



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

✓
EL EMPLEO DE LA TERAPIA CONDUCTUAL
(REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA)
BAJO HIPNOSIS EN LA AUTOREGULACION
DEL DOLOR CRONICO BENIGNO.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
BLANCA IRIS CORZO SOLIS
NORA ELSA MARTINEZ MOTA

Director de la Facultad: Mtro. Javier Urbina Soria
Director de Tesis: Mtro: Benjamín Domínguez Trejo
Asesor Estadístico: Mtra. Mirta Flores Galaz

M-0112242



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RECONOCIMIENTOS

Al Mtro. Benjamín Domínguez Trejo, por su continua búsqueda de conocimientos para la comprensión de la conducta humana y por su creciente interés en ampliar y enriquecer aun más su gran trayectoria como especialista en salud mental.

Al distinguido jurado. Mtra. Mirta Flores Galaz, Dra. Emma Espejel Aco, Mtro. Jorge Palacios Venegas y Mtro. Octavio de la Fuente Escobar, porque cada uno de ustedes contribuyeron con su valiosa experiencia en la elaboración final de la presente investigación.

A la Mtra. Mirta Flores Galaz. Te agradecemos sinceramente tu colaboración y apoyo en el desarrollo de éste trabajo.

Al Dr. Vicente García Olivera. Gracias por darnos la oportunidad de colaborar con ustedes en ésta profesión tan noble y tan humana.

Es difícil encontrar personas que posean talento, profesionalismo y calidad humana, y en usted, Dra. Alicia Kassian, se conjuga todas esas cualidades humanas. Sinceramente gracias por su apoyo incondicional e invaluable.

Al Dr. Raúl Guzmán Llorente por compartirnos sus conocimientos y su amplia experiencia en el arte de la hipnosis, enriqueciendo nuestra formación sin esperar nada a cambio, solo guiado por el enorme deseo de

brindarnos ayuda y apoyo, por lo que éstas palabras no bastan para agradecerle sinceramente su amistad incondicional.

A nuestro gran amigo Agustín Gaytán, con admiración por tu talento porque a pesar de tu juventud has logrado ya algunas de las metas que te has propuesto y con cariño porque has demostrado ser en todo momento el AMIGO que sabemos que siempre está dispuesto a escuchar y apoyarnos, es por eso que te agradecemos sinceramente tu amistad, ya que gracias a ti se hizo posible la realización de éste trabajo.

Nora e Iris.

A mi abuelito José y a Héctor, con orgullo y profundo cariño, ~~porque su existencia no fue finita, permanecerá siempre en mí como un~~ ejemplo de superación constante.

Porque gran parte de mi formación personal y como profesionista está enriquecida por sus sabios consejos, valores y apoyo continuo, alentándome en todo momento con su cariño, gracias infinitas a mi mamá Elsa, mi tía Elba y mi abuelita Chonita.

A tí, Alberto, por tu amor, tu comprensión y nobleza, así como tu incansable fé en mí, mil gracias porque tu presencia llena mi vida.

A mis tíos, primos y sobrinos porque soy afortunada al contar con ustedes y recibir siempre solo muestras de cariño y apoyo incondicional.

Nora Elisa

A mi madre, mi más grande amiga:

Por ese recuerdo imborrable, a esa imagen inmemorable, que me ha permitido alcanzar una de mis más grandes metas, te doy gracias mamá por estar cerca de mí, porque así te siento, más cerca que nunca, gracias porque todo lo que soy te lo debo a ti, a tu gran amor.

Te quiero.

Con todo cariño a mis hermanos: Sergio y Exal:

Por estar siempre conmigo e impulsarme, por compartir momentos buenos y malos, por todo lo que hemos vivido juntos.

Los quiero.

Keiji:

Creo que ninguna palabra abarcaría todo lo que eres para mí y quiero agradecer el cariño y apoyo que siempre me has dado para mi superación, tú has contribuido en gran parte para que yo haya logrado esta meta trazada.

Te amo.

Blanca Iris

RESUMEN

Esta investigación se realizó con el objetivo de confirmar la eficacia de la Hipnosis como una técnica que facilita y mantiene el empleo de la Reestructuración Cognoscitiva en un paciente adulto con dolor crónico benigno.

Se utilizó para estos fines un estudio preexperimental de campo, con un diseño pretest-postest.

El planteamiento del estudio se ejecutó para confirmar la eficacia de la Terapia Conductual (Reestructuración Cognoscitiva) durante la emisión de conducta hipnótica en la autoregulación del dolor crónico benigno. La muestra correspondiente al presente estudio fue constituida por un sujeto del sexo masculino, de 31 años, con un diagnóstico médico de migraña y con escolaridad de secundaria terminada.

Los instrumentos psicológicos utilizados fueron tres: el Inventario de Creencias Personales, el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) y el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (IDARE); así como el empleo de un aparato electromiográfico, mediante el cual se obtuvieron los datos cuantitativos a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS).

Los resultados cualitativos fueron obtenidos a través de las pruebas psicológicas, las cuales demostraron que el tratamiento aplica-

do fué eficaz.

La información obtenida de este estudio ofrece un panorama de investigación más amplio en el ámbito del sector salud en México.

INTRODUCCION

El interés del hombre por aliviar o evitar el dolor es muy antiguo, para lo cual ha recurrido o se ha sometido a procedimientos inefectivos y frecuentemente perniciosos como: purgantes, purificantes, tratamientos punzantes que provocan ampollas, sangrados, ardores intensos y otros procedimientos ofensivos. Ejemplo de esto, es el caso de Carlos II de Inglaterra (S. XVI) quien fué sometido a este tipo de tratamiento aversivo (como el beber, mascar o chupar estiércol de cocodrilo, fluido espermático de rana, etc.) por los médicos de su tiempo.

El dolor ha sido tratado por muchos y diversos tratamientos que han ido evolucionando con el tiempo, como lo son la farmacología, la Cirugía y actualmente nos sometemos a tratamientos menos esotéricos como la Acupuntura, Ultrasonidos, Estimulación Eléctrica, etc. para el control del dolor el cual aún ha sido tratado exitosamente por diversas terapéuticas, puede continuar y hacerse refractario a todo tipo de intervención, así como persiste meses después de que el tejido original dañado ha sanado, por lo que ha sido denominado Dolor Crónico Benigno.

Lo complejo de este fenómeno ha acaparado la atención de muchos investigadores quienes han intentado proporcionar una explicación al fenómeno del dolor; primeramente enfocado hacia la Fisiología Sensorial del mismo.

En los últimos años, el Dolor Crónico no sólo es considerado como un mecanismo de supervivencia física importante, ya que si el dolor fuese así, sería un fenómeno puramente físico experimentado igualmente por todas las personas, pero en realidad, los individuos sienten el mismo tipo de dolor en forma diferente. Ocurre así, debido a que el dolor no sólo se vive físicamente sino también emocional y cognitivamente, por lo que en la actualidad el dolor es considerado como un fenómeno multidimensional en el que intervienen tanto aspectos biológicos como psicológicos, jugando estos últimos un factor determinante en la expresión y la percepción del dolor, ya que éste es adaptativo (Mc Kay, Davis y Fanning, 1985). Desde temprana edad se aprende a asociar las sensaciones de dolor con significados cada vez más complejos y cada persona desarrolla su propia forma de percibir y afrontar el dolor para adaptarse al ambiente. El dolor puede ser tan adaptativo que a veces vale la pena seguir sintiéndolo; por lo que la mayoría de las personas con dolor crónico benigno lo han empleado alguna vez para evitar una situación difícil o bien, conseguir cuidados, afectos, atención o consideraciones especiales y estas tácticas pueden hacerse necesarias permaneciendo asociadas al dolor para satisfacer sus necesidades. Todas estas conductas presentes en el paciente con Dolor Crónico Benigno llamaron nuestra atención durante la realización de un proyecto en la Clínica del Dolor del Hospital General de México, de la Secretaría de Salud, en donde pacientes multiestudiados y tratados médica, farmacológica y quirúrgicamente presentaban un 30% de dolor persistente. Esto atrajo nuestro interés en corroborar si los factores emotivos y cognitivos juegan un papel determinante en la percepción del dolor, incluyendo las creencias, el tipo de pensamiento y el estrés como factores que generan o mantienen el dolor, para ello utilizamos la

Terapia Conductual (Reestructuración Cognoscitiva) con el propósito de que el paciente modificara su estilo de pensamiento y ofrecerle con ello una alternativa de tratamiento en la cual él mismo pueda influir, suprimir o cambiar las ideas que le provocan estrés y, por ende, dolor. Todo ello se ejecutó con el auxilio de Técnicas Hipnóticas las cuales facilitan el Rapport, aumenta la concentración de la atención y la sugestibilidad reduciendo el tiempo del tratamiento. De los resultados obtenidos de la combinación y aplicación de estas técnicas derivamos las siguientes aportaciones preliminares: a) El automanejo de los conflictos personales del paciente; lo que facilitará la reducción en la ingestión de medicamentos; b) Reducción de las demandas de consulta abreviarán los costos económicos así como el tiempo invertido en el paciente; y, c) Promoción de la participación interdisciplinaria del Psicólogo en el área de la salud.

CAPITULO I

DOLOR

Una de las fuentes de sufrimientos que aquejan al ser humano desde su más temprana infancia y en ocasiones lo acompaña en el curso de su vida, es el dolor, el cual ha sido y continúa siendo una experiencia cotidiana y desagradable, una característica de las enfermedades tanto psicológicas como orgánicas, una ventaja en la salud y una desventaja en la enfermedad. Para el médico es la queja principal de gran parte de sus pacientes. Para los pacientes es la demanda para la que se busca el alivio (Baez, 1970).

1.1.- BREVE HISTORIA DEL DOLOR

En la época Aristotélica el dolor era considerado no como una sensación, sino como una emoción. En efecto, se razonaba de la siguiente manera: Las sensaciones, aquello que sentimos son las cualidades de los objetos, así percibimos colores, formas, sonidos procedentes de los objetos que vibran o que están en movimiento, aromas que exhalan, etc., son todas ellas pues, cualidades que sentimos; sin embargo, el dolor no es cualidad de objeto, sino un estado general de disgusto, algo que se opone al gusto y al placer. De hecho, gusto y disgusto son los dos estados en los que oscila el hombre durante toda su vida. El disgusto que le provoca la huida, la defensa, el rechazo de un factor hostil, agresivo o peligroso para su conservación y el gusto que provoca atracción, impulso a acercarse y a tener contacto con objetos o sucesos

útiles y placenteros para la conservación del organismo, ya que fisiológicamente Aristóteles consideraba que el corazón situado en el centro del organismo era el punto de recepción de las sensaciones, recibíendolas de la periferia y transmitiéndola por los vasos sanguíneos.

Erasmus Darwin (1802) consideró que el dolor es sentido "cuando los estímulos sensoriales son más fuertes que lo usual". Anticipándose así a la Teoría Sensorial, es decir, que el dolor se debe a una estimulación demasiado intensa de cualquiera de los cinco sentidos clásicos.

En 1934, Weber continúa estableciendo importantes avances en el conocimiento de la sensación al distinguir el tacto y el dolor y al iniciar los estudios cuantitativos determinando la mínima diferencia ya perceptible entre dos pesos y estableciendo que dicha diferencia mínima capaz de ser notada depende de las magnitudes de los pesos y es proporcional a ellos denominando a este constructo "Ley de Weber", en donde se describe detalladamente el concepto de umbral (Baez y Bravo, 1970).

1.2.- DEFINICIONES SOBRE EL CONCEPTO DEL DOLOR

Dallenbach (1939) identificó y definió al dolor como una sensación resultante de patrones de estimulación de las terminaciones nerviosas libres, sin embargo, Melzack y Walls (1982) propusieron un enfoque sensorial para estudiar el dolor: La Teoría de Control de Acceso, la cual postuló que el dolor es una percepción más que pura sensación. Además, expuso que para denominar Receptor a un receptor del dolor, se requiere emplear una concepción psicológica que relaciona una

conexión directa del receptor del dolor al receptor del cerebro en donde la estimulación de éste último es captado como una mera sensación.

Numerosos autores desde los tiempos más remotos han estudiado al dolor con el fin de encontrar las posibles formas de aliviarlo o suprimirlo. Su estudio es un gran desafío para la medicina y la psicología, ya que tropieza con numerosas dificultades, entre ellas la de una definición clara y precisa que pueda ser aceptada universalmente y que comprenda todos los aspectos esenciales, así como por su naturaleza emocional y estrictamente individual lo que dificulta definirla en términos científicos u objetivos.

Uno de los primeros en proponer una definición fue Descartes (1664), quien habló del dolor como un sistema de alarma de campana el cual avisa que existe un daño en el cuerpo.

A partir de este punto se desarrollaron numerosos estudios y en los años sesentas alcanzaron una gran proliferación y en 1968 Sternbach lo define como un "concepto abstracto que se refiere a una reacción personal y privada a la sensación de daño; un estímulo dañino que indica la lesión actual o incapacitante a un tejido y un patrón de respuestas que opera para proteger al organismo de daño". Por otra parte, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) se refiere a éste como una "sensación displacentera y una experiencia emocional asociada con el daño actual o potencial del tejido" (Turk, y Thomas, 1987).

Sin embargo, en esta investigación se propone una definición acerca del dolor considerándolo como una experiencia subjetiva, individual, y displacentera que puede ser provocada tanto por estímulos físicos y factores psicológicos y que generalmente tiene la función de proteger al organismo.

A pesar de que se han publicado un sin número de definiciones, consideramos que ninguna de ellas abarca y explica con detalle la complejidad de este fenómeno.

1.3.- TIPOS DE DOLOR Y SU LOCALIZACION

Con el fin de establecer una mayor comprensión del dolor Tooney, Gover y Jones (1984) lo clasificaron según su localización, siendo Epicrítico cuando está ubicado en un punto determinado y Protopático cuando el dolor es difuso o no localizado; mientras que Loeser (1986) y Chapman y Bonica (1985) lo clasificaron de acuerdo a su tiempo de evolución y a las características propias de éste en:

a) Dolor Agudo. - Cuando el tiempo de evolución es menor a 6 meses y ocurre cuando existe tejido dañado, al ser éste restablecido el dolor desaparece. Ejemplo: quemaduras, apendicitis, extracción de muelas, etc.

b) Dolor Crónico. - Cuya característica general es que sobrepasa los 6 meses de duración. Sin embargo, conviene hacer la distinción entre crónico maligno y crónico benigno ya que existen diferencias

importantes en la etiología de ambos y el manejo terapéutico también reviste modalidades distintas.

El dolor crónico maligno, el cual es similar al agudo ya que también existe un mal orgánico, sin embargo éste se presenta continuamente por más de 6 meses (Mahta, 1977).

El dolor crónico benigno (al cual se avocó esta investigación), siendo éste aún más complejo que los dos anteriores y es caracterizado por una larga historia de tratamientos sin éxito que han implicado múltiples cirugías y medicación, calificándose de intratable, que equivale a tenaz, rebelde o de difícil tratamiento ya que su etiología es imprecisa y el infortunado paciente es enviado de un especialista a otro sin alivio ostensible de los síntomas.

Por lo regular ante la carencia de explicaciones, se concluye que "el enfermo no tiene nada" o que "el dolor es imaginario" a pesar de las indudables muestras de sufrimiento del paciente. Importa subrayar éste último e insistir en que el dolor "psicogénico" es tan legítimo, tan respetable y tan capaz de causar intensos sufrimientos como el dolor originado por impulsos procedentes de enfermedades orgánicas. En resumen, este tipo de dolor raramente está asociado con daño a un tejido, en estos casos, cualquiera que sea la lesión que exista, debe ser curada, es por eso que en la actualidad ha crecido el interés en el estudio de la relación e interacción mente-cuerpo con el fin de brindar un panorama más amplio para el entendimiento del dolor y las posibles causas y soluciones del mismo (Baez, 1970).

1.4.- ANATOMIA Y FISILOGIA DEL DOLOR

Es importante conocer la anatomía y fisiología básica del dolor para los profesionales que nos dedicamos o bien que estamos relacionados con el manejo del paciente con dolor; ya que se requiere del conocimiento de los elementos que intervienen en la sensación dolorosa y su transmisión con el fin de llevar a cabo un adecuado y preciso tratamiento de éste.

El comienzo del progreso en el campo fisiológico, fue el descubrimiento realizado por Bell de que la raíz dorsal era un órgano específico de las sensaciones, lo cual condujo a Muller (1962) a afirmar que cada una de las vías nerviosas transmitían una sensación particular; siendo éste el principio de la búsqueda de la vía del dolor.

Por lo cual, es importante mencionar que como todas las sensaciones, el dolor depende de la transmisión de señales desde la periferia hacia el cerebro, pero es único al consistir en un desorden específico y emocional, controlado e integrado en la mente. La reacción a los estímulos dolorosos es la fase final en esta secuencia de acontecimientos y sucede de varias maneras, bien sea como retirada de la parte afectada, con tensión emocional o por medio de las formas externas de expresar sufrimiento, como el sudor y las lágrimas. No todas estas sensaciones desagradables son parecidas, varían de intensidad, duración, calidad y distribución y las recientes experiencias demuestran que son recibidas por terminaciones nerviosas finas, inespecíficas, que se ramifican en la superficie cutánea, para transmitirla, a lo largo de

los nervios periféricos a la médula espinal. De las raíces dorsales de los ganglios los impulsos aferentes son conducidos al cerebro por vías especiales, pero estas líneas de transmisión no son bien conocidas. Parece que hay muchas más vías de comunicación que las anteriormente mencionadas, y esta plasticidad del sistema del dolor se acentúa debido a la multiplicidad de caminos hacia el tálamo y la corteza cerebral. La complejidad del problema aumenta a causa de las variaciones fortuitas en el trayecto anatómico de un nervio periférico y por los mecanismos de compensación que se desarrollan cuando un componente individual se interpone o destruye. La apreciación de estas señales dolorosas tiene lugar en partes muy iguales del cerebro, incluyendo el tálamo, cerebro medio, etc. El procesamiento de la información tiene lugar en la mente y está influido por varios factores, en especial las experiencias previas, el estado emocional actual, la personalidad y las implicaciones del dolor en la felicidad y subsistemas de cada individuo. Es imposible determinar la naturaleza de estos mecanismos y el dolor continúa siendo una interrogante, imposible de compartir y definir objetivamente pese a las experiencias externas (Mehta, 1977).

1.5.- DESARROLLO HISTORICO DE LA ANESTESIA

Sin embargo, como se vió anteriormente el objetivo único y fundamental del estudio sobre el dolor es la búsqueda de las posibles formas de suprimirlo o aliviarlo como se ha visto a través de la historia ya que se han empleado diversos métodos para combatirlos, entre los cuales se encuentran los utilizados por los egipcios que emplearon varios narcóticos no identificados, los chinos utilizaron el cáñamo y la acupuntura, los griegos los alcaloides derivados de la

belladona, mientras que los habitantes de mesoamérica recurrieron al peyote y a la marihuana para mitigar el dolor operatorio y postoperatorio; los incas sudamericanos emplearon las hojas de la coca para aliviar sus dolencias. En las religiones se han practicado ritos tales como rezos colectivos, canciones y danzas que parecen reducir la percepción del dolor (azotes medievales). En los siglos XVII, XVIII y principios del XIX se usaron bebidas alcohólicas para mitigar el dolor.

Entre los años 1799 y 1880 se emple el protóxido de nitrógeno (gas hilarante), que producía inconciencia para intervenciones quirúrgicas. En 1818 aparece el éter para evitar el dolor, y el anhídrido carbónico con el mismo fin. En 1844 se empleó el protóxido de nitrógeno como anestésico para extracción de dientes, posteriormente en 1847 surge el cloroformo y fué utilizado por primera vez en un parto por el médico James Young Simpson, sin embargo pese a sus logros no es hasta 1853 cuando John Snow publica libros relacionados al éter y al cloroformo y descubre las propiedades anestésicas del amileno (Cousin y Bridenbaugh, 1980).

En 1884, Koller explica el valor de la cocaína como un anestésico regional, y William S. Halstead, en ese mismo año, consigue la insensibilidad de toda una región del cuerpo inyectando esta sustancia. A éste último se le atribuye la creación de la primera Clínica del Dolor en 1935 y empiezan a crearse nuevas clínicas con el mismo fin. En los últimos 20 años se ha observado un notable interés por diversos tratamientos para combatir el dolor en sus variadas y complejas manifestaciones que estimulan al gremio médico a buscar nuevos recursos y a

mejorar los existentes (García Olivera, 1984); por lo que en las actuales clínicas del dolor se utilizan tratamientos farmacológicos con analgésicos potentes como opioides sintéticos y sus derivados; intervenciones quirúrgicas (talamotomías, lobotomías prefrontales) y recientemente la aplicación de electroacupuntura con propósitos analgésicos en síndromes dolorosos, así como la estimulación eléctrica (TENS), etc., para aliviar el sufrimiento del paciente (Fordyce, 1985).

No obstante, aún cuando estos procedimientos sean estrictamente ejecutados y técnicamente exitosos, el paciente no siempre responde de manera positiva por lo que es conveniente analizar el tipo de dolor, así como sus características y duración del mismo con el fin de canalizarlo a un proceso terapéutico específico y con mayores posibilidades de obtener un pronóstico más favorable.

1.6.- CLASIFICACION PSICOLOGICA DEL DOLOR

Dolor Agudo.— Se caracteriza porque el individuo por lo regular reacciona al dolor con una mayor actividad de la que recomienda su médico, vuelve a su trabajo en fecha más temprana, sin concederle demasiada importancia a la incapacidad y espera que en poco tiempo desaparezca, puede ser un poco "valiente", incluso estoico y bromea con el médico y sus parientes de manera típica. Rutrick (1985) afirmó que el dolor agudo tiene una función protectora de advertencia y de indicación de que algo va mal y casi siempre es posible adoptar alguna medida para aliviar el dolor.

Dolor Crónico Benigno.— Este en cambio, ha perdido esta función

protectora y carece de utilidad. Lo que hace en realidad, es mantener la irritación y consiguientemente, alterar todos los aspectos de la forma de vida. Por ejemplo, el paciente con lumbalgia crónica que ha estado 6 meses sin trabajar no tiene más que un 50% de posibilidades de volver hacerlo. El estado se convierte en crónico y puede aumentar las incidencias de depresión, sentimientos de ira, disminución de las actividades laborales, sexuales y empieza a sentirse como una carga para los demás disminuyendo y en algunos casos perdiendo su autoestima. Con respecto a los narcóticos empieza a abusar de ellos y también a manipular a los médicos para ser sometidos a métodos quirúrgicos. Se produce en esta etapa alteraciones de sueño y la dificultad para dormir es el resultado de la angustia y la depresión aunado al dolor. Puede haber pérdida de apetito como resultado de los estados anímicos ya antes mencionados o bien aumento de peso por la reducción de actividades y limitaciones secundarias del dolor. El paciente en esta situación ya no cree tan ciegamente en el tratamiento como en las primeras etapas y comienza a reajustar su estilo de vida. Muchas veces su depresión es tan fuerte que llega a pensar en el suicidio o pierde toda esperanza y finalmente renuncia vivir una vida normal. Todo este deterioro global constituye todo un síndrome: El dolor crónico benigno, y es excepcionalmente un problema psicógeno ya que frecuentemente constituye una reacción depresiva frente al dolor, no la causa del mismo.

1.7.- TIPOS DE PERSONALIDAD CON MAYOR PREDISPOSICION AL DOLOR (de acuerdo a la clasificación de Rutrick, 1985)

- a) Los pacientes psicológicamente sanos. - Ante el estrés del

dolor, incluso las personas psicológicamente sanas pueden experimentar importantes cambios en su modo de vivir y depresiones de tipo reactivo, sin embargo eventualmente llegan a comprender la necesidad que tienen de adaptarse y de conformarse con la pérdida de algo que ya no disfrutarán. Estos aceptan ser remitidos a un psicólogo al reconocer sus propias limitaciones ante el proceso emocional.

Tratan de reducir los narcóticos en vez de aumentarlos, y prefieren contener los deseos de esconderse, de culpabilidad, ira, la ansiedad y otras emociones. Limitan el sufrimiento y se mueven con flexibilidad en busca de opciones de tratamiento.

b) Pacientes con Psicopatología previa.- Las personas con características predominantemente histéricas o hipocondríacas, o semejante a estas, son incapaces de dominar la depresión que sufren a consecuencia del dolor. En estos casos, la pérdida de integridad del cuerpo se acompaña invariablemente de ruptura de la integridad del ego. La autoestimación se convierte en víctima, y una vez lesionada la autoestima, el dolor puede exacerbarse o ser generado por mecanismos psicológicos. Las complicaciones emocionales aparecen como estados de alarma, miedo o pánico, o como fenómenos de conversión, del tipo de mareos, palpitaciones, parálisis o trastornos que de dominarlos muestran tendencia a expresar somáticamente sus conflictos emocionales. Rehuir, minimizar o somatizar, todo ello son tentativas para "aumentar" la ansiedad, la depresión y los conflictos.

Los pacientes proclives al dolor en general suelen ser personas que tienen que agradecer poco a la vida y no se sienten amados. Son

proclives a utilizar la experiencia del dolor como explicación de sus necesidades frustradas. Esto suelen hacerlo casi siempre con aislamiento y negatividad. El precio masoquista del sufrimiento bien vale el beneficio de captar la atención o el amor, nadie disfruta del sufrimiento físico, pero si el ser amado es tan vitalmente necesitado, se puede aceptar el sufrimiento como si éste fuera amor. Además, el dolor puede ser un medio excelente para descargar sobre la familia y los profesionales de la salud, una forma de agresión pasiva, mediante las quejas y demandas constantes de afectos. La demostración agresiva del sufrimiento puede ser una exigencia para ser amado.

