



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

**DOLOR POR DISMENORREA TRATADO POR UNA TÉCNICA DE  
HIPNOSIS**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

**CEDILLO SÁNCHEZ, LAURA LETICIA**

**RAMÍREZ TORRES, NAYERI DE LAS HORTENCIAS**

ASESOR: VARGAS FLORES, JOSÉ DE JESÚS

MÉXICO, D. F.

1995



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.

A mis padres:

Victor y Mary.

Porque en su lucha constante por darnos siempre lo mejor, han hecho de sus hijos hombres y mujeres de bien. Porque su entusiasmo siempre ha superado la adversidad y han mostrado su mejor sonrisa.

Gracias por el amor, el cariño y la dedicación que por siempre he recibido; por creer en mi esfuerzo y apoyar mis decisiones.

Por hacer de mi lo que soy...

Los amo...

A mis hermanos:

Lupita, Manuel, Lulú,  
Male, Freddy y César.

Mis amigos insustituibles...

Por su cariño, paciencia y confianza.

Con la certeza de cada uno obtendrá lo mejor en los caminos que se han forjado.

Gracias por darme la oportunidad de crecer a su lado...

Los quiero...

A mi abuelita:

Ana.

Por estar conmigo...

¡Les debo este logro!

LETTY...

Agradezco enormemente al profesor Jesús Vargas todo el apoyo que recibí para el logro de este objetivo. Por poner a mi disposición sus conocimientos, por su valiosa asesoría, por contribuir a mi formación profesional y humana, por su ejemplo... por su amistad.

¡Gracias Chucho!

Reconozco la meritoria participación de las profesoras Joselina Ibáñez y Herminia Mendoza, que con sugerencias atinadas y gran profesionalismo contribuyeron a mejorar este trabajo.

No puede escaparse a mi memoria la notable asesoría que el profesor José Vaquero me brindó en el desarrollo de esta tesis.

Este logro también es producto de ellas:  
Sandy, Betty, Rebeca, Edith, Gina, Evelia, Laura y Male.

¡Gracias por su ayuda incondicional!

Nayeri:  
Por la amistad eterna que nos une.

¡Lo hemos logrado!

LETTY...



## **DEDICATORIAS:**

Dedico este logro principalmente a José Ramírez y a Gloria Torres, mis padres, quienes han sido mis columnas más sólidas y siempre han seguido mis pasos de cerca; a Evelia y a Emmanuel por estar conmigo apoyándome, a Mauricio, mi mejor amigo y compañero, por su tiempo, comprensión y cariño ; y a Letty, por el esfuerzo, ejemplo de superación y compañerismo.

## **AGRADECIMIENTOS:**

Agradezco a mis profesores José de Jesús Vargas Flores, Joselina Ibáñez, Herminia M. y José Vaquero por su enseñanza y paciencia para el logro de esta tesis, al igual que a la valiosa cooperación de Betty, Laura Rebeca, Evelia, Georgina, Edith, Mary y Letty.

## INDICE

	<b>Pags.</b>
<b>PROLOGO</b>	1
<b>INTRODUCCION</b>	3
<b>CAPITULO 1. EL DOLOR</b>	9
1.1 CONCEPTO DE DOLOR	9
1.2 TIPOS DE DOLOR	13
1.3 TEORIAS EXPLICATIVAS DEL DOLOR	15
1.4 MEDICION DEL DOLOR	22
1.5 TECNICAS DE CONTROL DEL DOLOR	26
<b>CAPITULO 2. CICLO MENSTRUAL Y DISMENORREA</b>	35
2.1 FISIOLOGIA DEL CICLO MENSTRUAL	35
2.2 DISMENORREA	38
2.3 ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIO-CULTURA- LES DE LA MENSTRUACION	42
2.4 TRATAMIENTO DEL DOLOR POR DISMENORREA	44
<b>CAPITULO 3. HIPNOSIS</b>	52
3.1 BASES TEORICAS	53
3.2 SUGESTION E HIPNOSIS	68
3.3 GENERALIDADES DE LA HIPNOSIS	74

3.4 TECNICAS PARA INDUCIR LA HIPNOSIS	84
3.5 APLICACIONES	88
<b>CAPITULO 4. REPORTE DE UN ESTUDIO</b>	95
4.1 OBJETIVOS	95
4.2 HIPOTESIS	96
4.3 METODO	96
4.4 PROCEDIMIENTO	102
4.5 RESULTADOS	104
<b>DISCUSION</b>	129
<b>CONCLUSIONES</b>	140
<b>REFERENCIAS</b>	142
<b>APENDICES</b>	149

## RESUMEN

La hipnosis como medida terapéutica ha cobrado gran importancia; hoy en día su aplicación se ha extendido al campo de la medicina, lo que ha propiciado la multidisciplinaria en el tratamiento de algunas afecciones del hombre como es el dolor. Dentro de la Psicología y desde un enfoque cognitivo-conductual, la hipnosis opera en el sujeto sustituyendo los planes que guían su conducta por los del hipnotizador, logrando con ello que el sujeto acepte planes y los haga suyos.

El presente trabajo tuvo como objetivo entrenar a las pacientes en hipnosis para probar la viabilidad y eficacia de la técnica en el tratamiento de la dismenorrea (menstruación dolorosa), partiendo de la hipótesis de que este tipo de dolor está influido por factores psicológicos, tales como ideas, creencias, estados emocionales y afectivos.

Las pacientes del estudio fueron 7 mujeres, estudiantes de la carrera de Psicología en la UNAM Campus Iztacala, cuyas edades fluctuaban entre los 18 y 22 años de edad y a las que se les había diagnosticado dismenorrea primaria espasmódica.

Durante la Línea Base del estudio se obtuvo un registro inicial del nivel de dolor. Posteriormente, recibieron 15 sesiones de entrenamiento en hipnosis (Intervención) y finalmente, en la fase de Seguimiento, las pacientes se autoaplicaron la técnica por medio de cintas grabadas.

El registro del nivel de dolor se llevó a cabo en cada ciclo menstrual, utilizando una escala subjetiva de 0 a 100, donde 0 indicaba la ausencia de dolor y 100 el máximo dolor que puede sentirse.

Los resultados mostraron una mejoría clínicamente significativa en el nivel de dolor de 6 pacientes, mientras que en la duración del dolor, la significancia clínica se logró en 4 pacientes.

De estos hallazgos, se concluyó que la hipnosis fue efectiva en el tratamiento de la dismenorrea y por tanto se comprobó la hipótesis de estudio.

## PROLOGO

La población femenina que sufre de dismenorrea (menstruación dolorosa), sin duda alguna, abarca un alto porcentaje, mismo que va en aumento a la par que las niñas se inician en la pubertad.

Obviamente no se espera que toda mujer en etapa reproductiva sufra estos intensos dolores en su período menstrual porque no es una generalidad; sin embargo, muchas de estas mujeres consideran al fenómeno como algo normal y natural y a consecuencia de ello siguen siendo victimas pasivas de tal afección. Se han hecho estudios que comprueban que las mujeres dismenorréicas soportan mucho más los dolores intensos que las mujeres no dismenorréicas; esto representa un problema muy grave ya que la costumbre de sentir dolores intensos no les permite discernir entre un dolor considerado por ellas como "normal" y uno que indique un problema grave real del organismo, como podría ser el caso de una apendicitis (Hapidou y De Catanzaro, 1988).

Este problema reviste gran importancia, ya que desde el punto de vista socio-económico, la mujer ocupa un importante lugar en la productividad de su país, es por ello que es indispensable tratar de aminorar los síntomas con el fin de mejorar el bienestar integral de las mujeres que padecen dismenorrea.

Ahora bien, los avances en el campo de la Medicina, han contribuido enormemente a la disminución del problema, pese a ello no puede negarse que, en la mayoría de las veces, los efectos colaterales de los medicamentos pueden

tornarse en una adicción a ellos o en padecimientos posteriores. Por otro lado, partiendo de la idea de que no todo el dolor dismenorréico tiene una causa orgánica, se plantea la necesidad de buscar medios más eficaces para solucionar el problema sin que se ponga en juego la integridad orgánica de la paciente.

En la actualidad los métodos cognitivos han adquirido gran importancia como modos terapéuticos; sin embargo se requiere más investigación que pueda corroborar su eficacia en este tipo de casos.

Los hallazgos de tales investigaciones pueden ser valiosos desde dos puntos de vista: el de la enfermedad, por un lado, dado que la utilización de dichos métodos pueden erradicar el problema; y el de la terapia misma, ya que si ésta es eficaz para el tratamiento de la dismenorrea, su prestigio y enriquecimiento aumentarán y serán la pauta para pensar en su aplicación a otros fenómenos de esta índole.

Esta investigación muestra la aplicación de un tratamiento psicológico, desde un enfoque cognitivo-conductual, a un caso de dismenorrea y pretende contribuir no sólo a la erradicación física del problema sino también a la de las percepciones erróneas que hacen de la menstruación un hecho punitivo en la vida de la mujer.

## INTRODUCCION

El hombre desde sus comienzos, nunca se ha visto exento de afecciones o malestares; cualquiera que fuera su índole, siempre tuvo la necesidad de recurrir a alguna estrategia para solucionar su molestia si es que ésta le ocasionaba perturbaciones en su vida cotidiana. Quizá sea éste el origen de muchos remedios utilizados en el tratamiento de enfermedades y asimismo del surgimiento de la Medicina.

Sin embargo, muchos de los problemas del hombre no tenían una causa definida ante la cual pudieran utilizar cierto remedio, por lo que tenían que pedir consejo o consultar a otras personas que les indicaban qué hacer ante su problema.

Puede decirse que este "tratar" entre los hombres podía denominarse ya una forma de terapia, aunque tuvieron que pasar demasiados siglos para que ésta se tornara como una verdadera forma de tratamiento de las afecciones del hombre.

En un inicio, la solución a la mayoría de las enfermedades se daba en el campo de la Medicina; pero la imposibilidad de tratar problemas de conducta desviada, por ejemplo, posibilitó la aparición de un nuevo enfoque hacia este tipo de casos.

Después de una serie de investigaciones y aportaciones de grandes hombres como Pavlov, Thorndike, Skinner, y Sechenov, surgió la modificación de la



conducta, que más tarde Eysenck denominaría "terapia conductual" (Kazdin, 1983). Este modo de tratamiento puede definirse como la aplicación de hallazgos y procedimientos de laboratorio, basados en las teorías del aprendizaje, a problemas del comportamiento.

Hoy en día esta terapia está conformada por 3 áreas teórico-metodológicas que son: el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el cognitivo conductual.

Sus aplicaciones son cada vez mayores; en un principio se centró en la solución de problemas específicamente psicológicos y en la actualidad ha servido también para la solución de la sintomatología de enfermedades orgánicas. Birk en 1973 "propone el término de Medicina Conductual para esta área de investigación y tratamiento" (Ibáñez y Vargas, 1980. p.1).

Es precisamente en este trabajo donde pretendemos abordar un problema que durante mucho tiempo fue materia de estudio exclusiva de la Medicina: el dolor.

De inicio podemos mencionar que utilizar el término de dolor indiscriminadamente nos conduce a muchos obstáculos; en la actualidad no existe un acuerdo común sobre su concepto, no se encuentra todavía el parámetro adecuado para su medición, las modalidades, fases, tiempos y niveles en los que se presentan son tan variados, que las teorías que lo explican siguen siendo criticadas por sus deficiencias. Ahora se sabe que en el fenómeno

doloroso hay factores físicos, cognitivos, evaluativos, motivacionales y afectivos que se interrelacionan entre sí para dar lugar a su manifestación, de ahí que la Medicina sea insuficiente para tratarlo en su totalidad, y por lo tanto se abra el paso para que los tratamientos psicológicos realicen su labor.]

De esta forma, el dolor que se provoca durante la menstruación (dismenorrea), ha sido abordado ampliamente no sólo por la Medicina, sino también por la Psicología. En cualquier tratado médico es casi imposible dejar de hablar de los factores psicológicos y socio-culturales que están relacionados con los padecimientos menstruales, y que muchas veces se tornan en impedimentos para lograr el éxito de los tratamientos médicos.

De esto se desprende, pues, la necesidad de buscar alternativas eficaces que coadyuven a disminuir la sintomatología de la persona enferma, sin que eso signifique restar importancia a los métodos tradicionales de tratamiento; por el contrario, se busca fomentar la multidisciplina de tal forma que se genere investigación en pro del bienestar humano.

Una de las alternativas de solución para las afecciones del hombre, como puede ser el dolor, es la hipnosis. Las investigaciones en torno a ella son exhaustivas, sin embargo, al igual que en otros casos, no se ha llegado a un entendimiento exacto de su origen y sus mecanismos de acción, lo que ha frenado en gran medida su aceptación en el terreno aplicado. No obstante, la investigación experimental y la aplicación clínica realizada hasta al momento, muestra el avance teórico-práctico que se ha alcanzado.

Así pues, nos interesa presentar de qué forma puede contribuir la hipnosis en el alivio de la dismenorrea, partiendo de la idea de que este tipo de dolor está influido por variables psicológicas como son pensamientos, creencias, estados emocionales y afectivos, y teniendo en cuenta que la hipnosis puede ayudar a reestructurar las cogniciones que obstaculizan una mejoría.

La importancia de abordar un tema de esta naturaleza, puede verse desde diferentes planos. Partiendo del punto de vista teórico, el conjuntar y comparar los diferentes juicios que sobre el dolor y la hipnosis se han dado, posibilita el análisis de las deficiencias y aportaciones de cada una de las teorías explicativas; el retomar criterios médicos, psicológicos, incluso sociales amplía la perspectiva que se tiene de un fenómeno y permite evaluar todas sus implicaciones. Sólo mediante el análisis y crítica de una teoría puede surgir una nueva que la remplace.

Ahora bien, el estudio de un fenómeno debe seguir cierta metodología que vaya acorde con un modelo teórico; de esta forma un avance en teoría puede redundar en el surgimiento de un nuevo enfoque metodológico. De tal suerte, podemos mencionar que aun cuando los orígenes de la hipnosis no son propiamente cognitivos conductuales, existe la posibilidad de estudiarla bajo este enfoque, como lo es el caso de este trabajo.

Partiendo de una visión social, el contribuir a solucionar un problema cuyas consecuencias van más allá de la persona que lo padece, reviste gran importancia. Hoy en día se reconoce que el factor humano es la pieza

fundamental para el avance de las organizaciones productivas; cuando la integridad de la persona está alterada, ni los mejores programas de calidad son suficientes para lograr el éxito en una empresa. Hablando de la mujer específicamente, es evidente el hecho de que su incorporación al aparato productivo, le exige mantener en un máximo nivel sus capacidades físicas e intelectuales, a fin de que pueda funcionar eficazmente en sus labores. Una mujer que interrumpe sus actividades a causa del dolor que le provoca su menstruación, no sólo detiene el ritmo de la producción, sino que los malestares que padece pueden traducirse en accidentes de trabajo que además de constituir un gasto enorme para la empresa, redundan en un impedimento temporal o total para realizar ciertas funciones, dependiendo del tipo de accidente que haya sufrido. Por otro lado, aun cuando la mujer no trabaje, cualquier procedimiento que contribuya a que ésta pueda realizar sus actividades normales sin la interferencia de dolor, como puede ser estudiar o divertirse, justifica el que se haga investigación al respecto.

De esta forma, el presente trabajo pretende contribuir a la investigación sobre tratamientos psicológicos aplicados a problemas orgánicos; específicamente, ejemplifica el tratamiento de la dismenorrea con un procedimiento de hipnosis.

Así pues, en el capítulo 1 se expone una revisión teórica para comprender el dolor y sus implicaciones; posteriormente se presentan, en el capítulo 2, los aspectos teóricos y empíricos de un tipo de dolor específico, la dismenorrea; y en el capítulo 3 se muestran las bases teóricas que sustentan el uso de la

hipnosis como un tratamiento cognitivo-conductual para este estudio.

Por último se da a conocer la investigación que se realizó para probar el uso de la hipnosis como medida terapéutica en el tratamiento de la dismenorrea.

## CAPITULO 1. EL DOLOR

La investigación en Psicología nos ha enseñado que el análisis de cualquier fenómeno requiere inminentemente de la sistematización adecuada de todo el proceso de investigación. Es imprescindible tener bien claros los objetivos que se quieren lograr y asimismo los conceptos que se manejan; dado que no siempre es posible que existan conceptos entendidos universalmente, es necesario que se definan los términos en los que será entendido dicho fenómeno en cualquier estudio. En nuestro caso, iniciamos hablando de dolor porque es un fenómeno complejo que hasta la fecha sigue causando controversias: "¿Se puede utilizar el término dolor para definir el estado anímico de una persona que ha enfrentado la pérdida de un ser querido?", "¿Es posible equiparar un dolor de cabeza con un dolor de parto?", "¿Cómo se explica el dolor que sufren los individuos en algún miembro cuando éste ya ha sido amputado?". Estas son sólo una muestra de las múltiples interrogantes que surgen en torno al dolor, de ahí que sea de suma importancia aclarar los términos en que se manejará el dolor en el presente estudio.

### 1.1 CONCEPTO DE DOLOR.

El dolor constituye, sin duda alguna, una de las principales preocupaciones en la vida el hombre. Ha sido, y continúa siendo, el síntoma más común que lleva a un paciente a consultar al médico. Pero, hablar de dolor conlleva a grandes dificultades que van desde su definición hasta los tratamientos utilizados para controlarlo. La imposibilidad de definirlo radica en parte, en

que no hay una manifestación única de éste, y sus causas y orígenes no son siempre conocidos; es decir, "dolor" puede denotar que se ha producido una alteración nociva en el organismo y por tanto es un indicador biológico; sin embargo, hay ocasiones en que el dolor se mantiene aun cuando no exista ninguna estimulación nociva, daño o causa orgánica que lo explique.

Esta problemática era ya manifiesta desde tiempos de Aristóteles, ya que el dolor se consideraba no como una sensación sino como una emoción. Se creía que lo único que se podía sentir eran cualidades de los objetos (color, tamaño, forma, sabores, olores, etcétera), cuestiones muy ajenas a los individuos y dado que el dolor no era una cualidad de los objetos sino un estado de disgusto personal era considerado una emoción (Jinich, 1975).

Con las investigaciones científicas posteriores el concepto comenzó a sufrir diferentes modificaciones lo que dio lugar al surgimiento de nuevas definiciones, que si bien no son completamente satisfactorias, dan un panorama de lo que este fenómeno implica.

\* Merskey y Spear en 1967 (citado en Mehta, 1977) definen al dolor como una experiencia desagradable asociada principalmente con el daño físico y a menudo descrito en términos relacionados con la lesión y cuya interpretación tiene lugar sólo en la mente de la persona y por lo tanto es privada.

Weisenberg en 1977 afirma que el dolor "en algunos aspectos es una sensación y en otras es un fenómeno motivacional-emocional que dirige a la

conducta de escape y evitación" (Ibáñez y Vargas, 1980, p.4).

λ Para Bond (1980) "el dolor es una experiencia subjetiva que nace de una actividad cerebral en respuesta al daño de los tejidos orgánicos; a cambios en la función del cerebro en sí, como resultados de daños por lesión, por enfermedad; o a cambios de naturaleza más sutil, dependientes, tal vez, de modificaciones bioquímicas que parecen actuar, también, en el origen de la enfermedad mental" (p.19).

Como puede observarse ninguna de estas definiciones cubren todos los aspectos del dolor, mientras que algunas se centran en el tipo de conductas que se observan cuando se manifiesta el fenómeno (como la de Weisenberg), otras hacen hincapié en las posibles causas que lo provocan (como la de Bond); o bien se enfocan en la percepción cognitivo-emocional de éste (Aristóteles, Merskey y Spear).

Consideramos que la definición más acertada es la propuesta por Sterbach en 1974, que dice que el dolor es una sensación privada y personal de daño; existe un estímulo dañino que significa una afección del tejido actual, y se manifiesta un patrón de respuestas que operan para proteger al organismo del daño (Ibáñez y Vargas, 1980).

Ahora bien, es cierto que desde el punto de vista metodológico y de investigación se hace necesario partir de una exacta definición del fenómeno para poder manejarlo y estudiarlo, pero desde el punto de vista práctico no es



prioritaria esta tarea. Así, lo demuestran diversos estudios que han trabajado con el fenómeno del dolor aún sin haber partido de su concepto (Hapidou y De Catanzaro, 1988; Amodei y Nelson-Gray, 1989; Jamison y Virts, 1990; Edwards, Pearce, Turner-Stokes, et al, 1991; Jensen y Karoly, 1991; Philips, Grant y Berkowitz, 1991; Williams y Keefe, 1991), tal pareciera que se da sobreentendida la definición del objeto de estudio. En el mejor de los casos, se ha optado por clasificar tipos de dolor en vez de dar una definición general. Dado el tipo de trabajo que presentamos, se hace indispensable crear la definición que se adecúe a nuestros propósitos. Para tal efecto, se entenderá al dolor como una sensación de daño privada y personal en la que no es posible detectar ningún estímulo específico que la provoque que se manifiesta con respuestas de incomodidad nada gratas para el sujeto y que ocurren durante los primeros días del ciclo menstrual. Es imposible generalizar la misma sensación para todas las pacientes; sabemos que es distinta, pero se reporta como dolor en todos los casos. De tal forma que se hablará de él como un fenómeno subjetivo. De ahí que los resultados que puedan obtenerse de este trabajo no puedan denominarse o clasificarse dentro de una escala de "reducción del dolor", más bien serán hallazgos de una interpretación de los síntomas de las pacientes, en otras palabras, no podemos esperar que el dolor en sí mismo disminuya, pero si es probable que la reacción de las pacientes ante el dolor sufra alguna modificación y por tanto sea interpretado por ellas como una disminución de éste.

## 1.2 TIPOS DE DOLOR.

Para categorizar al dolor existen varios criterios entre los cuales dos revisten gran importancia: desde el punto de vista neurofisiológico se encuentra el tipo de receptor activado, y desde un parámetro físico, la duración.

Dentro del primer caso, es importante aclarar que los receptores del dolor son filamentos nerviosos delgados libres, los cuales fueron descubiertos por Von Frey en 1894; estas terminaciones se encuentran debajo de la epidermis y alrededor de los vasos sanguíneos y pueden ser alteradas por una amplia gama de estímulos que sólo tienen en común la propiedad de lesionar los tejidos (Jinich, 1975). Dentro de este criterio se distingue el dolor primario, que se transmite por las fibras A-delta, se activa ante la presencia de daño y se caracteriza por ser una sensación aguda de localización precisa; y el dolor secundario, que se transmite por fibras C, no hay una localización específica, la sensación es difusa y persistente, y generalmente aparece después del dolor primario.

Bajo el segundo criterio el dolor se divide en: agudo, cuando hay una causa específica asociada bien localizada (herida) y su aparición es rápida; y crónico, que se mantiene por periodos prolongados, incluso después de la curación (Rodríguez y García, citado en Macia, 1990).

Cabe mencionar que en este tipo de dolor puede presentarse un fenómeno de ajuste o de adaptación que, en la mayoría de las veces, impiden su cura. Así,

Jensen y Karoly (1991), a través de entrevistas y cuestionarios aplicados a 118 pacientes pudieron comprobar que existen ciertos factores que influyen en la adaptación al dolor crónico y que llevan a pensar que los pacientes podrían tener un funcionamiento relativamente bueno. Entre estos factores se encuentran las creencias acerca del control sobre el dolor y algunas estrategias para enfrentarlo; por ejemplo, existe una creencia de que uno como persona tiene la habilidad y los recursos para manejar el dolor y es por ello que crea estrategias; como ignorarlo, el uso de autodeclaraciones positivas y el incremento de la actividad. En este estudio se encontró que a mayor uso de estrategias de enfrentamiento era mejor el funcionamiento psicológico del paciente y asimismo el nivel de actividad aumentaba; aunque cabe decir que sólo se presentó un bajo nivel de actividad cuando el dolor era muy severo.

Otras clasificaciones que no corresponden a los dos criterios anteriores son las mencionadas por Hilgard y Hilgard (1990): dolor referido que es aquel que se siente en un lugar aun cuando la fuente de daño esté en otra parte. Dolor psicósomático, cuyo origen está relacionado con la vida del paciente y el significado emocional que representa para él.

No sabemos que tan conveniente es hacer este tipo de clasificaciones; ninguna es excluyente, un dolor puede ser primario y secundario al mismo tiempo dependiendo del criterio que se tome, o agudo y crónico a la vez, dependiendo de la subjetividad de la persona. En otras palabras, es común que un dolor clasificado como crónico pueda tener características de un dolor agudo. Por ejemplo, una persona sufre de punzadas intensas y de aparición

rápida en la cabeza cada hora. Si evaluamos el dolor después de dos horas, se podría categorizar como dolor agudo; sin embargo, si nos referimos al mismo dolor evaluado después de dos semanas de ocurrencia podríamos estar hablando de un dolor crónico dada su persistencia. Del mismo modo, dos personas pueden presentar el mismo tipo de dolor pero ambas pueden clasificarlo como distinto debido a que su conceptualización del tiempo no es la misma.

Ahora bien, las controversias no sólo se dan en este plano sino que también existen acerca de las teorías de los mecanismos de acción de este fenómeno.

### 1.3 TEORIAS EXPLICATIVAS DEL DOLOR.

Muchas de las teorías que han explicado los mecanismos de acción del dolor han sido descartadas dadas sus limitaciones o ideas erróneas que se han esclarecido con la investigación actual.

Entre las más representativas se encuentran la teoría de la especificidad, que propone que hay un sistema específico de receptores de dolor que llevan el mensaje a un centro específico de dolor en el cerebro. Se mantiene que los receptores de dolor son terminaciones libres de los nervios, y los impulsos de dolor son conducidos por fibras A-delta y fibras C de los nervios periféricos, a través de la vía espinotalámica lateral hasta el centro del dolor en el tálamo.

Esta teoría tuvo su origen en las ideas de Descartes, quien pensaba que existía una conexión directa desde los receptores de la piel hasta el centro del cerebro. El creía que la estimulación periférica por quemaduras, por ejemplo, hacía que partículas diminutas de fuego tiraran las cuerdas, de igual forma como se toca una campana, provocando así el dolor (Melzack y Wall, 1965) (ver anexo 1).

Descubrimientos posteriores dieron apoyo a esta teoría. Así en 1811, Charles Bell sugirió el principio de la especificidad de los sistemas receptivos, el cual 15 años después Müller completaría con su doctrina de las energías nerviosas específicas. Según Müller, la estimulación de un órgano sensorial determinado daba lugar a una forma particular de energía en el cerebro, con lo que propuso que el dolor debía tener su propio aparato sensorial.

Más tarde, los trabajos histológicos de Von Frey en 1894 comprobaron que había un órgano terminal específico para cada sensación; se identificaron puntos separados de dolor y presión y se concluyó que el dolor estaba mediado por terminaciones de fibras nerviosas en fibras finas (Alling III y Mahan, 1987).

Aunque la teoría de la especificidad no fue totalmente descartada, sí hubo modificaciones de ella, dado que evidencias clínicas, psicológicas y fisiológicas la pusieron en duda. Esta teoría no podía explicar por ejemplo, estados patológicos como la causalgia (lesiones parciales de los nervios periféricos), el dolor del miembro fantasma (que ocurre con la amputación de un miembro) o la

neuralgia (infección degenerativa de los nervios periféricos). Asimismo, había evidencias de que variables psicológicas determinaban la cantidad y la calidad de la percepción del dolor.

Mehta (1977) confirma también, que si la especificidad prevaleciera en la práctica clínica, resultaría fácil interrumpir la transmisión de sensaciones individuales destruyendo los canales de comunicación apropiados eliminando así el dolor; sin embargo, este hecho no siempre fue posible.

Posteriormente surgió otra teoría denominada de patrón o intensidad. Esta tuvo su origen en las ideas de Erasmo Darwin en 1794, que introdujo el concepto de que el dolor era el resultado de la estimulación intensa en la piel con calor, frío o presión.

Goldscheider en 1894, retomando estas ideas, propone que en la experiencia de dolor, la intensidad del estímulo y la sumación central son determinantes, de tal forma que el patrón de estimulación resultante de un evento nocivo necesitaba ser codificado por el Sistema Nervioso Central para que resultara la experiencia de dolor y por tanto, no había una conexión específica entre receptores y el sitio del dolor.

Livingston en 1943, sin salir del marco conceptual de Goldscheider, sugirió que la estimulación periférica desde el cuerpo dañado podía repercutir en los circuitos de las astas dorsales de la médula espinal, en donde se sumaban sus efectos. Con esta idea se explicaba el hecho de que la estimulación repetida y

rápida condujera a un dolor intenso.

Esta teoría consideraba que todas las fibras terminales eran similares y que el patrón para el dolor era producido por estimulación intensa de receptores no específicos (Melzack y Wall, 1965).

Como puede observarse, la limitante de esta teoría, es que no considera la evidencia fisiológica de la especialización de las fibras receptoras que para entonces ya era un hecho; pese a ello, logró demostrar que la relación estímulo-respuesta no es 1 a 1 (como proponía la teoría de la especificidad) sino que hay otros factores involucrados.

Ahora bien, nosotros pensamos que la piel no es el único receptor de dolor, tal como lo propuso Darwin, la prueba está en que existe el dolor visceral. Del mismo modo, el calor, el frío y la presión no son los únicos estímulos nocivos que provocan dolor. Bajo estos parámetros a qué atribuiría Darwin el dolor de migraña, si cuando éste se presenta no hay un estímulo identificable.

Por otro lado, consideramos que la intensidad del estímulo no es suficiente para determinar su grado de nocividad, tal como podría entenderse con las ideas de Goldscheider. Existen otras propiedades que si bien no son determinantes, juegan un papel importante en la provocación del dolor, como es la calidad del estímulo y su procedencia. Por ejemplo, puede ser mayor el dolor provocado por una herida de puñal que el producido por un impacto de vehículo.

Con esto se demuestra que la teoría de la especificidad y la de patrón o intensidad siguen sin tomar en cuenta la subjetividad del hombre.

Estas dos teorías sirvieron de base para el modelo actual del mecanismo de funcionamiento del dolor. Este modelo se conoce como "La teoría del control de entrada" y fue propuesto por Melzack y Wall en 1965. Según este modelo, el dolor no se debe a la actividad neural que reside exclusivamente en aquellas vías tradicionales consideradas específicas para el dolor, si no que más bien es el resultado de la actividad en varios sistemas neurales que interactúan cada uno de ellos con sus funciones especializadas propias (Alling III y Mahan, 1987).

