales conforman un perfil de cuya configuración se deriva la determinación de la necesidad de atención psicológica especializada y la identificación de los factores psicológicos que potencialmente intervienen de manera negativa en el curso y pronóstico del dolor. De estos criterios, algunos están directamente relacionados con características clínicas del dolor, y se escogieron porque pueden influir en la determinación de la necesidad de atención psicológica especializada. Otros criterios son de carácter clínico-psicológico (como la relación del dolor con estados emocionales negativos) y otros son criterios de contenido psicológico como las características del afrontamiento.

⁶ N. del A: La palabra GEMAT es el resultado de la unión arbitraria de las iniciales de las primeras personas que trabajaron en la elaboración del instrumento: Marta Martín, Jorge Grau, Elvira Tabío, Alexis Lorenzo y María T. Hernández.

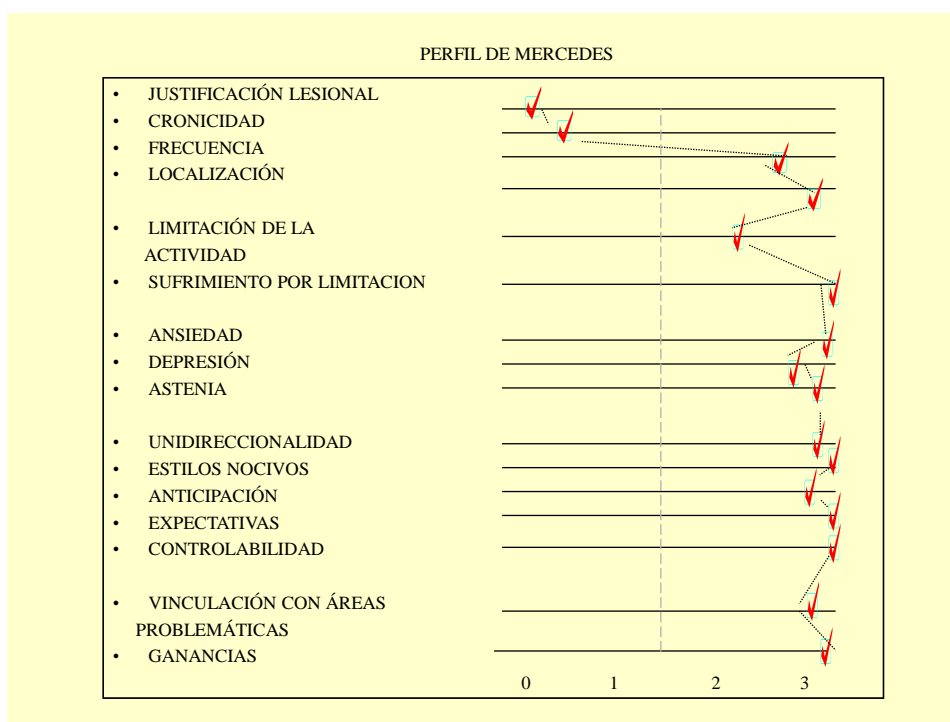
La primera versión fue elaborada en 1992 y actualmente se cuenta con una metodología computarizada, para facilitar la aplicación y calificación y promover el desarrollo de la asistencia psicológica, la investigación multidisciplinaria y la formación postgraduada de los profesionales en el área de Psicología del Dolor (GEMAT 04). Esta versión permite acceder a la calificación del cuestionario mediante dos modalidades: el perfil y una interpretación del mismo. Las puntuaciones por encima de la mediana (1.5) suelen indicar probabilidad de que se necesite una intervención psicológica especializada. En la figura 3 se muestra un perfil de una paciente, que puede interpretarse como el de una persona que tiene un problema de dolor justificado médicamente, que está en la fase de riesgo de cronificación (entre 3 y 6 meses), de una alta frecuencia (casi todo el tiempo está presente), que provoca un grado moderado de limitación de la actividad que le genera mucho sufrimiento al paciente, quien presenta síntomas de tipo depresivo, ansioso y asténico desde antes de la aparición del cuadro doloroso. Esta persona utiliza estrategias nocivas como el catastrofismo como principal estilo de afrontamiento, tiene una baja controlabilidad del dolor, indefensión y expectativas pesimistas sobre su curación y al parecer está obteniendo reforzamiento de sus quejas. En el epígrafe final se describe el abordaje terapéutico de esta paciente.

Debe tenerse en cuenta que tanto el perfil como su interpretación son solamente guías acerca de los principales problemas psicológicos que podría tener el paciente y que, aunque de alguna manera sustituyera una evaluación psicológica realizada por un profesional, su grado de fiabilidad, validez y profundidad, siempre será menor que ésta. Como todos los procedimientos de clasificación que se utilizan en la Medicina, el GEMAT 04 puede dar “falsos positivos” y “falsos negativos”. Estudios de validación realizados con la versión 02 mostraron que estos fallos podrían ser de alrededor de un 15% (Martín, 1996b). Sin embargo, en el 85% de los casos, el GEMAT 04 coincide los resultados de una evaluación psicológica convencional realizada mediante entrevistas y pruebas psicológicas. Esto habla a favor de su potencia y eficiencia como instrumento de búsqueda, y lo convierte en una herramienta prometedora para el perfeccionamiento de la atención multidisciplinaria (Martín, 2001,2003)

El GEMAT se ha utilizado en diversos países (Cuba, España, Chile, México, Perú), en variados tipos de dolor (cáncer, reuma, dolor vascular, neuropático) y en diferentes contextos clínicos (cuidados paliativos, clínicas del dolor, atención

primaria, cirugía, etc.) (García et al., 1994; García, Martín, Cesar y Bosh, 1998; Lechuga, 1998; Martín, 1995, 1996 a,b; Martín y Grau, 1996; Pallarés y Martín, 1996, Martín et al. 2005; entre otros).

Figura 3: Ejemplo de un perfil obtenido mediante el GEMAT



En la literatura el interesado podrá encontrar como ya comentamos, decenas de pruebas para la evaluación psicológica del dolor, que pueden usarse con las consabidas precauciones sobre su validez y fiabilidad. Aunque no es imprescindible utilizar pruebas para la evaluación psicológica de los pacientes con dolor ni para tomar la decisión acerca de las estrategias de intervención (incluyendo la hipnosis), pueden resultar útiles al ofrecer información sobre las características o situación del enfermo en comparación con un grupo de referencia, así como para abreviar el proceso de evaluación psicológica o para ayudar a la organización de los servicios. En mi práctica asistencial, las escalas autodescriptivas y pruebas computarizadas como el GEMAT me han ayudado a ahorrar tiempo y esfuerzo, así como a tener

indicadores de eficacia de la intervención que se pueden compartir con el paciente y/o con el equipo médico.

Para la implementación de tratamientos con técnicas hipnóticas me ha sido particularmente útil el MPQ porque ayuda a conocer la dimensión sensorial y afectiva del dolor, así como el IDERE y el GEMAT que me han auxiliado a la hora de determinar los objetivos y prioridades del tratamiento.

4.3. Objetivos y principios de las intervenciones psicológicas en la atención al dolor

Los objetivos y estrategias de intervención son diferentes en el caso del dolor agudo y del dolor crónico. En el caso del dolor agudo, que es una señal de daño en el organismo, la tarea diagnóstica más importante es la identificación de las fuentes y naturaleza de ese daño, debiéndose subordinar el alivio del dolor a eso. Por esta razón, aunque pueden utilizarse algunas técnicas psicológicas para propiciar el alivio, y de hecho, ésta es una de las áreas en las que más y con más éxito se utilizan la hipnosis y otras técnicas afines, es el dolor crónico el área fundamental de intervención multidisciplinaria.

La intervención psicológica en el dolor crónico deberá dirigirse a la prevención, al tratamiento y la rehabilitación. La prevención en el dolor crónico tendrá como objetivo evitar la cronificación del dolor agudo, y en los casos en que la cronificación no se ha podido evitar, implementar la intervención necesaria para aliviar sus efectos negativos y las limitaciones que éste produce (prevención secundaria). Es en la atención primaria donde existen mayores posibilidades de asumir con éxito ésta responsabilidad ya que en este nivel se atiende la mayor parte de la población que comienza a sufrir dolor y porque aquí se puede lograr una estrecha vinculación con la comunidad, en particular, con la familia y las instituciones del área.

Existen muchos dolores crónicos que se podrían evitar si se hiciera una intervención psicológica estructurada, planificada, dirigida a los “factores de riesgo”⁷ que hacen que el dolor tienda a la cronicidad. A partir de la información que se posee

⁷ Utilizo aquí la denominación factores de riesgo en sentido metafórico.

actualmente acerca del papel de los factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales en el debut y desarrollo del dolor, es posible considerar que existen varias fuentes para la cronificación del dolor (Martín, Grau, Bosch, Delgado, Infante, y Tabio, 1993), entre las que se encuentran: las procedentes de la enfermedad, daño o intervención médica, las relacionadas con el ciclo vital del desarrollo, las derivadas de las características individuales, personales, como los estilos de afrontamiento, determinados estados emocionales, actitudes, creencias y valores, las derivadas del medio familiar, las provenientes de las creencias y valores prevalentes en una cultura acerca del dolor y su tratamiento; y las relacionadas con factores económicos, geográficos, culturales y psicológicos que afectan el uso de los servicios de salud.

En el plano asistencial, podemos y debemos planificar acciones para la identificación del riesgo individual de un paciente (Martín et al. 1993). Estas acciones de protección específicas deberán tener en cuenta los siguientes requerimientos:

En primer lugar, deben considerarse las características del dolor en ese momento. El dolor debe ser evaluado en grado, intensidad, duración y frecuencia. Se debe clasificar en agudo, crónico, o con tendencia a la cronicidad, precisar la justificación lesional, localización del dolor y pronóstico médico. Para la evaluación del dolor se requiere hacer registros del mismo, y apoyarse en los criterios de diferentes especialistas.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta la evaluación integral del paciente. Es necesario conocer algunas características de la personalidad del individuo, su capacidad intelectual, las manifestaciones conductuales de dolor, sus motivaciones, actitudes y creencias. El papel que juegan algunos rasgos de la personalidad y las capacidades intelectuales del individuo es fácilmente presumible, pero las motivaciones, las creencias, las actitudes, pueden no ser tan evidentes y, sin embargo, determinar la dirección del proceso. Así, en algunas investigaciones, se ha encontrado que los individuos con dolor de espalda expuestos a un proceso de litigación relacionado con el dolor, tienden a la cronicidad, a pesar de los tratamientos realizados (Hadjistavrapoulus, 1999). Existe también la creencia de que el reposo alivia siempre los dolores o evita su cronificación, pero se han obtenido evidencias de que no es beneficioso en todos los casos, aconsejándose una incorporación gradual a las actividades, independientemente del grado de dolor (Philips, Grant y Berkowitz, 1991).

En tercer lugar, deben evaluarse los factores socio ambientales que pueden incidir en el proceso de cronificación, identificar los posibles reforzadores, y actuar sobre ellos para modificarlos (Martín et al. 1993).

La prevención de la cronificación del dolor necesita de una intervención múltiple, en la que deben participar, de una u otra manera, todos los especialistas que tratan el dolor. La correcta orientación psicológica debe estar presente desde el primer intercambio con el paciente. El especialista debe ser cuidadoso para no intervenir como agente reforzador de las conductas de dolor, y debe ser capaz de identificar los casos que necesitan una intervención psicológica especializada para evitar la cronificación del dolor o aliviar las consecuencias de la misma.

Los procedimientos a utilizar para la prevención no tienen que identificarse, necesariamente, con las técnicas empleadas para el tratamiento del dolor crónico. Existen diferentes procedimientos para modificar conductas, actitudes, creencias, cogniciones sobre el dolor, como el consejo (*counseling*) que se han reportado como beneficiosos (Philips y Grant, 1991). Deberán explorarse las potencialidades de procedimientos grupales como las dinámicas de grupo con técnicas participativas, y la orientación psicológica dirigida a la familia. También podrían resultar útiles programas de modificación de conducta focalizados a la extinción de los factores que actúan como reforzadores de las conductas negativas, y al incremento de las conductas positivas, tanto del paciente como de sus allegados.

El objetivo general del tratamiento del dolor crónico es aliviar o disminuir las molestias físicas y psíquicas ocasionadas por el dolor, y dar a la persona la posibilidad de una mejor interrelación con su medio en las condiciones existentes, facilitando la rehabilitación integral. En principio, el tratamiento psicológico del dolor tiene estos mismos objetivos. Deberá considerarse como un recurso terapéutico de elección que se implementará conjuntamente con otros procedimientos (medicamentos, fisioterapia, etc.), ya sea como un tratamiento coadyuvante o como el tratamiento central. Estos objetivos estarán en íntima relación con los contenidos de la evaluación y ambos dependen, no sólo de las necesidades y metas generales del tratamiento del dolor, sino también de las posiciones teóricas de los investigadores con respecto a los factores psicológicos determinantes en la severidad y pronóstico del dolor.

En el caso especial del dolor en enfermos de cáncer, los objetivos fundamentales de la intervención psicológica deberán dirigirse además a (Grau, 2003):

- 1) Disminuir el temor, definiéndolo, abordándolo, ajustando valoraciones y expectativas, propiciando participación activa y actitud positiva del enfermo en su programa terapéutico.
- 2) Mejorar la comunicación, tratando de entender al paciente, y transmitiendo no sólo mensajes profesionales, sino “empatía” personal.
- 3) Lograr una respuesta antagónica a la activación asociada al malestar, que disminuya la intensidad del dolor.
- 4) Fomentar la búsqueda por el paciente de los afrontamientos más eficaces, no sólo para su dolor, sino para hacer frente a su enfermedad.

En una revisión sobre procedimientos psicológicos utilizados en el tratamiento del dolor crónico (Linton, 1982) se establece que los criterios más usados para evaluar la eficacia de los tratamientos han sido: la disminución de la intensidad del dolor, la disminución del consumo de fármacos y el aumento del nivel de actividad. En trabajos más recientes (Grau, 2003; Pérez-San-Gregorio y Rodríguez-Franco, 2000), además de los criterios antes mencionados, se utilizaron otros como la disminución de los niveles de ansiedad y depresión, la mejoría de los estilos de afrontamiento, el aumento de la calidad de vida y el bienestar subjetivo.

Otros propósitos de la intervención psicológica serían la mejoría de la relación paciente-familiar - equipo de salud y la prevención y tratamiento del estrés laboral en el equipo de salud, de particular relevancia en la atención a pacientes con cáncer en fase terminal (Grau, 2003).

El tratamiento del dolor crónico debe considerar determinados principios, válidos para cualquier otra intervención psicológica. Según Penzo (1989), estos principios son:

- a) La colaboración del paciente: el paciente debe aceptar el tratamiento, colaborar con el mismo y conocer, de forma general, los pasos necesarios del proceso terapéutico.
- b) Concebir el tratamiento como un programa: el tratamiento debe ser programado de forma tal que las expectativas del paciente sean las más adecuadas posibles. El paciente debe comprender que la meta final del tratamiento no siempre equivale a la curación.

- c) En el programa de tratamiento hay que definir adecuadamente el nivel basal, que servirá de referencia para comparar los resultados obtenidos, elaborar metas y objetivos parciales, y utilizar métodos que expresen de forma evidente los logros alcanzados, revelar áreas conservadas y aprovecharlas en el tratamiento.
- d) El tratamiento como rehabilitación: en palabras de la propia Penzo (1989). *"...Todo tratamiento de un cuadro crónico tiene como objetivo y componente principal la normalización de los patrones de vida del paciente, lo cual es tanto como decir que se va a contrarrestar la invalidez en un sentido más amplio. Cuando se plantea en estos términos, ya no se habla de tratamiento, sino de rehabilitación..."*. (p. 166).
- e) Al concebirse el tratamiento del dolor como un proceso de rehabilitación se pretenderá, entonces, planificar y ejecutar una intervención dirigida a un reaprendizaje de las habilidades y recursos perdidos (o que nunca se han tenido) que resulten necesarios para una vida satisfactoria, más que una intervención dirigida a eliminar la causa. Esto implica, también, que la definición de metas y objetivos del tratamiento se basará en las posibilidades reales del paciente, que en la mayoría de los casos, está muy lejos de ser la eliminación completa de los síntomas. Generalmente, las metas del tratamiento tenderán hacia la disminución de la intensidad y frecuencia de las crisis dolorosas, y a la atenuación de los efectos negativos del dolor en la vida del paciente. Ello requiere del desarrollo de las áreas "conservadas" y, muchas veces, del aprendizaje de nuevos hábitos y habilidades, de modificaciones en la esfera de motivos, intereses, actitudes y relaciones del enfermo.
- f) El tratamiento como investigación: todo paciente representa un problema. El diagnóstico permite la constatación de una serie de factores (estado emocional, nivel de incapacidad, estilos de afrontamiento, etc.) acerca de los cuales se elaboran hipótesis explicativas sobre su posible influencia en el dolor y su evolución. En consecuencia, se seleccionan los objetivos, metas y procedimientos del tratamiento. En última instancia, el tratamiento exitoso deberá ser la confirmación de las hipótesis elaboradas. Mientras más riguroso sea el control de variables ajenas que pueden influir en los resultados

del tratamiento mayor será la seguridad acerca de la eficacia de las estrategias terapéuticas utilizadas.

Dado el nivel de los conocimientos actuales sobre el papel de los factores psicológicos en el dolor crónico, la práctica asistencial debe constituirse en fuente de conocimiento científico, al mismo tiempo que es el destino de la aplicación de estos conocimientos.

4.4. Técnicas psicológicas en el tratamiento del dolor.

Aunque no con la asiduidad y organización que debería, prácticamente todas las técnicas psicológicas derivadas de las diferentes posturas teóricas se han usado en la atención a los pacientes con dolor crónico, lo cual es consecuente con que desde todas las escuelas psicológicas se ha tratado de aportar explicaciones sobre su naturaleza; sin embargo, en el caso del dolor agudo, predomina el uso de la hipnosis y la relajación fundamentalmente ejecutadas por médicos, odontólogos y enfermeros, que son los especialistas que atienden este tipo de cuadros.

Volviendo al dolor crónico, Turk, Swanson y Tunks (2008) se refieren a las aproximaciones basadas en el *insight* como aquellas que parten del supuesto de que el dolor es resultante de la somatización de un estrés emocional, y que se basan en la frecuencia de informes de problemas de abusos físicos y sexuales entre los pacientes con dolor crónico. Aquí estarían incluidas las diferentes terapias psicodinámicas, sobre las que plantean que no se han publicado demostraciones de eficacia.

Las técnicas de Modificación de Conducta, en particular las técnicas de condicionamiento operante se centran en la extinción de las conductas de dolor (como la pasividad y el consumo indiscriminado de fármacos), así como en incrementar y mantener comportamientos incompatibles con el dolor (como la distracción) o que favorecen su control como una adecuada adherencia terapéutica. Su eficacia ha sido demostrada en pacientes con diversos tipos de dolor (Turk, Meichembaum y Genest, 1983). El tratamiento con técnicas operantes se basa en el principio de premiar (reforzar) las conductas adecuadas y dotar al paciente de habilidades conductuales específicas para manejar sus conductas de dolor. El tratamiento se focaliza en las conductas observadas y enfatiza el rol de los factores ambientales en la producción y mantenimiento de las conductas positivas y negativas de dolor. Para lograr los

objetivos propuestos, se apoya en principios del condicionamiento, como el reforzamiento positivo, el reforzamiento negativo, la extinción, etc. Es común el uso de técnicas como la economía de fichas y el modelado (Fordyce, 1976, 1982).

El moldeamiento se utiliza cuando se necesita dotar al paciente de conductas que él no posee en su repertorio. Para ello, se realiza un entrenamiento gradual en la conducta deseada, utilizando el refuerzo diferencial en la medida que la persona logra aproximaciones sucesivas cada vez más pertinentes. Suelen utilizarse instigadores y modelos para que el individuo aprenda las conductas deseadas. Por ejemplo, si se desea que un paciente aprenda una determinada modalidad de afrontamiento al dolor, como utilizar imágenes distractoras, es posible utilizar el moldeamiento para favorecer la adquisición de esta destreza (Fordyce, 1976).

Se considera que el modelado suele ser más efectivo cuanto más parecido tenga el modelo con el paciente (Cruzado, 2008), aunque también es posible que el propio terapeuta se preste como modelo, lo que es bastante frecuente cuando se utiliza la hipnosis (Yapko MD, 2008).

La economía de fichas se utiliza generalmente en pacientes hospitalizados. Un programa de economía de fichas requiere de una escrupulosa especificación de las conductas que han de ser reforzadas, de un refuerzo claramente definido, y cuyo valor sea entendido por el paciente, y de la involucración de todo el personal y de los familiares que participan en la atención al paciente. Por esta razón, este procedimiento ha sido relativamente poco usado, a pesar de su eficacia para la disminución de las conductas negativas (Roberts y Reinhardt, 1990).

Fordyce y sus colaboradores (Fordyce, Brocaway, Bergman y Spengler, 1986; Fordyce et al. 1973) diseñaron una serie de programas con técnicas operantes dirigidas a la disminución del consumo de medicamentos, los niveles de dolor, el aumento de la actividad y otros comportamientos constructivos. Las conductas positivas eran incrementadas por el reforzamiento gradual y sistemático, a través de la aprobación social y el control de las posibilidades de reposo, pases, etc. La medicación era disminuida gradualmente, dándole a la persona dosis cada vez menores de un preparado farmacéutico al que llamaban "coctel de dolor", que se administraba en horarios fijos. Se entrenaba a la familia y al equipo médico para que no reforzaran las conductas negativas con manifestaciones de simpatía o liberación de responsabilidades laborales u hogareñas. En estos estudios se encontró que un

alto porcentaje de pacientes -entre el 50 y 70 %- lograban una mejoría de sus síntomas. Los mejores resultados se obtuvieron en el aumento del nivel de actividad, la incorporación laboral y la disminución del consumo de medicamentos. El seguimiento de los casos a largo plazo reveló una estabilización de los logros obtenidos en el tratamiento. Sin embargo, este tipo de terapia tiene como limitación el que se produce un alto porcentaje de abandonos (Fordyce, 1982).

Otra técnica muy utilizada en el tratamiento del dolor crónico es la retroalimentación biológica (RAB) que requiere el uso de instrumentos (casi siempre electrónicos) para medir, procesar e influir en la actividad inmediata de procesos corporales que habitualmente son imperceptibles, de forma tal que pueda desarrollar un control benéfico sobre dichos procesos corporales. Según Labrador y Vallejo (1993) *“se considera como técnica de bio-retroalimentación a cualquier técnica que utilice instrumentación para proveer información inmediata, precisa y directa a una persona sobre la actividad de sus funciones fisiológicas, facilitando la percepción de éstas y el someterlas a control voluntario.”* (p. 89).

Originalmente, la RAB partió de la aplicación de los principios del condicionamiento operante, que en esencia plantean que una conducta se mantiene en función de sus consecuencias. Así, el aprendizaje depende, al menos en parte, del conocimiento de los efectos o resultados de una conducta. De esta manera, es más fácil aprender conductas de las que se dispone una abundante retroalimentación (*feedback*) que conductas de las que se dispone poca retroalimentación. Las técnicas de bio-retroalimentación se valen de equipos más o menos sofisticados para convertir en señales perceptibles y claramente identificables (como sonidos, luces, etc.) indicadores fisiológicos como el nivel de tensión arterial, las ondas cerebrales, la actividad de los músculos lisos, etc., que habitualmente no son percibidos conscientemente para que la persona aprenda a identificar cuáles son los pensamientos, imágenes mentales, posturas físicas, situaciones y/o comportamientos que desencadenan estas respuestas fisiológicas. No obstante, muchos terapeutas utilizan equipos de bio-retroalimentación como un apoyo del entrenamiento en relajación, lo que puede resultar conveniente ya que refuerza el componente de sugestión al hacer sentir al paciente (y muchas veces al profesional) que se está utilizando “tecnología de punta”. En este caso, la RAB no determina la ocurrencia de la respuesta de relajación, sino que rastrea o refleja la respuesta fisiológica, utilizando el equipo como monitor.

Las terapias Cognitivo-Comportamentales (TCC), generalmente combinadas con hipnosis y/o relajación, puede que sean actualmente las más utilizadas y las que más investigación han generado. Su eficacia en el tratamiento del dolor crónico ha sido demostrada en numerosos estudios (Turk et al. 2008), así como revisiones y meta-análisis (McCracken y Turk, 2002).

La TCC se basa en un enfoque conceptual derivado del procesamiento de la información en que los procesos mentales superiores como el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, el pensamiento y la comprensión revisten una importancia fundamental. En este sentido los tratamientos están relacionados con la determinación de los procesos según los cuales las personas recolectan, almacenan, modifican, interpretan, comprenden y usan la información generada, tanto internamente, como de los estímulos ambientales externos. Actualmente, la perspectiva cognitivo-comportamental destaca el carácter activo del psiquismo humano y reconoce que así como las cogniciones (pensamientos, evaluaciones, expectativas, creencias) pueden generar o influir en el estado de ánimo, en los procesos fisiológicos, servir de impulso para la acción y tener consecuencias sociales; a su vez, los afectos, los procesos fisiológicos, los factores ambientales y la conducta pueden influir en la naturaleza y contenidos de los procesos cognitivos.

Los componentes claves de la TCC en la atención a los pacientes con dolor crónico son la educación y la adquisición consolidación, generalización y mantenimiento de de habilidades para el auto-control de los síntomas (Turk et al. 2008). Se ha investigado la eficiencia de diversas estrategias de afrontamiento cognitivo utilizando la imaginación (reinterpretación de imágenes, uso de imágenes distractoras) para manejar el dolor (Domínguez, 1991) El procedimiento que se utiliza es adiestrar al paciente en la evocación y concentración mental en imágenes agradables e incompatibles con la experiencia dolorosa, generalmente ayudándose de diferentes modalidades de relajación.

Otro procedimiento frecuentemente usado es la reestructuración cognitiva, derivado de los trabajos de Beck (1976). En este caso, se examinan las creencias desadaptadas que están a la base de algunos síntomas del paciente, y se discuten para tratar de modificarlas y sustituirlas por otras más adecuadas. Por ejemplo, un hombre puede estar deprimido porque lleva seis meses con dolor de espalda y no puede trabajar. En la base de su depresión podría hallarse el supuesto erróneo de que el trabajo es un atributo de masculinidad y que, por ende, está en riesgo de perder la estima de su

esposa. El terapeuta deberá demostrarle al paciente lo falso de esa convicción. Para ello puede utilizar la lógica, el humor, etc.

También se ha usado la inoculación de estés para el adiestramiento en habilidades de afrontamiento al dolor crónico. En este caso tienen como objetivo aumentar el auto-control y desarrollar expectativas de auto-eficacia (Jensen y Karoly, 1991). El tratamiento se focaliza en la identificación de los afrontamientos negativos del paciente y en su sustitución por otros más positivos y eficaces para la disminución del dolor y su influencia en la vida del paciente. Se plantea que son más eficaces los afrontamientos activos, como la práctica de ejercicios físicos, el uso de la auto-relajación, estrategias cognitivas como ignorar el dolor, la distracción, etc. Se considera importante también modificar la atribución que tiene el paciente de su experiencia dolorosa (Jensen, Turner y Romano, 1991).

Puede notarse que muchas de las estrategias cognitivo-comportamentales se asocian al uso de la relajación y, como veremos en capítulos posteriores, también se utilizan desde la perspectiva de la hipnosis. Como indica el dicho popular, se trataría de “los mismos perros con diferentes collares”.

En los últimos años puede observarse un interés creciente en la evaluación de las potencialidades de otros procedimientos terapéuticos como las psicoterapias de orientación existencial y terapias gestálticas. Aunque no hay suficiente evidencia acerca de la utilidad de algunas de estas aproximaciones, se plantea que pueden tener un efecto beneficioso en la actividad general y en el bienestar emocional (Turk et al. 2008).

En Cuba, (Grau et al. 1991) exploramos la utilidad de la combinación de técnicas psicodramáticas y terapia artística mediante el teatro, en el tratamiento grupal de pacientes reumáticos con trastornos ansiosos de nivel neurótico. Aunque el tratamiento iba dirigido a la modificación alteraciones de la esfera motivacional y de la auto-valoración (ampliar la esfera de intereses, mejorar la autoestima, desarrollar habilidades de comunicación y auto-control, etc.), y no incluía técnicas específicas para el alivio del dolor, al finalizar el tratamiento se logró una reducción significativa de los niveles de ansiedad y dolor, así como un incremento de la autonomía y del nivel de actividad.

La eficacia de las intervenciones psicológicas en el contexto de la atención multidisciplinaria de las personas con dolor puede considerarse ya “ciencia

constituida”. Los estudios meta-analíticos tanto con adultos como con niños con diversos problemas de dolor, son consistentes en que las terapias psicológicas ofrecen una modesta mejoría en los parámetros relacionados con el dolor como el uso de mediación analgésica, la incapacidad física y el uso de los servicios de salud (Turk et al. 2008). Los discretos efectos de las terapias psicológicas en el control del dolor son comparables a los descritos en varios estudios meta-analíticos sobre las modalidades tradicionales de tratamiento farmacológico, lo cual no debe sorprendernos dada la complejidad del dolor (Turk, 2001).

CAPÍTULO 5: CUESTIONES GENERALES EN E USO DE LA HIPNOSIS

5.1. Criterios para la selección de la hipnosis en la atención al dolor

Para la intervención psicológica no existen indicaciones que establezcan una correspondencia unívoca entre el tipo de trastorno y el tipo de técnica a utilizar, pues en el caso de las intervenciones psicológicas se cumple más que en ningún otro el axioma de que no existen enfermedades, sino enfermos.

Los criterios que determinan la selección de una u otra técnica son la experiencia del profesional con la técnica en cuestión, las características del paciente (motivación, personalidad, expectativas, etc.), la urgencia y estabilidad de los efectos deseados, las condiciones particulares de aplicación y la naturaleza de los problemas que se abordan.

Un terapeuta será por lo general más eficiente y efectivo, cuando ejecuta una técnica en la que tiene confianza y que domina. Por otra parte, de todos es conocido el llamado efecto "placebo" que explica los beneficios que pueden reportar determinadas sustancias sin valor terapéutico teórico, pero sí real, para el alivio e incluso curación de un sinnúmero de dolencias. Las experiencias con el efecto placebo han demostrado que cuando se diseña una investigación para demostrar la eficacia de un fármaco no sólo es necesario controlar el efecto placebo en los pacientes sujetos del estudio, sino también en los propios investigadores que suministran el medicamento de lo que puede deducirse la importancia que tiene para el éxito de cualquier tratamiento la confianza que tanto el paciente como el terapeuta, depositen en la técnica utilizada. Por estas razones, podemos recomendar que uno de los criterios que deberá tenerse en cuenta a la hora de tomar la decisión de utilizar la hipnosis es la confianza que tenga el profesional de la salud acerca de su eficacia en sentido general, pero también el dominio que él particularmente considera que tiene de la técnica, es decir, su auto-eficacia.

Ya desde la época de los magnetizadores que precedieron a Mesmer, el monje Juan Baptista Kircher (1602-1680), consideraba, que se requerían tres condiciones esenciales en el magnetizador: "Nobleza de Alma", "Voluntad Robusta" e "Imaginación Intensa" (Viera y García, 2007). Durante mucho tiempo se consideró que sólo ciertas personas poseían este *don* natural, lo cual resulta lógico, si se considera el desarrollo histórico del Hipnotismo. Una vez que comenzó la era de la hipnosis, aparecieron las recomendaciones a los profesionales que usan la

hipnosis. Un ejemplo de ello son las denominadas "Reglas y Observaciones" de Duprat (1960), destinadas a aquellos profesionales que decidían incursionar en el campo de la hipnosis, algunas de las cuales eran:

1. Cualquier persona puede hipnotizar a otra y puede hacerlo consigo misma.
2. La práctica es el "secreto" del dominio experimentado de esta técnica.
3. Evite "mecanizar" el procedimiento hipnoterapéutico, sea flexible en escoger el método de inducción, cada beneficiario es diferente y puede resultar más fácil trabajar con el método que mejor se ajuste individualmente al caso.
4. "No prometa nada" con la Hipnosis, hágale saber a la persona que se conocen otras técnicas tan potentes como ésta, y que ésta es sólo una técnica más, "no le genere expectativas innecesarias".
5. "No se precipite", domine cualquier impulso de comenzar hablar cualquier cosa. Tómese su tiempo y adquiera dominio y seguridad en sí mismo.
6. El programa sugestivo debe ser estudiado previamente, las sugerencias deben darse en forma escalonada e imprimirle convicción, nunca autoridad ni prepotencia.
7. Evalúe el nivel de instrucción y educación de la persona, recuerde que Ud. debe emplear el vocabulario que maneje el beneficiario, para que resulten efectivas las sugerencias.
8. Cultive su voz, modúlela, hágala pausada, clara, cadenciosa, dele las inflexiones que requiera el momento, imagine que la palabra transmite su intención misma, dramatice su voz acorde al guión del programa, sin exaltaciones y sin mecanicismo.

En opinión de Martínez y Asís (1989), las cualidades esenciales del hipnotizador deben ser:

- Ser objetivo, tener dominio de los impulsos emocionales, control y confianza en sí mismo sin llegar a una sobrevaloración de sí mismo.
- Tener flexibilidad en cuanto a modificar esquemas de tratamientos, estilos de trabajo, hábitos higiénicos y estéticos, mímica, porte y presencia personal.

- Ser capaz de establecer relaciones empáticas con los beneficiarios de modo que pueda contar con su activa colaboración en el proceso terapéutico, convertirse en fuente de "inspiración de confianza" para el paciente que será hipnotizado.

En esencia, se trata de que exista una franca y diáfana comunicación entre hipnotizador y beneficiario de la hipnosis. Por lo tanto, cuando un hipnotizador se cultiva como buen comunicador, de seguro tendrá éxito en su práctica profesional. Como puede observarse, estas recomendaciones son válidas para cualquier tipo de intervención psicológica.

Aunque la hipnosis no es una técnica peligrosa, su uso por parte de hipnólogos e hipnoterapeutas legos sí puede resultar nocivo para la salud de aquellos que se ponen en sus manos. El peligro radica en que los pseudo profesionales y los terapeutas mal informados transmiten, ya sea de manera intencional o no, creencias erróneas o mitos sobre la hipnosis a los clientes que pueden tener efectos iatrogénicos (Capafons, 1998a; Capafons y Mazzoni, 2005; Frauman, Lynn y Brentar, 1993).

Capafons (1998a) recoge las principales falsas creencias en siete mitos.

1. La hipnosis no pertenece al campo de la ciencia. Quienes la practican suelen ser charlatanes, curanderos u hombres del espectáculo. Las personas que mejoran con ella, son crédulos, ignorantes y "dependientes".
2. La hipnosis puede dejar a la persona "enganchada" en un trance, de forma que, al no poder "salir del estado hipnótico", quedaría mermada en su volición o devendría en un demente.
3. La hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías "latentes" de la persona. Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos pueden empeorar con la hipnosis.
4. La hipnosis provoca un "estado" similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada. Sólo se puede estar en esa situación especial, si se ha recibido un método de inducción hipnótica.

5. La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Ésta deviene en un autómatas en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social.
6. La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y cuasi mágicas en las personas. Lo que se recuerda bajo hipnosis siempre es verdad.
7. La hipnosis es una terapia (hipnoterapia), sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Sólo las personas muy hipnóticamente sugestionables, sin embargo, pueden beneficiarse de ella.

Las principales iatrogenias que pueden producirse por un uso incorrecto de la hipnosis son:

- Ser ineficaces al tratar el problema, pudiendo así agravarlo, aumentando la frustración, la desesperación y el efecto nocebo en el cliente que confió en el terapeuta.
- Aplicar tratamientos con hipnosis que están contraindicados para la persona, como aquellos que incluyen prácticas de hipnosis regresiva, confrontación con imágenes altamente ansiógenas y de asociación libre, todo ello utilizando un estilo coercitivo y presionando al cliente a revivir las experiencias reales o imaginarias traumáticas (Heap, 1996)
- La generación de falsos recuerdos en el cliente al utilizar de manera intencionada o no, preguntas tendenciosas (Capafons y Mazzoni, 2005).

Por esto, la principal contraindicación de la hipnosis es casi de sentido común: No tratar nunca con hipnosis lo que no se está calificado para tratar sin hipnosis, tal y como recomendaba ya en 1993 la *Society of Psychological Hypnosis* (división 30 de la *American Psychological Association*) en lo que, probablemente, haya sido una de las mejores definiciones de hipnosis jamás escrita. Considerando lo anterior, están capacitados para utilizar la hipnosis como una técnica coadyuvante en el control de dolor los psicólogos con formación en dolor y los profesionales sanitarios que atienden a personas con dolor, estos últimos necesitarán a su vez, de formación en psicología para utilizar con éxito las técnicas hipnóticas.