Los problemas de dolor crónico van frecuentemente asociados a una infancia austera, emocionalmente traumática, pasada entre familiares gravemente enfermos o incapacitados. Así pues el sufrimiento puede llegar a ser una parte de la experiencia del dolor crónico, pero llega a imprimir un sello personal.

Los individuos más agresivos que carecen de discernimiento se absorben en sí mismos y acumulan rencores. Son candidatos perfectos a utilizar el dolor como arma interpersonal una vez que han desarrollado un problema físico legítimo con soluciones imperfectas a la vista. El ocultamiento de un problema real se convierte así en una oportunidad irresistible. El dolor se puede utilizar para confundir y obtener de este modo cuidados médicos perpetuos, convirtiéndose el paciente en un enfermo profesional. Puede ser fuente de medicamentos adictivos, de intervenciones innecesarias, de frustración familiar y de los médicos y de satisfacción de necesidades pasivas pendientes. Pronto, los narcóti-

cos y los tranquilizantes entran para tratar tanto la depresión y el sufrimiento como el dolor en sí. Este es desgraciadamente un mal camino. La presión necesaria para exigir dosis de narcóticos cada vez mayores es tan fuerte como la aparición del hábito. El difícil proceso de tratamiento, la frustración del médico y del paciente y la urgencia de curación contribuyen a la adicción y con ello a un mayor sufrimiento.

El aprovecharse de situaciones productoras de estrés y de la preocupación de otros para satisfacer necesidades primarias es un beneficio secundario de la enfermedad.

Los pacientes psicósomáticos manifiestan su tensión emocional en forma de dolor y angustia corporal, confunden las sensaciones orgánicas con la emoción cuando el médico dice a este paciente que existen problemas emocionales importantes y que de ellos derivan la depresión, la respuesta más común es : "usted me está diciendo que todo es mental" y se generan problemas de comunicación importantes ya que la mayoría de los pacientes con dolor crónico son sensibles y reservados, sobretudo cuando son tratados por primera vez. Para ganar su confianza se requiere tacto y paciencia y así se franquea esta barrera en apariencia insuperable; no es aconsejable menospreciar o no dar crédito al individuo sobre su dolor, incluso cuando los exámenes repetidos y la investigación no rebelan ninguna enfermedad orgánica, porque los síntomas son muy reales para la mente del que sufre.

En los pacientes psicósomáticos no es difícil identificar los factores precipitantes del tipo de pérdidas de familiares próximos

coincidentes con el inicio o la exacerbación del dolor crónico, a los que muchos de estos pacientes negarán su importancia y pueden afirmar friamente "ya estoy recuperado", sin querer hablar de sus sentimientos ni mostrar emoción alguna. Cuando el especialista le pregunta cómo se siente con respecto a uno de sus factores precipitantes, la reacción típica es: "(Para qué?. Esto no va a cambiar nada no me gusta revivirlo". No comprenden que puede existir una reacción emocional al dolor ante otras cosas. Los sentimientos son minimizados o no reconocidos. Cuando se le pide a estos pacientes que expresen sus sentimientos y responden que lo que ellos sienten es sólo dolor y no depresión, esto constituye probablemente la indicación de una personalidad psicósomática.

1.8.- INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor va asociado con muchas enfermedades mentales y es evidente que los factores psicológicos están implicados en la mayoría de casos de dolor crónico, es por eso que en algunos casos el fracaso de los intentos al afrontar los problemas de dolor con las técnicas tradicionales, tales como reposo en cama, fármacos, cirugías, etc. pueden incluso aumentar el sentimiento de frustración. Por lo tanto, es esencial reconocer el aspecto psicológico y tratar al paciente en forma multidisciplinaria, con la participación de especialistas en psicología.

La intervención psicológica es recomendable cuando:

a) El dolor es de origen psicogénico y no existe ninguna anormalidad física. En este tipo de situación, el médico no se encuentra frente a una enfermedad que produce o se manifiesta por dolor, se halla simplemente frente al dolor, ante una queja de dolor.

b) En los que existe una anormalidad física, pero las características psicológicas agravan el dolor y

c) En los casos con una patología reconocida y establecida, suficiente para causar dolor en cualquier circunstancia, donde los síntomas se aumentan con el trastorno psicológico (Mehta, 1977). Es en estas condiciones en donde se ha establecido clínicamente que la intervención psicológica es necesaria para el tratamiento del dolor.

CAPITULO II

TERAPIA CONDUCTUAL

2.1.- CARACTERISTICAS

Las características de la Terapia Conductual es su interés por detectar exactamente la queja expresada por el paciente y enseñarle nuevas habilidades para que controle su vida de una manera más eficaz. Se piensa que los trastornos psicológicos que son el resultado de experiencias inadaptadas de aprendizaje en las que las fuerzas ambientales conforman y mantienen conductas inadecuadas. Por lo tanto, en la terapia conductual se lleva a cabo un análisis cuidadoso de los factores ~~que están manteniendo el patrón de conducta inadaptada del paciente~~: "Un análisis funcional". En el análisis funcional, el terapeuta estima la frecuencia y/o duración de las conductas difíciles del paciente y luego le proporciona nuevas experiencias de aprendizaje a fin de examinar si esas intervenciones terapéuticas producen una mejoría en la conducta problema. Así pues, el terapeuta de la conducta trata de obtener cambios observables en ésta mediante un tratamiento basado en la ejecución de conductas (Kendall, Hollon, Turk y Genest, Myles, 1979).

En los últimos años los terapeutas de la conducta han ampliado su esfera de acción incluyendo una variedad más grande de principios directivos (Bandura, 1979 y 1977; Frank y Wilson, 1977; Golfried y Davison, 1976; y, Lazarus, 1976).

Las áreas de investigación tales como la psicología social, la personalidad y la psicología cognoscitiva se incluyen como fuente de datos e hipótesis para integrar una ciencia del cambio de la conducta. No es raro que la terapia conductual sea definida desde el punto de vista de su metodología científica, en vez de sus técnicas y procedimientos o de su aplicación de los principios de aprendizaje. En estos casos, la terapia conductual se define como una metodología empírico-clínica (Golfried y Davidson, 1976). Los lineamientos fundamentales de tal metodología incluyen:

1) Aceptación de métodos nuevos y diversos para fomentar el cambio, en vez de confiar en una sola tradición.

~~2) Confianza en los métodos de evaluación científica para validar las hipótesis clínicas, y~~

3) Dirige los esfuerzos a enseñar a los pacientes las habilidades que necesitan para controlar su propia vida. Así pues la terapia conductual trata constantemente de desarrollar métodos innovadores, pero validados empíricamente, para ayudar a las personas a convertirse en los amos de su propio destino.

2.2.- BREVE HISTORIA DE TERAPIA CONDUCTUAL

Dentro de los diversos enfoques terapéuticos empleados para el estudio del comportamiento del ser humano, una modalidad de tratamiento la representa la terapia conductual, la cual cada vez es más difícil de incluir en una sola definición (Wilson, 1978) y es considerada como la

confluencia de varias tendencias relativamente distintas como la de Wolpe y Lazarus en Sudafrica, en 1950, Shapiro y Eysenck en Londres, ésta última tendía a poner de relieve la teoría del aprendizaje de Hull y el condicionamiento Pavloviano.

Una segunda tendencia del desarrollo de la terapia conductual es en gran parte Norteamericana, ésta desaca las consecuencias de la conducta, esta orientación operante comienza con O.R. Linsley y B.F. Skinner (1950).

Se puede advertir una tercera confluencia con Rotter (1954), London (1964) y de Goldstein, Heller y Schrest (1966) y con las importantes contribuciones de Bandura (1969).

Quizá como reacción a las anteriores terapias basadas en la comprensión, la terapia conductual en sus primeras etapas asignó menos importancia a la capacidad cognitiva humana. Tanto la teoría conductual clásica como la del conductual operante evitaban aludir a los procesos del pensamiento. En contraste, las tendencias más recientes de la terapia conductual remarcan la naturaleza adaptativa y voluntaria de los procesos cognitivos (D'Zurilla y Golfried, 1971; Golfried, Decenteo y Weimber, 1974; Mahoney, 1974; y, Meichenbaum, 1974) y como éstos juegan un papel muy importante en toda la conducta humana, así como la influencia que ejercen en la percepción del dolor el cual es abordado actualmente por un gran número de investigadores, en base a la experiencia empírica, dando como resultado otras variaciones de orientación cognitiva (Golfried y Davidson, 1981).

Una de las técnicas que contemplan esta modalidad cognitivo-conductual es la Reestructuración Cognoscitiva, siendo éste procedimiento de interés para la presente investigación, la cual se centra también en el manejo del dolor y ha sido abordado por diversas aproximaciones (Kendall, 1979).

2.3.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS CONDUCTUALES ORIENTADOS A LA EXPLICACION DEL DOLOR

Dentro de ellos se encuentra la terapia conductual tradicional propuesta como alternativa para el modelo clásico y es la teoría de control de acceso (o puerta de entrada) de Melzack y Walls (1982), siendo la más sobresaliente para comprender los diferentes aspectos del dolor. Desde esta conceptualización la percepción del dolor y las respuestas son vistas como un fenómeno complejo, además sugiere que la experiencia se compone de lo sensorial-discriminativo, lo motivacional-afectivo y lo evaluativo-cognitivo. Esta teoría enfatiza la gran importancia que juegan las variables psicológicas y como ellas afectan la reacción de dolor, asimismo ha enfocado la atención sobre la idea de que el dolor no es una función de un sistema particular único, cada porción especializada de todo el sistema nervioso contribuye a la experiencia de dolor. El descuido de no tomar esto en consideración puede explicar la frecuente frustración encontrada en la curación de pacientes con cirugía, anestésias u otras medidas designadas para bloquear el camino del dolor. El dolor puede ser tratado no sólo para cortar las molestias que penetran sensorialmente con anestésicos o intervenciones quirúrgicas, sino también la influencia de los factores

cognitivos o emocionales con respecto al dolor crónico benigno. Otro expositor de la aproximación conductual es Fordyce (1976), quien distingue entre Dolor Conductual Operante y Dolor Conductual Respondiente y define a este último como el conjunto de respuestas que se encuentran enlazadas al estímulo nociceptivo y ocurre como consecuencia de ellas; este tipo de conductas han sido tratadas por una variedad de estrategias incluyendo los medicamentos, cirugías, estimulación nerviosa y bioretroalimentación, así como una variedad de estrategias de afrontamiento cognitivo y al Dolor Conductual Operante lo considera como aquél que ha existido por un extenso periodo en un ambiente que ha proporcionado un reforzamiento contingente y que usualmente no es relacionado con cualquier parte del cuerpo desarrollando así, una consecuencia de dolor conductual acorde con el reforzamiento contingente. El reforzamiento puede ocurrir directamente por medio de cualquier situación como la consecuencia positiva de la medicación al dolor o la atención de otros, e indirectamente a través de la evitación efectiva de circunstancias no placenteras como el trabajo, dificultad en las relaciones sociales, etc. El reforzamiento también puede ocurrir como una consecuencia del castigo de "conducta apropiada", especialmente por miembros importantes de la familia quienes impiden que el paciente haga tal actividad. A través del reforzamiento el dolor conductual puede continuar por razones no relacionadas a la estimulación nociceptiva en el tejido dañado. Se puntualiza que muchos de los casos de dolor crónico involucran una combinación de dolor conductual operante y respondiente.

Desde el punto de vista psicológico-conductual, Fordyce (1976) dice que las conductas de dolor incluyen:

a) Quejas verbales de dolor y sufrimiento,
b) Sonidos no verbales (ejem.: lamentos, sollozos),
c) Posturas corporales y gesticulaciones (ejem: frotarse la parte dolorida), y,

d) Exhibir limitaciones funcionales o incapacidad (ejem.: acostarse mucho tiempo). También puede haber reacciones fisiológicas y conductas de respuesta en ausencia de estimulación dolorosa, porque diversas señales que se relacionan con la ocurrencia real de dolor puede provocar conductas de reacción en anticipación a dicho dolor.

Una conducta de dolor operante, como la ingestión de fármacos, quejarse, patear o inactividad pueden tornarse en costumbres regulares del paciente con dolor, porque originan su alivio temporal o de la tensión emocional, o bien les permiten obtener privilegios sociales, bienes materiales, o ambos. Estos hábitos se establecen por la vía del condicionamiento operante. Las consecuencias materiales y sociales ventajosas, o ganancias secundarias, que ocurren con seguridad después de la expresión de conductas de dolor, aumentan la frecuencia de expresión o refuerzan la conducta. El proceso de condicionamiento operante es automático y no necesariamente implica una intención manipulativa por parte del enfermo. Las "ganancias secundarias", como lograr compensaciones económicas, aumento de la atención y afecto por parte de familiares y amigos y alivio de las responsabilidades normales de adulto, pueden actuar para perpetuar el modelo de conductas operantes por dolor, sea que el paciente se dé cuenta o no de la relación. Incluso las conductas que fueron en un principio reflejas o respondientes, pueden tornarse hábitos automáticos por medio del proceso de

condicionamiento operante. En el extremo, este proceso puede producir un estado crónico de incapacidad física y social graves y comprometer el tratamiento médico del paciente (Turk, 1987).

Fordyce (1976) ha intervenido en el dolor crónico eliminando o reduciendo el dolor conductual y restaurando conductas positivas, cambiando así los "programas" de reforzamiento. Ha empleado también técnicas operantes para extinguir el dolor conductual (tales como las quejas, demanda de medicamentos, falta de actividad física a causa del dolor, etc.) prestando atención al paciente cuando éste realiza actividades relacionadas con su salud y no le da atención al dolor conductual. Planea conductas positivas futuras o intenta reducir la medicación, reduciendo la adicción conforme el tratamiento progresa. Los familiares del paciente también son entrenados para reforzar conductas positivas y no de dolor conductual. Además, los pacientes son instruidos bajo técnicas de autocontrol y autoreforzamiento, estableciendo nuevos objetivos y los entrenan para llevar a cabo el tratamiento en su casa, que es su ambiente natural y no sólo bajo vigilancia hospitalaria.

Kerns, Turk, Holzman y Rudy (1986) demostraron la efectividad de este tipo de tratamiento en 10 sesiones con pacientes externos. El tratamiento consistió en: identificar el dolor y las conductas positivas, la extinción de dolor y reforzamiento de conductas adecuadas, entrenamiento para alterar las consecuencias del medio ambiente a través del modelamiento, juego de roles y ensayo conductual, progreso en la reducción de medicamentos, aumento del nivel de actividad y de

relajación progresiva. Se estableció un número determinado de semanas con el fin de incrementar nuevas conductas. Al concluir las 10 sesiones semanales y en los siguientes seis meses, los pacientes mostraron una significativa reducción de medicamentos, así como progresos en la construcción de objetivos personales (Weisemberg, 1987).

2.4.- NUEVAS TECNICAS TERAPEUTICAS CON UN ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

En los últimos años, se ha derivado de la terapia conductual un enfoque que engloba la cognición y son las terapias cognitivas, éstas se derivan de conceptualizaciones que se encuentran en los conocimientos o pensamientos de la persona como una de las fuentes principales de trastornos psicológicos. La terapia cognitiva trata de modificar los sentimientos y conductas del paciente al modificar sus pensamientos y supone que los cambios efectuados en el conocimiento de las personas producirán cambios positivos en su conducta problema. El enfoque cognitivo-conductual enfatiza el papel de pensamiento verbal e imaginativo o en la producción de las emociones cuya función principal consiste en modificar el tipo de pensamiento del sujeto teniendo como consecuencia un cambio en su conducta observable, para lograr este objetivo se han implementado programas terapéuticos de orientación cognitiva que insisten en el papel del mediador de los procesos cognitivos en el mantenimiento o eliminación de los patrones no adaptativos (Meichenbaum, 1977). Estos procedimientos son determinantes en la emoción y en la conducta; uno de los primeros planteamientos es la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis (1962), quien enfatiza que varios filósofos griegos y romanos (epictetus) así como antiguos pensadores budistas

percibieron una cercana conexión entre la razón, la emoción y la conducta y ofrecieron una visión para modificar la conducta alterando patrones de pensamiento. En este siglo, un determinado número de terapeutas, incluyendo Dubois (1905), Coue (1922), Korzybski (1933), Johnson (1946), Low (1950), Kelley (1969), Beck (1976) y Lazarus (1972) han enfatizado el papel de los factores cognitivos en el desarrollo de las enfermedades mentales y han promovido alterar la maladaptación del paciente a través de autoverbalizaciones. Schaffer, por ejemplo, define la terapia como: "un proceso de aprendizaje a través del cual una persona tiene la habilidad para hablarse a sí mismo en formas apropiadas, así como controlar su propia conducta".

Por otro lado, Miller (1970) destacó la importancia del lenguaje ~~en la dirección de la conducta y subrayó que el mayor interés en la~~ psicología se ha concentrado en encontrar los aspectos psicológicos del lenguaje y la comunicación. No se puede cuestionar el control de la conducta sin recordar anteriormente que la técnica de mayor precisión para controlar dicha conducta se encuentra en el lenguaje humano (Meichenbaum, 1977).

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, dentro de las actuales conceptualizaciones se encuentra la TRE de Ellis, cuya premisa básica es que el sufrimiento emocional se debe a las formas "irracionales" en las que la gente construye su mundo y establece sus afirmaciones, las cuales conllevan a un diálogo interno o autoafirmaciones que producen un efecto adverso en la conducta. Así que el terapeuta de la TRE debe:

1'.- Determinar eventos externos precipitantes que alteran al paciente.

2'.- Debe determinar los patrones específicos de conducta e identificar creencias que constituyen respuestas internas a esos eventos.

3'.- Ayudar al paciente a cambiar estas creencias y patrones de pensamiento. Ellis (1962) propone que el centro de los problemas emocionales se encuentra en la preocupación que tiene el paciente sobre lo que los otros piensan de él. Ellis alienta al clínico para considerar los temas de pensamientos irracionales, que dan color a las autoafirmaciones; imágenes y cogniciones, de la misma manera alienta al paciente a examinar las ideas, como el ejemplo que se presenta:

1) Debo ser amado y aprobado por cualquier persona significativa en mi vida, de no ser así, sería terrible.

2) No debo cometer errores o realizar tareas pobremente y si lo hago es terrible.

3) La gente y los eventos deben ser siempre en la forma que yo quiero que sea.

Con el fin de contradecir esas creencias, en la TRE se alienta, reta, estimula y educa a través de un "diálogo socrático mayeúutico", proporcionando información, conduce a análisis racionales, asigna tareas de estructuras conductuales; con el propósito de que el paciente admita la noción de que su conducta mal adaptada y alteraciones emocio-

nales son un reflejo de sus creencias irracionales.

Como resultado de esas intervenciones terapéuticas, se espera que el paciente reemplace las creencias descritas antes de acuerdo a la siguiente secuencia:

- 1) Definitivamente es bonito tener el amor y la aprobación de la gente, pero aún sin ella, puedo aceptarme y alegrarme.
- 2) Hacer las cosas bien es satisfactorio, pero es de humanos cometer errores.
- 3) La gente actuará en la forma que ella lo desee, no de la forma que yo quiero.

Se espera que después de esta confrontación concienzuda y deliberada el paciente se muestre menos tenso al enfrentar situaciones de la vida real, ya que es desagradable "decirle a sí mismo" que se está en un error. Tal vez debido a la naturaleza habitual de las expectativas y creencias de uno, se puede observar que esos procesos de pensamiento se vuelven automáticos y parecen involuntarios como muchas situaciones ya expresadas, más aún, las cogniciones maladaptadas del paciente pueden ser matizadas por la forma verbal (Beck, 1970) por ejemplo una mujer con miedo a caminar sola por la calle, encuentra que al pronunciar su ansiedad le seguirán imágenes de ella padeciendo un ataque cardíaco y quedándose sin ayuda. Estas cogniciones idiosincráticas (en imágenes o verbales) son usualmente muy rápidas y con fre-

cuencia contienen una idea elaborada en unos cuantos segundos o menos.

Por lo que el terapeuta en TRE se interesa en hacer que el paciente se libere de autoconvicciones e imágenes que son o que engendran ansiedad, autodefensa y aspectos llenos de profecías sobre ciertas situaciones del pensamiento. El primer objetivo de la terapia es mantener al paciente alerta sobre la posibilidad de que sus conductas maladaptadas y emociones contribuyen a lo que él piensa de sí mismo.

Una vez que el terapeuta, después de escuchar las quejas del paciente, le otorga la tarea de que se escuche él mismo en el curso de la semana y que realice un análisis de las situaciones conductuales que conllevan a conductas o emociones de autoconcepto negativo. A través del cuestionamiento del terapeuta, el paciente comienza a aceptar la conceptualización cognitiva del problema compartiendo sus opiniones con el terapeuta. Cuando el paciente retorna a ejemplos de su autoconcepto negativo, el terapeuta puede preguntar con un poco de tacto y prudencia: "(me está usted diciendo que este tipo de pensamientos son parte de su problema?", "(De qué manera la trastornan?". En este punto el paciente comienza a probar la evidencia de que su autoconcepto negativo contribuye a su problema. Una vez que el paciente piensa en la posibilidad de que sus conductas maladaptadas resultan de lo que se dice así mismo, entonces un conjunto de estructuras terapéuticas tienen sentido para él.

Lo que el paciente se diga o no así mismo antes de la terapia es menos importante que lo que se desea que observe; su conducta y la forma en que ésta es afectada por autoconceptos y modificable por las

mismas, ya que el terapeuta emplea tareas entre sesiones para provocar la aceptación de este punto de vista. Se le pide al paciente que identifique las formas en que sus cogniciones contribuyen a su conducta maladaptada y hace también uso del reforzamiento recompensando al paciente a medida que se observan en sus creencias y conductas irracionales.

De una manera forzada Ellis provoca que los pacientes tomen consciencia de que su punto de vista sobre sus conductas maladaptadas y sentimientos derivados de las mismas. Hace la diferencia entre: (a) el empleo intencional del análisis del sistema de creencias en TRE que produce un cambio y (b) la ocurrencia natural de ese sistema de creencias que contribuyen a una conducta maladaptada.

La ausencia de pensamientos irracionales por sí mismo no suelen ocurrir, ya que está relacionada con el manejo de técnicas empleadas para enfrentar esos pensamientos y sentimientos que caracterizan las conductas inadaptadas. Estas técnicas pueden ser el humor, la racionalidad o "la represión creativa".

La TRE trata de alterar la conducta problema del paciente atacando activamente a las creencias de éste, que según parece, está produciendo las consecuencias de inadaptación. El terapeuta reta al paciente, exige explicaciones de toda clase de suposiciones y expresa dudas y desaprobación cuando el paciente expresa sus creencias irracionales; sin embargo el ataque va dirigido a las creencias irracionales y no a la personalidad del paciente. De hecho, la TRE prescribe la total

aceptación y tolerancia del paciente como persona, sus creencias en cambio son refutadas directamente y destruidas por el terapeuta. La TRE, aunque se ha clasificado como terapia cognitiva, tiene algunos aspectos que parecen ser emocionalmente evocadores y otros que son más conductuales. En los procedimientos TRE están incluidos también muchos principios conductuales (Meichenbaum, 1977).

Otra variante de la TRE es la Terapia Cognitivo-Conductual de Beck (1976) -dentro de las modalidades de Reestructuración Cognoscitiva- para la depresión y consiste en conseguir que el sujeto supere las formas no adaptativas del pensamiento en las que se basa su trastorno emocional o su depresión consiguiendo pensar de un modo más ajustado a la realidad. Beck (1978) canaliza al paciente a tomar consciencia de las distorsiones en sus patrones de pensamiento.

Algunas distorsiones son:

- 1) Inferencia arbitraria.- El bosquejo de una conclusión cuando la evidencia es dudosa o se basa en otra contraria.
- 2) Magnificación.- Exageración del contenido de un evento.
- 3) Deficiencia Cognitiva.- No observar un aspecto importante de una situación vivencial.
- 4) Razonamiento dicotómico.- Simplificar o producir una percepción rígida de los eventos como buenos o malos, acertados o erróneos.

5) Sobregeneralización.— Considerar un sólo incidente, como es un error, como signo de total incompetencia personal y de esta manera generar una regla falaz.

Distorsiones cognitivas como estas llevan al paciente a que atienda selectivamente y se anticipe a las consecuencias. La terapia de Beck se dirige al paciente con el fin de identificar aquellas cualidades de estilo que lo hacen entender que sus experiencias afectivas y conductas maladaptadas son el resultado de su particular proceso de pensamiento; los cuales son susceptibles de cambio y de control por sí mismo.

La terapia cognitiva que deriva del análisis Beck sobre las cogniciones del paciente; lo ayudan a evaluar tanto sus atribuciones como su conducta de forma más realista y dirigida hacia su autoconcepto negativo, se le pregunta al paciente si está dispuesto a comprometerse en una serie de tareas, actividades en casa y realización de listas que proporcionan al terapeuta información conductual, con el objeto de examinar el estilo de pensamiento y se le entrena al sujeto a reconocer y monitorear sus cogniciones así como a probar y validar la relación entre cognición y afecto, ambas técnicas "semántica" y "conductual" se emplean para cuestionar la validez de las bases para las concepciones erróneas o negativas. Después de que el paciente reconoce las distorsiones en su estructura cognitiva, el sistema de creencias o "la aceptación silenciosa", que apoyan sus actividades y concepciones son ahora cuestionables. El paciente en colaboración con el terapeuta descubren las distorsiones cognitivas a través de su propia recopilación de infor-

mación; por ejemplo, una aseveración del paciente "tuve una semana terrible" es examinada en un contexto elaborado por una lista de actividades emprendidas a lo largo de esa semana. De esta manera el paciente se mantiene alerta de la forma en que prosueve trastornos basados en los significados de sus experiencias. Beck emplea una grabación de actividades que permite al individuo recordar su conducta y examinarla en un contexto y en una perspectiva, por medio de esto, las distorsiones cognitivas del paciente son conducidas a nuevas interpretaciones alternas.