Según esta teoría la estimulación de la piel involucra impulsos nerviosos que son transmitidos por tres sistemas de vías espinales: las células de la sustancia gelatinosa en las astas dorsales, las fibras que se proyectan hacia el cerebro y las células (T) de transmisión central. Se dice que el fenómeno del dolor está determinado por interacciones en estos tres sistemas. Las evidencias sugieren que la sustancia gelatinosa actúa como un sistema de control de entrada que modula la transmisión sináptica de los impulsos nerviosos de las fibras periféricas hacia las células centrales. Si la transmisión se da a través de fibras finas o pequeñas ésta va a facilitarse y por lo tanto permitirá la apertura de la entrada, mientras que si se da a través de fibras gruesas o grandes, se inhibirá la transmisión cerrando la compuerta. Cabe aclarar que el mecanismo de entrada está determinado por el número total de fibras activadas y las frecuencias de los impulsos nerviosos que ellas transmiten, por el balance de actividad en las



fibras finas y gruesas y por las funciones especializadas de dichas fibras (Melzack y Wall, 1965).

Una vez que la información ha traspasado la compuerta hay una influencia de impulsos que descienden directamente del cerebro y que proporcionan la información cognitiva que forma el otro componente básico del dolor.

Los impulsos se transmiten a un sistema sensorial discriminativo y a un sistema motivacional afectivo. Finalmente cuando la salida de las células de transmisión de la médula espinal exceden un nivel crítico se activa el sistema de acción motor (respuestas de dolor ante una estimulación nociva) (Hilgard y Hilgard, 1990).

De esto se desprende pues, que en el dolor no sólo se da una experiencia sensorial, sino que intervienen factores cognitivos.

De tal suerte, puede resumirse que en el dolor se percibe una estimulación nociva, que se interpreta como desagradable (en función de variables cognitivas y socio-culturales del sujeto) y que genera, en consecuencia, además de respuestas fisiológicas, respuestas emocionales.

Por lo tanto, se hace evidente que el componente cognitivo juega un papel de suma importancia en el fenómeno del dolor; podemos asegurar que es el que determina la sensación de éste. La realidad nos muestra que nuestras conductas están en función de la forma en que percibimos el mundo, del mismo modo lo

que sentimos está estrechamente relacionado con nuestras experiencias, percepciones o interpretaciones anteriores. De ahí que un mismo estímulo no cause el mismo efecto en dos personas distintas.

Ahora bien, los mecanismos de aprendizaje también alteran las reacciones ante un fenómeno como el dolor; un claro ejemplo pueden ser "las suertes" que realizan las personas con un recio entrenamiento mental como pueden ser los faquires y los expertos en artes marciales cuando caminan descalzos sobre brazas ardientes, se acuestan sobre camas hechas de clavos, se tragan espadas o rompen bloques sumamente gruesos con sus manos; podemos decir que el aspecto cognitivo y motivacional de estas personas cobra mayor peso que el aspecto sensorial.

Como puede observarse la teoría del control de entrada, al hablar de los tres componentes básicos del dolor, rebasa en mucho a las dos anteriores y abre un amplio campo para la intervención de la psicología en el estudio y tratamiento del dolor, ya que la medicina por sí sola no puede abarcar la complejidad de dicha manifestación, de esta manera si se trabaja conjunta y coordinadamente se puede avanzar a pasos agigantados en el estudio de este enigma.

Sabemos que la Psicología aun cuando sea una disciplina independiente, hecha mano de las ciencias naturales y sociales. No podríamos esperar, por ejemplo, que la Sociología por sí misma eliminara el dolor; sin embargo, puede ayudar a conocer los mecanismos sociales que están involucrados en él.

En el caso de un hombre que sufre un dolor de cabeza ante una multitud, la Medicina no podría más que eliminar el dolor con un analgésico, ya que se encontraría con el obstáculo de no poder explicar la causa del dolor; mientras que la Psicología y la Sociología podrían dar como causa posible una reacción aversiva ante las masas.

Por ende se hace evidente, que la teoría del control de entrada ha servido de puente para conectar diferentes disciplinas hacia un fin común: el dolor.

Aunque los estudios experimentales han demostrado con claridad el significado de los mecanismos funcionales para el control del flujo del dolor y la posibilidad de utilizar estos mecanismos en su tratamiento, surge otra dificultad: el de la medición.

#### 1.4 MEDICION DEL DOLOR.

Dado que no hay una manifestación única del fenómeno, y los factores cognitivos e interpretativos son diferentes en cada persona, resulta difícil utilizar un parámetro objetivo. Pese a ello, se han propuesto algunos métodos que han servido como base para tratar el dolor que se padece por causas naturales y para tener una fuente de datos cuando se trata de investigaciones en las que se hace indispensable inducir el dolor experimentalmente.

Entre los más conocidos se encuentran el uso de la "escala verbal", la cual ha sido y continúa siendo la principal fuente de información. El paciente con

dolor por lo general proporciona testimonios calificativos: que algo duele, dónde duele, cuándo duele y cuánto duele. Y es aquí donde se pide al paciente que clasifique su dolor en una escala que va desde "no tengo ningún dolor" hasta "mi dolor no puede ser peor"; las categorías intermedias son: "tengo un dolor leve", "tengo un dolor moderado" y "tengo un dolor fuerte".

La objeción principal de esta escala es que los adjetivos utilizados dan sólo una idea aproximada de la experiencia de dolor. Dentro de este parámetro, Melzack en 1975 (citado en Beks, 1980), propuso una clasificación más minuciosa en su interrogatorio del dolor. En él, las frases empleadas para describir el dolor se clasifican en categorías pertenecientes a tres clases y dieciséis subclases que representan dimensiones, propiedades e intensidades escalonadas de la experiencia del dolor. Las tres clases fundamentales son el dolor sensorial (pulsante, punzante, cortante, etcétera); afectivo (sordo, nauseante, intenso, etcétera) y evaluante (leve, incomodante, que hace sufrir, horrible, insoportable, etcétera).

Otra escala utilizada es la "análoga", que consiste en una línea de 100 mm. de longitud horizontal o vertical, sobre la cual el sujeto coloca una marca para señalar la gravedad del dolor; cada extremo de la línea representa la ausencia de dolor y el máximo grado de éste. Se le pide al paciente que haga una marca perpendicular a la línea en el punto que represente el nivel de su dolor. Posteriormente, se mide la línea desde el extremo de no dolor hasta la marca; la medida en mm. es el puntaje de dolor del sujeto. Aunque se han reportado comparaciones de escalas de clasificación verbal con escalas análogas, y se han

encontrado superiores las escalas visuales análogas a las escalas de clasificación verbal (Bond, 1980).

Una escala similar fue la utilizada por Moret, Forster, Laverriere, et al, (1992), cuyo objetivo era medir la intensidad del dolor inducido por presión fría, la escala consistía en elegir un estímulo discriminativo que estuviera asociado con el grado de dolor; esta escala iba desde ausencia de dolor a un dolor máximo, pasando por "poco", "moderado" y "severo".

Kast en 1968, ideó otro método que permitía al paciente la interpretación de un foco de estímulos conocido, comparándolo con su dolor. En él se indicaba al sujeto que apartara su dedo cuando la intensidad dolorosa producida por los pinchazos fuera equivalente a su molestia.

En 1992, Moret, Forster, Laverriere, et al, utilizaron un método muy parecido que consistía en medir la duración en que un sujeto podía mantener la mano dentro del agua fría con el fin de evaluar su tolerancia al dolor.

Otro método ideado por Beecher en 1968, consistía simplemente en el uso de un torniquete en el brazo que se hacía funcionar de manera manual. Con esto el paciente comparaba el dolor inducido experimentalmente con el real (Mehta, 1977).

También, se han utilizado puntos de comparación con el ruido blanco, en el cual el paciente manipula la intensidad del tono hasta igualar la intensidad de su

dolor. Los avances científicos han propiciado el surgimiento de técnicas más complicadas como la propuesta por Clark en 1974, llamada "teoría de la decisión sensorial"; ésta pretende discriminar el componente sensorial del componente actitudinal-emocional del dolor (Ibáñez y Vargas, 1980).

Muchas veces en el tratamiento del dolor, es imposible utilizar estos métodos sofisticados, por lo que se recurre generalmente al uso de instrumentos psicométricos estandarizados y a las autoevaluaciones de los pacientes. Entre los más representativos está el diseñado por Chesney y Tasto (1975) (a), para evaluar los síntomas del dolor producido por la menstruación y que ha sido base para numerosos estudios (ver anexo 1). Philips, Grant y Bewrkowitz (1991), al realizar su estudio de prevención de dolor crónico utilizaron varios inventarios para determinar la relación entre variables psicológicas y susceptibilidad al dolor, entre ellos se encuentran inventarios de depresión, de ansiedad, de conductas de dolor, de cualidades del dolor y de intensidad y contingencias del dolor. Amodei y Nelson-Gray (1989), por su parte, utilizaron auto-reportes para evaluar el nivel de dolor que pacientes dismenorréicas y no dismenorréicas presentaban ante el dolor inducido experimentalmente.

No obstante, lo que es importante, en todo caso, es no perder de vista que se debe tener una medida inicial de intensidad, frecuencia y duración del dolor, aunque sean dadas por el paciente, así como de los aspectos cognitivos y las conductas que realiza en presencia del dolor, para que en base a ellas, pueda determinarse la efectividad de cualquier tratamiento.

Resulta difícil saber en que medida un tratamiento es efectivo cuando se trabaja sólo con escalas subjetivas como es nuestro caso, ya que los parámetros de cada persona distan uno de otro; sin embargo, teniendo en cuenta de que también perseguimos fines terapéuticos y el tipo de dolor con el que trabajaremos no permiten el uso de otra clase de medición, las conclusiones a las que se lleguen estarán sujetas al reporte de cada paciente.

### 1.5 TECNICAS DE CONTROL DEL DOLOR.

Ahora bien, para el tratamiento del dolor se han empleado diversos métodos médicos y psicológicos; entre los primeros se encuentran principalmente, los analgésicos que pueden actuar sobre el sistema nervioso o en los receptores del dolor; éstos pueden combinarse con drogas psicotrópicas que influyen sobre el estado emocional del paciente mediante su acción en el cerebro, como son los tranquilizantes. También se han utilizado inyecciones anestésicas locales que bloquean los nervios periféricos. Y finalmente, existen los procedimientos quirúrgicos, donde se seccionan o cortan las vías dolorosas, que pueden ir desde las fibras receptoras, hasta el nivel de corteza cerebral; entre ellos puede mencionarse la risotomía, cordotomía y tractotomía.

Sin duda alguna, estos métodos han sido útiles y no puede negarse su eficacia, pese a ello ésta no ha sido al 100% dado que se olvidan un poco de los factores psicológicos que se involucran en el dolor, además, cuando no hay una causa orgánica conocida es imposible aplicar dichas técnicas.

Entre los métodos psicológicos ha cobrado gran auge la terapia conductual; las técnicas que se emplean en ella están basadas en el condicionamiento operante y las estrategias de autocontrol.

Los métodos basados en el condicionamiento operante fueron desarrollados por Fordyce (citado en Pormerlau y Brady), en los que describió en detalle los principios de la técnica, que son los siguientes: La conducta está gobernada muchas veces por sus consecuencias. Aquellas consecuencias que aumentan la ocurrencia de una conducta particular se conocen como refuerzos y las que la disminuyen, se denominan castigos; la conducta asociada al dolor puede mantenerse, aumentarse o extinguirse dependiendo de las contingencias que entren en juego. Algunos refuerzos comprenden la atención, preocupación, simpatía, reposo y la toma de analgésicos; funcionan también como refuerzos el no realizar las actividades cotidianas y quedarse en cama. Este tipo de contingencias pueden formar parte de un tratamiento terapéutico y se puede recurrir a ellas cuando el paciente presenta un patrón de conducta adecuado. En la práctica, esto significa que el comportamiento correcto debe alentarse, mientras que al indeseable, se le ignora (Fordyce, 1979; citado en Pormerlau y Brady, 1979). En resumen, se requiere identificar y eliminar aquellos reforzadores positivos o negativos que controlan la conducta de dolor, partiendo de la observación de que en muchos casos el dolor persiste aun cuando la patología ha desaparecido.

La dificultad de aplicación de estos métodos radica en que no siempre es posible mantener un control riguroso en el ambiente del paciente, a menos que



éste se encuentre hospitalizado; sin embargo, cuando los familiares del paciente están dispuestos a colaborar con el terapeuta, este método puede dar resultados satisfactorios.

Por otro lado las técnicas de autocontrol tienen por objetivo controlar las pautas de conducta indeseables; se utilizan entre otras, la retroalimentación (bio-feedback), la relajación y la terapia conductual cognitiva.

Según Rodríguez y García (citado en Macia, 1990), el supuesto básico de estas técnicas es que ayudan a fortalecer las destrezas auto-reguladoras del sujeto, que se han afectado por la experiencia del dolor; asimismo le enseñan nuevos métodos de auto-regulación.

La relajación es una técnica que pretende tener un efecto directo en la disminución del dolor por medio de la relajación de los grupos musculares que se encuentran tensos y que pueden ser causa del mantenimiento del dolor. Asimismo, es útil para disminuir el grado de ansiedad producido por éste y puede desviar la atención de la experiencia de la molestia. Esta técnica tiene muchas variaciones; sin embargo el procedimiento básico está dado en la técnica de relajación que Jacobson elaboró en 1938. Esta pretende eliminar la tensión de los grupos musculares siguiendo una secuencia preliminar:

- brazo derecho (incluyendo mano y hombro)
- brazo izquierdo (incluyendo mano y hombro)
- músculatura facial
- músculatura del cuello (anterior y posterior)

- musculatura del tórax, nuca y de la espalda superior
- musculatura abdominal
- musculatura perineal y nalgas
- pierna derecha (incluyendo pie)
- pierna izquierda (incluyendo pie)

Cabe mencionar que dicho procedimiento debe seguirse de manera gradual, no es eficaz si antes no ha habido un entrenamiento con el paciente en el que se le haya expuesto a sentir la diferencia entre tensión y relajación. Asimismo, la eficacia de esta técnica depende del tono de voz que utilice el aplicador y de las condiciones ambientales que persistan como tranquilidad, comodidad, ausencia de distractores, etcétera y de la disposición del paciente, desde el uso de ropa cómoda, hasta la intención plena de querer relajarse.

Una muestra de como fue empleada la relajación en la disminución del dolor puede verse en el trabajo de Ibáñez y Vargas (1980), Bennink, Hulst y Benthem (1982). Larkin, Knowlton y Alessandri (1990) utilizaron la técnica de relajación progresiva muscular en 19 pacientes hipertensos con el objetivo de disminuir los niveles de presión sanguínea y la erradicación de rasgos neuróticos asociados a la hipertensión (como ansiedad, enojo, e inasertividad). Lo anterior se evaluó por medio de auto-registros y pruebas de laboratorio en las que se detectaban los grados de catecolamina y epinefrina (indicadores del nivel de presión arterial). Los resultados mostraron que el entrenamiento en relajación logró una disminución significativa en cuanto a las reacciones cardiovasculares patológicas (presión sanguínea alta) del mismo modo

disminuyeron las reacciones de ansiedad y enojo y aumentaron las conductas asertivas de los pacientes.

La inoculación de estrés puede decirse que es un procedimiento terapéutico que haciendo uso de técnicas conocidas como relajación, auto-declaraciones positivas, auto-reforzamiento, desensibilización, desviación de la atención, etcétera, intenta incidir sobre los tres componentes básicos de la experiencia del dolor: el componente evaluativo cognitivo, el sensorial discriminativo y el motivacional afectivo. Fue propuesta por Meichenbaum en 1977 en ella se les proporciona a los pacientes información acerca de los estímulos del dolor, después se les enseña a conceptualizar los estímulos y a pasar por una serie de ensayos donde enfrentan primero imaginariamente la situación de dolor, utilizando diferentes técnicas, posteriormente se introduce el estresor y se les instiga para que lo enfrenten utilizando lo aprendido.

Rodríguez y García (citado en Macia, 1990) utilizaron efectivamente este procedimiento para aliviar el dolor que una persona sufría desde hacía varios meses en la región torácica y en el brazo izquierdo; el tratamiento se dirigió a deshacer la asociación entre la percepción del dolor y las cogniciones de amenaza, riesgo de muerte, etcétera, (evaluativo-cognitivo), por medio de la conceptualización correcta del dolor experimentado; a controlar los síntomas dolorosos (sensorial-discriminativo) por medio de relajación y desensibilización de ansiedad y a romper la fijación de la atención sobre el dolor y motivar su transformación (motivacional-afectivo) mediante la visualización de imágenes competidoras incompatibles con el dolor.

Los resultados de dicho estudio mostraron la eficacia del tratamiento ya que lograron la erradicación total del dolor, cosa que no había sido posible con medidas farmacológicas y psiquiátricas.

La técnica de bio-feedback tuvo su origen en la investigación de Miller en 1969 que se centraba en el control de las funciones autónomas. Numerosos estudios han empleado esta técnica para controlar la actividad de señales en el cerebro, para controlar la actividad muscular, la temperatura vaginal y la temperatura de la cabeza. Shapiro y Surwit en 1976 (citado en Ibáñez y Vargas, 1980), han utilizado la retroalimentación en el alivio del dolor de cabeza. El tratamiento consistió en disminuir la temperatura de ésta en relación con la temperatura del dedo índice. Esta se midió por unos termisores conectados a la frente y al dedo; cuando la temperatura de la frente descendía, se emitía una señal visual o auditiva que proporcionaba la retroalimentación.

Un procedimiento parecido fue el utilizado por Bennink, Hulst y Benthem en 1982. Ellos conectaron electrodos en la parte baja del abdomen de sus pacientes a fin de registrar el nivel de tensión de los músculos miometriales; la retroalimentación consistía en el uso de un tono, el cual subía el grado de intensidad cuando los músculos estaban tensos y disminuía cuando éstos estaban relajados. La meta para los sujetos era mantener siempre el tono abajo, una vez que hubieran identificado la diferencia entre ambas situaciones. Los resultados del experimento mostraron que efectivamente los sujetos a los que se les dio entrenamiento en bio-feedback lograron disminuir la actividad de sus músculos, mientras que los que no lo tuvieron siguieron con un nivel elevado de

actividad (Bennink, Hulst y Benthem, 1982).

La desventaja que presenta el uso de esta técnica es que no siempre se cuenta con los aparatos apropiados para realizarla, como son mecanismos computacionales que permitan el registro veraz de lo que se desea medir.

Por otro lado, es importante aclarar que las técnicas de control de dolor al ser aplicadas de manera combinada pueden dar mejores resultados, tanto más porque se ha encontrado que el dolor, siempre va acompañado de otras manifestaciones como son la ansiedad o la depresión por lo que es necesario, entonces, utilizar técnicas como la desensibilización sistemática.

La desensibilización sistemática fue propuesta por Wolpe en 1969, y fue desarrollada teniendo como antecedentes los trabajos con animales, en donde paulatinamente se insertaban eventos provocando neurosis experimental; también le precedió la extinción, la relajación, la exposición graduada y la utilización de la imaginación.

Para realizar la desensibilización sistemática debe crearse una escala subjetiva de ansiedad (por ejemplo 100-0), entrenarse en relajación y construir jerarquías de las situaciones problemáticas. Se debe iniciar con la situación que menos grado de ansiedad provoca en el paciente, se le entrena en relajación y se le enfrenta a dicha situación; una vez que el paciente ha superado dicho conflicto se pasa a la siguiente jerarquía. Se puede hacer uso de situaciones imaginarias o se puede enfrentar directamente a la situación real. Esta técnica

generalmente es utilizada en personas que presentan ansiedad ante situaciones sociales, fobias, enfermedades somáticas y crónicas (utilizando relajación conjuntamente).

Por otro lado, si bien es cierto que existen numerosas técnicas de control de dolor que ya han sido estudiadas y de alguna manera se les puede dar el nombre de "científicas" o "acreditadas", existen muchas otras estrategias cognitivas que las personas utilizan espontáneamente sin saber realmente el resultado que esto pueda tener, ya que en la mayoría de los casos se utilizan inconscientemente.

Lo anterior se puede ejemplificar con el estudio de Chaves y Brown (1987), el cual evaluó la influencia de estrategias cognitivas sobre la percepción del dolor y el estrés generado en pacientes que acudían al servicio de odontología. Los autores encontraron que tales estrategias se dividieron en aquellas que enfrentaban el dolor (desviación de la atención o autodeclaraciones positivas) y aquellas que catastrofaban la situación. Finalmente se encontró que aunque ninguna de las estrategias disminuyó el dolor, aquellas que fueron de enfrentamiento lograron disminuir el estrés y la ansiedad de los pacientes, mientras que los que utilizaron cogniciones catastróficas no lo lograron.

Con lo anterior se demuestra cómo es que la terapia conductual cognitiva va en auge en el tratamiento de desórdenes orgánicos y que si bien no son suficientes para desaparecer el daño sí han logrado disminuir otras manifestaciones que obstaculizan el tratamiento efectivo.

Sabemos que la psicología es una ciencia joven y mucho más en el tratamiento del dolor; sin embargo, creemos que sin la existencia de las otras disciplinas no se hubiera alcanzado dicho avance, en otras palabras, sin la aceptación de la teoría del control de entrada, la psicología no tendría un importante lugar en todo lo que implica el estudio del dolor.

Toda disciplina que tenga por objetivo estudiar al hombre no debe olvidar que aun cuando incida sólo sobre un aspecto de su integridad, está tratando con un ser que piensa, que siente, que actúa y se desenvuelve en un entorno social del que es difícil desligar y por lo tanto, quiérase o no siempre se maneja la subjetividad; de tal forma que el estudio y tratamiento del dolor no son la excepción.

Ahora bien, como pudimos darnos cuenta, hablar de dolor en términos generales resulta difícil dadas todas sus implicaciones. Reducirnos a un tipo específico de dolor conlleva a un entendimiento más claro del fenómeno por lo que en el siguiente capítulo se abordará el problema de dolor por dismenorrea así como algunos de los tratamientos que se han utilizado para controlarlo.

## CAPITULO 2. CICLO MENSTRUAL Y DISMENORREA

Antes de abordar el dolor por dismenorrea se hace necesario conocer los mecanismos fisiológicos del ciclo menstrual, para poder entender porqué se ha considerado a la dismenorrea como una anomalía y al mismo tiempo para conocer la situación en la que se ha colocado a la mujer por tener un funcionamiento tan natural como cualquier otro proceso fisiológico.

### 2.1 FISIOLOGIA DEL CICLO MENSTRUAL

La menstruación es un flujo sanguíneo vaginal que se presenta en las mujeres normalmente cada 28 días a partir de los 12 años, aproximadamente, hasta los 48. Dicho fenómeno es una fase normal del ciclo reproductor de la mujer y consiste básicamente en el desprendimiento mensual del endometrio, que es una de las capas que recubren el útero o matriz; este proceso ha sido objeto de diversos mitos y tabúes que en la actualidad casi han desaparecido por completo, gracias a la enorme difusión de los procesos fisiológicos del ser humano.

Fisiológicamente se considera que el ciclo menstrual comienza el primer día del sangrado (día 1 del ciclo) y termina el día anterior de que se recomience dicho proceso.

Es por esto que la duración del ciclo varía de mujer a mujer; normalmente oscila entre 21 y 40 días, teniendo como promedio 28 o 30 días.



El ciclo menstrual se compone de tres fases que apreciaremos en un ciclo regular de 28 días:

La primera fase se conoce como folicular. Los folículos de Graff son diminutas células que se sitúan gradualmente en la superficie del ovario, los cuales empiezan a madurar por la acción de la hormona folículoestimulante (FSH). Al inicio de esta fase los niveles de estrógenos y progesterona son muy bajos y el útero expulsa la capa que lo reviste (endometrio), dando lugar a un período de 3 a 6 días de flujo menstrual.

Dentro de esta fase folicular (entre los días 7 a 10 del ciclo) se acelera la producción de estrógenos de los ovarios, que se mezcla con la acción de la FSH y prepara al folículo para la ovulación. Los estrógenos también contribuyen a la nueva formación del endometrio a causa del crecimiento de las glándulas, tejido conjuntivo y vasos sanguíneos. Poco antes de la ovulación, la producción de estrógenos se incrementa marcadamente, lo cual repercute en el hipotálamo forzándolo a desencadenar la secreción de sustancias liberadas por la hipófisis al cabo de uno o dos días.

En la ovulación (fase más corta del ciclo menstrual) se libera un óvulo ya maduro desde el folículo de Graff y empieza su recorrido por la trompa de falopio aproximadamente el día 14 del ciclo, refiriéndonos al ciclo regular de 28 días.

La tercera y última fase es la Luténica, que abarca el tiempo que le sigue a

la ovulación hasta el comienzo del siguiente periodo. Esta fase se conoce así debido al cuerpo lúteo, que es una glándula hormonal que se forma a partir de la ruptura del folículo de Graff y de la expulsión del óvulo. El cuerpo lúteo secreta estrógenos y progesterona abundantemente, alcanzando niveles muy altos en esta etapa del ciclo menstrual.

La progesterona facilita el recubrimiento del endometrio (lo regenera) para preparar al útero para recibir el huevo fecundado en caso de que se produzca el embarazo. El siguiente flujo menstrual sobreviene al desprenderse el tejido mucoso que recubre al útero (Dalton, 1971; Masters, Johnson y Kolodny, 1987). Cabe aclarar que dicho proceso normalmente debe ocurrir sin molestias dolorosas. Además partiendo del hecho de que el funcionamiento hormonal de cada mujer es distinto, no es una generalidad que dicho proceso ocurra de igual forma en todas ellas. Las variaciones pueden darse en cuanto a la duración del ciclo, duración del flujo sanguíneo, cantidad y tipo de éste.

No en todas las mujeres el ciclo se presenta de esta manera; pueden existir ciertas irregularidades en la presentación de dicho proceso, algunas de estas son la amenorrea, que se caracteriza por la ausencia de menstruación; la hiperpolimenorrea que es cuando se presentan sangrados fuera del ciclo; y la dismenorrea que es uno de los problemas más comunes en casi todas las mujeres y que es el móvil de esta tesis por lo que se le dedicará especial atención.

## 2.2 DISMENORREA.

Se le llama dismenorrea al dolor que acompaña a la menstruación. Según las investigaciones que hasta ahora se han basado en la clasificación de Dalton (1971), ésta puede ser de dos tipos: Primaria o Secundaria.

Cabe aclarar que la dismenorrea secundaria se explicará brevemente, puesto que el interés de este estudio se aboca al otro tipo de dismenorrea.

La dismenorrea secundaria se caracteriza por tener un origen orgánico bien identificado o alguna lesión manifiesta como puede ser útero infantil, infecciones vaginales, quistes ováricos, etcétera.

La dismenorrea primaria es aquella que se presenta sin tener una causa aparente o un trastorno pélvico demostrable. La causa directa de este tipo de dismenorrea se desconoce todavía; sin embargo, es claro que factores cognitivos y psicológicos juegan un rol importante en la etiología de este desorden (Bennink, Hulst y Benthem, 1982). Dentro de este tipo pueden encontrarse dos subdivisiones: la Congestiva y la Espasmódica. La dismenorrea congestiva ocurre varios días antes del inicio de la menstruación y se considera como una variación o un síntoma del síndrome premenstrual; se caracteriza por la presencia de dolor en el estomago bajo, acompañado por letargo o depresión. El dolor puede acompañarse de nauseas, pérdida del apetito y constipación. La mujer que la padece puede sentirse exhausta, irritable y deprimida, con dolor de cabeza, de espalda y pechos doloridos.

La dismenorrea espasmódica se caracteriza por la presentación de ataques de dolor similares a las contracciones ocurridas antes del parto; estos dolores o calambres en la región pélvica pueden ir acompañados de náuseas, vómitos, dolor de cabeza, de baja espalda, parte interior de los muslos, irritabilidad y disturbios gastrointestinales; por lo general se presenta el primero y segundo día de la menstruación (Dalton, 1971; Chesney y Tasto, 1974,(b).

Bennink, Hulst y Benthem (1982) proponen que la dismenorrea espasmódica puede ser el resultado de un elevado nivel de tensión muscular y sostenidas contracciones del útero. La constricción muscular asociada da como resultado una deficiencia de sangre oxigenada en el miometrio; lo que inhibe los procesos metabólicos normales en la región, provocando en consecuencia un refuerzo de toxinas que son producto de las contracciones uterinas y constituyen los estímulos físicos de la sensación de dolor. También proponen que el elevado nivel de prostaglandinas puede ser el causante de los espasmos que sufren las mujeres dismenorréicas.

Actualmente, se han propuesto otras causas como son estenosis del cuello uterino (cuando el cuello uterino se encuentra totalmente cerrado), menotoxinas (sustancias no identificadas que secretan las mujeres en periodos de menstruación), cambios en el tejido endometrial y contractilidad miometrial.

Aun cuando todos pueden contribuir a la causa de la molestia menstrual, ninguno por sí solo es responsable del dolor, en todos los casos de dismenorrea primaria.

Por otro lado, aunque la clasificación hecha por Dalton en 1971, haya sido de capital valor para el estudio de la dismenorrea, no estamos de acuerdo con la "etiquetación" tajante que hace acerca de las cualidades anatómicas y de personalidad de las chicas que padecen este tipo de anomalía. Dalton propone que las mujeres que sufren de dismenorrea espasmódica, tienden a hacer inmaduras, tímidas, con pezones pálidos, pechos pequeños y escaso vello pubiano; mientras que las que sufren dismenorrea congestiva tienen pechos desarrollados, pezones oscuros, vello pubiano y axilar abundante, caderas redondas y son mujeres con marcados instintos maternales. Pese a que esto sea producto de una investigación exhaustiva, creemos que no puede generalizarse para hacer este tipo de clasificación universal ya que nuestra convivencia con otras mujeres nos dan la pauta para sostener que no hay una relación unidireccional entre características personales y tipo de dismenorrea.

Ahora bien, consideramos acertada la explicación basada en los niveles de hormonas ováricas en circulación: la progesterona y el estrógeno. Según Dalton, las mujeres con niveles de progesterona marcadamente elevados, en comparación con los niveles de estrógenos son propensas a padecer dismenorrea espasmódica, mientras que las mujeres cuyos niveles de estrógenos son más altos que los de progesterona son propensas a sufrir dismenorrea congestiva.