Sin embargo, como ya hemos comentado, el panorama no es muy alentador. Yapko (1994) desarrolló y administró un cuestionario de actitudes hacia la hipnosis a una muestra de 869 psicoterapeutas de todos los Estados Unidos, encontrando que la mayoría de ellos tenían una actitud favorable hacia la hipnosis pero esta actitud estaba basada en creencias erróneas, como por ejemplo creer que mediante la hipnosis se pueden recuperar recuerdos precisos de épocas tempranas de la vida de la persona. Datos similares han encontrado en profesionales latinoamericanos y cubanos (Capafons, Espejo y Cabañas, 2005) en médicos y psicólogos cubanos (Díaz, 2008; López G, 2007) y médicos chinos (Yu, 2004). En Europa al parecer lo que predomina desde hace mucho tiempo es el escepticismo o el desconocimiento acerca de la utilidad de la hipnosis (Roggiani, 2002; Vingoe, 1982), aunque los estudios coinciden en que, cuando los profesionales tienen contacto con la hipnosis o reciben capacitación mejoran sus actitudes y creencias hacia la misma (Martín et al., bajo revisión, 2009; Mendoza, Capafons, Espejo y Montalvo, 2009). Estudios recientes en España con psicólogos colegiados indican que puede haber un cambio de tendencia, y que los profesionales estén cada vez mejor formados y con más interés en la hipnosis clínica (Mendoza, Capafons y Espejo, 2009).

Diversas características del paciente determinarán también la selección de los diferentes procedimientos. Entre estas características están las que se toman en cuenta para la selección de cualquier tipo de técnica de tratamiento psicológico como el nivel cultural general, la motivación hacia el éxito del tratamiento, la existencia de estados emocionales patológicos y ciertas características de personalidad, como la constancia (fuerza de voluntad), aunque también hay aspectos a considerar de manera especial en el caso de la atención a las personas con dolor y particularmente, para tomar la decisión de utilizar la hipnosis.

Pueden establecerse algunas pautas diferenciales en el uso de la hipnosis para dolor agudo y crónico. El dolor crónico generalmente se asocia a contracción muscular generalizada y mantenida en el tiempo (como ocurre en la fibromialgia, dolores osteomiarticulares, etc.) por tanto su tratamiento incluye generalmente algún tipo de entrenamiento en relajación. El dolor crónico parece que modifica la respuesta de las personas a los tratamientos hipnóticos, lo que es consecuente con la observación de que la analgesia placebo es más eficaz también en estos sujetos (Carli, Huber y Santarcangelo, 2008). También suele asociarse frecuentemente a depresión, por las limitaciones que provoca a la vida de la persona, por lo que

puede beneficiarse de las técnicas que se utilizan para la modificación de cogniciones inadecuadas que intervenculan el dolor y la depresión como la desesperanza y las ideas de minusvalía.

El dolor agudo por otra parte, se asocia generalmente con la ansiedad, el miedo y la incertidumbre, por lo que es frecuentemente necesario usar técnicas para el control de la ansiedad como la identificación y corrección de ideas catastrofistas.

Un factor que influye en la selección de cualquier procedimiento psicológico, pero que es especialmente importante en el caso de las personas con dolor crónico, es el papel que la enfermedad o el síntoma está jugando en la situación vital actual de la persona y en sus expectativas sobre su futuro. Cuando el paciente está obteniendo beneficios a los cuales no quiere renunciar es difícil que preste la colaboración activa que se necesita. Por ejemplo, existe evidencia que las personas que están pendientes de los resultados de litigios por accidentes o enfermedad que implican una remuneración económica, no mejoran de los problemas de dolor (Hadjistavrapoulus, 1999). En ocasiones, el fracaso de las técnicas de tratamiento puede servirnos incluso de indicador clínico de que pueden existir estos beneficios o “ganancias secundarias”, que deberán ser abordados mediante otras técnicas como la terapia cognitiva.

La presencia de estados emocionales patológicos de alta intensidad como la ansiedad y la depresión también pueden hacer desaconsejable el uso de técnicas que tengan un fuerte componente introspectivo, ya que en estos casos la focalización de la atención en los sentimientos y pensamientos puede incrementar las vivencias patológicas. Asimismo en los pacientes con altos niveles de dolor agudo asociados a ansiedad y depresión, este tipo de técnicas pueden al inicio, incrementar la intensidad del dolor, ya que focalizan la atención en las sensaciones corporales. En estos casos, resulta más recomendable introducir elementos de distracción como por ejemplo, visualizaciones, la fantasía y la musicoterapia.

En sentido general, determinadas condiciones ambientales como la privacidad, el silencio, una temperatura agradable, un mueble cómodo en el que la persona pueda recostarse y una iluminación tenue, favorecen el desarrollo de cualquier técnica psicológica, especialmente aquellas que utilizan la relajación como uno de sus componentes. Quizás porque en sus orígenes el “mesmerismo” utilizaba accesorios como imanes, baquetas, etc., o también por la influencia de la hipnosis como espectáculo, algunas personas creen que se necesita de una ambientación

determinada, sin embargo, los expertos le han dedicado pocas páginas a este tema ya que la propia práctica e historia de la hipnosis demuestra que lo mismo puede realizarse en un local insonorizado, climatizado, con privacidad, etc., que en una sala de espera de la consulta de Odontología, en un quirófano o en una unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, algunas técnicas requieren de un control bastante estricto de las condiciones ambientales, mientras que otras pueden realizarse prácticamente en cualquier circunstancia. Muchas veces necesitamos realizar el tratamiento en ambientes con ciertos niveles de ruido y poca privacidad como pueden ser una sala de hospitalización, los salones de espera de una consulta médica o estomatológica, etc. En este tipo de locales, pueden resultar muy eficaces las técnicas que se basan en el control de la respiración, y también procedimientos hipnóticos como las técnicas de hipnosis despierta, cuando el terapeuta está bien adiestrado y el paciente tiene una alta disposición a cooperar.

Más importante es tener en cuenta las condiciones físicas de la persona, pues por ejemplo, una persona muy cansada probablemente se duerma cuando se le dan instrucciones de relajación, y también ciertas drogas o medicamentos que se usan para el control del dolor pueden tener efectos en la capacidad de concentración, dificultando el uso de las técnicas que requieren de la misma.

Otro aspecto a tener en cuenta son los problemas éticos y legales que pueden surgir, sobre todo por los mitos y prejuicios prevalentes sobre la hipnosis. Se recomienda contar siempre con el consentimiento informado del paciente al igual que para cualquier otro tipo de tratamiento médico o psicológico.

Para prevenir posibles efectos negativos de la Hipnosis deben tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones (Yapko, 2008):

1. Como ya habíamos planteado, nunca tratar con hipnosis lo que no se está calificado para tratar sin hipnosis.
2. Evaluación cuidadosa pre y post hipnosis.
3. Si a pesar de intentar corregir creencias erróneas sobre la hipnosis, estas persisten, es mejor no usar hipnosis.
4. Promover expectativas realistas de mejoría y de eficacia de la hipnosis.
5. Obtener el consentimiento informado del paciente.
6. Crear un bien rapport.
7. Ser permisivo y estimular el compromiso y creatividad del paciente.

8. Evitar sugerencias directas sin base en las habilidades del paciente.
9. Al finalizar, asegurarse de que el paciente está adecuadamente despierto y confortable.

En Capafons y Mazzoni (2005) se recogen otras muchas recomendaciones para evitar los efectos iatrogénicos de la hipnosis, no sólo en la práctica clínica, por lo que es recomendable su lectura cuidadosa para prevenir posibles problemas al usar la hipnosis en distintos ámbitos.

5.2. Técnicas para optimizar la comunicación terapéutica

La condición básica, suficiente e indispensable para utilizar la hipnosis es la de conseguir una adecuada comunicación con el cliente. Este epígrafe está dirigido fundamentalmente a los médicos, enfermeros, fisioterapeutas, y en general, a aquellos profesionales de la salud que pueden y deben auxiliarse de la hipnosis para aliviar el dolor de sus pacientes, y que no tienen una formación especializada en comunicación terapéutica como la que reciben los psiquiatras, psicólogos y otros profesionales sanitarios de la salud mental.

La importancia de la relación con el paciente no tiene que ser argumentada, por cuanto todos conocemos el papel determinante que tiene para el cumplimiento de los tratamientos médicos y la satisfacción de los pacientes. En el caso de la Relación Específica entre el Médico y el Paciente (RMP) la investigación actual viene centrándose en la caracterización de su dinámica interna y de los factores que influyen en la misma, usando en muchos casos la metodología de la investigación cualitativa (Borroto y Aneiro, 2001).

En general, los resultados apuntan hacia que médicos y pacientes utilizan diversos patrones para conceptualizar los problemas de salud, y los mejores resultados en términos de RMP y de satisfacción para ambas partes ocurren cuando coinciden las formas de conceptualizar el problema (Borroto y Reinoso, 1991). Algunos estudios muestran que cuando el médico y el paciente utilizan un estilo de comunicación centrado en los aspectos físicos de la enfermedad, el trabajo se centra en la solución de estos problemas. Pero, cuando ambos utilizan un estilo de comunicación más amplio, en que se tiene en cuenta los factores psicológicos y físicos del problema, el paciente se siente muy satisfecho, sintiendo que ha sido

reconocido como un ser humano en su individualidad. Sin embargo, cuando difieren los estilos de comunicación, sobre todo si médico se ignora o bloquea el estilo de comunicación del paciente que intenta integrar los factores psicológicos y físicos (por ejemplo, cuando el médico sólo presta atención a las quejas físicas), se produce insatisfacción por ambas partes (Barry et al. 2001).

Si bien es cierto que prestar atención a los factores psicosociales alarga el tiempo de la consulta, un estudio que investigó esta variable en seis países europeos en una muestra de más de 3000 pacientes y 190 médicos mediante la filmación de las consultas, encontró que cuando eran los médicos quienes identificaban los factores psicosociales, la consulta se alargaba como promedio 50 segundos, mientras que cuando eran los pacientes quienes los planteaban, se alargaba como promedio 30 segundos. Otros factores como el sexo femenino, la vejez, la locación urbana de las consultas y el que el paciente viniera con un problema nuevo, determinaron incrementos mayores del tiempo (Deveugele et al. 2002).

Por otra parte, múltiples estudios muestran que los pacientes se quejan generalmente de que el médico les dedica poco tiempo y, sobre todo, que este tiempo no lo aprovecha bien (Howie, Porter y Forbes, 1989; Wilson, 1991). Por lo tanto, el prestar atención a los problemas psicológicos de los pacientes, el saber encontrar un adecuado estilo de comunicación, no sólo es importante para la buena calidad de la atención médica, sino también para la satisfacción de los propios profesionales de la salud, y, al parecer, no se trata de que se dedique demasiado tiempo a esto, si no que se sepa aprovechar bien el tiempo de que se dispone.

Algunas de las técnicas basadas en la programación neurolingüística (PNL) podría aportar herramientas para lograr encontrar un estilo de comunicación eficiente y eficaz. La PNL fue propuesta por Bandler y Grinder, quienes querían indagar por qué los tratamientos de varios terapeutas de gran éxito en Estados Unidos (Virginia Satir, Milton Erickson y Fritz Perls) alcanzaban mayor eficacia que los de sus colegas. Después de supuestas largas investigaciones apoyadas supuestamente en la observación sistemática (Heap, 2008), llegaron a la conclusión de que el procedimiento que empleaban estas personas, con excelentes resultados, era la utilización de un patrón de comunicación muy particular. Basándose en los datos supuestamente obtenidos (Heap, 2008), Bandler y Grinder (1980) elaboraron el sistema que hoy día es utilizado como sistema genérico de aprendizaje o como terapia. Se denomina

Programación Neurolingüística ya que para los autores, el funcionamiento del cerebro humano se asemeja en cierto modo al de una computadora. *Programación* se refiere a la aptitud para producir y aplicar programas de comportamiento. *Neuro* se refiere a las percepciones sensoriales que determinan el estado emocional subjetivo. *Lingüístico* se refiere a los medios de comunicación humana, tanto verbal como no verbal.

La PNL ha ido ganando una creciente popularidad entre los legos, aunque no en los ámbitos de la ciencia y la Psicología Clínica; se utiliza no sólo en psicoterapias, sino también en otros campos como la educación, los negocios, etc. Ha logrado fanáticos adeptos, pero también se ha granjeado grandes detractores. Quienes la defienden se basan, generalmente, en el reporte de evidencias derivadas del estudio de caso, mientras que los que la critican, justamente se basan en la carencia de un apoyo basado en la evidencia empírica, y de bases experimentales de sus supuestos (Heap, 2008), ya que no hay evidencias de que la psicoterapia con PNL sea más efectiva que otras, a pesar de lo que afirman sus practicantes. Además la PNL se caracteriza por combinar el uso de terminología que “suena” científica (generalmente vocablos afines a la informática) con un estilo coloquial, desenfadado, uso abundante de metáforas, etc., todo lo cual puede hacerla sumamente atractiva para mucha gente.

Para los partidarios de este enfoque, se puede comprender cómo se da el proceso de cambio a través de la metáfora del ordenador: se puede imaginar a la persona introduciendo datos en la computadora (cerebro) quien procesa, almacena y actualiza cuando las circunstancias lo requieren. Los datos son las experiencias sensoriales: lo que se oye, siente, palpa, saborea y ve) (O'Connor, y Seymour, 1992). La PNL enfatiza el hecho de que cada persona procesa, almacena y recupera la información de una manera específica e individual. Conocer esta manera permite dos cosas: por una parte, identificar los patrones que pueden estar generando estados emocionales negativos, conductas inapropiadas, etc., y, por otra, lograr una mayor eficiencia en el proceso de comunicación interpersonal. En este sentido, retoma un aspecto clave planteado por Erickson: la importancia de establecer el proceso de comunicación desde la perspectiva del paciente, para lo cual el terapeuta (o el vendedor, el profesor, el médico, en fin, la persona que quiere establecer un proceso de comunicación eficiente) debe calzar su lenguaje verbal y no verbal con el otro (paciente, cliente, alumno, etc.), comunicándose

desde el mundo de creencias, opiniones e interés de aquel, lo que permite crear un clima de confianza y credibilidad

El término metáfora se usa en PNL, en la Psicoterapia Ericksoniana y, en general en Psicología Clínica y de la Salud, de forma amplia para referirse a cualquier historia o recurso del lenguaje que implique una comparación. Incluye comparaciones sencillas o símiles, alegorías, historias y parábolas. Las metáforas comunican de forma indirecta conceptos difíciles de explicar, favoreciendo el insight sobre temas complejos (Capafons, Alarcón, y Hemmings, 1999). Además una buena metáfora permitirá establecer nuevas relaciones y reestructurar experiencias.

Las metáforas simples son muy comunes en el habla cotidiana y también se usan mucho en los procedimientos de inducción hipnótica y relajación: “brazo pesado como el plomo”, “ojos pesados, como si estuvieran pegados”, etc.

Las metáforas complejas son historias con muchos niveles de significado, lo que estimula la creatividad del paciente y facilita el reconocimiento de vínculos de los cuales antes la persona no se había percatado, sugiere nuevas soluciones a los problemas viejos, además de que resultan entretenidas e instructivas, por ejemplo: “... *Será como un viaje de un estado presente que queremos modificar a un estado futuro que se desea*”. Lo ideal es que el terapeuta elabore las metáforas durante el proceso de comunicación, para satisfacer las necesidades particulares de la persona en ese momento determinado, pero esto requiere de talentos y habilidades que no todos tenemos. Sin embargo, resulta igualmente válido, tener a mano una buena “colección de historias” que pueden utilizarse cuando se necesitan. La fuente de estas metáforas pueden ser chistes, cuentos populares, películas, novelas, etc. Actualmente existe una buena cantidad de literatura que se genera justamente con fines de “crecimiento espiritual”, “autodesarrollo”, etc., muchos de estos materiales son auténticos best sellers, como las novelas de Paulo Coello, y pueden resultar muy útiles como metáforas en el contexto terapéutico. Incluso en las llamadas Terapias de Conducta de Tercera Generación se apela al uso profuso de las metáforas (Luciano y Validivia, 2006).

Para inducir un cambio de estado en una persona, la simple exhortación casi siempre es improcedente y no en pocas ocasiones, es percibida como falta de comprensión o superficialidad. Más útil es entrar en “sintonía” con el estado que

tiene la persona y poco a poco, irlo guiando hacia el estado deseado, mediante el proceso conocido como “acompañar y guiar”. Para ello, se debe acoplar la postura, el tono de la voz, el ritmo respiratorio, la expresión facial, el tipo de lenguaje, etc. al que está mostrando la persona en ese momento (acompañar). Supongamos por ejemplo, que estamos ante un niño que está asustado porque tiene que inyectarse. De poco valdrá que le digamos frases tranquilizadoras como “esto no duele”, que además el paciente sabe que son falsas, por lo que la credibilidad del profesional quedará en entredicho. Por el contrario, el profesional sagaz sabe que debe aceptar el miedo del niño (comprendo que tengas miedo), compartirlo (a mí también me daban miedo las inyecciones o a mi hijo también le dan miedo, es verdad que duele un poco, etc.) y entonces ir convenciendo al niño de que si coopera saldrá más rápido de eso, le dolerá menos, etc.

Barber (1969) ilustra esta técnica en un caso de dolor agudo por accidente: un joven motociclista que viajaba a alta velocidad por una autopista fue embestido por un automóvil. La fuerza del impacto hizo que el joven volara hacia delante a gran velocidad y se golpeará severamente los testículos con el manubrio de la moto. La caída al suelo ocasionó la inmediata fractura del hueso pélvico y de la clavícula derecha. El joven gritaba, retorciéndose de dolor ¡mis testículos, oh Dios, mis testículos! El conductor se acercó, le puso una mano en el hombro para impedirle levantarse y comenzó a gritar también, ¡tus testículos, Dios mío, están heridos!, el joven continuó gritando y sollozando, ¡mis testículos están destrozados!, a lo que el conductor también gritó ¡tus testículos están destruidos!

El joven miró por primera vez la cara del conductor atentamente, aunque siguió gritando. El conductor entonces gritó también “¡Deseas que estén bien, esperas que te dejen de doler!, ¡quizás lo hagan! “ Después dijo con voz firme y calmada:” quizás no te duelan más dentro de un rato, quédate inmóvil, pronto quizás dejen de dolerte, sólo quédate inmóvil.”

El joven ahora calmado y sollozando dijo: “¿crees que estarán bien, seré capaz de tener hijos?” El conductor replicó: “sólo quédate inmóvil por ahora, tener hijos es el trabajo de tu esposa, ahora tu trabajo es cerrar los ojos y descansar de modo que tu cuerpo pueda comenzar a sentirse mejor y a sanarse”. El joven obedeció y el conductor, hablándole calmadamente aún, comenzó a darle los primeros auxilios. Cuando llegó la ambulancia, diez minutos después, el joven estaba recostado inmóvil, calmado, no mencionando mucho su dolor o temor. En este caso, el

conductor supo acompañar la experiencia inicial de terror y sufrimiento del motociclista y después fue transitando suavemente junto con él, hacia un estado de reposo y tranquilidad que protegió a la persona inicialmente de complicaciones que se hubieran podido generar si se movía bruscamente, además de que ayudó a disminuir el dolor y el miedo.

En la práctica asistencial, las situaciones cotidianas suelen ser afortunadamente, menos dramáticas, salvo en urgencias, pero sí es frecuente encontrar a personas asustadas, iracundas, temerosas, tristes, etc. Demostrar que se comprende su estado, compartir las emociones de la persona, es la estrategia a través de la cual después podremos conducirlo paulatinamente, a un estado menos negativo. Así mismo, para dar sugerencias de relajación, tranquilidad, etc. resulta efectivo que el propio terapeuta sienta y demuestre que está sintiendo junto al paciente, las respuestas inducidas, lo cual se evidencia en las modificaciones paulatinas del tono y la cadencia de la voz, la postura del terapeuta, etc.

El término “ancla” se refiere a cualquier cosa que de acceso a un estado emocional. La mayoría de las anclas se establecen de manera espontánea (Bandler y Grinder, 1980) Por ejemplo: el sonido del despertador nos ayuda a pasar del sueño a la vigilia; en la escuela, el timbre que anuncia el final de las clases nos conduce del estado de atención y concentración en la tarea intelectual, a uno de relajación y desenfado, pues indica que ya se terminó esa tarea. Escuchamos una melodía que en una ocasión importante oímos junto a la persona amada, y podemos revivir las emociones de aquel momento. Imágenes mentales, un olor, un sabor determinado, etc., nos evocan estados que estuvieron en el pasado asociados con ellas. Es como el estímulo incondicionado en el paradigma pavloviano, incluso a veces un estímulo discriminativo en el paradigma skinneriano, aunque en la hipnosis ericksoniana no apelarían al condicionamiento para explicar su funcionamiento.

Estas anclas que se producen de manera espontánea, también pueden y deben utilizarse con fines terapéuticos. La estrategia para lograrlo es asociar un estímulo con el estado que se desea evocar. Cuando en hipnosis, el hipnotizador da la sugestión post hipnótica de que la persona volverá a recuperar ese estado cuando el terapeuta diga o haga tal o más cual cosa, se está estableciendo un anclaje.

Una forma de establecer anclajes es pedir al paciente que recuerde o imagine un estado determinado e identifique una señal que se asocie al mismo: puede ser una

señal interna (visual, auditiva o cenestésica) o una señal externa. Por ejemplo, para evocar la sensación de relajación y paz la persona puede acudir al recuerdo de unas vacaciones en la playa y después escoger una ancla visual interna (la imagen mental) o un ancla auditiva externa (el sonido de las olas cuando mueren en la arena), que automáticamente lo llevará al estado de relajación. Esto se debe practicar varias veces, hasta que el estado se logre evocar sin ninguna dificultad. De hecho este proceder, replica procedimientos como los del Meditación Zen (Mantras), de las Terapias de Conducta (por ejemplo, relajación controlada por señal, Cautela, 1966), incluso al concepto de *recuerdo sensorial/emocional* propuesto por Kroger y Fezler (1976).

Aunque las técnicas descritas pueden parecer muy atractivas y de hecho, con un poco de práctica, se pueden adquirir las destrezas mínimas necesarias para utilizarlas, es importante dejar claro que raramente una sola técnica resulta eficaz para la solución de un problema. Generalmente, el terapeuta deberá usar simultáneamente varias técnicas, y la experiencia hará que esto se produzca de manera natural, automática. Se trata de aprender un nuevo estilo de comunicación que no solo será útil para la práctica asistencial, si no también para enfrentar muchos problemas de nuestra vida cotidiana.

En este epígrafe solo hemos abordados algunos conceptos y técnicas de manera aislada, por razones didácticas, pero en la práctica, como dijimos anteriormente, estas deben integrarse en función de las necesidades de cada caso. En definitiva, muchos de los procedimientos que se describieron aquí como de PNL también han sido descritos por otras escuelas y teorías que se han ocupado de los problemas relacionados con la comunicación humana, por ejemplo, la terapia racional emotiva, la terapia cognitiva, terapias de conducta, etc. En última instancia, las afiliaciones teóricas en este caso, deben quedar supeditadas a la meta que realmente nos interesa alcanzar: lograr una RMP de mayor calidad, que sustente y optimice todas nuestras intervenciones terapéuticas, generando mayor satisfacción en los pacientes y en nosotros mismos.

5.3. Evaluación de la sugestionabilidad hipnótica

Una de las primeras decisiones a las que debe enfrentarse el clínico que pretende utilizar la hipnosis como técnica coadyuvante para el tratamiento del dolor es si va,

o no, a evaluar la sugestionabilidad del cliente, y de qué manera lo hará. Aunque en muchos textos sobre hipnosis se recomienda la evaluación previa, un estudio de Cohen (1989) encontró que el 54% de los terapeutas no evalúan la sugestionabilidad y sólo menos de un tercio usan escalas de sugestionabilidad. Diamond (1989) incluso plantea que puede ser arriesgado, falso, costoso e intrusivo ya que el fracaso de la persona puede afectar negativamente sus expectativas y motivación.

Por otra parte, quienes recomiendan que se haga una valoración previa de la sugestionabilidad se basan en que ahorra tiempo, fortalece el rapport entre paciente e hipnoterapeuta, prepara a la persona psicológicamente para la inducción hipnótica y, de hecho, en muchas ocasiones se puede aprovechar la respuesta de la persona a la prueba para continuar la inducción. También se aduce que ofrece información acerca de las particularidades individuales de respuesta a las diferentes sugerencias, por lo que pueden ayudar a seleccionar las estrategias de inducción más apropiadas (Capafons, 2001; Lynn y Shindler, 2002; Martínez-Perigod y Grenet, 1985).

Si se decide evaluar la sugestionabilidad hipnótica, es posible hacerlo usando escalas estandarizadas o utilizando procedimientos aislados clínicos para valorar la respuesta a ciertas sugerencias. A favor de utilizar las escalas estandarizadas están los argumentos que apoyan la evaluación de otros rasgos o variables psicológicas mediante instrumentos estandarizados, en esencia, que permite “saber donde se está parado” al poder comparar a la persona con otras personas (Pekala, 2002). Lynn y Kirsch (2006) recomiendan evaluar la sugestionabilidad mediante pruebas como el péndulo de Chevreul (que se verá más adelante) porque son fáciles, tienen poco riesgo e incrementan las expectativas favorables hacia la hipnosis. Desde el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Alarcón y Capafons, 2006; Capafons, 2001; 2004 a; Capafons y Mendoza, en prensa a, b), se recomienda un evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica, fuera de hipnosis, usando diversos ejercicios para evaluar especialmente interferencias (resistencias) y actitudes hacia la hipnosis, pues son los mejores predictores junto a la expectativas del resultado clínico, cuando se usa la hipnosis dentro de un programa terapéutico multicomponente (Schoenberger, 2000).

A mi juicio, para tomar la decisión de utilizar la hipnosis en el tratamiento de pacientes con dolor, no es un requisito indispensable la aplicación de pruebas para

evaluar la sugestionabilidad, sobre todo si se tiene en cuenta de que en las entrevistas diagnósticas y en la ejecución de diversos procedimientos de tratamiento psicológico, es frecuente que se obtenga información sobre la sugestionabilidad. Para decidir si se utilizarán o no procedimientos no estructurados o escalas estandarizadas, deberá tenerse en cuenta, como siempre, las características del paciente, sus propias preferencias, el contexto de trabajo, la naturaleza de los efectos que desea conseguir y el tipo de problema que se está tratando.

Dado que existe suficiente literatura acerca de las escalas estandarizadas, aquí sólo nos detendremos brevemente en los procedimientos no estandarizados.

5.3.1. Procedimientos no estructurados para la evaluación de la sugestionabilidad.

En la práctica clínica, se utilizan diferentes pruebas para evaluar la sugestionabilidad. Estas pruebas consisten en una serie de ejercicios que permiten valorar la respuesta de la persona a diversas sugerencias, dentro y fuera de hipnosis, según cada modelo.

Antes de comenzar las pruebas (al igual que antes de iniciar la hipnosis) es necesario establecer un rapport adecuado, aclarar dudas y temores del paciente con respecto a la hipnosis y la sugestión, y buscar la cooperación de la persona, que este no se sienta desafiado. Una forma estructurada y muy elaborada, de hacerlo se puede encontrar en Capafons (2001; 2004a; Capafons y Mendoza, en prensa a, b), y su sustento empírico en Capafons et al. (2005) y Capafons et al., (2006).

Martínez Perigod y Grenet (1985) ofrecen una serie de recomendaciones para la aplicación de las pruebas que a mi juicio, son válidas si el tipo de inducción que se pretende desarrollar es la de ojos cerrados, “sueño”, postura relajada, con sugerencias directas. Estas recomendaciones son:

1. Dar las consignas en un tono de voz bajo, preferiblemente como un susurro de forma mantenida y monótona, y con entonación imperativa.
2. Bajar más la voz cuando se emplaza a la persona a ir en contra de la sugestión, p.eemplo, “intente abrir los párpados...”, y sugerir automáticamente en tono imperativo y con un tono más fuerte, la consigna “no puede... imposible..., para contrarrestar el efecto.

3. Se debe seguir un orden lógico y explicar a la persona, de acuerdo a los siguientes pasos:
- Lo que va a suceder.
 - Lo que está empezando a suceder.
 - Lo que ya sucede a plenitud.
 - La imposibilidad de ir en contra del fenómeno sugestivo, aunque esto último responde a la concepción de estos autores acerca de la hipnosis como un estado especial y a mi juicio resulta innecesario y contraproducente, pues refuerza el mito perjudicial de que en la hipnosis ocurren fenómenos que escapan al control de la persona.

Son numerosas y variadas las pruebas que pueden usarse, aquí describiremos sólo algunas de ellas, que son utilizadas en la escala de sugestionabilidad de Martínez Perigod y Grenet (1985); y también se explicará la prueba de la ilusión del péndulo de Chevreul por ser de fácil y frecuente uso.

Explicaremos en cada caso la posición inicial (PI) que debe adoptar la persona, el objetivo que se espera lograr (O) y las palabras claves (PC) que utilizará el hipnotizador, pero debe quedar claro que estas palabras claves son solo un ejemplo didáctico, pues se deben adecuar a la situación, características del paciente y a lo que ocurre durante el proceso

Prueba del brazo pegado a la pared

O: Que la persona no pueda despegar la mano de la pared.

PI: Persona de pie con las piernas unidas de frente a una pared, a una distancia en que tenga que inclinar el cuerpo unos 20 grados para poder apoyar la mano en la pared con el brazo extendido y vuelto hacia arriba. La mirada fija en la mano.

PC: "Ud. va a sentir cómo su mano quedará pegada a la pared... el brazo se pondrá totalmente rígido... el resto del cuerpo se mantiene relajado...el brazo está cada vez más duro y tenso... la mano continúa pegada a la pared...cada vez más pegada...más cansada...más pegada... imposible de separar de la pared... está completamente pegada... imposible de separarla... intente separarla... no puede... lo ha hecho muy bien... ahora contaré hasta tres y cuando llegue a tres... podrá separar la mano... se sentirá bien... sin ningún tipo de molestia... uno...la mano comienza a despegarse..., 2 todo el cuerpo se afloja..., 3 separe la mano.

Prueba de oscilación lateral

O: que el cuerpo oscile hacia los lados

PI: De pie, pies muy unidos, brazos relajados a los lados del cuerpo. El terapeuta toma a la persona por los hombros y lo hace oscilar suavemente.

PC: Sus brazos están relajados... los ojos cerrados... no tema, no se va a caer... pies bien pegados... todo el cuerpo relajado... ahora piensa que está sobre un barco... un barco que se mueve... para uno y otro lado... (se manos de los hombros y se continúa con las sugerencias) muy bien... continúe... el barco se sigue movimiento... de un lado al otro... su cuerpo se balancea... a la derecha y a la izquierda... ya es imposible parar... el movimiento es automático... imposible parar... intente... imposible parar.

Prueba de los brazos extendidos

O: Que se unan las manos

PI: Sentado o de pie, pero, en ambos casos, las piernas deben estar firmemente unidas. Los brazos extendidos al frente, las palmas de las manos mirando una hacia la otra, a una distancia entre 15 y 18 cms.

PC: su cuerpo debe estar firme... pies unidos... brazos extendidos... cada vez más extendidos... las manos comienzan a aproximarse... cada vez más... se aproximan... se unen... se pegan... firmemente unidas... pegadas... imposible separarlas... están pegadas... imposible separarlas.

Prueba de la ilusión del péndulo de Chevreul

En la prueba del péndulo de Chevreul se le suministra al paciente un péndulo (yo suelo improvisarlo en la propia consulta, atando un objeto poco pesado como un anillo, a un hilo de unos 20-30 cms. de longitud). La prueba puede resultar más dramática, si se coloca un papel con un círculo de referencia que indique la dirección vertical del movimiento para las respuestas afirmativas y la horizontal para las negaciones (Yapko, 2006).

PI: sentado con los codos apoyados encima de la mesa, sujeta el péndulo por el extremo del hilo.

O: que el péndulo gire en círculos.

PC: a medida que se relaje y se concentre... notará que el péndulo comienza a moverse... en círculos cada vez más amplios... de derecha izquierda (o de delante a atrás, o en sentido positivo y negativo)... sin que haga ningún esfuerzo... sin saber cómo... el péndulo gira cada vez más amplio... cada vez más rápido...

Estos ejemplos ilustran la manera en que se pueden efectuar pruebas de sugestionabilidad, en concreto ideomotora. En los ejemplos que pusimos aquí se utilizan sugerencias directas, pero estas mismas pruebas se pueden hacer utilizando sugerencias indirectas, por ejemplo, en la prueba de los brazos extendidos, se puede sugerir que hay un campo magnético entre las manos, y que cada mano es uno de los polos de ese campo y por eso tienden a unirse.

Téngase en cuenta que la progresión en las sugerencias se va haciendo en función de lo que está ocurriendo en la sesión, así por ejemplo, en la prueba de brazos extendidos las sugerencias de manos pegadas se comenzarán cuando el hipnotizador vea que la persona ha unido realmente las manos.

Muchas de estas pruebas pueden utilizarse también como procedimiento de inducción, cuando se observa que se ha logrado el objetivo, este se asocia con sugerencias de tranquilidad, de profundidad de la hipnosis, etc. Por ejemplo, en la prueba de dedos entrecruzados, cuando se observa que la persona no puede separar los dedos, se le puede decir: "muy bien, Ud. está ya en fase de hipnosis ligera, que puede ser útil para lograr (el objetivo que se desea); ahora sólo tiene que permitir que este estado se haga cada vez más profundo", etc.

CAPÍTULO 6: TÉCNICAS HIPNÓTICAS

6.1. Procedimientos basados en la inducción de un estado hipnótico

Este es el tipo de técnicas más populares. Coinciden en que lo que se busca es provocar un estado hipnótico que casi siempre está fenomenológicamente descrito como un estado de relajación parecido al sueño, pero en el cual la persona conserva las habilidades motoras y de comunicación. Existen decenas de procedimientos de esta índole, pero en sentido general, se podrían clasificar en dos grandes enfoques: la hipnosis estructurada y el enfoque de utilización o hipnosis ericksoniana, aunque este último tipo no siempre recurra a procedimientos asociados al sueño o a la relajación pues su característica fundamental es su alto grado de flexibilidad (Erickson, 1948/1980).

6.1.1. La inducción en la hipnosis estructurada

Los procedimientos estructurados tienen dos fuentes fundamentales: por una parte, las tradicionales técnicas de inducción desarrolladas por Mesmer y después continuadas por los principales hipnotizadores del siglo XIX como el Abate Faría, Braid, la Escuela de la Salpêtrière y la Escuela de Nancy. Como ya hemos planteado, independientemente de las divergencias teóricas, todos ellos tenían en común concebir la hipnosis como un estado “diferente”, “especial”, “patológico” o de “sueño”.

Martínez-Perigod y Grenet (1985) proponen una interesante clasificación de estos procedimientos de inducción:

- **Métodos basados en la excitación de la mirada:** los que buscan provocar fatiga visual (como el método de fascinación, de fijar la vista en puntos brillantes, etc.).
- **Métodos basados en la excitación sensorial:** como el método de la Salpêtrière de “petrificación por miedo” en que la persona era sometido a un estímulo sorpresivo de alta intensidad para atraer la atención del paciente; el uso de dispositivos como sillones vibratorios, metrónomo o cualquier otra fuente de sonidos monótonos como el tict-tac del reloj también usado por la Escuela de París (de ahí la imagen clásica del hipnotizador que balancea una reloj ante el hipnotizado); estimulaciones con corriente eléctrica de baja intensidad, etc.

- **Métodos basados en la sugestión verbal:** en los que la inducción se produce solamente por la acción de la palabra.
- **Métodos basados en estímulos químicos:** como la narcohipnosis (hipnosis apoyada en el uso de drogas).

La otra fuente de este tipo de técnicas es el incremento del interés por el estudio experimental de la hipnosis. Ya a mediados del siglo XX, se propusieron procedimientos estandarizados con el fin de homologar las técnicas de inducción con fines investigativos. Quizás como una herencia de la tradición de los pioneros de la hipnosis, estos procedimientos estandarizados incorporaron muchas de las técnicas de inducción descritas anteriormente (Hilgard, 1960).

Algunos autores, entre los que se encuentran Martínez-Perigod y Grenet (1985), han propuesto una secuencia de pasos o etapas para la inducción del “sueño hipnótico”, que de acuerdo a su enfoque, deben conducir a que la persona transite gradualmente a grados cada vez mayores de profundidad.

Para hacer este tipo de inducciones se recomienda un local con adecuadas condiciones de privacidad, con un diván o cama en el que la persona pueda acostarse cómodamente o al menos, un sillón confortable, aunque el hipnotizador experimentado puede prescindir de ellas. Generalmente se trata de reducir al mínimo la interferencia exterior, graduando la iluminación, tratando de garantizar el máximo silencio posible, etc., condiciones similares a las que se recomiendan para la práctica de técnicas de relajación. Algunos hipnoterapeutas sugieren que el local tenga cierto ambiente “esotérico” como velas, cortinas, música tenue, aromas perfumados.

El hipnotizador debe seguir ciertas reglas como: hacer las sugerencias de forma directa, en sentido levemente imperativo (aunque no altanero ni pedante), repetir las varias veces, graduar el tono de la voz paulatinamente, para profundizar el “sueño”, el tono de la voz debe ser bajo, casi en susurro y el ritmo mantenido y monótono.