"La mayor conclusión y el beneficio adquirido de estos estudios es que el procedimiento del tratamiento que cambia directamente las cogniciones y/o conductas es efectivo en el alivio de la depresión. Más aún, es más efectivo que los tratamientos no dirigidos y de apoyo" (Beck, 1976).

Beck propuso la hipótesis de que los trastornos psicológicos, en este caso, la depresión, son el resultado de la manera en que las personas han llegado a pensar de sí mismas. Es decir, se supone que hay pensamientos contraproducentes típicos o distorsiones cognocitivas que caracterizan a la personas deprimida.

Beck piensa que las personas se sienten deprimidas porque se han evaluado a sí mismas como inadecuadas y de modo sistemático interpretan equivocadamente los acontecimientos que se producen en su vida como una confirmación de esa imagen negativa de sí mismo. Beck y Greenberg (1974) sugieren que la persona deprimida debe reconocer los pensamientos y autoevaluaciones negativas y corregirlas sustituyéndolas con

pensamientos más apegados a la realidad.

Un procedimiento útil en este proceso es la técnica de doble columna para anotar los pensamientos. Con este método, se le dice al paciente que anote los pensamientos negativos automáticos en la primera columna y los pensamientos corregidos (más positivos) en la segunda columna. Este procedimiento proporciona al terapeuta datos valiosos para la evaluación, así como una indicación de los progresos del paciente en la terapia y el uso de programas de actividades, tareas graduales, registros de pensamientos, etc., para enseñarle nuevas aptitudes cognitivas para evaluar sus situaciones futuras (ver Beck, Rush, Saw y Emery, 1979; Hollon y Beck, 1979). Por eso puede decirse que también la terapia cognitiva-conductual (Hollon y Beck 1979), aunque esos procedimientos hacen hincapié en los procesos cognitivos del paciente, los terapeutas siguen también procedimientos conductuales como parte del tratamiento. Los procedimientos tales como la asignación de tareas para hacer en casa, el ensayo, la autovigilancia y la práctica reforzada, convierten los tratamientos con orientación cognitiva en tratamientos cognitivo-conductuales.

Tanto la aproximación de Ellis, como la de Beck sensibilizan al terapeuta a escuchar la presencia de autoafirmaciones maladaptadas, conclusiones y creencias, y donde el terapeuta cognitivo escucha la falta de tareas y respuestas cognitivas adaptativas. Otra modalidad terapéutica dentro del enfoque conductual es la Reestructuración Cognoscitiva desarrollada por Meichenbaum (1977), Golfried (1977), Beck (1976) y otros que se reflejan en una variedad de aproximaciones cuyo princi-

pal objetivo es modificar los pensamientos del paciente, sobre la premisa de que el trastorno aparece en el individuo como consecuencia de formas erróneas de evaluar los acontecimientos conflictivos. Al sujeto se le ayuda a centrar su atención sobre las imágenes y creencias negativas sobre sí mismo y se le enseñan nuevas estrategias específicas que le permitan afrontar con eficacia las situaciones generadoras de estrés y resolver así su problema. El interés de la terapia se centra en el contenido ideacional que involucra síntomas, premisas e inferencias irracionales. Esta trata de familiarizarse con el estilo de pensamiento, sentimientos y conductas del paciente con el fin de entender sus interrelaciones. Cualquiera que sea la terminología empleada, la cuestión es que en la base de la inadaptación existe un razonamiento "erróneo". Uno de los objetivos de esta terapia es enseñar cuáles son las fallas lógicas responsables del trastorno o del mal funcionamiento social del sujeto para ayudarlo a pensar de forma más constructiva y menos incapacitante.

Ahora bien, para la Reestructuración Cognoscitiva las mentales son un desorden del pensamiento, el paciente distorsiona la realidad en una forma ideosincrática y/o en conclusiones irracionales concernientes a su habilidad para responder al ambiente. El paciente distorsiona los procesos del pensamiento adversamente afectando su visión del mundo y lo lleva a dificultades conductuales y sentimientos displacenteros.

2.5.- ALGUNAS DIFERENCIAS DE LAS TERAPIAS DE REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA

En la terapia cognitiva de Ellis, el paciente observa su conducta influenciada por creencias maladaptadas y el cuestionamiento de ellas es la tarea principal de la terapia.

El objetivo de Beck se orienta hacia las creencias irracionales en un contexto de patrones terapéuticos cognitivos como: observaciones auténticas, prueba de la realidad, validación de conclusiones y la observación objetiva de pensamientos.

El punto de vista de Meichenbaum se acerca más al de Beck que al de Ellis ya que insiste en el análisis formal de las creencias irracionales y más en la autoinstrucción y autoinformación positivas (Meichenbaum, 1977).

2.6.- INTERVENCIONES COGNITIVAS - CONDUCTUALES

Las terapias cognitivas y las terapias conductuales han quedado integradas recientemente en forma de intervenciones cognitivas conductuales (Kendall y Hollon, 1979; Mahoney, 1974 y Meichenbaum, 1977). Los procedimientos de intervención que reflejan una postura cognitiva-conductual están basados en los siguientes principios:

- 1) El organismo humano responde a las representaciones cogniti-

vas del medio, no sólo al medio propiamente dicho,

2) Tales representaciones cognitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje,

3) La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente, y

4) Los pensamientos, sentimientos y las conductas son casualmente interactivos (Mahoney, 1977).

Este tipo de intervenciones con frecuencia son útiles en trastornos dolorosos en general y en ocasiones necesarias, en el tratamiento completo de pacientes con dolor, facilitan su ajuste a las exacerbaciones agudas del síntoma y ayuda a los pacientes a que logren un ajuste funcional a la vida. La terapéutica cognoscitiva-conductual combina un grupo de intervenciones terapéuticas a corto plazo basadas en principios teóricos y empíricos, los cuales pueden adaptarse a los problemas y necesidades específicas de cada paciente. Además, puede utilizarse como modalidad terapéutica coadyuvantes siempre que es importante el sufrimiento, la desesperanza, problemas de conducta, como maladaptación, temor a procedimientos médicos o alteración de las relaciones sociales que obstaculizan el tratamiento médico más eficaz (Fishman y Loscalzo, 1987).

2.7.- DEFINICION Y CARACTERISTICAS DE LAS INTERVENCIONES COGNITIVO - CONDUCTUALES EN EL MANEJO DEL DOLOR

Las intervenciones cognitivas-conductuales son un grupo de técnicas sistemáticas de la conducta, diseñadas para modificar problemas emocionales, de conducta, sociales y específicamente en este tema las

experiencias globales de dolor y angustia en pacientes. Ya que las principales fuentes de aflicción y confusión de esta población son: el estado médico incierto, temor al deterioro físico y funcional, la amenaza de tratamientos aversivos y miedo al dolor más intenso y constante (Fishman, 1987).

En este estado crónico de incertidumbre inquietante, es necesario ayudar a los enfermos a recuperar un sentido de coherencia, significado y estructura predecible y confiable en su situación. En consecuencia, una meta principal de las intervenciones cognitivo-conductual es "aumentar la sensación de control personal o autoeficacia". La necesidad de depender de la familia, amigos y profesionales de cuidados de la salud para ayuda en muchos aspectos de la vida reduce la sensación de independencia del paciente y su capacidad real para controlar esta circunstancia. La necesidad de adaptarse a regulaciones, procedimientos y prescripciones impuestas por el sistema médico, disminuye más su sentido de control personal.

La actividad cognoscitiva del paciente está invadida y ocupada por el estímulo más intenso en el campo perceptual (el dolor) y la experiencia consciente dominada por pensamientos e imágenes catastróficas. Si el paciente no puede desviar su atención y enfocarse en otros objetos y hechos, el dolor puede tornarse personalmente abrumador y muy difícil de tratar con medicamentos.

Con las intervenciones cognitivo-conductuales, el paciente puede dominar sus recursos de adaptación y ganar un grado considerable de

control sobre su experiencia personal, adoptando esta actitud por medio de las técnicas de afrontamiento pueden disminuir de manera gradual o incluso eliminar la experiencia del sufrimiento relacionada con el dolor. Una de las técnicas más eficaces para lograr esto, es la Reestructuración Cognoscitiva, derivada de la Terapia Cognitiva-Conductual, y que ha sido aplicada inicialmente en el afrontamiento de problemas en pacientes con estrés (Folkman, Lazarus, Denkel-Schemer, De Longis y Gruen, 1986; Roskus y Lazarus, 1986), en pacientes con depresión (Beck, 1976 y 1979), así como en la aplicación de problemas psicológicos (Ellis, 1962 y Meichenbaum, 1977). Actualmente está siendo aplicada en el manejo del dolor y ha sido vigorosamente promovida por Turk y Kerns (1986) que aún cuando ha tenido problemas metodológicos y conceptuales se ha probado su eficacia para reducir las reacciones al dolor. Dentro de esta hay tres fases básicas de tratamiento:

a) El paciente es instruido para reconceptualizar el dolor, destacando como éste es controlado a través de pensamientos, sentimientos y creencias;

b) Adquisición de habilidades por medio de las cuales se enseña al paciente a relajarse, a emplear la imaginación y la desviación de la atención, y

c) Promover la práctica y la reafirmación de lo aprendido en situaciones en las que el paciente puede recaer (Marlatt y Gordon, 1980).

Debido a que se provee al paciente de un tratamiento de aproxi-

mación racional para su dolor, la aplicación de estos enfoques cognitivo-conductuales han sido de gran valor para el automanejo de conductas dolorosas, ya que ayudan a la persona a ver su problema como susceptible de tratamiento, creándole expectativas para éxitos en tratamientos fuera del hospital. Cada tratamiento experimentado infunde esperanzas para combatir el dolor, invitando al paciente a involucrarse activamente en el mismo, sin esperar que el sujeto sea únicamente un recipiente pasivo de cuidados, debido a que se pueden incrementar nuevas habilidades y enseñar al sujeto a atribuir sus éxitos a su reciente repertorio de actividades y autocontrol.

Esta técnica está dirigida a cambiar actitudes y comportamientos aprendidos en relación con el dolor crónico y pretende (a diferencia de la aproximación operante, que sólo tiene en cuenta las manifestaciones externas de la conducta del paciente), cambiar la propia experiencia subjetiva.

Además permite que el paciente explore sus formas de percepción, sus actitudes y conductas aprendidas que inefectivamente complican y confunden la experiencia dolorosa y alentan al paciente a descubrir qué parte de sus sufrimientos están condicionados a sus ideas sobre el dolor y que sus pensamientos y actitudes han podido distorsionar y magnificar la experiencia dolorosa.

La Reestructuración Cognoscitiva ha sido usada por algunos investigadores para describir diversos tratamientos dirigidos a modificar la manera de pensar del paciente y que al hacerlo han hecho que la

expresión sea casi un sinónimo de la Terapia Cognitivo-Conductual. La asociación más específica corresponde a una técnica desarrollada por Golfried, Decentes y Weimberg (1974) denominada Reestructuración Racional Sistemática.

Dichas intervenciones son Directivas e Interactivas, en el sentido en que el terapeuta dirige al paciente a que lleve a cabo ejercicios mentales o conductuales específicos y vigila muy de cerca la ejecución del enfermo, esto es necesario porque las técnicas de afrontamiento y modificación requieren una práctica repetida, a fin de producir una mejoría importante. El término "Directiva" no implica que el terapeuta controla o presiona al paciente en alguna forma. Para una intervención con éxito es esencial una relación de colaboración en la que el enfermo se siente comprendido, apoyado y libre de experimentar cualquier nueva idea y actividad. Es necesario que el fundamento de cada técnica de adaptación y de toda etapa en el proceso terapéutico tenga sentido para el paciente. Se estimula al paciente para que inicie actividades, prepare un programa para cada sesión y asuma tanto control como sea posible en la dirección de tratamiento.

Dentro de tales técnicas se han desarrollado estrategias para afrontar la situación que tienen como fin aumentar la relajación y reducir la intensidad y cualidades del sufrimiento de la experiencia por dolor.

A continuación se mencionan ejemplos de técnicas cognoscitivas de afrontamiento que en la actualidad se consideran muy útiles y son:

a) Distracción: Por ejemplo, que el paciente piense que está tomando un baño de sol en la playa, distracción por labores de conducta, etc.

b) Enfoque: En la transformación imaginativa del dolor, por ejemplo, imaginar una sensación dolorosa como el calor que irradia un horno y apagarlo. En la transformación imaginativa del contexto, como ejemplo imaginarse a uno mismo como jugador de fútbol lesionado que continúa en el juego a fin de ganar. Somatización disociada, el ejemplo aquí es imaginar que la zona dolorosa del cuerpo no es parte de uno mismo.

Todos estos métodos incluyen el control activo sobre el foco de atención, su grado de utilidad depende de la capacidad del paciente para enfocar la atención en aspectos de su experiencia en curso, en la imaginación o en el ambiente, que son neutrales o positivos y para excluir los aspectos emocionalmente aversivos de la experiencia del dolor.

La Modificación Cognoscitiva se utiliza para:

1) Identificar pensamientos e imágenes automáticas disfuncionales (cogniciones) a medida que pasan por la consciencia y aprender a vigilarlos.

2) Reconocer la conexión específica entre la ocurrencia de emociones y conductas y los tipos de pensamientos o imágenes automáti-

cas que los proceden o acompañan.

3) Sustituir los pensamientos disfuncionales identificados por pensamientos más funcionales.

4) Identificar y alterar creencias y actitudes subyacentes disfuncionales.

Dentro del tratamiento también puede aplicarse el Programa de "Inoculación de Estrés" (PIE) que se enfoca específicamente en la alteración de las actividades y la autoeficacia con respecto a la habilidad de uno para luchar con la experiencia de dolor y este tratamiento implica:

a) Educar al paciente en relación a las contribuciones de la actividad objetiva y cognitiva en la experiencia,

b) Colaborar con el cliente para descubrir y realzar las habilidades de afrontamiento y el sentido de autoeficacia, y

c) Practicar estas habilidades hasta alcanzar un grado de destreza (Meichenbaum, 1987).

Los investigadores evalúan la efectividad del PIE en el tratamiento del dolor y parece ser prometedora. Pacientes entrenados en Inoculación de Estrés demostraron más tolerancia al dolor que los pacientes de un grupo control (Genest, 1979; Hovan, Hackett, Buchanan, Stone y Demchib, Stone 1977; Turk, 1975 y 1977). Con la Inoculación de

Estrés se pretende alterar las conceptualizaciones de dolor de los pacientes de una manera que permitan algún control sobre la experiencia de dolor y que el paciente sea consciente del impacto de sus cogniciones en sus experiencias guiándolos para generar un número de estrategias para el control del dolor, quienes promueven la adquisición de conocimientos, autocomprensión y técnicas de afrontamiento para mejorar el dominio de las situaciones estresantes y mostrando al paciente a atribuir sus éxitos a su reciente repertorio de actividades y autocontrol. Este programa ha sido aplicado a una multitud de pacientes aquejados de diversos problemas médicos (dolores de cabeza, dismenorrea, cáncer, dolores de espalda, artritis y quemaduras), así como pacientes que se preparan para cirugía y exploraciones médicas y dentales, enseñando con ésta a los enfermos estrategias de afrontamiento a fin de ~~reducir su ansiedad y temor antes de la operación, como también el dolor y sufrimientos post-operatorios,~~ y ayudando a los pacientes a reestablecer un sistema conceptual significativo (ver apéndice A).

Aunque el PIE no puede eliminar el dolor o los daños sufridos, puede modificar hacia la actitud hacia uno más positivo, mediante el auxilio de otras técnicas como son la relajación para tratar reacciones de ansiedad debido a que ésta es la más consistentemente identificada psicológicamente como la mediadora de la experiencia del dolor ya que cuando un paciente comienza a estar ansioso al recibir estimulación tiende a reportar que el dolor es menos agudo. Becker (1966) y Shor (1962) sugirieron que reduciendo la ansiedad en el paciente puede ser suficiente para atenuar la percepción del dolor (Meichenbaum, 1977).

Ya que el término RELAJACION significa aflojar, distraer (la

atención de uno) para estar menos tenso y no sorprende que en ciertas condiciones en las que hay manifestación física de preocupación tensa por un estímulo doloroso, la relajación puede actuar favorablemente. Así como el organismo responde ante una amenaza con cambios fisiológicos, la respuesta de relajación es su opuesta y la que devuelve al organismo su estado natural de equilibrio, además tiene un efecto de recuperación, normaliza nuestros procesos físicos, mentales y emocionales.

La respuesta de relajación profunda no debe confundirse con la relajación simple. La relajación progresiva de los músculos reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como el grado de transpiración y la frecuencia respiratoria. La relajación está basada ~~en la premisa de que las reestructuraciones del organismo a la ansiedad~~ provocan pensamientos y actos que conforman la tensión muscular. Esta tensión fisiológica a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad: El hábito de responder de una forma anula la costumbre de responder de la otra.

Quando se induce la reacción de relajación se genera una reacción orgánica integrada, caracterizada por alteraciones en el Sistema Nervioso Central que se advierten por un aumento del sincronismo en las gráficas electroencefalográficas (EEG) y en la periferia, por la reducción del consumo de oxígeno, de las frecuencias cardíaca, respiratoria y de la presión sanguínea, como también el aumento de la resistencia eléctrica de la piel y la alteración del flujo sanguíneo en ésta. En el campo del dolor, se ha demostrado que las cefaleas tensionales y migra-

Nas mejoran al provocar la reacción de relajación (Mc Kay, 1988).

Como complemento de las técnicas cognitivas, las técnicas conductuales incluyen métodos para modificar las reacciones fisiológicas al dolor (por ejemplo, tensión muscular), las conductas de reacción al dolor (como cojear) y conductas operantes por dolor (consumir excesivamente fármacos). Las diversas técnicas pueden considerarse como un grupo de habilidades que adquieren los pacientes a través del proceso terapéutico. Un instrumento importante son los autoregistros, que consisten en que el paciente observe su conducta, pensamientos y sentimientos objetivamente y que identifique estímulos que provocan, aumentan o disminuyen su dolor. Se logra que el paciente no se vea "sorprendido" por los episodios de dolor, él ya los esperaba. El desarrollo de esta capacidad permite al paciente observar reacciones e interacciones disfuncionales y aprender a controlarlas. El paciente y el terapeuta identifican una conducta específica como un blanco y los esfuerzos se dirigen a modificar las conductas blanco (ver apéndice B).

Se especifica como un blanco una conducta particular, como quejarse en exceso y se identifican las consecuencias específicas que refuerzan esta ocurrencia. Al mismo tiempo se introduce una conducta alternativa o "buena conducta" para reemplazar a la disfuncional. A continuación, se dispone la situación de tal forma que la conducta disfuncional nunca va seguida de las consecuencias previas, en tanto que la nueva conducta siempre va recompensada con las consecuencias deseadas. Por ejemplo, cuando de manera regular se han premiado las conductas de queja con atención y gestos de afecto por parte del espo-

so, pueden tornarse cada vez más frecuentes en una paciente con dolor crónico benigno. En este caso, la queja puede constituirse en una forma sutil, a menudo no intencionada, de manipulación y los esposos sentir cierto resentimiento cuando responden con afecto. Esta ambivalencia puede alterar las interacciones familiares normales y las actividades de cuidados y aumentar el grado de sufrimiento de todos (Fishman, 1987).

CAPITULO III

HIPNOSIS

3.1 INTRODUCCION

La hipnosis hoy en día, aún es considerada como parte de un proceso esotérico, revestida de aspectos místicos, mágicos y supersticiosos que limitan un mejor entendimiento y comprensión de lo que es esta herramienta de la Psicología al servicio de la salud y el bienestar del ser humano, debido a las condiciones culturales, de la época en la que surgió donde las supersticiones precedían al conocimiento, frenando de esta manera el desarrollo de la hipnosis. No obstante, aún cuando esta técnica ha sufrido críticas y ataques periódicamente, por épocas ocupa un lugar digno dentro del área de la salud, los resultados obtenidos en el empleo de la misma han demostrado ser de gran utilidad por lo que es conveniente hacer una breve revisión de la perspectiva histórica antes de exponer el concepto actual y el procedimiento empleado en la hipnosis.

3.2.- BREVE DESARROLLO HISTORICO

La hipnosis ha sido comúnmente asociada con lo místico, lo extraño, lo inusual y lo dramático, debido quizá a que en la época moderna a su primer proponente fué el médico austriaco Franz Anton Mesmer (1733-1815) en el siglo XVIII; quien intentó sistematizar a dicho fenómeno denominándolo "Magnetismo Animal" ya que consideraba que

la hipnosis operaba por fuerzas magnéticas emanadas de las estrellas, animales y metales; dándole un uso místico, extravagante y hacía curaciones que resultaban "sorprendentes y espectaculares", donde lo común de la hipnosis eran las convulsiones. Todo esto fué mal visto por los médicos de su tiempo y la reputación de Mesmer se vió dañada abandonando ésta técnica; pero debe entenderse el siglo en que vivió Mesmer y reconocer que la base de la hipnosis, por errónea que haya sido permitió investigar por medio de sus seguidores que retomaron aspectos ya establecidos por él y continuaron la enseñanza y la práctica de Mesmer por muchos años en toda América y Europa, entre sus principales seguidores podemos mencionar al Dr. James Esdaile (1840), quien inició el empleo del "Mesmerismo" para propósitos anestésicos en operaciones quirúrgicas, incluyendo amputaciones y cirugías abdominales (Kihlstrom, 1985).

Parecería que el Mesmerismo podría haber sido admitido como una herramienta médica válida pero su desarrollo se vió frenado por la aparición de los primeros analgésicos, como el óxido nitroso, el éter y el cloroformo ya que los efectos anestésicos de estos agentes podrían ser explicados sobre una base psicológica y fueron así más aceptables a la profesión médica (Rhodes, 1960). Paralelo a la intervención de Esdaile, aparece James Braid (1841) quien llegó a interesarse en el fenómeno Mesmérico proponiendo que el trance se lograba a través del cansancio de la vista que paralizaba los centros nerviosos ópticos provocando así un estado semejante al sueño, siendo el primero en determinar que el sueño hipnótico se puede inducir mediante agentes físicos, y nos dió el término de hipnosis que creó sobre la base de la palabra griega hypnos que significa sueño (Gindes, 1972).

Desde entonces el hipnotismo fue admitido dentro del área científica; las primeras disputas se centraron acerca de su naturaleza más que si ocurría o no.

La primera polémica se centra entre las Escuelas de Nancy y la de la Salpêtrière; en donde Liébeault y Bernheim representantes de Nancy formaron la primera escuela con base en la sugestión separando a la hipnosis clínica del Magnetismo Animal y demostrando que se trata de un proceso psicósomático. Mientras que en la Salpêtrière representada por Charcot, se sostenía que la hipnosis era un estado patológico tributario de la histeria (Kingsbury, 1964).

Sin embargo, Liébeault y Bernheim demostraron que todas las etapas que había descrito Charcot eran fenómenos sugestivos y además se aclaró la falsedad de vincular la hipnosis con la histeria; obteniendo así el triunfo para la escuela de Nancy; lo cual despertó la atención de múltiples investigadores y la difusión de muchos médicos como Breuer (1880), quien utilizó el tratamiento hipnótico para que el paciente hablara libremente de sus síntomas bajo éste estado sobreviniendo posteriormente una intensa descarga emocional. Así mismo, Sigmund Freud (1895) en colaboración con Breuer publicó el libro "Estudio sobre la Histeria" en donde se describe al fenómeno descubierto por este último denominándole "Método Catártico". Sin embargo, Freud imprimió a la hipnosis un rumbo diferente en función de su escaso éxito como hipnotizador. El mismo escribe: "Observé que, por lo menos para mis fuerzas, existían en este campo estrechos límites y que cuando a las dos o tres tentativas de hipnotizar a un paciente no llegaba a conseguirlo, podrá

ya renunciar en absoluto a utilizar dicho medio terapéutico". Debido a lo cual, sustituyó el Método Catártico basado en la hipnosis por la libre asociación de ideas en estado de vigilia; a ello agregó el análisis de los sueños y actos fallidos, más el estudio de la transferencia, denominando a este método Psicoanálisis. Este hecho frenó el desarrollo de la hipnosis hasta la Primera Guerra Mundial (Mearns, 1961).

Posteriormente, en 1911 Pavlov explica la hipnosis a través de los cambios de la actividad nerviosa superior por inhibición cortical, pero que no alcanzan la extensión que determina el sueño fisiológico (Mearns, 1961).

Una historia completa del hipnotismo ocuparía muchos volúmenes y debería comprender todos los descubrimientos que llevaron a los investigadores a sus conclusiones. Tendríamos que rastrear los trabajos de diversos investigadores; pero hablar sólo de ellos y omitir los nombres de otros cuyos trabajos han sido olvidados o pasados por alto sería injusto hacia todos esos exploradores de la ciencia. Si se hiciera, disminuiríamos a los experimentadores que los siguieron y cada uno de ellos ofrendó su reputación profesional, en un esfuerzo por difundir un conocimiento que el mundo todavía atrasado no estaba en condiciones de aceptar. Cada uno de ellos sufrió acusaciones de curanderismo y charlatanería por parte de sus contemporáneos. No obstante, el interés en la hipnosis ha sobrevivido. Creándose en este siglo numerosas asociaciones clínicas y experimentales que han difundido sus procedimientos y aplicaciones en el campo terapéutico.