Por otro lado, hay quienes sostienen que la división entre dismenorrea espasmódica y congestiva no es válida ya que existen mujeres que presentan los síntomas de ambos tipos y por lo tanto no son excluyentes (Cox, 1977).

Un estudio que apoya esta aseveración es el realizado por Amodei y Nelson-Gray (1989), que evaluaron las reacciones de mujeres dismenorréicas (espasmódicas, congestivas y combinadas) y no dismenorréicas hacia el dolor inducido experimentalmente en tres fases del ciclo menstrual (menstrual, premenstrual e intermenstrual). Los procedimientos de inducción de dolor estuvieron basados en la utilización de un aparato que proporcionaba presión en un dedo de la mano y una técnica de presión de sangre en el puño. Se evaluó la sensibilidad y la tolerancia al dolor, encontrándose que en la fase intermenstrual ninguno de los grupos difirió; las mujeres no dismenorréicas no tuvieron diferencias a lo largo de las fases; las mujeres con dismenorrea congestiva, espasmódica y combinada tuvieron la medida más alta de sensibilidad en la fase menstrual y en la fase premenstrual las que presentaban dismenorrea congestiva y combinada tuvieron más alta sensibilidad que las espasmódicas y las no dismenorréicas. Con esto comprobaron que es imposible encasillar síntomas específicos a un dolor menstrual particular, dado que las diferencias que encontraron no fueron significativas.

Con lo anterior, se hace evidente que los procesos fisiológicos no son los únicos que deben tomarse en cuenta en el estudio y tratamiento de la dismenorrea ya que también se encuentran involucrados aspectos ambientales.

### 2.3 ASPECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIO-CULTURALES DE LA MENSTRUACION

Hoy en día, tanto la medicina como la psicología han descubierto importantes hallazgos en los cuales los procesos psicológicos mantienen una relación directa con el dolor presentado (Craisilneck y Hall, 1975).

Al respecto, diversos autores (Craisilneck y Hall, 1975; Masters, Johnson y Kolodny, 1987; Greenblatt y Gambrell, 1988), han demostrado que los aspectos culturales y la percepción de la menstruación juega un papel determinante en las mujeres que presentan dismenorrea; por más que la menstruación sea una fase normal del ciclo reproductor femenino ha sido objeto de muchas tergiversaciones y proscipciones.

Es importante conocer una breve historia acerca de cómo se ha percibido la menstruación para entender que el problema puede radicar en las creencias infundadas desde la niñez, acerca del dolor producido por este proceso.

En la antigüedad, la mujer que menstruaba era considerada como persona impura que podía contaminar los alimentos que tocaba e incluso contagiar y causar enfermedades y producir la muerte a otros individuos. Los mitos dotaron al líquido menstrual con propiedades mágicas y extrañas. Se creía que el contacto con mujeres durante el flujo menstrual volvía agrio el vino nuevo, que si tocaba la cosecha podían morir los injertos; que el sudor de las manos de las mujeres menstruantes era tóxico para las plantas y que si se tenía contacto

sexual con mujeres menstruando, el hombre podía quedar impotente.

En la era moderna la menstruación, por lo regular, suele concebirse como un "defecto físico y emocional" que hace de las mujeres seres "inferiores" a los hombres (Masters, Johnson y Kolodny, 1987) y hasta se han utilizado denominaciones como "regla", "mes", "sanguina", "maldición" y "la visita" por decir algunos, aludiendo a la menstruación en términos frecuentemente peyorativos.

Craisilneck y Hall (1975) encontraron datos curiosos en la entrevista con una chica de 18 años dismenorréica, en donde reportó que "esos dolores son el pago de ser mujer", y que durante su adolescencia, su madre le hacía muchas prohibiciones con respecto al flujo menstrual; también se encontró que la madre sufría de intensos dolores en el abdomen bajo, cosa que la chica veía como algo normal.

Otro suceso interesante lo reportó Shaw (1990), en donde se trató a una chica de doce años de edad que presentaba una aversión exagerada a su menstruación a causa de las molestias que ésta le provocaba. Debido a las creencias erróneas acerca de la menstruación la chica desarrolló "periodo fobia" o fobia a la menstruación la cuál fue disminuyendo gracias a pláticas y terapia que reestructuraron su apreciación en cuanto a la menstruación, consiguiendo de esta manera el retorno del flujo menstrual.

Se comprobó que muchas mujeres que habían sido criadas con una



educación errónea acerca de la menstruación presentaban dismenorrea; en cambio, mujeres que fueron preparadas para recibir la menstruación de la mejor manera posible, cumpliendo con todas las actividades que hacen las mujeres en cualquier momento del mes, no presentaron dismenorrea ni molestia alguna.

Con esto se observa que no hay que dejar de lado el aspecto psicológico en el tratamiento de la dismenorrea.

## 2.4 TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA

Mucho se ha hablado de los tratamientos para mitigar este dolor, algunos de ellos son de origen químico como analgésicos, esteroides ováricos y métodos anticonceptivos (pastillas), pero se ha encontrado que pueden provocar efectos indeseables o colaterales; por ejemplo, mediante la administración de dosis de pastillas anticonceptivas o esteroides ováricos, puede pasar que la mujer tenga engrosamiento de la voz, vello en exceso, gordura y otras malformaciones físicas.

También hay evidencias de que la administración de inhibidores de prostaglandinas resultan eficaces para el alivio del dolor menstrual (Sigmon y Nelson-Gray, 1988 y Amodei y Nelson-Gray, 1989). Sin embargo, con el uso de analgésicos, la mujer se puede hacer dependiente, adicta al fármaco e inclusive puede llegar el momento en que la dosis utilizada no mitigue el dolor y tenga que recurrir al abuso de dicha droga.

En ocasiones a las pacientes afectadas por dismenorrea espasmódica, se les somete a una pequeña intervención quirúrgica la cual consiste en la dilatación del cuello uterino bajo anestesia; este tipo de operación funciona únicamente para las espasmódicas aunque no se recomienda porque puede ocasionar abortos repetidos y dificultades en el mantenimiento del embarazo.

Existen otros métodos basados en la terapia conductual, los cuales han sido exitosos en este tipo de problemas ya que se han enfocado a la modificación de la conducta y al aspecto cognitivo.

Los métodos más utilizados han sido la desensibilización sistemática (Shaw, 1990), la reestructuración cognitiva, la relajación, el uso del bio-feedback y la hipnosis.

En la desensibilización sistemática la paciente debe partir de una jerarquización de eventos a partir de los estímulos premenstruales (ver el calendario, lo que piensa, la tensión que siente, etcétera) hasta la llegada del período, partiendo del hecho de que todos estos acontecimientos provocan una respuesta de ansiedad, la cual puede ser la responsable de la dismenorrea. Gradualmente se enfrenta a la paciente con aquellos estímulos que le provocan ansiedad combinando esta técnica con relajación y con reestructuración cognitiva (que posteriormente se describirán) a modo de que, cuando llegue el período sea capaz de enfrentarlo superando el hábito de ansiedad.

En la técnica de relajación, se debe explicar a la paciente como primer paso

en qué consiste la técnica y el objetivo del tratamiento. Se le debe entrenar para que aprenda a diferenciar entre tensión y relajación, aplicándolo secuencialmente a los grupos musculares como son brazo derecho, brazo izquierdo, musculatura facial, etcétera, pasando por la musculatura abdominal, hasta llegar a las extremidades inferiores; la técnica debe ser aplicada en un lugar cómodo, oscuro, tranquilo y la paciente debe permanecer con ropa cómoda. Este método ha sido utilizado basándose en el principio de la distracción de la zona del dolor (Meichenbaum y Turk, 1976, citados en Ibáñez y Vargas, 1980).

Dado el auge que se le ha dado a esta técnica, se han realizado varias investigaciones a fin de comparar su eficacia con otros procedimientos terapéuticos, como es el caso del estudio realizado por Bennink, Hulst y Benthem (1982). Estos autores compararon la eficacia del bio-feedback electromiográfico con el entrenamiento en relajación sobre la dismenorrea primaria en términos de la experiencia subjetiva de dolor y la habilidad para controlar el nivel de tensión muscular.

La severidad subjetiva de dolor abdominal se registró en una escala de 1 a 5, donde los extremos de ella se referían a muy bajo nivel de dolor y dolor muy intenso. El bio-feedback se llevó a cabo con unos electrodos conectados a la parte baja del abdomen de las pacientes, consistió en un tono el cual subía de grado cuando los músculos estaban tensos y decrementaba cuando estaban relajados. El diseño experimental se basó en la división de tres grupos: grupo de relajación, grupo de relajación con bio-feedback y grupo control.

Los resultados mostraron que las pacientes que recibieron bio-feedback fueron más aptas para mantener la actividad electromiográfica reducida, mientras que las que recibieron relajación mostraron un elevado nivel de actividad muscular. Los reportes subjetivos indicaron que los síntomas de dismenorrea mejoraron en el grupo de bio-feedback, cosa que no ocurrió en el grupo de relajación y en el control.

Con lo anterior los autores concluyen que la relajación por sí misma es eficaz, sin embargo, cuando ésta es acompañada de entrenamiento en bio-feedback pueden esperarse resultados más benéficos en el tratamiento de la dismenorrea.

Un estudio similar fue el realizado por Sigmon y Nelson-Gray (1988), en donde el primer propósito de este estudio fue examinar la eficacia de un programa de actividad en el tratamiento de la dismenorrea espasmódica comparado con la relajación y un grupo control. El segundo propósito fue examinar la eficacia diferencial de esos tratamientos sobre diferentes medidas. Cuarenta mujeres que sufrían dismenorrea espasmódica completaron seis sesiones de tratamiento individual.

Los resultados mostraron que ambos tratamientos fueron efectivos para la dismenorrea espasmódica, con ambos tratamientos se produjeron mejorías en las medidas generales de la dismenorrea, como lo fue la severidad del síntoma y la medida de actividad.

Morse, Dennerstein, Farrell, et al, (1991) hicieron una comparación entre la administración de fármacos y un entrenamiento en relajación; encontrando como resultado, que a corto plazo el tratamiento hormonal disminuía el dolor aunque también se consiguieron grandes mejoras a poco de haberse iniciado la terapia cognitivo-conductual. A largo plazo las mujeres tratadas con la medicación de fármacos hormonales desarrollaron consecuencias colaterales mientras que las entrenadas con relajación disminuyeron significativamente sus síntomas sin ningún tipo de consecuencia alterna.

Ahora bien, la reestructuración cognitiva es un método que está basado en que las perturbaciones no son creadas por las situaciones, sino por la interpretación de las mismas; la técnica trata de actuar en las consecuencias emocionales o conductuales mantenidas por las creencias e interpretaciones del sujeto, modificando las ideas irracionales acerca del problema (en este caso, de la menstruación). La paciente debe darse cuenta que ella misma crea sus propias perturbaciones; debe reconocer que tiene la capacidad de modificar de manera significativa esas perturbaciones provenientes de creencias irracionales. Se le debe ayudar a la paciente a descubrir sus ideas o creencias erróneas para cuestionarlas y posteriormente ser modificadas.

Otra técnica que se ha utilizado para la mitigación del dolor, en el tipo específico de la dismenorrea es la hipnosis. Su puesta en práctica no ha sido del todo aceptada, incluso es incrédula, así, Kinsburg (1962) menciona que aun cuando ha sido testigo de numerosos casos de menstruaciones abundantes y dolorosas, que han retornado a su ritmo normal e indoloro, por medio de la

sugestión hipnótica, no acepta que la hipnosis produzca efectos sobre las funciones menstruales, por lo menos lo cree difícil.

Otro punto de vista expone lo contrario; Hartland (1971) considera que el éxito obtenido en el tratamiento de la dismenorrea por métodos clásicos como la medicación, puede deberse más a la influencia de una sugestión no intencionada que al medicamento en sí mismo. Menciona que en los casos de dismenorrea que él trató, las pacientes no necesitaron más los días de descanso acostumbrados en el trabajo durante la fase crítica de cada período, dado que el dolor había desaparecido totalmente, gracias a la aplicación de la hipnosis.

Hartland no menciona el procedimiento que llevó a cabo para inducir el trance hipnótico; la literatura en general, describe la eficacia de la técnica pero no muestra ejemplos claros de cómo se ha aplicado en el tratamiento de la dismenorrea, por lo que consideramos que nuestro estudio supera esta deficiencia.

Ahora bien, creemos que para evaluar la eficacia de los tratamientos conductuales es necesario establecer algunos criterios; en el caso de la dismenorrea existen por lo menos dos de ellos.

Primero, el éxito de un tratamiento puede ser definido como una reducción de la experiencia de dolor durante la menstruación; sin embargo, mientras que en muchos casos éste puede ser un criterio adecuado para la posición clínica puede ser inadecuado para los propósitos de investigación científica.

Un segundo criterio de éxito puede ser definido como la habilidad de la paciente para conseguir controlar o reducir el nivel de tensión miometrial durante la menstruación.

Estos dos criterios pueden ser correlacionados y sería razonable asumir que una relajación en la tensión miometrial provocaría una reducción en la severidad de la experiencia de dolor; y una disminución del dolor puede ocurrir aunque no se reduzca la tensión muscular (efecto placebo por ejemplo).

A modo de conclusión, tenemos que la menstruación es un evento fisiológico femenino que se presenta normalmente cada 28 días a partir de su primera manifestación (menarca). Consiste en el desprendimiento mensual del endometrio y se compone de 3 fases, la folicular, la ovulación y la lutéinica.

La menstruación debe ocurrir sin ninguna molestia, es por ello que su aparición con dolor (dismenorrea) es anormal.

La dismenorrea puede ser primaria cuando no hay un origen orgánico, o secundaria, cuando existe una lesión o daño fisiológico. La dismenorrea primaria puede ser congestiva si aparece días antes de la menstruación y espasmódica si aparece el mismo día.

Dicha anormalidad se puede presentar a causa de una errónea conceptualización de la menstruación, ya que ha sido objeto de diversos mitos y tabúes.

Se han utilizado diversos medios para su erradicación, encontrándose que los métodos psicológicos han conseguido valiosos resultados, como es el caso de la hipnosis que se describirá ampliamente en el siguiente capítulo.



### CAPITULO 3. HIPNOSIS

Hablar de hipnosis suele transportarnos a un mundo mágico e irreal, en donde es posible que sucedan cosas inimaginables. Aún se le concibe como una especie de juego o charlatanería debido al fin lucrativo del que ha sido objeto. La difusión distorsionada de la hipnosis ha dado como resultado el soslayar la utilidad terapéutica de ésta y se le considere únicamente como un método de sometimiento en el que el poder absoluto recae sobre el hipnotizador sin que el sujeto hipnotizado pueda evitar "ladrar como perro", "hablar de más", "quitarse la ropa", etcétera.

Sin embargo, bastaría consultar un manual de aplicaciones clínicas para darnos cuenta de los grandes avances que se han logrado en el área médica y psicológica, lograríamos bajar a tierra y dejaríamos de soñar en que la hipnosis es el espectáculo de moda o la cura mágica de nuestros problemas.

Pero ¿y qué se entiende por hipnosis?, ¿cómo surgió?, ¿de dónde?, ¿bajo qué condiciones puede utilizarse como medida terapéutica?, ¿es realmente un procedimiento científico?, así como éstas, pueden surgir otras interrogantes respecto al tema y quizá este estudio pueda contribuir al esclarecimiento de muchas de ellas.

De inicio, es importante conocer los principios básicos de este procedimiento dado que el tema central del presente trabajo es la aplicación de la hipnosis, sólo así es posible entender cómo una técnica que a la fecha sigue

envuelta de mitos fantásticos puede tener las bases científicas suficientes para utilizarse en el tratamiento del dolor.

### 3.1 BASES TEORICAS

La hipnosis ha sido abordada desde diferentes perspectivas, hay quienes la han entendido como un modelo fisiológico que produce orden o desorden en diferentes porciones del cerebro como son las áreas de inhibición, las áreas de excitación y el sistema activador reticular; se le explica como un modelo de ambiente interno, el cual se distribuye cambiando e intercambiando sustancias bioquímicas en el sistema neuronal en todas partes del cerebro. También, se le ha concebido como un sistema de aprendizaje por condicionamiento, como un modelo socio-cultural que utiliza la sugestión para el juego de roles logrando que el sujeto actúe de una manera determinada; así mismo se le considera como un desarrollo motivacional que tiene varias dimensiones intrapsíquicas e interpersonales tal como una disociación o una regresión ontogenética para pensar, sentir y comportarse de una manera primaria o simple (Craisilneck y Hall, 1975).

La lista de nociones es exhausta, pero a modo de ejemplo citamos aquí lo que algunos autores han descrito acerca de ella y nuestra consideración al respecto.

Erickson, 1958; Marmar, 1959; Meares, 1961; Kline, 1962; Raginsky, 1962; Scheck, 1962; Alexander, 1972; Zimbardo, 1972; (citados en Craisilneck

y Hall, 1975) consideran a la hipnosis:

\* Como una regresión al modelo primitivo de funcionamiento mental en el cual las ideas son aceptadas definitivamente por el proceso de sugestión primitiva.

Ante esta afirmación surge la incógnita de que si el modelo primitivo de funcionamiento mental del que se habla, se refiere al de un infante en sus primeros años de vida, durante los cuales aceptan cualquier conceptualización del mundo dado que no cuentan con los elementos de análisis para rebatir una idea. O bien se refiere a las primeras formas de pensamiento que existieron con la aparición del hombre. Consideramos que la explicación más lógica puede caer en un nivel diferenciativo entre formas "adultas" de pensar y formas "infantiles", sin que esto tenga que ver con cuestiones de la evolución del hombre desde su aparición hasta nuestros días.

\* Como una teoría complementaria a las teorías que se encargan de estudiar los procesos humanos.

Tal aseveración es ambigua puesto que no da una referencia exacta acerca de la influencia de una teoría sobre la otra; es decir, el hecho de que las teorías de otras disciplinas ayuden a explicar la hipnosis, no significa que ésta sea indispensable para la fundamentación de las primeras.

\* Como un estado de atención intensa menos receptiva y un decremento de respuestas en cuanto a ideas.

Esta concepción informa lo que ocurre en un fragmento del proceso hipnótico pero no lo define, parece indicar que al haber decremento de respuestas, el individuo deja de pensar, lo cual puede ser válido, sin embargo no se hace mención de la parte consciente que está siempre presente en el proceso.

\* Condición representada por la más primitiva forma de atención psicofisiológica del ambiente individual.

Consideramos que tal afirmación vuelve a hacer referencia a la manera de pensar en los primeros años de vida.

\* La hipnosis puede operar incluyendo identificación, introyección, condicionamiento, disociación, juego de roles y comunicación por tasa de conductas.

A todo esto hace falta agregar lo que el autor entiende por hipnosis y asimismo dar cuenta de que también intervienen procesos fisiológicos.

\* Como un estado en el cual los efectos de los procesos cognitivos sobre el funcionamiento del cuerpo son amplificados.

Sin duda alguna en estado hipnótico puede haber más control sobre el funcionamiento del cuerpo, sin embargo no hay una garantía de que esto ocurra de manera ideal.

\* Por medio de la hipnosis, el sujeto tiene un control mas interno de su mente y cuerpo a causa de la atención a sí mismo.

Sin embargo tal control está en función de las instrucciones del hipnotizador.

\* Como una concentración intensiva que elimina distractores externos.

Por supuesto que la concentración es condición necesaria para que se de el proceso, sin embargo no es la explicación total.

\* Control normal del manejo de información para llevar a cabo una determinada conducta.

Bajo esta explicación podríamos entender que todo el tiempo nos mantenemos hipnotizados por alguna causa puesto que actuamos de manera "normal"; ¿qué pasa entonces cuando una persona se encuentra bajo un procedimiento típico de hipnosis? ésta ya no es una condición normal, ¿entonces está "re-hipnotizado"?

\* Estado de sueño parcial provocado por medio de la sugestión durante el cual - e incluso después del sueño - el sujeto cumple órdenes emanadas del hipnotizador.

Ante tal consideración cabe decir que, en el proceso normal de sueño hay

una pérdida de la conciencia; en el estado hipnótico, la conciencia se altera, no se pierde; por tanto no se pueden tratar como sinónimos.

Es cierto que juega un papel importante la sugestión y para que pueda llevarse a cabo tal procedimiento el sujeto debe acatar las instrucciones del hipnotizador como órdenes.

Stokvis y Wiesenhutter (1983) proponen que el estado hipnótico, es una modificación de la tensión corporal, de las experiencias y de los contenidos de la conciencia.

Si se concibe a la hipnosis como un estado alterado de conciencia, entonces esto implica que hay una modificación de su contenido, por ejemplo, por medio de la hipnosis una chica que ha sufrido un accidente puede modificar su experiencia, de considerarla como un hecho traumático puede verla después como un suceso más de su vida que no tiene por qué afectarla. Lo que se refiere a la tensión corporal es una cuestión que habría que discutirse más a fondo, porque creemos que no siempre estar hipnotizado significa estar relajado, de ahí que nos preguntemos si realmente es inminente ese cambio de la tensión corporal.

Con todo lo anterior puede observarse que los autores nunca dan una definición global que de cuenta de todo lo que la hipnosis implica; mientras que algunos se centran en definir las características que puede presentar un individuo en estado hipnótico, otros explican las posibles causas por las que se

da dicho fenómeno, dan cuenta de sus aplicaciones o simplemente lo clasifican.

Nosotros coincidimos en que la hipnosis puede considerarse análogamente como una forma de pensamiento en el cual las ideas no se cuestionan, simplemente se acatan; que como un modelo en estudio no puede considerarse como necesario para explicar otras teorías humanas; que en ella es inminente la presencia de la atención y concentración del individuo para que pueda llevarse a cabo; que dentro de ese estado no sólo se dan cambios psicológicos sino fisiológicos; que el control siempre está en función de las sugerencias del hipnotizador; que no es similar al sueño y como estado alterado de conciencia no es un proceso normal como el estar alerta.

Ahora bien, este problema de definición, así como en otras ocasiones, no ha sido obstáculo para que la investigación en esta rama se lleve a cabo; sin embargo, entre más se centra el estudio de la hipnosis en el ámbito clínico, más se deja de lado la investigación básica creando por consecuencia un enorme vacío en el entendimiento de tan escabroso tema. Por otro lado, dada la naturaleza de nuestro trabajo y para fines metodológicos, entenderemos a la hipnosis como un estado alterado de conciencia independientemente de los procesos cognitivos y fisiológicos que en éste se sucedan, debido a que el interés primordial de este estudio es la aplicación del método para reducir un problema de dolor, sin detenernos en analizar plenamente los aspectos filosóficos y teóricos que no podrían resolverse en esta discusión y por otro lado debido a que entre las variables de nuestro estudio no manejaremos los

estados fisiológicos por los que atraviesan los sujetos durante el trance hipnótico. No obstante se hace necesario conocer un poco de historia del tema en cuestión.

La hipnosis como se conoce actualmente no se concebía de la misma forma en años anteriores; se tiene el conocimiento de que los primeros en llevarla a la práctica fueron los magos ingleses de la época Arturiana; se dice que Merlín con el uso de música especial y ciertos rituales lograba curar algunos padecimientos que aquejaban a la gente que lo visitaba; si bien es cierto que estos "rituales" no eran precisamente científicos, si se consideran como el origen de la hipnosis.

La historia al respecto comúnmente inicia alrededor del siglo XVIII con un médico Austríaco, llamado Franz Anton Mesmer (1734-1815), quien creó lo que se conoce como magnetismo animal. La técnica terapéutica Mesmerista consistía básicamente en sentar a los pacientes alrededor de un depósito lleno de agua y limaduras de hierro que sostenían varillas del mismo metal para que por medio de ellas llegara la influencia magnética a sus cuerpos. Movía las manos sobre los pacientes o los tocaba e incluso tocaba objetos inanimados que luego tocaban ellos y les sobrevenían ataques o caían en trance, poco después se sentían aliviados; Mesmer creía que un fluido invisible que emanaba de él era el causante del alivio de los males que padecían las otras personas. Fue tal el éxito de su tratamiento que llegó a "magnetizar" un árbol para que miles de personas pudiesen recibir los beneficios colgándose de cuerdas atadas a las ramas.



Los procedimientos de Mesmer no diferían mucho de lo que en épocas anteriores se realizaba; sin embargo, el hecho de que fueran practicados por un médico influyó en alto grado para su reconocimiento. Sin embargo, el carácter exhibicionista que le dio provocó que sus prácticas fueran criticadas, incluso investigadas por los científicos de la época, ocasionando con ello su desprestigio.

Para entonces no se conocían aún los principios bajo los cuales operaba el alivio de los pacientes, era algo real pero que no podía atribuirse al magnetismo del hierro.

Por la misma época, en Suiza, Johann Joseph Gassner (1717-1799), sacerdote católico, también se dedicó a liberar de padecimientos a los habitantes de su parroquia, sólo que bajo sus términos él lo denominaba "exorcismo".

Aun cuando tales procedimientos eran censurados, su práctica se siguió extendiendo y empezó a utilizarse como medida anestésica para los casos de cirugía obteniendo resultados exitosos. No obstante, la introducción de los anestésicos químicos trajo consigo la reducción de la práctica del mesmerismo.

James Braid (1795-1860) en 1840 introdujo nuevamente el uso de la hipnosis (a él se le debe este nombre) a la cual relacionó con el sueño nervioso. Tal fue el éxito de sus aplicaciones que la empezó a utilizar como autoayuda (Hilgard y Hilgard, 1990).

Después de un declinamiento posterior volvió a revivir con Charcot, médico francés que trabajaba con mujeres histéricas y que utilizaba la técnica en audiencias semi-públicas para causar efectos sensoriales. No obstante logró fundar una escuela de hipnotismo que él denominaba "el grandioso hipnotismo".

Surgió también en esa época una segunda escuela denominada "escuela de Nancy" representada por Liebeault y Bernheim. Para ellos el hipnotismo era considerado un agente terapéutico en contradicción con la escuela de Charcot que la utilizó únicamente como demostración clínica (Kingsburg, 1962).

Bajo las enseñanzas de Charcot destacó un estudiante Vienés que se interesaba en la neurología, estamos hablando de Sigmund Freud, quien rescató el procedimiento y llevó su empleo mucho más allá que el de Charcot. Junto con Josef Breuer, Freud logró desaparecer dificultades emocionales en sus pacientes a través del proceso de revelación de sus tensiones ocultas denominado catarsis, que no era otra cosa que dejarlos hablar libremente dentro del estado hipnótico.

Una vez que la hipnosis empezó a utilizarse de manera más seria dentro del campo médico, empezaron a surgir las teorías que trataron de explicar la naturaleza del fenómeno. Dentro de las más representativas se encuentra la Teoría Patológica de Charcot, quien consideraba a la hipnosis como una condición patológica similar a la histeria y que era producto de una constitución nerviosa anormal, como una genuina neurosis. Hoy en día esta teoría es poco

aceptada dado el hecho de que las personas consideradas como "normales" también pueden caer en un trance hipnótico.

Las teorías posteriores pueden dividirse en dos categorías: fisiológicas y psicológicas (Craissilneck y Hall, 1975).

Las teorías fisiológicas están basadas en lo que se conoce como "condicionamiento clásico", que fue propuesto por Pavlov. La opinión que se tiene es que bajo el influjo hipnótico se inhiben ciertos centros selectos del cerebro que provocan una respuesta en particular.

Hartland (1971) expone varias teorías que caben dentro de este rubro. En primer lugar menciona a la Teoría Física, la cual sostiene que la hipnosis es un fenómeno puramente físico que va acompañado de cambios bioquímicos y eléctricos en la corteza cerebral; sin embargo no hay evidencias suficientes que puedan probar este hecho. Por otro lado ya se ha hablado de los procesos cognitivos que también se modifican.

Otra teoría sugiere que la hipnosis es una especie de sueño modificado, aunque ya se mencionó que esto en realidad no es probable, ya que en el sueño natural se pierde la conciencia y las funciones fisiológicas como presión arterial, ritmo cardíaco, secreción urinaria y ciertos reflejos se deprimen, mientras que en la hipnosis está decididamente presente la conciencia, no importando la profundidad del trance.

Ahora bien, en las teorías psicológicas se encuentra la Teoría de los reflejos condicionados. En ella se explica que la hipnosis es un estado psicológico producido por un condicionamiento de toda la vida, en el curso del cual ciertas palabras tienden a actuar como la campana de Pavlov produciendo ciertas reacciones debidas a una asociación.

Sin embargo, no se puede considerar que la hipnosis sea sólo un proceso de condicionamiento, ya que en el descondicionamiento se invierte el mismo tiempo que el que se emplea para condicionar, mientras que en la hipnosis es suficiente una sola palabra para sacar a la persona del trance.

La teoría de la disociación propone que la hipnosis es una división de la conciencia en dos partes y que representa el mismo proceso disociativo pero en forma artificial. Se creía que entre más profundo fuera el trance hipnótico mayor era la disociación lograda. Aunque esta teoría resultó ser más atractiva, también tuvo sus fallas. Si se considera a la amnesia como una disociación de eventos, se entendería entonces que la hipnosis fuera un estado total de amnesia y ésta es tan sólo una parte que puede ser inducida dentro del trance hipnótico y que no es inherente a él. De otra forma, la evocación de recuerdos resulta siempre de la asociación de ideas, cómo se explica entonces que este proceso se de dentro de la hipnosis si ésta es considerada una disociación.

Otro punto de vista considera a la hipnosis como una sugestión. Según Hilgard (citado en Schumaker, 1991) se entiende a la sugestión como un tipo de influencia comunicativa que produce una respuesta obligada a satisfacer los

requerimientos de quien efectúa la sugestión.

Enfocándonos bajo esta teoría, el estado de hipnosis logra que el sujeto muestre mayor susceptibilidad a las sugerencias que le hace el hipnotizador en una sesión terapéutica o en otras circunstancias. El hipnotizador puede variar la respuesta del sujeto y establecer un estado que oscila entre hipersugestionabilidad y cambios físicos como por ejemplo anestesia o parálisis. Por consecuencia, se piensa que la hipnosis es un proceso por el que se controlan mecanismos cerebrales y aunque poco es lo que se conoce sobre éste, parece evitar que la actividad sensitiva, que en su trayecto hacia la corteza excita los centros autónomos, alcance la conciencia.

Pensamos que esta teoría es la más acertada, puesto que el fenómeno sugestivo se da de manera simple, aunque velada, en nuestra vida cotidiana y no puede negarse el hecho de que constantemente estamos bajo el influjo de hipnotizadores como la televisión, líderes políticos, autoridades, leyes y normas; de ahí que sea tratada la sugestión en un punto aparte.