Martínez-Perigod y Grenet (1985) recomiendan la presencia de terceras personas para evitar que la persona (sobre todo cuando hipnotizador y paciente son de sexos diferentes) pueda atribuirle un sentido erótico a la situación⁸. Aunque este

⁸ Esta recomendación se basa en las concepciones psicoanalistas acerca de la hipnosis y de los

enfoque contempla la posibilidad de hipnotizar a la persona en cualquier postura, incluso de pie, se recomiendan las posturas cómodas que favorezcan la relajación.

A continuación explicaremos sucintamente un procedimiento de inducción propuesto por Martínez-Perigod y Grenet (1985), ampliamente difundido en Latinoamérica. Esta técnica tiene la ventaja de ofrecer seguridad al hipnotizador principiante, ya que marca muy bien las acciones a seguir y los efectos que se esperan con cada una de ellas.

6.1.1.1. Método del pestañeo sincronizado

Tras establecer el adecuado *rapport* y colocar a la persona en una postura cómoda que favorezca la relajación, se le pide que fije la mirada en un punto (puede ser un punto luminoso, en un punto cualquiera o en los ojos del hipnotizador) que debe estar situado de manera tal que obligue a la persona a mirar ligeramente hacia arriba, por lo que se recomienda ubicarlo a una distancia de unos 30 cms. a la altura superior de la frente. Se le explica que se va a comenzar a contar números consecutivos y que, a medida que se mencione cada número, debe abrir y cerrar los ojos de forma suave y natural. El hipnotizador puede en este momento mostrar el procedimiento. Las sugerencias deben ser dadas en el mismo tono de voz y a intervalos de 2 o 3 segundos, sin olvidar que los propios autores recomiendan que el hipnotizador debe encontrar de manera flexible sus propias frases, adaptadas a la situación de cada caso en particular:

“Su cuerpo debe estar relajado... abandonado... cómodo... acuérdesese... cuando yo empiece a contar... debe empezar a cerrar y abrir los ojos de manera suave... comenzamos... uno... cierre y abra los ojos... dos... cierre y abra los ojos... tres... cuatro... su cuerpo relajado... cinco...”

Se continua contando y cada dos o tres números se dan sugerencias de relajación, cansancio, etc. Cuando se observe cierto agotamiento en los ojos de la persona, se pasa a la siguiente sugerencia. Según los autores, esto ocurre generalmente entre los números 20 y 30 en las personas muy sugestionables, y entre el 40 y 50 en los menos sugestionables.

procesos de transferencia y contratransferencia. Tiene su lógica además en el ambiente tan particular en que se efectúa este tipo de hipnosis y toda la atmósfera esotérica que la rodea.

“Sus párpados... los comienza a sentir muy cansados... pesados... agotados... cansados” (por supuesto, siempre diciendo el número correspondiente).

Cuando el cansancio palpebral se hace evidente, se indica a la persona que continúe pestañando, y se prosigue con las sugerencias sin decir más números

“Sus párpados... los comienza a sentir muy cansados... pesados... agotados... cansados... su visión se enturbia... eso es natural... es lo que esperamos que suceda... párpados pesados... ya casi no puede abrirlos... Cuando no pueda abrirlos déjelos cerrados... No se esfuerce en abrirlos... déjelos cerrados”.

Una vez que la persona cierra los ojos se continúa con las sugerencias anteriores de párpados pesados y se introducen las de imposibilidad de abrir los ojos:

“Déjelos cerrados... imposible abrirlos... están pegados... pesados... imposible abrirlos... su cuerpo está relajado... sus párpados pegados... imposible abrirlos... intente y verá que no puede... imposible abrirlos”.

Martínez-Perigod y Grenet recomiendan interrumpir el proceso si a la altura del número 60 la persona no muestra signos de agotamiento palpebral, y que se debe tener preparada una explicación que permita “poner a salvo el honor” del hipnotizador sin culpabilizar al paciente. Si se ha presentado la hipnosis convenientemente (Capafons, 2001) el honor del terapeuta siempre está a salvo, pues se ha presentado la hipnosis como un procedimiento para aprender a descubrir los propios recursos... incluso los, métodos de inducción más adecuados para cada persona.

Si se logra la imposibilidad de abrir los ojos, entonces se puede continuar *profundizando* el estado hipnótico. Para ello las siguientes metas serán, en este orden: caída de la cabeza hacia adelante, respiración tranquila, sugerencias post hipnóticas simples, catalepsia braquial, movimientos automáticos, sueño hipnótico (en el que se pueden producir diversos fenómenos como abrir los ojos sin despertar, anestesia superficial y/o sordera selectiva) y sueño sonambúlico (en el que, según estos autores, se observan otros fenómenos como conversar sin despertar, alucinaciones, catalepsia general, sugerencias post hipnóticas complejas, anestesia profunda, regresiones de edad, etc.).

Según estos autores, no todas las personas pueden llegar al nivel de sueño hipnótico y menos al de sueño sonambúlico. El tiempo para transitar por estas fases

varía también en dependencia de la persona, hay quien lo logra en una sola sesión, hay quien requiere de varias sesiones.

6.1.1.2 . Procedimientos basados en la inducción de relajación

Estos son los que más comúnmente se utilizan en la práctica clínica. En realidad, muchos psicólogos habitualmente hacen “relajación” en sus consultas, ya sea de manera individual o grupal, mediante grabaciones o en directo, utilizando el mismo lenguaje, consignas y protocolos que los que se utilizan en hipnosis, y logrando similares efectos clínicos, aunque en esos casos no es apropiado decir que están “haciendo hipnosis” ya que ni el profesional ni el cliente han conceptualizado la situación como tal y no se dan sugerencias como parte necesaria del procedimiento.

Generalmente se busca provocar un estado de relajación más o menos profunda, en el cual se pueden utilizar sugerencias de visualización, fantasías guiadas o simplemente de bienestar y confort. Para conseguir este estado es posible auxiliarse de técnicas de control de la respiración y música. A continuación describiré un protocolo de hipno relajación que puede y debe ser adaptado a las características y necesidades de cada terapeuta y paciente:

El paciente puede estar acostado de cúbito supino, en una postura cómoda, con brazos y piernas apoyados en la camilla o sofá, la cabeza sobre una almohada de poca altura. También puede estar sentado, ya sea en una butaca de respaldo alto y apoyabrazos en la que “deja caer” el cuerpo cómodamente o en una silla adoptando la postura de cochero que se describirá en páginas posteriores. Resulta útil que se sienta confortable, por lo que es conveniente aflojar cinturones o abotonaduras que puedan estar molestando, retirar joyas como pendientes o reloj, etc. También puede ser apropiado atenuar las luces, y evitar interrupciones y ruidos excesivos, aunque como ya hemos planteado, estas condiciones son ideales pero no imprescindibles.

El hipnotizador puede estar en cualquier posición que le permita observar al cliente y que le resulte también cómoda para humanizar el trabajo. Ya estando el cliente en la postura apropiada se comienza a realizar la inducción modulando el tono de voz de un nivel normal al inicio, a una disminución y enlentecimiento paulatino, acoplándose a la respiración del paciente. Para terminar se irá subiendo gradualmente el ritmo y tono de voz a niveles normales:

“Haga una inspiración profunda... retenga el aire unos segundos... espírelo... sienta cómo su cuerpo se afloja... y se siente cada vez más cómodo... descansando... mientras respira cómoda y profundamente... descansando... cada vez más profundo... sienta cómo su cuerpo se relaja cada vez más y más profundamente... cómodo... descansando... cómodo... los brazos cada vez más relajados... cómodos... pesados... las piernas cada vez más relajadas... cómodas... todo su cuerpo cada vez más descansado... relajado... cómodo... los brazos y las piernas muy relajados... cómodos... la cara muy relajada... todo su cuerpo descansando... cada vez más profundo... cómodo..., como si estuviera durmiendo... descansando... relajado... cada vez más profundo... como si estuviera durmiendo... y puede ser que tenga ganas de cerrar los ojos... y permitir que esta comodidad... esta relajación... se haga cada vez más profunda... descansando... cómodo...”

A partir de que se observa que la persona está relajada se comienzan con las sugerencias terapéuticas.

La técnica anterior puede combinarse con el método de conteo, en cuyo caso sería:

“...vamos a contar hasta 5 (o hasta 10, a gusto del terapeuta, también puede ser un conteo regresivo)... cuento 1... y el cuerpo se relaja más y más profundo... 2... las piernas se relajan... 3 cada vez más profundo..., etc.”

También se puede utilizar una variante de la Relajación Progresiva de Jacobson (Jacobson, 1929). En ese caso, se fragmenta más la consigna de relajar los diferentes grupos musculares (pies, pantorrillas, piernas, etc.), e incluso se puede usar la propia Relajación Progresiva (Yapko, 2006), aunque en mi experiencia y la del resto de profesionales no es conveniente sugerir la contracción muscular en personas con dolor crónico osteomiarticular, pues pueden quejarse de incremento del dolor, ya sea por el esfuerzo físico asociado, o por la focalización en las sensaciones musculares inherente a este procedimiento.

En una variante de la técnica anterior que se usa con mucha frecuencia, después de conseguir una relajación muscular inicial y el cierre de los ojos, se dan con sugerencias de visualización de escenas relajantes para el paciente (previamente inidentificadas en entrevistas) con el objetivo de profundizar el nivel de hipnosis, conseguir alivio del dolor, y facilitar el uso de otras técnicas que describiré más adelante, como la disociación del cuerpo.

6.1.1.2.1. Programa de hipnorelajación grupal para pacientes con fibromialgia

Durante la década del 90, en el Servicio Nacional de Reumatología del Hospital “10 de Octubre” de la Ciudad de la Habana desarrollamos un programa de hipnorelajación grupal con el fin de optimizar los servicios, dada la gran cantidad de pacientes que debían atenderse. Los pacientes eran remitidos a este programa como tratamiento complementario de otras técnicas psicológicas que se ejecutaban de manera individual dada la problemática concreta de cada caso como terapia cognitiva-conductual, terapia de pareja, familiar, etc.

El programa era conducido por una psicometrista⁹ especialmente entrenada. Consistía en grupos abiertos de entre 8 y 12 personas. La idea de que el grupo fuera abierto aunque inicialmente obedeció a razones prácticas (poder admitir un mayor número de casos) resultó muy apropiada porque el paciente podía permanecer en el grupo mientras lo necesitara, y los casos nuevos se beneficiaban de las experiencias de los de mayor antigüedad. El tiempo promedio de permanencia de un paciente en el grupo era de 4 semanas. Las sesiones se realizaban una vez a la semana, con una hora aproximada de duración. El objetivo es que el paciente se entrenara en aprender a auto-inducirse una relajación profunda y utilizar visualizaciones para bienestar y alivio del dolor, sobre el supuesto que el dolor en la fibromialgia está asociado a estados emocionales negativos y tensión muscular (Rivera, Alegre, Ballina, Carbonell, Carmona et al., 2006) lo cual se le explicaba previamente.

El protocolo de cada sesión era similar:

- 1) Recibimiento de los casos nuevos.
- 2) Discusión de experiencias durante la práctica en casa por los casos experimentados, corrección de errores e identificación del problema.
- 3) Inducción grupal de la hipnorelajación.

⁹Los psicometristas son Técnicos de nivel Medio en Psicología que se forman en Institutos Tecnológicos en Cuba para actuar como co-terapeutas, aplicar y calificar procedimientos estandarizados de evaluación psicológica y colaborar en la investigación. El programa de estudios es de tres años y trabajan fundamentalmente en las instituciones de salud, aunque también se encuentran en instituciones educativas, en labores de psicología organizacional, etc. La psicometrista responsable de este grupo fue Hilda Nallip.

- 4) Análisis grupal de las experiencias, éxitos y dificultades.
- 5) Indicación de práctica en el hogar.

La inducción se realizaba en líneas generales tal y como se ha ejemplificado anteriormente, pero se utilizaba la primera persona, con la indicación de que el paciente se repitiera mentalmente la sugerencia, cuando se observaba que se había conseguido una relajación muscular (ojos cerrados, miembros laxos, mandíbula floja) se añadía la sugerencia de visualización y bienestar de la siguiente manera:

“ y ahora que mi cuerpo descansa cómodamente... mientras estoy profundamente relajado... cómodo... descansando... dejo que mi mente vaya a un lugar muy agradable... mi lugar especial... donde me siento bien... donde todo es como me gusta... puede que ese lugar sea en el campo... o en la playa... o en mi casa... quizás algún lugar que visité hace tiempo... o que me imagino... mi lugar especial... donde me siento bien... tranquilo... relajado... cómodo... confortable... descansando... mientras mi cuerpo descansa... yo estoy en ese lugar... disfrutando... viendo... escuchando... disfrutando... y me siento cada vez más tranquilo... cómodo... descansando... en paz... cómodo... disfrutando... contento... tranquilo...”

Aunque aquí hemos redactado el texto como si lo estuviera diciendo un hombre, en la práctica cuando se trataba de grupos mixtos se intercalaban las declinaciones masculinas y femeninas de manera azarosa, y cuando se trataba de grupos de mujeres (que era lo más frecuente, por la mayor prevalencia de la fibromialgia en el género femenino) obviamente éste es el que se usaba para las sugerencias de visualización. Nótese que no se sugiere un lugar concreto, sino que se invita a la persona que lo escoja en base a su experiencia y preferencias personales. Las sugerencias de campo y playa se basan en que son los lugares que la mayoría de los cubanos refieren como lugares de relax (ver epígrafe dedicado al Flujo Respiratorio Dirigido -FRD-).

En la práctica, la mayoría de los pacientes lograban una relajación profunda y un alto bienestar en la primera sesión, en caso de no ser así, se preguntaba sobre lo que había ocurrido, y, si era necesario, se refería el caso a consulta individual. En caso de éxito, se orientaba la práctica de este ejercicio en casa dos veces al día, ya que su duración real es de, más o menos, 15 minutos. La permanencia en el grupo

durante 4 semanas no era un requisito indispensable, y muchos pacientes con una sola sesión abandonaban el grupo. No obstante, en la mayoría de los casos, el beneficio de sentir que estaban recibiendo un tratamiento especializado y el compartir con personas con problemáticas similares eran buenas razones para que continuaran. Por otra parte, para los psicólogos era ventajoso ya que casi siempre la sesión de hipnorelajación era previa a la consulta individual por lo que obteníamos retroalimentación del estado del paciente antes de la consulta y cuando entraba a tratamiento individual, iba mejor preparado para beneficiarse de otras técnicas como la persuasión, la resolución de problemas, el análisis de creencias irracionales, la terapia de pareja, etc.

6.2 El enfoque de utilización, naturalístico o hipnosis ericksoniana.

Para Erickson, los pacientes presentaban problemas psicológicos porque están aferrados a una concepción rígida de sus problemas y no son capaces, ni saben, utilizar sus propios recursos creativos internos para resolverlos. Por lo tanto, el cambio psicológico implica una reorganización, reasociación y resíntesis interna de los propios potenciales de la persona. Así, el objetivo de la terapia (en este caso, la hipnosis) es debilitar los esquemas rígidos conscientes que mantienen el problema e impiden su solución (Erickson, 1948/1980).

Rossi (1982) ha denominado “momentos creativos” a esos en los que se interrumpen los patrones habituales de asociación, ocurriendo un vacío espontáneo en el percatarse y una debilitación de los procesos creativos habituales, pudiendo, entonces, llenarse la brecha con un nuevo conocimiento que lleva a una reorganización para acomodar este dato nuevo a la consciencia. Estos estados ocurren frecuentemente en la vida cotidiana y no siempre son tan trascendentales como pudiera pensarse. Recordemos ahora una situación que todos alguna vez hemos observado: una persona está convencida que no le gusta determinado alimento (por ejemplo, la col), se niega a comerla habitualmente y prefiere pasar hambre a tener que ingerir ese alimento. Sin embargo, un día por alguna razón come ese alimento en un contexto emocionalmente positivo, o quizás sin saber que el plato que tan sabroso ha encontrado contiene el alimento rechazado, a partir de entonces, cambia su actitud hacia el mismo y puede llegar a convertirse en su plato favorito, pues tiene que acoplar esta nueva experiencia a las anteriores.

El trance hipnótico era para Erickson un estado psicológico especial que provoca una brecha similar en las asociaciones habituales conscientes del paciente, de modo que se facilita el aprendizaje creativo. Para esto el hipnotizador tiene dos opciones: co-construir con el paciente un contexto que favorezca el cambio, o utilizar hábilmente los momentos en los cuales los esquemas conscientes están debilitados de manera espontánea y natural, como cuando la persona está bajo los efectos de una emoción intensa, cuando está absolutamente concentrado en otra cosa, o los llamados estados de “trance común de cada día” que ya explicamos cuando nos referimos a la teoría de los ritmos psicobiológicos (Rossi, 1982).

Para co-crear un contexto que favorezca los momentos creativos, el hipnotizador utilizará todo lo que le ocurre al paciente, sus ideas, creencias, actitudes, sentimientos, así como cualquier elemento que pueda resultar útil, de ahí el nombre de enfoque de utilización.

6.2.1. Microdinámicas de la sugestión hipnótica

La descripción por pasos sólo obedece a fines didácticos, ya que en la práctica esto no es un proceso lineal, ni se da necesariamente en el curso de una sola sesión terapéutica.

Primer paso: el primer paso consiste en lograr focalizar la atención a través de múltiples medios: una historia interesante, la concentración de la mirada en un punto, la relajación, cualquier procedimiento de inducción tradicional, la sorpresa, etc.

Segundo paso: una vez que se ha logrado captar la atención del paciente, se profundiza el proceso de debilitación de los esquemas conscientes a través de las técnicas anteriores; y otras como la sobrecarga cognitiva, confusión, instrucciones paradójicas, etc. En estos momentos el paciente está proclive a aceptar sugerencias externas, así que se pueden ya introducir sugerencias.

Tercer paso: se estimula la búsqueda inconsciente a través de múltiples procedimientos como chistes, metáforas, señales ideomotoras, pausas expectantes, finales abiertos, etc.

Esta movilización de los recursos inconscientes del paciente propicia que se produzcan nuevos aprendizajes como el cambio de una creencia, de sensación, de comportamiento o algún fenómeno hipnótico (Yapko, 2006).

Desde el enfoque ericksoniano, el fenómeno de la hipnosis se concibe como un fenómeno interactivo. Es decir, la disposición a responder a la hipnosis refleja una interacción entre las motivaciones e intereses del paciente, la flexibilidad y sensibilidad del terapeuta, y el grado de rapport obtenido.

Se enfatiza que el proceso de inducción no es rígido, ni debe ser igual para todas las personas. Por el contrario, ya que el objetivo del hipnotizador es focalizar la atención del paciente y debilitar los esquemas conscientes para favorecer los momentos creativos, deberá adaptarse necesariamente al comportamiento del paciente, quien responderá en concordancia con esto, lo cual a su vez retroalimentará y modificará el comportamiento del hipnotizador. Así, ambos se vuelven mutuamente más receptivos y se influyen el uno al otro, introduciendo el terapeuta cambios graduales en su comportamiento, que sean aceptables para el paciente y lo dirigirán en una dirección determinada.

En este proceso de inducción puede ser difícil para un observador externo dilucidar quién está hipnotizando a quién, incluso el terapeuta también se involucra en la inducción y de cierta manera, se hipnotiza también, lo cual para Erickson resulta especialmente positivo (Erickson, 1960), ya que lo que es válido en cuanto al paciente, también lo es para el terapeuta: la importancia de debilitar los esquemas rígidos habituales para poder acceder a momentos de creatividad.

Aunque se pueden utilizar procedimientos estructurados como los mencionados anteriormente desde el enfoque ericksoniano, también es posible hacer inducciones mediante una conversación, aunque como plantea Yapko (2006), este método también tiene una estructura, pero es más informal y conversacional que las aproximaciones más estructuradas. Según este autor, algunos principios a seguir para una inducción conversacional son:

- Utilización de la realidad del cliente (pasada o presente): por ejemplo, basarse en experiencias hipnóticas anteriores, como veremos más adelante.
- Capturar la atención.
- Usarse a uno mismo como modelo.
- Hacer notar y amplificar las respuestas: por ejemplo, utilizar la fatiga parpebral derivada de la fijación de la mirada para sugerir catalepsia palpebral.
- Interconectar presupuestos: por ejemplo, como está relajado oyendo esta historia, puede descansar cómodamente...

- Orientación hacia la experiencia interna.
- Activar y guiar asociaciones.

Hay múltiples estrategias para la inducción conversacional, como puede ser la utilización de experiencias hipnóticas pasadas. Este método involucra dos categorías generales de experiencias: a) las experiencias de estados de “trance de la vida cotidiana” y b) experiencias formales con hipnosis. En ambos casos, el terapeuta puede conducir la conversación hacia que el paciente recuerde y reviva esa experiencia. Para ello generalmente se comienza con la exploración de la naturaleza de esa experiencia (Por ejemplo... *¿recuerda cómo es capaz de concentrarse en una lectura interesante y dejar de oír los ruidos a su alrededor...?*) y se invita al paciente a revivir ese estado mientras el terapeuta modela mediante su postura, el tono de la voz y la administración de los silencios y las pausas. Paulatinamente, la experiencia pasada comienza a hacerse presente y real. Es importante la previa exploración cuidadosa cuando se trata de experiencias con inducciones formales anteriores, por si estas tuvieron una connotación negativa para el cliente.

6.2.1.1. Dos ejemplos de inducciones conversacionales

Uso de la sorpresa para realizar una inducción hipnótica:

Era la primera consulta de una paciente diagnosticada como una fibromialgia, que fue referida a Psicología porque su reumatólogo consideraba que estaba muy ansiosa. En la consulta, la paciente comenzó a quejarse de tener mucho dolor y no encontrar la atención médica adecuada, estaba atravesando además por una crisis en su matrimonio, cuando comenzó a narrar los problemas con su esposo se fue poniendo cada vez más ansiosa, se quejaba de un fuerte dolor y lloraba sin control. Cuando estaba a punto de que se le inyectara un tranquilizante, la colega chilena Marcela Lechuga que estaba presente en la consulta, sin prestar atención a las quejas y lamentos de la paciente y a mis esfuerzos por tranquilizarla, me interrumpió y me preguntó: *¿tú no ves el globo rosado que yo tengo en la mano?* (obviamente no tenía ningún globo), con la misma le preguntó a la paciente: *¿lo ves?* La pregunta causó sorpresa a la paciente, quien inmediatamente interrumpió sus lamentos y miró a Marcela, a quien hasta ese momento no había prestado atención. Entonces Marcela continuó insistiéndole a la paciente de que tratara de ver el globo rosado, mientras introducía sugerencias de tranquilidad y esperanzas

de que el dolor se aliviaría en algún momento (ver más adelante técnicas para el control del dolor). La paciente se fue calmando y no hubo necesidad de llamar al médico, se fue de la consulta refiriendo alivio del dolor y visiblemente más tranquila.

Un ejemplo de inducción vigil conversacional con disociación y visualizaciones para alivio de la ansiedad y el dolor e incremento de auto-eficacia:

La paciente, que era bailarina, tenía un alto nivel de ansiedad y depresión relacionado con conflictos familiares y con un problema de dolor diagnosticado como fibromialgia. El dolor le impedía bailar (lo cual le gustaba mucho) lo que contribuía a su malestar emocional. Se le indicó tratamiento con hipnorelajación pues la paciente asociaba su dolor a la ansiedad y estaba convencida de que si lograba relajarse, iba a disminuir el dolor, además, estaba muy motivada por la relajación. Sin embargo, en la primera sesión en el grupo descrito anteriormente, que se intentó inducir relajación mediante el procedimiento convencional de ojos cerrados, cuerpo pesado, etc., la paciente se puso muy ansiosa y no respondió a la inducción, por lo que la persona responsable del grupo la pasó de nuevo a consulta individual.

Según refirió la paciente, lo que ocurría era que sus sesiones de entrenamiento como bailarina solían terminar habitualmente con un ejercicio de esta índole y ella había tratado de hacerlos por su cuenta sin conseguir relajarse por culpa del dolor. El día de la primera sesión de hipnorelajación grupal, la paciente tenía un alto nivel dolor (8 en una escala de 0 a 10 donde 10 era el valor máximo), por lo que esta inducción convencional le había evocado las experiencias anteriores de fracaso. Entonces intenté una aproximación a partir de la imaginación. Comenzamos a conversar y le pedí que me dijera que le gustaría estar haciendo en ese momento, me dijo que bailando, entonces le pregunté dónde le gustaría estar bailando y me refirió que en un parque con mucha vegetación, le pedí que me describiera el lugar, lo que veía, la ropa que estaba usando, los sonidos, los olores, lo que estaba sintiendo, y la paciente cada vez más se iba sumergiendo en la experiencia (visualizaciones). Su estado de ánimo se fue modificando y se veía feliz, como si realmente estuviera viviendo esa situación. En ese momento, le comenté como había logrado auto-hipnotizarse usando su imaginación, y le sugerí que se fijara en cómo se sentía en ese momento, que estaba plenamente consciente y alerta, con un alto grado de bienestar, y que tenía el control de su cuerpo. La paciente estuvo

de acuerdo, y comentó su sentimiento de alegría y bienestar, sorprendiéndose gratamente de que pudiera mantener una conversación mientras una parte de ella bailaba feliz en su lugar escogido, y de que mientras más bailaba más alerta y capaz de controlar su entorno se sentía (asociación). Le sugerí que identificara una sensación o una estrategia que ella pudiera evocar en el futuro para poder lograr entrar en ese estado, a lo que me respondió que, sólo con imaginarse bailando en ese lugar, podría volver a conseguir lo mismo. Al finalizar la sesión, la paciente dijo que había desaparecido totalmente el dolor y se sentía alegre, tranquila y, sobre todo, con esperanzas de recuperación porque había descubierto que en su propia imaginación tenía un recurso para combatir el dolor y la tristeza. A partir de entonces, siguió usando ella sola ese procedimiento para aliviar el dolor, al menos durante los tres meses en que continuó el tratamiento psicológico que tuvo como objetivo abordar las problemáticas familiares de la paciente.

6.3. Técnicas de hipnosis despierta.

Las ventajas de utilizar procedimientos de inducción que no estén asociados al sueño y a la relajación, sino que por el contrario, promuevan que la persona esté alerta y plenamente colaborador fueron tempranamente señaladas (Wells, 1924). Entre ellas se mencionan: mayor sensación de control por parte de la persona y por lo tanto, menor reticencia a ser hipnotizado y mayor colaboración. Capafons (1999; 2004 a; b) plantea además que se amplían las posibilidades de generalización, pues la persona puede aprender a auto-hipnotizarse en situaciones de la vida cotidiana, sin que los demás se den cuenta.

Aquí vamos a exponer dos técnicas de inducción desarrolladas por Salvador Amigó y Antonio Capafons a inicios de la década de los 90 (Capafons y Amigó, 1993 a, b) y por Capafons (1998 b) respectivamente, dos psicólogos españoles que trabajan en la Universidad de Valencia. Estas técnicas se han difundido en cierta medida en Cuba y por sus amplias posibilidades de aplicación para diferentes problemas de salud, así como por su relativa sencillez, creemos que serán herramientas útiles en las manos de los profesionales de la salud, y por qué no, de cualquier persona interesada en incrementar sus posibilidades de auto-control.

Tienen en común que partieron de la necesidad de crear métodos que deberían ser agradables y aceptables para las personas, deberían ser fáciles de aplicar y

aprender por los pacientes (algo importante para la auto-hipnosis), deberían poder usarse con los ojos abiertos y generalizarse a la vida cotidiana, no deberían generalizarse iatrogenia, deberían enfatizar el control personal; y ser polivalentes, es decir, ser utilizados como métodos de activación o relajación, según las necesidades, aunque su sustentación en la investigación ha sido diferente.

Estos procedimientos tienen una sólida fundamentación teórica y han sido objeto de numerosas investigaciones que han mostrado que eran tan potentes como la inducción tradicional para promover sugerencias de prueba (catalepsia palpebral, levitación, etc.), así como que resultan útiles como terapias coadyuvantes en el tratamiento del tabaquismo, la obesidad, la dismenorrea y la fobia a volar en avión (Capafons y Amigó, 1993 a, b). En mi práctica asistencial, me han resultado útiles como técnicas de auto-control de dolor crónico, ansiedad, trastornos del sueño y fobias.

6.3.1. Terapia de Auto-Regulación Emocional (TEARE)

El procedimiento básico de TEARE parte de:

1. Obviar las palabras hipnosis y trance.
2. Sustituirlas por “entrenamiento”, “aprendizaje” y “recuerdo sensorial”.
3. Se apela al poder del cerebro para reproducir respuestas.
4. Se atribuye al incremento de la actividad cerebral a la mayor eficacia de la persona para responder a las sugerencias (o sea, se le presenta como un logro).
5. Se realizan ejercicios de entrenamiento para el control del recuerdo sensorial y activación del cerebro.
6. Se realiza un manejo directo de las sugerencias y auto-sugerencias

Ahora bien, como señala Capafons (1998 a) *“no obstante, carecemos de información experimental que nos indique si realmente la persona activa más su cerebro cuando está siendo auto-regulada, por lo que fraseología utilizada es más un modo de persuadir y sugerir”, que una descripción exacta de lo que está ocurriendo realmente al paciente desde un punto de vista biológico. Más aún, desconocemos cuáles son los mecanismos cerebrales que explican el recuerdo sensorial. De este modo, el recuerdo sensorial es más un concepto descriptivo de un fenómeno (la capacidad para evocar respuestas en ausencia de los estímulos que la provocaron), que un constructo explicativo. Por lo tanto, la explicación que se*

hace del método (hágase válido también para la auto-hipnosis rápida), trata de activar las expectativas de respuesta de las personas, y no describe un proceso contrastado experimentalmente". (p. 82).

A mi juicio, esta es una aplicación inteligente del principio general de Erickson de actuar desde el marco de referencia del paciente, aunque Capafons lo considera como "pura terapia skinneriana" (Capafons, Comunicación epistolar, 16 de enero del 2010).

Quizás con otro tipo de pacientes con menor nivel cultural, que esperan que el médico sea directivo y se responsabilice de su curación, que creen que los medicamentos son los únicos que le pueden resolver el problema, etc. este tipo de técnicas deba ser presentada de otra manera. En mi experiencia, al igual que ocurre con todas las técnicas de intervención psicológica con enfermos con dolor crónico, que muchas veces sienten que la remisión a Psicología es una señal de que el médico cree que "está loco" o "que está fingiendo", es necesario primero convencer al paciente de que nadie duda de la realidad de su dolor y explicarle desde su marco de referencia, el papel que tienen los factores psicológicos en el dolor. Sólo entonces es que podemos proponer alguna técnica psicológica, que puede presentarse como una alternativa para que él pueda aliviar el dolor, consumir menos medicamentos, etc.

Procedimiento de aplicación:

TEARE consta de tres fases muy estructuradas.

Fase 1:

Se prepara a la persona para que entienda el sentido de los ejercicios que va a realizar, explicándosele el concepto de recuerdo sensorial y como la autosugestión se produce por un incremento de la actividad cerebral. Aunque esta explicación, como ya hemos planteado, dependerá de las características de la persona, de la naturaleza del problema y del estilo personal del terapeuta, con fines didácticos exponemos una forma en que puede hacerse.

"Le voy a enseñar una técnica que le permitirá (dice el objetivo). Es una técnica fácil de aprender y que podrá utilizar después para resolver otros tipos de problemas. La técnica se llama Terapia de Auto-Regulación y es muy eficaz".(aquí puede incluir información sobre su validez, etc., si cree que será útil). Se basa en un fenómeno

que se llama recuerdo sensorial. Está demostrado que las personas pueden recordar sensaciones que han tenido alguna vez y provocarlas de nuevo en ausencia del estímulo. Por ejemplo, *“Ud. puede recordar el sabor del limón si alguna vez ha chupado un limón, y sentir como la boca se le hace agua”, ¿lo siente?”*

Mientras más argumentos lógicos se utilicen para fundamentar la eficacia de la técnica, su inocuidad y la posibilidad de aprendizaje, mejor, aunque esta recomendación no es universal pues hay pacientes que confían en la omnipotencia del médico y no les gusta recibir tantas explicaciones. En estos casos, es mejor indicarla como un ejercicio que es parte de su tratamiento. Así el uso de terminología científica y de la jerga médica podrá resultar apropiado para pacientes que tienen este tipo de expectativas con respecto a la atención médica, pero contraproducente con personas de bajo nivel educacional o que tienen expectativas diferentes con respecto a la atención psicológica. Todo el proceso ocurre en una situación normal de consulta, mediante una conversación y se le permite a la persona hacer preguntas, comentarios, etc. En todo caso, hay que asegurarse de que el paciente ha comprendido bien la explicación de la técnica y que comparte la fundamentación que ha dado el terapeuta acerca de su eficacia, como en cualquier tratamiento psicológico. Se procede entonces a hacer una demostración práctica. Para esto el terapeuta se auxilia de diferentes objetos (un libro u otro objeto pesado, un recipiente con agua helada, etc.) En sentido general, la experiencia práctica consiste en producir la sensación real que queremos después provocar mediante auto-sugestión. Por ejemplo: para después evocar la sensación de pesadez en el brazo, se le pide a la persona que con el brazo extendido sostenga en la mano un libro pesado y que se concentre en darse cuenta de las sensaciones que esto le provoca. En este momento, se está asociando la respuesta de pesadez a una clave, en este caso, la voz y palabras del terapeuta (anclas desde el enfoque PNL, estímulos condicionados desde una perspectiva pauloviana, etc.), basándose en los estudios experimentales de Sach y Anderson (1967) sobre incremento de la sugestionabilidad hipnótica. Después se le pide que trate de reproducir estas sensaciones sin el libro en la mano. Esto se puede practicar varias veces, hasta que la persona pueda evocar la sensación de pesadez.

Los fracasos se atribuyen a la falta de práctica y se hace énfasis en que siempre se puede lograr, a corto o mediano plazo. Se le ofrece a la persona varias estrategias

para reproducir la sensación (imaginación, verbalización de las sensaciones, recuerdo, etc.) En mi experiencia, la mayoría de las personas logra evocar la sensación de pesadez de manera muy rápida, si está adecuadamente motivada con el tratamiento y existe una relación terapéutica adecuada. Este ejercicio se puede repetir con otras sensaciones como por ejemplo, la sensación de adormecimiento y entumeciendo de un brazo cuando se sumerge en un cubo de agua fría, la sensación de picor y ardor en la nariz, cuando se aspira ceniza de un cigarro, etc.

Durante todo el tiempo, el terapeuta enfatizará que la persona está cada vez más activa, que su cerebro está trabajando a plena capacidad, que tiene cada vez más auto-control, etc.

Segunda fase:

Ahora se le pide a la persona que evoque la sensación de pesadez (para seguir con el ejemplo anterior), y se asocia a nuevas claves como puede ser, tocar un objeto, aspirar un aroma determinado, o ver determinada cosa, así se involucran diferentes canales sensoriales.

El objetivo aquí es que la persona cree una “respuesta condicionada” por lo que cada vez la persona logra reproducir la sensación con mayor rapidez y facilidad y cada vez necesita menos el apoyarse en las estrategias de imaginación o auto-instruccionales que antes utilizó para reproducir la sensación.

Tercera fase, o de generalización:

La simple sugestión directa, la palabra, es ahora capaz de provocar la sensación. Puede hacerse con una palabra o frase dicha por el terapeuta y/o que se dice mentalmente el paciente. Yo generalmente utilizo una palabra clave que el paciente escoge, y que se asocia a la sensación a evocar, primero en voz alta y después solo con el pensamiento. En esta fase además, se produce la generalización. Así, se le sugiere a la persona que no solo sentirá pesadez, adormecimiento, etc. ante esa palabra, sino que podrá también evocar mediante otras sugerencias, otras respuestas como determinadas emociones (sentirse tranquilo, alegre, etc.) o comportamientos (descansar cómodamente en la silla, no poder levantar un brazo, etc.). Aquí también se establece una señal para volver a ese estado de “alta receptividad a las sugerencias”, de la misma forma que se establece en la hipnosis convencional. A partir de este momento, ya no es necesario pasar por las fases

anteriores. Ante la palabra o fase la persona puede evocar una de las sensaciones que son la señal de que está en ese estado y darse las diferentes sugerencias que se requiera.

Todo este proceso se puede hacer de manera muy rápida, en mi experiencia, en una sesión de 20 ó 30 minutos se logra aplicar las tres fases, aunque hay personas que pueden necesitar más tiempo e incluso varias sesiones.

Las sugerencias específicas para el problema del paciente se deben elaborar con su colaboración, y también utilizar las sugerencias que se han descrito como eficaces para el tratamiento de diversos problemas (dolor, adicciones, etc.) en la hipnosis convencional.