3.3.- DEFINICIONES

Por lo antes expuesto, es de gran importancia mencionar las concepciones que plantean diversos autores acerca de la hipnosis. La más ampliamente conocida es aquélla en la que existe un "estado alterado de consciencia en donde el paciente fija su atención en unos cuantos estímulos, mientras el resto de ellos desaparece de su consciencia", dicho estado provocado por el terapeuta permite acceso más fácil y directo con el inconsciente del paciente para modificar procesos cognitivos, afectivos y conductuales que le brindan opciones convenientes para su desarrollo.

Erickson (1968) la define como un estilo de comunicación de ideas y comprensión, en donde el paciente puede ser más receptivo a las ideas presentadas (sugestiones) y así comenzar más motivado para explorar sus propios potenciales psicósomáticos para el control de su respuesta fisiológica, psicológica y conductual (Bassman, 1984).

La hipnosis también es considerada como "un estado inducido artificialmente y caracterizada por el aumento de la sugestibilidad (es decir una alta receptividad para la sugestión) (Gindes, 1972).

Dominguez (1988) define a la hipnosis como una técnica terapéutica que en un momento dado resulta ser "facilitadora" para el aprendizaje de nuevas habilidades en diferentes situaciones.

3.4.- CARACTERISTICAS

La hipnosis involucra diversas características como es la facilitación del "rapport", el aumento en la concentración de la atención y de la sugestibilidad, así como la disminución del tiempo de análisis y la relajación muscular.

FACILITACION DEL RAPPORT.- Como se sabe el rapport es la relación paciente y médico y la confianza y fé del primero en el segundo. El rapport hipnótico favorece esta relación y la eficacia psicoterapéutica y es la relación emocional más intensa e íntima entre paciente y terapeuta. La relación emocional del rapport hipnótico se caracteriza por la suma facilidad con que el sujeto lleva a cabo las sugerencias del terapeuta, mientras que permanece indiferente a las sugerencias que partan de otras personas.

SUGESTIBILIDAD.- Es la capacidad de aceptar sugerencias y es llamada Hipersugestibilidad porque la modificación corporal durante el estado de Relajación Disminuye el Juicio Crítico. Esta disminución es por la ausencia de material para hacer juicios, no porque esté disminuida la capacidad para hacerlos. Dicha disminución facilita la aceptación de sugerencias cada vez más complejas y así se establece la Hipersugestibilidad.

SUGESTION.- Es importante mencionar que una exposición de la hipnosis ha de comenzar ocupándose de la sugestión, ya que es éste el principal mecanismo psicológico (aunque no el suficiente para compren-

der las manifestaciones hipnóticas) relacionado con la inducción de la hipnosis. A este respecto conviene recordar que, en la literatura psiquiátrica, la palabra "sugestión" se aplica con dos sentidos distintos: se emplea para indicar una idea que se ofrece al enfermo y que éste ha de aceptar sin crítica; por ejemplo, la idea: "usted siente pesados los párpados" es una sugestión. Se usa también la palabra sugestión para significar el proceso que determina la aceptación o rechazo de la idea ofrecida. Una idea puede ser aceptada por la mente en virtud de uno de estos dos procesos, por una parte, el proceso lógico, intelectual, mediante el cual una idea es valorada críticamente y aceptada o rechazada de acuerdo con sus méritos, por otra parte está la sugestión cuyo rasgo esencial es que la idea sea aceptada sin crítica, sin tener en cuenta sus merecimientos lógicos. Los factores que determinan la aceptación de una idea por sugestión dependen en gran parte del estado afectivo del sujeto y de su relación emocional con la persona que se la propone y es en gran parte independiente de la validez lógica de la idea en sí; en resumen la sugestión es una forma de comunicación, en donde una persona da una idea y otra la acepta sin juicio crítico y que involucra un estado afectivo para su realización.

El uso terapéutico más directo de la hipnosis es la sugestión, la cual fué empleada por Freud, en sus inicios con el fin de lograr la supresión de síntomas aunque esto ha provocado numerosas discusiones con terapeutas psicoanalíticamente orientados, ya que éstos consideran que el síntoma puede ser reemplazado por otro más debilitante o bien, que la pérdida original puede traer un desorden psicológico severo; sin embargo, este aspecto no debe ser desdeñable, aunque esté lejos de haberse comprobado (Meares, 1961).

Ahora bien, es conveniente aclarar los tipos de verbalización empleados en la sugestión para ello mencionaremos a Barber (1977) quien divide la sugestión en directa e indirecta, la verbalización empleada en la Sugestión Directa es por ejemplo: "se va a relajar ahora... se va poniendo más y más relajado con cada respiración que usted hace... ahora usted se está sintiendo más relajado... usted siente que la relajación se extiende por todo su cuerpo..."; este tipo de sugerencias tienden a aumentar las resistencias por ser autoritarias y el paciente puede responder con una negación, como por ejemplo: "No, yo no estoy o no puedo relajarme ahora, no me pongo más y más relajado, etc.". Con respecto a la verbalización utilizada en la Sugestión Indirecta, comunicando la idea anterior se expresaría de la siguiente manera: "me sorprende cómo continúa usted la sesión, bastante bien... me sorprendería aún más si usted pudiera disfrutar sintiéndose más y más relajado con cada respiración confortable que hace... podría usted sentir quizá que la relajación puede extenderse al resto de su cuerpo, etc...".

No importa si el paciente está tratando de resistirse o intentando tener éxito, no hay manera lógica para rechazar estas sugerencias y Barber (1977) considera que de esta manera indirecta y permisiva se evita despertar las resistencias del paciente.

Este tipo de procedimiento, fué inicialmente utilizado por Milton Erickson (Haley, 1980) en las que básicamente propone que el terapeuta observe lo que el paciente hace y sostenga posteriormente que eso era precisamente lo que se esperaba; de este modo se supone que irá ganando un control creciente sobre los actos del sujeto, estas técnicas

las llamó de "utilización". Otro ejemplo, sería sugerir que los ojos se cierren en un momento futuro no especificado, al no decir exactamente cuando esto ocurrirá. En este tipo de procedimiento nada de lo que hace el paciente aparece como equivocado, solamente que se negara a seguir alguna regla básica o ritualista que el terapeuta le indique (por ejemplo, extender el brazo derecho). El terapeuta debe dar la impresión de que la respuesta del sujeto de ningún modo es inesperada sino que él mismo, de alguna forma, la había prescrito. El mismo sujeto no debe tener la impresión de que el proceso de inducción es conducido de manera inhábil (Kanfer, 1980).

3.5.- LA DINAMICA DE LA HIPNOSIS

El uso técnico de la palabra trance se refiere al comportamiento de alguien a quien se le ha hipnotizado y no responde normalmente: la consciencia se restringe, la atención se fija y la conducta parece ser automática, en respuesta a sugerencias. La impresión general es que la persona está en un especie de sueño, puesto que parece estar internamente preocupada y desatiende la mayoría de los estímulos externos. En esta forma, el trance parece ser un estado especial de la consciencia. Pero de hecho, las habituales preocupaciones diarias pueden producir períodos breves de comportamiento que tienen en cierta forma cualidades semejantes, aunque son mucho menos intensas.

Tanto en la vida diaria como bajo la influencia de la hipnosis, el trance puede entenderse como pérdida del contexto o una disminución de conductas asociadas al contexto o situación.

Tradicionalmente, el trance hipnótico está asociado con órdenes o gestos dramáticos; el cuadro clásico es el de un hipnotista dominante y un sujeto femenino pasivo. Sin embargo, el trance no requiere de tal drama, sino que debería considerarse como una capacidad presente en todos (Chertok, 1985) como una habilidad susceptible de perfeccionamiento con la práctica y el ejercicio.

3.6.- TEORIAS DE LA HIPNOSIS

No es nuestra intención proporcionar aquí una teoría de la hipnosis o de la sugestión hipnótica, pero no está fuera de lugar que nos detengamos en algunas de las opiniones que han sido expresadas por otros.

Mesmer (1773), por ejemplo, explicaba todos los fenómenos que le eran familiares diciendo que dependían de la influencia magnética, transmitida del operador al sujeto.

Por otra parte, Braid (1841) mostró que la hipnosis no depende de influencias misteriosas y enunció la teoría de que la hipnosis depende de una condición exhaustiva de los ojos, producida por el mirar fijo, que se extiende al cerebro produciendo el sueño.

Liébeault (1866) expresó lo siguiente: La concentración del pensamiento en la idea de dormir, ayudado por la fijación de la atención sobre un objeto y la sugestión monótona del operador, producen una cierta tranquilidad, una cesación del pensamiento y una mayor o menor

alteración de la consciencia. Cuando el pensamiento del paciente ha sido concentrado por hipnosis permanece en relación con la persona que ha servido como elemento instrumental para producir esa condición, oyendo sus sugerencias y respondiendo a ellas. Todas las sensaciones están "como muertas" y hay durante la hipnosis una gran "acumulación de energía nerviosa en el cerebro", la cual se puede dirigir sobre un determinado caudal particular, por medio del criterio del operador, haciendo uso de sugerencias verbales y produciendo de esta forma impresiones más o menos indelebiles. Cuando se finaliza la hipnosis, la fuerza nerviosa se distribuye más equitativamente sobre el cuerpo, a los nervios sensoriales, motores y en especial a los sentidos de forma tal que el recuerdo de la hipnosis, queda debilitado o enteramente anulado, de acuerdo con la profundidad del sueño (Gindes, 1972).

Sin embargo, Bernheim (1866) consideró que el hipnotismo era enteramente debido a la sugestión y que durante esta condición "hay un aumento del reflejo ideo-motor, ideo-sensitivo y de la excitabilidad ideo-sensorial", en otras palabras que la sección de control o volicional del cerebro es suprimida al no ser capaz de gobernar las partes bajas o automáticas del cerebro y por eso, la impresión recibida sobre la periferia de un nervio se transforma en un acto o en una contracción, así también, la sugestión de la sensación de dolor, es aceptada sin razonamiento o preguntas.

Paralelo a los trabajos de Bernheim, Charcot (1866) investigaba la histeria y la hipnosis con fundamento en conceptos más orgánicos como una variedad de la histeria, que podía ser provocada en ciertas personas constitucionalmente predispuestas. De esta manera nació la

famosa controversia acerca de la naturaleza de la hipnosis, entre las escuelas de la Salpêtrière y la de Nancy que fué un conflicto entre las hipótesis organicista y la psicológica. La victoria final de la escuela de Nancy allanó el camino para aceptar los factores psicológicos como causa de enfermedad nerviosa (Gindes, 1972).

Es conveniente mencionar que la teoría según la cual la hipnosis sería un estado de disociación está íntimamente relacionada con el nombre de Janet, quien trabajó en el hospital de la Salpêtrière y heredó la tradición de Charcot, que sostenía que existe una clara relación entre histeria e hipnosis. Janet creía que es posible cierta disociación funcional de la mente, de forma que los diferentes elementos psicológicos se escinden y actúan más o menos independientemente unos de otros.

Aunque en la hipnosis se ve a menudo disociación, no puede aceptarse que ésta sea la explicación de todos los fenómenos hipnóticos, por ejemplo, es incapaz de explicar la sugestibilidad básica de la hipnosis. No obstante, al llamar la atención acerca de la disociación, Janet nos rindió un valioso servicio. El uso de este mecanismo es de gran importancia en el hipnoanálisis; por ejemplo, al paciente que se manifiesta rebelde a hablar en estado hipnótico se le dice: "Su voz habla, su voz habla acerca de esto o lo otro". Resulta entonces que en lugar de hablar el paciente mismo, habla por él su voz y ésta disociación le hace capaz de expresar un conflicto que de otra forma sería inaccesible, el paciente mismo no es responsable de ello; es su voz la que dice tales y tan terribles cosas, una vez que el conflicto ha sido

ventilado gracias a la disociación, el paciente es llevado a expresar las ideas por sí mismo; "usted lo dice". El tema es después integrado en la Psicoterapia que se siga (Gindes, 1972).

Pavlov sostenía que la hipnosis obedecía a la irradiación de la inhibición cerebral consecutiva de una estimulación repetida y monótona. Esta hipótesis ajustaba perfectamente a su teoría del condicionamiento, actualmente parece que esta teoría sólo es ampliamente aceptada en Rusia, pero tiene pocos partidarios en otros países.

Dentro de la Teoría Ideomotriz se sabe desde hace tiempo que al pensar en realizar un determinado movimiento entran en ligera tensión los músculos que habrían de realizarlo, por eso es fácil ver cómo se explican según esta teoría, el levantar su brazo, cuando se le dice a un paciente "su brazo se está levantando solo". La teoría ideomotriz dice que el movimiento ocurre por un aumento del tono de los músculos, no obstante, la hipnosis no proporciona adecuada explicación para las reacciones psicológicas altamente complicadas que caracterizan la hipnosis médica. Con respecto a la Teoría Psicoanalítica, la investigación psicoanalítica de la hipnosis no ha sido tan fructífera como pudiera esperarse. En parte, obedecería esto al hecho de que Freud abandonó la hipnosis y la sustituyera por la Asociación Libre, que durante algún tiempo hizo que el movimiento psicoanalítico mantuviera cierto prejuicio contra aquélla (Kingsbury, 1964).

En relación al enfoque profesional de Erickson importa destacar que si bien creó muchos métodos permisivos novedosos de hipnosis terapéutica, se mostró muy renuente a formular una teoría. No postuló

ninguna teoría explícita de la personalidad, porque estaba firmemente convencido de que ello limitaría la psicoterapia y haría que los psicoterapeutas actuaran con mayor rigidez. Promovía la flexibilidad, la singularidad y la individualidad, como lo puso en claro en sus escritos y en su manera de vivir. Debido a su orientación se puede considerar a Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia. Dedicó su vida al estudio clínico y a la utilización terapéutica de la hipnosis desarrollando infinitas variantes. Es importante aclarar que se puede considerar la terapia estratégica (individual, de pareja, de familia), como una extensión lógica de la hipnosis (Zeig, 1985).

Por otra parte Hilgard (1969, 1978) hace referencia a dos versiones sobre el estado de consciencia que se presenta durante la hipnosis. Por una parte, se dice que ciertos fenómenos son únicos en hipnosis, desde este enfoque todos los fenómenos hipnóticos o todos los individuos hipnotizados comparten un grupo de atributos psicológicos en común, como pueden ser la amnesia, lógica del trance o el "observador oculto", lo cual produce un estado especial de consciencia (Sarbin y Col., 1972). De la misma manera Hilgard menciona en la segunda opinión que la hipnosis sólo es un concepto representativo del dominio de ciertos fenómenos característicos que incluyen conductas sugeridas y los autoreportes de la experiencia. Posteriormente afirma que dichos fenómenos pueden ser observados de manera posthipnótica, es decir, cuando la hipnosis ha sido concluida formalmente.

Ahora bien, Ernest Hilgard (1973, 1977, 1979) propuso una interpretación disociativa de la hipnosis como una alternativa a la concep-

tualización antes mencionada; esta disociación explica por un lado la división de la consciencia en múltiples y simultáneas corrientes de actividad mental; la disociación en sí aparece cuando una o más de estas corrientes de actividad mental influyen sobre la experiencia, el pensamiento y la acción fuera del conocimiento de los fenómenos y del control voluntario. Muchos de los eventos hipnóticos clásicos incluyendo el automatismo motor, la analgesia, la ceguera, la sordera y la amnesia parecen invitar o sugerir un concepto de disociación. Este concepto se remonta a los trabajos de James, Janet y Prince (Hilgard, 1977). La nueva teoría se llama de la "Neodisociación" para colocarla en un sitio aparte. La disociación con su énfasis en la consciencia dividida y en las barreras amnésicas entre las corrientes de actividad cognitivo-perceptual proveen bases para enlazar a la hipnosis con algunas teorías actuales sobre la atención y memoria (Hilgard, 1977 y Kihlstrom, 1984).

Mientras que la teoría de la neodisociación se enfocó a los cambios cognitivos que se presentan como resultado de sugestión hipnótica, otro grupo de teorías se enfoca sobre el contexto social en que ocurre la hipnosis. Se ha desarrollado una aproximación dentro de la teoría sociopsicológica de Sarbin y Col (1977). La teoría propone que los individuos hipnotizados no se comportan tal cual son, ya que han experimentado un cambio en el estado interno, pero decretan el papel del sujeto hipnotizado tal como es definido por el hipnotista y por las instituciones socioculturales. Estos autores también describen variables importantes como es la ubicación de los individuos participantes en sus propios roles, la congruencia entre el yo y el rol, la precisión en las expectativas del rol y la sensibilidad a las demandas de éste,

la posesión de habilidades o destrezas relevantes al rol y la influencia de la audiencia. Otra aproximación dentro de esta teoría sociopsicológica, se encuentra en los trabajos de Barber sobre la prueba de la motivación de la hipnosis (Barber, 1979). Esta teoría fué presentada como un análisis conductual de entrada-salida que evitaba los estados internos, la versión más reciente enfatiza las estrategias cognitivas desplegadas por los sujetos como respuesta a las demandas situacionales implícitas y explícitas a fin de producir analgesias, amnesia y otros efectos sugeridos.

Una aproximación un poco diferente parece estar representada por Col 1978 (Howard y Col, 1981). Col distingue dos tipos de respuesta a las sugerencias hipnóticas: "acciones" y "acontecimientos"; en las primeras ~~la persona es un participante que hace que sucedan cosas;~~ en las segundas la persona es un participante pasivo a quien le suceden ciertas cosas. Aproximadamente, la mitad de los sujetos posthipnóticamente amnésicos modifican los reportes de sus recuerdos como respuesta a las demandas contextuales modificadas, lo que sugiere que su amnesia es una "acción"; no ocurre lo mismo con los restantes sujetos lo que sugiere que su amnesia es un "acontecimiento" (Spanos, 1986).

Otro intento más reciente de explicar a la hipnosis ha sido por el doctor David Spiegel, psiquiatra de la Universidad de Stanford, en donde su planteamiento teórico principal es la Priorización Perceptual, que dice que siempre respondemos a todos los estímulos del medio ambiente, pero podemos escoger un estímulo en vez de otro y atender más a dicho estímulo. Si hay un dolor en el cuerpo, la gente naturalmente

pone la atención en él, prioriza en él, pero si uno orienta su atención en otra sensación o aprende a responder a otros estímulos importantes como es la relajación es posible "bloquear" la percepción de dolor o relegarla a segundo o tercer plano de la atención.

Aprender la habilidad de enfocar la atención en otra cosa es una disciplina cognoscitiva que se puede adquirir y una vía para lograrlo es la hipnosis. Un ejemplo de esto lo proporciona Spiegel, con el caso de un paciente canceroso que tenía un tumor del tamaño de una uva y pese a la medicación sufría de intensos dolores. Le preguntó al paciente donde preferiría estar y su respuesta fué que le gustaría estar deslizándose sobre las olas. Spiegel lo hipnotizó y le sugirió que se imaginara con muchos detalles que estaba practicando el surfing. "Su dolor pasó a un plano secundario en su consciencia" (Spanos, 1986).

Por otro lado, Spanos (1986) ha considerado que el fenómeno hipnótico es similar a otras formas de conducta social y se puede explicar sin recurrir a la postulación de procesos especiales. Este investigador ha propuesto que la conducta hipnótica tiene un propósito, es una acción dirigida a una meta que puede ser entendida en términos de cómo los sujetos interpretan su situación y cómo intentan manejarla por medio de sus acciones. Sin embargo, para algunas situaciones tal vez si se pueda considerar un estado especial, de alerta, sobre todo si consideramos investigaciones sobre la actividad eléctrica del hemisferio cerebral derecho, en los que se han encontrado ciertos cambios durante la inducción hipnótica, aunque no existe del todo una evidencia empírica concluyente (Bowers 1979, Gabel, 1988).

Dominguez (1988) basado en el enfoque estratégico ha considerado a la hipnosis como una técnica terapéutica que en un momento dado facilita el reencuadre o "reconstrucción de la realidad".

De todas las conceptualizaciones antes mencionadas, ninguna de ellas explica satisfactoriamente todos los fenómenos de la hipnosis, ya que estos están revestidos de gran complejidad. Lo que es evidente es que por ahora no se dispone de ninguna explicación aceptable y satisfactoria de los fenómenos hipnóticos a pesar de lo mucho que se ha investigado.

3.7.- TIPOS DE INDUCCIONES

Existen diversos métodos para inducir la respuesta hipnótica, la diferencia entre ellos es mínima y son usados de acuerdo a las características individuales del paciente, y aunque el especialista que emplea la hipnosis maneje varios procedimientos por lo general llega a adquirir experiencia en una técnica y no es raro que se le agreguen ligeras variaciones para adaptarla a su propio estilo.

Elemento importante es la confianza que el terapeuta deposite en la técnica de inducción que utilice y la aptitud de transmitir esa confianza al paciente.

La necesidad de conocer varias técnicas de inducción hipnótica se debe a que hay pacientes que en determinadas circunstancias sólo responden a uno de esos métodos y hay algunos que son refractarios a

uno mientras que son susceptibles a otros.

Los métodos de inducción clínica más conocidos son: El de fijación de la mirada, Relajación Muscular y Técnicas Hipnóticas Confusionales.

El método ritualista más antiguo de inducción es el de Fijación de la Mirada, y el uso de éste no sólo es asunto de interés histórico, sino que es una técnica importante para el uso moderno de la hipnosis, ya que hay pacientes con altos niveles de estrés o demasiado perturbados para permitir el uso de cualquiera de los métodos pasivos (como el de la Relajación Muscular), hay que emplear entonces métodos autoritarios y pueden ser eficaces para los tipos de pacientes mencionados, y para casos de urgencia ya que requieren de poco tiempo para provocar la respuesta hipnótica. En estos casos, se le pide al paciente que fije su mirada en un objeto, mientras que el terapeuta repite una variedad de sugerencias, incluyendo las que llevan a la relajación, las que aumentan la consciencia de las sensaciones y el cansancio de los ojos. El objeto que se coloca delante del campo visual del paciente constituye un medio de desviar la atención y éste se concentra en algún objeto, (ver Gaytan, F., 1989).

3.8.- OTRAS TECNICAS ALTERNATIVAS DE INDUCCION HIPNOTICA:

TECNICAS CONFUSIONALES

Milton H. Erickson fue uno de los principales exponentes en el uso de la hipnosis en la psicoterapia y en el manejo de las inducciones. Erickson (1964), Erickson, Rossi y Rossi (1976) y Haley (1967)

describieron una técnica de inducción llamada Confusional, que ellos reportaron como efectiva y provechosa con pacientes resistentes, que intentan analizar qué está pasando durante la inducción y por lo tanto no se concentran ni responden bien. Erickson utilizó juegos de palabras, cambios en los tiempos de los verbos y relevancias que son significativas fuera del contexto, pero en el contexto del flujo verbal ellos están confusos y distraídos.

El punto de esta técnica fué descrita así: "Cuando el paciente es guiado a dar una respuesta, ésta es frustrada por la presentación de la siguiente idea y todo el proceso es repetido con un continuo desarrollo de un estado de inhibición que conduce a la confusión y se presenta una creciente necesidad de recibir una comunicación aún más clara y comprensiva con la que él pueda proporcionar una respuesta completa e inmediata. Todo esto con el fin de crear confusión en el paciente hasta que esté listo para aceptar cualquier idea alejada de la comprensión y consecuentemente las sugerencias del hipnotista".

Erickson básicamente propuso que el especialista que usa la hipnosis observe lo que el paciente hace y sostenga después que eso era precisamente lo que él quería que sucediera, de ese modo se supone que irá ganando un control creciente sobre los actos del paciente. Un corolario del método de aprovechamiento de Erickson es que nada de lo que hace el terapeuta aparece como equivocado y que las sugerencias deben formularse de manera tal que la probabilidad de que el terapeuta fracase quede reducida al mínimo.

Una técnica de inducción llamada "Pase o Pasando" de Bandler y Grinder (1975), puede ser útil como una transición a otras técnicas de inducción. El terapeuta proporciona retroalimentación: abierta o encubierta a cualquier parte de la experiencia del paciente. Un ejemplo del "Pase" abierto sería un comentario verbal, como: "Cómo está usted sentado en la silla escuchando mi voz, con sus pies descansando en el piso".

El "Pase" encubierto incluye retroalimentación que no parece ser llevada a cabo conscientemente por el hipnotista; por ejemplo: Imitando la postura del paciente o los movimiento de las manos, asumir su tono y velocidad verbal, respirar al ritmo del paciente. Con el "Pase" se produce en el paciente el sentimiento de que el terapeuta "está con él", "lo entiende" y ellos están en buenas manos.

También hay evidencia de que las inducciones usuales y comunes no son necesarias para incrementar la Respuesta de la Sugestión; T. Barber y sus colegas (1965, 1969, 1978); Barber, Saffos y Chávez (1974) han demostrado que las instrucciones para imaginar y las instrucciones que motivan a los sujetos (tareas de motivación) incrementan la Respuesta y no sólo los tipos comunes de inducción hipnótica (Kanfer, 1980).

Otro de los métodos para inducir hipnosis es la de la Relajación Muscular Progresiva y Ascendente. Progresiva porque se relajan todos y cada uno de los músculos del cuerpo y Ascendente porque se relajan desde los pies hasta la cabeza. Este tipo de relajación es la más comúnmente empleada por su facilidad y porque generalmente es exitosa.

Esta técnica consta de: ejercicios de respiración profunda, relajación muscular, visualización de una escena agradable y conteo del cinco al uno.

El ritmo de las sugerencias debe ser lento, monótono y rítmico, con la finalidad de lograr un mayor estado de relajación, ya que para exhibir conductas hipnóticas se necesita que el sujeto esté en calma y las sugerencias de relajación, tranquilidad y bienestar ayudan a que las personas logren tal serenidad (Wolberg, 1968) (Ver apéndice C).