Existe otra teoría llamada "Teoría de desempeñar un papel", fue propuesta por R.W. White y sugiere que la hipnosis es un esfuerzo intencionado dirigido al objetivo de comportarse como una persona hipnotizada teniendo como motivo dominante acatar las órdenes del hipnotizador. En otros términos White considera a la hipnosis como un proceso de sumisión. Siguiendo por esta línea, se entendería que la hipnosis es una farsa en la que interviene completamente la conciencia. Esta teoría definitivamente choca con el supuesto teórico de que la

hipnosis es un estado alterado de conciencia.

Por otro lado existen las teorías psicoanalíticas que proponen que la susceptibilidad que tiene el sujeto de ser hipnotizado se debe a un deseo inconsciente de gratificación libidinosa hacia el hipnotizador, tal como sucede en una relación de enamoramiento. Si bien es cierto que pueden darse relaciones afectivas entre un sujeto y su hipnotizador, igual que entre el médico y su paciente, esta teoría no explica la forma en que se dan los casos de hipnosis que se efectúan por medio de artefactos en los que no existen relaciones interpersonales, como es el caso de la televisión o la mecanicidad de voltear a ver el reloj.

Por último existe la Teoría de la regresión atávica, que considera a la hipnosis como un regreso a una forma más primitiva de funcionamiento mental en la cual la sugestión desempeña un papel determinante. En otras palabras, se dice que entre más primitivo sea el pensamiento, más sugestionable es el individuo, hecho que es innegable, sin embargo hay que hacer una diferenciación: no es lo mismo tener un pensamiento primitivo que una mente débil. Tal aclaración es necesaria dado el hecho de que se ha confirmado que es erróneo considerar que las mentes débiles sean las más susceptibles de ser hipnotizadas.

Como puede observarse ninguna de las teorías anteriormente citadas dan cuenta de todas las implicaciones de la hipnosis; el simple hecho de que no exista una teoría que incluya aspectos fisiológicos y psicológicos

conjuntamente, muestra una gran deficiencia. Es en este campo en donde se exige mayor investigación para lograr la comunión de estas dos áreas que no pueden excluirse una de otra.

Ya hemos mencionado que el origen de la hipnosis no se encuentra dentro del modelo cognitivo-conductual, sin embargo, es posible encontrar una explicación lógica de la hipnosis desde este enfoque.

Miller, Galanter y Pribram (1983) al plantear su concepción sobre la estructura de la conducta, mencionan que nuestras acciones están guiadas por una serie de evaluaciones, que organizadas jerárquicamente, conforman un plan; de tal forma que no respondemos automáticamente a los estímulos, sino a la evaluación que hacemos de ellos. Los autores definen el ejecutar como una secuencia de operaciones que se llevan a cabo bajo el control de un plan; y al plan como una jerarquía de instrucciones que controlan el orden en que deben realizarse dichas operaciones.

De esta forma, el hombre en condiciones normales tiende a seguir sus propias instrucciones; sin embargo existen ocasiones en que puede responder a las instrucciones de otra persona. Resulta difícil actuar cuando no se está convencido de lo que se quiere hacer, de ahí que resulte también difícil lograr que una persona renuncie a sus planes. Sin embargo, existe una situación en la que puede lograrse fácilmente el abandono de un plan, dado que es el mismo hombre el que se esfuerza por hacer lo que otro le dice. Se trata del fenómeno de la hipnosis. Durante un trance hipnótico se obedece al plan del hipnotizador

y se abandonan los planes propios. Generalmente una persona construye y revisa sus planes respecto a su conducta de manera consciente, con ayuda de un lenguaje interno; en otras palabras, su actividad planificada se representa subjetivamente como una escucha de lo que él mismo habla. Durante el estado de hipnosis, la persona escucha y atiende una voz, pero en este caso no es la suya, sino la del hipnotizador.

La persona hipnotizada deja de hacer planes, los abandona, prefiere los planes del hipnotizador que los propios; pero lo más importante es que no sólo los escucha, sino que los hace suyos, de ahí que no pierda totalmente su capacidad de planificación, es decir, la persona hipnotizada crea el plan propio de obedecer los planes de quien lo hipnotiza.

Una persona en estado consciente, que descubre que alguno de sus planes es imposible de ejecutar, se detendrá de inmediato e ideará un plan alternativo. Un sujeto hipnotizado no puede hacer eso, de tal suerte que sólo intentará ciegamente ejecutar el plan que le ha proporcionado el hipnotizador.

Bajo este panorama se puede concluir, entonces, que hace falta indagar todavía sobre los mecanismos reales bajo los cuales ocurre el fenómeno hipnótico, no porque los estudios actuales sean erróneos, simplemente el que no haya un acuerdo común acerca de ellos indica que hay mucho que descubrir. Por lo pronto estamos de acuerdo que la sugestión juega un papel determinante dentro del proceso y que no puede considerarse como sinónimo de hipnosis. El siguiente apartado nos muestra más claramente el porqué de esta aseveración.



### 3.2 SUGESTION E HIPNOSIS

Antes de iniciar es importante aclarar que se entenderá a la sugestión como la influencia comunicativa que puede ejercer una serie de estímulos sobre una persona y que la obliga a actuar de determinada manera.

Así pues, el éxito de los primeros tratamientos hipnóticos como los de Mesmer, sin duda alguna fue producto del gran poder sugestivo que provocaban sus procedimientos en la gente; de ahí que no se le pueda restar importancia a este proceso dentro de la hipnosis.

Se comprueba la estrecha relación que existe entre los procesos fisiológicos y los psicológicos. Aun sin hablar de hipnosis es posible exponer el nivel de acción que puede ejercer la sugestión en una persona. Algunos autores (Kingsburg, 1962; Stokvis y Wiesenhutter, 1983) mencionan ejemplos clásicos en los que la sugestión ha jugado un papel relevante. Mencionan el caso de un prisionero al cual le vendaron los ojos, le ataron los brazos e hicieron caer lentamente agua caliente por su cuello, la cual goteaba en un vaso puesto debajo de él. Los experimentadores hablaban en voz alta acerca del tiempo que tarda en morir un hombre desangrándose, lo pálido que estaba el prisionero y cómo su pulso se hacía cada vez más débil. No pasó mucho tiempo para que el hombre muriera pensando en que habían utilizado la guillotina.

Otro ejemplo es el del electricista que al tocar un cable por descuido y que suponía que conducía corriente, cayó muerto, comprobándose después que toda

la red había sido dejada sin corriente.

Ejemplos más cotidianos es la gente que se llega a sentir enferma cuando un número considerable de personas coinciden en asegurar que lo ven demacrado. Así, también la clásica cura por medio de una "limpia".

De estos ejemplos se deriva la siguiente interrogante: ¿cómo opera el proceso sugestivo?

Una respuesta simple y que quizá pueda parecer circular es que opera por medio de una influencia; también se ha tratado de explicar como una transferencia. Al igual que en la hipnosis no hay una manifestación fisiológica que pueda dar cuenta de que el sujeto está sugestionado o hipnotizado, por lo que sólo se puede hacer referencia a cierto tipo de conducta que éste manifieste. Ciertamente es que no es un modo muy fiable de explicar un fenómeno; sin embargo, no se puede negar su existencia. Hablar de transferencia implica necesariamente una relación entre dos partes, una de ellas, dadas ciertas características ejerce cierta influencia sobre la otra, ya sea de identificación, de rechazo, de autoridad, de empatía, etcétera; lo que explica o justifica el hecho de que una persona crea o haga suyas ciertas ideas que bajo otras condiciones no haría. Los famosos "curanderos" no hacen otra cosa que aprovechar la gran influencia que ejercen sobre sus visitantes para poder dar solución a sus males; si la gente no creyera que "él" la puede aliviar simplemente ya hubieran desaparecido.

Ahora bien, hay quienes notan una diferencia entre sugestión y autosugestión, autores como Strauss, Jacobi, Lindeman y Ziskind (citado en: Stokvis y Wiesenhutter, 1983) han puesto en diferentes planos a cada una explicándolas desde el punto de vista antropológico. La sugestión se coloca totalmente en la experiencia comunicativa comunitaria, lo que quiere decir que la experiencia de "nosotros" es fruto de la sugestión. El hecho fundamental del "nosotros" es el supuesto necesario para que tenga lugar la sugestión.

La persona sugestionada puede interrumpir la comunicación en cualquier momento, pero si la mantiene, ese sujeto al que están sugestionando desarrolla procesos autosugestivos automáticamente. Es decir, se puede hablar de la sugestión aisladamente de las personas y como un aspecto general; pero cuando se aplica a las personas inmediatamente se convierte en autosugestión.

Para estos autores es indispensable hacer la diferenciación entre autosugestión pasiva y autosugestión activa, lo que implica la pasividad o actividad del sujeto para lograr un objetivo. Se puede hablar también de autosugestión intencionada y no intencionada.

En la autosugestión no intencional ocurre que el hombre reproduce como opinión y como convicción suya algo que le ha sido inculcado sin su consentimiento, creyendo que fue basado únicamente en un factor lógico. En cambio dentro de la autosugestión intencional el mismo sujeto sabe que va a ser influido, tal es el caso de las sesiones terapéuticas entre las que se incluye la hipnosis.

Para que una sugerencia pueda ser acatada por el individuo que sabe que va a ser influido, debe de cumplir con ciertos principios. Hartland (1971) considera que para que las sugerencias puedan ser útiles dentro de un tratamiento, se debe procurar que el efecto que se desee producir en el paciente vaya aunado con lo que el paciente está experimentando en ese momento. En otras palabras si una persona se siente relajada y se le dice que entre más relajada se sienta, menos dolor de cabeza va a sentir, es más probable que se disminuya el dolor, que si se da la sugerencia directamente.

También propone que es más fácil aceptar una sugestión positiva que una negativa. Es mejor decir: "te sientes cada vez mejor" a decir "ya no sentirás dolor".

Asimismo, resulta benéfico asociar una sugestión con una emoción apropiada, es decir, si se requiere que el paciente empiece a sudar, se le puede indicar que se imagine que está en el desierto, y entonces sugerir que tiene calor.

Algunos autores (Hartland, 1971; Stokvis y Wiesenhutter, 1983) hacen alusión a las Leyes que gobiernan el acto de la sugestión y que no deben pasarse por alto cuando ésta se emplea en el tratamiento terapéutico.

La Ley de la Atención Concentrada se refiere a que entre más atención se pone en una idea, esa idea tenderá a realizarse de manera más espontánea.

La Ley del Efecto Invertido se refiere al hecho de que entre más se intenta realizar una cosa, se obtiene el efecto contrario. Un ejemplo cotidiano es el de intentar dormir cuando se tiene insomnio; mientras más se busca conciliar el sueño, menos se logra.

La Ley del Efecto Dominante significa que una emoción fuerte siempre tenderá a reemplazar una débil. Es decir, no esperemos que con una sugestión de calma podamos evitar el efecto desagradable de un peligro, cuando sabemos que la emoción de susto o espanto es mayor.

Del mismo modo, si pretendemos que una sugestión sea más efectiva debe plantearse clara y sin ambigüedades; lo más sencilla posible, sin complicaciones; nunca se debe emplear el término "debe" para que no aparezca ningún indicio de dominación. La sugestión debe adoptar un patrón rítmico y repetitivo (resulta fácil observar las veces y modalidades con las que aparece el nombre de un producto en los comerciales televisivos); nunca deben resultar desagradables para el sujeto.

Stokvis y Wiesenhutter (1983) agregan además que las representaciones deben tener un significado afectivo; su contenido debe estar totalmente encaminado a un fin bien definido y en la representación ha de aparecer el propio sujeto que se autosugestiona como el que realiza el pensamiento o la acción; es decir, debe permanecer en una posición de pasividad.

También la voluntad del sujeto juega un papel determinante; puede ejercer

un influjo inhibitorio que el terapeuta debe tomar en consideración. Muchas veces el paciente se esfuerza mucho para que tengan éxito los métodos autosugestivos que provoca su fracaso. Según Stokvis y Wiesenhutter (1983), es aquí donde opera la Ley del Esfuerzo. Un ejemplo cotidiano se muestra cuando aprendiendo a andar en bicicleta se procura esquivar los obstáculos y es precisamente ahí donde se provoca el impacto.

Existen otros factores que pueden favorecer el proceso autosugestivo, se cree que el tipo de personalidad del sujeto, así como un pensamiento irracional o débilmente desarrollado, o el miedo a la responsabilidad hace al hombre más fácilmente autosugestionable; sin embargo, éstas son cuestiones que deben estudiarse más a fondo.

Weitzenhoffer (citado en Hartland, 1971) decía que "Una sugestión será efectiva en el grado en el que el hipnotizador crea en su efectividad y en la realidad de los fenómenos que evoca".

Con lo anterior puede afirmarse que dentro de las sesiones terapéuticas, la sugestión es el aspecto más importante, si no es que el principal, ya que en cualquier enfermedad es imposible que no esté inmiscuido el aspecto psíquico. Si un órgano está enfermo, también resulta perjudicada la vida integral de sujeto; asimismo, se puede influir en un órgano enfermo mediante la experiencia y el aspecto psíquico.

Ahora bien, dentro de las sesiones hipnóticas, Brown (citado en Stokvis y

Wiesenhutter, 1983) concibe a la sugestión como una fase de inhibición en la cual los estímulos condicionados provenientes del hipnotizador (sus palabras) ejercen una acción más intensa que los estímulos del ambiente normal.

Partiendo de esta idea queda claro, entonces que la sugestión puede operar por sí sola sin que la persona esté hipnotizada. El estado de hipnosis crea un ambiente interno en el cual pueden ser acatadas más fácilmente las sugestiones, sin embargo, creemos que la hipnosis es algo más que un estado de receptividad.

Otros puntos más específicos acerca de la hipnosis se verán a continuación.

### 3.3 GENERALIDADES DE LA HIPNOSIS

Hemos visto que no resulta fácil adentrarnos en un tema que sigue lleno de controversias. Las interrogantes persisten y aumentan conforme uno busca más explicaciones. Por tal motivo ahora trataremos algunas cuestiones que son básicas para su entendimiento como lo son: la susceptibilidad hipnótica, los cambios que suelen producirse durante un trance hipnótico, los diferentes niveles de profundización de éste, los peligros que puede entrañar, hasta la práctica de la autohipnosis.

Para empezar a deslucidar este enjambre de aspectos podemos mencionar que no hay un acuerdo común entre el porcentaje de personas que pueden caer en un trance hipnótico. Se habla de porcentaje porque es conocido el hecho de

que no es posible hipnotizar a cualquier tipo de personas. El desacuerdo se debe, quizá, en el tipo de medidas empleadas, sin embargo, no puede negarse el avance que se ha hecho en esta área.

La receptividad hipnótica, entendida como la habilidad o el talento que tiene una persona para responder a procedimientos hipnóticos (Hilgard y Hilgard, 1990) ha sido evaluada a través de técnicas sencillas de sugestión, con las que se han desarrollado algunos test estandarizados, que han ido mejorando en base a su aplicación en diferentes comunidades (Balthazard y Woody, 1985). Las pruebas consisten básicamente en sugerir al sujeto una serie de actos muy sencillos, como por ejemplo, permanecer parado y darle la sugestión de que poco a poco va a ir cayendo; o poner las palmas de las manos encontradas y dar la sugestión de que poco a poco se atraen; dependiendo del tiempo que se tarde en responder a la sugestión, se determina el grado de susceptibilidad hipnótica.

Aun cuando se considera que las personas más sugestionables son las más susceptibles de hipnotizar, esto no se da en todos los casos, recordemos que también juega un rol determinante la habilidad del hipnotizador.

A partir de varios estudios realizados, Hilgard y Hilgard (1990) reportan que no se han encontrado características de personalidad que estén relacionadas con la receptividad hipnótica, lo que si da cuenta es que entre más imaginativo es un individuo, la probabilidad de que pueda ser hipnotizado es mayor.



Sin duda alguna, la imaginación tiene un peso considerable, basta con hacer referencia a las técnicas terapéuticas que haciendo uso de la imaginación logran tener resultados exitosos como la desensibilización sistemática.

Kinsburg (1962) menciona que el sexo de la persona tiene muy poca influencia a la hora de hipnotizar, sin embargo, basándonos en la idea de que se establece una relación hipnotizador e hipnotizado, se puede deducir que el sexo es un factor importante, aunque no determinante. Los valores que imperan en nuestra cultura podrían ocasionar que el hombre pueda ejercer más influencia sobre su paciente que una mujer y por tanto, en una condición así, puede resultar que la mujer sea más susceptible de ser hipnotizada.

Hablar de personas inteligentes suele ser peligroso, Kinsburg (1962), se refiere mejor a cooperación inteligente. En otras palabras, se cree que cuando la persona es capaz de controlar sus pensamientos y así excluir las ideas perturbadoras, puede estar colaborando para que se pueda inducir la hipnosis.

Se dice que los niños son muy susceptibles de hipnotizar; quizá esto se deba a que su pensamiento no cuenta aún con los elementos necesarios para cuestionar o poner en duda las instrucciones que se le dan.

Ahora, si nos preguntamos ¿quienes pueden hipnotizar? la respuesta no es muy complicada. Lo más esencial es, sin duda que el hipnotizador tenga confianza en sí mismo, sólo así podrá transmitirla a su paciente. En la medida que el hipnotizador pueda procurar una satisfacción al sujeto, tendrá mejores

resultados. La cuestión de la práctica también es importantísima; una persona no se puede volver hipnotizador de la noche a la mañana, es indispensable tener un entrenamiento constante, no sólo práctico, sino teórico.

El punto referente a los cambios que se suscitan dentro de la hipnosis va muy ligado al de los niveles de profundización del trance. Mehta (1977) habla de tres tipos:

**\*\* Trance superficial:** caracterizado por la quietud, relajación muscular, letargo y receptividad aumentada a la sugestión.

**\*\* Trance medio:** es una intensificación del primer nivel, junto con alteraciones sensoriales y motoras como la catalepsia (cuando los músculos no oponen ninguna resistencia).

**\*\* Trance profundo:** en esta fase aparecen relajación muscular profunda y sueño intenso con amnesia y evocación de recuerdos.

Ante esta clasificación podemos decir que mientras no exista una prueba lo bastante objetiva, válida y confiable que pueda medir el fenómeno, no se puede hacer referencia a niveles estrictos de profundización de un trance. Sabemos que hasta el momento lo único que puede dar cuenta del estado del sujeto es su propia conducta; si nos guiamos sólo con los cambios fisiológicos o psicológicos que se pueden presentar caeríamos en un error, ya que es conocido el hecho de cada persona responde de distinta forma durante las

sesiones terapéuticas. Ahora bien, ésta no es la única clasificación, pero dada la diversidad de respuestas que puede dar el sujeto, también se vuelven diversas las categorías. Sólo a manera de ejemplo podemos citar las divisiones que hacen Tuckey y Gurney (citados en : Kinsburg, 1962):

El primero hace referencia a tres etapas:

- a) Sueño liviano
- b) Sueño profundo
- c) Sonambulismo

El segundo habla de dos etapas únicamente:

- a) Etapa de alerta
- b) Etapa profunda

Por otro lado Kinsburg (1962) informa que los cambios que se producen también están en función del método empleado para hipnotizar.

Ante esta polémica lo mejor resulta dar cuenta de las manifestaciones por separado, aclarando de antemano, que estos cambios son provocados muchas veces por el mismo hipnotizador, de ahí que no sean inherentes al estado de hipnosis.

Algunos autores (Kinsburg, 1962; Hartland, 1971) han descrito que las primeras manifestaciones se caracterizan por una ligera somnolencia o sensación de pereza y una pérdida gradual del tono muscular, hay pacientes a

los que se les seca la boca, mientras que en otros hay una afluencia mayor de saliva, existen personas que sienten frío, mientras que otra sienten calor, pero todo esto con absoluta conciencia de lo que ocurre alrededor.

A niveles mayores de profundización es más fácil acceder a la parte inconsciente de la persona y se puede presentar parálisis de grupos musculares, que pueden ir desde los párpados hasta las extremidades y el cuerpo. La catalepsia también puede hacerse presente, ésta se refiere al hecho de que un miembro del cuerpo permanezca en una posición determinada, por ejemplo un brazo en ángulo recto, o todo el cuerpo rígido.

Dentro del estado hipnótico también sucede que la actividad muscular se incrementa, es decir, el sujeto puede ejecutar tareas que impliquen un alto grado de participación muscular sin sentirse fatigado; esto sin duda, no tiene un origen mágico, la explicación es que generalmente, el ser humano no utiliza toda su energía actuando cotidianamente, sino que tiene reservas de fuerza considerables para que puedan ser utilizadas en el momento que se requiera, por ejemplo, cuando existe peligro.

No es raro que se presenten movimientos automáticos; sin embargo, hay que distinguir dos tipos de ellos. Hartland (1971), hace referencia a aquéllos que son inducidos por el hipnotizador como girar un brazo, levantarlo, mover los dedos, etcétera; y aquéllos que son producto del antagonismo de dos fuerzas: la sugestión del hipnotizador y la voluntad del sujeto, entre los que se encuentran temblores, contracciones o sacudidas bruscas. Tal clasificación, sin embargo,

no hay que tomarla como absoluta, recordemos que muchos de los movimientos que en ocasiones suelen presentarse inesperadamente como saltar cuando uno está dormido, también son producto de ciertas descargas eléctricas del cerebro y por tanto, no siempre se puede considerar que haya una lucha de voluntades.

En otras ocasiones, puede darse el hecho de que el sujeto no responda a las sugerencias del hipnotizador por el estado de relajación en el que ha entrado, en todo caso, se debe ser muy hábil para que el sujeto pueda entrar a otra etapa de hipnosis activa.

Existen casos en los que se pueden inducir alucinaciones o ilusiones por medio de la sugestión. Así el sujeto puede ver cosas que no existen e incluso describirlas; del mismo modo puede crear falsas memorias, es decir, relatar hechos como si él los hubiera vivido, aun cuando nunca haya pasado una situación similar.

Ciertas facultades pueden ser desarrolladas o aumentadas durante el trance hipnótico; sin embargo, no hay que dar credulidad sin límites; no esperemos que una persona con facultades para cantar, bajo estado de hipnosis, pueda desarrollar la voz de un gran tenor, puesto que para ello, es inminentemente necesario el estudio y educación de la voz.

También se puede producir el cambio de personalidad durante la hipnosis, aunque cabe decir que esto sucede, siempre y cuando, no estén modificándose los lineamientos morales de la persona hipnotizada.

La relación es otro fenómeno que se presenta en la hipnosis, y se refiere al hecho de que el sujeto hipnotizado no puede atender una sugestión que no venga de la persona que lo hipnotizó, a menos que éste le de la instrucción de que debe atender a otra persona.

La sugestión en el estado hipnótico también puede producir cambios en los músculos involuntarios, en los órganos y en las glándulas. Aún no se explica cómo ocurre esto, no obstante los cambios suelen aparecer.

Es posible acelerar el ritmo cardiaco o reducirlo por medio de una emoción acertada y posteriormente condicionarla con una sugestión verbal. Asimismo es posible influir la presión arterial, el sistema vasomotor, y la temperatura.

El sistema respiratorio, también es alterado, esto como resultado de la relajación de la que es presa el sujeto. En otras palabras significa que entre más relajada está la persona, su respiración será más lenta. Pese a ello, la sugestión puede hacerla variar de manera considerable.

De igual forma y aunque no sea propia la comparación, se puede propiciar un aumento de secreción salivar o de jugo gástrico, como en el perro de Pavlov, con la simple sugestión; lo que quiere decir que también existe el control peristáltico de los intestinos.

Pueden provocarse cambios en el metabolismo e incluso cambios bioquímicos como el de la menstruación, que será tema de interés

posteriormente.

Por lo que toca a los peligros que puede entrañar la hipnosis, habría que decir, en primera instancia que el mismo término de "peligro", puede ocasionar ciertas dificultades, dado el hecho de que, si bien es cierto, que pueden ocurrir algunos inconvenientes ni siquiera son dignos de llamárseles así.

Generalmente a lo que se le tiene cierto temor es al hecho de pensar que el paciente puede no despertar del trance. Es posible que una persona no despierte al momento de darle la indicación correspondiente, pero un hipnotizador hábil sabe que esto no es motivo para asustarse, él puede volver a dar la instrucción o en cualquier momento cambiarla de tal modo que sea más sugestiva para el paciente. Por otro lado, también puede ocurrir que el hipnotizador ni siquiera sepa cuál es el procedimiento a seguir para deshipnotizar; en ese caso y aun cuando el paciente quedara solo, la hipnosis termina por sí sola, en un promedio de dos horas, dejando al paciente en estado de sueño normal.

Las personas no pueden ser hipnotizadas en contra de su voluntad; ya sabemos que es indispensable su cooperación, por lo que esto no entraña peligro alguno. De la misma forma es mentira que bajo estado hipnótico las personas hablen de sus secretos; si así fuera, la técnica sería famosa en los casos criminalísticos.

Ahora bien, pueden existir algunas limitantes en su aplicación con cierto tipo de personas. Hemos visto ya que algunas funciones fisiológicas se pueden

alterar bajo estado hipnótico, por lo que se recomienda conocer al sujeto que se someterá en trance para no provocar un cambio que no sea conveniente para él. Por ejemplo, si sabemos que una persona sufre de presión arterial alta, no le podemos sugerir una situación que acelere su ritmo cardíaco.

Con lo anterior, es posible decir que mientras no exista un peligro real dentro de la práctica hipnótica, no deben limitarse sus aplicaciones.

Por último, la Autohipnosis, no es otra cosa que "la autoinducción del trance hipnótico sin la intervención de otra persona" (Hartland, 1971). La complicación de esta variación de la técnica estriba en el hecho de que el paciente debe jugar dos papeles: el de hipnotizador y el de hipnotizado, por lo que desempeña un papel pasivo y activo al mismo tiempo, ocasionando con ello que no se pueda profundizar demasiado en el trance. En términos sencillos, la parte consciente del sujeto es el hipnotizador y por tanto quien da las órdenes, la parte inconsciente es quien las acepta y luego las ejecuta. Se puede enseñar a autohipnotizar por medio de sugerencias post-hipnóticas, por sugerencias en vigilia, o con el uso de cintas grabadas. Esta última sugerencia puede tener la limitante de que se sigue un patrón establecido, sin tomar en cuenta el ritmo o el tiempo que pueda tomarse la persona para ejecutar las instrucciones.

Ahora bien, los procedimientos para inducir la hipnosis son variados, pero siguen por lo menos algunos lineamientos generales. A continuación veremos algunos de ellos.



### 3.4 TECNICAS PARA INDUCIR LA HIPNOSIS.

Existen algunas condiciones básicas que se deben de tener en cuenta para lograr con éxito la inducción al estado hipnótico.

Es casi imposible hipnotizar a una persona en contra de su voluntad y es por eso que debe estar dispuesto a participar sin temores. Debe existir una preparación previa donde se disipen cualquier tipo de dudas por insignificantes que éstas parezcan. Está demostrado que cuanto más exista la motivación en un individuo, más probable será el éxito obtenido en la inducción (Hartland, 1971).

También debe tomarse en cuenta que el paciente puede ser tímido, ansioso o aprehensivo, por lo que el papel del hipnotizador debe adaptarse a las diferentes formas de personalidad de su paciente para lograr un ambiente de confianza.

Teniendo como base estas consideraciones, podemos mencionar las técnicas más importantes, según Hartland (1971):

✓-Fijación de la vista con sugerencias verbales: consiste en recostar al sujeto en un sillón cómodo, instruirle en que fije la vista arriba y hacia atrás en un punto del techo. Esta fijación hará que deje de interesarse en otros estímulos. Posteriormente se le hacen sugerencias verbales con tranquilidad y monotonía acerca del cansancio de sus párpados hasta observar que se cierran, entonces el

sujeto ha caído en un estado hipnótico muy ligero.

✓-Relajamiento progresivo: esta técnica no requiere de ningún distractor. La fijación de la atención se centra en un grupo de ideas, que son en este caso relacionadas con la relajación de grupos musculares. A medida que se sugiere la relajación del cuerpo, se le insiste en que cada vez sentirá más deseos de dormir, hasta provocar que cierre los ojos y entonces entre a un estado hipnótico ligero.

✓-Fijación de la vista con relajamiento progresivo: este método es muy útil para inducir la hipnosis y uno de los más sencillos. Aquí se le pide al sujeto que se acueste en alguna silla cómoda y que elija un punto del techo, lo más atrás que pueda de tal modo que mire hacia arriba y hacia atrás. No se le debe permitir al sujeto que distraiga la vista ni un solo momento; al mismo tiempo debe indicársele al sujeto que se relaje por completo y que puede notar una sensación de pesadez en cada parte del cuerpo que va relajando sistemáticamente.

✓-Fijación de la vista con distracción. Esta es una técnica que se puede utilizar con confianza y rápidamente ya que se lleva de dos a tres minutos como máximo para lograr un cierre de ojos espontáneamente. Esta se logra asignándole al sujeto una sencilla tarea mental para que la lleve a cabo al mismo tiempo que se le dan instrucciones de relajación progresiva. Nosotros utilizamos este sencillo método para inducir a hipnosis: El sujeto se tiende en un sillón relajada y cómodamente; se le sugiere que fije su vista con atención

en un punto del techo forzando su vista hacia atrás, al mismo tiempo que comienza mentalmente un conteo regresivo del cuatrocientos hacia el cero no importando que en algún momento pierda la cuenta ya que la puede retomar en cualquier punto. Se le sugiere que en cuanto sienta su vista cansada cierre los ojos y descanse.

✓-El método de mirada directa a los ojos: Este procedimiento es utilizado por personas muy experimentadas y con mucha experiencia en la inducción de hipnosis. Esta puede favorecer una profundización mayor, siempre y cuando se domine la rutina y el terapeuta sea capaz de mantener abiertos los ojos sin parpadear un considerable lapso de tiempo. En ésta, el hipnotizador se coloca frente al sujeto ligeramente inclinado hacia adelante y lo mira a los ojos con una distancia aproximada de 60 cm. En esta técnica se corre el riesgo de que si el hipnotizador es indebidamente susceptible, sea el primero en rendirse; es por eso que se aconseja que no se mire directamente a los ojos si no más bien al puente de la nariz, con lo cuál el sujeto será quien caiga en trance.