6.3.2. Auto-Hipnosis Rápida (AHR)

Este método de auto-hipnosis debe entenderse dentro del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Alarcón y Capafons 2006; Capafons, 2001; 2004 a; b; Capafons y Mendoza en prensa a, b). La intención última de la AHR (Capafons, 1998 a; b) es la de ser utilizada en el contexto cotidiano de la persona, siguiendo la filosofía de las técnicas de relajación usadas como estrategias generales de afrontamiento en las terapias cognitivo-comportamentales. Por lo tanto, la persona aprenderá un método de auto-control con el que, tras un período de entrenamiento, podrá auto-aplicarse sugerencias, manteniendo los ojos abiertos, sin relajarse ni adoptar posturas de aletargamiento o de pasividad. Le bastará, como en el ejemplo anterior, con activar una clave y unos procesos para lograr el efecto deseado.

En primer lugar, conviene recordar que previa a la aplicación de cualquier inducción hipnótica, se debe haber presentado al paciente la hipnosis como algo natural, eficaz y carente de peligros, en este caso la presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis del Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (Capafons et al., 1999). Además, se debe haber realizado una primera evaluación de la sugestionabilidad del paciente en la que se determinen sus “habilidades”, preferencia y modos de interferir con la sugestión.

Capafons (2001; 2004 a) recomienda que para este tipo de técnica es preferible utilizar una evaluación no psicométrica, sustituyéndola por escalas clínicas pensadas más para un uso terapéutico, pero buscando evaluar más las actitudes y expectativas que la capacidad actual de la persona para responder a al as

sugestiones. Por ejemplo, los ejercicios de balanceo y caída hacia atrás, que pueden presentarse con sugerencias directas y monótonas sin estar la persona hipnotizada. Si la persona responde, sabemos que no interfiere (porque todo el mundo se balancea estando parado erecto con los pies juntos y los ojos cerrados), y que responde a sugerencias monótonas, reiterativas y directas, sin uso de la imaginación. Pero este mismo ejercicio se puede aplicar utilizando una metáfora para activar la imaginación de la persona, si no hay una respuesta adecuada al ejemplo anterior que no se deba a interferencia de la persona (se balancea mínimamente o no consigue la caída hacia atrás). Entonces se le pide a la persona, por ejemplo, que imagine que la mano del terapeuta es un imán poderoso. Podemos “imantar” la cabeza de la persona para que se balancee e incluso caiga hacia atrás, siguiendo la dirección del imán.

También pueden utilizarse otros ejercicios de los más fáciles descritos en las escalas habituales de sugestionabilidad hipnótica (catalepsia palpebral, apretón de manos, etc.), aplicando también la variante de apoyo en la imaginación para las personas poco sensibles a las sugerencias directas.

El método de AHR parte de dos ejercicios ya conocidos por el paciente pues se utilizaron ya en la evaluación de la sugestionabilidad del Modelo de Valencia: el método de la caída hacia atrás y el método del apretón de manos, lo cual facilita la cooperación de la persona, si bien se reformulan y adaptan de una manera bien diferente a como se usaron para la evaluación de la sugestionabilidad hipnótica

Cito ahora palabras textuales de Capafons (1998 a): *“Ahora vamos a aprender un método de auto-hipnosis. Lo que pretendemos es que Ud. se puede auto-hipnotizar cuando lo desee o lo necesite, pero de forma rápida y disimulada. De este modo, podrá darse sugerencias casi en cualquier circunstancia o situación. La técnica que le voy a mostrar se basa en dos procedimientos rápidos para hipnotizar. Ud. ya los conoce pues lo hemos utilizado para evaluar la susceptibilidad, me refiero al método de la caída hacia atrás y al del apretón de manos. Pero en este caso, los aplicaremos de forma muy disimulada. En primer lugar, la idea es fomentar algún tipo de reacción que nos ayude a experimentar ciertas sensaciones. Estas sensaciones nos ayudarán a activar nuestra mente para que responda a las sugerencias que le demos. Las sensaciones son las de pesadez e inmovilidad. Para ello aprenderemos los pasos por separado y luego los uniremos”.* (pp. 82-84).

En este momento, el terapeuta modela el primer paso: el apretón de manos, es decir, que el propio terapeuta hace el ejercicio mientras se lo explica al paciente (acompañar y guiar), más o menos de este modo: *“Levante las manos hacia delante y únalas sin trenzarlas, e inspire profundamente. Retenga el aire 3 ó 4 segundos exhálolo lentamente mientras aprieta ligeramente las manos. Es muy importante soltar el aire lentamente. Cuando termine de soltarlo, mantenga la presión en las manos, y repita lo operación tres veces. La última vez, cuando hay soltado el aire completamente, deje caer las manos con una cierta brusquedad, como si se desplomaran”*. Si es necesario se indica al paciente que se imagine una vela encendida a unos 20 cm. de su nariz de modo que cuando exhale el aire la vela no se apague aunque la llama se mueva, a veces es necesario hacerlo realmente con una vela o un fósforo.

Esta operación se lleva a cabo explicando la importancia de no apretar demasiado y de exhalar lentamente. A continuación, se le pide a la persona que se ponga cómodo en la silla en que está sentado. El terapeuta hace lo mismo y le indica que esta precaución es importante para la caída hacia atrás, pues garantiza el adoptar una posición cómoda cuando haya realizado el ejercicio. En este momento, el terapeuta se inclina hacia delante, separando la espalda unos 15 ó 20 cms. del respaldo y se deja caer hacia atrás con una cierta brusquedad. Se le pide al paciente que haga lo mismo, dos o tres veces. Se explica que la caída hacia atrás, de manera natural, provoca una sensación de comodidad y relajación, al pasar de una posición incómoda a otra más cómoda.

El próximo paso consiste en unir los dos ejercicios anteriores y hacerlo todo junto: tensar las manos suavemente, aspirar el aire, retenerlo y exhalarlo suavemente, y soltar las manos dejándolas caer. Este último paso del apretón de manos debe hacerse simultáneamente que la caída hacia atrás, recolocando las manos sobre los muslos si es necesario.

Se le muestra al paciente cómo se realiza y se le pide que lo haga. Se le explica que a partir de ese momento, el terapeuta lo guiará en los siguientes pasos a seguir, proporcionando sugerencias de diversos tipos (pesadez, relajación, etc.) para reforzar la idea de que la persona ya está hipnotizada y se finaliza el ejercicio con un conteo regresivo.

Se indica a la persona que debe practicar este ejercicio tres veces seguidas, tres veces al día, por lo menos durante una semana. Se orienta que se practique en situaciones de la vida cotidiana, con los ojos abiertos, y disimulando al máximo que se está haciendo el ejercicio, para que los demás no lo noten.

Una vez dominado el ejercicio, en la siguiente sesión, se puede abreviar el proceso, haciendo que la persona solamente evoque una determinada sensación, por ejemplo, brazo pesado (o simplemente disociado), para acceder al estado y darse las sugerencias. Esto se consigue rápidamente y con sólo un poco de práctica.

Puede resultar útil aprovechar esta sesión para a través de una metáfora, enseñar al paciente cómo puede a través de la auto-hipnosis afrontar sus problemas cotidianos. Capafons et al. (1999) propusieron una metáfora que consiste en una historia en que la persona imagina que se ha extraviado en una jungla peligrosa, y sólo tiene un machete para defenderse; al principio el machete le causa temor y hasta repulsión por ser una arma, pero poco a poco se va dando cuenta de su utilidad para resolver diversos problemas que se le van presentando en el camino. En este caso, el machete es un “símbolo” de la hipnosis, y la jungla, de los problemas del paciente. Cada terapeuta puede y debe elaborar sus propias metáforas o bien tomar alguna historia que pueda resultar útil.

Este procedimiento de auto-hipnosis debe completarse con otro de hetero-hipnosis también despierta, el método Vigilia-Alerta (o Mano Alerta; Capafons, 1998 a; 2001; Cardeña, Alarcón y Capafons y Bayot,1998).

6.4 Otras técnicas afines

6.4.1 EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) se comenzó a usar para el tratamiento del estrés post-traumático para el que diversos estudios reportan su eficacia (Chambless et al. 1998).

Sus potencialidades para el tratamiento del dolor se fundamentan en Grant y Threlfo (2002):

1. El posible rol patogénico del trauma en algunos casos de dolor crónico
2. En que el dolor crónico puede ser definido como un pequeño trauma por las repercusiones que tiene para la vida cotidiana de los pacientes.

3. La focalización emocional de EMDR es consistente con los conocimientos .actuales sobre los mecanismos neurofisiológicos de dolor.
4. EMDR permite lograr una reducción significativa del malestar.
5. Reportes de casos de alivio del dolor con EMDR.

EMDR integra elementos de la desensibilización sistemática convencional con otros no tradicionales como la focalización de la atención y la estimulación sensorial bilateral. Se considera que la estimulación de los sistemas de procesamiento de la información facilitan la resolución adaptativa del material estresante, pero los mecanismos neurales involucrados en el tratamiento aun no están claros (Grant y Threlfo, 2002).

En el protocolo original, el tratamiento comienza con la evaluación de los incidentes pasados que condujeron a los trastornos actuales, las circunstancias actuales que provocan malestar y los eventos futuros que requerirán de nuevas habilidades y actitudes. La fase de desensibilización comienza tras la evaluación del incidente traumático. El paciente es instruido en focalizar las imágenes, cogniciones y sensaciones corporales negativas mientras atiende a la estimulación bilateral (*sets*) durante un período de tiempo corto. Los *sets* incluyen movimientos de los ojos, tonos auditivos o grabaciones. En cada uno de los *sets* se pregunta al paciente que es lo que nota de nuevo, y este proceso continúa hasta que el paciente no reporta malestar asociado al incidente original. En la siguiente fase, la estimulación bilateral se usa para incrementar la fuerza de cogniciones positivas diseñadas para sustituir las negativas originales y consolidar los *insights* cognitivos del cliente. Concluye con un *scan* corporal para asegurarse de que la tensión física ha sido aliviada, cualquier tensión se trata con más *sets* bilaterales hasta que desaparece (Shapiro, 2001).

Aunque Bisson y Andrew (2007) reportan un meta-análisis con evidencias de la eficacia de EMDR para el tratamiento del estrés postraumático, Davidson y Parker (2002) en otro estudio meta-analítico reportan que EMDR no tenía efectos significativos cuando se comparaba con otras técnicas de exposición. Además, no se incrementan los efectos de EMDR cuando se usan los movimientos oculares.

Se han reportado estudios de casos con EMDR (Grant y Threlfo, 2002), para el dolor en miembro fantasma (Russell 2008; Wilensky, 2006), la preparación para el trabajo de parto (Taylor, 1998) y la migraña (Stevens, 2008).

6.4.2. El Entrenamiento Autógeno

El entrenamiento autógeno se ha utilizado en su forma original o con modificaciones para el tratamiento de pacientes con problemas de dolor crónico. Se plantea que su efecto es muy reconocido en las cefaleas, por la vasodilatación que se produce a nivel de la frente (Harano, Ogawa y Naruse, 1965), en la artritis reumatoide, porque permite al paciente aumentar el calor corporal de las zonas afectadas para aliviar sus dolores (Krampen, 1996) y para el tratamiento de pacientes con cáncer (Wright, Courtney y Crowther, 2002).

Fue elaborado por Schultz (1980), un neurólogo berlinés, sobre la base de la experiencia del yoga y la auto-hipnosis, y consiste fundamentalmente en lograr la auto-relajación concentrativa por inducción de la propia persona, utilizando una serie de frases que sugieren sensaciones de peso, calor, frescor, etc. y la concentración pasiva en la respiración y en los latidos del corazón. El ejercicio se puede hacer en 3 posturas: acostado, sentado en un sillón con alto respaldo que permita apoyar los brazos y en la “postura de cochero”, en condiciones ambientales similares a las de cualquier otro tipo de relajación.

La persona debe pensar en una fórmula verbal que será distinta en cada ejercicio e involucra las fórmulas verbales de los ejercicios anteriores. Tras la concentración en cada una de estas frases llegará poco a poco la sensación buscada; se recomienda repetir la fórmula unas seis veces, incluso Schultz recomendaba en cada ejercicio alrededor de un minuto y medio, tiempo que se podía ir alargando a medida que la persona se vaya acostumbrando y logrando el éxito. Cuando se domina un ejercicio se pasa a otro. La persona debe mantener una actitud de concentración pasiva, se debe dejar llevar por cualquier respuesta física que experimente sin esperar nada de antemano ni forzar las sensaciones que se inducen por auto-sugestión. Al terminar cada ejercicio se recomienda el “retroceso”, es decir, inspiración profunda con flexión vigorosa de los brazos, antes de abrir los ojos. Cada ejercicio se debe practicar al menos tres veces diariamente. Para lograr la relajación automática y el primer ciclo (ciclo básico) se necesitan de 4 a 10 meses de práctica diaria. En las sesiones con el terapeuta, que deben ser semanales, se aclara cualquier duda, se corrigen posiciones y se refuerzan los logros obtenidos.

Los beneficios del primer ciclo se pueden resumir en:

- Auto-tranquilización y amortiguación de la resonancia emocional, con reducción de los niveles de activación.

- Restablecimiento general del organismo, con aumento en sensación de bienestar y rendimientos generales.
- Cambios en vivencias sensoriales, con disminución o acentuación y focalización en determinadas sensaciones.
- Regulación vascular.
- Aumento de rendimiento mnésico, en especial de evocación.
- Incremento de la posibilidad de llevar a la práctica la formulación de propósitos.

El ciclo superior está concebido para lograr determinados estados psíquicos y facilitar la ejecución de determinados propósitos, debe ser practicado por personas que hayan dominado rápidamente y con eficacia el ciclo inferior.

El Entrenamiento Autógeno no deberá hacerse sin la supervisión sistemática de un terapeuta experimentado. Sus efectos sobre los procesos psicofisiológicos son muy potentes (como cualquier otra relajación), pero también (como cualquier otra relajación) puede entrañar riesgos si se hace sin orientación y control terapéutico (Martín y Grau, 1985), como por ejemplo, que persistan sensaciones “raras” una vez finalizado el ejercicio si no realiza el retroceso correctamente.

Ha probado ser muy útil para reducir la ansiedad, mejorar la autoestima y producir tranquilidad general en personas de la tercera edad (Krampen, 1996), también se puede practicar con éxito por adolescentes y en pacientes jóvenes y adultos con trastornos crónicos, siempre que se busquen efectos potentes y duraderos y no efectos rápidos, ya que tiene el inconveniente de que el dominio del ciclo inferior lleva varios meses.

Según nuestra propia experiencia en su aplicación durante varios años a cientos de enfermos crónicos, la tranquilidad general y el dominio de sensaciones de bienestar, y hasta algunos efectos psicofisiológicos, se pueden lograr en aceptable grado con los dos primeros ejercicios del ciclo básico (relajación muscular y vascular), aproximadamente a los 45-60 días de práctica, suficientes para asociar la relajación al alivio de dolor crónico.

Se han propuesto diversas variantes para la realización de los ejercicios (por ejemplo, las propuestas por Lichstein, 1988), pero yo prefiero como muchos otros especialistas, utilizar el esquema tradicional. El Entrenamiento Autógeno no se le “aplica” al

paciente, si no que se le enseña cómo debe hacerlo. El terapeuta debe explicar en qué consiste el ejercicio, enseñar la postura correcta y después dejar solo al paciente en el local apropiado, para que este practique el ejercicio. Al terminar la persona, se conversa con ella sobre la experiencia, se le alerta sobre posibles complicaciones, se indica la práctica sistemática y el auto-registro.

En su aplicación clínica, se pueden añadir fórmulas verbales específicas, tanto en los ejercicios del ciclo inferior como superior, individualizadas, y dependiendo de las vivencias del enfermo sobre su enfermedad o trastorno.

6.4.2.1. Procedimiento de aplicación:

Es muy importante lograr una adecuada motivación del paciente para el tratamiento, ya que por su larga duración y por la relativa demora en notarse los efectos deseados, la persona puede interrumpirlo. Para esto resulta útil dedicar un tiempo a explicar los fundamentos y ventajas de la técnica. En la década de los 80, en el Hospital C.Q. "Hermanos Ameijeiras" elaboramos un folleto (Martín y Grau, 1985) cuya primera parte consta de una explicación de la técnica, el cual entregábamos al paciente en la primera sesión, conjuntamente con la página en que se describe el primer ejercicio. Después, cada vez que el paciente pasaba a un nuevo ejercicio se le entregaba la página correspondiente, como una técnica de reforzamiento del éxito y de incremento de la motivación.

En nuestra práctica clínica, habitualmente citamos una o dos veces a la semana cuando comienza el entrenamiento, después el tiempo entre las sesiones puede alargarse hasta quince días. Es un error comenzar el entrenamiento simultáneamente con todos los ejercicios, porque entonces la concentración abarca un campo demasiado amplio. De hecho, se podría partir en la relajación concentrativa por cualquier zona y función orgánica, por ejemplo, de la respiración. Sin embargo, preferimos partir de la musculatura estriada, porque éste es el sistema mejor conocido y que más obedece al control voluntario. Además, la hipnosis nos enseña que lo que más fácilmente se presenta es la relajación muscular; ésta es vivenciada, en general, como peso en los miembros, cosa bien conocida, porque se produce al conciliar el sueño. Para facilitar la relajación muscular y por ende, el éxito del ejercicio, se requiere de una postura cómoda y adecuada; las posturas deben aprenderse bajo vigilancia médica antes de iniciar el tratamiento. Se utilizan tres posturas: dos con la persona sentada y una con la persona acostada. Para el primer ejercicio lo mejor es la postura sentada. Muy

adecuada resulta una butaca con respaldo alto, que permita apoyar la cabeza y mullidos brazos en que apoyar las extremidades superiores. El codo debe quedar abierto en ángulo obtuso de trece grados, porque de esta forma los extensores y flexores están en equilibrio. Hay que apoyar la espalda cómodamente, lo mismo que el occipucio. Para conseguir esta postura puede recurrirse a la ayuda de pequeños almohadones. Los pies se apoyarán en toda su extensión en el suelo. Las rodillas se mantendrán hacia afuera, lo que contribuirá a evitar tensiones musculares en el muslo. La mayoría de las personas tienden a juntar las rodillas cuando están sentadas, manteniendo así tensiones musculares en las piernas.

Si no se dispone de butacas, se puede recurrir a la postura en decúbito con la nuca cuidadosamente apoyada, los brazos extendidos a lo largo del cuerpo con los codos ligeramente doblados y las palmas de las manos hacia abajo, puntas de los pies ligeramente hacia afuera.

En la tercera postura, la persona se sienta en un banco o taburete sin apoyar la espalda, y afloja todo el cuerpo. Los brazos cuelgan, la espalda se encorva, la cabeza pende hacia adelante; el tronco queda unido en sí mismo sin inclinación alguna. Al disminuir de esta forma el tono muscular, la persona queda como "colgada" en su propio esqueleto, en particular, de la columna vertebral y sus articulaciones y ligamentos. A continuación se hacen balancear los brazos y se colocan luego sobre los muslos, apoyándolos en el tercio superior del antebrazo, cuidando de que el ángulo del codo sea el ya mencionado ("postura de cochero").

Experiencia previa: apóyese completamente relajado. Se tiene la sensación de peso. Póngase el brazo en tensión, como si fuera a coger algo: la sensación desaparece.

Cuando ya se dominan las posturas, se pasa a realizar el primer ejercicio.

Primer ejercicio (relajación muscular):

Primera sesión: para facilitar la concentración interna se le indica a la persona que puede cerrar los ojos y la persona, sin hablar ni realizar ningún movimiento, se representa mentalmente, con la máxima plasticidad posible, las siguientes fórmulas mentales, que pueden repetirse como una "cantinela":

"Estoy completamente tranquilo/a". Cuando sienta que las tensiones han ido desapareciendo y que está cómodo y relajado, entonces pasar a la fórmula *"El brazo derecho (izquierdo) está pesado"*.

A las personas diestras se les indica comenzar con el brazo derecho y lo contrario para los zurdos. La fórmula debe adecuarse al paciente, pueden usarse varias frases. Estoy tranquilo, relajado, cómodo. Igualmente, para lograr la sensación de peso pueden usarse otras frases como mi brazo está pesado, es de plomo". La selección de las frases se debe hacer en conversación con el paciente, preguntándole cuáles cree que le serán más útiles.

En todas las personas se presenta en poco tiempo una manifestación de peso localizada perfectamente en el codo y en el antebrazo.

Al cabo de medio a un minuto se efectúa el "retroceso" que también debe aprenderse concienzudamente para conseguir que todo el proceso se realice de una forma cada vez más automática. El retroceso tiene que efectuarse siempre así:

1. El brazo se flexiona y extiende varias veces con energía.
2. Se hacen varias respiraciones profundas.
3. Se abren los ojos.

La fórmula resumida es: mover el brazo, respirar profundo, abrir los ojos.

Una vez seguros de que comprendió el ejercicio, se le deja solo para lo que lo practique, explicándosele que no debe dedicar más de tres minutos (o un corto período de tiempo), pero sin preocuparse mucho por ello. En realidad, se trata de fomentar la idea de que sólo debe dedicarle corto período de tiempo y la explicación deberá adaptarse a las creencias de la persona. Cuando termina, se le pregunta qué sintió y se aclaran las dificultades más frecuentes, que son:

- No lograr sentir peso en un solo brazo: es normal, pocas personas lo logran en la primera sesión, pero con la práctica se consigue. Elogiar los logros parciales.
- Dormirse, tener sueño: es normal e indica que se logró una buena relajación, pero no debe permitirse, pues el objetivo es lograr el auto-control.
- No lograr relajarse, sentirse más tenso: se debe evaluar profundamente experiencias anteriores del paciente con técnicas similares, expectativas acerca de la relajación, aspectos de la relación terapéutica, nivel de ansiedad (si la persona está muy ansiosa le costará relajarse, por lo que es recomendable pasar a otros procedimientos como las técnicas de

hipnosis vigil). Si el entrenador siente que no puede dilucidar lo que ha pasado, debe desistir de usar la técnica y preferiblemente referir al paciente a un especialista en salud mental.

Si no hubo dificultades, se le explica al paciente que al cabo de cuatro a seis días de entrenamiento la sensación de peso aparece más intensa y rápidamente. A la vez comienza a manifestarse temblor en los otros miembros, sobre todo en el otro brazo. Este es el momento de pasar a realizar el ejercicio en ambos brazos, siguiendo los mismos pasos anteriores:

1. *"Estoy completamente tranquilo/a"*.
2. *"El brazo derecho (izquierdo) está pesado"*.
3. *"Los dos brazos están pesados"*.

Cuando la sensación de peso existe en ambos brazos, el retroceso se efectúa así mismo en los dos brazos. El peso de las piernas no precisa de un retroceso especial ya que éstas se mueven más automáticamente.

Puede explicársele al paciente como pasar al otro brazo para que él decida cuando lo hace o citársele a una consulta especial para eso, en dependencia del caso.

Se procede igual para lograr el peso en las piernas.

1. *"Estoy completamente tranquilo/a"*.
2. *"El brazo derecho (izquierdo) está pesado"*.
3. *"Los dos brazos están pesados"*
4. *"Las piernas están pesadas"*

Puede indicarse primero una pierna y después otra, o ambas al mismo tiempo, en dependencia de las características del paciente (comprensión, facilidad para lograr los ejercicios, motivación, nivel de ansiedad, etc.).

En nuestra experiencia, para este primer ejercicio se necesitan como mínimo dos sesiones con un intervalo de una semana entre ellas. La primera para enseñar el ejercicio del brazo, la segunda para evaluar el curso y enseñar el ejercicio de piernas pesadas. Lo ideal es tres sesiones en un intervalo de tiempo de quince días, pues en esta etapa es muy importante el control de la práctica sistemática y satisfacer las dudas e inquietudes del paciente.

Habitualmente el entrenamiento está suficientemente avanzado a los diez o quince

días y con sólo un minuto de concentración pueden relajarse con pesadez de plomo brazos y piernas. A partir de este momento la duración de este ejercicio puede aumentarse a 2, 3,...,5 minutos. Es la ocasión de pasar al segundo ejercicio.

Segundo ejercicio (relajación vascular):

Los ejercicios musculares no tienen en sí nada de sorprendentes, ya que el profano considera a los músculos como sometidos a la voluntad. El que los vasos sanguíneos puedan ser objeto de entrenamiento ya es algo más extraño. No hay que olvidar que todas las emociones van acompañadas de reacciones vasculares (rubor, palidez); el endurecimiento físico por baños de aire y agua, "ejercita" los vasos sanguíneos. Nos movemos por consiguiente sobre terreno seguro. También son conocidos los cambios vasculares en la hipnosis. El entrenamiento autógeno ha aprovechado de manera sistemática estas experiencias aplicándolas a su doble finalidad:

1. Dominio corporal.
2. Concentración por relajación.

Está plenamente demostrado que en condiciones normales puede dominarse el sistema vascular de manera autógena.

Los plexos capilares de la piel son capaces de almacenar una tercera parte de la sangre del organismo. La distribución de la sangre en los vasos por dilatación y constricción de los mismos se regula por el sistema nervioso, y es determinado por el rendimiento, las emociones e inhibiciones. El "corazón periférico", el sistema vascular, es un aparato vivo de presión y velocidad circulatoria variable. Toda reacción parcial repercute sobre la totalidad del sistema.

Cuando ya se domina la sensación de peso, el ejercicio se amplía a:

1. *"Estoy completamente tranquilo/a"*.
2. *"Los brazos y piernas están pesados"*.
3. *"El brazo derecho (izquierdo) está caliente"*.

Nótese que siempre se comienza por la fórmula *"Estoy completamente tranquilo (a)"* y se va progresando a las fórmulas superiores como si se estuviera ascendiendo por una escalera (esta metáfora resulta útil para explicarle al paciente cómo hacer el ejercicio).

En la mayoría de las personas aparece prontamente, casi siempre en el codo y del antebrazo una sensación interna de calor fluyente. Así como la relajación muscular sentida como peso ha podido ser seguida y medida por métodos mioeléctricos y otros, la sensación de calor ha podido ser atribuida a una radiación calórica de más de un grado celsius cuando se ha llegado a un buen dominio del ejercicio de calor (Schultz, 1980).

No se precisa retroceso en la sensación de calor, ya que los vasos sanguíneos poseen una elasticidad regulada por el organismo, que les permite volver a su tono normal.

Se puede enseñar en una sesión a lograr el calor en un brazo y explicar el procedimiento para generalizarlo hacia los dos brazos (similar al descrito para la relajación muscular) y dedicar otra sesión para enseñar el calor en las piernas, ya que a esta altura del tratamiento, los síntomas de ansiedad generalmente han disminuido significativamente y el paciente se siente más motivado por el tratamiento.

La relajación de los vasos sanguíneos ejerce una influencia especialmente sedante e hipnótica ("relajadora"). Muchas personas consiguen eliminar estados de ansiedad y otros síntomas psicofisiológicos como el control de la tensión arterial, alivio de dolor crónico, etc. cuando logran dominar este ejercicio, por lo que con estos pacientes, se puede interrumpir el entrenamiento en este punto.

Tercer ejercicio (regulación cardíaca):

El corazón es un músculo contráctil de actividad continua, interrumpida sólo por pausas cortas de reposo, que está sometido a una complicada regulación nerviosa.

Mediante el ejercicio de calor la persona ya aprendió a regular de forma autógena un "sistema orgánico involuntario", como es el vascular. En el tercer ejercicio se aprende a hacer lo mismo con el corazón.

La relajación de los músculos se consiguió mediante la concentración en la fórmula "peso" y la de los vasos sanguíneos por la fórmula "calor". ¿Qué sensaciones produce el corazón? Algunos pacientes las conocen a través de esfuerzos, emociones, fiebres, etc.; pero la mayoría de las personas las desconocen, tienen que "descubrir las". Esto se efectúa de la siguiente manera: hallándose la persona en decúbito supino apoya el codo derecho de tal manera que quede situada al mismo nivel que el plano anterior del tórax; la mano derecha se aplica a la región

precordial. El brazo izquierdo permanece en la postura usual. A continuación se concentra para provocar tranquilidad, peso, calor; procurando localizarlos en la región del tórax en que se apoya la mano. El peso de la mano es una especie de indicador. Al cabo de algunos ejercicios comienzan a percibirse sensaciones cardíacas. Repitiendo constantemente toda la cadena de ejercicios ("tranquilización-peso-calor") se concentra en esta región con la fórmula:

"El corazón late tranquilo y fuerte"

Cuando se ha aprendido a sentir el corazón se "ha descubierto" la sensación cardíaca, la mano ya no se aplica en la región precordial y se procura influir sobre el corazón directamente, sin ayuda externa. Nunca se deberá intentar la ralentización del pulso, por ser perjudicial. Tanto las variaciones de la frecuencia del pulso como de todos los ejercicios cardíacos deben hacerse solamente bajo rigurosa vigilancia médica, especialmente en los pacientes con trastornos cardiovasculares.

Cuarto ejercicio (regulación respiratoria):

La respiración es una función en la que se imbrican factores voluntarios e involuntarios. De la misma manera que el peso y el calor se extienden espontáneamente del brazo de prueba a los otros miembros (generalización), la relajación interna elaborada a través de una relajación muscular, vascular y cardíaca se extiende de una manera natural a la respiración. En el entrenamiento autógeno todo cambio voluntario en la respiración constituye una interferencia porque significa tensión y actividad. La persona que se entrena debe obtener las sensaciones correspondientes a los ejercicios 1, 2 y 3, y, a continuación, se concentrará en la fórmula:

"La respiración es tranquila"

Algunas personas caen en la tentación de efectuar ejercicios respiratorios voluntarios. Esto debe evitarse de manera tajante: la tranquilidad de la respiración tiene que surgir como resultante de la completa sintonización de reposo. Para evitar cualquier movimiento respiratorio voluntario es recomendable utilizar la fórmula concentrativa suplementaria:

"Algo respira en mí"

La respiración debe ser como un soporte que mantenga a flote a la persona que se ejercita. Este debe dejarse llevar por la respiración, como si "flotara sobre tranquilas

olas".

El dominio de este ejercicio puede alcanzarse después de 10 ó 15 días, es decir, de seis a diez semanas después de haber iniciado el tratamiento.

Quinto ejercicio (regulación de los órganos abdominales (plexo solar)):

Los órganos abdominales necesitan ser relajados al igual que los torácicos y las extremidades. Para conseguirlo es preciso concentrarse sobre el mayor nudo nervioso vital del abdomen: el plexo solar. Está situado aproximadamente en la mitad de la línea imaginaria que une el ombligo al extremo inferior del esternón, en la mitad superior del abdomen. Después de haber pasado cuidadosamente por los ejercicios anteriores, se emplea la fórmula:

"El plexo solar irradia calor"

Este ejercicio precisa -en condiciones normales- de diez a quince días. El mismo se facilita a veces imaginando que el aire aspirado se dirige al abdomen. En esta fase del entrenamiento y hallándose la persona totalmente relajado con sensación de peso generalizado y de calor radiante, con la respiración y el corazón tranquilo, se pasa al sexto ejercicio.

Sexto ejercicio (regulación de la región cefálica):

En el baño sedante que tomamos como modelo para el entrenamiento autógeno, se aumentan los efectos si se aplica una compresa fresca (no fría) en la frente. Es proverbial decir a una persona que tiene el corazón caliente y la cabeza fría. Cualquier emoción agolpa la sangre en la cabeza. Esta es la razón por la cual en el entrenamiento autógeno se aplica una conmutación especial, en la región cefálica, la "esfera cefálica". Se efectúan los ejercicios del uno al cinco y luego se representa la fórmula:

"La frente está agradablemente fresca".

Con mucha precaución y sólo durante unos segundos.

Así como la representación de calor conduce a una dilatación de los vasos, la representación de frío da lugar a una constricción de aquellos, y por ende, a una isquemia refrescante. Como que los vasos sanguíneos de todo el organismo están estrechamente relacionados, una constricción vascular local puede repercutir sobre otras zonas vasculares. Un buen ejemplo lo constituye el fenómeno observado en algunas personas en las cuales la introducción de un dedo en agua fría provoca

palidez de toda la mano, e incluso de la otra.

Debemos llamar la atención sobre los peligros que acarrea el efectuar estos ejercicios sin vigilancia médica. En el entrenamiento provocamos la relajación desde el cerebro, lo que da lugar a considerables oscilaciones de la irrigación sanguínea. Durante el ejercicio de enfriamiento frontal no son raras las lipotimias y jaquecas, personas aparentemente sanas pueden sufrir algún daño. Los riesgos sólo son evitables mediante la adecuada dirección facultativa y una buena dosificación del entrenamiento.

El enfriamiento frontal puede aprenderse de ocho a quince días. Como en todas partes existen corrientes de aire imperceptibles el enfriamiento frontal se percibe muchas veces como "hálito frío", el "hálito fantasmal" de los espiritistas. Este ejercicio es particularmente útil para el tratamiento de las cefaleas migrañosas.

Los seis ejercicios descritos y su generalización constituyen el grado inferior del entrenamiento autógeno. Un ejercicio completo los reúne de la siguiente manera:

"Estoy completamente tranquilo/a".

"Brazos y piernas pesados".

"Brazos y piernas calientes".

"El corazón late tranquilo y fuerte".

"Mi respiración es tranquila, algo respira en mí".

"El plexo solar irradia calor".

"Mi frente está agradablemente fresca".

A continuación "retroceso" (mover los brazos, respirar, abrir los ojos).

Al cabo de dos o tres meses una persona puede dominar estos seis ejercicios. A partir de este momento debe llegarse al absoluto dominio del método, efectuando de uno a dos ejercicios diarios durante cuatro a seis meses con lo cual la intensidad de los fenómenos será cada vez mayor y la aparición de los mismos será cada vez más rápida. Cada ejercicio completo se terminará con un cuidadoso retroceso. El organismo aprende con este proceder a relajar profundamente todos sus sistemas por concentración interna y a ponerlos nuevamente en tensión mediante el retroceso. El que llega a dominar el método adquiere la capacidad de conmutación autónoma (relajación-tensión).

Conseguida esta generalización puede entonces ser suficiente en la práctica una relajación parcial; lo más útil es la de la zona hombro-nuca. Si la persona que se entrena provoca "peso" intenso en esta región, se produce una relajación total con todas sus ventajas, sin que se precise de posturas especiales.

6.4.2.1. Dos ejemplos de uso de técnicas de relajación autógena combinadas con otras técnicas psicológicas en pacientes con cáncer¹⁰

CRB, de 59 años de edad, ingeniero civil, trabajó durante muchos años de una empresa de construcción, con una úlcera gástrica a solicitud de su gastroenterólogo, porque la epigastralgia e hiperacidez cedían muy poco con los tratamientos habituales. Luego de estudio psicológico, y ante la presencia de estrésores laborales y familiares, con fuerte locus de control interno, pero sin trastornos de personalidad, se decidió comenzar con entrenamiento autógeno (EA) para el control de su activación. El enfermo tomó muy en serio su entrenamiento, lo practicaba 3-4 veces diariamente; al cabo de 21 días dominaba los ejercicios de relajación muscular/vascular y a los 4 meses dominaba el ciclo básico completo. Sus síntomas cedieron, el paciente llegaba a reactivar en pocos segundos el ciclo completo para el control de cualquier situación estresora, incluso en reuniones difíciles pedía permiso para ir al baño y en postura de cochero, practicaba el EA, regresando tranquilo y alerta a la reunión a los pocos minutos. Fue tan efectivo y notorio el éxito, que el paciente convenció a amigos y compañeros de trabajo a practicar EA, invitando a psicólogos expertos a reuniones semanales de control en grupo. A los ocho meses de tratamiento, una endoscopia revela que el nicho ulceroso había desaparecido.

A los 12 años del tratamiento anterior se diagnostica por el oncólogo un cáncer de colon avanzado. Fue intervenido quirúrgicamente, presentando rechazo a la administración prevista de quimioterapia y dolor recurrente (4-6/10 en EVA). Se comienza intervención psicológica persuadiendo al enfermo de la necesidad y las posibilidades de la quimioterapia en su caso y reforzando el éxito alcanzado por él anteriormente con el EA, el cual nunca dejó de practicar. Se aprovecha su experiencia para profundizar la relajación antes de las sesiones de quimioterapia (sin pasar al ciclo superior). Se sugiere que el ejercicio de plexo solar lo realice con

¹⁰ Los dos reportes de casos fueron proporcionados por el Dr. Jorge Grau, psicólogo cubano, a quien agradezco la colaboración.

la mano puesta en abdomen, mientras recibe los citostáticos. Al mismo tiempo se le pide que combine la relajación alcanzada con visualizaciones dirigidas a estimular su sistema inmunológico e incrementar su percepción de control, las visualizaciones comienzan en cada práctica al cesar el ejercicio centrado en región cefálica. No se producen náuseas ni vómitos anticipatorios, ni durante la administración de citostáticos; el dolor cede a niveles soportables y controlados con analgésicos no opioides. Se decide comenzar con el ciclo superior de ejercicios. Se apoya la terapia con procedimientos dirigidos a ayudar al paciente y su pareja a vivir su vida cotidiana de la manera más activa y gratificante posible. A medida que avanza la terapia, se estimula al paciente a desarrollar habilidades para expresar y aceptar emociones negativas (ira y temores), se le enseña a desafiar pensamientos automáticos y a usar el método de solución de problemas ante situaciones menos urgentes, pero extremadamente importantes para el paciente: aislamiento social, problemas de comunicación con su pareja y su hijo mayor, dificultades en afrontar posibles consecuencias futuras, etc. El logro de propósitos es reforzado con los ejercicios del ciclo superior, al plantearse cognitivamente el enfermo nuevas y más amplias metas. Se estimula entonces el empleo de la meditación centrada en un foco, estimulando la extrapolación de sensaciones obtenidas con el ciclo superior.