3.9.- PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LLEVAR A CABO LA INDUCCION HIPNOTICA

Domínguez considera que para llevar a cabo la inducción hipnótica se proceda a "preparar" al sujeto. Se le debe indicar que no habrá consecuencias molestas después de la hipnosis, que realmente no perderá el control sobre lo que pasa y que en un momento dado si él quiere "despertar" y no continuar puede hacerlo. Por lo general, el paciente está en disposición de ser hipnotizado, entonces hay que invitarlo a que "deje que ocurra", a que se de el proceso, éste paso es llamado "charla preparatoria" que consiste en aclarar dudas acerca de la hipnosis.

3.10.- PRINCIPIOS GENERALES PARA LA INDUCCION

Al paciente se le pide que se coloque en una posición cómoda (sentado o acostado), que haga dos respiraciones hondas y profundas y

que cierre los ojos (si así lo desea).

Se le pide que deje que las sensaciones se presenten, que las cosas transcurran, que ignore el contexto que lo rodea, olvide por un momento las reglas y piense como si sus fantasías estuvieran ocurriendo. Además que imagine (piense con imágenes) paralelamente a cada una de las sugerencias verbales que recibe. Se le indica que no haga esfuerzo, que no lo intente, que sólo deje que ocurra, que deje que las cosas fluyan, que no trate de hacerlo "muy bien o perfecto", sólo que las haga. Cualquier cosa que se le ocurra, cualquiera que sea la experiencia, siempre será la apropiada, incluso si no ocurre nada.

Al sujeto se le instruye para que no se detenga a analizar o pensar en lo que está ocurriendo, que sólo deje que fluya la experiencia (Dominguez, 1988).

Siguiendo cualquiera de los métodos de inducción antes descritos es posible inducir en el paciente un estado hipnótico más profundo mediante una variedad de ejercicios y sugerencias.

Se mencionan algunas técnicas de profundización que puedan ser empleadas por el terapeuta experimentándolas, eliminando alguna de ellas y supliéndolas con cualquiera otra que se adapte a su propio estilo.

Para un mayor conocimiento de dichas técnicas (ver Gaytan F., 1989) aquí sólo expondremos algunas y son: Levitación de mano, rigidez de brazo, movimientos automáticos, anestesia en guante, alucinaciones

visuales, auditivas, hablar sin despertar, abrir los ojos sin despertar, etc.

Estos ejercicios de profundización se ejecutan con el fin de estimar la susceptibilidad y el grado de complejidad del ejercicio y del tratamiento a seguir con cada paciente.

Las sugerencias progresan gradualmente hacia conductas que requieren mayores niveles de imaginación y concentración y son más difíciles de llevar a cabo (Kanfer, 1980).

Por regla general las inducciones sucesivas crean por parte del paciente una capacidad de sumergirse en estados hipnóticos cada vez más profundos y con creciente facilidad. Muchos pacientes desde la segunda o tercera sesión son condicionados para entrar en hipnosis a una determinada señal, previamente establecida. La señal es la primera sugerencia posthipnótica y sirve para que el paciente en sesiones posteriores responda a su propio signo mental e inicie el proceso de hipnosis ante una señal breve la cual elimina la necesidad de repetir todo el procedimiento de inducción.

Esta señal es de carácter variable, puede ser una palabra o una frase, o un estímulo auditivo o visual. Se da la señal durante la hipnosis y al interrumpir el proceso inmediatamente se hace la señal convenida para demostrarle que responderá a la misma. Tan pronto como se inicie nuevamente la hipnosis se repiten al paciente las mismas sugerencias y a continuación se le pide que reconozca el hecho de que

tiene que "caer" (iniciar) en un trance profundo cada vez que se le de la señal (ver apéndice D).

Ahora bien, "para sacar" (interrumpir) del trance al paciente, lo más indicado es seguir una técnica tendiente a "despertarlo" lentamente (Ver apéndice E).

Al hablar de hipnoterapia, se acepta la voz "despertar" con el significado de retorno del estado de hipnosis al de vigilia normal. Aplicada de esta manera, la palabra no implica que el sujeto haya estado dormido.

Antes de despertar al paciente, es necesario poner en práctica ciertas medidas preliminares esenciales. Se recomienda ofrecer contra-sugestiones para abolir los efectos de las sugestiones mediante las cuales el paciente entró en hipnosis.

Después que el paciente ha aprendido a entrar en hipnosis se le puede entrenar en AUTOHIPNOSIS, esta técnica es también llamada Autosugestión y los pacientes aprenden a suministrarse sugestiones a si mismos. La mayoría de los métodos de autohipnosis empiezan con el entrenamiento en relajación progresiva, con la finalidad de que puedan relajar todos los músculos del cuerpo, enfocando grupos de músculos en un lapso. Con la práctica, los pacientes aprenden a concentrarse en sus cuerpos y provocar la relajación con autosugestiones (Wolberg, 1968) (Ver apéndice D).

Dentro de estas técnicas de inducción se han observado los

siguientes fenómenos:

FENOMENOS DE LA HIPNOSIS

1.- EFECTOS MOTORES

A. Alteraciones en la musculatura voluntaria

- a) Relajación
- b) Catalepsia y Rigidez Cataléptica
- c) Parálisis de Grupos Musculares
- d) Rendimiento muscular más efectivo
- e) Movimientos automáticos

B. Alteraciones en los músculos involuntarios, los órganos y las glándulas.

- a) Corazón y vasos sanguíneos
- b) Coagulación sanguínea
- c) Sistema nutritivo
- d) Modificación en las respuestas alérgicas

2. EFECTOS SENSORIALES

A. Sentidos

Los cinco sentidos pueden alterarse. (La modificación del umbral del dolor y la producción de la analgesia hipnótica pueden ser consideradas aquí; también la distorsión del tiempo).

B. Memoria

- a) Amnesia parcial o total. También pueden ser espontánea

- o inducida mediante la sugerencia directa bajo hipnosis.
- b) Hiperamnesia. Evocación de recuerdos jamás recordados en estado de alerta.
- c) Edad de regresión. También llamado Revivificación.

3. SUGESTION POSTHIPNOTICA

4. AUTOHIPNOSIS.

3.11.- APLICACIONES DE LA HIPNOSIS

Aplicaciones de la hipnosis en el campo de la Medicina:

~~La hipnosis ha sido aplicada actualmente en la Medicina por~~ múltiples y justificadas razones. Como es sabido, las enfermedades físicas tienden a incrementar los temores y la ansiedad que contribuyen a que se exacerbe o mantenga la sintomatología del paciente, lo que frena u obstaculiza cualquier método de tratamiento por más eficaz que éste sea. Por eso, un programa terapéutico mixto, dirigido a los factores psíquicos y somáticos resulta ser el más indicado. La hipnosis empleada cuidadosamente en pacientes seleccionados es capaz de potenciar la terapéutica médica de los trastornos causados o agravados por las tensiones emocionales. La hipnosis resulta ser de utilidad en pacientes que no habían respondido a las terapéuticas comunes. Este enfoque ha permitido el alivio considerable de muchos síntomas ya que relaja a muchos enfermos ansiosos y perturbados, reduce sus tensiones, ayuda al alivio de la irritabilidad provocada por un régimen dietético

estricto y aumenta también las posibilidades de colaboración del paciente con las medidas terapéuticas instituidas.

Por mencionar sólo algunas de las enfermedades en las que la hipnosis es de gran auxilio, se encuentran: las enfermedades cardiovasculares psicósomáticas, enfermedades cardíacas psicogénicas, enfermedades coronarias, enfermedades psicósomáticas gastrointestinales como la úlcera péptica, espasmos intestinales, gastritis, colitis, mucosa, diarrea, anorexia, náuseas y vómitos, etc., todas éstas son enfermedades que tienen un intenso componente ansioso y raramente son de índole orgánico. Otras enfermedades psicósomáticas son: la tuberculosis, las jaquecas, artritis, reumatismo, enfermedades del metabolismo como la diabetes mellitus, obesidad, hipertiroidismo, asma bronquial, alergias, etc. (Kroger, 1960).

Además el uso de la hipnosis es importante en las etapas preoperatorias de las cirugías y en cirugías ya que se ha usado como anestésico, en el período postoperatorio, por ejemplo cuando los pacientes despiertan de la anestesia, generalmente tienen miedo a toser por los intensos dolores, el temor y el dolor a menudo pueden ser disminuidos por la hipnosis (Scott, 1965).

También en la obstetricia ha demostrado ser útil ya que reduce o elimina el temor, tensión y el dolor existente antes o durante el trabajo de parto con la consiguiente elevación del umbral del dolor, reduce la analgesia o anestesia química o su eliminación completa en los buenos sujetos hipnóticos, disminuye el shock y acelera la recuperación. La hipnoanestesia no es una panacea para las parturientas ni suplantará nunca por completo a los medicamentos anestésicos, pero sus

aplicaciones se hacen día a día más extensas y está ha demostrado ser un poderoso aliado en el alivio de otros trastornos psicossomáticos presentes en obstetricia. Cualquiera médico con adiestramiento hipnótico que utilice un enfoque interdisciplinario puede obtener resultados muy satisfactorios en los casos ginecológicos difíciles también.

En las enfermedades dermatológicas (piel), neuromusculares (como poliomielitis, parkinsonismo, esclerosis múltiple, parálisis cerebrales espásticas), en otras enfermedades músculo-esqueléticas (epilepsia) y en la odontología.

No terminaríamos de mencionar todas las enfermedades que pueden ser tratadas mediante hipnosis, porque el número es muy amplio, pero si ~~es importante recalcar lo que esta herramienta puede facilitar y ayudar~~ en un tratamiento integral y el lugar que está tomando dentro de la medicina (Kroger, 1960).

3.12.- APLICACIONES DE LA HIPNOSIS EN LA PSICOTERAPIA

La hipnosis ha sido empleada como una técnica conjunta para apurar el progreso de la psicoterapia tradicional y con orientación analítica. La hipnosis facilita la consciencia del material inconsciente.

Wolberg considera la hipnosis como una herramienta útil para romper las resistencias y apurar el insight a través de ella. Se entrena al paciente para entrar en hipnosis profunda con una señal del

analista y después de dicha señal y que el paciente entre en hipnosis, se aplica una de las muchas técnicas que hay para descubrir el material inconsciente, entre ellas está la Escritura Automática, donde al paciente se le da un lápiz y papel después de ser hipnotizado con la sugestión de que él escriba los elementos importantes asociados con algún material analítico. El paciente presumiblemente inconsciente de que está escribiendo; la respuesta de escribir ocurre como si la mano estuviera disociada de la consciencia. El mensaje resultante es entonces sometido a interpretaciones psicoanalíticas. Otra técnica es la Regresión y Revivificación, en donde el terapeuta sugiere que el paciente se está volviendo más y más joven, regresando a una época de su vida. Se sugiere un relieve de las experiencias de ese tiempo y el contenido es de nuevo usado en la sesión psicoanalítica (Kanfer, 1980).

Bajo el acicate de algunos de los fracasos del psicoanálisis revivió en los últimos años el interés por la hipnosis como un elemento auxiliar de la terapia psicoanalítica. Recientemente se ha registrado nuevos e importantes descubrimientos referentes a su utilidad para la exploración del inconsciente. Determinadas inovaciones, técnicas ideadas para producir regresiones a niveles específicos de edad (ya mencionadas anteriormente) han tenido así un valor intrínseco, además del mérito de demostrar afirmaciones hechas mucho tiempo antes por Freud (Chertok, 1985).

Si bien no contamos aún con una teoría sólida sobre la hipnosis, se han dado en ésta pasos gigantescos en el aspecto de su técnica.

3.13.- LA HIPNOSIS EMPLEADA EN LA TERAPIA CONDUCTUAL

En lo que respecta a la combinación de métodos hipnóticos y conductuales, se ha visto el valor de la hipnosis como técnica terapéutica que facilita el aprendizaje de nuevas habilidades y ayuda a modificar ciertas pautas de conducta, cambiando la forma de concebir la realidad de algunas situaciones particulares de la vida. Esto le da relevancia a la hipnosis en el campo clínico, pues al tener una opción de interpretar la conducta se puede modificar para el bien del paciente (Dominguez, 1988).

La hipnosis que ha sido reconocida como una manera útil de facilitar directamente el cambio conductual, es ahora vista también, como provechosa en la alteración de eventos internos y últimamente ha tenido gran impacto sobre la conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición y relaciones interpersonales (Bassman, 1984).

La hipnosis es probablemente una de las más viejas herramientas de la psicoterapia y la terapia conductual es probablemente la más reciente (Frankel y Zamansky, 1978).

Kroger y Fezler (1976) describieron un método que llamaron "Condicionamiento por Imaginería". Ellos combinaron las técnicas de la terapia conductual y la hipnoterapia psicoanalíticamente orientada. Entrenaron a los pacientes a responder hipnótica y autohipnóticamente a imágenes estándar que pueden ser empleadas para invertir las respuestas



condicionadas no deseadas (síntomas).

En la técnica de Wolpe, "Desensibilización Sistemática", los pacientes que padecen de fobias son entrenados a relajarse profundamente, enumeran una lista de escenas en orden ascendente basadas en el grado en el que los pacientes temen y se imaginan estas escenas en el mismo orden mientras el paciente permanece relajado. La meta es desensibilizar al paciente de su temor para la siguiente situación que enfrente (Kanfer, 1980).

Otra manera de emplear la hipnosis con Terapia Conductual es el dar sugerencias directas al paciente en el sentido de que ya no deseara fumar cigarrillos, combinadas con la autovigilancia y el autoreforzamiento de la abstinencia o con la inducción de un trance ligero, antes de la Desensibilización Sistemática en vez de los ejercicios de relajación muscular (Kendall, 1988).

La técnica de Desensibilización Cubierta de Cautela (1967) es bastante similar a los métodos que han sido y están siendo empleados por los hipnoterapeutas (Weitzenhoffer, 1972).

Más recientemente, la combinación de la hipnosis con técnicas cognitivo-conductuales han sido empleadas como una herramienta para facilitar la Reestructuración Cognoscitiva en el manejo de trastornos de ansiedad, fobias, depresión, reducción de estrés y conductas activas.

Con respecto a la reducción del estrés, a través de la hipnosis

se puede reducir éste en cuanto se presenta la "amenaza" que lo produce. Haciendo que el paciente acreciente su habilidad para relajarse y el control percibido sobre los eventos de su vida. Concretamente, se trata de enfatizar la habilidad del paciente para controlar las respuestas específicas de su cuerpo frente a los eventos estresantes (Coe, 1979).

En lo que respecta a conductas adictivas, numerosos procedimientos hipnóticos se han utilizado y se clasifican en cinco categorías las cuales no son mutuamente exclusivas. La mayoría de los investigadores emplearon más de una de estas técnicas en su tratamiento.

Uno de los procedimientos hipnóticos más comunes involucra darle al sujeto sugestiones directas de cambio. Una segunda aproximación involucra utilizar la hipnosis para alterar las percepciones de los sujetos; en otras palabras, las sugestiones son dadas para que los sujetos alteren sus maneras usuales de percibir el mundo, especialmente en relación con la conducta adictiva, con el objeto de decrementarles esa conducta. Una tercera aproximación, la hipnoterapia se refiere al uso de la hipnosis como un complemento de la psicoterapia verbal. La cuarta aproximación es la hipnoaversión, que se refiere al uso de la hipnosis como un complemento de ayuda al paciente para desarrollar una aversión a la sustancia adictiva. Finalmente, la autohipnosis que es casi siempre usada como un tratamiento paralelo al de la hipnosis y es a menudo empleado para apoyar el tratamiento recibido.

Ahora bien, se menciona más ampliamente el manejo de la neurosis

de ansiedad con la combinación de la hipnosis y la reestructuración cognoscitiva, la cual ha sido exitosamente aplicada por Tosi y Gwynne (1982), dichos autores utilizaron estas técnicas en un estudio llevando al paciente a un estado hipnótico y bajo este estado crear imágenes vividas en donde el paciente enlaza diversas ideas racionales e irracionales, con emociones deseables e indeseables; respuesta fisiológica y conductual.

Este programa terapéutico tiene como finalidad que a través de la orientación del terapeuta, el paciente atraviese por etapas de atención, exploración, implementación, internalización y cambio con el fin de aumentar su autoaceptación y autodirección hacia el logro terapéutico.

Esta investigación tuvo una línea base de 10 semanas de terapia, mediciones de post-tratamiento y 3 meses de seguimiento. Se aplicaron pruebas de medición como el MMPI, escalas de autoconcepto, mediciones de autoreporte, de ansiedad, respuesta fisiológica y datos conductuales (tareas en casa).

Se le dió particular atención a los aspectos cognitivos que repercuten sobre estados conductuales, fisiológicos, emocionales y al uso de la hipnosis para mejorar la calidad experiencial de la terapia.

Los resultados de este estudio demostraron cambios sustanciales positivos en los pensamientos, sentimientos, respuestas fisiológicas y conductuales en el paciente.

Este estudio fué realizado con una paciente con problemas de neurosis de ansiedad; considerando que dicha ansiedad es un estado difuso, displacentero, que se acompaña de sensaciones corporales que es atribuida al miedo exagerado basado en distorsiones cognitivas, inferencias arbitrarias, generalizaciones exageradas (Beck, 1976) y pensamientos irracionales (como eventos catastrofizantes) (Ellis, 1962). Por lo que Lazarus (1971), Maultsby (1971) y Mahoney (1974) han coincidido en que los estados cognitivos negativos son la causa de estados emocionales displacenteros, provocando altos niveles de ansiedad, que a su vez experimentados durante largos periodos pueden causar depresión, agotamiento y exacerbación del tejido dañado (Selye, 1956, 1974). Esta investigación está apoyada sobre las conceptualizaciones de Ellis y Beck (1976) quienes sugieren que las técnicas de Reestructuración Cognoscitiva ~~identifican, discuten y modifican las ideas negativas~~ asociadas con estados de ansiedad, por lo tanto resulta efectiva en el tratamiento de neurosis de ansiedad.

Ahora bien, con la combinación de ambas técnicas (Hipnosis y Reestructuración Cognoscitiva) se implementan, desarrollan y refuerzan habilidades cuando el paciente está en hipnosis con lo cual se logra un alto control cognitivo sobre los procesos conductuales, fisiológicos y emocionales, analizando la conducta de acuerdo al siguiente paradigma:

- A --- SITUACION
- B --- COGNICION (PENSAMIENTOS, ACTITUDES Y VALORACIONES)
- C --- EMOCION O RESPUESTA EMOCIONAL (ANSIEDAD, DEPRESION, ETC.).

D --- RESPUESTAS FISIOLÓGICAS (DOLORS DE CABEZA, ULCERAS, ETC.).

E --- RESPUESTA CONDUCTUAL (TENDENCIA A LA HUIDA O AL ACERCAMIENTO).

Kroger y Fozler (1976) también han sido proponentes del empleo de la imaginaria hipnótica como un fenómeno de condicionamiento; así como la utilización de la hipnosis en el entrenamiento aséptico y cambio de autoconcepto (Devore, 1977).

Es a través de la combinación de estas técnicas que el paciente desarrolla habilidades, las cuales facilitan el insight y la responsabilidad para el cambio terapéutico.

Inicialmente el paciente reconoce el proceso del paradigma (AB-CDE) asociado con el mismo identificando los procesos de mejora y defensa. Explorando las alternativas hacia el cambio y sobre sus defensas. Posteriormente se le pide que analice el proceso de automejoramiento.

El tratamiento inicia con una cuarta parte de inducción hipnótica pidiéndosele al paciente que se siente en una silla confortable, con sus ojos cerrados y es dirigido sistemáticamente a través de una respiración profunda, relajando cognitivamente los músculos, visualizando una escena placentera y finalmente contando con una técnica de profundización. Posteriormente, el paciente comienza a relajarse visiblemente y se le pide (a través de la imaginaria) que focalice una situación de autoderrumbamiento previamente determinada con sus componentes especí-

ficos (identificado por el paradigma ABCDE).

Se guía al paciente a experimentar los efectos negativos posibles y observarse a sí mismo ejecutándose ineffectivamente e identificando sus cogniciones irracionales y negativas que ocurrieron previamente a los efectos negativos experimentados.

El terapeuta refuerza negativamente los resultados con declaraciones tales como: "noté como se siente incómodo y fuera del control cuando se dice así mismo... (previamente se identificó la cognición negativa)".

Posteriormente, el terapeuta le indica que interrumpa la visualización de la escena y le sugiere cogniciones alternas, las cuales son asociadas con los procesos de automejora. Nuevamente, el paciente focaliza (por imaginaria hipnótica) sobre la misma situación sustituyendo más racionalmente las cogniciones y observándose a sí mismo desarrollándose más efectivamente. El paciente asocia la cognición racional con los procesos de automejora emocional, conductual y fisiológica; éste resultado es observado positivamente por el terapeuta con declaraciones tales como: "Note como se desenvuelve con más efectividad y bajo control cuando se dice a sí mismo... (se identifica previamente la cognición positiva)". Se repite todo el procedimiento con un número de diferentes situaciones hasta que el paciente comprenda completamente el proceso global (desarrollado a través de las etapas y la Reestructuración Cognoscitiva) y puede aplicarlo independientemente del escenario terapéutico. Se detectan también las relaciones entre los eventos pasados, presentes y futuros, se confrontan y se reconstruyen

por medio de la proyección del paciente dentro de estas dimensiones.

Los resultados obtenidos del presente estudio de caso favorecen la combinación de la hipnosis y la terapia cognitivo-conductual, ya que demostró ser efectiva en la identificación y modificación de distorsiones cognitivas y la ansiedad asociada con desórdenes emocionales. Es importante mencionar que la terapia cognitiva fué empleada exitosamente con individuos de bajas capacidades intelectuales. Este estudio se basó en la información proporcionada por Tosi y Gwynne (1982) quienes sugieren que esta aproximación puede ser positiva con personas de escasas habilidades intelectuales (con límites razonables).

Como en hallazgos recientes se enfatiza que la hipnosis no sólo aumentó el poder de la Reestructuración Cognoscitiva, esta investigación confirma los éxitos de dicha combinación terapéutica.

En suma, parece que la terapia cognitivo conductual y la hipnosis poseen ciertas características en común y en algunos casos, la hipnosis puede aumentar la efectividad de las técnicas conductuales. Las semejanzas entre las dos sugieren una interesante área de investigación cooperativa, la cual podría delinear más claramente los efectos interactivos entre las circunstancias externas, la actividad cognitiva y la conducta (Tosi y Gwynne, 1982).

3.14.- HIPNOSIS Y DOLOR

De gran importancia clínica es la aplicación práctica de la inducción hipnótica, en sus diferentes formas, para la reducción del

dolor. La hipnosis resulta ser un medio muy eficaz que tantos tratamientos químicos para eliminar o reducir el dolor de pacientes con enfermedades crónicas o terminales y sin que exista el peligro de que deje secuelas. Tal es el caso de ciertos tipos de cáncer, que cuando es tratado químicamente produce tales efectos colaterales que alteran la imagen de sí mismo del paciente, produciéndole mayores trastornos, no siendo así con el uso de la hipnosis donde se le puede ayudar a manejar el dolor y además a reestructurar la conceptualización de su situación. Asimismo, es conveniente para ciertos pacientes "refractarios" o difíciles o como técnica combinada con otras médicas.

Otro aspecto estudiado a través de la hipnosis, y que es de gran aplicación práctica, es la Analgesia y la Reducción del dolor. Ante los intensos dolores ocasionados por enfermedades terminales, incrementa la importancia del control del dolor a través de la hipnosis.

Hilgard en los años de 1966 a 1969 realizó una serie de investigaciones en el laboratorio para medir las diferentes intensidades del dolor y sus diferentes respuestas, empleando analgesia hipnótica. La conclusión más importante de estos estudios fueron que: independientemente de las condiciones bajo las que se presenta el dolor, los procedimientos hipnóticos demostraron ser gran utilidad para la reducción del dolor.

Coe (1979) menciona que el dolor producido por cáncer, por obstetricia, cirugía, migraña o por cirugía dental, ha sido eliminado o significativamente reducido por la utilización de las técnicas hipnóti-

cas (Kanfer, 1980). Sugirió que para obtener un óptimo resultado de una técnica particular, ésta debería ser confeccionada de acuerdo a las necesidades individuales del paciente y a sus experiencias pasadas.

Los pasos que Coe propuso para reducir el dolor con inducción hipnótica son los siguientes:

1.- Sugestión Directa: Estas son dadas para anestesia (no sentir) o analgesia (no dolor), usualmente recordando ocasiones previas a las que el sujeto había tenido el dolor. La imaginación es utilizada frecuentemente.

2.- Alterar la Experiencia: Hay ocasiones en las que el dolor no puede ser eliminado, entonces se altera la experiencia para que el dolor llegue a ser más tolerable. Una persona que sufre de dolor difuso se le sugiere que el dolor llegará a ser más concentrado en un área limitada, por ejemplo en una mano.

Erickson (1967) desplazó un dolor abdominal intratable de un paciente con cáncer terminal a un dolor igual pero en la mano izquierda. El paciente, aunque hacía menos uso de su mano estaba francamente favorecido de ella, fué capaz de participar subsecuentemente en interacciones positivas con su familia durante los últimos meses de su vida, sin episodios de dolor (Coe, 1979).

La sensación de dolor puede ser cambiada por una que produzca menor atención. Por ejemplo, reinterpretar el dolor como un "hormigueo" o comezón.

Cuando el problema es un dolor inetrmitente se puede sugerir la amnesia posthipnótica para el dolor y así reducir el temor anticipatorio y la ansiedad de otro episodio.