-Método de Erickson de levitación de la mano: Este método fue utilizado por Erickson en 1923 como técnica indirecta por medio de la escritura, en muchos casos tuvo éxito pero se dio cuenta que salían sobrando el lápiz y el papel. Se le pide al sujeto que se siente cómodamente y que coloque sus manos con las palmas hacia abajo apoyadas en sus muslos y que comience a sentir los movimientos involuntarios que hay en ellas. Cuando se logre que el sujeto comience a mover sus dedos se centra la sugestión en que gradualmente sus dedos comienzan a separarse cada vez más uno de otro y que comienzan a

volverse más y más ligeros hasta que se eleven de su pierna. La hipnosis puede profundizarse más con la utilización conjunta de otras técnicas como apoyo.

✓ -Método de presión en la arteria carótida de Withlow: Se dice que este método es sencillo y rápido por el hecho de que se puede lograr la hipnosis en cualquier persona, pero consideramos que es un procedimiento demasiado riesgoso ya que se necesita presionar con el dedo pulgar y el índice derechos contra el nervio vago y la arteria carótida del cuello del sujeto, procurando que la presión nunca exceda de 10 a 15 segundos puesto que puede ocurrir la muerte o serios daños cerebrales a causa de la falta de circulación sanguínea. Al mismo tiempo se le deben hacer sugerencias de relajación.

-Uso de drogas: Muchas veces conjuntamente con la hipnosis se han utilizado algunas drogas para facilitar su inducción y profundización, casi siempre con sujetos difíciles; pero los resultados han sido tanto variables como impredecibles, por lo que no recomendamos su utilización.

Podría esperarse que dicho uso sea factible en casos de tratamiento de enfermedades con dolores crónicos, pero se ha comprobado en diversos casos que esta administración no es necesaria cuando se utiliza la hipnosis para tranquilizar o eliminar por completo malestares que acosan al individuo.

De lo anterior se desprende que, conociendo a los sujetos que serán hipnotizados es más fácil determinar qué tipo de técnica es la más adecuada para utilizarse.

A continuación veremos algunos ejemplos en los que se ha podido utilizar el procedimiento hipnótico, a fin de evaluar la eficacia que han tenido.

### 3.5 APLICACIONES

La principal aplicación de la hipnosis parece ser el tratamiento de las enfermedades crónicas o cuando el dolor no es grave pero sí intenso, y la ansiedad o la tensión desempeñan una importante función en el comienzo o mantenimiento de los síntomas. La hipnosis puede ser inducida o aprendida bajo relajación muscular y mental profundas, sin embargo, esta técnica tiene sus limitaciones, porque no se pueden controlar los síntomas directamente y según el reporte de algunos investigadores (Bond, 1980 y Mehta, 1977) únicamente un 20% de individuos pueden inducirse a la hipnosis, aunque aclaran que esta cifra se puede elevar con el entrenamiento y la práctica.

La hipnosis es un procedimiento simple que puede aliviar el dolor carente de los peligros potenciales de otros métodos que suelen mitigar los dolores como son la habituación, los medios físicos, los remedios caseros (tés, ungüentos, etcétera), la intolerancia y la sobredosis en la terapia prolongada por analgésicos.

A continuación expondremos algunos casos de dolor tratados por hipnosis, en donde se demuestra que su empleo es de valiosa ayuda tanto para la psicología como para la medicina.

Hilgard y Hilgard (1990) trataron el caso de una señora de 57 años con hipersensibilidad en el pie derecho, que era resultado de la paulatina regeneración de los nervios después de una lesión seria, en donde casi se había amputado la pierna a partir de la rodilla. En su gradual recuperación, la sensibilidad aumentaba provocándole un constante malestar en sus actividades cotidianas ya que manifestaba que al caminar sentía que lo hacía con el tobillo "en carne viva" y que dos horas era lo máximo que soportaba el dolor. Cuando dormía, las sabanas las sentía como "papel de lija" por lo que ni siquiera conciliaba el sueño.

Se le informó que la regeneración gradual de los nervios podría prolongarse otro año y como era sensible a los fármacos no soportaba su utilización por lo que recurrió al uso de la hipnosis. Se le aplicó una breve escala que probaba la susceptibilidad al trance hipnótico, de donde se obtuvieron datos alentadores.

En la primera sesión, ella estimó su dolor como ocho en una escala del cero al diez, describiéndolo como quemante. Se indujo a hipnosis por medio de la técnica de levitación de la mano y se le sugestionó que el dolor decrementaría paulatinamente con las sesiones. En un segundo método de control directo del dolor ella propuso -con excelentes resultados- imaginar el tener un torniquete a la altura de la rodilla; consideró que ese torniquete, aislaba los nervios, lo cual impedía que ella sintiera el dolor. Estando durante hipnosis, pudo imaginar caminar durante tres horas en las que el dolor subió a nivel 5, para caer entre 1 y 2 mediante la aplicación del torniquete. Se le sugirió que cuando caminara estaría tan interesada en otras cosas que casi no prestaría

atención al pie. Con facilidad aprendió a usar la imagen del torniquete en autohipnosis, para provocar un adormecimiento. Después de seis semanas la paciente usaba la autohipnosis una vez al día registrando que sus dolores permanecían entre los niveles 1 y 2; también informó que el pie había dejado de estar "hinchado y caliente".

Este caso al igual que muchos otros nos despiertan la curiosidad y el interés de conocer que es lo que pasa cuando algo psicológico altera nuestra fisiología.

Otro caso reportado por Hilgard y Hilgard (1990), trata de una mujer obesa con embarazo de alto riesgo cuyo parto se retrasó dos semanas teniendo síntomas graves de hipertensión. Los médicos habían decidido que el bebé naciera por cesárea, pero el anestesista se negó a aplicarle cualquier tipo de anestesia ya que peligraba la salud tanto de la madre como del producto; finalmente el médico encargado del caso decidió utilizar la hipnoanestesia como un procedimiento más seguro. Fue fácil hipnotizar a la mujer, ya que bastaron aproximadamente unos cuatro minutos para que consiguiera el trance medio y unos cuantos más para conseguir la anestesia completa; durante la operación continuaron las sugerencias y se extrajo al bebé, consiguiendo que la presión sanguínea disminuyera considerablemente. Se prosiguió con la inhalación de pequeñas dosis de óxido nítrico conjuntamente con la hipnoanestesia para aliviar las heridas tanto del útero como las abdominales.

También describen el caso de una paciente de 49 años que necesitaba un injerto de piel en el muslo a causa de una grave úlcera. La mujer debía ser

intervenida quirúrgicamente pero era alérgica a cualquier tipo de analgésico químico, por lo que se recurrió a la hipnosis con excelentes resultados ya que cuando la paciente se recuperó de la operación, informó no haber sentido ningún tipo de malestar durante ésta.

Los mismos autores reportan un suceso curioso, en donde se ilustra el uso de la hipnosis en una mujer a punto de dar a luz tratada deficientemente. Llevaba varias horas en la sala de expulsión sin ser atendida y reportando un parto difícil con el producto en mala posición, por lo que el encargado de la sala decidió hipnotizar a la paciente la cual ya presentaba síntomas graves y no toleraba medicamentos. Es importante aclarar que el encargado en turno había oído hablar de la hipnosis pero no era un experto en su uso y aún así lo intentó extrayendo un niño sano. La recuperación de la madre no tuvo ninguna dificultad y se registró el caso como notable.

Craisilneck y Jenkins (citados en Hilgard y Hilgard, 1990), nos dan a conocer los hallazgos obtenidos por el uso de la hipnosis en un hombre de 30 años con quemaduras térmicas que le cubrían el 45% del cuerpo en donde la manipulación, por parte de los médicos para su tratamiento, resultaban sumamente dolorosas. La hipnosis se utilizó antes, durante y después de cualquier proceso curativo, no reportando problemas durante estas intervenciones.

De Piano y Salzberg (1991) probaron la efectividad de la hipnosis para el alivio de desordenes de la piel, dolores de cabeza y problemas de asma. Se



creó un grupo control, placebo y experimental. Los resultados mostraron que no se produjo ningún cambio en el grupo control, a diferencia del placebo en donde hubo un leve decremento de los síntomas característicos evaluados (hipersensibilidad, fuertes jaquecas, migrañas y ataques de asma); por último en el grupo experimental se consiguieron efectos totalmente positivos erradicando casi por completo los síntomas en cuestión.

La hipnosis posiblemente puede influir facilitando alguna capacidad en las respuestas esperadas en los pacientes que desarrollan síntomas y los mantienen; en adición, los procedimientos hipnóticos resultan confiables en algunos casos para aliviar alteraciones y síntomas que el individuo por si solo percibe y que muchas veces no son causa de enfermedades que ponen en peligro su vida.

En cuanto al dolor por dismenorrea, se ha encontrado que la hipnosis es una alternativa para la mitigación del dolor. En caso de que la dismenorrea tenga una etiología orgánica no conocida e identificada, esta técnica puede ser únicamente de apoyo, la cual aminora los dolores temporalmente por lo que se debe practicar continuamente, mientras que si el origen del dolor por dismenorrea es psicológico, la hipnosis puede contribuir a erradicar definitivamente los síntomas.

En la mayoría de los casos, los dolores menstruales son de origen psicológico y suelen aparecer como una respuesta condicionada, sin ningún tipo de conflictos emocionales que la fundamenten. Muchas de las mujeres que padecen dismenorrea se enteran por medio de sus madres, hermanas o amigas

que la menstruación casi siempre se acompaña de intensos dolores y molestias. Por lo tanto, esperan sufrir dolores que realmente sufren y esto no es más que sencilla sugestión. De ahí que nos preguntemos: Si somos capaces de adquirir dolor por medio de la sugestión, ¿seremos aptos de desaparecer dichos dolores por el mismo medio?. La respuesta es afirmativa, y esto se comprueba con los resultados de nuestro estudio.

En conclusión, la hipnosis es una técnica que se ha utilizado con diferentes fines, no siempre terapéuticos, siendo objeto de leyendas, mitos y prejuicios. Se ha tratado de conceptualizar desde perspectivas fisiológicas hasta socioculturales, sin llegar a un acuerdo en común. De manera general puede decirse que la hipnosis es un estado alterado de conciencia en el que las ideas no se cuestionan, simplemente se acatan y por lo tanto la sugestión juega un papel central.

Desde el enfoque cognitivo conductual, la hipnosis opera mediante la sustitución de las evaluaciones propias por las evaluaciones del hipnotizador, en otras palabras, por medio de la sugestión la persona hipnotizada hace suyos los planes del terapeuta de manera intencional.

Los fenómenos que ocurren durante el trance hipnótico y la profundidad de éste varían de persona a persona, de tal forma que no puede hablarse de una generalidad en las reacciones.

En cuanto a la autohipnosis, puede decirse que el sujeto acepta sugerencias

propias que en un estado consciente no podría llevar a la práctica.

Por último existen diferentes técnicas para inducir el trance hipnótico, la elección de ellas depende de varios factores como pueden ser, la experiencia del hipnotizador, su habilidad, la personalidad del paciente y el tipo de caso para el que se esté empleando. Sus aplicaciones son variadas y el éxito es muy viable.

En nuestra opinión, y desde una perspectiva cognitivo-conductual, creemos que la hipnosis en el alivio del dolor opera como una forma de "reestructuración" del pensamiento, o más bien una sustitución. En la técnica de la reestructuración cognitiva, se cuestionan las ideas para después modificarlas; en la hipnosis, desde el momento en que la persona abandona sus planes se apropia de un plan sustituto que le proporciona el hipnotizador. Ahora bien, el sujeto hipnotizado no va a aceptar cualquier enunciado o idea, va a aceptar planes, de ahí que las sugerencias que se proporcionan al sujeto deban cumplir las características que ya antes se mencionaron. En el caso del dolor, la hipnosis proporciona la alternativa de que la conducta no se cuestiona, simplemente se ejecuta. De este modo, si a una persona se le sugiere que no existe el dolor, ésta sin evaluar su existencia, admitirá realmente que el dolor no se manifiesta.

A continuación se presenta el estudio que se llevó a cabo para probar la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de la dismenorrea.

## CAPITULO 4. REPORTE DE UN ESTUDIO

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Entrenar en hipnosis a las pacientes para probar la viabilidad y eficacia de la técnica, en el tratamiento de la dismenorrea.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS:

-Probar la eficacia de la aplicación de la hipnosis en el tratamiento de la dismenorrea.

-Maximizar habilidades incompatibles con la dismenorrea.

-Entrenarse en las técnicas de hipnosis y autohipnosis.

-Contribuir a la investigación sobre modelos terapéuticos cognitivos.

-Fomentar la multidisciplina en el tratamiento de enfermedades orgánicas y psicológicas.

-Contribuir a la reestructuración de la percepción y conceptualización de los fenómenos ligados a la menstruación.

Para el cumplimiento de estos objetivos, partimos de la siguiente hipótesis:

## 4.2 HIPOTESIS

Si el dolor que se produce durante la menstruación está influido por factores psicológicos tales como ideas, pensamientos, creencias, estados emocionales o afectivos, entonces es posible tratarlo con un entrenamiento en hipnosis.

## 4.3 METODO

### SUJETOS:

Las participantes de este estudio fueron reclutadas de la comunidad estudiantil de la UNAM Campus Iztacala, carrera de Psicología.

El procedimiento de selección de las pacientes se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de síntomas menstruales elaborado por Chesney y Tasto (1975) (a), con el fin de seleccionar sólo aquellas que presentaban dismenorrea espasmódica.

Se eligieron 10 candidatas para el estudio, de las cuales sólo 7 completaron el tratamiento.

La edad de las pacientes fluctuaba entre 18 y 22 años, con un promedio de 20.4 años.

Su escolaridad comprendía entre segundo y octavo semestre de la carrera.

Se cuidó que todas ellas fueran regulares en sus períodos menstruales, que no tomaran ningún tipo de anticonceptivo y que no tuvieran una vida sexual activa.

Tres de las pacientes tenían antecedentes ginecológicos que aseguraban que la causa de su dismenorrea no era de origen orgánico.

Las cuatro restantes visitaron al médico una vez que conocieron los fines del estudio, obteniendo el mismo diagnóstico.

La edad de la menarca (primera menstruación) de las pacientes fluctuaba entre los 9 y los 15 años con un promedio de 12.8 años; el inicio de sus molestias menstruales fue variable: cuatro de ellas reportaron molestias desde la primera vez, mientras que las restantes las manifestaron 2, 4 y 8 años después de su primera menstruación, por lo que tenían un promedio de 5.5 años padeciendo el dolor.

Tres de las pacientes tomaban analgésicos para aliviar sus dolores. De las cuatro restantes, dos tomaban tés medicinales y dos no ingerían ningún medicamento.

Cabe aclarar que para poder llevar a cabo la aplicación del tratamiento, las pacientes dejaron de ingerir todo tipo de calmante.

Las participantes del estudio aportaron datos acerca de la evolución de su

dolor, relacionada con sus actividades cotidianas, a través de un cuestionario que se les proporcionó al inicio del estudio, con el fin de obtener un balance inicial acerca de la influencia del padecimiento en el desarrollo de su vida normal y compararlo con los resultados finales.

MATERIALES: (ver apéndice)

-Cuestionarios de síntomas menstruales (anexo 2)

-Cuestionarios de evolución de dolor (anexo 3)

-Registros de nivel de dolor (anexo 4)

-Registros de medicamentos ingeridos (anexo 5)

-Rutina de aplicación de la hipnosis (anexo 6)

-Grabadora y audiocassettes.

ESCENARIO:

Las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo en un consultorio de la clínica universitaria (CUSI) de la UNAM Campus Iztacala, en la que existía un sillón reclinable, cómodo, un escritorio y una silla.

El salón era amplio, contaba con una ventana grande con cortinas gruesas que impedían el paso de la luz directa. Existía buena ventilación y estaba aislado de distractores externos (ruido, aire, estímulos llamativos, etcétera).

#### ESCALA DE MEDIDAS:

La medición del dolor se realizó en base al reporte de cada paciente; es decir, no se utilizó ningún aparato que pudiera medir de manera fisiológica el dolor, dados los componentes subjetivos que siempre aparecen en este fenómeno tan complejo.

Para tal efecto se utilizó una escala subjetiva que abarcó un rango de 0 a 100. El cero representa la ausencia del dolor y el cien representa el máximo dolor que se puede sentir.

Cada número que registraban las pacientes era considerado como porcentaje.

El tipo de registro utilizado (ver anexo 4), consistió de 6 renglones divididos en 14 casillas. Cada renglón representaba un día del ciclo menstrual y las catorce casillas las horas promedio de vigilia.

Las pacientes debían registrar cada hora el porcentaje de su dolor por cada día del ciclo, con opción a aumentar las casillas o los renglones.



También se llevó a cabo el registro de los medicamentos que las pacientes ingirieron durante el período de Línea Base (ver anexo 5).

#### DISEÑO EXPERIMENTAL:

El diseño experimental que guió esta investigación fue una variación del "diseño de caso único" (N=1), en su modalidad de ABB' (Línea Base, Intervención y Seguimiento). Aun cuando fueron 7 participantes, cada una se analizó de manera individual y cada una fue su propio control.

Se tomó en cuenta que los diseños experimentales de "sujeto único" pretenden examinar el efecto de una o más variables sobre el comportamiento del sujeto; para lo cual, se efectúan medidas repetidas y frecuentes sobre la variable dependiente a través de uno o más tratamientos; se registra la Línea Base de la conducta estudiada en condiciones naturales hasta que exista un patrón estable, se define con precisión la intervención que va a ser implementada; se examina la variabilidad de la conducta del sujeto a lo largo de la intervención evaluando posibles detalles asociados a cualquier cambio y que es posible examinar el diseño a fin de hacer cambios convenientes (Martínez Arias, 1984; citado en Macía, 1990).

Durante la primera fase (A), cada paciente registró el porcentaje de su dolor por varios períodos menstruales, con el fin de establecer el nivel inicial de la conducta de dolor; no hubo una medida estricta para determinar la duración de la fase, ya que ésta estuvo en función de la estabilidad de los datos; lo cual fue

el criterio para pasar a la siguiente fase. No obstante, se determinó que una tendencia ascendente de los datos en el registro de dolor, era suficiente para introducir el tratamiento.

La fase de Intervención (B) consistió en la introducción del tratamiento en hipnosis; ésta tampoco tuvo una duración determinada, ya que fue variando en función de los cambios que se presentaron. Esta finalizó después de que se completaron 15 sesiones de entrenamiento.

La fase de Seguimiento (B') consistió en el registro del nivel de dolor de las pacientes sin la presencia física de las terapeutas, es decir, la inducción al estado hipnótico fue autoaplicado por ellas; en otras palabras, hicieron uso de la autohipnosis por medio de cintas grabadas.

Ahora bien, es importante dejar claro que las generalidades que puedan obtenerse de este estudio no pueden establecerse como resultado de un grupo homogéneo, ya que los momentos mismos del tratamiento y la duración de las fases fueron distintas en cada una de ellas. (Puede verse el resumen de fases por cada paciente en la Tabla 1).

Aún sin pretenderlo, los registros de dos de las pacientes que no concluyeron el estudio, pudieron tomarse como base de comparación.

A continuación, se describirá el procedimiento que se llevó a cabo en cada fase del estudio.

#### 4.4 PROCEDIMIENTO:

Antes de iniciar con el registro de Línea Base se les explicó a las pacientes los fines del estudio sin mencionar que la técnica a utilizar posteriormente sería la hipnosis. Una vez confirmada su participación y después de haber llenado su cuestionario de evolución del dolor, se procedió a explicarles la forma de llenado de sus registros.

Posteriormente nos dimos a la tarea de hacer un expediente clínico de cada una de las pacientes, que contenía: cuestionario de síntomas menstruales, cuestionario de evolución de dolor, registro de medicamentos ingeridos y registros de grados de dolor.

Durante un promedio de cuatro ciclos menstruales se recogieron los registros iniciales y se estableció la tendencia de los datos a fin de determinar la introducción del tratamiento.

Una vez obtenidos los datos de Línea Base se dio inicio a la aplicación de la técnica; para tal efecto se informó a las pacientes sobre el cambio de procedimiento. Hubo una sesión de plática informal a fin de conocer lo que ellas pensaban o sabían de la hipnosis; se despejaron dudas y temores y se procedió con la aplicación.

Cada sesión del tratamiento se llevó a cabo dentro del consultorio de la clínica universitaria.

De inicio se le pidió a la paciente que fuera con ropa cómoda y que se quitara aretes, anillos, relojes o broches para el pelo, a fin de que nada le molestara.

La técnica que se utilizó es la llamada "Técnica de fijación de la vista con distracción y relajamiento progresivo" (ver anexo 6).

La duración de cada sesión fue variable a lo largo del tratamiento, ya que la primera sesión para todas las pacientes fue sólo de inducción al trance, la segunda sesión incluyó profundización al trance, la tercera aumentó con el fortalecimiento del ego y hasta la cuarta sesión se procedió a utilizar la rutina específica para el dolor menstrual (dismenorrea). La aplicación de la técnica completa tenía una duración aproximada de 60 minutos.

Aun cuando la duración de la fase de Intervención incluyó un número diferente de ciclos menstruales para cada paciente, se procuró que cada una de ellas recibiera por lo menos 15 sesiones de intervención hipnótica. Los días en que las pacientes no asistían a la sesión terapéutica, tenían instrucciones de practicarla en su casa, por medio de la utilización de una cinta grabada.

Después de cada sesión se le preguntó a cada paciente sobre su experiencia durante el trance y en función de ello se determinó la línea en que debía continuar la sesión siguiente, es decir, aun cuando se siguió un modelo de la técnica, ésta no se llevó al pie de la letra; tuvo que ajustarse de acuerdo al desarrollo de cada paciente durante las sesiones.

Se registraron los grados de dolor durante la fase de Intervención.

En la fase de Seguimiento, las pacientes utilizaron la cinta grabada de la sesión, pero sin ninguna intervención de las terapeutas. Se consideró que para entonces estaban entrenadas para aplicar por sí solas la técnica. Ante esta variación se les explicó a las pacientes que estaban haciendo uso de la autohipnosis. Se prosiguió con el llenado de registros.

Finalmente se les pidió información acerca de su dolor actual relacionado con sus actividades cotidianas a fin de establecer una comparación con el registro inicial.

De las pacientes que no completaron el estudio se conservaron los registros de dos de ellas; ninguna entró a fase de Intervención.

#### 4.5 RESULTADOS

La Tabla 1 muestra el número de ciclos menstruales que se incluyeron en cada fase del estudio por cada una de las pacientes.

De los registros que realizaron se hizo un análisis que consistió en obtener la sumatoria total del porcentaje de dolor durante todo el ciclo, misma que se dividió entre el número de horas en las que se presentó el dolor para conseguir el promedio ( $\bar{X}$  = media) del nivel de dolor por ciclo menstrual. Posteriormente se llevó a cabo un análisis de tendencia de los datos a fin de observar las

ejecuciones que se produjeron en cada fase.

Un segundo análisis consistió en evaluar la duración del dolor cuantificada en horas promedio de dolor por cada ciclo menstrual.

En general, se obtuvo un descenso notorio tanto en nivel de dolor como en duración del dolor; no obstante, las ejecuciones de cada paciente tienen sus particularidades.

La figura 1 muestra el nivel promedio de dolor que registró MARY a lo largo del estudio. Como puede observarse, los datos de cada fase fueron muy variables, lo que dificultó su análisis. Durante la Línea Base obtuvo un nivel de dolor de  $\bar{X}=44\%$  con una tendencia de los datos muy plana; sin embargo, dado que en los tres últimos períodos de la fase el dolor iba en aumento, se determinó la introducción del tratamiento. Es importante señalar que en los períodos 1, 2 y 5 MARY ingirió té para aliviar su dolor.

Durante la fase de intervención se obtuvo un nivel de dolor de  $\bar{X}=47.4\%$  y una tendencia de los datos con aceleración positiva, lo que indicó un aumento del dolor en esta fase. Nótese el descenso brusco en el período 7 y el cambio repentino del período 8, con su subsecuente descenso aunque en menor grado.

Cabe aclarar que entre el período 7 y 8 la paciente se ausentó y no prosiguió su tratamiento debidamente; posteriormente lo reinició de manera normal.

En la fase de Seguimiento se observó una disminución en el nivel de dolor, siendo éste de  $\bar{X}=28.1\%$ , aunque la tendencia de los datos fue nuevamente positiva.

Aun cuando las tendencias de los datos no revelan el cambio en el nivel de dolor entre las fases, se hace evidente que el grado de dolor en la fase de Seguimiento fue mucho menor que en las dos anteriores.

En el caso de REBECA, cuyos datos se muestran en la figura 2, se obtuvo que: durante Línea Base el nivel de dolor fue de  $\bar{X}=21.8\%$ , con una tendencia de datos negativa (en decremento); no obstante durante la Intervención ésta declinó aceleradamente hasta alcanzar un porcentaje de 0% en el período 5 y 6, obteniendo un nivel de dolor de  $\bar{X}=2.6\%$  para esta fase.

En la fase de Seguimiento hubo ligeros aumentos en el nivel de dolor; sin embargo, este diminuto cambio no afectó el nivel de dolor por fase, ya que éste se mantuvo en  $\bar{X}=2.6\%$ . La tendencia de los datos fue ligeramente positiva.

En la figura 3 se muestran los resultados de BETTY, éstos indicaron un nivel de dolor de  $\bar{X}=12.5\%$  durante la Línea Base, con una tendencia ligeramente acelerada positivamente; mientras que en la fase de Intervención sucedió lo contrario. El nivel de dolor disminuyó hasta  $\bar{X}=6.7\%$ .

Durante la fase de Seguimiento el nivel de dolor siguió decrementando hasta alcanzar  $\bar{X}=5.2\%$ . Nótese la tendencia de los datos ligeramente negativa.

Los datos de BETTY también resultaron variables; sin embargo, se hace notoria la disminución del dolor.

En la figura 4 se observan los datos de LETTY, quien mostró, durante la Línea Base, una tendencia negativa en los datos de nivel de dolor, siendo éste de  $\bar{X}=14.6\%$ . Cabe aclarar que durante los seis ciclos que conformaron esta fase, LETTY tomó medicamentos cuando el porcentaje de dolor era alto.

Durante la aplicación de la hipnosis la tendencia de los datos nuevamente fue en decremento, obteniéndose un nivel promedio de dolor de  $\bar{X}=12.3\%$ . Pese a ello durante el ciclo 7 el porcentaje promedio de dolor subió a 21.9% (valores similares a los registrados en Línea Base); no obstante, en los siguientes ciclos se inició con la disminución.

En la fase de Seguimiento el nivel promedio de dolor bajó hasta  $\bar{X}=7.2\%$ , observándose tendencia negativa de los datos.

Cabe aclarar que LETTY tomó pastillas durante los tres ciclos de la fase de seguimiento aun cuando el porcentaje de dolor no fue alto.

La figura 5 muestra los porcentajes promedio de dolor de GEORGINA. Sin duda alguna es de los más representativos. Durante la Línea Base se muestra una tendencia positiva (ascendente) de los datos, con un nivel promedio de dolor de  $\bar{X}=39.8\%$ . Mientras que durante la aplicación de la hipnosis, la tendencia fue negativa (descendente), lo que hace evidente el decremento del



dolor, cuyo nivel promedio fue de  $\bar{X}=36.9\%$ .

Al llegar la fase de Seguimiento el ciclo 10 y 11 se registraron con 0% de dolor, logrando con ello que el nivel promedio de dolor disminuyera a  $\bar{X}=2\%$ , con una tendencia descendente.

Los resultados de EDITH se muestran en la figura 6; éstos indican, igual que en el caso anterior, una tendencia positiva en la Línea Base y una negativa en la Fase de Intervención. El nivel promedio de dolor en la Línea Base fue de  $\bar{X}=32.4\%$ , mientras que en la fase de Intervención éste disminuyó a  $\bar{X}=22.7\%$ .

La fase de Seguimiento continuó en decremento, hasta alcanzar un porcentaje de dolor de 2% en el ciclo 12, logrando así nivel promedio de  $\bar{X}=4.2\%$  con una tendencia descendente.

Los datos de EVELIA aparecen en la figura 7. Ella reportó durante la Línea Base un nivel de dolor de  $\bar{X}=79.6\%$  con una tendencia acelerada positivamente.

El nivel promedio de dolor durante la aplicación de la hipnosis decrementó a  $\bar{X}=20.5\%$ . Nótese la tendencia negativa de los datos.

En la fase de Seguimiento hubo un aumento notable en el ciclo 9 con 60%. Sin embargo volvió a decrementar considerablemente hasta llegar a 0% en el ciclo 10. El cambio abrupto que surgió en el ciclo 9 provocó que el nivel promedio de dolor incrementara a  $\bar{X}=25.1\%$ ; no obstante la tendencia de los

datos fue descendente.

Para el caso de LAURA y MALE (pacientes que no concluyeron el estudio), se obtuvieron las tendencias de sus seis registros con el fin de evaluar las variaciones sin Intervención de hipnosis.

La figura 8 muestra el caso de LAURA cuya tendencia de sus datos fue positiva (ascendente) con un promedio de dolor de  $\bar{X}=18.2\%$ . No hubo mucha variación en los registros de cada ciclo, suponemos que la intervención hipnótica hubiera sido efectiva.

En la figura 9 se observan los datos de MALE, que proporcionaron una tendencia negativa del dolor, con un nivel promedio de  $\bar{X}=19.6\%$ . Cabe señalar que MALE no concluyó el estudio debido a que empezó a ingerir anticonceptivos desde el ciclo 4, lo que pudo haber influido en la tendencia del dolor.

La figura 10 resume los datos de las siete pacientes a lo largo de las fases, mostrándose en ella sólo los niveles promedio de dolor ( $\bar{X}$ ). Obsérvese en ella el descenso general de los niveles de dolor de cada una.

Por otro lado, el análisis de resultados basados en la duración del dolor cuantificado en horas, aportó datos valiosos. La figura 11 resume los datos de las siete pacientes.

En dos de los casos hubo un ligero aumento en la duración del dolor durante la fase de Intervención. Uno de ellos fue el de LETTY, cuyo promedio de duración en la Línea Base fue de  $\bar{X}=20$  hrs y durante la aplicación de la hipnosis aumentó a  $\bar{X}=23.5$  hrs. No obstante en la fase de Seguimiento se obtuvo una duración menor que en las fases anteriores.