Aunque se encuentra ya en condiciones de enfermedad avanzada, el paciente vive con aceptable calidad de vida, enseña entrenamiento autógeno a sus hijos y sobrinos y su relaciones de pareja y con los familiares son reconfortantes. Sus compañeros y amigos le visitan y estimulan su empeño por la relajación, la cual practica combinada con música y masajes.

Caso 2:

Paciente MPP, de 28 años de edad, maestra primaria con antecedentes de salud, pareja estable y madre de una pequeña de cinco años, con adecuados estilos de afrontamiento ante situaciones estresantes. Fue educada en un medio familiar estable y con excelentes redes de apoyo social. Un año antes comenzó a presentar dificultades para desplazarse en el aula por dolor en la pierna izquierda y frecuente edema de la zona.

En dos semanas su vida laboral y familiar se vio severamente afectada por el incremento de la intensidad del dolor. Fue atendida en un Hospital Ortopédico y remitida de inmediato al Instituto de Oncología donde se realizaron diversos

estudios que confirmaron un tumor óseo de la pierna muy agresivo. Se decidió aplicar un tratamiento con poliquimioterapia y tratamiento quirúrgico para la amputación del miembro a nivel del tercio medio, lo que provocó en la paciente una fuerte reacción emocional que fue cediendo con la actuación del psicólogo y sus técnicas de comunicación y orientaciones a la familia. Para el manejo del dolor se utilizaron potentes analgésicos combinados con una técnica de relajación progresiva abreviada e imaginación, para lo que cual se mostró muy cooperadora. En un período relativamente corto el dolor fue disminuyendo de intensidad hasta desaparecer, si bien la paciente indicaba que reaparecía ante los pensamientos de desesperanza y pesimismo que provocaban el abatimiento por la idea de perder su pierna.

Durante el tratamiento con quimioterapia se chequeaba la relajación en sesiones semanales ya que tenía como objetivo controlar la activación que estos pensamientos provocaban. Sugerimos la combinación con la técnica de imagición "la alfombra mágica", ejercicios que practicaba dos veces al día combinados con una técnica de detención de pensamiento. Al terminar con el tratamiento con citostáticos se encontraba entrenada no sólo para diferenciar rápidamente situaciones estresantes, sino también para darle solución adecuada a las mismas. El tamaño del tumor se redujo y se continuó con el segundo momento del tratamiento: el quirúrgico, para lo que recibió preparación psicológica en grupo. La cirugía resultó exitosa y con un buen postoperatorio.

De manera asombrosa se solicitó de inmediato ayuda porque refería en su segundo día de recuperación fuertes dolores en el "miembro fantasma" que no cedían ante ningún analgésico. Se utilizó como principal herramienta la relajación abreviada con imaginación guiada, focalizada en el miembro no existente. En la tercera sesión reportó la desaparición total del dolor.

6.4.3. Flujo respiratorio dirigido (FRD)¹¹

Se trata de una técnica para el entrenamiento de la persona en auto-hipnosis para el alivio del dolor, surgida en la década de los 90, a partir de los trabajos de investigación desarrollados por un grupo de psicólogos cubanos en la Clínica del

¹¹ Este epígrafe ha sido elaborado en coautoría con el psicólogo cubano José Carlos García Jacomino.

Dolor del Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre de La Habana (García et al. 1994). El objetivo fundamental de FRD es dotar a la persona de una herramienta para que pueda de manera rápida y fácil, lograr un estado de bienestar psíquico y aliviar el dolor. La técnica consta de tres fases que se pueden enseñar de manera independiente: la primera consiste en un ejercicio respiratorio, la segunda combina el ejercicio respiratorio con la visualización y en la tercera se elaboran junto al paciente las sugerencias específicas para el alivio del dolor a través de imágenes mentales, o sea, que se utiliza la técnica como un procedimiento de inducción hipnótica para el auto-control del dolor. Bien se enseñen las tres fases en una misma sesión, o bien se enseñen de manera separada en dos o tres sesiones, es muy importante demarcar que cada fase es independiente, y que debe terminar con una entrevista exhaustiva al paciente acerca de la experiencia, pues ésta es la fuente fundamental de información para la planificación de las fases posteriores, durante esta etapa de entrenamiento. La idea de combinar el entrenamiento en ejercicios respiratorios, visualizaciones generales y visualizaciones guiadas en tres momentos demarcados por una entrevista se basa en la necesidad de ahorrar tiempo y esfuerzos en la práctica clínica, ya que con esta técnica logramos los objetivos de entrenar a la persona y de lograr mejoría de manera simultánea.

Los ejercicios respiratorios tienen una probada eficacia para inducir relajación y por ello, tienen un efecto inmediato de alivio del dolor. Son, además, muy fáciles de aprender para cualquier persona, lo que resulta especialmente útil en aquellas situaciones clínicas en las que se necesita un alivio inmediato del dolor y una rápida tranquilidad del paciente, como ocurre en los servicios de urgencia, en cirugía, etc.

La visualización libre tiene la ventaja que nos permite evaluar en la práctica las preferencias y modalidades particulares de sugestionabilidad de la persona, además de que, en sí misma, tiene efectos terapéuticos de relajación y alivio del dolor. También entrena a la persona para el uso de la visualización focalizada, que dicho sea de paso, no resulta imprescindible enseñársela a todos los pacientes, pues hay personas que logran un alivio importante del dolor y la ansiedad solamente con los ejercicios anteriores.

La conveniencia de presentar la técnica al paciente como un ejercicio de auto-control, de auto-hipnosis, de relajación o de respiración, la decidirá el terapeuta a partir de su conocimiento del caso. Nosotros usualmente la presentamos como un

ejercicio de respiración y visualización (imaginación) que permite aliviar la ansiedad y el dolor asociado a la misma, pues así es bien aceptada por los pacientes; pero insistimos en que lo importante es adecuar la consigna a las necesidades de cada caso en particular.

Al ser un entrenamiento, es imprescindible la práctica de la persona en el hogar y su generalización a situaciones de la vida cotidiana, como recurso contra el dolor y la ansiedad, así como contra la depresión y el trastorno del sueño asociado a la crisis dolorosa.

Paso 1: Fase respiratoria:

Postura: paciente acostado en decúbito supino, en postura relajada, brazos al lado del cuerpo, piernas ligeramente separadas, vista al frente sin precisar un punto en el espacio, manos semi abiertas. Es conveniente que el terapeuta modele ante el paciente cómo se hace el ejercicio. Se le indica respirar de forma pausada, tomar el aire lentamente, sin llenarse los pulmones, realizar una pequeña retención del aire (3-4 segundos}, y luego realizar una respiración lenta también (“*deja salir el aire hasta que te vacíes*”), y descansar (pausa). Repetir este ciclo de forma rítmica y encadenada.

Una forma de indicarla puede ser:

“Inspire lentamente por la nariz, sin llenar los pulmones, sólo haga una inspiración normal, pero de forma lenta, como si estuviera llenando una vasija de agua. Retenga el aire unos segundos y ahora espírelo, también lentamente, hasta que se vacíe. Descanse unos segundos y repita el mismo ejercicio, tratando de hacerlo de forma lo más cómoda para Ud., a su ritmo, a su manera. No se ponga metas, no tiene que concentrarse en nada, solo respirar cómodamente, despacio, como le hemos indicado, mientras permanece tranquilo, descansando”.

Los elementos claves son:

- No concentrarse en la respiración, dejar que fluya de manera natural, ya que el concentrarse en la respiración puede ser inconveniente en los pacientes con dolor, pues promueve la focalización en las sensaciones internas, lo cual aumenta la percepción de dolor. Además, puede provocar disnea por un efecto paradójico frecuente cuando se trata de controlar voluntariamente, procesos fisiológicos que como la respiración, son involuntarios (efectos paradójicos).

- La respiración es lenta, a la manera del Tai-Chi, pero no profunda. La respiración profunda puede provocar hipercapnia, mientras que la respiración lenta se asocia a estados de tranquilidad y relajación.
- Nótese que se introducen sugerencias indirectas de descanso, comodidad y tranquilidad.

Los tipos de errores más frecuentes son: respirar profunda o aceleradamente, y no hacer pausas de descanso, errores que debemos evitar para prevenir los molestos efectos secundarios de la hipercapnia.

El tiempo de práctica del ejercicio varía entre 7 y 13 minutos, en nuestra experiencia menos tiempo no favorece el logro máximo de los efectos terapéuticos intrínsecos a la respiración, mientras que más tiempo puede conducir a que el paciente se duerma o pierda el interés.

Pasado el tiempo que consideremos necesario, interrumpimos el ejercicio, lo que no requiere de ningún ritual especial, sólo evitar que se haga de manera brusca. Si el paciente (como ocurre frecuentemente) está muy relajado y con los ojos cerrados, podemos tocarlo suavemente en el hombro, y en voz baja y tranquila, decirle que ya puede terminar.

Se debe suspender el entrenamiento en la fase respiratoria si se produce ansiedad o sensación de falta de aire, lo que puede suceder en personas que no comprendieron bien la instrucción de respirar despacio. Respirar profundamente puede provocar sensación de mareo, lo que puede corregirse enseñando de nuevo la técnica de forma correcta. Otra opción es abandonar los ejercicios respiratorios y pasar directamente a la visualización.

Al finalizar el ejercicio, se indaga sobre cómo se sintió, se aclaran dudas, etc. Si para el paciente resultó fácil la fase respiratoria, podemos pasar a la del entrenamiento en visualización. Si ha habido dificultades o si creemos que por alguna razón para la persona es más conveniente desarrollar más la habilidad de respirar adecuadamente, no se pasa a la próxima fase. Entonces, se le explica al paciente que es necesario que practique sistemáticamente este ejercicio, 3 veces al día, acostado, sentado y hasta de pie. Se indica también que lo practique por la noche antes de dormir, pues induce el sueño.

Para aquellos casos en que sólo se enseña el entrenamiento en respiración en esta sesión, pero creemos que resultará conveniente entrenarles en la segunda fase, se

indica practicar este ejercicio durante 3 días como mínimo, y se les cita para una próxima sesión.

Paso 2: Fase de Visualización.

Una vez el paciente está entrenado en la fase respiratoria, puede pasarse a las visualizaciones. Esto puede hacerse durante la misma sesión o en la próxima. De nuevo el paciente acostado en la misma posición, se pide que respire al mismo ritmo que en la fase respiratoria, realizando un continuum entre inspiración, retención y espiración, siempre respetando las pausas de descanso y el volumen ligero de aire inspirado.

Transcurridos algunos minutos, se le sugiere imaginar que ese mismo aire que espira es como una corriente de aire que recorre su cuerpo externamente y hacia abajo, es decir, hacia los miembros inferiores, pasando por su tórax y abdomen. Puede recordar o imaginar también un lugar agradable donde haya estado y al que le gustaría volver, mientras siente como el aire refresca agradablemente su cuerpo.

Una forma de indicar este ejercicio es:

“Ahora vas a comenzar a respirar como ya has aprendido, una vez que lleves un rato respirando y te sientas cómodo, puedes comenzar a imaginar ese aire que estás respirando, que es como una corriente de aire que entra y sale, que recorre tu cuerpo hacia abajo. Puedes tratar de recordar un lugar que te haya gustado, o en que te gustaría estar, e imaginarte que estás ahí, respirando de esta manera agradable, y que el aire que entra y sale recorre tu cuerpo de arriba hacia abajo. Y puedes permanecer durante un rato en este lugar agradable, respirando y sintiendo como el aire recorre tu cuerpo de arriba abajo”.

Las claves de la inducción son:

- Orientar la visualización lo más abierta posible, centrándose solo en que sea agradable.
- Se debe orientar la visualización de cómo el aire recorre el cuerpo, pero sin que la persona sienta que tiene que lograr esto como una meta.

Esto se fundamenta en nuestro interés en fomentar al máximo la autonomía y la movilización de los propios recursos del paciente.

No todas las personas logran tener visualizaciones, sin embargo, en nuestra experiencia es mucho mayor el por ciento de los que sí lo logran. Hemos recogido

las referencias de 1045 pacientes acerca de los contenidos de las visualizaciones. Los principales contenidos han sido: viajes turísticos, visualizaciones relacionadas con el mar o la playa, relacionadas con situaciones interpersonales positivas (relaciones con familiares, pareja, etc.), visualizaciones cromáticas, elementos naturales como frutas y flores asociadas a olores, o no, y otras relacionadas solamente con el recorrido del aire, interno (por ejemplo, El aire recorre mis pulmones) o externo (el aire recorre el cuerpo por fuera), en este último caso hay quienes sienten el aire en zonas distales (por ejemplo, los pies) y otros en las zonas del dolor o cercanas a la misma. Algunas personas reflejan sensaciones relacionadas con temperatura (calor) o de levitación.

Como puede verse, el contenido es muy variable. De ahí la necesidad de evaluarlo cuidadosamente para poder elaborar las sugerencias específicas de la tercera fase.

Recuérdese que esto es un entrenamiento, por lo tanto, explicamos al paciente la forma de hacer el ejercicio y cuando comprobamos que ha comprendido y que ha comenzado a realizar el ejercicio respiratorio, le dejamos solo nuevamente durante 12 ó 13 minutos. Se finaliza de la misma manera que el anterior.

En la entrevista se valora cómo se sintió, el alcance de los efectos terapéuticos de la sesión en términos de reducción de la ansiedad y el dolor, y el contenido específico de las visualizaciones, así como sus fuentes: si se basaban en recuerdos, en fantasías, etc. También se exploran las características específicas de la visualización en términos de nitidez, de asociación con otras sensaciones, de color, etc.

Si esta evaluación da como resultado que consideremos que el paciente puede beneficiarse con este ejercicio sin necesidad de pasar a la tercera fase, se prescribe su práctica sistemática.

Paso 3: Focalizando

En esta fase, se realizan sugerencias dirigidas al alivio del dolor, basándonos en las experiencias específicas de la visualización anterior, en las características del dolor, la experiencia anterior de la persona, sus estrategias habituales para lograr alivio del dolor, sus expectativas, etc. Por ejemplo, el paciente que siente que el aire recorre su cuerpo puede ser instruido para que trate de llevar el aire hacia la zona dolorosa y sentir cómo el aire espirado refresca agradablemente la zona dolorosa, o barre la basura que está allí provocando el dolor, o que provoca un calor agradable

que alivia el dolor, etc. Si el paciente visualizó que estaba en la playa y tuvo sensaciones de calor (frecuentes en la relajación) se le enseña que puede aprovechar esa sensación de calor para sentir como ese calor contrarresta el frío del dolor, o puede ver como la luz del sol ilumina las zonas dolorosas provocando alivio, etc.

Nótese que para lograr este ejercicio se necesita saber bien cómo el paciente describe su dolor, cuál es el tipo de sistema sensorial que refiere más, cuál es el tipo de sugestión que le funciona mejor, cuáles son sus expectativas con respecto al tratamiento, etc. Toda esta información se obtiene a partir de la entrevista que se realiza en las dos fases anteriores.

Una vez que hemos encontrado junto al paciente cuáles son las sugerencias que vamos a probar, se realiza el ejercicio de la misma manera que en las fases anteriores, es decir, comenzando con la respiración, para regresar a la visualización y a partir de ella, ir dándose a uno mismo las sugerencias específicas. Se termina de la misma forma que en las ocasiones anteriores.

Se debe alertar al paciente acerca de que puede que en algún momento, el ejercicio no sea tan eficaz, pero que no por eso deje de practicarlo, pues con el tiempo irá perfeccionando sus habilidades para el auto-control. Por otra parte, el paciente con dolor crónico debe aprender a ser realista ya que de alguna manera, las crisis dolorosas son inevitables (piénsese en el dolor reumático, por cáncer, etc.), por lo que se trata de que logre disminuir la severidad del dolor para que gane en autonomía y auto-eficacia, mejorando su calidad de vida.

EL FRD es una técnica útil, fácil de aprender por los pacientes y que tiene efectos terapéuticos a corto plazo, lo cual resulta conveniente en el tratamiento del dolor. Aunque se han hecho algunas investigaciones sobre su eficacia, se necesita determinar la potencia-eficiencia de sus diversos componentes, así como establecer su eficiencia en relación con otras técnicas similares (Martín y García, 2007).

6.6. Sugestiones específicas y fenómenos hipnóticos que pueden usarse para el control del dolor

Ya sea usando procedimientos de relajación y “sueño” para inducir las sugerencias, ya sea mediante las técnicas de hipnosis despierta, o usando técnicas de inducción

ericksonianas, se pueden evocar fenómenos de analgesia y anestesia, útiles para el control del dolor. La etimología de la palabra sugestión (*subgere*) significa llevar algo por debajo de la conciencia. En sentido general, la sugestión es descrita como un proceso psicológico por el cual aceptamos una idea de manera acrítica, sin que exista ninguna razón lógica para hacerlo (Cruz, García y Hernández, 2007). La comunicación con otro en forma de sugestión difiere de la comunicación habitual en que no se verifica por medio de razonamientos lógicos, sino por medio de alusiones y asociaciones de ideas. Esto no significa que las sugerencias no puedan ser argumentadas lógicamente, de hecho, mientras más argumentos lógicos, más fácil es que produzca la sugestión. Lo que distingue a la sugestión de la persuasión es que el emisor del mensaje no insta al receptor a verificarlo con un análisis lógico concreto, sino por medio de alusiones, asociaciones de ideas, hechos, sucesos o cifras que se dan *como si fueran* ciertas, cuando es conocido a priori por el emisor (terapeuta, pedagogo, orador, etc.) que las personas no podrían corroborar lo referido de inmediato. La sugestión no debe considerarse como sinónimo de imposición, ya que la persona en última instancia acepta las ideas como suyas, las interioriza, las asume como propias, las defiende y actúa en consecuencia. Más aún en el caso de la hipnosis, en la que las sugerencias se las da la misma persona hipnotizada. En la imposición jamás se acepta nada como propio, actúa por fuerza y la persona se rebela cada vez que puede.

La sugestión es un recurso de la comunicación tanto personal como de masas. Si cada una de las ideas, valores o conocimientos que pretendemos fijar en los niños, en los estudiantes, en los pacientes o en un auditorio, tuviera que ser sólidamente argumentada y fundamentada, se haría imposible la comunicación. La sugestión ayuda a crear la disposición respecto a algo y favorece la disposición ya existente. Para Bechterev (1974), la sugestión entra en la conciencia del hombre no por la puerta principal, sino por la puerta de servicio evitando al portero, es decir, a la crítica racional, con lo cual incluye un elemento que ha constituido, para algunos autores, un elemento importante: infiltrar una idea evitando la acción reflexiva del pensamiento.

Pavlov (1958) fundamenta la sugestión en el hecho de que la palabra es para el hombre un estímulo condicionado tan real como todos los restantes comunes a él y a los animales; y de mayor alcance que cualquier otro, superando cuantitativa y cualitativamente a todo estímulo condicionado de los animales. En el adulto, en

virtud de su existencia anterior, la palabra está ligada con todos los estímulos externos e internos que llegan a los grandes hemisferios, los señala y sustituye y puede provocar, en consecuencia, todas las funciones y reacciones del organismo condicionadas por dichos estímulos. La sugestión es pues, el reflejo condicionado más simple y típico del hombre, algo que sigue defendiendo actualmente Barrios (2001).

Hay muchos tipos de sugestiones (Capafons, 2001, Capafons, Lamas y Lopes-Pires, 2008). Algunas clasificaciones incluyen sugestión voluntaria vs. involuntaria, directa vs. Indirecta, etc. (Grenet y Martínez-Perigod, 1990). La sugestión voluntaria ocurre cuando el emisor se propone ejercerla consciente y deliberadamente. La sugestión involuntaria, mucho más frecuente, ocurre sin intención por parte del emisor. La sugestión directa es en la mente del público, tanto como en la mente de la mayoría de los profesionales, casi sinónimo de sugestión hipnótica. En muchos textos sobre hipnosis se ofrecen ejemplos de sugestiones directas en forma de órdenes, por ejemplo: *"su cuerpo está pesado", "sus párpados están fuertemente pegados y es imposible abrir los ojos", "y mientras su brazo permanece cómodo en su falda, usted puede sentirse más y más profundamente relajada con cada respiración. Más y más profundamente relajada. Ahora yo subiré su mano, y mientras su mano va hacia arriba, usted se relajará aún más"*. Tal comunicación implica que el hipnotizador tiene un conocimiento especial del futuro o que tiene el poder de hacer que suceda. Cuando se utilizan las sugestiones directas es conveniente evitar el uso de la palabra "dolor" y cambiarla por otras como "molestia" o "incomodidad".

Una sugestión indirecta es aquella en la cual ninguna respuesta es requerida directamente; en cambio la respuesta es implícita. En vez de *"Sus ojos se van a cerrar,"* se podría decir, *"Me pregunto si disfrutará observando sus párpados comenzando a cerrarse, y si lo hace, espero que note cuán cómodo puede ser dejarlos permanecer cerrados."* Una sugestión indirecta no implica poder, o un conocimiento especial de parte del clínico, dado que cualquier respuesta (incluyendo ninguna respuesta) es permitida. Sin embargo, se ofrece una invitación a la persona a cerrar sus ojos y a disfrutar la comodidad asociada.

En las sugestiones indirectas, el emisor no necesariamente se dirige a la persona sino que puede apoyarse en recursos que pueden ser objetos, referencias a figuras de autoridad, metáforas, historias, etc. La técnica del placebo (prescribir una

sustancia inerte a sabiendas de que lo es, como si fuera un medicamento activo) podría ser un ejemplo de sugestión indirecta mediante un objeto. Otra estrategia de sugestión indirecta es dirigirse a una persona, cuando en realidad el mensaje es para otra.

El concepto de auto-sugestión representa un problema porque generalmente la sugestión se asocia a procesos de comunicación interpersonal. Una posible solución a esta contradicción sería considerar la autosugestión como un tipo de “disociación” en la cual una parte del individuo actúa como “hablante”, como inductor; y la otra parte actúa como sujeto, o como plantea Weitzenhoffer (1989) quizás la auto-sugestión sea un pseudofenómeno, en el que automatismos simples se desencadenen al conjurarse voluntariamente ideas o imágenes asociados a los mismos.

El interés popular en la auto-hipnosis tuvo su auge en la década de 1950-60 (Weitzenhoffer, 1989). Se puede distinguir la auto-hipnosis verdadera (que es aquella que consiste en auto aplicarse cualquier procedimiento tradicional de inducción, por ejemplo, la fijación de la mirada), del uso de grabaciones, tan utilizada en las últimas décadas. La relación entre heterohipnosis y auto-hipnosis es compleja y va desde considerar que son fenómenos diferentes, a considerar como plantean muchos autores, que cualquier hipnosis es auto-hipnosis (Weitzenhoffer, 1989), si bien esta última frase realmente atribuible a Coué, realmente rezaba que toda sugestión es auto-sugestión, no refiriéndose al formato de presentación de la sugestión (hetero vrs. auto) si no a las variables que actúan que siempre son de la persona (Capafons, comunicación personal, septiembre de 2008). Pero ya sea mediante sugerencias directas o indirectas, o auto-sugestión, lo cierto es que pueden elicitar fenómenos subjetivos que alivien o eliminen el dolor.

Un acceso directo a la anestesia hipnótica es la llamada “anestesia en guante”, muy referida en la literatura, en donde se anestesia una o ambas manos y luego se transfiere esta sensación a la región dolorida. Por ejemplo, se le sugiere al paciente que puede sentir sensaciones diferentes en sus manos y como una de sus manos se pone cada vez más fría, como si estuviera congelada, evocar el cosquilleo y adormecimiento propios de este estado y después sugerir que si el coloca la mano en la zona dolorosa, estas sensaciones se transferirán hacia ella. Para lograr la anestesia en guante se pueden utilizar también otros caminos como recordar qué se siente en la mano cuando se toca hielo. Un procedimiento relativamente fácil es

como en TEARE, primero hacer vivir a la persona la experiencia de tener la mano congelada (sumergiéndola en un cubo de agua helada) y después hacer que recuerde esa sensación. Esto puede resultar efectivo, sobre todo, con personas que no tienen experiencias de congelación, como suele ocurrir en población cubana.

Cualquier procedimiento que permita que el paciente distraiga la atención de la experiencia dolorosa es útil para aliviar el dolor, como bien saben los odontólogos, enfermeras, etc. Recordemos además, que uno de los mecanismos neurofisiológicos que explican la analgesia hipnótica es justamente la inhibición de la atención a las sensaciones doloras. Un aspecto a destacar es la dificultad que existe para establecer diferencias claras entre la distracción, la relajación, la imaginación, etc., dado que en su aplicación clínica sus límites se confunden y difuminan. Por ejemplo, la forma en que se instruye a los niños para utilizar ejercicios de respiración conlleva también un cierto grado de distracción e imaginación. Paralelamente, las técnicas imaginarias comportan algún modo de distracción. (Bragado y Fernández, 1996).

La distracción no es una estrategia pasiva destinada a divertir al cliente, sino una forma de focalizar la atención en algún tipo de tarea que sirva para alterar activamente la percepción sensorial del dolor. Cuanto más absorbente resulte la actividad elegida y cuanto más concentrado esté el paciente en ella, más posibilidades existen de reducir la intensidad de la sensación dolorosa.

Un aspecto clave para que la distracción resulte eficaz consiste en lograr que se consiga mantener su atención centrada en la tarea mientras dura el procedimiento, de manera que los distractores seleccionados por el terapeuta deben reunir ciertos requisitos como la novedad, la variedad, un cierto grado de dificultad y que susciten la curiosidad. Pueden utilizarse distractores externos como los video-juegos, narración de historias o manipulaciones físicas, así como distractores internos como las imágenes emotivas. En este caso, el objetivo fundamental consiste en que la persona se concentre intensamente en las imágenes mentales que representan una determinada experiencia o situación, normalmente sugerida por el terapeuta. Es necesario que la imagen sea lo más vívida posible de manera que evoque también las sensaciones o emociones asociadas con la experiencia imaginada.

Estas estrategias pueden ser usadas en contextos hipnóticos o no hipnóticos. Según Hilgard y LeBaron (1984) serán más o menos hipnóticas en la medida en

que sea necesario involucrar la fantasía, que suele tomar generalmente el carácter de una narración fantástica. Vincular estas estrategias a inducciones hipnóticas apoyadas en relatos fantásticos tiene la ventaja de que la experiencia suele ser vivida por las personas como más profunda, perdurable y más fácil para conseguir el alivio del dolor. (Hilgard y LeBaron, 1984).

Puedo citar un ejemplo de uso de la distracción en Estomatología de la que fui la sujeto: La Dra. Tamara Pérez Cardoso, estomatóloga cubana, en una ocasión tuvo que inyectarme anestesia para hacerme una extracción de un molar. Yo estaba esperando el pinchazo con temor, porque estaba muy dolorida y ella lo sabía. Mientras conversaba conmigo sobre otros temas, comenzó a sacudirme el labio superior de manera firme y agitada y cuando terminó la maniobra yo le pregunté si eso era algún tipo de procedimiento preparatorio, entonces ella me comentó que mientras me estaba sacudiendo el labio y conversando conmigo, me había inyectado ¡y yo no lo sentí!

La realidad virtual (RV) es una tecnología que permite a las personas interactuar con un ordenador en un entorno tridimensional, permitiendo que el usuario experimente sensaciones visuales, auditivas y táctiles de manera simultánea, para sentirse inmerso en una realidad simulada. Durante la década pasada, atrajo la atención de los investigadores por su potencial utilidad en el control del dolor asociado a medios invasivos de tratamiento y diagnóstico médico. Comparte con la hipnosis el que ambas pueden distraer al paciente del malestar de los procedimientos médicos y crear eventos que puedan ser vividos como reales. (Milling, 2008)

Patterson, Wiechman, Jensen y Sharar (2006) han reportado una serie de casos en que se alivia el dolor de niños quemados mediante el juego llamado *Snow World*. En este juego, cuando los pacientes se colocan el casco de alta tecnología y comienzan el juego, se encuentran en el continente ártico donde lanzan bolas de nieve virtuales a pingüinos, muñecos de nieve y mamuts gruñones mientras se deslizan veloces por un cañón de hielo. Se ha encontrado cambios en la actividad cerebral asociados a al control del dolor con RV en estudios de fMRI (Hoffman et al. 2004). La propia hipnosis se usa para acentuar los beneficios de la realidad virtual y su credibilidad por parte del paciente (Kraft y Kraft, 2004; Oneal, Patterson, Soltan, Teeley y Jensen, 2008).

Otra estrategia para lograr alivio es la disociación, que resulta una técnica útil para pacientes con altos niveles de dolor, que llevan tiempo sufriendo y se encuentran limitados. Consiste en invitar al paciente a "abandonar" su cuerpo e irse a otros lugares a vivir experiencias más agradables. Una forma de hacerlo es sugerir al paciente que su cuerpo puede permanecer donde está (acostado en la cama del hospital) mientras su mente se marcha a otro lugar que el paciente escoge, a realizar determinadas actividades que al paciente le gusten.

Como ya hemos comentado, los pacientes suelen utilizar una serie de adjetivos para describir el dolor. El procedimiento que más se usa para la evaluación del dolor, el Cuestionario de dolor de McGill (MPQ), justamente valora cuáles son esos adjetivos y se utiliza tanto con fines diagnósticos como para valorar las respuestas a los tratamientos. Si se consigue modificar la forma en que la persona describe su dolor, se producirá en consecuencia, cambios en la experiencia que pueden dar lugar a una disminución de la intensidad.

Esto se puede hacer de muchas maneras, una de ellas es conocer como el paciente describe el dolor y concentrarse en alguno de los adjetivos. Por ejemplo, si el paciente describe su dolor como "caliente", "ardiente", se puede intentar que lo "enfríe" en algún grado o de alguna manera, puede ser que la persona imagine que un aire refresca la zona dolorosa, (como se hace con la técnica de FRD) o que la sensación de ardencia se vaya transformando en picor. Otra forma de hacerlo es pedirle a la persona que describa el color del dolor o que lo vea en forma de luces y sombras, y entonces ir modificando poco a poco esa cualidad. Por ejemplo, un paciente puede ver su dolor como una sombra negra que está ubicada entre el cuello y su clavícula, y la relajación como una luz brillante y clara, a medida que avanza la relajación, va iluminando las zonas de sombra.

Mientras más precisos sean los atributos, más fáciles serán de modificar, por lo que se debe invitar a la persona a que haga descripciones detalladas, y desarrolle asociaciones de tales descripciones con recuerdos, imágenes, etc. Se puede apoyar este proceso con metáforas.

Otro procedimiento que puede utilizarse es sugerir al paciente que el dolor va a disminuir en el curso del tiempo, sin que él se dé cuenta, hasta que dentro de unos días (o unas horas, o unos minutos) notará que tiene menos dolor. Esta técnica es particularmente efectiva si se asocia a un placebo o, mejor, a un analgésico real, al

que se le pueden atribuir propiedades terapéuticas que quizá no tenga realmente. Si se va utilizar el efecto placebo resulta conveniente ritualizar al máximo todo lo referido al consumo del medicamento: prescribir una dosis exacta, un momento exacto para consumirlo que debe ser ese y no otro para lograr los efectos, prohibir determinadas actividades o alimentos, etc. Cuando se da intencionadamente el placebo es más eficaz (Kirsch y Weixel, 1988; Finniss, Kaptchuk Miller y Benedetti, 2010).

Lo que es válido para un analgésico es válido para cualquier otro proceder: masajes, fisioterapia, acupuntura, etc., así como para cualquier técnica de relajación o inducción hipnótica. Por ejemplo, se puede explicar al paciente que los ejercicios respiratorios van a producir determinados cambios fisiológicos, y que el dolor irá disminuyendo dos grados cada vez que los practique, que puede que él o ella no note la diferencia pues dos grados es muy poco, pero que sumando dos más dos más dos, etc., al cabo de varias prácticas, notará una disminución importante.

La regresión y progresión de edad se pueden utilizar para que el paciente se ubique en una época (pasada o futura) en que no tiene dolor, lo cual puede resultar muy útil no sólo para aliviar el dolor, sino para que la persona descubra los recursos que estaba utilizando para controlar el dolor (si se retrotrae al pasado), o se vea a sí mismo utilizando estrategias de afrontamiento efectivas en el futuro (si se utiliza la progresión de edad).

En el caso de los dolores recurrentes, puede utilizarse la distorsión del tiempo para disminuir el tiempo subjetivo de duración del episodio doloroso y alargar el tiempo que la persona está sin dolor. Por ejemplo, durante el trabajo de parto, se pueden dar sugerencias que el tiempo de duración del dolor asociado a las contracciones “pasa de manera muy rápida”, mientras que el tiempo entre una y otra contracción “es un largo descanso en el que se reponen fuerzas”. Yapko (2006) plantea que la distorsión del tiempo tiende a surgir de manera espontánea cuando la persona cierra los ojos y se absorbe en una experiencia interna. En esas situaciones, el mundo exterior (incluyendo el propio cuerpo) permanece como un fondo, y se hace difícil evaluar cuánto tiempo ha transcurrido. Una forma de alargar el tiempo subjetivo es sugiriendo a la persona que se imagine que está realizando una serie de tareas: por ejemplo, fregando la loza, cortándose el cabello, etc. Una manera de acortar el tiempo subjetivo es invitando a la persona a recordar situaciones

agradables y momentos felices. O sugerirlo directamente, acompasando la sugerencias imprimiéndoles más velocidad o menos, según se pretenda aceleración o ralentización.

Cambiar el significado que tiene para el paciente la experiencia de dolor, puede tener un gran valor terapéutico. Un ama de casa con osteoartritis generalizada, que busca desesperadamente alivio del dolor, y no quiere aceptar pausas de reposo, disminución de esfuerzos físicos, etc., porque se siente inútil por no poder cumplir con todos sus deberes domésticos, puede darse cuenta de que ahora tiene la oportunidad para que se produzca una justa redistribución de la responsabilidad y de tener más tiempo libre para ocuparse de cosas que a ella le gusten, mejorando su cumplimiento terapéutico y lográndose alivio del dolor por esta vía, así como por el alivio de la ansiedad asociada a la alta auto exigencia.

El dolor también puede ser re encuadrado como un aviso para el paciente de que debe cambiar de actividad o cesar algún tipo de esfuerzo físico, o como el recordatorio de que deben comenzar su sesión de relajación. Así mismo, pueden utilizarse sugerencias posthipnóticas, que estén o no relacionadas directamente con el dolor o con emociones asociadas al mismo, si la persona logra estar relajada y con un estado de ánimo confortable, el dolor disminuirá. Se puede hacer, por ejemplo, induciendo un estado de relajación mediante cualquier técnica, y sugerir que, cuando termine la relajación, se sentirá tranquilo, contento y aliviado.

Otra estrategia es dar sugerencias posthipnóticas de comportamientos que serán beneficiosos para el paciente, como por ejemplo, tomar el medicamento y asociar esta señal a otra como: *“ y al poco tiempo, podrá dormir cómodamente”*.

Como puede deducirse de lo expuesto hasta aquí, las posibilidades de utilizar la sugestión en el manejo del dolor son infinitas, pero requieren de creatividad y flexibilidad por parte del terapeuta. Debe quedar claro que no se trata de engañar, pues, además de poco ético, es ineficiente. De lo que se trata es de aprovechar su marco de referencia, sus creencias, valoraciones, expectativas, para ayudar a aliviar el sufrimiento. Muchas de las explicaciones sobre las bases curativas de determinados procedimientos médicos son hartamente discutibles y sin embargo, las aceptamos al pie de la letra y se las comunicamos a nuestros pacientes. Aquí estamos proponiendo otra forma de proceder: como científicos, cuestionemos las explicaciones y continuemos investigando; como terapeutas que tenemos la misión

de aliviar el sufrimiento, no dudemos de utilizar algún recurso si este puede ser beneficioso para la persona.

Debo insistir en que ninguna sugestión en sí misma es terapéutica si no está enmarcada en el contexto de la intervención, de la relación terapéutica y de las características, creencias y expectativas del paciente. En esta línea de pensamiento, presentaremos a continuación varios ejemplos de utilización de la hipnosis para el control de diferentes tipos de dolor. He modificado las informaciones que pudieran facilitar la identificación de los pacientes y profesionales intervinientes por razones éticas.

Ejemplo de utilización de sugestión indirecta para el control del dolor agudo post-traumático y de comportamientos de ansiedad y miedo en un niño de 5 años.