3.- Redirigir la Atención: Existen diferentes formas de enfocar la atención a otros aspectos de tal forma que el dolor es menos notable o es ignorado. Una técnica es simplemente negar que la parte dolorosa del cuerpo existe. También se ha usado la regresión en edad, la persona es regresada a periodos de su vida, donde él no experimentaba el dolor y así él no siente el dolor en el presente. Otra técnica similar es hacer que el cliente se involucre en una experiencia placentera o interesante, por ejemplo: ver su programa favorito de televisión o estar tirado en la playa cerca del mar. Redirigir la atención es una de las técnicas más útiles, especialmente cuando el dolor es de limitada duración, así como en cirugías dentales o cuando el paciente debe permanecer inactivo y puede pasarse mucho tiempo imaginando.

4.- Enfocar el Dolor como Nuevo: Se trata de que, en lugar de ignorar el dolor, se enfoque como una sensación nueva y diferente, algo que se debe tratar de describir y de lo que se tiene que aprender.

Coe señaló que aparte de estos pasos mencionados se deben tomar en cuenta otros aspectos relacionados con el dolor como por ejemplo, la función del síntoma para el paciente, el significado que le da al dolor, la relación del paciente con el terapeuta también es de considerable importancia. Las personas que sufren de dolor crónico, probablemente tengan otros problemas alrededor de éste que deben ser trabajados

en adición a la reducción del dolor.

No hay evidencia concluyente respecto a si se necesitan ciertas características o no para que la hipnosis analgésica sea menor o mayormente efectiva. Realmente lo que es importante es que los pacientes se puedan beneficiar de ésta.

La reducción hipnótica del dolor disminuye el uso de medicamentos y el problema de posibles adicciones y otras secuelas negativas. El riesgo del daño causado por la anestesia química en algunos pacientes, tanto que resulta contraindicada, se puede reducir con el uso de la hipnosis (Coe, 1979).

Bowers y Kelly (1979) por su parte, consideran que el control del dolor depende en gran medida de la "habilidad hipnótica" en ambos contextos, en el clínico y en el experimental. Consideran al dolor como un generador de estrés que tiene efectos psicológicos indeseables.

Uno de los investigadores que más ha estudiado tanto la inducción del dolor como su reducción en laboratorios ha sido Spanos (1986). Para él y para los psicólogos sociales se considera al paciente como un agente activo que puede deliberadamente iniciar actividad cognitiva con el objeto de enfrentarse más efectivamente con los eventos nocivos.

El dolor inducido experimentalmente se presenta en una situación social y las respuestas de los sujetos a estas situaciones son afectadas por lo que ellos entienden o interpretan la situación y por las expectativas de cómo enfrentarse efectivamente a esa situación.

Hilgard (1977, 1979 y 1983) ha hablado de la hipnosis como un proceso especial, sobre todo cuando se habla de la analgesia hipnótica, la explica como un proceso de disociación. De acuerdo a esto, la reducción del dolor producido por la hipnosis involucra dos componentes principales: a) un componente relativamente consciente que consiste en distraer la atención y relajarse, y b) un componente de disociación altamente efectivo. Durante la disociación se "hipotetiza" que el dolor se separa del fenómeno del conocimiento por una barrera amnésica. Según Hilgard, las personas altamente sugestionables presentan ambos componentes, la distracción de la atención y la capacidad de disociación y por esta razón son capaces de experimentar por más tiempo la reducción del dolor. Los sujetos de baja sugestibilidad hipnótica son incapaces de experimentar la disociación; así la distracción consciente de la atención y la relajación son únicas estrategias psicológicas disponibles para ellos con las que pueden reducir el dolor. La distracción de la atención y la relajación, sin embargo son mucho menos efectivas para reducir el dolor que la disociación. Consecuentemente, los sujetos con baja sugestibilidad pueden reducir muy poco el dolor. Los procedimientos de inducción hipnótica facilitan la disociación; por lo que las sugerencias analgésicas parecen ser más efectivas cuando son precedidas por los procedimientos de inducción hipnótica (Spanos, 1986).

Los psicólogos sociales, representados aquí por Spanos, han sugerido que la analgesia hipnótica no es un fenómeno especial, sino que el comportamiento hipnótico está bajo control de los mismos principios de cualquier conducta normal, por lo que ambos, los bajos y alta-

mente sugestionables tiene la habilidad de usar las mismas estrategias cognitivas para la reducción del dolor.

Spanos mencionó que los que responden muy poco o no lo hacen a las sugerencias hipnóticas de reducción del dolor, obedecen a las expectativas y actitudes negativas que tienen sobre la hipnosis, por lo que se les dificulta llevar a cabo las diferentes estrategias que se les piden. El sugirió que se entrene adecuadamente a los sujetos para seguir las señales hipnóticas y así poder garantizar la efectividad de la analgesia inducida (Spanos, 1986).

Aunque la reducción del dolor es uno de los beneficios más sorprendentes y útiles producidos por la sugestión hipnótica no deja de ser un hecho controversial. Miller y Bowers (1986) aseveran que esta controversia se ha presentado por dos aspectos: la efectividad de la analgesia hipnótica es altamente variable y al oscuro mecanismo por el cual se lleva a cabo (Spanos, 1981).

Estos mismos autores señalaron investigaciones además de las de los psicólogos sociales, como por ejemplo las de Turk, Meichenbaum y Genest (1983) quienes atribuyen a las actitudes de los sujetos y al sentido que tenga sobre su propia eficacia que se pueda dar la reducción del dolor. Miller y Bowers (1986) concluyeron que la analgesia hipnótica parece ser menos controlada por procesos internos (diferente nivel de sugestionabilidad hipnótica), que por sugerencias analgésicas y cómo se procesan éstas.

Prince y Barber (1987) afirman que los estudios típicos de reducción del dolor por sugestión hipnótica se usan técnicas tradicionales de inducción con sugestiones directas, que enfocan la reducción de la sensación intensa del dolor. Las aproximaciones hipnóticas que utilizan las sugestiones indirectas para reducir las dimensiones sensoriales y afectivas de la experiencia del dolor, pueden optimizar con mayor efectividad las capacidades de los individuos de alterar las experiencias completas del dolor, cambiando cualquiera de los varios aspectos de su experiencia. Este tipo de aproximación provee más opciones para la alteración de la experiencia que aquellas que utilizan sugestiones directas. No obstante, ellos consideran que la eficacia de la inducción de analgesia hipnótica puede diferir dependiendo de la susceptibilidad, la aproximación hipnótica usada, las dimensiones del dolor y el nivel del mismo.

Robles, Jenkins y Fernández (1987) en México han controlado el dolor en niños urémicos mediante la utilización de técnicas hipnóticas, explorando la percepción del dolor, reetiquetándolo (dándoles otra apreciación) e investigando la función del síntoma para después emplear la hipnosis o autohipnosis.

También en México, Domínguez y colaboradores (1989) realizaron trabajos importantes de reducción del dolor; utilizaron la inducción hipnótica con personas que padecen enfermedades terminales (cáncer) o deteriorantes que incapacitan al paciente, obteniendo resultados muy favorables en el control y reducción de el dolor.

Es importante establecer que la hipnosis en estos casos no es un

placebo, tiene un componente placebo, como ya se mencionó, sin embargo, la hipnosis es más que un agente plausible de cambio de conducta y la interacción hipnótica es más que una simple manipulación de demandas. Más bien la hipnosis permite al terapeuta emplear un número de técnicas específicas derivadas de la investigación experimental que permite alcanzar efectos específicos que se han determinado de acuerdo a una cuidadosa consideración de las necesidades del paciente (Kihlstrom, 1979).

Asimismo, en cuanto al uso de éstas técnicas de autoregulación del dolor crónico benigno, autores como Beck (1976) y Meichenbaum (1976); sugieren que se estimule al paciente a que atribuya su dolor a autodeclaraciones cognitivas específicas, más que a externar disposiciones internas complejas. Todo esto se realiza por medio de tareas de autoregistro en las que el paciente enumera una lista de situaciones estresantes y focaliza la señal que dispara la tensión y ansiedad que éstas a su vez provocan, mantienen y aumentan la respuesta del dolor, así como las que disminuyen o desaparecen dicha respuesta. De la misma manera se le pide que describa cuál es su respuesta cuando está ansioso, qué pensamientos previos tuvo al comienzo del dolor y los pensamientos posteriores a éste; así como los posibles recursos con que cuenta para afrontar el dolor. Todo esto informa al terapeuta de la manera en la cual estas condiciones contribuyen al problema.

Al identificar estos factores, los pacientes son instruidos a interrumpir deliberadamente la señal que dispara la respuesta de dolor en un punto lo más cercano posible para comprometerlo en técnicas de

control cognitivo, las cuales son incompatibles con el estrés y la tensión. Al obtener información detallada, objetiva y apropiada del paciente se facilita la revaloración de la situación viéndola como más benigna y promoviendo un afrontamiento más adaptativo. Estos estudios han sugerido que el entrenamiento cognitivo-conductual puede ayudar al paciente a modificar y a adaptarse más efectivamente a su medio ambiente, a la vez que hacen que el paciente revalore la situación previamente percibida como inmanejable, que le provocaba tensión y que estaba fuera de su control. La finalidad de este tratamiento no sólo consiste en enseñarle al paciente técnicas para soportar la estimulación nociva sino también, fomentar el cambio de la situación que exacerba la experiencia del dolor.

~~Este procedimiento se facilita mediante el empleo de la hipnosis~~ como lo refirieron Tosi y Gwynne (1982), quienes bajo estado hipnótico emplearon la imaginaria de la situación problema utilizando el afrontamiento con los recursos aprendidos en la terapia.

Es por ello que la combinación de estas técnicas cognitivo-conductuales con la hipnosis parecen ser una aproximación prometedora y de gran valor en pacientes con dolor crónico (Tosi y Gwynne, 1982).

CAPITULO IV

METODOLOGIA

4.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACION

A partir de los trabajos realizados por Fordyce (1976) y Melzack y Walls (1982), los cuales han demostrado que el dolor puede ser abordado desde una perspectiva diferente. Sus teorías han enfatizado la gran importancia que juegan las variables psicológicas en la percepción del dolor y se han generado en la actualidad un gran número de investigaciones destinadas a comprender el dolor siguiendo este enfoque para intentar explicar dicho fenómeno y encontrando como, las experiencias previas, las expectativas, el estilo de pensamiento, las cogniciones, creencias, etc. pueden ser factores precipitantes o desencadenantes del dolor, y en muchos casos estas variables obstaculizan el tratamiento médico más eficaz. El mayor número de estos estudios se han enfocado a las variables citadas anteriormente y es cada vez más evidente como dichos factores afectan la reacción al dolor. Es importante también mencionar como la ansiedad juega un papel determinante en la percepción del dolor, como se ha encontrado en los trabajos de Becker (1966) y Shor (1966) que afirmaron que reduciendo la ansiedad puede ser suficiente para atenuar el dolor y, por tanto, facilitar la aplicación de cualquier procedimiento conductual, y como éste puede verse facilitado por el uso de la hipnosis. A partir de lo anterior la pregunta de investigación quedó planteada como sigue:

(Es eficaz el empleo de la Terapia Conductual (Reestructuración Cognoscitiva) bajo hipnosis en la autoregulación de un paciente con dolor crónico benigno?

4.2.- HIPOTESIS

Nula: No es eficaz el empleo de la Terapia Conductual (Reestructuración Cognoscitiva) bajo hipnosis en la autoregulación del dolor crónico benigno.

Alternativa: Es eficaz el empleo de la Terapia Conductual (Reestructuración Cognoscitiva) bajo hipnosis en la autoregulación del dolor crónico benigno.

4.3.- VARIABLES

Independiente: Hipnosis: La inducción de un estado particular de consciencia por parte de una persona llamada hipnoterapeuta en otra persona llamada paciente, con la finalidad de facilitar un cambio favorable en el estilo de pensamiento de un paciente con migraña.

Dependiente: La migraña es un dolor circunscrito en la región frontal, el cual posee ciertos síntomas como pulsaciones en el cuello, náuseas y vómito, perturbaciones visuales como deslumbramientos o visión borrosa.

CONCEPTUALES

Terapia Conductual.- "La Terapia Conductual es el reflejo de una orientación general respecto de la tarea clínica que se ubica desde el punto de vista filosófico en un enfoque experimental del estudio de la conducta humana" (Davidson y Gelfried, 1973).

Reestructuración Cognoscitiva.- "Es una técnica que ayuda al paciente a identificar específicamente malas concepciones, distorsiones y atribuciones mal adaptadas y probar así su validez y razonabilidad, mediante este proceso el paciente puede obtener un grado considerable de control sobre su experiencia personal" (Meichenbaum, 1977).

Hipnosis.- "La hipnosis es considerada como un estado inducido artificialmente y caracterizado por el aumento de la sugestibilidad (es decir una alta receptividad para la sugestión) (Gindes, 1970).

Dolor Crónico Benigno.- "Este tipo de dolor sobrepasa los 6 meses de duración y es caracterizado por una larga historia de tratamientos sin éxito, calificándose de tenaz, rebelde o de difícil tratamiento ya que su etiología es imprecisa la mayoría de las veces y el paciente es enviado de un especialista a otro" (Chapman y Bonica, 1985).

Migraña.- "Es un dolor circunscrito en la región frontal la cual presenta ciertos síntomas como pulsaciones en el cuello, náuseas y vómito, perturbaciones visuales como deslumbramientos o visión borrosa" (Duncan, 1985).

VARIABLES OPERACIONALES

Variable Independiente.- Terapia Conductual (Reestructuración Cognoscitiva) bajo hipnosis.

La Reestructuración Cognoscitiva es una técnica dirigida a modificar el estilo de pensamiento del paciente y proveerlo de nuevas habilidades de afrontamiento mediante la identificación de ideas inadecuadas sustituyéndolas por otras más adaptativas. Este procedimiento es avorecido a través de la hipnosis entendiéndose ésta como un estado articular de consciencia en donde el paciente centra su atención y responde más a un estímulo (terapeuta) que a otros, facilitando con esta la modificación de su conducta.

Variable Dependiente.- Autoregulación del dolor crónico benigno: consistió en la adquisición de habilidades tales como estrategia de afrontamiento, la relajación y la sustitución de ideas inadecuadas por otras más funcionales así como la disminución de ingesta de fármacos, la atención médica, el incremento de actividades y el aumento y saneamiento de relaciones interpersonales.

4.- SUJETOS

Se estudió un paciente masculino de 31 años, cuyo padecimiento es migraña.

4.5.- MUESTREO

No Probabilístico Intencional.- No probabilístico porque no se conoció la probabilidad de inclusión del paciente en la muestra e Intencional porque se esperó a que nos canalizaran un paciente con las características requeridas para dicho estudio, es decir con un padecimiento de dolor crónico benigno, en este caso migraña.

4.6.- TIPO DE ESTUDIO

Experimental de Campo.- Fue experimental debido a que hubo manipulación de la variable independiente, en este caso la Terapia Conductual (Reestructuración Cognoscitiva) bajo hipnosis y de campo porque se realizó en el medio ambiente, es decir en el hospital a donde el paciente acudía con frecuencia.

4.7.- TIPO DE DISEÑO

El diseño utilizado fue Preexperimental de un solo grupo con pretest-postest, porque consistió en dos fases: en la primera, fue una fase observacional en la cual se tomaron los datos de la variable independiente y en la segunda, se aplicó el tratamiento o la variable independiente para observar los efectos de la misma y posteriormente volver a medir (Castro, 1980).

4.8.- ESCENARIO

La presente investigación se llevó a cabo en uno de los cubículos de la Clínica del Dolor del Hospital General de México. El Área en la que se trabajó fué un espacio de dos por dos metros, con escasa iluminación natural, poca ventilación y continua y elevada estimulación de ruidos externos. En el espacio de trabajo se contó únicamente con un diván, una mesa, dos bancos y una silla.

4.9.- INSTRUMENTOS

Cuestionario sobre las Ideas Personales (PBI) de Tosi y Eshbaugh.- El cual nos permitió conocer el tipo y la cantidad de ideas irracionales que el paciente presentaba; con el fin de obtener aquellas ideas que desencadenan experiencias dolorosas y que causaban conflicto y ansiedad en el paciente. Dicho cuestionario consta de 15 reactivos en los cuales existen tres opciones: "De acuerdo", "Indeciso" y "Desacuerdo". En donde los valores son como siguen: "De acuerdo" posee un valor de 3, "Indeciso" de 2 y, finalmente, "Desacuerdo" de 1; con el propósito de obtener un puntaje total bruto y graficar los resultados. Es importante mencionar que esta prueba fué validada por interjueces (para una mayor información de la validación de este instrumento consultar Gaytán F., 1989).

Inventario de Estado-Rasgo de Ansiedad de Spielberg (IDARE).- Está constituido por dos escalas separadas de evaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad:

1.- Ansiedad-Estado (A-Estado) la cual consiste en 20 afirmaciones en las que se refiere a las condiciones o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por estados de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

2.- Ansiedad Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado. Para su calificación existen plantillas de las escalas A-Rasgo y A-Estado. Para calificar cada escala simplemente se coloca la plantilla que da un valor mínimo de 20 puntos y un máximo de 80. Se obtiene un perfil por medio de la puntuación T y/o percentiles.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).- El MMPI es un inventario de personalidad que puede administrarse en forma individual y colectiva. Consta de 566 frases que abarca una gran variedad de temas y existen 10 escalas llamadas clínicas y 4 escalas de validez. Esta prueba es aplicada a sujetos de 16 años en adelante con un mínimo de 6 años de escolaridad. Por lo general, la prueba se califica en forma manual por medio de plantillas de cartulina (una para cada escala) que tienen perforaciones correspondientes a los reactivos relacionados a cada una de ellas.

Mediciones Tipo Autoregistro.- Estos formatos empleados por el paciente con el fin de identificar qué estímulos provocaban, aumentaban

disminuían el dolor; las situaciones o eventos específicos en los que parecía el mismo y las reacciones y recursos del paciente para combatirlo. El autoregistro consta de 5 columnas para obtener información. La primera indica la fecha, hora y día de la aparición del dolor; la segunda columna corresponde a lo que el paciente hacía, qué pensaba y qué personas le rodeaban antes de que apareciera el dolor; la tercera columna pregunta sobre la topografía de la respuesta, frecuencia, intensidad y duración del dolor; la cuarta columna pregunta sobre las reacciones de las personas que le acompañaban, qué pensó y qué sintió durante la etapa de dolor y finalmente, la quinta columna recaba información de lo que el sujeto pensó, sintió y qué personas estaban después e que desapareció el dolor (ver apéndice B).

Entrevista Conductual.- Fué utilizada con el fin de conocer diversos aspectos relacionados con el dolor; dentro de las situaciones esferas exploradas se encuentran: la descripción y experiencia del dolor, su conducta ante el dolor, antecedentes sobre la aparición del mismo, uso de medicamentos, estado de ánimo, aspectos positivos y negativos de sí mismo, situaciones agradables en su vida, la percepción del apoyo social, sus relaciones interpersonales (familia y amigos, sí como compañeros de trabajo), habilidades para afrontar, habilidad y agresividad sociales, actividades diarias y sueño (ver apéndice G).

Electromiógrafo.- Es un aparato que ha sido utilizado para condicionar muchas de las funciones corporales tales como ritmo cardíaco y laborización. No obstante, en control del dolor ha tenido sus mejores resultados en manipular contracciones musculares en el dolor de cabeza

y nuca, así como en dolores de migraña por lo cual fué de gran utilidad en el presente estudio, utilizando un modelo EMG 2, marca "Moe" . Dicho aparato monitorea la tensión del músculo esquelético, es decir aquél que está controlado por el sistema nervioso voluntario. Casi la mayor parte de los músculos pueden ser controlados; sin embargo, con los que se trabaja con mayor frecuencia son:

- a) Músculo Frontal
- b) Músculo Masetero
- c) Músculo Trapecio.

Este conjunto de músculos son elegidos porque responden de forma típica al estrés y porque pueden ser medidos sin recibir demasiada interferencia de los demás y representan un buen punto de partida, del cual puede generalizarse el entrenamiento de la relajación muscular.

Este instrumento consta de dos electrodos rojos y uno negro (de tierra); un marcador visual que proporciona el puntaje de tensión o relajación en unidades OHMS y un foco indicador de frecuencia de contracciones musculares, así como un interruptor que produce un sonido continuo o bien intermitente que indica también la frecuencia.

El entrenamiento electromiográfico se realiza colocando dos electrodos rojos sobre la piel del músculo determinado a una distancia conveniente del otro. Se coloca un tercer electrodo negro sobre un tejido neutral (por ejemplo un hueso a modo de punto de referencia eléctrica).

4.10 PROCEDIMIENTO

El paciente recibió tratamiento psicológico con un número de 13 sesiones, dos por semana con una duración de 60 minutos cada una. Las dos primeras sesiones fueron destinadas para obtener la línea base, en la primera se llevó a cabo la entrevista conductual inicial enfocada hacia la obtención de información relevante acerca del dolor así como del estado actual del paciente. Posteriormente se colocaron los electrodos en el trapacio derecho para obtener el correlato psicofisiológico que nos indicó el grado de tensión muscular que experimentaba el paciente en el transcurso de las sesiones.

Se tomaron 5 mediciones con el electromiógrafo durante la aplicación de las pruebas psicológicas, las tres primeras corresponden al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), (antes, durante y después de la aplicación de las pruebas) y las dos restantes a la prueba sobre Ideas Personales (antes y después), al finalizar la primera sesión, por falta de tiempo, se le entregó el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) para que lo contestara en su casa, siendo entregado hasta la tercera sesión por la dificultad de comprensión de los reactivos.

Durante la segunda sesión nuevamente fueron colocados los electrodos para obtener tres mediciones (antes, durante y después) de la inducción hipnótica. Esta fué realizada para conocer la respuesta y capacidad del paciente ante esta técnica mediante una serie de ejercicios de profundización (levitación de mano, rigidez de brazo, movimientos automáticos, anestesia en guante, alucinación visual y auditiva,

abrir los ojos y hablar sin despertar) cuyo objetivo era lograr en el paciente un estado hipnótico aún más profundo que él fuera capaz de alcanzar con el fin de trabajar bajo este trance, facilitando así el empleo de la Reestructuración Cognoscitiva. Es importante aclarar que antes de finalizar este grupo de ejercicios se le dió al paciente un signo señal como un condicionamiento para dar la respuesta de trance hipnótico abreviando el tiempo (ver apéndice D).

Ahora bien, el tratamiento inició en la tercera sesión concluyendo en la treceava. En la tercera sesión se colocaron los electrodos tomándose la medición electromiográfica inicial y se recibió el primer autoregistro en donde especificó la aparición del cuadro de dolor; posteriormente se le pidió al paciente que detallara la información escrita y junto con él se completó el autoregistro. Enseguida se realizó la inducción hipnótica a través del signo señal ya establecido, reforzando este estado con sugerencias verbales de relajación para profundizar el trance. Una vez bajo este estado se le pidió al paciente que imaginara la situación reportada en el autoregistro verbalizándola de la misma manera en que fué experimentada por él, reviviendo su respuesta común ante esta situación. Se le pidió también que él mismo imaginara soluciones alternas con el objeto de aminorar dicho malestar; en este punto se tomó la segunda medición electromiográfica. Posteriormente se le pidió que imaginara nuevamente la misma situación estresante pero ahora respondiendo con las nuevas alternativas que él mismo aportó. Finalmente, se interrumpió el estado hipnótico empleando la técnica del despertar (ver apéndice E) y se realizó la última medición electromiográfica.

A partir de la cuarta sesión hasta la sexta, una vez colocados los electrodos se obtuvo la medición inicial y se continuó recabando datos para completar la entrevista inicial, detectando que las situaciones conflictivas eran: la depresión, las relaciones interpersonales, afectivas y familiares, así como la baja autoestima y tensión muscular que contribuían a la aparición de su dolor. Se procedió a realizar la inducción hipnótica logrando un estado de relajación mayor en menor tiempo y bajo este trance se inició la Reestructuración Cognoscitiva sobre los factores de conflicto antes mencionados. Se tomó la segunda medición electromiográfica y se le proporcionó instrucciones para el entrenamiento en autohipnosis (ver apéndice F). Finalmente se interrumpió el estado hipnótico obteniéndose así la última medición.

~~En la séptima sesión, el paciente presentó el segundo auto-~~
registro y después de colocarle los electrodos y obtener la medición inicial se procedió a recabar mayor información para complementar el autoregistro. Posteriormente se le pidió al paciente que entrara en hipnosis por sí mismo con el procedimiento ya aprendido en las tres sesiones anteriores, una vez bajo este estado se le presentó al paciente la situación estresante reportada en el autoregistro pidiéndole que evocara dicho evento y se fijara en como la respuesta inadecuada que daba agravaba su problema, después se le pidió que usara los nuevos recursos aprendidos y se viera respondiendo de manera más adecuada ante dicha situación estresante, lo cual reducía y en algunos casos desaparecía su dolor. Para finalizar esta sesión se utilizó la técnica del despertar y se obtuvo la tercera medición electromiográfica proporcionándole la primera tarea que consistió en realizar ejercicios de

asertividad.

Ahora bien, en la octava sesión se trabajó sobre la tarea de ejercicios de asertividad realizando un modelado con el paciente de cómo podría afrontar una situación estresante ensayando respuestas asertivas. En la novena sesión se analizó la respuesta asertiva dada por el paciente en una situación que para él era estresante mediante las estrategias de afrontamiento ya aplicadas, logrando con ello mayor autocontrol y autoeficacia.

En la décima sesión, el paciente presentó el tercer autoregistro y se trabajó con él de la misma manera antes mencionada bajo estado hipnótico y además se le presentaron las fases de Inoculación de Estrés (ver apéndice A) para sustituir ideas o pensamientos irracionales desencadenadores de dolor por nuevas frases o ideas más adecuadas interrumpiendo él mismo el trance hipnótico.