El caso de EVELIA fue similar. En Línea Base el dolor permaneció un promedio de  $\bar{X}=12$  hrs. Durante la Intervención la duración del dolor aumento ligeramente a  $\bar{X}=13$  hrs, pero al llegar a la fase de Seguimiento la duración del dolor disminuyó notablemente.

Los registros de las demás pacientes indicaron un descenso de la duración del dolor a lo largo del tratamiento y el seguimiento. Así, MARY reportó  $\bar{X}=21$  hrs en Línea Base,  $\bar{X}=17.8$  hrs en Intervención y  $\bar{X}=16.6$  en Seguimiento.

La duración de dolor en el caso de REBECA también disminuyó, registrando  $\bar{X}=10.6$  hrs en Línea Base,  $\bar{X}=1.6$  hrs en Intervención y  $\bar{X}=.6$  en Seguimiento.

BETTY obtuvo  $\bar{X}=13$  hrs en Línea Base,  $\bar{X}=7$  hrs en Intervención y  $\bar{X}=4.6$  en Seguimiento.

GEORGINA, que fue de las que manifestaron la mayor duración de su dolor, reportó que mientras en la Línea Base había registrado un promedio de  $\bar{X}=47$  hrs, durante la Intervención descendió a  $\bar{X}=36$  hrs y llegó hasta  $\bar{X}=3$  hrs

en Seguimiento.

Otro caso sorprendente fue el de EDITH, quien después de haber reportado un promedio de  $\bar{X}=39$  hrs en Línea Base, éste disminuyó a  $\bar{X}=35$  hrs en Intervención y llegó a  $\bar{X}=8.3$  hrs en el Seguimiento.

Para evaluar la significancia de los cambios ocurridos, se utilizó un criterio clínico, que Risley en 1970 (citado en Hersen y Barlow, 1973) definió como la comparación entre el cambio conductual logrado y el nivel de cambio requerido para que el sujeto se adecúe funcionalmente en la sociedad. Más que evaluar la seguridad del cambio, se evaluó la importancia de ese cambio.

No obstante, basándonos en un estudio de Blanchard y Schwarz (1988), aplicamos una fórmula que permitía conocer el nivel de mejoría que se obtenía después de la aplicación de un tratamiento, en el que no había medidas objetivas, como fue el caso de este trabajo.

La formula utilizada fue:

$$\text{Porcentaje de mejoría} = \frac{100 \times (\text{Indice de dolor pre-tratamiento} - \text{Indice de dolor post-tratamiento})}{\text{Indice de dolor pre-tratamiento}}$$

Donde el Indice de dolor es el promedio de éste durante toda la fase.

La misma fórmula se aplicó en el caso de la duración del dolor. Para tal

efecto se consideró el Índice de Duración, como el promedio de horas en que se presentó el dolor durante toda la fase.

La Tabla 2 muestra los porcentajes de mejoría de cada una de las pacientes, tanto a nivel de dolor, como a nivel de duración de éste. Siguiendo el criterio de Blanchard y Schwarz (1988) respecto al porcentaje de cambio que se considera clínicamente significativo y que corresponde al 50%, podemos observar que, respecto al nivel de dolor, sólo el caso de MARY no alcanzó dicho porcentaje; las seis pacientes restantes mostraron cambios clínicamente significativos.

En cuanto a la duración del dolor, los porcentajes de mejoría que no alcanzaron la significancia clínica fueron los obtenidos por EVELIA, MARY y LETTY; las pacientes restantes mejoraron en un grado bastante significativo.

Blanchard y Schwarz (1988), también proponen que una reducción del dolor acompañada por una reducción en la ingesta de medicamentos, puede traducirse en una significancia mayor.

De este modo, se obtuvo que sólo MARY y LETTY siguieron tomando medicamentos o remedios caseros después del tratamiento. En el caso de MARY, hubo una ligera disminución; pero en el caso de LETTY, ella siguió tomando la dosis habitual. Las tres pacientes restantes que ingerían medicamentos (BETTY, REBECA y GEORGINA) dejaron por completo la medicación; de ahí que podamos concluir que la significancia clínica de los cambios ocurridos aumentó considerablemente.

considerablemente, que aun cuando éste no afectaba su ritmo de vida normal, si era muy molesto. Algunos meses después reportó que el dolor había desaparecido totalmente.

En el caso de LETTY, aun cuando hubo cambios importantes, no son considerados por ella como muy satisfactorios. En un inicio ella manifestaba que su dolor era muy fuerte, penetrante, profundo, pulsante, constante, fastidioso y sensible a los golpes, le provocaba en ocasiones vómito, náuseas, desvanecimientos, desmayos, incluso miedo. En general el dolor era fuerte independientemente de la actividad que estuviera realizando; tenía que permanecer en reposo por lo que dejaba de hacer muchas actividades. Su cuestionario final indicó que el dolor había disminuido en buena medida, pero seguía siendo constante y fastidioso, le sigue provocando náuseas y desvanecimientos, considera que la hipnosis le ha ayudado bastante, pero no puede dejar de tomar medicamentos.

GEORGINA inicialmente consideraba su dolor fuerte, constante y penetrante; tenía náuseas, sudoración, y respiración agitada; cuando se agachaba o hacía un esfuerzo grande el dolor era más intenso; cuando estaba sola el dolor aumentaba y no podía realizar todas sus actividades. De su último cuestionario se obtuvo que realmente ya no presenta dolor durante sus menstruaciones, si en algún momento se llega a presentar es cuando hace frío o cuando realiza un esfuerzo, pero en ese caso sólo es en un grado de 10%. Su menstruación ya no interfiere en sus actividades cotidianas.

EDITH, por su parte indicó al principio que su dolor era poco fuerte, poco profundo, constante y punzante, cuando estaba sentada o trabajando era cuando el dolor se presentaba con más intensidad; aun cuando el dolor estaba presente en sus actividades cotidianas las realizaba bien, pero ella no estaba tranquila ni contenta. Después de sus sesiones de hipnosis el dolor disminuyó considerablemente; ya se siente más tranquila mientras está menstruando y no hay interferencia en su ritmo de vida normal.

EVELIA desde el inicio reportó que su dolor era moderado, aun cuando en las gráficas pudiera parecer alto en comparación con las demás pacientes; sin embargo afectaba las actividades que realizaba. Después de la Intervención reportó que sólo cuando se angustia demasiado o está muy tensa se presenta el dolor; en situaciones normales, su menstruación ya no le afecta.

Como puede observarse de estos resultados surgen varias implicaciones que serán discutidas en breve.

TABLA 1. Número de ciclos menstruales por cada fase del estudio, correspondiente a cada paciente

Paciente	Línea Base	Intervención	Seguimiento	Total
1. Sandra	6	5	3	14
2. Rebeca	3	3	3	9
3. Betty	4	4	3	11
4. Letty	6	4	3	13
5. Georgina	4	4	3	11
6. Edith	4	5	3	12
7. Evelia	4	3	3	10
8. Laura	6			6
9. Male	6			6



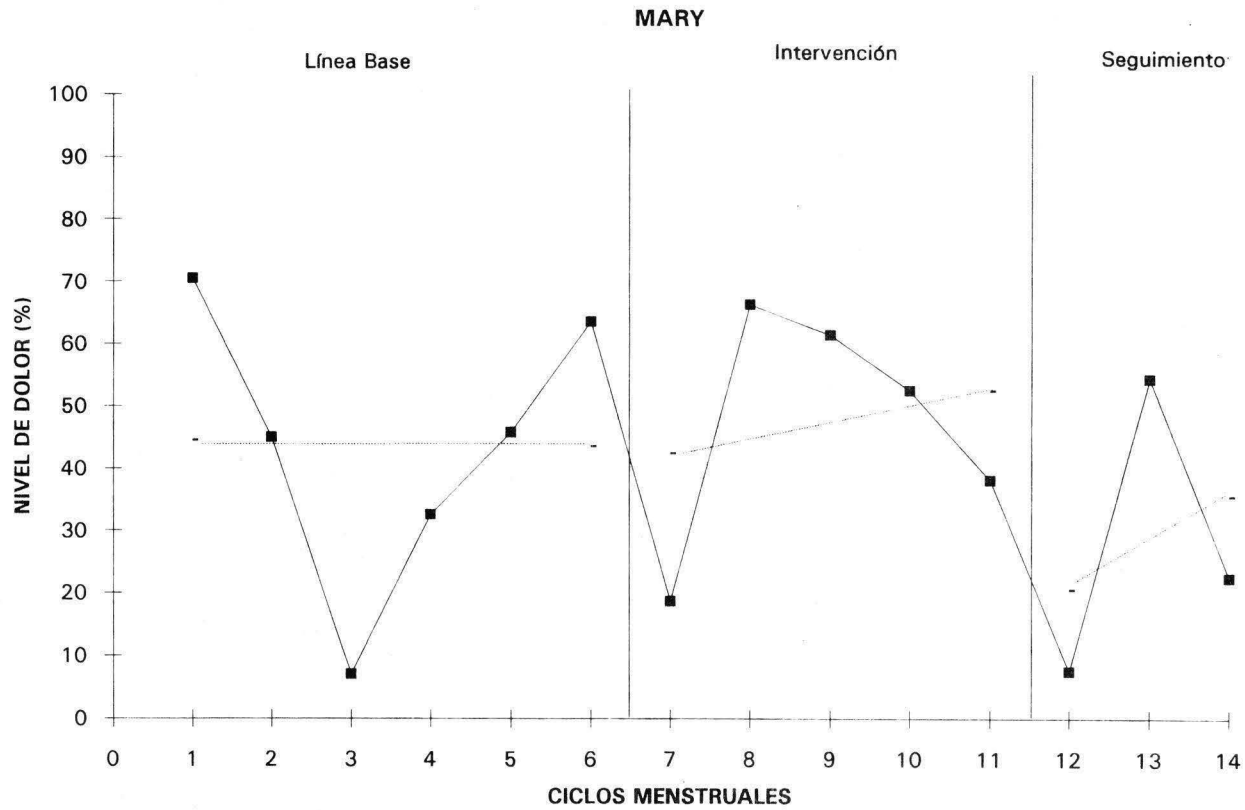


Fig.1 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Mary.

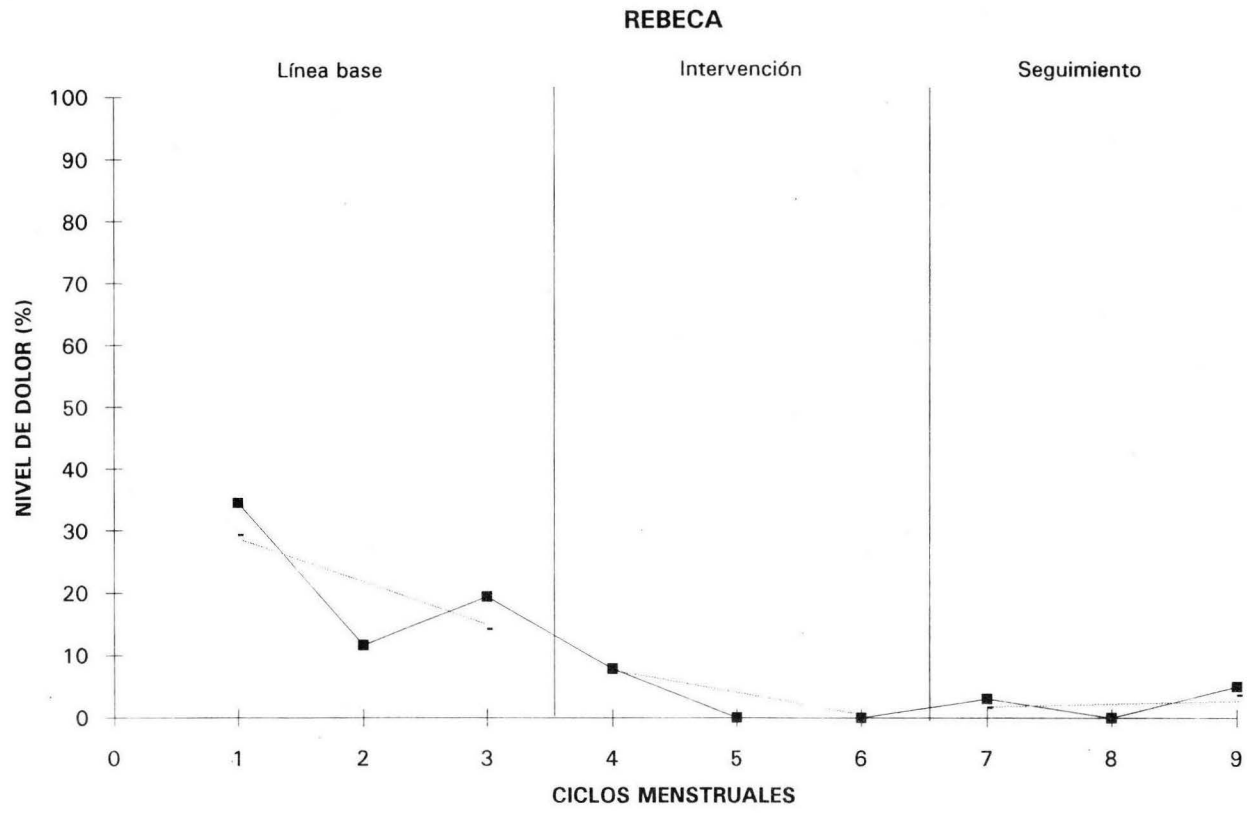


Fig. 2 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Rebeca.

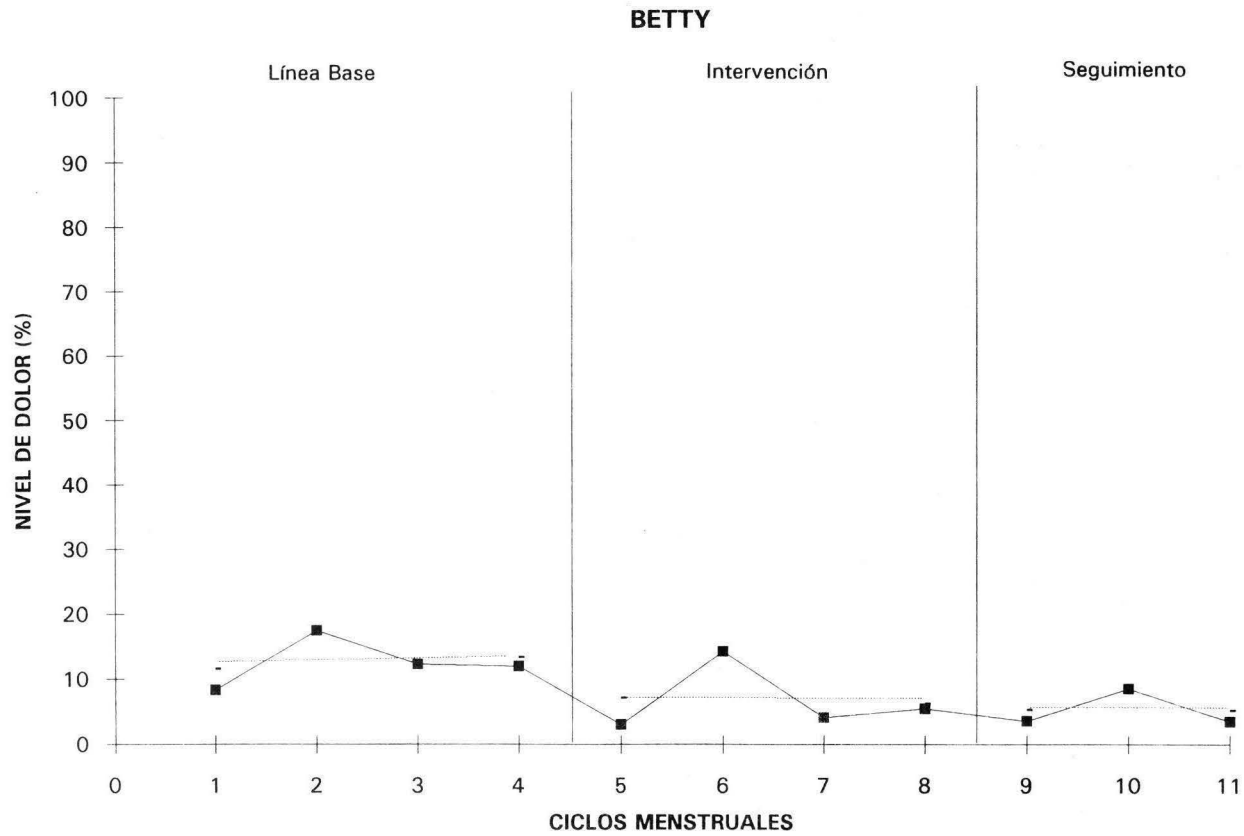


Fig. 3 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Betty.

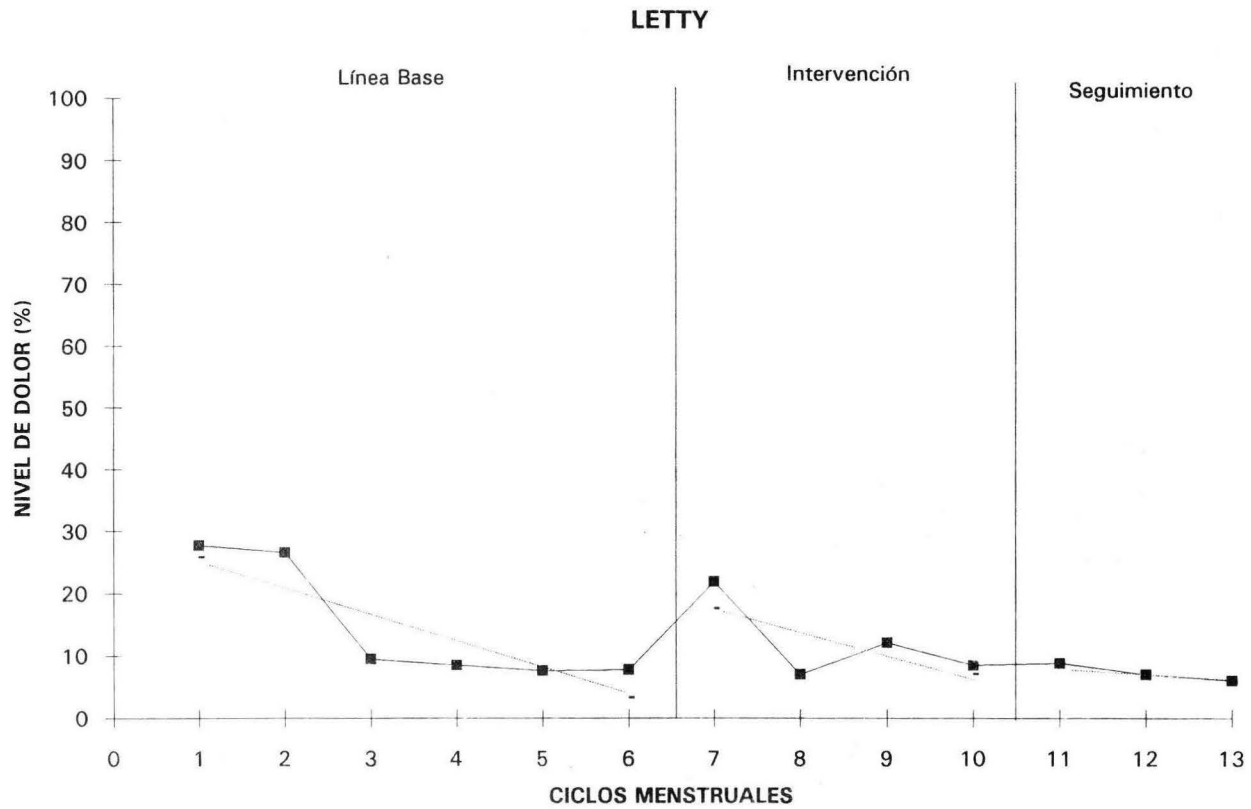


Fig. 4 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Letty.

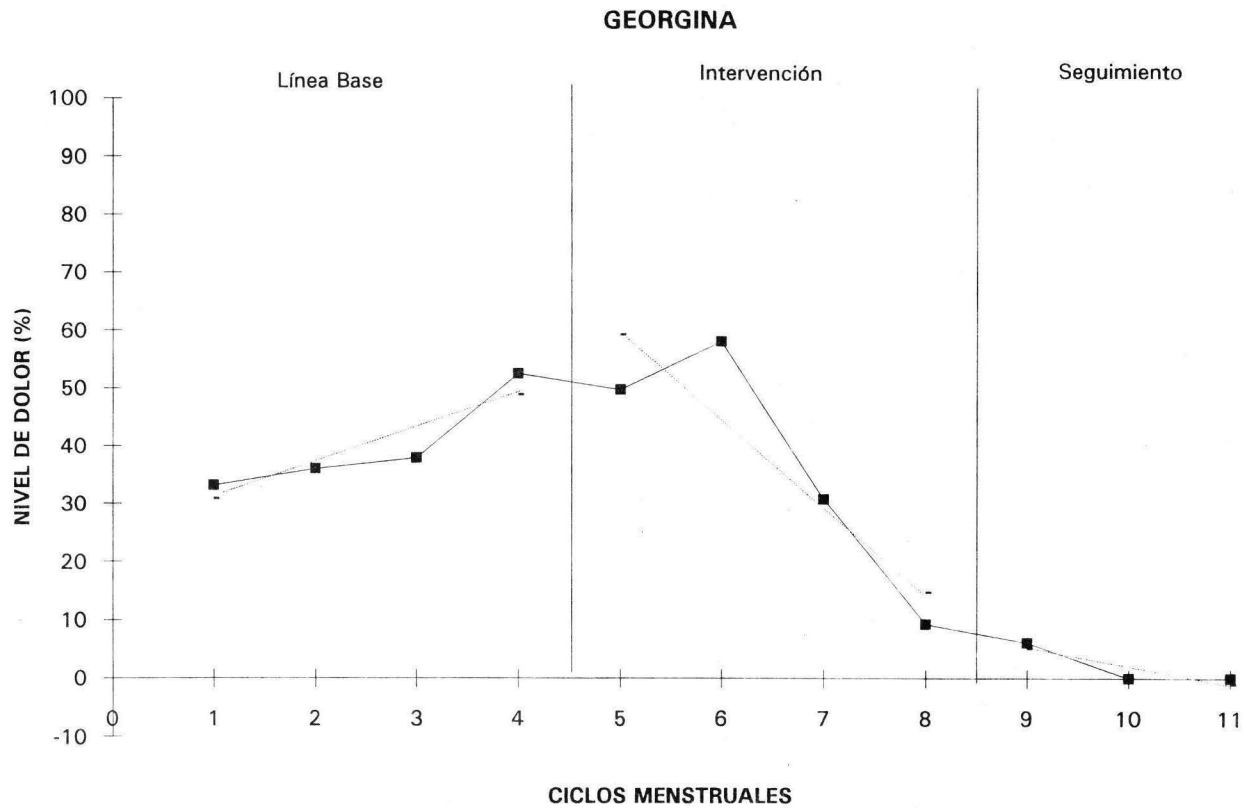


Fig. 5 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Georgina.

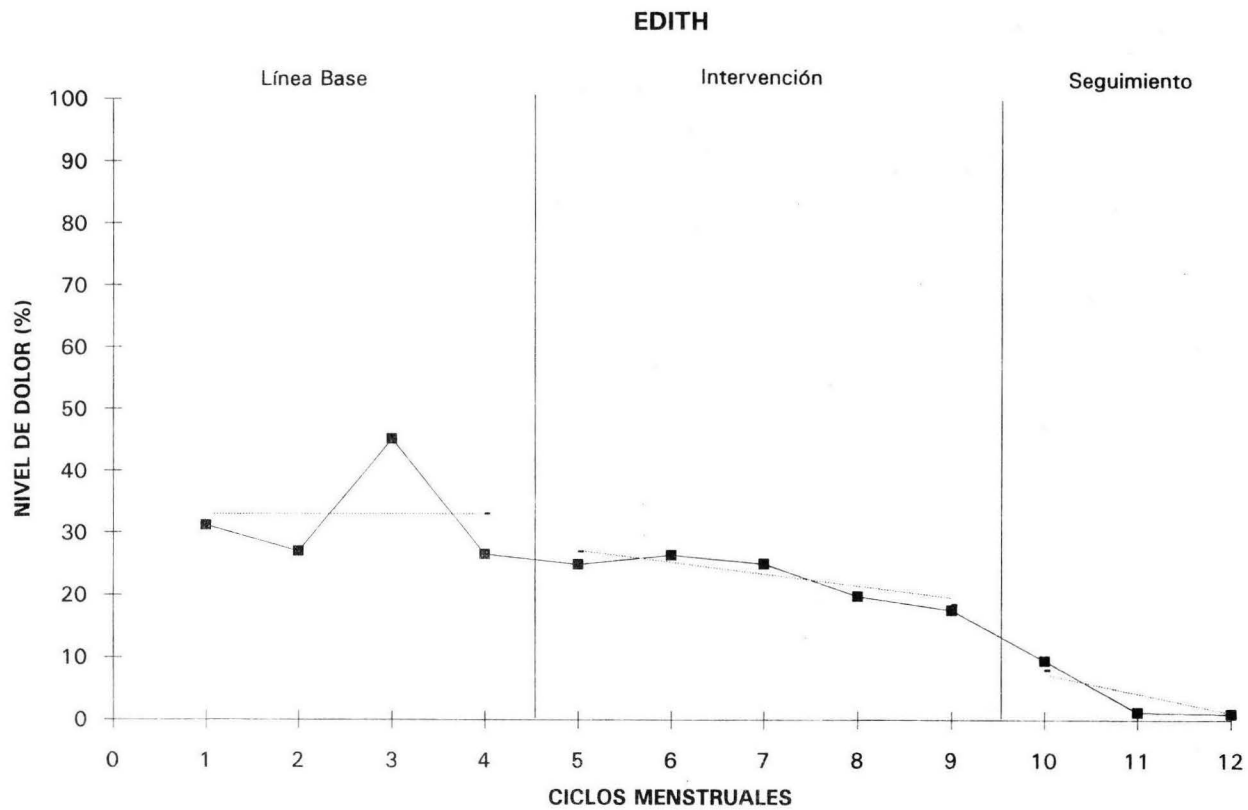


Fig. 6 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Edith.

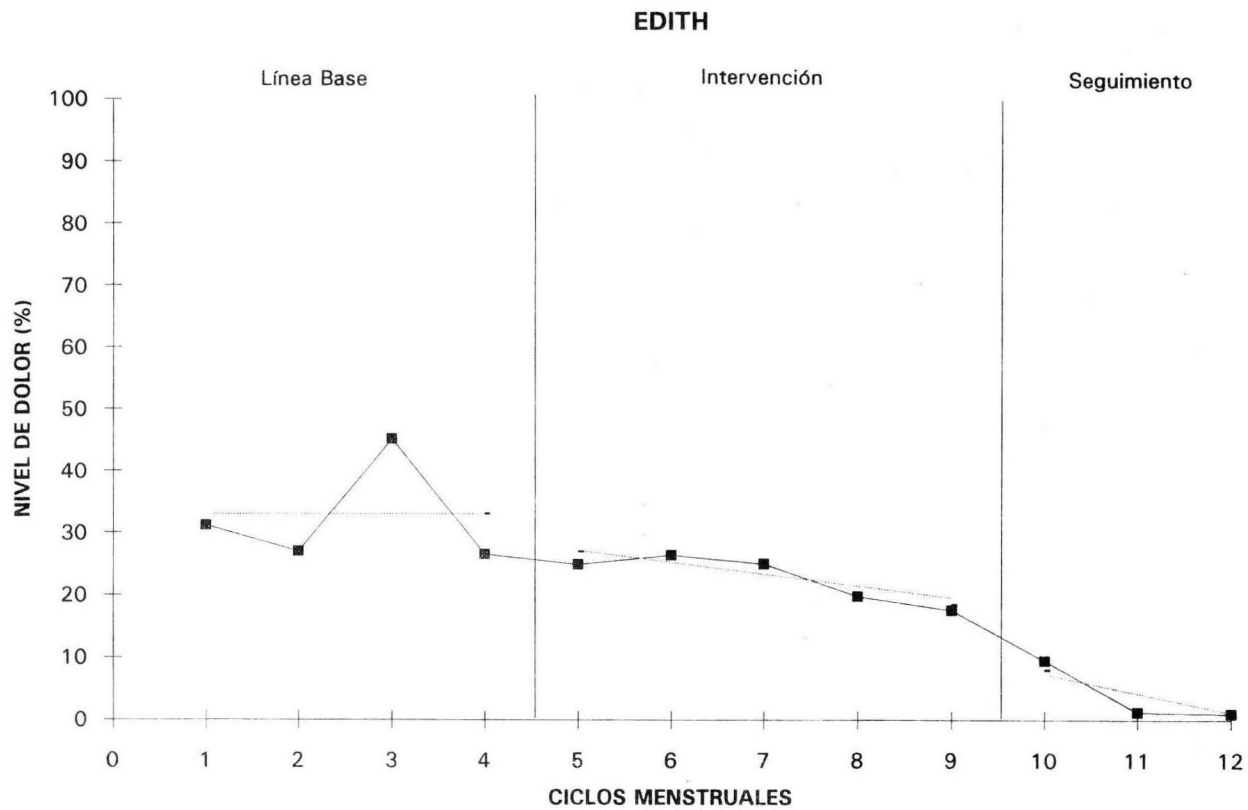


Fig. 6 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Edith.