Se trata de un niño de 5 años (lo llamaré Manolito), vecino mío, a quien conozco desde que nació. Mantengo relaciones afectivas profundas y cálidas con el niño y su familia desde hace muchos años. El fin de semana anterior al de los hechos que narro, habíamos ido a la playa, y Manolito lo había pasado muy bien, jugando con las olas a la orilla del mar. Ese día estaban de visita en mi casa. Conversaba con los padres acerca de un evento científico sobre dolor en el que acaba de participar. Los padres del niño no son profesionales de la salud y se mostraban interesados acerca de qué podía aportar la Psicología al tratamiento del dolor. En la misma habitación, el niño y mis hijos jugaban con varios muñecos que representaban a personajes de un serial infantil que trataba acerca de unos osos cariñosos que hacían el bien al resto de los animales del bosque. Nos hallábamos presentes mi esposo, los padres del niño, mis dos hijos (de 5 y 9 años respectivamente en aquel entonces) y yo.

De repente, un viento fuerte cerró una puerta de hierro, y el niño que en ese momento acaba de situar su mano en el borde, se golpeó el dedo pulgar, que inmediatamente adquirió un tono morado y se inflamó. Todos nos pusimos nerviosos y temíamos que se hubiera producido una fractura, el niño gritaba y lloraba desconsoladamente, y su llanto se incrementó cuando se dijo que lo iban a llevar al hospital, porque acaba de pasar por una gripe que requirió tratamiento con inyecciones, a las cuales temía, por lo que se negaba que lo llevaran al médico, sin

dejar de llorar y quejarse por el intenso dolor. Los padres insistían con el niño acerca de que había ir que al hospital, trataban de ponerle compresas frías en el dedo a lo cual él se negaba porque no permitía que le tocaran, darle un vaso de agua que rechazó también, le pedían que se calmara, todo esto en voz alta y aguda y de manera desorganizada, evidentemente asustados y un poco irritados antes la conducta negativista del niño; mientras mi esposo (y al inicio, yo también) mirábamos confundidos la escena y corríamos a cumplir las peticiones de los padres. Mi hijo de 9 años observaba asustado y mi hija de 5 años también se puso a llorar, por contagio con el comportamiento de Manolito.

Dado que las conductas de todos los presentes estaban contribuyendo a intensificar la atención del niño hacia las sensaciones dolorosa e incrementando su ansiedad y miedo, así como impidiendo que se aplicara una estrategia para el alivio inmediato del dolor como era el uso de compresas frías, era necesario en primera instancia, modificar esa situación.

Entonces pedí a mis hijos que me ayudaran a recoger los juguetes y comencé a establecer una conversación con los muñecos y mis hijos mientras los guardaba en sus respectivas cajas. Les decía indistintamente a los niños y a los muñecos que era el momento de retirarse porque Manolito estaba muy adolorido y que debían pensar en una manera de que pudiera aliviarse. Utilizaba un lenguaje muy simple, infantil, y un tono de voz cálido y pausado, que contrastaba con el ambiente de tonos altos y nerviosos que prevalecía entre los adultos que estaban presentes en la habitación. De esta manera, logré captar la atención de todos y poco a poco fueron haciendo silencio, observando extrañados mi comportamiento tan poco apropiado para la situación.

Cuando me percaté que había logrado captar la atención de Manolito, quien seguía llorando y quejándose, pero que miraba lo que yo estaba haciendo, fingí que no le prestaba atención y tomé el muñeco con el que había estado jugando (vamos a llamarlo muñeco A). Le dije al muñeco A que lamentaba tener que guardarlo porque sabía cuánto le habría gustado acompañar a Manolito al hospital y enseñarle como ser valiente y fuerte, pero qué como Manolito estaba llorando y gritando tanto y no quería ir al médico, lo mejor era dejarlo tranquilo. El muñeco me respondía que no lo guardara porque él era un oso cariñoso y mago, y que era amigo de Manolito. Yo discutía con el muñeco, y poco a poco, Manolito fue dejando de quejarse y

sollozaba de forma más débil y esporádica, intrigado por mi conversación con el juguete.

Entonces a mi hija se le cayó uno de los muñecos (que será el muñeco B) y aproveché esa circunstancia para que el muñeco A hablara con el B. El muñeco A, mientras acariciaba cariñosamente al B, le decía que sabía que había recibido un golpe muy fuerte y que le dolía mucho pero que hacía bien en estar callado y tranquilo, porque cuando uno grita el dolor se hace más fuerte, que era muy valiente y que se acordaba de que cuando habían estado en la playa el domingo anterior, el muñeco B lo había demostrado porque no le tuvo miedo a las olas, ni al mar, y que recordaba lo rico que era sentir las olas como iban y venían, y como el agua fría mojaba sus manos y las refrescaba. Con un tono de voz cada vez más pausado y monótono, me refería reiteradamente al efecto refrescante de las olas del mar, al lindo día de verano que hacía hoy, a lo rica y fresca que estaba el agua, le pedía al muñeco que oyera las olas mientras reproducía su sonido.

A esas alturas, Manolito ya no lloraba y prestaba atención a lo que ocurría entre los muñecos; y sus padres se mantenían en silencio, mientras la madre acariciaba a Manolito suavemente y colocaba la compresa fría sobre su dedo, de lo que niño apenas se percató. Entonces el muñeco A incluyó a Manolito en su diálogo con el muñeco B, diciendo a ambos que el agua fría era muy buena para aliviar las molestias y les contó que una vez se había dado un golpe muy fuerte y en el hospital le hicieron una foto de la mano y se la dieron de recuerdo, y que después le habían dado una pildorita y enseguida se había curado y pudo seguir combatiendo a los malos. Le dí ambos muñecos a Manolito y le dije que los llevara al hospital y de esa manera, salimos para el mismo.

Como puede deducirse del relato anterior, en este caso se utilizó la sugestión indirecta para proporcionar indicaciones de tranquilidad, relajación y alivio del dolor, así como para reforzar el efecto analgésico de las compresas frías, aprovechando experiencias agradables y valiosas para el niño, como era su relación con los juguetes y personajes del serial televisivo, y su reciente paseo a la playa. También para lograr la cooperación del niño con la conducta terapéutica más adecuada a la situación, que era la de ir al centro de salud.

En el trayecto hacia el hospital, el cuál hicimos andando pues está muy cerca de mi casa, seguimos conversando entre los adultos (los padres del niño y yo) de otras

ocasiones en que nos habíamos dado fuertes golpes y de que siempre nos habían hecho fotos y comentábamos con Manolito cómo era que hacían ese tipo de fotos, describiéndole el salón de Rayos X, el equipo de radiografía, etc. Aquí se estaba combinando la sugestión indirecta (conversaciones entre los adultos) con la información sobre los procedimientos médicos y la distracción de la experiencia dolorosa. Probablemente, también el dolor se había aliviado porque había transcurrido unos 20 minutos desde que se había dado el golpe.

Así, en la consulta con el médico y en la toma de la radiografía estuvo tranquilo. Afortunadamente, no había fractura y el médico sólo indicó un analgésico ligero por vía oral.

Ejemplo de control del dolor y comportamientos ansiosos en una paciente de 24 años ingresada en una sala de cuidados intensivos para pacientes quemados, mediante un abordaje con hipnosis estructurada con visualización y fantasías.

Se trataba de una paciente de 24 años, que llamaremos María, quien había realizado intento de suicidio mediante el fuego. En Cuba este tipo de estrategia suicida no es rara entre personas de bajo nivel educativo. María provenía de un hogar disfuncional (abandono paterno, mala situación económica) de escaso nivel educativo, de procedencia campesina. Cuando terminó el sexto grado (enseñanza primaria) vino para la capital para continuar la enseñanza media en una institución en la que estaba interna, y pasaba los fines de semana en la casa de una prima de su madre, con la que no tenía muy buenas relaciones afectivas pues, según palabras de la paciente “era muy mandona y gritona y le quería controlar la vida”. No le interesaban mucho los estudios y sus calificaciones eran mediocres, aunque no repitió ningún curso. A los 13 años tuvo su primer novio y a los 16 años comenzó su vida sexual con Antonio, de 22 años, marinero, “de quien se enamoró profundamente”. Como la prima no estaba de acuerdo con esta conducta, María se mudó a la casa donde Antonio vivía con su madre, padre y dos hermanas. Rápidamente quedó embarazada y abandonó los estudios antes de finalizar el último curso del preuniversitario, lo que disgustó a su madre y hermanos. Este embarazo se frustró a los seis meses tras una caída accidental mientras realizaba tareas domésticas. María estaba muy resentida con su suegra y cuñadas pues las

consideraba responsables de la pérdida de este embarazo “porque la hacían trabajar como una esclava, ella era la Cenicienta” y Antonio y su suegro “no se metían en eso”. Desde entonces sus relaciones con la familia de él se deterioraron, y eran muy frecuentes las discusiones en el hogar. Como Antonio trabaja como marinerero, pasaba muchos meses fuera de la casa, y cuando regresaba “sólo pedían que lo dejaran tranquilo y le gustaba mucho la tomadera (borracheras) y las fiestas”. En esa época comenzaron las infidelidades de Antonio, que provocaban fuertes disputas entre ellos, pero María no se separó de él “porque estaba muy enamorada y él siempre le prometía que iba a cambiar”. Intentó en varias ocasiones comenzar a trabajar, pero abandonaba los empleos a las pocas semanas “porque ella no estaba para que la estuvieran mandando”. A los 20 años volvió a quedar embarazada de nuevo, y decidió interrumpir voluntariamente ese embarazo porque había sorprendido a Antonio en una nueva infidelidad, aunque después de varias semanas de discusiones, se reconciliaron nuevamente. A partir de este incidente comenzó a sentirse muy nerviosa, triste, dormía mal y “se puso muy peleona” por lo que las disputas con su esposo, suegra y cuñadas aumentaron en intensidad y frecuencia. Antonio inició una nueva relación de pareja que no le ocultó ni intentó justificar y ella temía que la abandonara, pero aunque cuando regresaba de sus viajes, pasaba muchas noches y hasta semanas en la casa de “la otra”, seguía manteniendo relaciones sexuales con ella. Esta situación se mantuvo durante más de un año, y María se sentía “cada vez más alterada”, recurrió a amenazas, discusiones y súplicas, indistintamente, tanto a Antonio como a su nueva pareja, así como a la familia de él, pero sin resultado. En una de las discusiones con Antonio y su madre, en que ambos le dijeron que ella debía irse de la casa y “dejarlo tranquilo”, ella “se volvió loca y le gritó que se iba a dar candela”, se roció la ropa con keroseno y se lanzó encima un fósforo encendido. Inmediatamente todo su cuerpo comenzó a arder, Antonio y la familia a duras penas lograron sofocar las llamas y la llevaron al hospital.

Tenía quemaduras de segundo y tercer grado en el torso, espalda, cara y brazos (cerca del 20% de la superficie corporal) que le provocaban un dolor de “fondo” que a la semana del ingreso, medido con una escala análogo visual (EVA) de 10 puntos, oscilaba entre 6 y 10 en las 24 horas del día. Las curas eran especialmente cruentas pues no podían suministrarse analgésicos locales y la EVA era de valor 10 durante el procedimiento y hasta una o dos horas después de finalizado el mismo. María apenas dormía por la noche, a pesar de que por vía

intravenosa se le suministraban analgésicos y tranquilizantes, dormitaba durante el día, se quejaba constantemente y gritaba mucho durante las curas, lo que exasperaba a médicos y enfermeras.

Dadas las características de las UCI de quemados, la evaluación e intervención psicológica inicial se realizó mediante entrevistas breves, de aproximadamente media hora de duración, en tres ocasiones en el día: por las mañanas antes de las curas, por la tarde alrededor de la hora de almuerzo y al final de la jornada laboral, entre las 4.30 y 5.00 pm. Esta intervención inicial se prolongó durante las dos semanas que la paciente estuvo en la UCI. Después, cuando pasó a sala, se trabajó en sesiones de una hora dos o tres veces a la semana durante el mes que duró el ingreso y al finalizar este, se continuó el seguimiento por Consulta durante seis meses, en coordinación con los servicios de Psiquiatría, Quemados, Cirugía Reconstructiva y Rehabilitación.

En la fase inicial los objetivos de la intervención psicológica fueron establecer una adecuada relación terapéutica, aliviar la ansiedad, el dolor de “fondo”, los trastornos del sueño y el dolor en las curaciones, así como modificar los comportamientos de quejas y gritos y mejorar la relación de la paciente con el equipo médico. Las etapas posteriores tuvieron como objetivos de todo el equipo la rehabilitación de la movilidad de los brazos y el torso que habían sido afectadas por las quemaduras, la corrección quirúrgica de las cicatrices con fines estéticos, la prevención de intentos suicidas, el tratamiento del cuadro ansioso depresivo y los trastornos de comportamiento que habían conducido a la paciente a su situación actual, incluyendo sus relaciones con la pareja y la familia. A estos objetivos, desde la Psicología de la Salud se contribuyó con técnicas cognitivo-comportamentales, terapia de pareja y de familia, así como mediante asesoría al resto del equipo de salud. Aquí sólo nos referiremos a la primera etapa que fue en la que se utilizó la hipnosis combinada con técnicas cognitivo-comportamentales y se trabajó solamente con María y el equipo de la UCI.

Para la evaluación inicial se utilizó la observación y entrevistas a la paciente y a las enfermeras, y se aplicaba mediante entrevista una EVA para dolor y otra para ansiedad en todos los encuentros. Estos procedimientos permitieron identificar las situaciones en que se producían los máximos y mínimos niveles de dolor y esclarecer su relación con la ansiedad y los factores contextuales. También en estas entrevistas iniciales se obtuvo la información descrita anteriormente sobre las

razones que ella adujo para explicar su intento suicida, del que estaba arrepentida porque “ella no sabía que le iba a costar tanto dolor”. En esos momentos, había mejorado la relación con Antonio y su familia, él la iba a ver todos los días (pues se permitían visitas durante media hora a los familiares), se mostraba tierno y afectuoso y “le había pedido perdón por hacerla sufrir tanto”. También habían venido para la Habana su madre y una de sus hermanas mayores, y la visitaban asiduamente, al igual que su familia política y amistades, por lo que ella “se había dado cuenta de que la gente la quería y no debía haber intentado matarse”.

Los mayores niveles de dolor y ansiedad ocurrían antes y durante las curas, pero también en las noches, en las que disminuía la actividad en la UCI, y durante los pases de visita del equipo médico “porque la zarandeaban y le toqueteaban las heridas”; los menores niveles de dolor era cuando estaba viendo la TV, en las visitas de sus familiares, sobre todo cuando iba su madre y una de sus mejores amigas; y cuando conversaba con una enfermera de la que se había hecho amiga; también cuando lograba dormir, pero el sueño era interrumpido frecuentemente por el dolor. Ella se sentía desesperada e impotente ante el dolor, consideraba que no podía controlarlo por sí misma y que los medicamentos “no le hacían nada” y achacaba al mismo su malestar emocional y los trastornos del sueño. Además, sus quejas le proporcionaban atención por parte del equipo médico y mimos de sus familiares, en especial, de su esposo.

Exploré las creencias y actitudes de María hacia la hipnosis y resultó que se acercaba al enfoque tradicional de la hipnosis como estado especial parecido al sueño, inducido por un hipnotizador, que puede lograr que sucedan cosas “mágicas” e inusuales, enfoque que como he comentado anteriormente, es bastante frecuente entre los cubanos, sin embargo, no creía que su dolor pudiera suprimirse mediante hipnosis, “si ni siquiera se quitaba con las medicinas”. Dado que estaba en reposo acostada, adolorida, vendada, etc, sólo realicé dos procedimientos para evaluar la hipnotizabilidad y para reforzar la creencia de que ella sería un buen “sujeto hipnótico”: prueba del sabor a limón y una visualización de un lugar donde se había sentido feliz, en este caso, ella escogió un riachuelo cercano a su casa de la infancia donde jugaba con sus hermanos. Pude constatar que le era relativamente fácil concentrarse en la visualización y que su estado anímico mejoraba sensiblemente.

Teniendo en cuenta estas informaciones se diseñó un programa de tratamiento que incluía: aumento de actividades distractoras durante el horario diurno, en esto jugó un papel importante la enfermera amiga, quien aumentó la frecuencia y duración de sus contactos con María. Se interconsultó con el servicio de Psiquiatría que ajustó las dosis y frecuencia de suministro de los ansiolíticos e indicó un inductor de sueño. Mediante sugestión directa (tanto del psiquiatra, como mía) se reforzó la creencia en los efectos sedantes y analgésicos de los nuevos medicamentos y se pidió al jefe del equipo médico que durante el siguiente pase de visita le explicara al resto del equipo la importancia y efectividad demostrada del nuevo esquema terapéutico de forma que María pudiera escucharla, lo cual hicieron (sugestión indirecta).

Me pareció conveniente utilizar una estrategia de hipnosis convencional (método del pestañeo sincronizado) ya que la paciente no se sentía capaz de autocontrolar el dolor y creía que la hipnosis “le ayudaría a sedarse”, también este tipo de procedimiento sería conveniente para profundizar la relación terapéutica en estas etapas iniciales de la intervención y podría contribuir a fortalecer mi relación con el equipo médico (que tenía creencias sobre la hipnosis similares a la de María). Le comuniqué a la paciente que la hipnotizaría para lograr que se sintiera más tranquila y cómoda. No le hablé del objetivo de la analgesia por su convicción de que su dolor era incontrolable y porque además de que “objetivamente” era muy intenso, ella estaba obteniendo beneficios afectivos con sus quejas, por lo que sería muy difícil que admitiera alguna mejoría en estos momentos.

Ya que esta estrategia implica un incremento de la atención en las sensaciones, es difícil de aplicar cuando la persona está muy adolorida o agitada. Así, escogí para la primera sesión un momento en que el dolor era de intensidad moderada (EAV = 6) en horario de la tarde, varias horas después de las curas, en la propia cama de la paciente (que estaba en un cubículo separado de los otros casos mediante mamparas movibles). Comencé el proceso de la manera que se describe en páginas anteriores, con énfasis en sugestiones iniciales de relajación y tranquilidad, centrando su atención en sentimientos e ideas y evitando la atención a las sensaciones corporales. Así mismo, utilicé los ruidos habituales de la sala como señales de que la relajación se haría cada vez más profunda. Con la finalidad de reforzar el efecto sugestivo, se le sugirió que la catalepsia palpebral indicaría que ya estaba totalmente hipnotizada, a partir de ese momento combiné una estrategia

de conteo regresivo con la imagen de descender por una escalera hacia un lugar maravilloso (la cueva de los tesoros) porque en una entrevista previa ella utilizó la metáfora de que le gustaría tener una lámpara maravillosa que por arte de magia le quitara el dolor, así como por su preferencia a utilizar metáforas basadas en cuentos infantiles (recuérdese el símil con la Cenicienta).

Así, cuando llegó al fondo de la cueva, se le sugirió que explorara el lugar y observara los bellos tesoros que escondía y en cierto momento encontraría una lámpara maravillosa, cuya luz proporcionaba paz y alivio de cualquier dolor, físico o espiritual. Manteniendo las sugerencias de que estaba en un profundo estado hipnótico, totalmente relajada, se le indicó que podría responder a mis preguntas y hablar, lo cual hizo, manteniendo la catalepsia palpebral, la postura de relajación y con una voz similar a la de las personas que hablan dormidas. Cuando me dijo que ya tenía la lámpara, le pregunté qué pasaba y me la describió (dorada, muy bonita) y que al presionar un botón, emitía una luz que cambiaba de los colores rosa, azul y dorado. Le dije que podía usar la lámpara como una linterna para iluminar el entorno y su propio cuerpo; y me contestó que lo estaba haciendo y que la luz era acariciante y agradable, y que la refrescaba y le aliviaba el dolor. Reforcé las sugerencias de tranquilidad, bienestar y alegría e hice la sugestión posthipnótica de que a partir de ahora, ella podría llegar a ese lugar maravilloso y tomar su lámpara analgésica cada vez que yo la visitara, y que el alivio iba a durar por horas. La “desperté” mediante conteo regresivo, le dije que ya podía abrir los ojos y hablar normalmente, mientras seguiría sintiéndose cómoda, tranquila y aliviada. El nivel de dolor había descendido a 3 según me refirió, e inmediatamente volví a realizar la inducción, abreviando el proceso del pestañeo sincronizado y el descenso a la caverna mágica, donde enseguida encontró la lámpara analgésica, etc. esta repetición tuvo como objetivo reforzar la sugestión posthipnótica para acelerar la inducción y reforzar también el efecto analgésico.

Repetí este procedimiento en las próximas dos ocasiones en que la visité, en las que María tenía similares niveles de dolor inicial y en ambas el dolor disminuyó a niveles más tolerables. Refirió que estaba “durmiendo un poquito mejor” y que en general, por el día estaba un “poquito más aliviada”. Decidí entonces probar con las curas, que era el problema más difícil tanto para la paciente como para todo el equipo de salud, pues ya desde media hora antes, María comenzaba a llorar y se mostraba muy atemorizada, aunque por indicación mía ya no gritaba tanto durante

las curas, pues le dije que los gritos incrementaban el dolor y ponían nerviosos a los médicos.

Así, le comuniqué que al otro día la visitaría antes de la cura para hipnotizarla y que fuera al salón más tranquila y aliviada. Llegué media hora antes y encontré a María muy nerviosa, refirió un nivel de dolor en 10, prolongué el período inicial de sugerencias de relajación y tranquilidad y mantuve igual el resto del procedimiento, de manera que al finalizar, María estaba más tranquila y con un nivel de dolor en 6. En el salón no intenté hipnotizarla, aunque sí le di apoyo afectivo e intenté distraer su atención de las maniobras de los médicos mediante conversaciones sobre temas diversos, lo más humorísticas posibles, en las que procuraba introducir algunas palabras claves de la inducción hipnótica como tranquilidad, relajación o relajo. Ella estuvo algo más tranquila que en otras sesiones según los médicos, aunque sintió el mismo nivel de dolor de siempre (el máximo), pues no se utilizó la hipnosis con fines anestésicos.

Procedimos de la misma manera y con resultados más o menos similares durante todo el período que estuvo en la UCI. El dolor en las curas se mantuvo siempre en un alto nivel de intensidad, aunque su comportamiento fue más colaborador, y el dolor de fondo fue disminuyendo en intensidad hasta mantenerse en un promedio entre 2 y 3, como resultado del trabajo multidisciplinario. Hubo mejoría en el sueño nocturno y se mostraba tranquila y de mejor estado anímico. Además de hipnotizarla, en esta etapa me centré en darle apoyo emocional e intentar incrementar su posibilidad de autocontrol del dolor, haciéndole ver los vínculos entre dolor y ansiedad. También trabajé la relación entre la paciente y el equipo médico, buscando un clima afectivo más agradable mediante el uso de chistes y bromas por parte de los médicos y enfermeras durante los pases de visita, que la llamaran por su nombre y no por el número de cama y que le hablaran de cuanto sus familiares se estaban preocupando por ella.

Quiero señalar que atribuyo gran parte del efecto terapéutico de la hipnosis para aliviar el dolor de fondo y la mejoraría de su comportamiento durante las curas no sólo a las sugerencias analgésicas, un papel importante lo tuvo el hecho de que mantenía una buena relación con la paciente, quien no quería “decepcionarme”. También resultaron importantes los efectos de las otras estrategias de intervención ya que el equipo médico comenzó a mantener una relación cálida y afectiva con María, y durante su estancia en la UCI ella recibió afecto, comprensión y cariño de

sus familiares, fortaleciéndose su relación de pareja, que era lo que ella anhelaba; y estos “premios” se le proporcionaban como refuerzo de los comportamientos de estoicismo ante el dolor durante las curaciones y en general, por “mejorar”. Por supuesto, el resto de las intervenciones biomédicas también tuvieron un efecto curativo y la mejoría de los trastornos del sueño se la atribuyo fundamentalmente a que se adecuó el esquema de tratamiento psicofarmacológico.

Ejemplo de uso del FRD para el alivio del dolor en una paciente con osteartrosis (OA) y fibromialgia

Llamaré Mercedes a una mujer de 62 años, con diagnóstico de osteoartrosis (OA) generalizada de más de 10 años de evolución que se atendía en fue tratada en Consulta de Psicología durante un período de dos meses, en sesiones de una hora semanal durante el primer mes (menos la primera consulta que fue aproximadamente dos horas), y de una hora quincenal en el segundo.

Mercedes había consultado a su reumatólogo porque estaba en “crisis” con mucho dolor en “todo el cuerpo”, apenas podía dormir ni realizar las tareas domésticas por el dolor y estaba desesperada. El reumatólogo diagnosticó una fibromialgia asociada a la OA y la remitió a consulta de Psicología, como se hacía habitualmente en esa institución con todas las personas con fibromialgia.

En la primera consulta, tras establecer el rapport inicial, exploré lo que creía acerca de por qué la enviaban a Psicología. Respondió que ella sabía que su dolor “no era psíquico” pero que creía que la habían mandado al psicólogo porque le había dicho al médico que no podía dormir y estaba muy alterada por tanto dolor, ella pensaba que la consulta de psicología podría serle útil para mejorar el sueño y el estado de ánimo. Nunca antes había acudido a psicólogo ni psiquiatra y se consideraba a sí misma como una persona “fuerte y estable”, aunque en este momento estaba pasando por una situación laboral muy tensa porque ella trabajaba como vigilante en una empresa en la que recientemente se había producido un robo de un televisor y otros equipos, y aunque ella no estaba directamente implicada en los hechos, se había cuestionado el trabajo de todos los vigilantes, y les habían impuesto a todos una medida administrativa disciplinaria (rebaja de salario por tres meses) con la cual ella no estaba de acuerdo. Esto motivaba frecuentes enfrentamientos con sus jefes, el director de la empresa, etc. y ella se sentía muy

mal. No padecía de otras enfermedades. Tenía un nivel escolar medio (secundaria vencida) Casada, con dos hijos adultos, convivía con su esposo, hijos, nueras y tres nietos y las relaciones familiares eran buenas. Trabajaba en esa empresa en ese puesto de trabajo desde hacía 22 años y siempre se había sentido bien allí, mantenía buenas relaciones con sus compañeros y nunca había tenido problemas hasta el momento actual.

El dolor comenzó tres meses atrás, justamente a raíz de que se comenzara la investigación del robo y los procesos administrativos ya descritos. El dolor había comenzado por las rodillas, pero se había ido generalizando a todo el cuerpo, y cada vez era más fuerte y no se aliviaba con nada. La limitaba mucho para realizar cualquier tarea doméstica y usar el transporte público, por lo que llevaba 21 días de baja médica. Dormía apenas dos o tres horas y todo el tiempo se sentía ansiosa, alterada y “llena de rabia”. Sus familiares le habían dicho que la notaban “irritable y peleona”.

Se aplicó IDARE, IDERE, GEMAT y MPQ. En el IDARE – E obtuvo una calificación de 67 (alta) y en la escala rasgo de 44 (media), en el IDERE-E obtuvo una puntuación de 56 (alto) y en la escala rasgo de 45 (punto de corte entre el nivel medio y alto). Estas puntuaciones sugieren que si bien Mercedes mostraba un nivel de malestar emocional alto, caracterizado por vivencias de ansiedad y tristeza, al parecer no eran de carácter crónico, por lo que podrían ser reactivos a una problemática actual.

En la figura 3 se mostró el perfil del GEMAT, como puede observarse la paciente obtiene puntuaciones por encima de la mediana en todas las subescalas menos en la de Justificación Lesional del dolor, que debemos recordar que no la responde el sujeto, sino el médico que la atiende; y en la de cronicidad, ya que esta crisis dolorosa tiene tres meses de evolución. Como puede observarse en la figura 4, la paciente usa muchos adjetivos emocionales para describir su dolor, que valora como intenso con una EAV=7 en el momento del estudio.

Se profundizó en la evaluación acerca de las creencias de la paciente sobre la controlabilidad del dolor y sus intervínculos con su estado emocional y la situación actual que estaba afrontando. Reconoció que era posible que su dolor hubiera empeorado por su estado nervioso ya que antes ella siempre había sido “una mujer fuerte y no había permitido que sus problemas de huesos la limitaran en nada” , ella

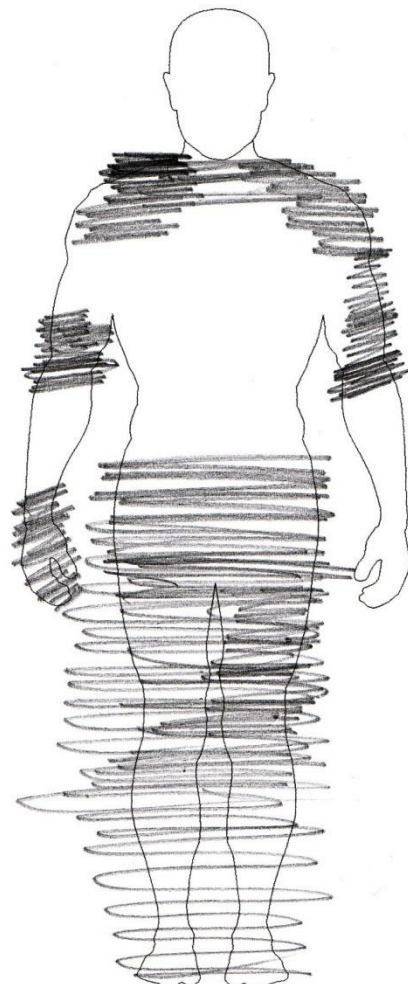
Figura 4: MPQ de Mercedes

CUESTIONARIO DE DOLOR MPQ.

NOMBRE: Mercedes ~~_____~~ HC: ~~_____~~ FECHA: 28/10/1999

INSTRUCCIONES: MARQUE CON UNA CRUZ (X) EN LA LINEA CONTIGUA LA PALABRA DE CADA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU DOLOR. SI EN ALGUNA CASILLA NO ENCUENTRA UNA PALABRA QUE SIRVA PARA DESCRIBIR SU DOLOR, DEJELA EN BLANCO

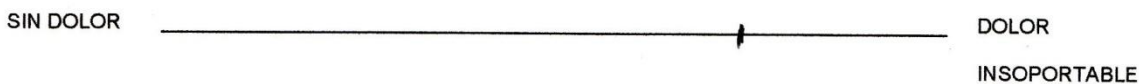
1. COMO PULSACIONES <input checked="" type="checkbox"/> COMO UNA SACUDADIDA _____ COMO UN LATIGAZO _____	8. TEMIBLE <input checked="" type="checkbox"/> ESPANTOSO <input checked="" type="checkbox"/> HORRIBLE <input checked="" type="checkbox"/>
2. CALIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ARDIENTE <input checked="" type="checkbox"/> FRIO _____	9. QUE MAREA <input checked="" type="checkbox"/> SOFOCANTE <input checked="" type="checkbox"/>
3. COMO UN PELLIZCO _____ OPRESIVO <input checked="" type="checkbox"/> RETORTIJON _____ ESPASMO _____ ENTUMECIMIENTO _____ AGARROTAMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> CALAMBRE _____	10. MORTIFICANTE <input checked="" type="checkbox"/> QUE ATORMENTA <input checked="" type="checkbox"/> VIOLENTO <input checked="" type="checkbox"/>
4. PUNZANTE _____ AGUDO _____ PINCHAZO _____ PENETRANTE <input checked="" type="checkbox"/>	11. INCAPACITANTE <input checked="" type="checkbox"/> AGOTADOR <input checked="" type="checkbox"/> EXTENUANTE <input checked="" type="checkbox"/>
5. TIRANTE <input checked="" type="checkbox"/> COMO UN DESGARRO <input checked="" type="checkbox"/> PESADO <input checked="" type="checkbox"/> TENSO <input checked="" type="checkbox"/>	12. QUE IRRITA <input checked="" type="checkbox"/> INCOMODO <input checked="" type="checkbox"/> QUE CONSUME <input checked="" type="checkbox"/>
6. INTERNO _____ SUPERFICIAL _____ PROFUNDO <input checked="" type="checkbox"/> DIFUSO <input checked="" type="checkbox"/> FIJO <input checked="" type="checkbox"/> QUE SE IRRADIA <input checked="" type="checkbox"/>	13. DEPRIMIENTE <input checked="" type="checkbox"/> DESESPERANTE <input checked="" type="checkbox"/> QUE ANGUSTIA <input checked="" type="checkbox"/> AGOBIANTE <input checked="" type="checkbox"/> QUE OBSESIONA <input checked="" type="checkbox"/>



MARQUE CON UNA CRUZ (x) LA CATEGORIA QUE MEJOR DESCRIBA LA INTENSIDAD DE SU DOLOR

- 0 SIN DOLOR _____
- 1 LEVE _____
- 2 MOLESTO _____
- 3 FUERTE _____
- 4 INTENSO _____
- 5 INSOPORTABLE _____

MARQUE UNA CRUZ (X) SOBRE LA RAYA INDICANDO CUANTO DOLOR TIENE ACTUALMENTE



había afrontado situaciones duras en la vida (problemas económicos familiares en la infancia que la obligaron a interrumpir sus estudios para trabajar, muerte repentina de su padre por un infarto cuando ella sólo tenía 13 años, su madre tuvo una demencia senil y falleció tras años de postración) pero “nunca se había dejado derrotar”.

Aproveché estas informaciones para reforzar su autoestima y fortalecer la creencia de que ahora también sería capaz de afrontar exitosamente tanto el dolor como los problemas laborales. Analizamos que sobre el problema laboral ya había actuado (enfrentado a los directivos y estableciendo las reclamaciones administrativas pertinentes) por lo que había que esperar los resultados de estas acciones y que podría aprovechar el tiempo de la baja laboral para centrar sus esfuerzos en mejorar física y anímicamente, para tener más fuerzas para continuar “su lucha”. Su médico le había indicado fisioterapia y antiinflamatorios no esteroideos y le sugerí que valorara también tratamiento con ansiolíticos y prolongara la baja médica por dos semanas más.

Exploré las creencias que tenía acerca de las técnicas de tratamiento psicológico y dijo que ella sabía lo que había visto por la TV y oído aquí y allá: que los psicólogos conversaban con la persona, aconsejaban y enseñaban ejercicios de autocontrol. Reforcé estas creencias y la invité a aprender una técnica de autocontrol que se llamaba flujo respiratorio dirigido que podría ayudarla a sedarse, dormir mejor y aliviar el dolor. Le expliqué la primera fase de la técnica como se describe en capítulos previos y evalué el nivel de dolor y de ansiedad previos mediante EAV de 10 puntos. El dolor estaba en un nivel 7 y la ansiedad en 4. Realizó el ejercicio de respiración con éxito, refiriendo la paciente sentirse más relajada (EAV ansiedad=2) y aliviada (EAV dolor= 5) por lo que decidí introducir en la misma sesión las fases 2 y 3, también exitosamente. Visualizó que el aire que exhalaba era refrescante y “azul” y primero lo dirigió a la rodilla derecha que era la que más le dolía en ese momento y después visualizó que se envolvía en “la nube de aire azul y flotaba y volaba suavemente”. Al finalizar el ejercicio refirió sentirse muy tranquila y sedada y se observaba de buen humor, la EAV dolor disminuyó a 3, lo que ella describió como una “molestia que podía soportar perfectamente, porque antes (en crisis anteriores) con más malestar que el que tenía en ese momento, “bailaba rumba y todo”. Indiqué que practicara el ejercicio tres veces al día todos los días, con énfasis en que lo ejecutara antes de dormir para favorecer el sueño (sugestión directa).

En las siguientes sesiones, Mercedes refirió que el ejercicio le aliviaba mucho y que había mejorado del dolor, y que se lo había enseñado a su esposo que también tenía artrosis y que este estaba practicando también con buenos resultados. Además de visualizar el aire y dirigirlo a las zonas dolorosas, elaboraba fantasías de vuelo y levitación (por ejemplo que descansaba sobre la nube, se elevaba y miraba el paisaje). Por supuesto, le reforcé la importancia de este tipo de estrategias y la elogué. Dijo que la fisioterapia le “estaba ayudando mucho también”. Durante el primer mes, en las sesiones además de chequear el ejercicio, analizábamos su conflicto laboral y la forma de afrontarlo, y ella decidió con el apoyo de sus familiares, presentar su jubilación y no reincorporarse al trabajo. Al mes de tratamiento apliqué de nuevo IDARE e IDERE obteniendo valores medios en las escalas rasgo y estado de ambos instrumentos. El dolor de cuello, hombros y antebrazos era solo esporádico y “soportable” y el dolor en miembros inferiores también se había reducido en extensión e intensidad, estando fundamentalmente afectadas las dos rodillas “que siempre han estado medio malas”. Insistí en que podía seguir haciendo el ejercicio y utilizar las visualizaciones no sólo para aliviarse el dolor, sino para otros propósitos como descansar, afrontar una situación estresante, etc. Espacé las consultas a una sesión cada quince días hasta el alta definitiva.

Ejemplo de combinar hetero y autohipnosis con visualizaciones para el tratamiento de la hipertensión arterial prequirúrgica y dolor postquirúrgico en cirugía de várices.