Durante la onceava sesión se elaboró junto con el paciente el paradigma ABCDE, propuesto por Tosi y Gwyne (1982) el cual identifica situaciones, pensamientos, emociones, respuestas fisiológicas del organismo y conducta; de la misma manera se le demostró el papel que juegan los pensamientos en la determinación o exacerbación del dolor.

Las sesiones doce y trece fueron destinadas para la aplicación de pruebas post-tratamiento.

Finalmente, se citó al paciente una vez cada semana para llevar

Culminó la fase del seguimiento que consistió en 4 sesiones, en donde en las tres primeras se aplicó el IDARE y la Prueba sobre Ideas Personales, y en la cuarta y última sesión se aplicaron las mismas pruebas además del MMPI; es conveniente mencionar que en cada una de las sesiones de seguimiento se obtuvo una medición electromiográfica inicial y a los 5 minutos se tomaba la medición final.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1.- ANALISIS CUANTITATIVO

El análisis de los datos se llevó a cabo por medio de la computadora a través del paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales (SPSS), (Nie, Hull, Jenkins, Stein, Brenner y Bent, 1975).

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas en la investigación, es decir, de la frecuencia Inicial y la frecuencia Durante registradas por el electromiógrafo en el transcurso de las 13 sesiones. La frecuencia indica el número de contracciones musculares emitadas por el paciente en cada una de las sesiones. La frecuencia Inicial fué recopilada al terminar de colocar los electrodos y calibrar el electromiógrafo, mientras que la frecuencia Durante se registró a la mitad de cada inducción hipnótica.

Se pudo observar en la línea base (primera y segunda sesión) un puntaje de 40 en la frecuencia Inicial, disminuyendo a 38, mientras que en la frecuencia Durante se observó un puntaje de 31 en la primera sesión, disminuyendo a 22 en la segunda.

Por otra parte, en la frecuencia Inicial disminuyó a 5 en la tercera sesión manteniéndose constante hasta la quinta, disminuyendo a cero en la sexta, ermaneciendo dicho puntaje hasta la octava, elevándo-

se nuevamente el puntaje a 3 en la novena, mientras que en la onceava se elevó hasta 9, disminuyendo finalmente en la última sesión a cero.

Con respecto a la frecuencia Durante, se observó una disminución en la tercera sesión hasta cero manteniéndose en dicho puntaje hasta la octava, aumentando nuevamente en la novena a dos y en la onceava a 9, disminuyendo finalmente a 1 al concluir el tratamiento (Ver gráfica A).

En lo que se refiere a la intensidad Inicial y a la intensidad Durante fueron obtenidos a través del medidor del electromiógrafo. La intensidad refleja el grado de tensión o relajación muscular experimentada por el sujeto en el momento de anotar el puntaje al inicio de cada sesión (intensidad Inicial) y a la mitad de la inducción hipnótica (intensidad Durante). Durante la línea base se pudo observar con respecto a la intensidad inicial un puntaje de 2.5 elevándose a 5 en la segunda sesión.

Con respecto a la intensidad Durante en la primera sesión se obtuvo un puntaje de 7, el cual disminuyó a 1.5 en la segunda sesión.

Por otra parte, con respecto a la intensidad Inicial se encontró un puntaje de 5 disminuyendo a 2.7 y a 2 en la cuarta y quinta sesiones respectivamente elevándose posteriormente hasta 6 en la séptima bajando a 3 y a 1.5 en la octava y novena sesiones respectivamente, elevándose nuevamente en la décima y onceava sesiones a 2, bajando a 1.8 en la doceava y en la última sesión disminuyó a 0.5.

Con respecto a la intensidad Durante, se observó una disminución

en la tercera y cuarta sesiones con un puntaje de 1.2 en ambas, elevándose a 1.8 en la quinta, reduciéndose el puntaje en la sexta a 1, aumentando a 2 en la séptima. Posteriormente se obtuvo un puntaje de 0.8 en la onceava disminuyendo hasta 0.5 al concluir el tratamiento (Ver Gráfica B).

En segundo lugar, se realizó un análisis inferencial con los resultados y se hizo uso primeramente de la Correlación Producto - Momento de Pearson, con el objetivo de conocer si había relación entre frecuencia e intensidad durante.

Ahora bien, haciendo referencia a la correlación existente entre la frecuencia y la intensidad inicial ($r = 0.2488$; $p = 0.20$) se puede mencionar que ésta fué baja y no significativa.

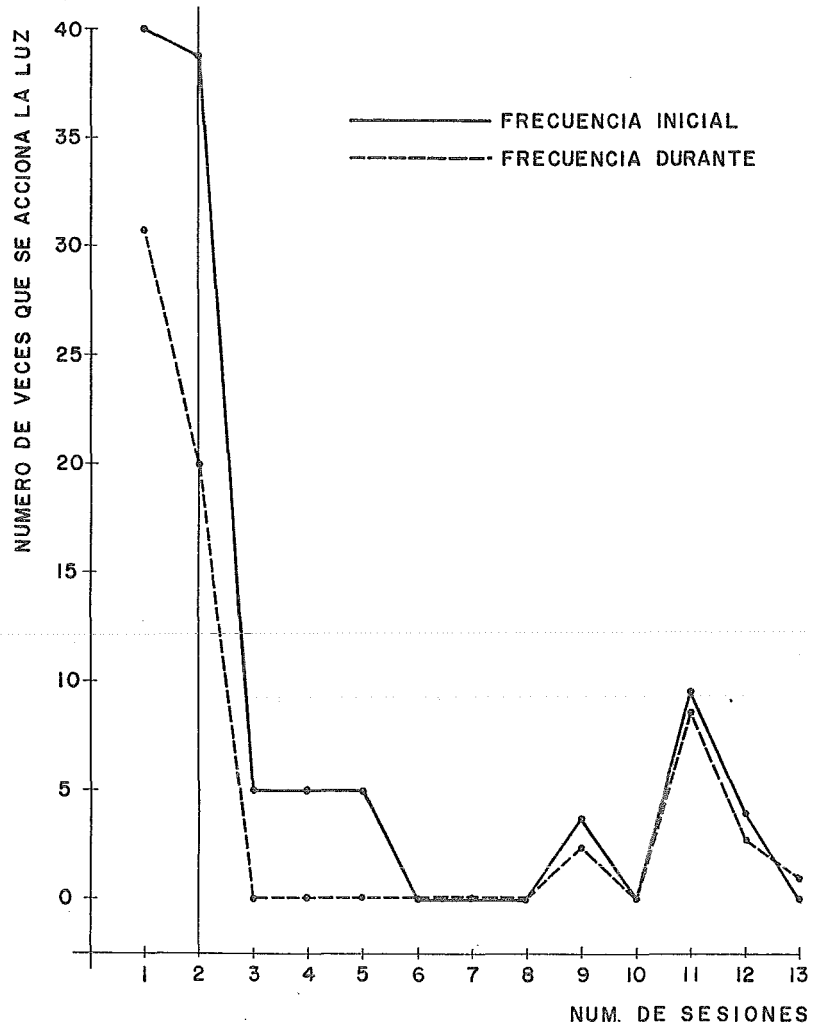
Por otro lado, se encontró una correlación moderada y significativa ($r = 0.7814$; $p = 0.001$), entre la frecuencia e intensidad durante.

Por último, con el fin de conocer las diferencias de antes y después, tanto en la frecuencia como en la intensidad del estado de tensión - relajación del paciente; se utilizó una prueba no paramétrica: T de Wilcoxon, recurriéndose a ella por no cubrir los requisitos para el empleo de una prueba paramétrica y por ser ésta una muestra pequeña.

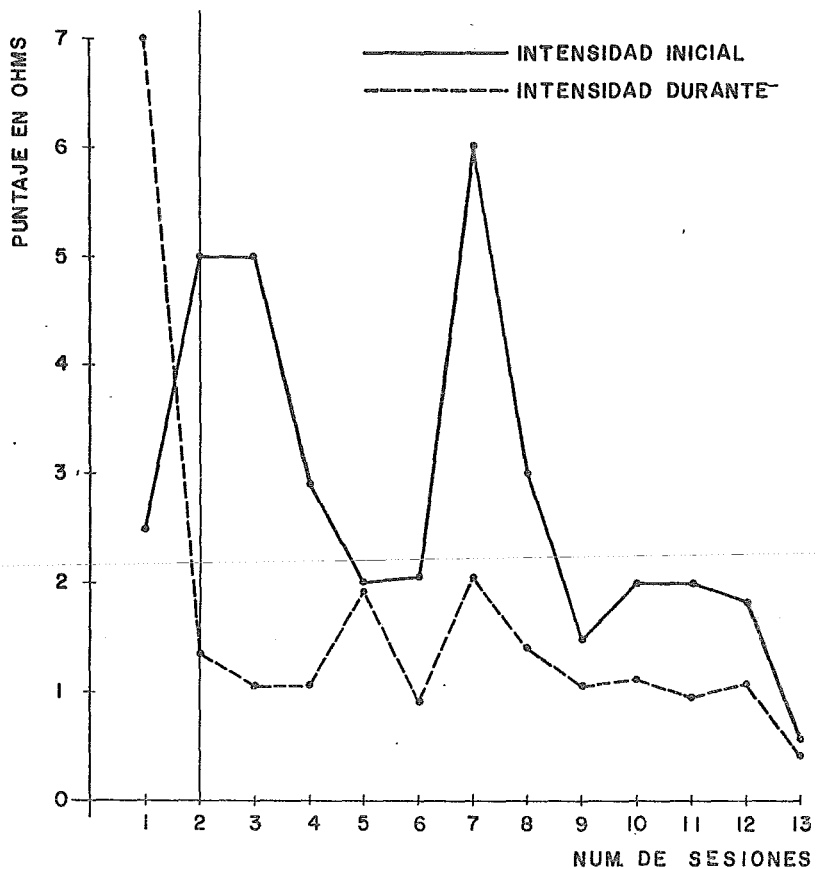
Encontrándose una Z de -2.521 ; $p = 0.012$, lo cual indica que si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después del

tratamiento empleando terapia conductual bajo hipnosis; observándose que la más elevada calificación proporcionada por el marcador del electromiógrafo fué de 40 marcaciones de la luz durante la línea base en la frecuencia Inicial, disminuyendo a 2 marcaciones al final de las 13 sesiones en la frecuencia Durante.

Asimismo, se observó que en relación con la intensidad se encontró una Z de -2.271 ; $p = 0.023$ que muestra que si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de que el paciente recibiera el tratamiento ya que en la línea base la respuesta electromiográfica fué de 7, sin embargo, al finalizar el tratamiento ésta disminuyó a 0.5.



Graf. a.- Resultados obtenidos del número de contracciones musculares experimentadas por el paciente.



Graf. b.- Resultados obtenidos a través del electromiografo con respecto al estado tensión-relajación del paciente a lo largo de 13 sesiones.

5.2.- ANALISIS CUALITATIVO

Los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas aplicadas son los siguientes:

Como se mencionó anteriormente se aplicaron los inventarios de Ideas Personales, de Ansiedad Estado y Rasgo y el Multifásico de la Personalidad de Minnesota, con el objetivo de evaluar cualitativamente los cambios presentados por el paciente en tres diferentes etapas antes y después del tratamiento y al finalizar el seguimiento.

Con respecto a las ideas personales del paciente, se observó un puntaje de 36 en la línea base, lo cual indica que poseía un alto nivel de ideas inadecuadas e irracionales para afrontar y manejar su problemática. En la sesión de post-tratamiento se apreció que el número de ideas irracionales disminuyó y el paciente cuenta con mayores elementos para autoregular su dolor. Ahora bien, en la primera sesión de seguimiento, el sujeto decrementó notablemente el número de ideas irracionales para manejar su padecimiento. Para la segunda sesión del seguimiento, el puntaje se incrementó debido a que tuvo dificultades en su trabajo, sin embargo, éste no repercutió en la manifestación del dolor (Ver Gráfica 4).

En relación con los resultados obtenidos en el IDARE, se observó que durante la línea base el Estado de Ansiedad así como el de Rasgo sobrepasan el percentil 85, lo cual señala que el paciente es una

persona ansiosa, provocando con ello la aparición de su dolor.

En la sesión de post-tratamiento se pudo observar que una notable disminución de la escala del Estado de Ansiedad y muy ligera la de Rasgo, lo que fué un indicador que el paciente estaba respondiendo favorablemente al tratamiento. Es hasta la segunda sesión del seguimiento donde disminuyen relevantemente ambas escalas debido a que el paciente venota mayor capacidad en la autorregulación de su ansiedad. Finalmente, en la última sesión del seguimiento los resultados de ambas escalas son favorables en relación a los de la línea base ya que éstos muestran un manejo aún más adecuado del paciente sobre sus respuestas de ansiedad (Ver Gráfica 2).

Con respecto a la gráfica 3 se puede observar los resultados del MMPI durante el tratamiento, apreciándose un cambio significativo de las escalas 1, 2 y 3 las cuales se refieren a Hipocóndriasis (Hs), Depresión (D) e Histeria (Hi) respectivamente, considerándolas importantes en el manejo del dolor crónico benigno.

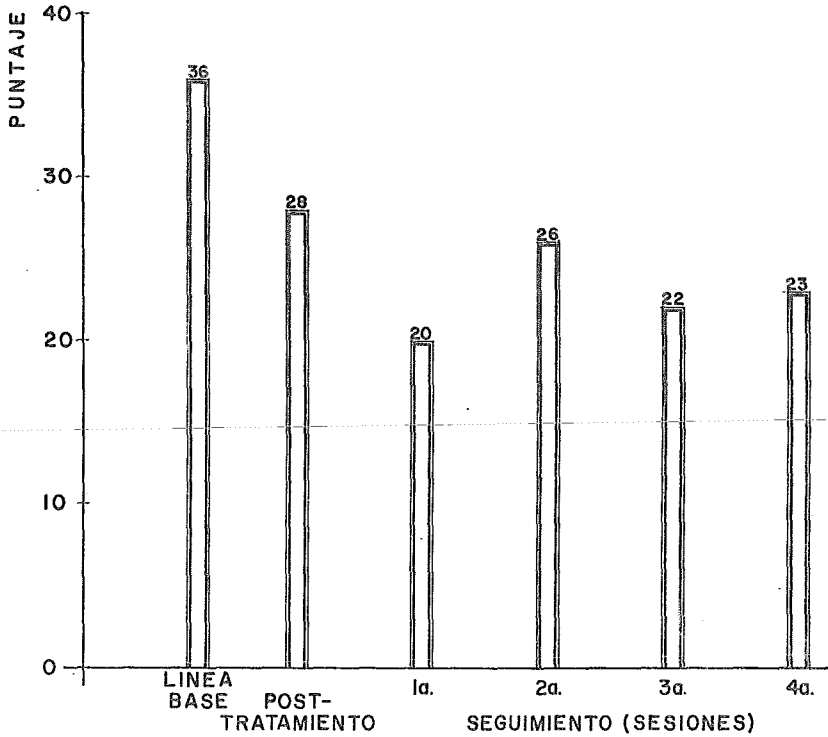
En la primera sesión de línea base se observan las elevaciones de las escalas antes mencionadas, dos por encima del puntaje T 90 (Hs y D) y la otra superior a T 70 (Hi); lo cual nos habla de que el paciente era una persona pesimista con preocupaciones somáticas y malestares de naturaleza crónica, con conductas de indecisión y de aislamiento que ante períodos prolongados de tensión tiende a manejarlos somatizando.

Para la sesión de post-tratamiento se observó una disminución ligera en la escala 1 (Hs) pero mayor en la 2 (D) y la 3 (Hi) lo que

nos dice que a pesar de que el sujeto continuaba presentando preocupación por su malestar era capaz de emplear las habilidades aprendidas durante el tratamiento para el manejo del estrés que le provocaban las situaciones adversas.

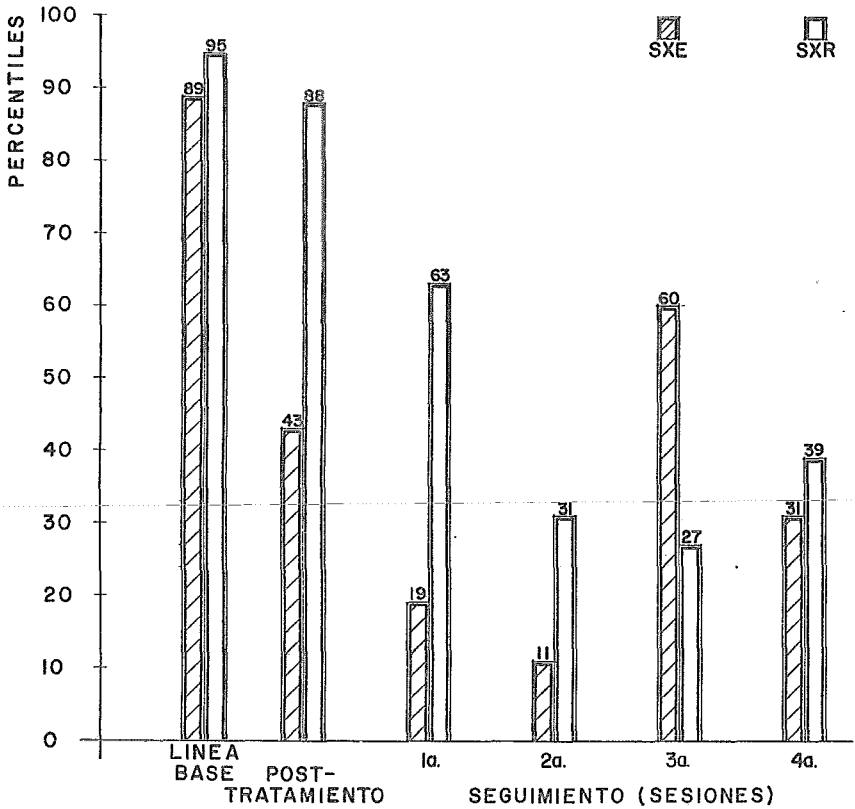
Para finalizar, los resultados obtenidos en la última sesión del seguimiento muestran: Ligero aumento de la escala 2 (D) y disminuciones notables en su elevación ya no aportan datos de patología en el sujeto; sin embargo, el puntaje de la escala 2 (D) se incrementó debido a que la prueba fue aplicada después de finalizar el período de tratamiento, lo cual fue de gran emotividad para el paciente.

INVENTARIO DE CREENCIAS PERSONALES



Graf. 1.- Puntajes obtenidos a través de la prueba de creencias durante el tratamiento.

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)



Graf. 2.- Puntajes obtenidos a través de la prueba IDARE durante el tratamiento.

1a. _____ Línea base
 2a. _____ Post-tratamiento
 3a. _____ Seguimiento

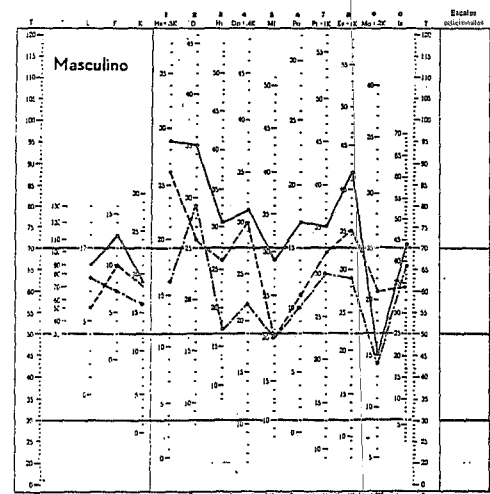
MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español
 Starke R. Hatheway y J. Chernley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

Nombre _____ (línea de medida)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Años escolares o estudios cumplidos _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Funcionamiento	1	2	3	4	5
25	15	12	9		
23	13	12	8		
22	14	11	5		
27	14	11	5		
26	13	10	3		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	9	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	2		
16	8	6	2		
15	8	5	3		
14	7	5	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		

NOTAS

LÍNEA BASE.
 12'08'43670'(67)-89 9:13:19

 POST - TRATAMIENTO.
 1'482'73906(49) 6:10:18

 SEGUIMIENTO.
 2'0781463(49)-'0 3:7:16

Puntuación natural _____
 Ajuste Factor K _____
 Puntuación corregida _____



D.R. © 1965 esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under license of The Psychological Corporation © 1944, Copyright 1945, by the University of Minnesota

Forma _____ fecha _____

- 1a. _____ Línea base
- 2a. _____ Post-tratamiento
- 3a. _____ Seguimiento

MMPI
2-4

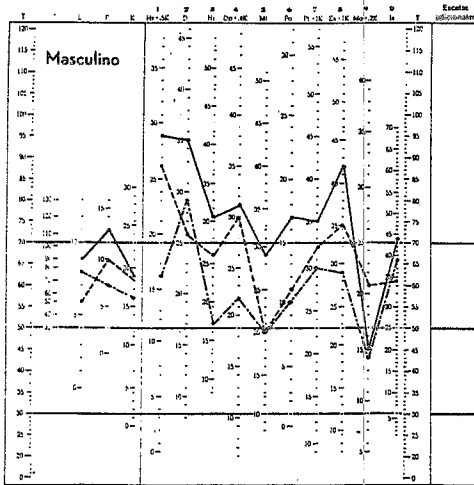
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hatheway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M
Masculino

Nombre _____
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de aplicación _____
 Años escolares o estudios cumplidos _____
 Escuela OMI _____ Edad _____ Referido por _____



Transformación

1	2	3	4
20	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	8	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	0	0
0	0	0	0

NOTAS

1. Línea base (1970) - 100
 2. Post-tratamiento (1971) - 100
 3. Seguimiento (1972) - 100

Puntuación natural _____
 Puntuación factor K _____
 Puntuación corregida _____

EL MANUAL MODERNO, S.A.
 D.R. © 1948, todos los derechos reservados por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A.

Printed by El Manual Moderno, S. A.
 under license of The Psychological Corporation
 © 1948, Copyright 1948, by
 the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

5.3.- DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de los instrumentos empleados se pudo observar que hubo diferencias significativas antes y después del tratamiento lo que indica que el programa terapéutico elaborado con el fin de que el paciente lograra autoregular su dolor, fué positivo. Esto confirma el planteamiento propuesto por Melzack y Walls (1982) quienes afirman que la percepción del dolor y sus respuestas son vistas como un fenómeno complejo, ya que dicha experiencia dolorosa está influida por variables psicológicas que afectan la reacción al dolor; y fué a través de la Reestructuración Cognoscitiva bajo hipnosis que se pudo intervenir en aquellos aspectos psicológicos que incrementaban o producían una reacción aversiva o inadecuada hacia el dolor, proporcionándole finalmente nuevas habilidades de afrontamiento para regular de una manera más adecuada dicha experiencia dolorosa.

Sin embargo, con respecto a los hallazgos de Fordyce (1976) quien considera que los indicadores de la conducta de dolor incluyen las quejas verbales, los sonidos no verbales como lamentos y sollozos, las posturas corporales y gesticulaciones y finalmente las limitaciones funcionales o incapacidad; sería conveniente, en base a la información obtenida de la presente investigación proporcionarle mayor importancia al estilo de pensamiento que rige la conducta de la persona que atraviesa por una experiencia de dolor, ya no sólo a las conductas observables.

Ahora bien, en relación con los niveles de ansiedad encontrados en el paciente (desde el inicio hasta el fin del tratamiento) observamos una notable reducción de los mismos mediante las mediciones obtenidas a través del electromiógrafo y las aplicaciones del IDARE, lo cual indicó que hubo una reducción de contracciones musculares debido a que el paciente aprendió a controlar sus respuestas fisiológicas.

Al explorar el tipo de creencias del paciente, se encontró, que una gran cantidad de ellas estaban relacionadas con su dolor, tales como la autodevaluación, la depresión, el aislamiento, la falta de asertividad, etc.; observándose que este tipo de emociones se modificaron al sustituir las ideas irracionales por otras racionales o adaptativas; aumentando su control y autoeficacia así como ampliando sus expectativas a futuro. Mediante estos objetivos alcanzados se obtuvo la autoregulación de su dolor de tal manera que el paciente pudo utilizar finalmente sus propios recursos y nuevas habilidades para manejar la aparición o aviso del dolor, confirmando con ello que el tratamiento empleado fué eficaz para el, paciente de la presente investigación.

5.4.- CONCLUSIONES

Se observó que a través de la aplicación del tratamiento el paciente logró reducir notablemente su respuesta de ansiedad así como modificar cogniciones, en particular aquéllas que afectaban y provocaban la experiencia de dolor, logrando con ello que el paciente mejorara su autoconcepto, el cual anteriormente estaba asociado con depresión, aislamiento y por consiguiente incapacidad para relacionarse socialmen-

te, dando como resultado la desaparición del dolor que aquejaba al paciente.

Es importante mencionar que el resultado obtenido fué facilitado por el empleo de la hipnosis, la cual mantiene y favorece los cambios producidos en el paciente.

5.5.- LOGROS

Uno de los aspectos relevantes de nuestra investigación radicó en haber aportado el aumento de la bibliografía necesaria y especializada, ya que la información con que contábamos era insuficiente y en muchas ocasiones inaccesible; por lo que recurrimos de información extranjera; invirtiendo en ello mayor tiempo del esperado.

De la misma manera consideramos un logro importante el incorporar la utilización de instrumentos electrónicos de retroalimentación biológica (electromiógrafo), ya que no es común el empleo del mismo en las intervenciones terapéuticas en pacientes con dolor, por su alto costo y por lo mismo inaccesible.