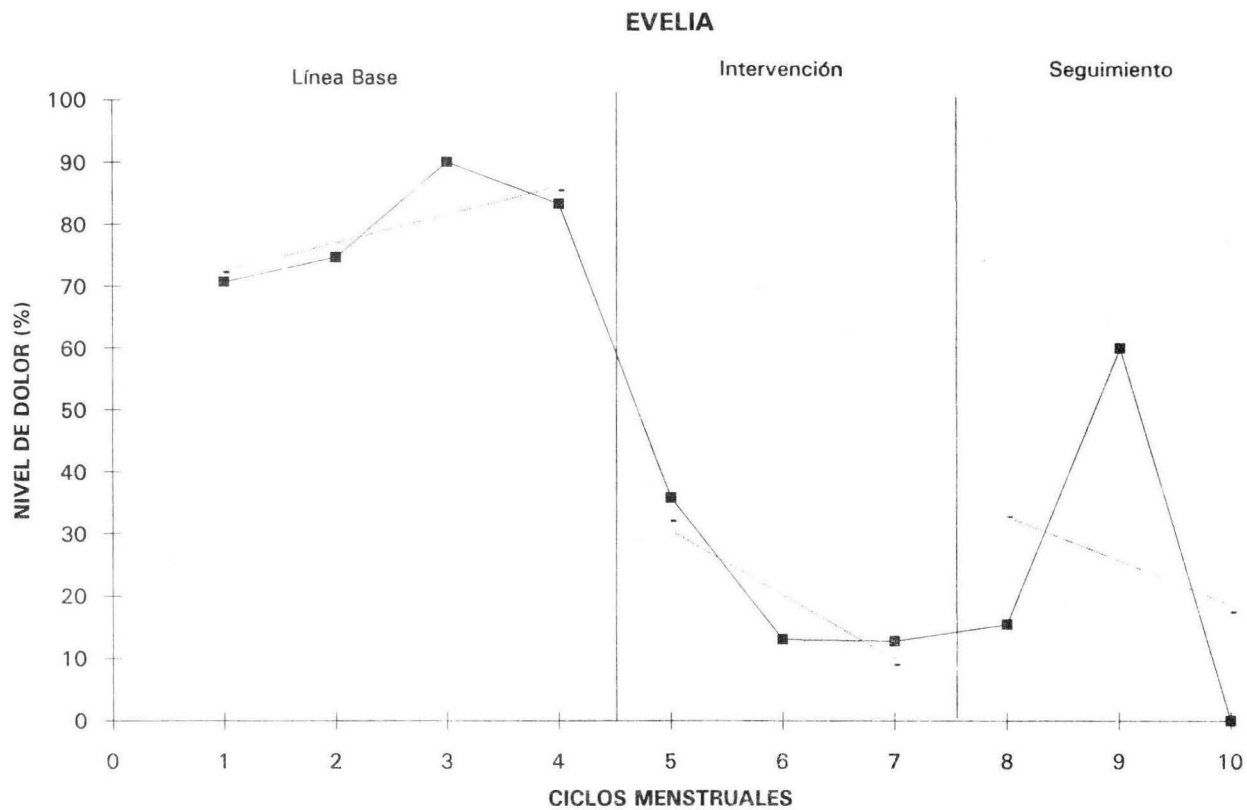


Fig. 7 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Evelia.



**LAURA**

Línea Base

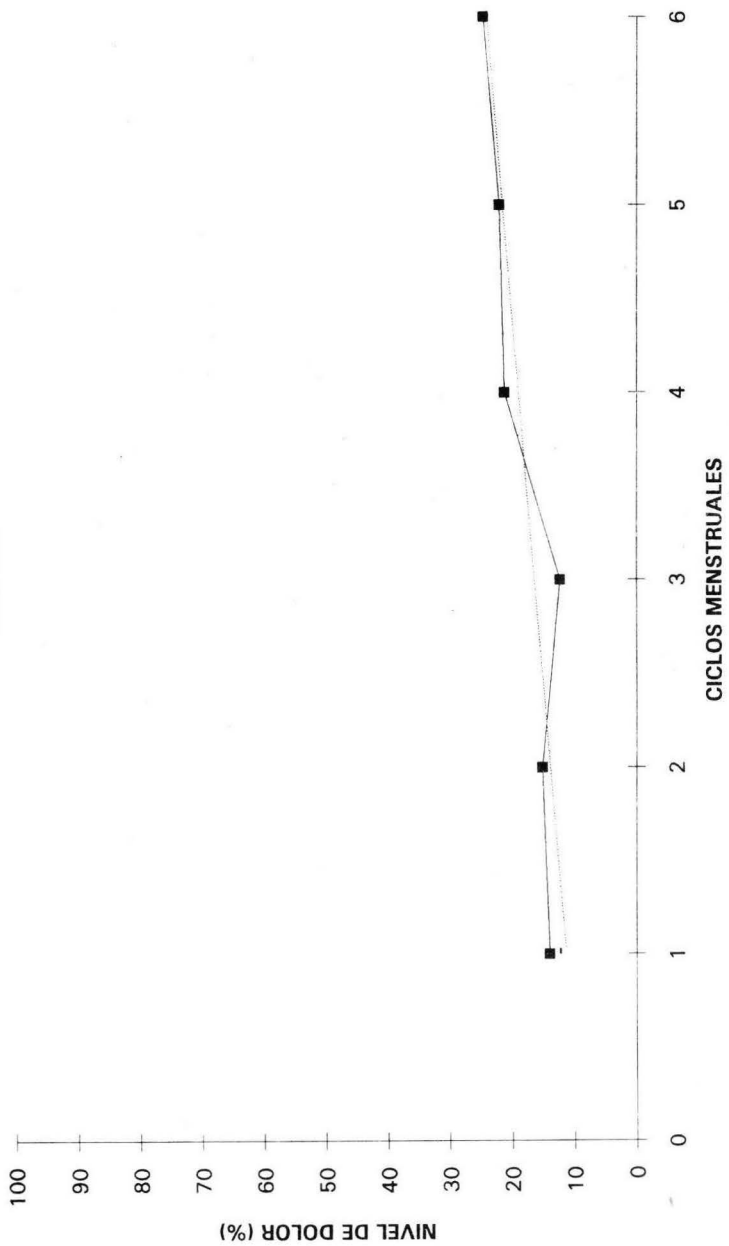


Fig. 8 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Laura.

# MALE

Línea Base

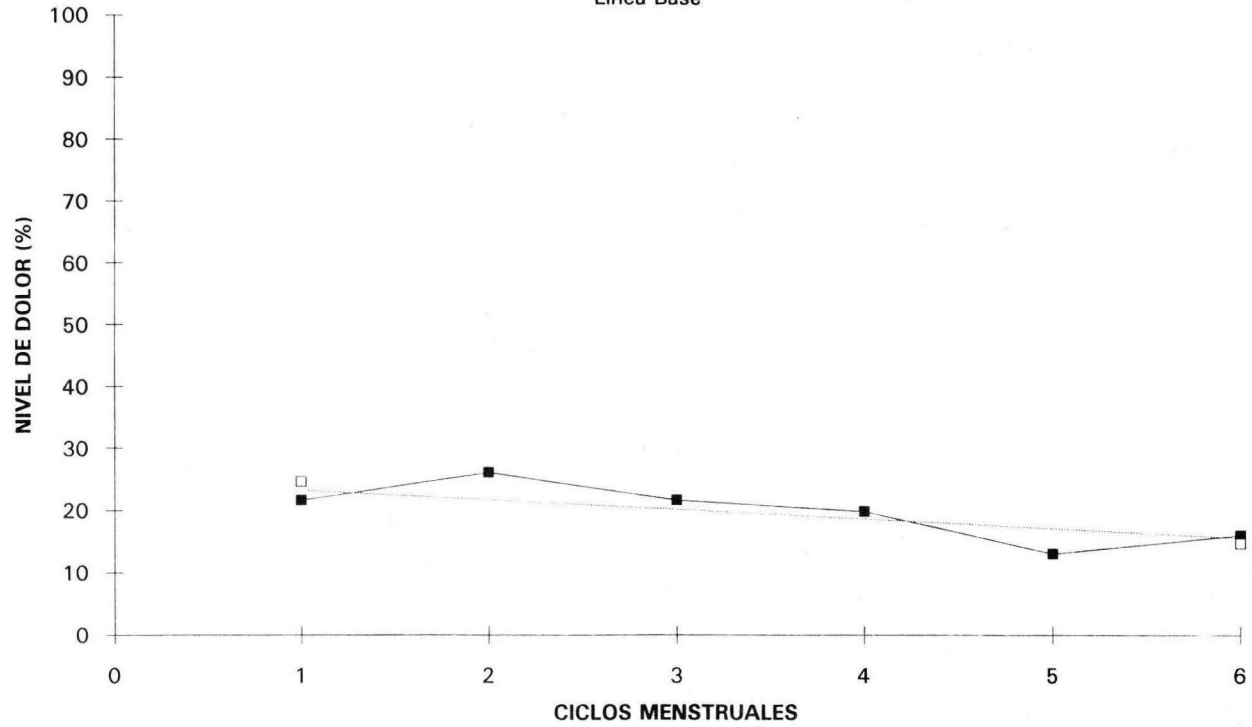


Fig. 9 Nivel de dolor por cada ciclo menstrual. Datos de Male.

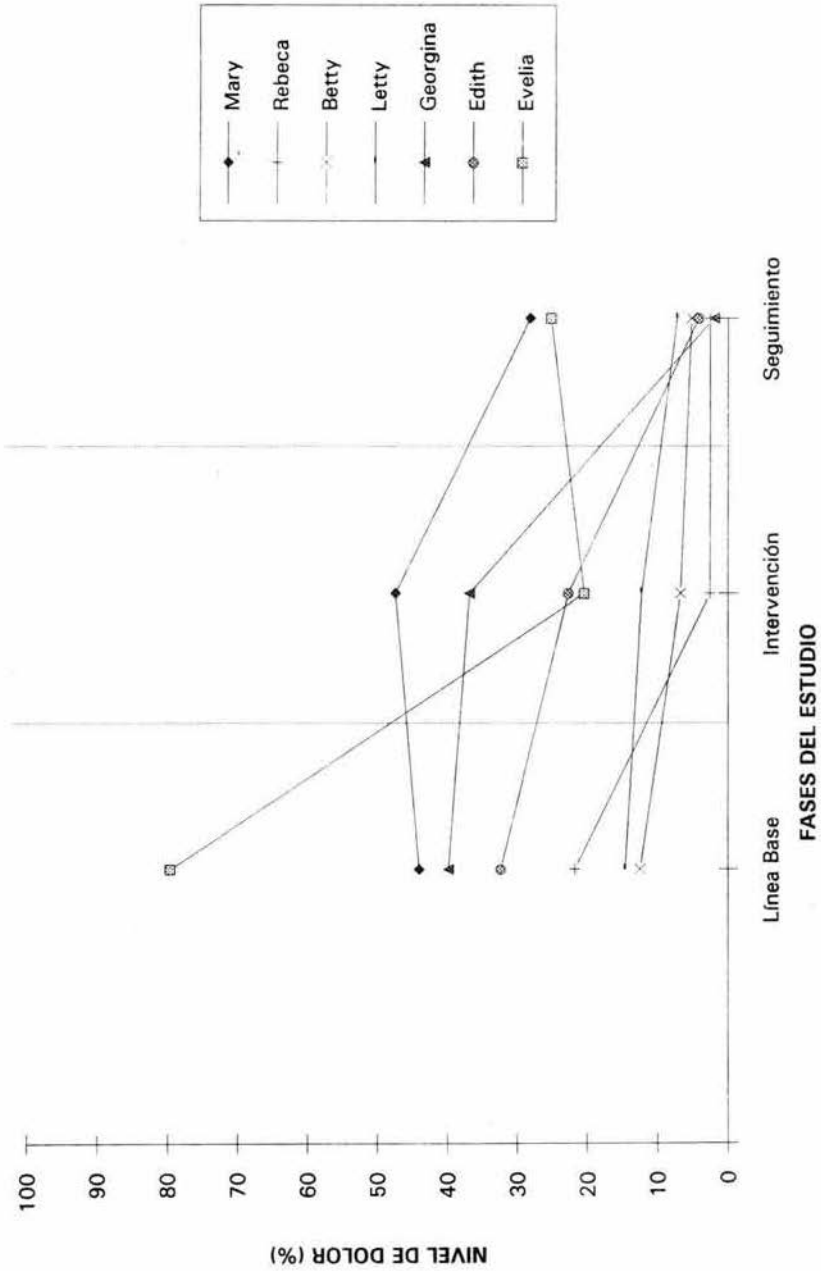


Fig. 10 Promedios de dolor ( $\bar{X}$ ) en cada fase del estudio. Datos de todas las pacientes.

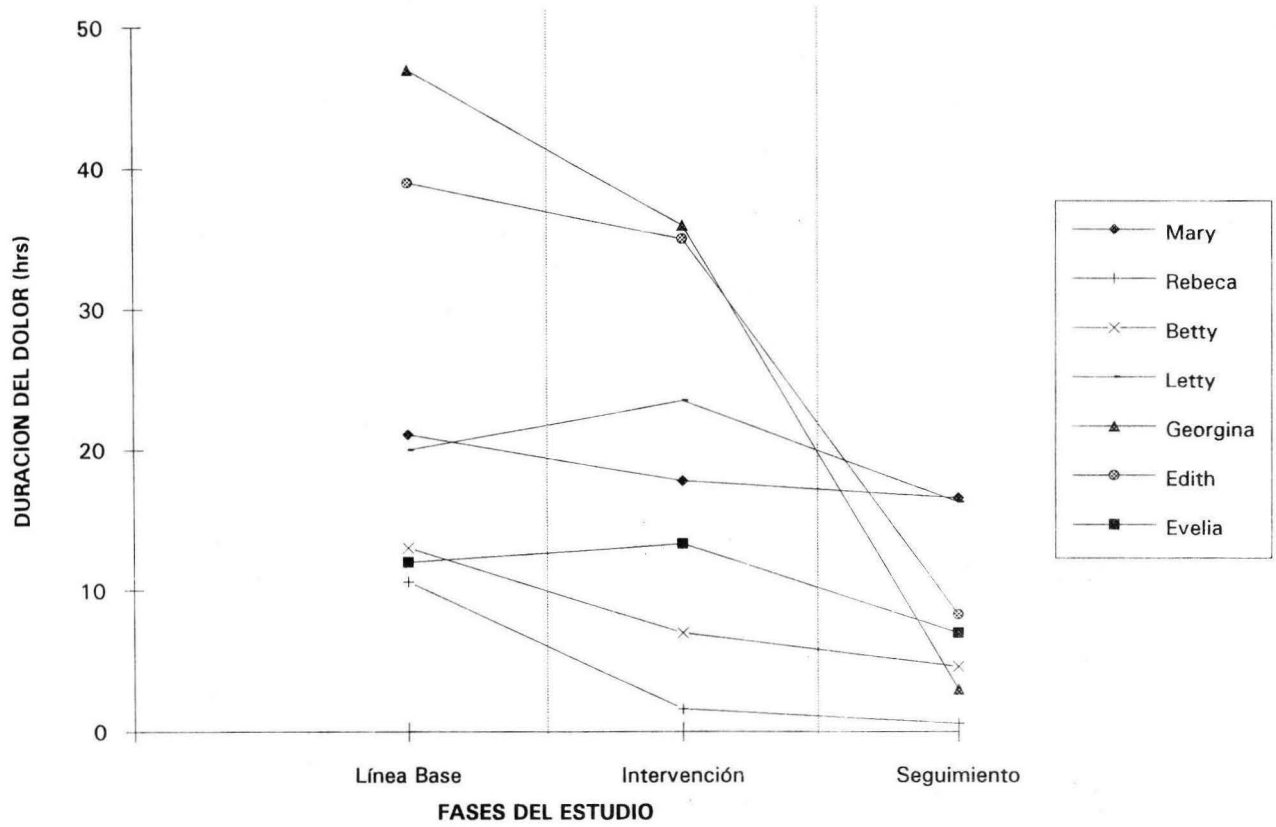


Fig. 11 Duración promedio del dolor, cuantificado en horas (hrs  $\bar{X}$ ), en cada fase del estudio. datos de todas las pacientes.

TABLA 2. Porcentaje de mejoría al finalizar el estudio

Pacientes	Mejoría en nivel de dolor	Mejoría en duración. de dolor
Mary	36%	21%
Rebeca	88%	94%
Betty	58%	65%
Letty	51%	18%
Georgina	95%	94%
Edith	88%	81%
Evelia	68%	42%

## DISCUSION

Existen varios puntos en los que es importante hacer ciertas aclaraciones. Sin duda alguna la escala de medida utilizada no es objetiva desde el punto de vista científico; sin embargo tiene un alto valor clínico. La disminución en el reporte de dolor de las pacientes es, sin duda, un claro ejemplo de la utilidad de la escala. Nadie más que ellas sabía el nivel de dolor que experimentaban al inicio del estudio, y nadie más que ellas podía constatar los cambios producidos después de la aplicación de la hipnosis. Cualquier medida fisiológica probablemente podría haber mostrado alguna disminución de los síntomas dolorosos, pese a ello, nos interesaba que las pacientes no reportaran dolor, aun cuando éste estuviera presente en el rango fisiológico. La revisión teórica nos permitió conocer los componentes del fenómeno doloroso, base suficiente para poder incidir sobre el aspecto evaluativo-cognitivo y motivacional-afectivo.

A lo largo de este estudio nos dimos cuenta que sucesos importantes del hombre como el dolor, pueden ser provocados por una fuerte interacción entre el daño externo y los aspectos subjetivos de éste, la sugestión, por ejemplo, puede ser capaz de producir serios problemas de salud o ser el alivio de éstos.

Los resultados de nuestro trabajo, también permitieron corroborar lo propuesto por Jensen y Karoly (1991), respecto al ajuste o adaptación al dolor; las pacientes de este estudio, tenían varios años padeciendo dismenorrea y aún cuando para ellas era molesto o incomodo estaban "resignadas" a tener que

soportar ese dolor mes con mes, sin hacer algo para lograr su erradicación. Esto dio pie para que el dolor pudiera clasificarse como psicossomático, que según Hilgard y Hilgard (1990), su origen está relacionado con la vida del paciente y el significado emocional que representa para él.

En lo que respecta a las teorías explicativas del dolor ya hemos mencionado, que el modelo de Melzack y Wall (1965), denominado "control de entrada", es la explicación más completa y que resume en mucho el mecanismo del dolor presentado en la dismenorrea. Nuestro estudio dio cuenta que aunque no existe ninguna estimulación identificada que provoque ciertos malestares, se tiene algo que reviste gran importancia como es la realidad del mismo dolor y la incapacidad que provoca para realizar las actividades cotidianas. Probablemente los tres sistemas involucrados, podrían comenzar a interactuar poco antes de la llegada de la menstruación y las mismas pacientes podrían proporcionarse la estimulación nociva adjudicándole mayor importancia al aspecto motivacional afectivo. Si recordamos lo expuesto en el capítulo de hipnosis en cuanto a la sugestión, se habla de que la percepción de la llegada de la menstruación funciona como una estimulación nociva que provoca realmente un mecanismo similar al que se desencadena ante una estimulación física tangible; por lo tanto nuestra suposición puede ser real.

Ahora bien, la longitud de la escala utilizada para medir el dolor (0 a 100), se realizó bajo estos parámetros para poder convertir fácilmente los datos a porcentaje de dolor. Asimismo para que las pacientes no se vieran sujetas a tener que reducir su dolor a una escala puramente verbal que desviara sus interpretaciones. Es decir, la paciente podría haber calculado su dolor como

"severo" en un día de su ciclo menstrual, pero en días posteriores el dolor podría ser menos intenso, sin embargo no lo podía ubicar en la categoría de "moderado", puesto que en términos de su interpretación no era así y el ubicarlo todavía como "severo" podría falsear la información.

Además, la precaución que se tuvo para que las pacientes registraran el grado de su dolor por cada hora, permitió evaluar la variabilidad de los síntomas dolorosos y constatar que, así como lo mencionan Dalton (1971), Chesney y Tasto (1974) (b), efectivamente existen espasmos con mucho dolor que pueden desaparecer y aparecer en cualquier momento, lo que es característico de este tipo de dismenorrea.

Ahora bien, para poder establecer la realidad de un cambio que pudiera presentarse, fue necesaria la aplicación del Cuestionario de Evolución del Dolor, a fin de evaluar las diferencias entre las actividades que realizaban las pacientes antes y después del tratamiento. Los datos aportados por este cuestionario muestran el carácter positivo de los hallazgos.

En lo que respecta al tipo de diseño empleado, vimos a lo largo de este trabajo que la hipnosis no opera de la misma forma en cada persona, que dados todos los factores que influyen para que se pueda lograr un trance, resultaba difícil homogeneizar un grupo; no obstante sabíamos que un sólo sujeto no podía dar cuenta de la efectividad de la técnica, por lo que decidimos trabajar con varios sujetos, pero de manera independiente. Ya hemos mencionado que se cuidó que cada paciente cumpliera con algunas características para evitar



variabilidades extremas. Por otro lado, es importante hacer notar que el mismo reclutamiento de las pacientes, no fue tarea fácil; lo que provocó el tener que iniciar el tratamiento en momentos diferentes con cada una de ellas.

Estamos de acuerdo, que con este tipo de diseño (ABB'), se corre el riesgo de confundir el efecto de un tratamiento con los efectos del paso del tiempo, o con el de otras variables externas que son difíciles de controlar; sin embargo, su utilidad no puede negarse, debido a que es de este tipo de estudios de donde surgen nuevas hipótesis que posteriormente pueden ser sujetos de un riguroso escrutinio experimental. Del mismo modo, permite refinar las técnicas empleadas o desarrollar nuevas habilidades.

Respecto de nuestro trabajo, se observó que la duración de las fases en cada paciente fue diferente; sin embargo, siempre se siguieron las recomendaciones que autores como Hersen y Barlow (1973) han planteado. Ellos mencionan que durante la Línea Base, un mínimo de tres observaciones son suficientes para establecer la tendencia de los datos, y que aun cuando ésta vaya en declive, es posible evaluar un cambio cuando se ha introducido el tratamiento. De esta manera, si en Línea Base ya se observa una disminución de un síntoma, pero durante la intervención, la tendencia a la disminución se ve mucho más marcada, puede concluirse, con ciertas reservas, que el cambio es producto del tratamiento. Al respecto, Kazdin (citado en Hersen y Barlow, 1973), también menciona que una ligera disminución evidente en Línea Base, puede acelerarse con la introducción de un tratamiento. El caso de REBECA muestra efectivamente cómo es que se acelera este cambio durante la intervención.

Esta tendencia negativa en Línea Base también se observó en el caso de LETTY; aunque ésta no se aceleró durante la intervención. Suponemos que este tipo de patrones también pudieron deberse al efecto de variables no controladas en el estudio, como pudieran ser efectos placebos debidos a su expectativa de alivio, el mismo registro del nivel de dolor, una nueva percepción de su problema o la misma ingesta de medicamentos.

Por otro lado, Hersen y Barlow (1973) dan alternativas para cuando no es posible que se de una estabilidad en los datos de la Línea Base, como fue el caso de MARY y de BETTY; proponen alargar la fase hasta que se obtenga un patrón estable de los datos; sin embargo, dada la naturaleza del problema, los registros debían llenarse mensualmente, por lo que alargar la fase, hubiera implicado postergar la intervención y al mismo tiempo romper las expectativas de alivio de las pacientes.

En cuanto a la variabilidad del dolor a lo largo de los ciclos menstruales, ésta puede explicarse por varias razones. La fase de tratamiento originalmente estuvo planeada para que abarcara dos o máximo tres ciclos menstruales; sólo REBECA y EVELIA lograron adecuarse a esta medida. La prolongación de esta fase fue consecuencia de que las sesiones hipnóticas se veían interrumpidas por periodos de intensa actividad escolar, que significaban espacios de mucha tensión emocional sin prácticas hipnóticas con las terapeutas. Aun cuando ellas ejercitaban la rutina en sus casas debían cumplir el requisito de pasar por las 15 sesiones descritas en el procedimiento. Claros

ejemplos fueron los de MARY y EDITH, cuya fase de Intervención se prolongó hasta 5 ciclos menstruales.

Respecto a la significancia de los cambios ocurridos, algunas cuestiones revisten gran importancia. Primero, consideramos que la significancia estadística en el análisis de un estudio provee de datos valiosos para evaluar los alcances de los resultados; sin embargo, en ocasiones es de mayor valor el alcance clínico que el experimental, aún más, cuando se trata de casos en los que es objetivo fundamental reducir un problema que impide a un paciente desenvolverse cotidianamente.

Segundo, autores como Jacobson (1988) y Kendall (1988), proponen métodos estadísticos que involucran la comparación de los resultados obtenidos en determinado estudio, con una norma establecida o con un índice de funcionalidad o disfuncionalidad, que pueden obtenerse de instrumentos estandarizados o de lo que ya se conoce como "normalidad"; no negamos la utilidad que dichos procedimientos puedan tener; pese a ello, así como lo demuestran Blanchard y Schwarz (1988), en casos como el nuestro, en el que se evalúa el dolor, no existe una medida objetiva como pudiera ser el peso, la altura o la edad, por lo que se trabaja con un evento privado y personal, tal como lo definió Sterbach en 1974 (citado en Ibáñez y Vargas, 1980). Por otro lado, no existe una regla que haga mención del nivel "normal" de dolor. De ahí que resulte difícil emplear este tipo de métodos.

Blanchard y Schwarz (1988) mencionan, además que cuando un problema es factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades, cualquier reducción puede considerarse clínicamente significativa; del mismo modo, cuando la sintomatología del problema es tratada previamente con medicamento, la reducción en su consumo, es un criterio de significancia.

Estas consideraciones apoyaron la elección del criterio clínico para evaluar la significancia de los resultados.

En lo que respecta al uso de la hipnosis como modo de tratamiento, nos dimos cuenta de la diversidad de estados por los que pueden pasar las pacientes durante el trance hipnótico y que son evidenciados por Kinsburg (1962), Hartland (1971) y Mehta (1977). Ninguna de las pacientes tuvo un desarrollo idéntico, mientras que algunas se sentían adormecidas, otras se sentían relajadas; hubo periodos en que sentían frío o calor; algunas reportaron escuchar sonidos o ver imágenes raras durante el trance; y mientras algunas informaron de su gran facilidad para relajarse, otras más hablaron de dificultad para concentrarse o para despertar.

Un caso curioso, pero de suma importancia es el caso de LETTY, quien fungió como terapeuta y sujeto experimental. Como pudo observarse, los cambios que ella reportó, no fueron altamente significativos, por lo que pueden ser atribuidos a varios factores: pudo haber operado la ley del esfuerzo que mencionan Stokvis y Wiesenhutter (1983), ya que sus expectativas de alivio y su disposición por colaborar en el estudio eran demasiado altas; el haber tenido

conocimiento de la técnica de hipnosis, sus principios y la rutina específica de tratamiento; el seguir de cerca el desarrollo de la formación de su terapeuta en técnicas de hipnosis y por último, la relación de amistad entre éstas, que no permitió que se diera la imagen de autoridad de una sobre otra.

Por último, es importante aclarar que el ejercicio continuo y buenos hábitos alimenticios pueden favorecer la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de la dismenorrea.

Cabe aclarar que este estudio, al igual que otros, no está exento de deficiencias y/o limitantes; sin embargo, el reconocerlas proporciona información valiosa que enriquece la investigación futura. Por tanto, sugerimos que para estudios posteriores se realicen comparaciones entre grupos, a fin de detectar diferencias entre los sujetos que han tenido entrenamiento hipnótico y aquéllos que no lo tengan, ya que el hacer evaluaciones dentro del mismo grupo, como fue nuestro caso, impidió el que se pudiera retirar el tratamiento, pues se corría el riesgo de que los niveles de dolor volvieran a su estado inicial y por tanto las expectativas de alivio de las pacientes se rompieran.

Del mismo modo, se recomienda utilizar algún incentivo que motive a las pacientes a concluir el tratamiento, debido a que el tipo de estudio es largo y por tanto el índice de deserción puede ser alto. Esto permitiría alargar los períodos de Línea Base para poder obtener patrones de dolor estables o por lo menos para que las tendencias de éste se vislumbren ampliamente.

Se hace necesario también que cuando se utilice un grupo control, éste reciba, al final del estudio, el tratamiento hipnótico; de esta forma se amplía el alcance clínico y se pueden evaluar con más precisión las diferencias entre grupos.

Un control riguroso en lo que se refiere a las sesiones hipnóticas ininterrumpidas, eliminaría la posible influencia de variables extrañas como el paso del tiempo, asimismo se evitaría alargar el periodo de Intervención innecesariamente, obteniendo con ello, resultados más rápidos.

Las fases de Seguimiento podrían alargarse y así ampliar la significancia de los cambios. En este estudio, sólo se utilizaron tres ciclos menstruales, sin embargo, las pacientes siguieron reportando cambios favorables que no se registraron en los resultados.

Por otro lado, existen aspectos en los que el experimentador o terapeuta no puede incidir directamente. En este estudio hemos confiado en los antecedentes que proporcionaron las pacientes en referencia a su actividad sexual, diagnósticos médicos y uso de anticonceptivos. Se sugiere que, en la medida de lo posible, se controle este tipo de situaciones; probablemente se podrían pedir comprobantes médicos que validaran la información o en su defecto contar con los servicios de un médico especialista como parte del mismo estudio para obtener diagnósticos recientes.

Ahora bien, el análisis individual que se obtuvo de cada paciente resulta imprescindible en cualquier estudio, aun cuando se trate de diseños de grupo, debido a que en casos como el dolor no hay una norma establecida que permita hacer generalizaciones de los resultados, por lo tanto, resulta de vital importancia valorar en qué medida el tratamiento beneficia a cada una de ellas.

Creemos que este estudio puede contribuir en gran medida a la investigación sobre modelos psicológicos aplicados al campo de la medicina.

Es muy común que un tratamiento médico, para cualquier afección, traiga consigo otros efectos nocivos, cuya eliminación implicaría suspender el tratamiento. Ahora que hemos visto la utilidad de la hipnosis no podemos seguir postergando su uso. Aun cuando no puede por sí misma eliminar un cáncer, por ejemplo, es posible eliminar cierta sintomatología.

En nuestro caso, debido a la imposibilidad de utilizar una medida fisiológica, no podemos determinar si la hipnosis eliminó el dolor; pero sí podemos afirmar que modificó la percepción de éste, logrando así que las pacientes pudieran desarrollar sus actividades cotidianas aun cuando estuvieran menstruando.

La hipnosis a pesar de ser un campo bastante estudiado no ha logrado su aceptación total debido a las grandes controversias que siguen sin resolver; de otra forma su aplicación ya se hubiera extendido ampliamente en terrenos donde se ha comprobado su eficacia, como es el de la cirugía. Creemos que

mientras su uso no ponga en juego la integridad del individuo la investigación y práctica al respecto deben proliferar.



## CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo, pudo observarse que el estudio del dolor y de la hipnosis no resulta fácil. Son fenómenos tan complejos que la investigación en torno a ellos no es suficiente para su entendimiento pleno. De cualquier forma esto no ha sido obstáculo para que la práctica en clínica se detenga. Así, con este trabajo se logró ejemplificar cómo una enfermedad que hasta hace algún tiempo sólo fue tratada por los médicos, pudiera tratarse con un entrenamiento de hipnosis.