Rosa estaba hospitalizada pendiente de una intervención quirúrgica para eliminación de várices en ambos miembros inferiores. El cirujano solicitó interconsulta con Psicología porque en dos ocasiones se había tenido que suspender la operación pues Rosa presentaba altas cifras de tensión arterial. También me comentó que él había decidido operar a la paciente en contra del criterio del clínico que la atendía por hipertensión, quien consideraba que la paciente no debía someterse a una intervención quirúrgica hasta que no se resolviera la crisis hipertensiva que presentaba desde hacía dos meses, con cifras tensionales siempre superiores a 18/11, a pesar de los fármacos. Tanto el clínico como el cirujano achacaban la crisis hipertensiva a que Rosa tenía problemas familiares que había referido a ambos de manera vaga. A pesar de la opinión del

clínico, el cirujano consideraba que la cirugía no debía posponerse pues Rosa había tenido ya dos episodios de trombosis venosa, el último apenas hacía tres meses y estaba en mal estado. Cuando el clínico supo esto, se enojó con el cirujano y las relaciones entre ambos estaban tensas en ese momento. Ambos nunca se habían llevado bien y yo conocía de antecedentes de discusiones entre ellos por razones personales.

La intervención psicológica se realizó en el local de consulta de Psicología de la institución, aunque en varias ocasiones me desplazé a la sala para realizar procedimientos o evaluaciones específicas. En total duró un mes, con dos o tres encuentros de una hora de duración por semana durante ese tiempo. Después tuvo seguimiento por consulta externa durante tres meses, pero en este informe solo referiré lo ocurrido durante la hospitalización.

Rosa tenía 52 años, divorciada, graduada de técnico medio en Contabilidad, trabajaba en una empresa desde hacía más de 15 años, mantenía buenas relaciones con sus compañeros y jefes y era considerada por ellos. Vivía con su única hija de 23 años, con la que tenía frecuentes discusiones porque no la ayudaba en los quehaceres domésticos y no aprobaba su vida sexual “porque cambiaba de novio demasiado rápido”. Se había divorciado hacía 5 años por una infidelidad del esposo y las relaciones entre ellos eran muy tensas, ella le acusaba de no ocuparse de su hija y la hija los acusaba a ambos de que querían controlarle la vida. La madre de Rosa había fallecido hacía cinco meses tras largos años de postración con una demencia senil y Rosa que era única hija, se había encargado de cuidarla, lo cual pudo hacer porque en su trabajo la apoyaron y le permitían un horario flexible y trabajar en su propia casa.

Desde que falleció su madre ella había comenzado a sentirse cada vez más alterada, aunque aceptaba la muerte de su madre porque los últimos años tuvo cada vez peor calidad de vida, sintió “como un vacío”. Dormía mal, estaba “irritable y peleona” lo que según ella había empeorado la relación con su hija “porque reconocía que ella no la dejaba vivir”, no tenía “ánimos para nada” aunque cumplía con todas sus tareas, y se sentía permanentemente nerviosa y alterada. Cinco años atrás, cuando su divorcio, estuvo igual y tuvo tratamiento con un psiquiatra que le indicó psicofármacos y mejoró, aunque “nunca volvió a ser la de antes porque se decepcionó de la vida y de la gente”, en aquella ocasión ella quería atenderse con un psicólogo porque consideraba que necesitaba “hablar y que la aconsejaran” pero

el psiquiatra le dijo que no hacía falta, que con las píldoras iba a mejorar, lo que efectivamente ocurrió, aunque “no volvió a recuperar la alegría de vivir y se volvió una amargada”.

En el primer encuentro que tuvimos, Rosa se mostró muy asustada y preocupada porque temía que si no se operaba “le iban a tener que amputar una pierna” porque estaba “muy grave de la circulación”. Ella estaba de acuerdo con el cirujano y quería operarse porque además sentía dolor constante en ambas piernas, “hasta cuando estaba durmiendo”, pero la presión no le bajaba, aunque ella hacía la dieta y cumplía al pie de la letra las indicaciones del clínico.

Me confesó que si bien se llevaba muy bien con el cirujano, quien era una persona cariñosa y comprensiva, “le tenía miedo al clínico” porque siempre la estaba regañando y le decía que si no se tranquilizaba nunca se le iba a controlar la presión, y eso la avergonzaba delante de los demás pacientes. Cada vez que el clínico llegaba a la sala a verla, ella se ponía muy nerviosa porque temía que le regañara cuando viera que tenía la presión alta y además se sentía culpable por haberle desobedecido al aceptar el consejo del cirujano de que se operara en ese momento.

Resultaba evidente que entre otras cosas, Rosa era víctima de los conflictos entre ambos médicos. Ella quería que la atendiera otro clínico y abordé el tema con él, persuadiéndole de que era lo mejor para la paciente. Al cirujano, le comenté que debía tranquilizar a la paciente acerca de su pronóstico, en particular, que era importante que ella supiera que no tenía riesgo de amputación y de que la operación podía esperar a que se controlara la tensión arterial¹². Por razones administrativas y organizativas, porque Rosa deseaba permanecer hospitalizada hasta la cirugía, y porque respondió muy bien a la hipnosis para reducir la tensión arterial (como explicaré a continuación), decidimos continuar el tratamiento de la hipertensión con la paciente hospitalizada (la otra opción era darle el alta y hacer el seguimiento por consulta externa como planteaba el clínico). El nuevo clínico que valoró a Rosa no cambió el esquema de tratamiento farmacológico y dietético que

¹² Un de las labores más difíciles de los psicólogos que trabajan en equipos de salud es manejar los conflictos interpersonales entre los profesionales. Se requiere poner en práctica habilidades y conocimientos provenientes de la Psicología Organizacional, y también una buena dosis de sentido común.

le había puesto el anterior, pues este era el correcto, pero estableció con ella una relación cálida y afectuosa en la que Rosa se sentía cómoda.

Acordamos con Rosa que el objetivo inicial sería controlar la tensión arterial y disminuir la ansiedad para que pudiera operarse y que después se seguiría por consulta externa con terapia familiar y cognitivo-conductual su malestar emocional y sus conflictos familiares.

En el primer encuentro con la paciente le apliqué las escalas Estado del IDARE y del IDERE para establecer una línea base que ella pudiera valorar en la medida que progresaba la intervención psicológica. Tenía un nivel de ansiedad estado = 77 y de depresión estado = 68. Dada su favorable predisposición a la atención psicológica y a que se había conseguido una buena relación terapéutica, decidí explorar actitudes y creencias hacia la hipnosis, mostrándose Rosa muy favorable hacia la misma, creía que la podría ayudar a controlar su malestar emocional y su hipertensión, dijo “seguro que si me hipnotiza me puede bajar la presión porque yo sé que esto es nervioso”. Le comenté que había evidencia científica de que la relajación conseguía reducir la tensión arterial, citándole diversos estudios y experiencias de casos y la invité a comprobarlo en ese momento. Le tomé la tensión arterial que estaba en 17/10 en ese momento. Decidí utilizar una modificación de la autohipnosis rápida de Capafons, con los mismos pasos pero ejecutándolos como heterohipnosis ya que la paciente había mostrado su preferencia porque “la hipnotizaran” pero yo deseaba posteriormente, pasarla a autohipnosis.

Para fortalecer su convicción de la eficacia de la hipnosis y evaluar la sugestibilidad hipnótica hice la prueba del péndulo de Chevreul que resultó útil para demostrarle la influencia de “la mente sobre el cuerpo” y las prueba del apretón de manos y de la caída hacia atrás que se utilizan en la autohipnosis rápida, tal y como se describieron en el epígrafe correspondiente. Ambas fueron realizadas satisfactoriamente y yo suministré reforzamiento positivo a sus éxitos. Entonces le expliqué que ahora la iba a hipnotizar, y le fui sugiriendo, primero que apretara las manos, respirara profundamente, soltara las manos, se dejara caer hacia atrás en la silla, respirara profundamente, inspirando y exhalando el aire en la medida que yo contaba de 1 a 10, para que la relajación se hiciera cada vez más profunda, y que en cierto momento desearía cerrar los ojos y se abandonaría a la comodidad y el descanso, utilizando cada vez un tono de voz más bajo y pausado. Cuando cerró

los ojos (a la 6ta respiración) continué las sugerencias de relajación describiendo como sus músculos faciales, de las piernas, los brazos, se iban aflojando cada vez más y como se sentía cada vez más tranquila, en paz, etc. Terminé con un conteo regresivo para “despertar”, pero le pedí a Rosa que se quedara en la misma postura cómoda, disfrutando de la relajación, concentrada en su tranquilidad y paz mientras yo le tomaba la tensión arterial, que en la segunda toma descendió a 13/85. Rosa se puso muy contenta pues hacía meses que no había tenido unas cifras tensionales en esos valores. Le dije que durante el curso de la semana yo la hipnotizaría dos veces al día y que el efecto de la relajación cada vez se haría más profundo y duradero.

En la tercera sesión, que se realizó en la sala (en la cama de la paciente, que compartía habitación con tres mujeres más), le enseñé a Rosa a realizar el ejercicio sin mi participación y que lo practicara dos veces al día, así que en el curso de diez días aproximadamente, yo la hipnotizaba una vez al día y ella practicaba la autohipnosis dos veces al día, consiguiéndose que las cifras tensionales se mantuvieran establemente en valores normales, el IDARE estado disminuyó a 47 y el IDERE-E a 50. Decidimos que estaba en condiciones para operarse y el día fijado para la cirugía, la hipnoticé antes de entrar al salón y no hubo ninguna dificultad durante el acto quirúrgico.

Cuando fui a verla al otro día de la intervención me dijo que estaba muy adolorida, por lo que la invité a usar la técnica para suprimir el dolor postquirúrgico. La EAV dolor era de 7. Le pedí que me describiera el dolor y me dijo que era en ambas piernas, como picor o ardor en las heridas y opresivo por los vendajes. Le pedí que imaginara de qué manera se podría aliviar ese ardor y esa opresión y aunque de primera intención habló de que le pusieran alguna inyección, fuimos conduciendo la conversación hacia la recuerdos de otros episodios dolorosos y cómo los había afrontado (el parto de su hija, que aunque tuvo mucho dolor era un “dolor alegre” porque ella deseaba mucho ser madre) y en cierto momento, dijo que si pudiera se quitaría los vendajes y metería las piernas en una tina de agua bien fría.

La hipnoticé con el mismo procedimiento y una vez que se relajó le pedí que se fuera con su mente a un lugar especial y hermoso donde se sintiera feliz, le dije que podía hablar y me dijo que estaba a la orilla de un hermoso lago, veía a su alrededor un prado florido y a lo lejos unas montañas con cumbres nevadas, la invité a sentir los olores y sonidos de aquel lugar, la brisa fresca, y a que libremente

disfrutara de aquello, dijo que quería bañarse en el lago y le invité a que lo hiciera, me dijo que el agua estaba muy fría y que solo iba a sumergir las piernas, le sugerí que podía sentir el calor del sol que calentaba suavemente su cara y torso en contraste con el agua fría que acariciaba sus piernas y que la dejaría durante un rato allí para que disfrutara. Seguí dando sugerencias de tranquilidad y disfrute del entorno, e hice una distorsión del tiempo, sugiriéndole que viera como comenzaba a atardecer (eran cerca de las 3 de la tarde en realidad, pero quería incrementar el tiempo subjetivo de disfrute de la relajación a varias horas) y que como se aproximaba la noche, iba a regresar completamente recuperada, tranquila y feliz. Terminamos como habitualmente lo hacíamos con conteo regresivo, y Rosa “despertó” relajada, alegre y con un dolor de intensidad 2, muy aliviada. Le indiqué que realizara el ejercicio tantas veces al día como quisiera durante el curso de los tres primeros días del postoperatorio, pues ese era el tiempo que solían durar como máximo las molestias postquirúrgicas y que mientras más practicara el ejercicio, más intenso y duradero sería el alivio (sugestión directa).

Rosa salió de alta para su casa a los dos días de operada, sin molestias ni complicaciones y continuó tratamiento por consulta para sus conflictos familiares, resolución del duelo y otras problemáticas que fueron apareciendo en las sesiones.

Referencias:

- Alarcón, A. y Capafons, A. (2006). El modelo de Valencia de hipnosis despierta: técnicas nuevas o técnicas innovadoras? *Papeles del Psicólogo*, 27, 70-78.
- Albanese MC, Duerden EG, Rainville P, Duncan GH. (2007). Memory traces of pain in human cortex. *The Journal of Neuroscience* , Apr 25;27(17):4612-20.
- Aliaga, F. y Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la "escala de modos de coping" (ways of coping). *Ansiedad y Estrés*, 2, 17-26.
- American Medical Association, Council on Scientific Affairs. (1994). *Memories of childhood abuse* (CSA Report 5-A-94). Chicago: Author.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis (1993). Hypnosis. *Psychological Hypnosis*, 2, 3.
- American Psychological Association (Society of Psychological Hypnosis) (2004). Division 30' new definition of hypnosis. *Psychological bulletin*, 13, 13.
- Amigó S y Capafons A. (1996). Emotional self regulation therapy for treating primary dysmenorrhea and premenstrual distress. En S. J. Lynn, I. Kirsch y J.W. Rhue, (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 153-171). Washington, DC: American Psychological Association.
- .Apkarian A, Bushnell M, Treede R, Zubieta J. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain* , 9, Issue 4, 463-484.
- Aragona M, Tarsitani L, De Nitto S e Inghilleri M. (2008). DSM-IV-TR 'pain disorder associated with psychological factors' as a nonhysterical form of somatization. *Pain Research and Management* , January/February, 13 (1), 13-18.
- Arnould A, Dressen L y Mercklebach H. (1991). La atención y no la ansiedad influye en el dolor. *Behav.Res.Ther* , 29(1), 41-50.

- Arnow BA, Hunkeler EM, Blasey CM, Lee J, Constantino MJ, Fireman B, Dea R, Robinson R, Hayward C. (2006). Comorbid Depression, Chronic Pain, and Disability in Primary Care . *Psychosomatic Medicine* , 68, 262-268.
- Asociación Internacional para el estudio del Dolor. (1990). *Standards for physician fellowship in pain management*. Seattle: IASP.
- Avenanti A, Minio-Paluello I, Bufalari I, Aglioti S. (2006). "Stimulus-driven modulation of motor-evoked potentials during observation of others' pain". *NeuroImage* , 32, 316–324.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Bandler, R. y Grinder, J. (1980). *La Estructura de la Magia* . Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.
- Banks SM y Kerns RD. (1996). Explaining high rates of depression: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin* , 119, 95-110.
- Barber, T.X. (1959). Toward a theory of pain relief. Relid of chronic pain by prefrontal leucotomy, opiates, placebos, and hypnosis. *Psychological Bulletin* , 56, 430-460.
- Barber, T.X. (1963). The effects of "hypnosis" on pain: A critical review of experimental and clinical findings. *Psychomatic Medicine* , 25,303-333.
- Barber T.X. (1969). *Hypnosis. A scientific approach*. Nueva Jersey: Von Nostrand Reinhold.
- Barber, T.X. (1980). Hypnosis and the un hypnotizable. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 4-9.
- Barber, T.X., y Calverley, D.S. (1965). Empirical evidence for a theory of "hypnotic" behavior: The suggestibility-enhancing effects of motivational suggestions, relaxation-sleep suggestions, and suggestions that the S will be effectively hypnotized. *Journal of Personality*, 33, 256-270.
- Barrios, A.A. (2001). A theory of hypnosis based on principles of conditioning and inhibition. *Contemporary Hypnosis*, 18, 163-203.

- Barry CA, Stevenson FA, Britten N, Barber N y Bradley CP. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine*, 53(4), 487-505.
- Bayés R. (1991). *Psicología Oncológica*, 2a ed . Barcelona: Martínez Roca.
- Bechterev VM. (1974.). La sugestión y su rol en la vida social. In K. VN, *Introducción a la Psicología Social Marxista*. La Habana: Editorial del DOR.
- Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Bennett BM, Laidlaw MI, Dwivedi P y Naito A. (2006). A Qualitative Study Of The Experience Of Selfhypnosis Or Johrei In Metastatic Breast Cancer. *Contemporary Hypnosis* , 23(3), 127–140.
- Bergh I, Steen G, Waern M, Johansson B, Oden A, Sjostrom B, Steen B. (2003). Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: A Swedish population study of 70-year-old men and women. *J Pain Symptom Manage* , Oct; 26(4), 903-912.
- Bisson J y Andrew M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder . *Cochrane Database Syst Rev.* , Jul 18;(3).
- Blankfield, R.P. (1991). Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: A review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis* , 33, 1782-1786.
- Bob P. (2003). Dissociation and neuroscience: history and new perspectives. *Int J Neurosci* , Jul;113(7), 903-14.
- Bonica J. (1984). Importance of the problem. In A. Armolgfom (Ed.) *Evaluation and treatment of chronic pain* (pp. 254-346). Baltimore: Urban SCH Wart Zenberg.
- Borroto R y Aneiro R. (2001). La entrevista médica. In F. N. Villavicencio (Ed) *Psicología y Salud* (p.183-196). Ciudad de la Habana: Editorial de Ciencias Médicas.

- Borroto R y Reinoso T. (1991). Descriptive and comparative study of the populatons perception and satisfaction with the doctor-patient relationship. Universidad de Humboldt, Berlin: Trabajo en opción por el grado de Doctor en Ciencias Médicas.
- Boyle E, Hernández G y Ortet G. (2003). El cuestionario de dolor de McGill (McGill Pain Questionnaire -MPQ):consideraciones lingüísticas y estadísticas. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* , XII, (1),111-119.
- Bradbeer M, Helme RD, Yong HH, Kendig HL, Gibson SJ. (2003). Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *Clin J Pain* Jul-Aug; 19(4), 247-54.
- Bragado C y Fernández A. (1996). Tratamiento Psicológico del Dolor y la Ansiedad Evocados por Procedimientos Médicos Invasivos en Oncología Pediátrica . *Psicothema* , 8, 3, 625-656 .
- Brann LR y Guzvica SA. (1987). Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: a feasibility study in general practice. *J R Coll Gen Pract.* , October; 37(303), 437–440.
- Brown, D.C., y Hammond, D.C. (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 355-371.
- Butler, L.D., Symons, B.K., Henderson, S.L., Shortliffe, L.D. y Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* , 115, 77-85.
- Cairo E. (1998). Análisis bibliométrico de la Revista Cubana de Psicología. Una modesta contribución a la tarea mayor: escribir la historia de la Facultad de Psicología de la UH. *Rev.Cub.Psicol* , 15(3), 168-176.
- Canadian Psychiatric Association, (1996). Position statement: Adult recovered memories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 305-306.
- Cangas Díaz A. (1999). Análisis y modificación de la suceptibilidad hipnótica. *Rev. Anales de Psicología* , 15 (1), 89-97.

- Capafons, A. (1998 a). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A. (1998 b). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control. *Psicothema*, 10, 571-581.
- Capafons A. (1999). La hipnosis despierta 64 años después. *Anales de Psicología*, 15, 1-156.
- Capafons A., Alarcón, A., y Hemmings, M. (1999). A metaphor for hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 158-72.
- Capafons, A. (2001). *Hipnosis*. Madrid: Síntesis.
- Capafons, A. (2004 a). Clinical applications of “waking” hypnosis from a cognitive-behavioural perspective: From efficacy to efficiency. *Contemporary Hypnosis*, 21, 187-201.
- Capafons, A. (2004 b). Waking hypnosis for waking people: Why from Valencia? *Contemporary Hypnosis*, 21, 136-145.
- Capafons A., y Amigó S. (1993 a). *Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental*. Valencia: Promolibro.
- Capafons A., y Amigó S. (1993 b). *Hipnosis y terapia de auto-regulación (introducción práctica)*. Madrid: Eudema
- Capafons, A., Cabañas, S., Alarcón, A. Espejo, B., Mendoza, M.E., Chaves, J.F., y Monje, A. (2005). Effects of different types of preparatory information on attitudes toward hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 22, 67-76.
- Capafons, A., Espejo, B. y Cabañas, S. (2005). Creencias que pueden impedir que la hipnosis sea una técnica útil para la salud: un estudio exploratorio con muestra cubana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 2, <http://www.psiquiatricohph.sld>.
- Capafons, A., Lamas, J.R., y Lopes-Pires, C. (2008). Hipnosis. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 593-614). Madrid: Pirámide.
- Capafons, A. y Mazzoni, G. (2005). ¿Es lo peligroso de la hipnosis el Hipnoterapeuta?: Hipnosis y falsos recuerdos. *Papeles del Psicólogo*, 89, 27-38.

- Capafons, A y Mendoza, E. (en prensa a). Alert ("waking") hypnosis in clinical practice. En J.W. Rhue, S.J. Lynn y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (2ª edición). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Capafons, A., y Mendoza. Mª E. (en prensa b). The Valencia model of waking hypnosis and its clinical applications. En F. Columbus (Ed.), *Hypnosis: Theories, research and applications*. Nueva York: Nova Science, Publishers, INC.
- Capafons, A., y Milán, MªJ. (2003). *Temas básicos de introducción a las técnicas y tratamientos psicológicos*. Valencia: Promolibro.
- Capafons, A., Selma, M.L., Cabañas, S., Espejo, B., Alarcón, A., Mendoza, M.E. y Nitkin-Kaner, Y. (2006). Change of attitudes toward hypnosis: effects of cognitive-behavioral and trance explanations in a setting of heterohypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* , 34, 119-134.
- Cardeña, E., Alarcón, A., Capafons, A., y Bayot, A. (1998). Effects on suggestibility of a new method of active-alert hypnosis: Alert hand. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 280-294.
- Cardeña, E., Lynn, S.J., y Krippner, S. (Eds.) (2000). *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Carli G, Huber A y Santarcangelo EL. (2008). Hypnotizability and chronic pain: an ambiguous connection. *Contemporary Hypnosis* , 25(2): 65–77.
- Carrasco, N. B. (2008, diciembre 5). Dolor: formación y cooperación entre niveles, prioridades en España. Retrieved febrero 18, 2009, from Sitio web oficial de la Sociedad Española de Dolor: <http://www.sedolor.es/noticia.php?id=1550>
- Castel A, Pérez M, Sala J, Padrol A y Rull M . (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hypnosis and relaxation . *European Journal of Pain* , 11, 463-468.
- Castro H. (1989). *Histeria y Neurosis*. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Cautela, J.R. (1966). A behavior-therapy treatment of pervasive anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 99-109.

- Chacón M, Lence J, Grau JA, Martín M et al. (1996): Estados emocionales generados por situaciones laborales en enfermeros oncológicos. *Rev. Psicología Y Salud. Nueva Epoca*, jul-dic , 43-65
- Chamberlain K. (1999). Methodololatory in Qualitative Health Psychology. Reconstructing Health Psychology. *First International Conferences on Critical and Qualitative approaches to Health Psychology*. Book of abstracts. . Canadá: St.John`s, Newfoudland.
- Chambless, D. L.; Baker, M.J.; Baucom, D.H.; Beutler, L.E.; Calhoun, K.S.; Crits-Christoph, P.; Daiuto, A.; deRubeis, R.; Detweiler, J.; Haga, D.A.F.; Johson, S.B.; McCurry, S.; Mueser, K; Pope, K; Sanderson, W; Shoham, V.; Stickle, T.; Williams,D.Woody (1998). An update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist* , 51, 3-16. (Disponible en http://pantheon.yale.edu/~tat22/est_docs/ValidatedTx.pdf).
- Chambless, D.L., y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 66, 7-18.
- Chapman RA. (2006). Introduction to cognitive behavior therapy and hypnosis. R.A. Chapman (Ed.), *The clinical use of hypnosis in cognitive behavior therapy. A practitioner`s casebook* (pp. 3-24). New York: Springer
- Chaves J. (1993). Hypnosis in pain managment. En S. L. Rhue (Ed.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 511-32). Washington DC: American Psychological Association.
- Chaves, J. F. (1989). Hypnotic control of clinical pain. En N.P. Spanos y Chaves (Eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp. 242-272). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Chaves, J F. y Dworkin, SI F.(1997). Hypnotic control of pain: Historical perspectives and future prospects'. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 356 — 376
- Coe, W.C. y Sarbin, T.R. (1991). Role theory: Hipnosis from a dramaturgical and narrational perspective. . En S. L. Rhue, *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 303-323). Nueva York: The Guilford Press.

- Cohen S. (1989). Clinical uses of measures of hypnotizability. *American J. of Clinical Hypnosis* , 32, 4-9.
- Colloca, L., Sigaudó, M. y Benedetti, F. (2008). The role of learning in nocebo and placebo effects. *Pain*, 136(1-2),211-8
- Cos O, Semanat E y Moya N. (2000). Sugestión y cefalea. *Rev Cubana Enfermer* , 16(3), 161-66.
- Council, J.R. (2005). Personalidad, psicopatología y sugestionabilidad hipnótica. *Papeles del Psicólogo*, 25, 16-26.
- Cox B. J. ; Kuch K. ; Parker J. D. A. ; Shulman I. D. ; Evans R. J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of psychosomatic research* , 38, 523-527 .
- Craig K.D. y Wychoff M. (1987). Cultural factors in chronic pain management En E. Y. Burrow (Ed.), *Handbook of Chronic Pain Management*. (pp. 67-78). New York: Elsevier Service Publisher B.V.
- Crawford, H. J., Brown, A., y Moon, C. (1993) Sustained attentional and disattentional abilities: Differences between low and highly hypnotizable persons. *Journal of Abnormal Psychology* , 102, 534-543.
- Crawford H, Knebel T, Vendemia JMC, Horton JE y Lamas JR. (1999). La naturaleza de la analgesia hipnótica: Bases y evidencias neurofisiológicas. *Anales de Psicología* , 15 (1):133-46.
- Cruz A, García I, Hernández A. (2007). El proceso sugestivo. La Habana: Material bibliográfico del Curso Básico de la Sociedad Cubana de Hipnosis. No publicado.
- Cruzado, J.A. (2008). Técnicas de modelado. En F.J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 401-420). Madrid: Pirámide.
- Cyna AM, McAuliffe GL y Andrew MI. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *Br J Anaesth.* , Oct;93(4), 505-11.

- Damaser E, Whitehouse GW, Orne MT, Carota Orne E y Dinges DF (2010). Behavioral Persistence in Carrying Out a Posthypnotic Suggestion Beyond the Hypnotic Context: A Consideration of the Role of Perceived Demand Characteristics. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58, (1) 1 – 20.
- Davidson PR y Parker KC. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Evid Based Ment Health*, Feb;5(1),13 -23.
- De Benedittis G. (2003). Understanding the multidimensional mechanism of hypnotic analgesia. *Contemporary Hypnosis*, 20, 59–80.
- De Pascalis, Cacace I y Massicolle F. (2008). Focused analgesia in waking and hypnosis: Effects on pain, memory, and somatosensory event-related potentials . *Acute Pain*, 10, 1-58 (March).
- De Ridder D y Schreurs K. (1996). Coping, social support and chronic disease: a research agenda. *Psychol. Health and Med.*, 1(1), 71-83.
- Derbyshire, S. W. G., Chen, A. C. N., y Jones, A. K. P. (1996). Somatosensory and frontal cortical processing during pain experience. En R. J. O. Franzén (Ed.) , *Somesthesia and the neurobiology of the somatosensory cortex* (pp. 385-394). Basel, Switzerland: Birkhäuser Verlag.
- Derbyshire SWG, Whalley MG, Stenger WA, Oakley DA (2004) Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *NeuroImage* 23, 392–401.
- Deveugele M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J y De Maeseneer J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries . *BMJ.*, Aug 31;325(7362):472.
- Devine D.P.y Spanos N.P. (1990). Effectiveness of maximally different cognitive strategies and expectancy in attenuation of reported pain. *Pain, Personality and Social Psychology*, abr. 58 (4), 672-678.
- Diamond M. (1989 a). Is hypnotherapy art or sciences? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32, 11-12.

- Diamond M. (1989 b). The cognitive skills model: a emerging paradigm for investigating hypnotic phenomena. En N. P. Spanos y J.F. Chavez (Eds.) , *Hypnosis. The cognitive behavioral perspective* (pp. 380-400). New York: Prometheus Books.
- Diamond M. (1972). The use of observationally presented information to modify hypnotic susceptibility. *J Abnorm Psychol.* , Apr;79(2):174-80.
- Díaz CA, Cantillo L, Pernas MC, Martínez M. (1997). Anquilosos de la articulación temporomandibular. Hipnosis y bloqueo nervioso externo como coadyuvantes de la fisioterapia postoria sin dolor. *Revista Información Científica* , 5(3) , 35-42 http://www.bvs.sld.cu/revistas/ric/vol5_3_97/ric06397.htm.
- Díaz S. (2008). Creencias erróneas sobre la hipnosis en profesionales de la salud. Universidad de la Habana: Tesis para la obtención del título de psicóloga, no publicada.
- Dillworth, T., Jensen, M.P., Mendoza, M.E. y Capafons, A. (en prensa). Mechanisms and outcomes of hypnosis for chronic pain: A review of the literature. *Cuadernos de Valoración del Daño Corporal*.
- Dimsdale J (2009). Report of the DSM-5 Somatic Distress Disorders Work Group. American Psychiatric Association. Disponible en www.dsm5.org
- Dinges, D.F., Whitehouse, W.G., Orne, E.C., Powell, J.W., Orne, M.T. y Erderlyi,, M.H. (1992). Evaluating hypnotic memory enhancement (hypermnnesia and reminiscence) using multitrial forced recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 18, 1139-1147.
- Domínguez B. (1991). *Manual de técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*. México D.F: Facultad de Psicología, UNAM.
- Duprat, E.F. (1960). *Hipnotismo. Técnicas e indicaciones terapéuticas*. La Habana: Editorial Revolucionaria.
- Elkins GR y Marcus JD. (2006). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy for pain and distress management ancer patients. En R. Chapman (Ed.), *The clinical*

- use of hypnosis in cognitive behavior therapy. A practitioner's casebook* (pp. 275-295). New York: Springer.
- Engel GL. (1959). Psychogenic Pain and the pain prone patient. *Am.J.of Med* , 26: 899-918.
- Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* , 196 : 129-136.
- Erickson MH. (1948/1980). Hypnotic psychotherapy. En E. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton Erikson on Hypnosis* (pp. Vol VI , 35-48). New York: Irvington
- Erickson M. (1960). Problemas psicológicos básicos en la investigación de la hipnosis. . In Eastbrook, *Problemas actuales de la hipnosis* (pp. 230-245). México: Fondo de cultura económica.
- Espinosa JA, Pérez I y Reyes H. (2008, octubre 18). Ecos de la Gaceta Médica de La Habana en el aniversario 130 de su aparición. Retrieved diciembre 17, 2008, from ACIMED: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol18_5_08/aci061108.htm
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of American Medical Association* , Nov 4;268(17):2420-5 [PubMed]
- Faymonville, ME, Bolyb M y Laureys S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology-Paris* , 99, Issues 4-6, June Pages 463-469.
- Federación Europea de delegaciones de la Asociación Internacional para el estudio del Dolor. (1999). Informe del Grupo de Trabajo sobre Normas y Educación. *Rev.Soc. Esp. Dolor* , marzo-abri, 12(6): 80-94.
- Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F y Benedetti F. (2010) Review: Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet*; 375: 686–95.
- Flammer E y Bongartz I. (2003). On the efficacy of hypnosis: a meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis* , 20 (4), 179–197.

- Flory, N., y Lang E. (2008). Practical Hypnotic Interventions During Invasive Cancer Diagnosis and Treatment. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 22, 709-725.
- Flory N, Salazar GM y Lang EV. (2007). Hypnosis for acute distress management during medical procedures. *Int J Clin Exp Hypn.* , Jul;55(3):303-17.
- Fordyce W.E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Lois: C.V. Mosby.
- Fordyce W.E. (1982). A behavioral perspective on chronic pain. *Brit. J. of Clin. Psychol* , 21: 313-320.
- Fordyce W.E., Brocaway J., Bergman J.A y Spengler D. (1986). Acute back pain; a control group comparison of behavioral vs. traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine* , 9, 127-140.
- Fordyce W.E., Fowler R., Lehman J., De Lateur B., Sand P., Trieschman R. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain . *Arch. of Physical Med. and Rehab* , 54, 399-408.
- Franco ML y Seoane de Lucas A. (2001). Características del dolor crónico en el anciano: tratamiento. *Rev. Soc. Esp. del Dolor* , 8: 29-38.
- Frauman, D.C., Lynn, S.J., y Brentar, J.P. (1993). Prevention and therapeutic management of "Negative effects" in hypnotherapy. En J.W. Rhue, S.J. Lynn, y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis*. (pp. 95-120). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Freeman, R.M., MacCauley, A.J., Eve, L. y Chamberlain, G.V.P. (1986). Randomized trial of self-hypnosis for analgesia in labour. *British Medical Journal* , 292, 657-658.
- Friederich M, Trippe R, özcan M, Weiss T, Wolfgang HH y Miltner JR. (2003). Laser-evoked potentials to noxious stimulation during hypnotic analgesia and distraction of attention suggest different brain mechanisms of pain control. *Psychophysiology* , 38 Issue 5, 768 - 776.

- Fusté C, Martín M y Grau JA. (1993). Eventos vitales, estrés y afrontamiento en el debut de la AR. La Habana: Trabajo de Terminación de Residencia. Instituto Nacional de Reumatología.
- García I. (en preparación). Evolución histórica de la hipnosis. (pp. 4-56). Habana
- García I y Viera R. (en preparación). Los niveles de profundidad hipnótica. Ciudad de la Habana: Temas del Curso de Introducción a la Hipnosis.
- .
- García JC, Grau JA, Martín M, Cesar D, Bosch F. (1994). Tratamiento combinado de relajación FRD en pacientes con dolor crónico. La Habana: Libro Resumen de la Conferencia Internacional del Hospital Psiquiátrico La Habana, Palacio de las Convenciones,.
- García JC, Martín M, Cesar D, Bosch F. (1998). Utilidad del GEMAT para predecir la eficacia de diferentes tratamientos a los problemas de dolor crónico. La Habana: Trabajo presentado en el IV Congreso Nacional de Psicología de la Salud. Palacio de Convenciones.
- Gay MC, Philippot P y Luminet O. (2002). Differential effectiveness of psychological interventions for reducing osteoarthritis pain: A comparison of Erikson. *Eur J Pain*;6:1–16.
- Gezundhajt H. (2007). An evolution of the historical origins of hypnotism prior to the twentieth century: between spirituality and subconscious. *Contemporary Hypnosis*, 24(4): 178–194.
- Gorassini, D.R., y Spanos, N.P. (1999). The Carleton skill training program for modifying hypnotic susceptibility: Original version and variations. En Kirsch, I., Capafons, A., Cardeña, E. y Amigó S. (Eds.) (1999), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 141-177). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gordon BE (1960). Problemas actuales de la investigación fisiológica en la hipnosis En G. Eastbrook (Ed) *Problemas actuales de la hipnosis*. México: Fondo de cultura económica, 1960
- Gracely R.H., Mc Grath P.y Duner R. (1978). Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors. *Pain* , 5: 5-18.

- Grant M y Threlfo C. (2002). EMDR in the Treatment of Chronic Pain. *Inc. J Clin Psychol* 58: 1505–1520.
- Grau JA. (2003). Aspectos psicológicos del dolor en el paciente con cáncer . La Habana: Conferencia impartida en la Maestría de Psicología de la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública.
- Grau JA y Hernández E. (2005). Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales. En J.A. Grau y E. Hernández (Comp.) *Psicología de la Salud* (pp. 3-34). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Grau J., Jiménez P.J., Chacón M., Martín M. (1996). Qué puede hacer la Psicología en el tratamiento del dolor producido por el cáncer? . *Psicol y Salud* , 8: 63-76.
- Grau J.A. y Martín M. (1993). El enfoque multidisciplinario en el estudio de los enfermos crónicos: una revisión de las investigaciones psicológicas cubanas. *Rev. Psicología y Salud , Nueva Epoca*, ene-jun 1 (1), 137-150.
- Grau JA, Martín M y Portero D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Rev Interamericana de Psicología* , 27(1), 37-58.
- Grau N, Rodríguez L, Grau JA, Martín M. (1991). El teatro en la corrección de la ansiedad patológica en pacientes reumáticos. Ciudad de la Habana: Tesis de grado no publicada, Escuela Nacional de Arte.
- Green, J.P. Lynn, S.J., Weekes, J.R., Carlson, B W. Brentar, J., Latham, L., Kurzhals, R. (1990). Literalism as a marker of hypnotic "trance": Disconfirming evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 6-21.
- Green, J.P., Page, R.A., Handley, G.W., y Rasekhy, R. (2005). The “hidden observer” and ideomotor responding: a real-simulator comparison. *Contemporary Hypnosis*, 22, 123-137.
- Gregoretti, C; Decaroli, D; Piacevoli, Q; Mistretta, A; Barzaghi, N; Luxardo, N; Tosetti, I; Tedeschi, L; Burbi, L; Navalesi, P; Azzeri, F. (2008). Analgo-Sedation of Patients with Burns Outside the Operating Room. *Drugs* , 68(17), 2427-2443.
- Grenet E y Martínez Perigod B. (1990). *Sugestión* . La Habana: Editorial Academia.

- Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública (1995). Programa de Especialización Postgraduada en Psicología de la Salud. Ministerio de Salud Pública de Cuba (no publicado)
- Hadjistavrapoulus T. (1999). Chronic pain in trial. The influence of litigation and compensation on chronic pain syndromes. In A.R.Block, *Handbook of Pain Syndromes. Biopsychosocial Perspectives*. (pp. 23-41). Nueva Jersey-Londres: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Hammond, D.C. (2007). Review of the Efficacy of Clinical Hypnosis with Headaches and Migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207 – 219.
- Hansjörg E. (2008). The therapist as a travelling companion to the chronically ill: hypnosis and cancer. *Contemporary Hypnosis* , 25(1): 46–56.
- Harano, K.; Ogawa, K. y Naruse, G. (1965). A study of plethysmography and skin temperature during active concentration and autogenic exercise. In W. Luthe, *Autogenes training: Correlationes psychosomaticae* (pp. 55-58). Germany: Stuttgart, W.
- Heap, M. (1996). The case of a woman claiming damages from a therapist trained in hypnosis by a correspondence course. *Contemporary Hipnosis* , 13, 89-93.
- Heap M (2008). The validity of some early claims of neuro-linguistic programming Skeptical Intelligencer, Vol. 11, <http://www.mheap.com/nlp5.pdf>.
- Hernández, V., García, J. y Portero, D. (1990). Estrés emocional en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas y métodos cruentos de diagnóstico. Reporte de investigación no publicado, Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas, Santa Clara, Cuba
- Hilgard ER. (1960). Regularidad en los fenómenos de la hipnosis. In E. GH, *Problemas actuales de la hipnosis* (pp. 56-78). México: Fondo de cultura económica.
- Hilgard ER. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt.
- Hilgard, E. R. (1969). Pain as a puzzle for psychology and psychophysiology. *American Psychologist* , 24,103-113.

- Hilgard, E. R. (1975). The alleviation of pain by hypnosis. *Pain*, Sep;1 (3):213-31
- Hilgard, E.R. (1977). *Divided consciousness* . Nueva York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1979). Divided consciousness in hypnosis: The implications of the hidden observer. In E. F. Shor, *Hypnosis: Developments in research and new perspectives* (pp. 45-79). Chicago: Aldine.
- Hilgard JP y LeBaron S. (1984). *Hypnotherapy of pain in childer with cancer*. California: William Kaufmann Inc.
- Hobfoll SE, Freedy J, Lane C y Geller P. (1990). Conservation of social resources: social support resource theory. *J. of Soc. and Pers. Rel.* , 17:465-478.
- Hoffman HG, Richards TL, Coda B, Bills AR, Blough D, Richards AL, ShararS . (2004). Modulation of thermal pain-related brain activity with virtual reality: evidence from fMRI. *Neuroreport* , 15, 1245-1248.
- Howie, JGR., Porter, AMD., y Forbes, JF. (1989). Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *British Medical Journal* , 298, 1008-10.
- Hull C. (1930-31). Quantitative methods of investigating hypnotic sugestion. Part I. *Journal of Abnormal Psychology.* , 25, 200-23.
- Hylands-White N y Derbyshire WGS. (2007). Modifying pain perception: is it better to be hypnotizable or feel that you are hypnotized? *Contemporary Hypnosis*, 24, 143–153.
- Infante MC y Rodríguez R. (2006). Cirugía ambulatoria en el Servicio de Cirugía General Oncológica. *Rev Cubana Cir* , 45 (3-4).
- Instituto Milton Erickson de Stgo. de Chile. (s/a). *Técnicas hipnóticas para el alivio del dolor*. Satgo. de Chile: Compilación de Lecturas.
- International Association for Study of Pain (IASP). (1979). Pain: a definition. *Pain* , (1supl.), 1-14.
- Jacobson E. (1929). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jakobsson U, Klevsgard R, Westergren A, Hallberg IR. . (2003). Old people in pain: a comparative study. *J Pain Symptom Manage* , Jul;26(1):625-36.

- Janet P. (trabajos originales publicados en 1893-94). *The mental states of hystericals*. Nueva York: Putman and sons (CR Corson, Trad).
- Jenkins MW y Pritchard MH. (1993). Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. *Br J Obstet Gynaecol.*, Mar;100(3):221-6.
- Jensen M.P.y Karoly P. (1991). Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 431-438.
- Jensen M.P., Karoly P.y Brauer S. (1991). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, 27: 117-126.
- Jensen M.P.,Karoly P y Harris P. (1991) Assessing the affective component of chronic pain: development of the Pain Discomfort Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 35 (2-3): 149-154.
- Jensen M. P., Turner J. A. y Romano J. M., P. (1991). Coping With Chronic Pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47: 249- 283.
- Jiménez P.J., Noriega G, Grau J, Martín M, Chacón M et al.(1996): Calidad de vida en el enfermo oncológico terminal. *Rev. Psicología Y Salud. Nueva Epoca*, jul-dic , 31-43
- Karoly O y Jensen M.P. (1987). *Multimethod assessment of chronic pain*. Oxford: Pergamon Press.
- Kerns R. D. Haythornwaite J. , Southwick S y Giller E. L. Jr. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptoms severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 34 (4): 401-408.
- Ketovouri H y Pontinem P.J (1981). A pain vocabulary in finsh: The finish pain questionnaire. *Pain*, 11:247-253
- Kirsch I. (1993). Cognitive behavioral hypnotherapy. In S. L. JW Rhue, *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 151-171). Washington DC: American Psychological Association.
- Kirsch I. (1994). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. *Am J Clin Hypn*, 37: 95-106.

- Kirsch I. (1997). Suggestibility or hypnosis: what do our scales really measure? . *Int J Clin Exp Hypn.* , Jul;45(3):212-25.
- Kirsch I., y Braffman W. (2001). Imaginative Suggestibility and Hypnotizability, *Current Directions in Psychological Science*, 10 (2), 57-61.
- Kirsch I., y Lynn SJ. (1997). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*, 123, 100-115.
- Kirsch I y Lynn SJ. (1998). The automaticity of behaviour in clinical psychology. *American Psychologist* , 54, 504-575.
- Kirsch, I., y Weixel, L.J. (1988). Double-blind versus deceptive administration of a placebo. *Behavioral Neuroscience*, 102, 319-323.
- Kraft, T., y Kraft, D. (2004). Creating a virtual reality in hypnosis: A case of driving phobia. *Contemporary Hypnosis*, 21, 79-85.
- Krampen G. (1996). Evaluation of the effectiveness of Autogenic Training in Gerontopsychology. *European Psychologist* , 1, 243-54.
- Kroger, W.S, y Fezler, W.D. (1976). *Hypnosis and behavior modification: Imagery conditioning*. Philadelphia: Lippincot.
- Labrador, F.J., Cruzado J.A, y Muñoz M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F.J., y Vallejo, M.A. (1993). Técnicas de biofeedback. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 627-54). Madrid: Pirámide.
- Larra, F.J., Valero, L. y Abascal, J. (2003). Hipermnesia bajo condiciones de vigilia e hipnosis . *Clínica y Salud* , 14, 203-220.
- Lechuga M. (1998). Factores psicosociales en la distrofia simpático refleja. Tesis de grado, Universidad de Santiago de Chile.
- Lema M.J. (1996). Pautas de tratamiento para el dolor agudo, crónico y oncológico. *Rev. El Dolor* , 3 (15): 10-16.

- Leslie MS, Romano, A y Woolley D. (2007). Step 7: Educates Staff in Nondrug Methods of Pain Relief and Does Not Promote Use of Analgesic, Anesthetic Drugs. *J Perinat Educ*, Winter; 16(Suppl 1): 65S–73S.
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Burstein, E., Friger, M., Bentov Y., y Potashnik, G., (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertility and Sterility*, 85, 5-8.
- Lichstein, K.L. (1988). *Clinical relaxation strategies*. Nueva York: Wiley.
- Linton S. J. (1982). A critical review of behavioral treatments for chronic benign pain other than headache. *Brit. J. of clin. Psychol.* , 21: 321- 337.
- Lioffi C. (2006). Hypnosis in cancer care. *Contemporary Hypnosis* , 23(1): 47–57.
- Loesser J.D. (1980). *A definition of pain* . Washington: University Washington of Medicine.
- López A, Soto A, Sarracent H, Pédrez H, Pantoja D, Muñiz E. (2003). Tratamiento ortodóncico-quirúrgico de una aduquia anterior . *Rev Cubana Estomatol* , 40(3); 5-13.
- López G. (2007). Creencias sobre la hipnosis en estudiantes de último año de Psicología de la Universidad de la Habana. Universidad de la Habana: Tesis para la obtención del título de psicóloga, no publicada.
- López JA. (2006, marzo 28). La Emulación Médica, revista continuadora de El Eco de París. Retrieved diciembre 18, 2008, from ACIMED: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_3_06/aci10306.htm
- Luciano, M.C. y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27, 79-91.
- Lynn SJ. (1997). Automaticity and hypnosis: a sociocognitive account. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* , 45, 239-250.
- Lynn, SJ y Kirsch I . (2005). Teorías de hipnosis . Papeles del Psicólogo , Diciembre , nº 89 <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?ID=1181>

- Lynn, S.J., y Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis. An evidence-based approach*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., y Cardeña, E. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Lynn SJ, Kirsch I y Koby DG. (2006). Pain Management, Behavioral Medicine and Dentistry. En S.J. Lynn y I. Kirsch (Eds.), *Essentials of Clinical Hypnosis* (pp. 175-197). Washington DC: American Psychological Association.
- Lynn, S.J. y Rhue, J.W. (1991a). Theories of hypnosis: An introduction. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.1-15). Nueva York: The Guilford Press.
- Lynn, S.J. y Rhue, J.W. (1991b). Hypnosis theories: Themes, variations, and research directions. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp.601-626). Nueva York: The Guilford Press.
- Lynn S y Shindler K. (2002). The role of hypnotizability assesment in treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis* , 44, 3-4: 185-98.
- Maqueira JM y Sigler A. (2001). Hipnoanestesia en cirugía oftalmológica. *Rev Cubana Oftalmol* , 14(1):33-7.
- Marrero A. (en preparación). Orígenes de la hipnosis en Cuba. En Sociedad Cubana de Hipnosis, Material Básico de Curso Superior de Hipnosis (pp. 56-78). Habana.
- Martín M. (1995). Diagnóstico y tratamiento psicológico en los enfermos reumáticos. Ponencia presentada en el I Simposium Internacional de Reumatología, Palacio de Convenciones, La Habana.
- Martín M. (1996a). Evaluación del enfermo con dolor crónico. Orientaciones prácticas. *Rev. Psic. de la Salud en Colombia* , 1 (1): 66-69.

- Martín M. (1996b). GEMAT II. Nuevo sistema evaluativo del dolor y la discapacidad. *Rev.Soc.Esp.Dol.1*, Suplemente dedicado al III Congreso Internacional de la Sociedad Española del Dolor,1-5.
- Martín M. (1998). La psicología de la salud en los hospitales clínico quirúrgicos: la experiencia cubana. *Revista Información Psicológica* , V Epoca, ago 67, 12-17
- Martín M. (2001). Aspectos psicológicos en el dolor. En F. Núñez (Comp.), *Psicología y Salud* (pp. 251-263). La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Martín M. (2003). La evaluación psicológica del dolor crónico. Estrategias para nuestro medio. Universidad Médica de la Habana: tesis doctoral no publicada.
- Martín M, Capafons A, Espejo B, Mendoza ME, Guerra M, Santos JE, Díaz S, Guirado I. (2009). Impacto de una conferencia sobre bases empíricas de la hipnosis en las creencias y actitudes hacia la hipnosis en profesionales cubanos de la salud. Valencia: artículo bajo revisión.
- Martín, M. y García, J.C. (2007). Flujo respiratorio dirigido: una técnica de hipnorelajación para el alivio del dolor. *Revista Internacional On-line de Psicología* , 11 (1) enero <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/198/31089/++interactivo>.
- Martín M y Grau JA. (1985). *El entrenamiento autógeno: cuaderno para el paciente*. La Habana: Hospital C.Q. "Hnos. Ameijeiras", impresiones ligeras.
- Martín M y Grau J. (1996). GEMAT: Un procedimiento para determinar la necesidad de atención psicológica especializada para los enfermos con dolor crónico. . *Rev. El Dolor* , (Asociación Chilena para el estudio del dolor) 4(17) junio: 19-26.
- Martín M, Grau J, Bosch F, Delgado C, Infante O, Tabio E . (1993). *Dolor crónico y factores psicosociales. Identificación y manejo en la atención primaria* . Ciudad Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Martín M, Grau J. A, Bosch F, Zas B, Rial N, Tabio E., Lorenzo A, et al. (1993). *La atención psicológica al dolor crónico en una proyección multidisciplinaria*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.
- Martín, M., Grau, J.A . y Ramírez, V. (2001): El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): Desarrollo Y Potencialidades. *Revista Psicología.com* 5(1),

<http://www.psicologiadelasalud.cl/prontus/articulos/site/pags/20050401191629.html>

- Martín ,M. y Lechuga, M. (2003). Factores psicosociales en el dolor agudo. In M. Derderián (Ed.) , *Guías Prácticas para el manejo del dolor agudo* (pp. 61-66). Santiago de Chile: Merck.
- Martín, M. y Lechuga, M. (2004). Factores psicosociales en el dolor en ancianos. En M, Derderian (Ed.), *Guías Prácticas para el manejo del dolor en ancianos* (pp. 22-31). Santiago de Chile: Merck.
- Martín M, Lechuga M, Meda R, Rivas S (2005). Estrategias de afrontamiento al dolor en 4 países de Latinoamérica. Resultados preliminares. III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. Libro de Resúmenes. Palacio de Convenciones, La Habana
- Martín M, Pérez R y Quiñones M. (2000). Caracterización de la ansiedad en la cirugía de las várices. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc* , 1(2):111-17.
- Martín M, Zaz B, Grau A, Cesar D, Montorio I. (2008). Exploración de la utilidad de una versión abreviada del Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ) para la evaluación de pacientes cubanos con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* , 8: 503-508.
- Martínez B y Asís M. (1989) *Hipnosis. Teoría, métodos y técnicas*. Ed. Científico Técnica. La Habana
- Martínez-Perigod B y Grenet E. (1985). *Hipnosis*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- McCracken LM y Turk DC. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome and treatment process. *Spine* , 27,2564-2573.
- McKay E.F. (2010). Effects of Hypnosis as an Adjunct to Intravenous Sedation for Third Molar Extraction: A Randomized, Blind, Controlled Study *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58(1). 21 - 38

- Melzack R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* , 1, 277-259.
- Melzack R. (2000). Del umbral a la neuromatriz.. *Rev.Soc.Esp.Dol* , 7 (3), :149-57.
- Melzack R y Casey K.L. (1986). Sensory, motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. . In D.Kenshalo, *The Skin Sense* (pp. 250-360). Springfield: C.C. Thomas.
- Melzack R. Y Wall P. D. (1965). Pain mechanisms, a new theory. *Science* , 150: 971- 990.
- Melzack R. y Wall P. D. (1982). *The challenge of pain*. Nueva York: Basic Books.
- Mendoza, M.E. (2008). Análisis de las creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos profesionales españoles afiliados al COP. Valencia: Tesis doctoral no publicada.
- Mendoza, M. E., y Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30, 98-116.
- Mendoza, M.E., Capafons, A. y Espejo, B. (2009). Impact of reading a scientific journal issue about hypnosis on the beliefs and attitudes towards hypnosis among psychologists. *Psychology, Society, y Education*, 1, 25-37.
- Mendoza, M.E., Capafons, A., Espejo, B., y Montalvo, D. (2009). Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles afiliados al Colegio Oficial de Psicólogos. *Psicothema*, 21, 465-470.
- Milling LS. (2008). Recent developments in the study of hypnotic pain reduction: A new golden era of research? *Contemporary Hypnosis*, 25, 165-177.
- Miró, E. y Buela Casal, G. (1996). Evaluación del dolor crónico. En V. C. Sierra (Ed.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 727-56). Madrid: Siglo XXI.
- Miró J y Raich RM. (1998). Cirugía, estrés y estrategias de afrontamiento: un análisis exploratorio. *Anuario de Psicología* , vol. 29, no 3,73-87.
- Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista de la sociedad Española del Dolor* , 9: 525-532.

- Monteagudo J, Viana C y Casariego E. (2008). Qué es y qué no es la Medicina Basada en Pruebas. La información médica y sus problemas. *Guías Clínicas* , 8 Supl 1: 1: Disponible en http://www.fisterra.com/guias2/fmc/que_es.asp.
- Montgomery GH, David D, Winkel G, Silverstein JH y Bovbjerg DH.(2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*. 94:1639–1645
- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N. y Reed, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.
- Montgomery, GH.; Hallquist, Michael N.; Schnur, Julie B.; David, Daniel; Silverstein, Jeffrey H.; Bovbjerg, Dana H. (2010) Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: Response expectancies and emotional distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78(1), 80-88. <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecordyuid=2010-00910-012>
- Morone NE, Greco CM. (2007). Mind–Body Interventions for Chronic Pain in Older Adults: A Structured Review. *Pain Medicine* , 8 (4), 359-375.
- Nakatani Y. (2000) Dissociative disorders: from Janet to DSM-IV. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 102(1), 1-12
- Navarro J, Marchena E, González D, Pallarés MJ y Martín M (1997). Aspectos psicológicos del dolor. En: Torres L et al (Eds) *Medicina del Dolor*. Barcelona: Masson, cap. 12, 163-185
- NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation approaches to Treatment of Chronic Pain and Insomnia (1996). *Journal of the American Medical Association*, 276, 313-318.
- Nordenstrom, B.K., Council, J.R., y Meier, B.P. (2002). The “Big Five” and hypnotic suggestibility. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 276-281.
- O'Connor, J. y Seymour, J. (1992). *Introducción a la Programación Neurolingüística*. Barcelona: Ediciones Urano.

- Ogino Y, Nemoto H, Inui K, Saito S, Kakigi R y Goto F. (2007). Inner Experience of Pain: Imagination of Pain While Viewing Images Showing Painful Events Forms Subjective Pain Representation in Human Brain. *Cerebral Cortex* , 17(5):1139-1146.
- Okifuji A, Turk D.C. y Findley J.C. (1999). Clinical outcome and economic evaluation of multidisciplinary pain centers. In A.R.Block, E.F. Kremer y E. Fernández (eds.) *Handbook of Pain Syndromes. Biopsychosocial Perspectives*. (pp. 77-99). New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Publishers
- Oneal, B.J., Patterson, D.R., Soltan, M., Teeley, A., y Jensen M.P. (2008). Virtual reality hypnosis in the treatment of chronic neuropathic pain: A case report. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 56, 451-462.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Orne MP. (1959). The nature of hypnosis: artifact and essences. *J. of Abn. and Soc. Psychol.* , 58, 277-99.
- Orne M. (1960). Undesirable effects of hypnosis: the determinants and management. . *Intern. J. Of Clin. And Exper. Hypnosis* , 13, 226-237.
- Oster MI y Sauer PE. (2000). Hypnotic method for preparing for childbirth. . En L. H. Green (Ed.), *Healing from within. The use of hypnosis in womens health care* (pp. 110-139). Washington DC: American Psychological Association.
- Pacheco M. (1993). *Hipnoterapia Ericksoniana. Nivel intermedio*. Santiago de Chile: Instituto Milton Erickson.
- Pallarés MJ y Martín M. (1996). *Evaluación de los pacientes con dolor crónico candidatos a implantes de sistemas*. Ponencia presentada en la Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud`96, Palacio de Convenciones, La Habana.
- Parsons T. (1966). *El sistema social*. Madrid: Rev. de Occidente.
- Patterson, D.R. y Jensen, M.P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin* (129), 495-521.

- Patterson, D; Wiechman, Sh; Jensen, M y Sharar, S. (2006). Hypnosis Delivered Through Immersive Virtual Reality for Burn Pain: A Clinical Case Series . *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 54, 130-142(13).
- Pavlov IP:. (2da. Edición, 1958). Veinte años de experiencia en el estudio objetivo de la ANS de los animales. En K. Platonov (Ed.), *La palabra como factor fisiológico y terapéutico*. Moscú: Ediciones en Lenguas Extranjeras.
- Pekala R. (2002). Operationalizing trance II: clinical application using a psycho-phenomenological approach. *American Journal of Clinical Hypnosis* , 44, 241-56.
- Pennebaker JW. (1993). *Salud, Expresión y Represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- Penzo W. (1989). *El dolor crónico, aspectos psicológicos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Pérez R, Cascudo N y Martín M (2010). Grandes Síndromes Geriátricos. In A. Riquelme, JM Ortigosa y M. Martín (Coords.) *Manual de Psicogerontología* (p.249-277). Madrid: Ediciones Académicas.
- Pérez R, Martín M y Quiñones M. (2000). Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las várices. *Rev Cubana Angiol y Cir Vasc* , 1(2):95-100.
- Pérez San Gregorio M.A. y Rodríguez Franco L. (2000). Intervención psicológica en el dolor crónico y en otros problemas derivados. Editorial. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 7, 67-68.
- Philips HC y Grant L. (1991). The evolution of prevention of chronic problems, a longitudinal study. *Behav. Res. Ther*, 29 (5), 435-441.
- Philips HC, Grant L y Berkowitz J. (1991). The prevention of chronic pain and disability, a preliminary investigation. *Behav. Res. Ther* , 29 (5) 433-450.
- Piccione C, Hilgard E y Zimbardo P. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25 year period. *J. of Pers. ad Soc. Psychol.* , 56, 289-95.

- Pinnell, C.M. y Covino, N.A. (2000). Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* , 170-194.
- Price DD y Barber JJ. (1987). An analysis of factors that contribute to the efficacy of hypnotic analgesia. *Journal of Abnormal Psychology* , 96: 46–51.
- Puchol Esparza D. (2002). Hipnosis clínica: Mitos, realidades y posibilidades terapéuticas. . *Interpsiquis* , <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5202/>.
- Rainville P, Bushnell MC y Duncan GG. (2000). PET Studies of the subjective experience of pain. In M. B. KL Casey, *Pain Imaging. Progress in Pain Research and Management* (pp. Vol.18:123–56). Seattle: IASP Press.
- Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Duncan GH, Bushnell MC. (1999). Dissociation of pain sensory and affective processes using hypnotic modulation. *Pain* , 82: 159–71.
- Ramírez V, Grau J, Martín M, Grau R (1989). Construcción de un inventario para evaluar la depresión como rasgo y como estado. Reporte de investigación no publicado, Facultad de Psicología de la Universidad Central.
- Rey T. (1993). *The history of pain*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Richardson J, Smith J E, McCall G, Richardson A, Pilkington K, Kirsch I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-412.
- Ritterband LM y Spielberger CD (1996). Construct validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in non-clinical population. *Depression and Stress*, 2, 123-145.
- Rivera J, Alegre C, Ballina F, Carbonell J, Carmona L et al. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol. Clin.* , suppl 1, s55-66.
- Roberts A y Reinhardt L. (1990). The behavioral management of chronic pain, long term follow up with comparison groups. *Pain* , 8 : 151 162.

- Robinson M.E. y Riley J.L. (1999). Models of pain. En A.R.Block, E.F. Kremer & E. Fernández (eds.), *Handbook of Pain Syndromes. Biopsychosocial Perspectives* (pp. 23-41). New Jersey-London: Lawrence Erlbaum Publishers
- Roggiani, W. (2002). Interet et connaissances des medecins generalists et internists du Canton de Geneve pour l'hypnose medicale. Suiza: Tesis no publicada, Universidad de Ginebra.
- Rossi EL. (1982). Hypnosis and ultradian cycles. A new state (s) theory of hypnosis? . *Am.J. Clin. Hypnosis* , 25(1), 21-32.
- Rossi, E. (2002). *The psychobiology of gene expression*. Nueva York: Norton.
- Ruiz López R, Pagerols M y Ferrer I. (1990). The Spanish pain questionnaire. *Pain*, 5: 304S.
- Russell M. (2008). Treating Traumatic Amputation-Related Phantom Limb Pain. *Clinical Case Studies* , 7(2),136-153.
- Sach, L.B. y Anderson, W.L. (1967). Modification of hypnotic behavior. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 172-180.
- Sackett DL, Rosenberg, WM, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. (1996). Evidence based medicine: what is and what it isn't. *British Medical Journal* , 312, 71-72.
- Santana J. (2002). Indicadores fisiológicos de estados hipnótico. Proyecto de tesis doctoral no publicado, Granma.
- Sarbin, T.R., y Coe, W. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Sauer C y Oster ML. (1997). Obstetric hypnosis:two cases studies. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* , 25, 74-79.
- Schnur JB, Kafer I, Marcus C y Montgomery GH. (2008). Hypnosis to manage distress related to medical procedures: a meta-analysis. *Contemporary Hypnosis* , 25(3-4): 114-128.

- Schoenberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to Cognitive-behavioral psychotherapy. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.
- Schultz, J.H. (1980). *El entrenamiento autógeno: autorrelajación concentrativa* (4ª ed). Barcelona: Científico-Médica.
- Schwarzer R y Leppin A. (1981). Social support and health: a theoretical and empirical overview. *J. of Soc. and Per. Rel.* , 9: 99-127.
- Scoboria, A., Mazzoni, G., Kirsch, I. y Milling, L.S. (2001). Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports . *Journal of Experimental Psychology: Applied* , 8, 26-32.
- Shapiro F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures (Hardcover)*. Nueva York: The Guilford Press.
- Simon, E.P. y Lewis, D.M. . (2000). Medical hypnosis for temporomandibular disorders: treatment efficacy and medical utilization outcome. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 90, 54-63..
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* , Oct 18;(4):CD003521.
- Sociedad Británica de Psicología (2001/2002). *La naturaleza de la hipnosis*. Valencia: Promolibro.
- Sociedad Cubana de Hipnosis. (2003). Evaluación de la susceptibilidad hipnótica. La Habana: Sociedad Cubana de Hipnosis. Material del curso básico. No publicado.
- Spanos, N.P. (1996). *Multiple identities y false memories*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Spanos, N. P., y Barber, T. X. (1976). Behavior modification and hypnosis. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 1-43). New York: Academic Press Inc.

- Spanos N.P., y Chaves J. (1989). The cognitive behavioral alternative in hypnosis research. En N.P. Spanos, y J.F. Chaves. *Hypno* (Eds.), *Hypnosis: the cognitive behavioral perspective* (pp. 9-16). Buffalo NY: Prometheus Books.
- Spanos, N. P., y Chaves, J. F. (1991). History and historiography of hypnosis. In S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 43-78). Nueva York: The Guildford Press.
- Spiegel, H. (1983). Hipnosis: una ayuda para la psicoterapia. En A. Freedman, y H. K. Sadock (Eds.), *Tratado de Psiquiatría* (pp. Tomo 3, 356-90). La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Spiegel, H., y Spiegel, D. (2004). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis* (2nd edition). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Spielberger CD, Carretero-Dios H, De los Santos-Roig M, Buela-Casal G (2002a). Spanish development version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): Trait subscale (T-DEP). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 51-69.
- Spielberger CD, Carretero-Dios H, De los Santos-Roig M, Buela-Casal G (2002b). Spanish development version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): State subscale (S-DEP). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 71-89.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE y Díaz Guerrero (1996). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual*, 2.^a Ed. Madrid: TEA Ediciones.
- Steinman RM y Szalavitz M. (2002). Patients Have Been Too Patient With Basic Research. *Cerebrum*, <http://www.dana.org/news/cerebrum/detail.aspx?id=2888>.
- Stevens AJ. (1989). *Preparación para la anestesia*. La Habana: Edición Revolucionaria.
- Stevens, M. (2008). An Abortive Treatment for Migraine Headaches . *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (1), 2-14
- Suárez, R. (2006). *Grandes Síndromes Geriátricos*. La Habana: Maestría Longevidad Satisfactoria. Universidad Médica de La Habana. No publicado.

- Tart, Ch. T. (1970). Increases in hypnotizability resulting from a prolonged program for enhancing personal growth. . *Journal of Abnormal Psychology* , Vol 75(3), Jun: 260-266.
- Taylor R. (1998). Reduction of Anxiety and Pain in Labor and Delivery Using an EMDR Model: A Single Case Study. *Journal of Prenatal y Perinatal Psychology y Health* , 149–154 .
- Taylor SE y Aspinwall L. G. (1990). Psychosocial aspect of chronic illness . In P. C. Bos, *Psychological Aspects of serious illness; chronic conditions, fatal diseases and clinical care*. Washington: American Psychological Association.
- Tunks,E. R. (2008). Chronic pain and the psychiatrist. *Canadian journal of psychiatry* , Apr53 4 211-212.
- Turk DC. (2001). Combining somatic and psychological treatments for chronic pain patients. Perhaps 1+1 does = 3 (editorial) . *Clin J Pain* , 17: 281-283.
- Turk DC, Meichembaum D y Genest M. (1983). *Pain and behavioral medicine: a cognitive behavioral perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Turk DC, Meichembaun D y Genest M. (1987). *Pain behavior medicine: a cognitive behavioral perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- Turk D.C. y Rudy T. (1986). Assesment of cognitive facyors in chronic pain: a worthwile enterprise . *J. Of Cons. and Clin. Psychol* , 6:760-768.
- Turk DC, Swanson KS yTunks ER. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients-when pills, scalpells and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry* , april, 53,4,213-223.
- Tursky B, Jamner L, D., Friedman R. (1982). The pain perception profile; a Psychosocial approach to the assesment of pain report. *Behav. Res Ther* , 13: 376-394.
- Vallejo, M.A. (2000). Emociones y dolor. *Rev.Soc.Esp.Dol* , 7:3-5.
- Vandereit K, Adrianensen H, Cartont H y Vertomment H (1987). The McGill Pain Questionnaire for the dutch language (MPQ-DV): Preliminary data concerning reliability and validity. *Pain*, 30:295-408

- Vargas W. (2004). Hipnosis aplicada a niños quemados con diagnóstico de síndrome de estrés post-traumático. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica* , Número 6, Año 3, Abril – Set.
- Vargas W. (2005). Consideraciones psicológicas sobre la hipnosis aplicada al manejo del dolor. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica* , Número 8 Año 4, Abril – Set.
- Viera R y García I. (2007). Aspectos técnicos del proceso hipnótico. La Habana: Material bibliográfico del Curso Básico de Hipnosis de la Sociedad Cubana de Hipnosis. No publicado.
- Vingoe, F.J. (1982). Attitudes of Clinical and Educational Psychologists towards Hypnosis Training and Treatment. *Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis* , 5, 37-41.
- Wagstaff, G.F. (2008). Hypnosis and the law: examining the stereotypes. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 1277-1294.
- Wagstaff, G.F., Cole, J.C., y Brunas-Wagstaff, J. (2007). Effects of hypnotic induction and hypnotic depth on phonemic fluency: A test of the frontal inhibition account of hypnosis. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica/ International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 27-40.
- Wagstaff, G.,F., Cole, J.C., y Brunas-Wastagff J. (2008). Measuring hypnotizability: the case of self-report depth scales and normative data for the Long Stanford Scales. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 56, 119-142.
- Wagstaff, G.F., Cole, J., Wheatcroft, J., Anderton, A., y Madden, H. (2008). Reducing and reversing pseudomemories with hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 25, 178-191.
- Warning, E.M. (1977). The role of family symptoms selection and perpetuation in psychosomatic illness. *Psychoter.Psyhosom.* , 28: 253-259.

- Watson CG y Buranen C. (1979). The frequency and identification of false positive conversion reaction. *J. of Neurol. and Mental Dis* , 167: 243-247.
- Weisberg MB. (2000). Chronic pelvic pain and hypnosis. In L. H. Green, *Healing from within. The use of hypnosis in womens health care* (pp. 110-139). Washington: American Psychological Association.
- Weitzenhoffer AM. (1989). *The practice of hypnotism*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Weitzenhoffer, A.M., y Hilgard, E.R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Forms A and B*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Weitzenhoffer, A.M., y Hilgard, E.R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale. Form C*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Wells W. (1924). Experiments un waking hypnosis for instructional purposes. *J. of Abnor. And Soc. Psyvhol.* , 18:389-404.
- Wickramasekera I. (1999). How does biofeedback reduce clinical symptoms and do memories and beliefs have biological consequences? Toward a model of mind-body healing. *Applied Psychophysiology and Biofeedback* , 24: 91–105.
- Wilensky M. (2006). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a Treatment for Phantom Limb Pain. *Journal of Brief Therapy* , 5 (1) 30-42.
- Wilson, A. (1991). Consultation length in general practice: a review. *Br J Gen Pract* , 41: 119122.
- Wilson SC, Barber TX (1998): The creative imagination scale as a measure of hypnotic responsiveness: applications to experimental and clinical hypnosis. *Am.J. of Clin. and Exp. Hypnosis*, 20, 235-249.
- Wobst AHK. (2007). Hypnosis and Surgery: Past, Present, and Future. *Anesth Analg* , 104:1199-1208.
- Wolberg H. (1960) Discusión final. En G.H. Eastbrook (Ed) *Problemas actuales de la hipnosis*. México: Fondo de cultura económica.

- Woody, E.Z. y Bowers, K.S (1994). A frontal assault on dissociated control. En S. L. Rhue, *Dissociation: Clinical theoretical and research perspectives* (pp. 52-79). Nueva York: The Guilford Press.
- Wright S; Courtney U y Crowther D. (2002). A quantitative and qualitative pilot study of the perceived benefits of autogenic training for a group of people with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* , Jun 11(2):122-30.
- Yapko, M. (1994). Suggestibility and repressed memories of abuse: A survey of psychotherapists' beliefs. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 163-171.
- Yapko MD. (2006). *Trancework: an introductions to the practice of clinical hypnosis*. Nueva York and Hove: Brunner-Routledge.
- Yapko MD. (2008). *Tratado de hipnosis clínica*. Madrid: Palmyra.
- Yu, C.K-c. (2004). Beliefs and Opinions Regarding Hypnosis and its Applications among Chinese Professionals in Medical Settings. *Contemporary Hypnosis* , 21, 177-186. .
- Zaz B, Martín M, Grau JA, Rial N. (1995). El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario. *Rev. Latinoamericana de Psicología* , 27(1), 9-24.
- Zitman, F.G., Van Dyck, R.M., Spinhoven, P., Linssen, A.C. (1992). Hypnosis and autogenic training in the treatment of tension headaches: a two-phase constructive design study with follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 219-28.

OJO PARA LA SOLAPA DE LIBRO**Colección****HIPNOSIS Y TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN**

Dirección: Dr. A. Capafons

1- Manual de Terapia de Auto-Regulación.

Autor: Salvador Amigó

2- Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental.

Autores: Antonio Capafons y Salvador Amigó (Editores)

3- Tratamiento del Hábito de Fumar.

Autores: Agustín Bayot, Antonio Capafons y Salvador Amigó

4- Tratamiento del Sobrepeso y Exceso de Grasa

Autores: Carmen Casas y Antonio Capafons

5- Introducción a la Hipnosis Clínica: Una Perspectiva Humanista

Autor: Peter J. Hawkins

6- La Naturaleza de la Hipnosis

Autor: Sociedad Británica de Psicología

7- La Hipnosis en el Alivio y Tratamiento del Dolor. Texto Práctico Para Estudiantes y Profesionales

Autora: Marta Martín

OJO PARA EL REVERSO DEL LIBRO

La utilidad de la hipnosis para el tratamiento de innumerables problemas de salud ya es un hecho que pocos cuestionan. Una de las propiedades de la hipnosis con más evidencia empírica de su eficacia es la de ayudar a las personas a reducir radicalmente e incluso eliminar tanto el dolor crónico como el agudo; sin embargo, el uso de la hipnosis resulta un asunto polémico, aunque paradójicamente, sea uno de los que más interés despierta entre los profesionales de la salud y la propia población. Mitos y prejuicios a lo largo de los años han permeado a la hipnosis, dotándola de atributos de esoterismo, magia o peligrosidad, que está lejos de tener. Las técnicas hipnóticas son relativamente fáciles de aplicar, inocuas en comparación con otros procedimientos médicos y psicológicos, de amplio espectro y utilidad y pueden ser utilizadas por cualquier profesional capacitado.

Este libro está dirigido en primera instancia a los estudiantes y profesionales de la salud que se encargan de la atención a las personas con problemas de dolor: médicos, enfermeros, psicólogos y otros, aunque pretende soslayar en lo posible la aridez de lenguaje científico, con el fin de que el texto sea comprensible por lectores no especializados en el tema, pues todos en algún momento hemos sufrido o sufriremos de dolor, y todos podríamos beneficiarnos con el uso de técnicas de hipnosis y relajación.

Marta Martín Carbonell es graduada de Psicología por la Universidad de la Habana, Dra. en Ciencias de la Salud y Especialista de primer grado en Psicología de la Salud por la Universidad Médica de Cuba. Su experiencia profesional se ha desarrollado en el marco de la salud pública como psicóloga e investigadora en diversas instituciones de la Ciudad de la Habana; y en los últimos años, como docente de la Universidad Médica de la Habana y de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana. Su labor asistencial e investigativa se centra en el ámbito de la Psicología Clínica y de la Salud, con énfasis en la atención psicológica a personas con enfermedades crónicas y dolor. Los resultados de sus investigaciones se han divulgado en comunicaciones en congresos científicos nacionales e internacionales, en publicaciones en revistas científicas, así como en capítulos de libros y libros que han sido publicados por editoriales de Cuba y otros países. Ha impartido numerosos cursos de postgrado nacionales e internacionales y es miembro de varias sociedades científicas cubanas e internacionales.