Creemos también que otro aspecto importante de la presente investigación fué emplear la combinación de técnicas cognitivo-conductuales con la hipnosis en un sector donde se requiere, además de la atención médica, un adecuado manejo psicológico y consideramos que los resultados obtenidos a través de esta combinación abrirán mayores posibilidades de tratamiento y despertará el interés por ampliar y

mejorar el uso de ambas técnicas.

5.6.- LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones encontradas fué la selección de una muestra pequeña, es decir un solo caso, debido a la complejidad que éste tipo de tratamiento implica, así como el tiempo invertido en él.

Otra limitante fué que para hacer aún más objetivos los resultados, se tomaron fotografías en cada sesión al medidor del electromiógrafo con el fin de ilustrar dichos resultados; sin embargo, la obtención de las mismas no fué posible debido al inadecuado manejo de la cámara fotográfica.

5.7.- SUGERENCIAS

Finalmente, podemos sugerir que consideramos pertinentes para futuras investigaciones los siguientes aspectos:

La aplicación de este tipo de tratamientos psicológicos a otros padecimientos físicos tales como el dolor crónico maligno, dolor agudo, etc., ya que consideramos que para el manejo del dolor en general, estas técnicas parecen ser prometedoras y efectivas.

Una sugerencia significativa es la estimulación del trabajo interdisciplinario conformado por médicos y psicólogos, en donde consideramos que la participación de éste último puede ser de gran apoyo para el paciente; aunado al trabajo realizado por el médico.

Consideramos de igual manera que para trabajos posteriores se recurra a obtener información a través de los familiares del paciente para esclarecer los logros o retrocesos experimentados por el paciente fuera del escenario terapéutico.

Finalmente, sugerimos que el tratamiento que hemos elaborado se amplíe o bien se extienda a programas institucionales con el fin de ser empleado en la prevención primaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BAEZ Villaseñor, José y Bravo LL., José Luis (1970). Nosología Básica Integral. Tomo I, 5ª Edición. Edit. México, D.F.. Págs. 15-36.
- 2) BASSMAN, Stuart W. y Wester, W.C. (1984). Hypnosis and Pain Control. Ed. J.B. Lippincott, Co.. Págs. 237-287.
- 3) BAYES, Ramón (1985). Psicología Oncológica. Edit. Martínez Roca, Barcelona, España. Págs. 11, 44, 89, 93-97, 109, 146 y 151.
- 4) BOWER, Gordon (1982). Emociones y Cognición. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 1, No. 2: 110-118
- 5) CASTRO, Luis (1980). Diseño Experimental sin estadística, Ed. Trillas, pág. 82
- 6) CHERTOK, Leon (1985). Lo conocido y desconocido en Psicoterapia: La Hipnosis entre el Psicoanálisis y la Biología. Ed. Fondo de Cultura Económica. págs. 94-100 y 114-121
- 7) COUSINS, M.J. y Bridenbaugh, P.O. (1980). Neural Blockade in Clinical Anesthesia and Management of Pain. Ed. J.B. Lippincott Co. págs. 3-18
- 8) DEIKMAN, Arthur J. (1986). El Yo observador: Misticismo y Psicoterapia. Ed. Fondo de Cultura Económica. págs. 115-118
- 9) DUNCAN, Ronald; Weston Smith, Miranda y Wall, Patrick D. (1985). La Enciclopedia de la Ignorancia. Ed. Fondo de Cultura Económica. Págs. 422-432.
- 10) DUPRAT, E.F. (1960). Hipnotismo, Técnicas e Indicaciones Terapéuticas. Ed. Crespillo, Buenos Aires, Argentina. Págs. 50, 70, 73, 102, 108 y 142.

- 11) ESTABROOKS, G.H. (1967). Problemas actuales de la Hipnosis. Ed. Fondo de Cultura Económica. págs. 183-196.
- 12) FISHMAN, Baruch y Loscalzo, Matthew (1987). Intervenciones Cognitivas y Conductuales en el Tratamiento del Dolor por Cáncer: Principios y Aplicaciones. Clinicas Médicas de Norteamérica, 2: 269-284.
- 13) FRANKEL, F. y Zamansky, H. (1978). Hypnosis at its Bicentenary. Ed. Plenum Press. Págs. 147-154 y 207-217.
- 14) FORDYCE, Wilbert E.; Roberts, Alan H. y Sternbach, Richard A. (1985). The Behavioral Management of Chronic Pain: A Response to Critics. Pain, 22: 113-125.
- 15) GARCIA OLIVERA, Vicente (1984). Antecedentes Históricos e Importancia de la Clínica del Dolor. Boletín de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, 1 (5): 4-6.
- 16) GAYTAN Fragoso, Agustín (1989). El Uso de la Hipnosis y Terapia de Conducta en el Automanejo de las Conductas Adictivas: Reestructuración Cognoscitiva bajo Hipnosis en Alcohólicos. (Tesis). Págs. 28-40, 192-478 y 480-491.
- 17) GINDES, Bernard C. (1972). Nuevos Conceptos sobre el Hipnotismo. Ed. Psique, Buenos Aires, Argentina. Págs 9-32, 82 y 85.
- 18) GODFRIED, M.R. y Davidson, G.C. (1981). Técnicas Terapéuticas Conductistas. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. Págs. 19-31, 48, 87-110 y 151-175.
- 19) KANFER, F. y Goldstein, A. (1980). Helping People Change. Ed. Pergamon. Págs.
- 20) KENDALL, P., Hollon, S., Turk, Dennis y Genest, Myles (1979). Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures. Ed. Academic Press. Págs. 287- 314.
- 21) KIHLLSTROM, John F. (1985). Hypnosis. American Review Psychology.

36: 385-418.

- 22) KINGSBURY, Geo C. (1964). Hipnosis Práctica. Ed. Glem, Buenos Aires, Argentina. Págs. 21-33.
- 23) KROGER, William S. (1972). Hipnosis Clínica y Experimental, Tomo II. Ed. Glem, Buenos Aires, Argentina. Págs. 255-365.
- 24) LAZARUS, R.S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. Ed. Martínez Roca, Barcelona, España. Págs. 47, 87, 140-162 y 281-303.
- 25) LINTON, Steven J. (1986). Behavioral Remediation of Chronic Pain: A Status Report. Pain, 24: 125-141.
- 26) LOPEZ Rodríguez, José (1976). Dolor Crónico y su Tratamiento. Ed. Amorrortu, Barcelona, España. Págs. 26-29 y 34-38.
- 27) MARCUSE, F. L. (1964). La hipnosis. Los libros del Mirasol, Buenos Aires, Argentina. Pág. 22.
- 28) MC KAY, Matthew; Davis, Martha y Fanning, Patrick (1988). Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés. Ed. Martínez Roca. Págs. 19-58, 89-125 y 135-157.
- 29) MEARES, Ainslie (1961). Hipnosis Médica. Ed. Interamericana. Págs. 7-8, 43-48, 67, 82, 97, 136, 171 y 245.
- 30) MEHTA, Mark (1977). Dolor Rebelde. Salvat Editores. Págs. 15-20.
- 31) MEICHENBAUM, D. (1977). Cognitive Behavior Therapy. Ed. Plenum Press. Págs. 169-181 y 183-199.
- 32) MEICHENBAUM, D. (1987). Manual de Inoculación de Estrés. Ed. Martínez Roca. Págs. 35-43.
- 33) MENDEZ Nelson, H. (1983). Diagnóstico y Tratamiento no quirúrgico del Dolor Crónico. Edit. México, D.F.. Págs. 20, 26, 29-35 y 41.
- 34) MILLER, Mary E. y Bowers, Kenneth S. (1986). Hypnosis Analgesia and Stress Inoculation in the Reduction of Pain. Journal of Abnormal Psy-

chology, 95 (1): 6-14.

35) RACHLIN, Howard (1985). Pain and Behavior. The Behavioral and Brain Sciences, 8: 43-83.

36) RHODES, Rafael H. (1960). Hipnosis: Teoría, Práctica y Aplicación. Ed. Aguilar. Págs. 57 y 117.

37) RUTRICK, Daniel; Kutz, Ilan; Caudill, Margaret y Benson, Herbert. (1985). Clinica Anestesiológica. Salvat Editores, 8 (2): 165-187.

38) SANTACRUZ O., Ma. del Pilar (1986). Aspectos Generales y Medidas del Dolor. Revista Mexicana de Psicología, 3 (1): 29-36.

39) SCOTT, David L. (1975). Hipnosis en Anestesia. Salvat Editores. Págs. 8, 15-39.

40) SIEGEL, S. (1985). Estadística no Paramétrica. Ed. Trillas. Págs. 108 y 155.

41) SPANOS, Nicholas P. (1986). Hypnotic Behavior: A Social-Psychological Interpretation of Amnesia, Analgesia and "Trance-Logic". The Behavioral and Brain Sciences. 9: 449-502.

42) SUTTON-Simon, Karen; Kendall, P.C. y Hollon S.D. (1981). Assessing Belief Systems: Concepts and Strategies. Ed. Academic Press. Págs. 59-84.

43) SWANSON, David; Maruta, Toshihiko y Swenson, Wendell M. (1979). Results of Behavior Modification in the Treatment of Chronic Pain. Psychosomatic Medicine, 41 (1): 55-61.

44) TOSI, Donald J.; Howard, Lee y Gwynne, Peter H. (1982). The Treatment of Anxiety Neurosis through Rational Stage Directed Hypnotherapy: A Cognitive Experiential Perspective. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 9 (1): 95-100.

45) TURK, Dennis C. y Rudy Thomas E. (1987). Towards a Comprehensive Assessment of Chronic Pain Patients. Behavioral Research Therapy. 25

(4): 237-249.

46) WAIN, Harold y Amen, Daniel G. (1986). Emergency Room Use of Hypnosis. General Hospital Psychiatry, 8: 19-22.

47) WEISENBERG, Matis (1987). Psychological Intervention for the Control Pain. Behavioral Research and Therapy. 25 (4): 301-312.

48) WOLBERG, Lewis (1968). Hipnoanálisis. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. Págs. 50-78.

49) ZEIG, Jeffrey K. (1985). Un Seminario Didáctico con Milton H. Erickson. Amorrortu Editores. Págs. 21-28.

INDICE

	Págs.
Resumen	
Introducción	1
CAPITULO I DOLOR	4
1.1 Breve Historia del Dolor	4
1.2 Definiciones sobre el Concepto de Dolor	5
1.3 Tipos de Dolor y su Localización	7
1.4 Anatomía y Fisiología del Dolor	9
1.5 Desarrollo Histórico de la Anestesiología	10
1.6 Clasificación Psicológica del Dolor	11
1.7 Tipos de Personalidad con mayor predisposición al Dolor ..	13
1.8 Intervenciones Psicológicas	17
CAPITULO II TERAPIA CONDUCTUAL	19
2.1 Características	19
2.2 Breve Historia de la Terapia Conductual	20
2.3 Procedimientos Terapéuticos Conductuales Orientados a la explicación del Dolor	22
2.4 Nuevas Técnicas Terapéuticas con un enfoque Cognitivo ...	26
2.5 Algunas diferencias de las Terapias de Reestructuración Cognoscitiva	37
2.6 Intervenciones Cognitivo-Conductuales	37

2.7	Definición y Características de las Intervenciones Cogni- tivo-Conductuales en el Manejo del Dolor	38
CAPITULO III HIPNOSIS		49
3.1	Introducción	49
3.2	Breve Desarrollo Histórico	49
3.3	Definiciones	53
3.4	Características	54
3.5	La Dinámica de la Hipnosis	57
3.6	Teorías de la Hipnosis	58
3.7	Tipos de Inducciones	66
3.8	Otras Técnicas Alternativas de Inducción: Técnicas Confu- sionales	67
3.9	Procedimiento utilizado para llevar a cabo la Inducción Hipnótica	70
3.10	Principios Generales para la Inducción	70
3.11	Aplicaciones de la Hipnosis	75
3.12	Aplicaciones de la Hipnosis en la Psicoterapia	77
3.13	La Hipnosis emplada en la Terapia Conductual	79
3.14	Hipnosis y dolor	86
CAPITULO IV METODOLOGIA		
4.1	Pregunta de Investigación	96
4.2	Definición de Variables	97
4.3	Hipótesis	97
4.4	Sujetos	99
4.5	Muestreo	100
4.6	Tipo de Estudio	100

4.7	Tipo de Diseño	100
4.8	Escenario	101
4.9	Instrumentos	101
4.10	Procedimiento	105

CAPITULO V RESULTADOS

5.1	Análisis Cuantitativo	110
5.2	Análisis Cualitativo	114
5.3	Discusión	117
5.4	Conclusiones	118
5.5	Logros	119
5.6	Limitaciones	120
5.7	Sugerencias	120

BIBLIOGRAFIA	122
--------------------	-----

INDICE	127
--------------	-----

ANEXOS	130
--------------	-----

APENDICE A

TABLA: ENTRENAMIENTO DE LA INOCULACION DE ESTRES PARA CONTROLAR EL DOLOR (TURK, 1975).

1) PREPARAR PARA EL DOLOR ESTRESANTE

- (Qué es lo que tiene que hacer?.
- Usted puede desarrollar (o crear) un plan para tratarlo.
- Sólo piense acerca de qué tiene que hacer.
- Sólo piense acerca de qué puede hacer con respecto a ello.
- No se preocupe: Preocuparse no ayuda en nada.
- Usted tiene muchas de las diferentes estrategias a las que usted puede acudir.

2) CONFRONTAR Y MANEJAR EL DOLOR.

- Usted puede enfrentarlo.
- Con el paso del tiempo puede manejar la situación.
- Sólo relájese, respire profundamente y use una de las estrategias.
- No piense acerca del dolor, sólo qué tiene que hacer.
- Esta tensión puede ser un aliado, un indicio para la recuperación.
- Relájese, usted está en control; respire lenta y profundamente, -Ah! -Bien!.
- Está bien, es sólo un recordatorio para usar sus habilidades de afrontamiento.

3) EL AFRONTAMIENTO CON SENTIMIENTOS EN MOMENTOS CRITICOS

- Cuando el dolor viene sólo deténgase; concéntrese en lo que tiene que hacer.
- (Qué es lo que tiene que hacer?).
- No intente eliminar totalmente el dolor, sólo manténgalo bajo control.
- Sólo recuerde que hay diferentes estrategias, ellas le ayudarán a tenerlo en control.
- Cuando el dolor aumente puede cambiar a una estrategia diferente, está ud. en control.

4) REFORZAR LOS AUTO - REPORTES.

- Bien, lo hizo.
- Lo manejó maravillosamente bien.
- Ya conoció lo que usted puede hacer.
- Espere hasta que le diga acerca de cuál procedimiento le funcionó mejor.

Anexo B

AUTOREGISTRO

<p>HORA Y FECHA DE LA APARI- CION DEL DO- LOR.</p>	<p>ANTES DEL DOLOR En donde estaba. Quienes estaban. Que pensaba.</p>	<p>DURANTE EL DOLOR Que hizo. Que sintió. Que pensó. Quienes estaban y que hicieron.</p>	<p>DESPUES DEL DOLOR Que sintió. Que pensó.</p>	<p>TOPOGRAFIA DEL DOLOR Frecuencia. Intensidad. Duración.</p>

APENDICE C

TECNICA DE INDUCCION: DE RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA Y ASCENDENTE

"Por favor ponga su atención en las partes del cuerpo que vaya mencionando y va ir aflojando o relajando dicha parte. Empezamos con los músculos de los pies, póngalos flojos, sueltos, relajados, más flojos, más sueltos, más relajados, completamente flojos, completamente sueltos, completamente relajados; ahora ponga su atención en las piernas y éstas se ponen flojas, sueltas, relajadas, más flojas, más sueltas, más relajadas, completamente flojas, completamente sueltas, completamente relajadas, al igual que muslos y caderas (se repite en cada parte del cuerpo la misma secuencia de las sugerencias).

Muy bien, ahora ya están relajados los músculos de sus pies, piernas, muslos y caderas y sus piernas están como las de una muñeca de trapo, como si colgaran, descansando perezosamente, abadónese en este estado de relajación, de tranquilidad, mientras pone su atención en su abdomen y éste se pone suelto, flojo, relajado, más flojo, más suelto, más relajado, mucho más flojo, mucho más suelto, mucho más relajado; completamente flojo, completamente suelto, completamente relajado, deje que esa relajación vaya subiendo hacia su pecho y los músculos de su pecho se van poniendo más relajados, más flojos lo que permite que su respiración se haga honda y profunda, natural y espontánea. A medida que se van relajando estas partes del cuerpo, la relajación se va

extendiendo al resto, deje que se extienda hacia su espalda, que baje por ella, por sus riñones y usted se siente más y más tranquilo, las sensaciones de relajación son más claras e intensas, disfrútela, conócalas, son sensaciones que su propio cerebro produce y con cada respiración que hace se siente más relajado, mientras deja que la relajación suba a sus hombros y bajen por sus brazos, antebrazos, manos y dedos como si escurriera agua calientita, deje que corran esas sensaciones por todo su cuerpo así como corre la sangre por sus venas. Ahora ya sus piernas y brazos están como los de una muñeca de trapo, como si colgaran. Eso es, muy bien, ahora deje que esas sensaciones de relajación suban a su cuello y éste se pone flojo, suelto, relajado; las partes laterales de su cuello, la nuca, y la parte frontal de su cuello se ponen todavía más flojos, más sueltos, más relajados; mientras la relajación sube a su quijada y ésta se pone sueltcita, floja y relajada como si colgara, se relajan sus mejillas y mandíbulas, los músculos de su frente se ponen más flojitos, más sueltos, más relajados, mucho más flojos, mucho más sueltos, mucho más relajados, completamente flojos, completamente sueltos, completamente relajados; sus párpados se ponen pesados, más pesados, es tan agradable tener los ojos cerrados, cerrados, pesados, pesados. Mientras cuento del cinco al cero, a la cuenta de cero, estará más tranquilo, más relajado y digo:

5.- Como si fuera bajando escalones y con cada escalón que baja, es como si fuera sumiéndose, desliziéndose agradablemente.

4.- Las sensaciones de relajación se hacen más claras e intensas.

3.- Con cada palabra que digo se siente más y más relajado.

2.- Con cada respiración que hace, la sensación de tranquilidad

se hace más clara.

1.- Se prepara para que la relajación se haga aún más profunda.
Y digo: cero... cero... cero... cero... cero... cero... cero..."

APENDICE D

SIGNO SEÑAL

Toda vez que en lo futuro yo le diga... CIERRE LOS OJOS Y DESCANSE... Usted entrará inmediatamente en un estado de relajación igual o más profundo que éste.

Tan pronto como le diga... CIERRE LOS OJOS Y DESCANSE... se sentirá muy pesado... muy somnoliento... se cerrarán sus ojos y se relajará profundamente.

Esto ocurrirá en toda oportunidad que yo le diga... CIERRE LOS OJOS Y DESCANSE... pero ahora... relájese... total... profundamente.

APENDICE E

TECNICA DEL DESPERTAR

Dentro de unos momentos voy a proceder a despertarlo, usted despertará sintiéndose muy bien, con su cabeza completamente despejada, con su mente clara y lúcida muy descansado, muy recuperado, de buen humor, y por qué no, hasta con una sonrisa en la boca.

Despertará sin molestias de ninguna clase causada por este estado hipnótico.

Entonces como decía en unos momentos voy a despertarlo, para lo cual ~~contaré del uno al cinco, cuando la cuenta llegue a cinco abrirá~~ los ojos y estará completamente despierto, sintiéndose muy bien.

Ahora empiezo a contar:

1.- Nuevamente la fuerza, la energía y el vigor entran en todos y cada uno de los músculos de su cuerpo. Como si una gran corriente de energía penetrará por sus pies y subirá rápidamente por sus piernas, por su tronco, por sus brazos, por su cuello, por su cara, llenando de fuerza, de energía y de vigor a todos y cada uno de los músculos de su cuerpo, de tal manera que se va perdiendo la relajación muscular y se recupera la fuerza.

2.- Más fuerza, más energía, más vigor. Como si esa corriente de energía se hiciera más y más fuerte, llenando de fuerza y de vigor a todos y cada uno de los músculos de su cuerpo, de tal manera que se pierde más y más la relajación muscular y recupera más y más la fuerza en todos los músculos de su cuerpo.

3.- Pues, prácticamente ya está recuperado. A desaparecido completamente la relajación muscular, ha recuperado totalmente la fuerza en todos los músculos. De tal manera que si así lo desea puede empezar a moverse un poco, a abrir y cerrar sus manos, mover los piés o a mover lateralmente la cabeza.

Su corazón laté normalmente. La circulación sanguínea es correcta. Ahora la respiración se hace honda y profunda de tal manera que entra más aire a sus pulmones, aire que lleva el oxígeno, oxígeno que es transportado por la sangre a todos y cada uno de los órganos de su cuerpo para darle fuerza, salud y vigor.

Su cabeza se va despejando cada vez más y más, se va aclarando su mente y ahora los párpados se van haciendo más y más ligeros, de tal manera que cuando pronuncie el último número, abrirá los ojos y se despertará.

4.- Prácticamente ya está despierto. Con su cabeza completamente despejada, su mente clara y lúcida, ya los párpados se hacen tan ligeros, tan ligeros que al pronunciar este último número, usted abrirá los ojos y se despertará completamente.

5.- Abra sus ojos. Respire hondo y profundo y dígase a sí mismo:
"Me siento muy bien".

APENDICE F

CONDICIONAMIENTO EN AUTOHIPNOSIS

Instrucciones: A partir de ahora usted podra entrar en autohipnosis siempre que así lo desee sin necesidad de mi ayuda; lo único que debe hacer es seguir los tres pasos siguientes:

1'.- Desear entrar en autohipnosis y ponerse cómodo en un lugar seguro.

2'.- Decirse a sí mismo mentalmente cinco veces " Voy a relajarme ".

3'.- Fijando su mirada hacia arriba, contar mental y lentamente del uno al cinco, cuando la cuenta llegue a cinco sus ojos se cerrarán irremisiblemente y en el momento en que se cierren usted entrará en un estado hipnótico tan profundo o más profundo que éste.

Sugerencias para antes de la autohipnosis:

1).- Como le mencione anteriormente, para entrar en autohipnosis usted deberá quererlo y desearlo.

2).- Condiciones aparentemente desfavorables: Por otro lado hay ciertas condiciones por parte del ambiente y del propio sujeto, que

pueden parecer desfavorables para entrar en autohipnosis; pero al contrario dichas condiciones le ayudarán a entrar más profundamente en este estado; dichas condiciones son las siguientes:

Por parte del ambiente: Ruidos, movimientos, voces, frío, luz y calor.

Por parte del sujeto:

a) Físicas: Molestias como el dolor, cansancio, comezón, tos, gripe, etc., no son impedimentos.

b) Psicológicas: Emociones tales como coraje, tristeza, preocupaciones, temores y angustia. Pensamientos tales como ideas equivocadas acerca de la hipnosis y la autocrítica.

Sugerencias durante la hipnosis:

Relajación muscular: Mientras se encuentra en estado hipnótico todos los músculos de su cuerpo obtendrán el mayor grado posible de relajación, de manera que no quiera moverse.

Relajación mental: Siempre que usted se encuentre en estado hipnótico su mente estará tranquila, serena y relajada totalmente, no se va a detener en ningún pensamiento.

Sugerencias para después de la autohipnosis:

a) Después de despertar usted se sentirá mucho mejor que antes de haber entrado en autohipnosis.

b) Las molestias físicas y psicológicas que hubieren antes de entrar en autohipnosis, desaparecerán totalmente o disminuirán notablemente después de la misma, de tal manera que siempre se sentirá mucho mejor que antes de haberse dormido.

Técnica para despertar:

Para despertarse lo único que debe hacer es seguir las siguientes instrucciones:

- 1.- Querer y desear despertarse.
- 2.- Contar mental y lentamente del uno al cinco.
- 3.- Cuando la cuenta llegue a cinco abrirá sus ojos y despertará sintiéndose mucho mejor que antes de haberse autoinducido.

APENDICE 6

VALORACION PARA INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Areas problema	Aspectos importantes
Experiencia del dolor	Tipo, variación de intensidad, calidad. Factores precipitantes y que lo alivien. Pensamientos y sentimientos reactivos, esperanzas futuras, sensación de control.
Conducta del dolor	Expresiva, estoica, de reacción operante, verbal, no verbal, idiosincrática. Descripciones específicas y frecuencia. Ganancias secundarias. Actitudes sobre conductas de dolor. Reconocimiento sobre contingencias operantes, sensación de control.
Uso de medicamentos	Tipo, frecuencia, modelo (por tiempo o según el dolor), alivio del dolor y del sufrimiento, efectos secundarios, actitudes hacia los medicamentos utiliza-

dos, sensación de control, creencias sobre adicción.

Estado de ánimo

Depresión, ansiedad, enojo, tensión, agitación, inquietud, fatiga, confusión. Sentimientos positivos: Alegría, amor, excitación, interés. Habilidad para relajarse.

Desesperanza

Grado de esperanza contra desesperanza: Creencia sobre el significado de la vida y la muerte, " Espiritu de lucha ", fatalismo.

Percepción de apoyo social

Apoyo tangible, sensación de pertenencia, confianza, estimación social, metas.

Habilidades para afrontar

Actitudes, pensamientos o actividades relacionadas con hábitos de afrontamiento de la enfermedad, estrés y dolor; hábitos de tratamiento del problema y regulación de emociones.

Habilidad y agresividad sociales

Hábitos de conducta y situaciones sociales, privadas o públicas.

Situación familiar y social

Efectos de la enfermedad y el dolor en padres, esposo, hijos, otros familiares y círculo de amigos. Interacciones y modelos de alianza en la familia.

Actividades diarias

Modelo, frecuencia; física, mental, pasiva, activa, solitaria, social; pasatiempos, deberes, trabajo.