De manera general, se obtuvo que:

-Este estudio comprueba que el procedimiento de hipnosis, resultó efectivo en el tratamiento de la dismenorrea.

-La hipnosis no trajo consigo efectos nocivos, por el contrario, permitió, en gran medida la disminución en la ingesta de medicamentos que hubieran ocasionado dependencia.

-De acuerdo a lo reportado por las pacientes, la hipnosis no sólo contribuyó a disminuir sus síntomas dolorosos, sino que también les permitió sentirse más relajadas en otras actividades de su vida, como fue el estudiar.

-Si la hipnosis, así como otras técnicas, es eficaz para aliviar el dolor, se justifica su uso.

-Las pacientes además de recibir la aplicación de la técnica, se entrenaron en el uso de la autohipnosis.

-Fue posible modificar en las pacientes la concepción acerca de la hipnosis y los mitos que existían alrededor de la menstruación, a términos más positivos. Cabe aclarar, que esto fue resultado, no de la técnica en sí misma, sino de todo lo que implicó el estudio.

-Aún en campos que competen a la medicina, los modelos desarrollados en psicología han contribuido al tratamiento del dolor como enfermedad orgánica o psicológica.

-Con lo anterior se ha fomentado la multidisciplina en la solución de problemas del hombre.

-Finalmente, podemos aceptar nuestra hipótesis de trabajo que se refiere a: "Si el dolor que se produce durante la menstruación está influido por factores psicológicos tales como ideas, pensamientos, creencias, estados emocionales o afectivos, entonces es posible tratarlo con un entrenamiento en hipnosis.

## REFERENCIAS

Alling III, Ch. y Mahan, P. (1987). *Dolor Facial*. México: Ed. Limusa. p. 13-36.

Amodei, N. and Nelson-Gray, R. O. (1989). "Reactions of dysmenorrheic and non dysmenorrheic women to experimentally induced pain throughout the menstrual cycle". *Journal of behavioral medicine*. Vol. 12 No. 4 p. 373-385.

Balthazard, C. and Woody, Z. E. (1985). "The stuff of hypnotic performance: A review of Psychometric approaches". *Psychological bulletin*. Vol. 98 No. 2 p. 283-296.

Beks, J. W. F. (1980). *El manejo del dolor*. Amsterdam Oxford: Ed. Manual Moderno. p. 114-131.

Bennink, C.; Hulst, L. and Benthem, J. (1982). "The effects of EMG biofeedback and relaxation training on primary dysmenorrhea". *Journal of behavioral medicine*. Vol. 5 No. 3 p. 329-345.

Blanchard, E. B. and Schwarz, S. P. (1988). "Clinically significant changes in behavioral medicine". *Behavioral assesement*. Vol. 10 p. 171-188.

Bond, M. (1980). *Dolor: Su naturaleza, análisis y tratamiento*. Buenos Aires: Ed. Intermédica. Cap. 1 y 3.

Cox, D. (1983). "Menstrual symptoms in college students: a controlled study". *Journal of behavioral medicine*. Vol. 6 No. 3 p. 335- 339.

Craisilneck, H. and Hall, J. (1975). *Clinical Hypnosis: Principles and Applications*. New York: Ed. Grune and Stratton. Cap. 1, 2, 6 y 16.

Chaves, J. F. and Brown, J. M. (1987). "Espontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress". *Journal of behavioral medicine*. Vol. 10 No. 3 p. 263-276.

Chesney, M. and Tasto, D. (1975). "The development of the menstrual symptom questionnaire". *Behavior, Research and Therapy*. Vol. 13 p. 237-244. (a)

Chesney, M. and Tasto, D. (1975). "The effectiveness of behavior modification with spasmodic and congestive dysmenorrhea" *Behavior, Research and Therapy*. Vol. 13 p. 245-253. (b)

Dalton, K. (1971). *El ciclo menstrual*. Barcelona: Ed. Fontanella.

De Piano, F. A. and Salzberg, H. (1979). "Clinical applications of hypnosis to three psychosomatic disorders". *Psychological Bulletin*. Vol. 86 No. 6 p. 1223-1235.

Edwards, L. C.; Pearce, S.A.; Turner-Stokes, L. and Jones, A. (1992) "The pain belief questionnaire: an investigation of beliefs on the causes and consequences of pain" *Pain. Vol. 51* No. 3 p. 267-272.

Greenblatt, R. y Gambrell, D. (1988). "Dismenorrea primaria". *Mundo Médico. Vol. 15* p. 61-72.

Hapidou, E. and De Catanzaro, D. (1988). "Sensitivity to cold pressor pain in dysmenorrheic and non dysmenorrheic women as a function of menstrual cycle phase". *Pain. Vol. 34* p.277-283.

Hartland, J. (1971) *La hipnosis en medicina y en odontología, sus aplicaciones clínicas*. México: Editora Continental.

Hersen, M. and Barlow, D. H. (1976) *Single case experimental designs*. Great Britain: Ed. Pergamon International.

Hilgard, E. R. and Hilgard, J. R. (1990). *La hipnosis en el alivio del dolor*. México: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Ibáñez, E. R. y Vargas, J. F. (1980). *La relajación como un modo de tratamiento del dolor por dismenorrea*. Tesis de Licenciatura. ENEP Iztacala. UNAM.

Jacobson, N. S. (1988). "Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: issues, problems and new developments". *Behavioral assessment*. Vol. 10 p. 131-141.

Jamison, R. and Virts, K. (1990) "The influence of family support on chronic pain". *Behavioral resting therapy*. Vol. 28 No. 4 p. 283-287.

Jensen, M. and Karoly, P. (1991). "Control beliefs, coping efforts and adjustment to chronic pain". *Journal of consulting and clinical psychology*. Vol. 59 No. 3 p.431-438.

Jinich, H. (1975) *Nosología básica integral*. México: Ed. Francisco Méndez Oteo. p. 1-59.

Kazdin, A. E. (1983) *Historia de la modificación de la conducta: fundamentos experimentales de la investigación actual*. Bilbao: Ed. Desclee de Browwer.

Kendall, P. H. (1988) "Normative comparisons in therapy outcome". *Behavioral assessment*. Vol. 10 p. 147-158.

Kinsburg, G. (1962) *Hipnosis práctica*. Buenos Aires: Ed. Glemm. p.33-85.

Larkin, K; Knowlton, G. and Alessandri, R. (1990) "Predicting treatment outcome to progressive relaxation training in essential hypertensive patients". *Journal of behavioral medicine*. Vol. 13 No. 6 p. 605-617.

Macia, A. (1990). *Aplicaciones clínicas de evaluación y modificación de conducta. Estudio de casos*. México: Ed. Pirámide. Cap. 16.

Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, R. (1987). *La Sexualidad Humana*. Barcelona: Ed. Grijalbo. p. 111-120.

Mehta, M. (1977). *Dolor Rebelde*. Barcelona: Salvat Editores. Cap. 1 y 3.

Melzack, R. and Wall, P. (1965). "Pain, Mechanism: A new theory". *Science*. Vol. 150 p.153-164.

Miller, G. A.; Galanter, E. y Pribram, K. H. (1983). *Planes y estructura de la conducta*. Madrid: Ed. Debate.

Moret, V.; Forster, A.; Laverriere, M. C., Lambert, H.; Gaillard, R. C.; Bourgeois, P.; Haynal, A.; Gemperle, M. and Buchser, E. (1991). "Mechanism of analgesia induced by hypnosis and acupuncture: Is there a difference?". *Pain*. Vol. 45 p. 135-140.

Morse, A. C.; Dennerstein, L.; Farrell, E. and Varnavides, K. A. (1991) "A comparisons of hormone therapy, coping, skills training and relaxation for the relief of premenstrual syndrome". *Journal of behavioral medicine. Vol. 14* No. 5 p. 469-489.

Philips, H. C.; Grant, L. and Bewrkowitz, J. (1991). "The prevention of chronic pain and disability: a preliminary investigation". *Behavioral research and therapy. Vol. 29* No. 5 p. 443-450.

Formerlau, O. F. and Brady, J. P. (Eds) (1979) *Behavioral Medicine: Theory and practice*. Baltimore, USA: Ed. The Williams & Wilkins Company. p. 125-153.

Schumaker, J. (1991). *Human suggestibility advances in theory research and application*. New York: Ed. Routledge.

Sigmon, S. and Nelson-Gray, R. (1988). "The effectiveness of activity scheduling and relaxation training in the treatment of spasmodic dysmenorrhea". *Journal of behavioral medicine. Vol. 11* No. 5 p. 483-495.

Shaw, J. (1990). "Menstruation Phobia treated by cognitive correction: a case report". *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 21* No. 1 p.49-51.



Stokvis, B. y Wiesenhu:er, E. (1983). *Técnicas de relajación y sugestión*. Barcelona: Ed. Herder.

Williams, D. and Keefe, J. (1991) "Pain beliefs and the use of cognitive behavioral coping strategies". *Pain. Vol. 46* No.1 p. 185-190.

## APENDICES

## ANEXO 1



Mecanismo de transmisión de dolor  
según Descartes.

**ANEXO 2**  
**CUESTIONARIO DE SINTOMAS MENSTRUALES**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Instrucciones: Marca con una X la letra que corresponda a la frecuencia de cada reactivo.

N=nunca

R=raramente

A=algunas veces

F=frecuentemente

S=siempre

1. Me siento irritable, me agito fácilmente y me impaciento  
pocos días antes de mi período.

N R A F S

2. Tengo retortijones que comienzan el primer día de mi  
período

N R A F S

3. Me siento deprimida por varios días antes de mi período

N R A F S

4. Tengo un molesto dolor abdominal que comienza un día antes de mi período

N R A F S

5. Por varios días antes de mi período me siento agotada, adormecida o cansada

N R A F S

6. Me doy cuenta de que mi período va a comenzar únicamente cuando veo el calendario

N R A F S

7. Tomo algún medicamento para el dolor durante mi período

N R A F S

8. Me siento débil y con mareos durante mi período

N R A F S

9. Me siento tensa y nerviosa antes de mi período

N R A F S

10. Tengo diarrea durante mi período

N R A F S

11. Tengo dolor de espalda varios días antes de mi período

N R A F S

12. Tomo té o remedios caseros para el dolor durante mi período

N R A F S

13. Siento mis senos delicados y adoloridos pocos días antes de mi período

N R A F S

14. La parte baja de mi abdomen y la parte interior de mis muslos comienzan a molestarme y a estar delicados en el primer día de mi período

N R A F S

15. Durante el primer día o los siguientes de mi período, me gustaría estar acurrucada en mi cama, o poniéndome una bolsa de agua caliente sobre mi abdomen o tomando un baño caliente

N R A F S

16. Gano peso antes de mi período

N R A F S

17. Estoy estreñida durante mi período

N R A F S

18. El primer día de mi período tengo dolores que pueden disminuir o desaparecer por varios minutos y luego reaparecer

N R A F S

19. El dolor que tengo en mi período no es intenso, pero es una molestia continua

N R A F S

20. Tengo molestias abdominales por más de un día antes de mi período

N R A F S

21. Siento el área abdominal hinchada pocos días antes de mi período

N R A F S

22. Tengo dolores en la espalda que comienzan el mismo día de mi período

N R A F S

23. Siento náuseas durante el primer día o en los siguientes de mi período

N R A F S

24. Tengo dolor de cabeza pocos días antes de mi período

N R A F S

*Instrucciones:* Contesta la pregunta de acuerdo a las siguientes descripciones:

25. TIPO I: El dolor comienza en el primer día de menstruación, frecuentemente llega dentro de la primera hora de los signos menstruales. El dolor es más severo en el primer día y puede o no continuar los días posteriores. Siento como espasmos; el dolor puede disminuir por un rato y luego reaparecer. Pocas mujeres encuentran que su dolor es tan severo que les causa vómitos, desmayos o vértigos; algunas otras reportan que ellas están más cómodas en la cama o tomando un baño caliente. Este dolor es limitado a la parte baja del abdomen, espalda y en el interior de los muslos.



TIPO II: Hay aviso adelantado del comienzo de la menstruación durante el cual la mujer siente un incremento de pesadez y un dolor en la parte baja del abdomen. Este dolor es acompañado algunas veces por náuseas, pérdida de apetito y estreñimiento, dolor de cabeza y dolor de espalda; el dolor en los senos es también característico de este tipo de malestar menstrual.

El tipo que más se ajusta a mi experiencia es el  
TIPO: \_\_\_\_\_

*Instrucciones:* Contesta las siguientes preguntas:

26. A qué edad comenzó tu primera menstruación? \_\_\_\_\_
27. Cuando comenzaron las molestias? \_\_\_\_\_
28. Eres regular en tu periodo menstrual? \_\_\_\_\_
29. Haz tenido relaciones sexuales? \_\_\_\_\_
30. Haz utilizado algún método anticonceptivo, ya sea para disminuir el dolor, para regularizar el periodo o para controlar tu actividad sexual? \_\_\_\_\_ especifica \_\_\_\_\_

---

31. Haz consultado algún médico o ginecólogo para tratar tus síntomas menstruales? \_\_\_\_\_ Te dio algún diagnóstico? \_\_\_\_\_ cuál? \_\_\_\_\_

**ANEXO 3**  
**CUESTIONARIO DE EVOLUCION DEL DOLOR**

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Instrucciones: Conteste las siguientes preguntas de acuerdo a su caso.

1. Cuándo fue la primera vez que presentó el dolor a causa de su menstruación \_\_\_\_\_

2. Dónde estaba? \_\_\_\_\_

3. Qué fue lo que usted hizo? \_\_\_\_\_

4. Ha estado sintiendo el dolor por meses o años? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si la respuesta es si, describir el desarrollo de éste \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Dónde siente su dolor actualmente? \_\_\_\_\_

6. Qué cree usted que sea la causa del dolor? \_\_\_\_\_

7. Tiene el dolor de estomago todo el tiempo? \_\_\_\_\_

8. Se ha prolongado su dolor?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Dónde \_\_\_\_\_

9. En caso de sentir dolor en otras partes del cuerpo a causa de la menstruación, en qué parte del cuerpo parece calmarse el dolor? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Qué tanto permanece el dolor más fuerte? \_\_\_\_\_

11. Qué tanto tiempo pasa antes de desaparecer el dolor \_\_\_\_\_

12. Cómo valoraría su dolor?: (Marque con una X)

Moderado \_\_\_\_\_ Poco fuerte \_\_\_\_\_  
Fuerte \_\_\_\_\_ Muy fuerte \_\_\_\_\_

13. Si valorara su dolor como fortísimo en 100%, cómo describiría su dolor en una escala de 0 a 100?

- |                               |                                    |
|-------------------------------|------------------------------------|
| a. Triste _____%              | b. Penetrante _____%               |
| c. Cortante _____%            | d. Profundo _____%                 |
| e. Aplastante _____%          | f. Pulsante _____%                 |
| g. Constante _____%           | h. Ardiente _____%                 |
| i. Punzante _____%            | j. Flechazos _____%                |
| k. Puñaladas _____%           | l. fastidioso _____%               |
| m. Adormecedor _____%         | n. Muerto _____%                   |
| ñ. Zumbar los<br>oídos _____% | o. Punzadas o<br>piquetazos _____% |
| p. Explosión _____%           | q. Sensible a<br>golpes _____%     |

14. El dolor es acompañado por:

- a. Vómitos Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
b. Náuseas Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
c. Desvanecimiento Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
d. Sentir desmayos Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
e. Miedo Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
f. Respiración agitada Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
g. Sudoración Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

- h. Visión borrosa Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- i. Sentir sonrojarse Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- j. Palpitaciones del corazón Si \_\_\_ No \_\_\_

15. Cuándo se siente peor?:

SI NO

- a. Cuando se levanta \_\_\_\_\_
- b. Entre el desayuno y la comida \_\_\_\_\_
- c. Entre la comida y la cena \_\_\_\_\_
- d. Entre la cena y la hora de  
ir a dormir \_\_\_\_\_
- e. Mientras trata de dormir \_\_\_\_\_

16. Tiene algunos síntomas que le advierten que va a comenzar su dolor? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es SI, Dónde? \_\_\_\_\_

17. Si valorara su dolor como fortísimo (100%), cómo valoraría su dolor en una escala de 0 a 100% en las siguientes situaciones:

- a. Saliendo de la cama \_\_\_\_\_ %
- b. Levantándose después de haber estado sentada \_\_\_\_\_ %
- c. Esforzándose por levantarse \_\_\_\_\_ %
- d. Trabajando \_\_\_\_\_ %
- e. Caminando \_\_\_\_\_ %
- f. Sentándose \_\_\_\_\_ %
- g. Parada \_\_\_\_\_ %

- h. Tosiendo \_\_\_\_\_%
- i. Estornudando \_\_\_\_\_%
- j. Orinando \_\_\_\_\_%
- k. Defecando \_\_\_\_\_%
- l. Haciendo quehacer \_\_\_\_\_%
- m. Corriendo \_\_\_\_\_%
- n. Agachándose \_\_\_\_\_%
- ñ. Haciendo otro esfuerzo \_\_\_\_\_%

18. Qué tanto interfiere su dolor con las siguientes actividades en una escala de 0 a 100% (el 100 % significa que usted no puede realizar la actividad debido al dolor):

- a. Mientras trata de quedarse dormida en la noche \_\_\_\_\_%
- b. Al dejar la casa \_\_\_\_\_%
- c. En sus actividades sexuales \_\_\_\_\_%
- d. Disfrutando con su familia \_\_\_\_\_%
- e. Disfrutando en sus pasatiempos o relajándose \_\_\_\_\_%

19. Cómo valoraría su dolor (de 0 a 100%) en las siguientes situaciones?:

- a. Viendo la T.V. \_\_\_\_\_%
- b. Leyendo \_\_\_\_\_%
- c. Viendo el cine \_\_\_\_\_%
- d. Viendo deportes \_\_\_\_\_%
- e. Estando con amigos \_\_\_\_\_%
- f. Estando con extraños \_\_\_\_\_%

g. Discutiendo con alguien \_\_\_\_\_ %

h. Estando sola \_\_\_\_\_ %

i. Sintiéndose sola \_\_\_\_\_ %

j. Estando nerviosa \_\_\_\_\_ %

k. Estando aburrida \_\_\_\_\_ %

l. Estando ocupada \_\_\_\_\_ %

m. Estando feliz \_\_\_\_\_ %

20. Cuántas veces al día siente su dolor?

0-5 \_\_\_\_\_ 5-10 \_\_\_\_\_ 10-20 \_\_\_\_\_ 20-40 \_\_\_\_\_ más de 40 \_\_\_\_\_

21. Qué medicamentos tomó para calmar su dolor?:

Medicamentos	Cuánto tiempo	Qué tan efectivo fue?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

22. Qué medicamentos está tomando ahora?

a. \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ veces al día \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ veces al día \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ veces al día \_\_\_\_\_

23. Qué beneficios le ha dado en el trabajo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Qué ha hecho además de tomar medicamentos para aliviar su dolor?

---

---

25. Si usted toma café u otras bebidas, le afectan en su dolor?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si hay otras bebidas involucradas, cuáles son? \_\_\_\_\_

26. Hay algún tipo de comida que parezca afectarle o que le afecte en su dolor? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si contesta SI, cuáles son? \_\_\_\_\_

---

27. Qué otros factores están o parecen estar asociados con su dolor? \_\_\_\_\_

---

28. Qué hacen sus parientes o amigos cuando está con su dolor? \_\_\_\_\_

29. Si usted se libera de su dolor, cómo cambiaría su vida? \_\_\_\_\_

30. Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---





**ANEXO 5**  
**REGISTRO DE MEDICAMENTOS INGERIDOS**

Instrucciones: En el siguiente cuadro anota las medicinas ingeridas durante tu período menstrual para mitigar el dolor.

MEDICINAS INGERIDAS

FECHA	HORA	MEDICINA	DOSIS	VIA

## ANEXO 6

### RUTINA DE APLICACION ( HIPNOSIS)

Siéntate cómodamente recarga tu cabeza en el respaldo... suelta tu cuerpo... manten tus brazos relajados a los lados... respira con tranquilidad... escoge un punto en el techo... lo más atrás que puedas... fija tu vista en él... y obsérvalo detenidamente... lo más atrás que puedas... fija tu vista sin parpadear... mantén la vista fija en ese punto del techo... suéltate... flojamente y relajada... comienza a contar regresivamente del 400 hacia el cero... no en voz alta... mentalmente... sigues viendo el punto en el techo... respira... cada vez más profundo... respira tranquilamente... mantén la vista fija en ese punto... siente cómo se comienza a cansar tu vista... sigue tu cuenta regresiva... sigues fijando tu vista... mientras lo miras, sentirás que tus párpados son cada momento más... más... y más pesados... quisieran cerrarse... tu respiración es lenta... tranquila... tus ojos se cansan cada vez más... se empiezan a llenar de lágrimas... pero siguen fijos en el punto... quieren cerrarse... trata de no hacerlo... tu te sientes relajada... tranquila... y tus ojos cada vez más... y más pesados... empiezan a parpadear... se quieren cerrar... no trates de evitarlo. Ahora, deja que parpadeen... los párpados se sienten pesados... muy pesados... tan pesados que tus ojos comienzan a cerrarse... cuando sientas que los ojos se cierran... no lo evites... no trates de luchar... deja que se cierren... deja que tus párpados caigan suavemente... termina tu conteo... y ahora, duerme.

## PROFUNDIZACION DE HIPNOSIS

Mientras te encuentras descansando en el sillón... quiero que imagines una escena tranquila y agradable... imagínate a la orilla del mar... tomando un baño de sol... puedes sentir la arena suave y caliente... puedes ver el cielo y sentir el calor del sol en el cuerpo... deja que los músculos de tu cuerpo queden sueltos y flojos... empieza por los músculos de tus pies... y de tus tobillos... aflójalos... suéltalos... siente cómo descansan... ahora, los músculos de tus pantorrillas... deja que descansen... relájalos... suéltalos... totalmente sueltos... sigue con los músculos de tus piernas... ahora están muy pesadas... tan pesadas como el plomo... aflójalas... suéltalas... relájalas... siente el bienestar de este estado... a medida que relajas tus músculos... a medida que estás más reconfortada... entras a un trance hipnótico más profundo... más y más profundo... tienes la mente tranquila... feliz... sin presiones... no hay tensión... está despejada... relajada... descansada... disfrutas realmente de esta sensación de descanso y tranquilidad... y penetras a un estado hipnótico cada vez más profundo. Continúa con los músculos de tu cadera... de tu estómago... afloja los músculos... suéltalos... relájalos... sueltos y flojos... ahora los músculos del pecho... los de la espalda... relájate totalmente... deja que los músculos de tus hombros se relajen... suéltalos... abandónate en esa fase de tranquilidad... cada vez mayor... suelta tus brazos... afloja sus músculos... puedes sentir tu cuerpo pesado... que se hunde en la arena... deja que se hunda cómodamente y relájalo completamente... puedes sentir el calor del sol en tu cuerpo... es una sensación muy... muy agradable y placentera. Ahora los músculos de tu cara... aflójalos... relájalos... que descansen totalmente... abre tus labios... deja que se cierren suavemente... tus ojos permanecen cerrados... no los aprietes... deja que

descansen suavemente. Ahora, estás totalmente relajada... y has caído más profundamente a un estado hipnótico.

Ahora quiero que imagines... que estás en el elevador de un edificio... te encuentras en el piso 10... a medida que desciende... tu te encuentras... más... y más relajada... cada piso que bajas... te lleva a un estado de relajación mayor... y a un trance hipnótico más profundo... te encuentras ahora en el piso 9... y estás más... y más relajada... el elevador desciende al piso 8... y lentamente... baja hasta el piso 7... te encuentras aún... más... y más relajada... la sensación de bienestar aumenta... y el trance hipnótico... se hace cada vez más... y más profundo... el elevador desciende... te encuentras en el piso número 6... tu estado de relajación... invade todo tu cuerpo y tu mente... sigues bajando... estás en el piso 5... y estás aún más relajada... ahora te encuentras en el piso 4... y lentamente llegas al piso 3... y caes más profundamente... en esa sensación de bienestar y tranquilidad... despacio... muy despacio... el elevador se encuentra en el piso 2... y poco... a poco... llega al piso número 1... tu estás completamente relajada... y tranquila... la sensación de bienestar te envuelve toda... y quedas más profundamente dormida.

Sigues escuchando mi voz... cualquier otro ruido extraño... debe recordarte... que solo debes atender a mi voz... tu respiración es tranquila y pausada... ahora vas a respirar a un nuevo ritmo... cuando escuches la palabra serena... llena de aire tus pulmones... y reténlo ahí... hasta que escuches la palabra tranquila... ahora... serena... tranquila... serena... tranquila... serena... tranquila ... serena... tranquila... sigue respirando... a este mismo ritmo... hasta

que vuelvas a escuchar mi voz... [2 min]. Después de este ejercicio... has entrado a un estado hipnótico más... y más profundo... tu respiración vuelve a ser normal... tranquila... y tu estás aún... más... y más relajada.

### FORTALECIMIENTO DEL EGO.

Ahora, te encuentras tan profundamente... tan profundamente dormida... y tu mente ha quedado tan sensitiva... tan receptiva a lo que digo... que todo lo que ponga en ella... penetrará... en la parte inconsciente de tu mente... y causará allí una impresión tan profunda y duradera... que nada la quitará de ahí, lo que coloque en tu mente inconsciente, influirá... cada vez más... y más... en tu manera de pensar... de sentir... y de comportarte... y como estas cosas permanecerán en la parte inconsciente de tu mente... aún después de que hayas salido de aquí, cuando ya no estés conmigo... continuarán ejerciendo la misma fuerte influencia... sobre tus pensamientos... sobre tus sentimientos... y sobre tus acciones... igual de fuerte... igual de segura... con igual poder... cuando hayas regresado a tu casa... o te encuentres en tus clases... así como estás conmigo en este lugar. Ahora... te encuentras tan profundamente dormida... que todo lo que te diga que va a suceder... para tu propio bien... te sucederá... exactamente como yo lo diga... y todo sentimiento... que te diga que experimentarás... realmente lo experimentarás... como yo lo diga... y todo eso continuará sucediéndote todos los días... igual de fuerte... igual de seguro... con igual poder... cuando hayas regresado a tu casa... o a tus clases... igual que cuando estás conmigo en este lugar. Durante este profundo sueño te vas a sentir físicamente más fuerte... y más apta en todas formas... te sentirás más... y más alerta... más despierta... con mayor energía... te cansarás con mucha menor

facilidad... te sentirás mucho menos fatigada... mucho menos desalentada... y mucho menos deprimida... cada día te interesarás... tan profundamente... en cualquier cosa que hagas... en cualesquiera que sea lo que te rodee... que tu mente se distraerá... completamente de ti misma... ya no pensarás tanto en ti misma... ya no te preocuparás tanto por ti misma y por tus dificultades... estarás mucho menos consciente de ti misma y de tus propios sentimientos. Cada día... tus nervios se volverán más vigorosos y firmes... tu mente estará más despejada... y más calmada... cada vez más tranquila... más relajada... mucho menos agitada... mucho menos temerosa y aprehensiva... mucho menos alterada... cada día te encontrarás mucho más calmada... mucho más descansada... nada tensa... tan relajada... tan tranquila... emocional y físicamente... así tendrás mucha más confianza en ti misma... más confianza en tu propia habilidad para hacer... no sólo lo que tengas que hacer todos los días... si no también más... y más confianza... en tu habilidad para hacer lo que deberías poder hacer... sin temor al fracaso... sin temor a las consecuencias... sin ansiedad innecesaria... sin inquietud... debido a esto... cada día te sentirás... más... y más independiente... más capaz de ver por ti misma... de valerte por ti misma... de sostener tu propia personalidad... sin importar que las cosas... sean difíciles o irritantes... cada día... sentirás una sensación más grande de bienestar personal... una sensación más grande de seguridad personal... y de confianza... te sentirás más capaz de confiar... de depender de ti misma... de tus propios esfuerzos... de tu propio criterio... y de tus propias opiniones.

## RUTINA ESPECIFICA DE DOLOR MENSTRUAL.

Ahora, concéntrate en lo que te voy a decir... concéntrate en la parte baja de tu abdomen... siente tu abdomen... conforme te vas concentrando...sientes que los músculos de tu abdomen se relajan... cada vez más relajados. Ahora, voy a tocar tu abdomen... conforme sientes la presión de mi mano... vas sintiendo caliente... la zona que voy tocando... cada vez más caliente... un agradable y reconfortante calor... conforme se va calentando la zona... se va sintiendo cada vez más relajada... eliminando cada vez más la tensión... siente el calor... siente la relajación... al eliminarse la tensión... se elimina el dolor... un estado de bienestar... te va invadiendo... poco... a poco... lenta pero sensiblemente... cada vez más caliente... más agradable.

Quiero que imagines... que llega tu menstruación... sientes todos los síntomas... que te indican que ya llegó... te das cuenta de que el flujo ha comenzado... pero como estás relajada... y la zona de tu bajo abdomen está caliente... continúa la sensación de bienestar... de tranquilidad... de calma... no hay dolor... no hay ansiedad... te das cuenta... como se deslizan los acontecimientos... de manera fluida y calmada... sin prisas... sin molestias... imagínate vívidamente la situación... tener los síntomas de menstruación... y sentirte relajada y tranquila al mismo tiempo... un calor agradable y tranquilizador... te invade. Continúa disfrutando este estado... hasta que vuelvas a escuchar mi voz... [2 min].



## INDUCCION DE AMNESIA.

Muy bien... ahora... quiero que te imagines... que estoy parada enfrente de tí... y que hay un pizarrón... en ese pizarrón... escribo la palabra M-E-M-O-R-I-A... repasa una y otra vez... esa palabra... letra... por letra... ahora, tomo un borrador... y comienzo a borrar... lentamente... la palabra memoria... de esa misma manera... tu vas a olvidar todo lo ocurrido en esta sesión... y así quedará... más... y más incrustado en la parte más profunda de tu mente... y por lo tanto... tendrá más efectos curativos... por lo tanto... para tu propio bien... olvidarás TODO lo ocurrido en esta sesión. La próxima vez... caerás en un estado de hipnosis... más rápido... y más profundo.

## DESPERTAR.

Dentro de un momento... cuando cuente hasta 7... abrirás los ojos... y estarás completamente despierta... despertarás... sintiéndote mucho mejor... como resultado de este sueño... profundo y reparador. Te sentirás... completamente descansada... tanto de la mente como del cuerpo... completamente tranquila... sin la más ligera sensación de somnolencia y cansancio... rendirás totalmente en todo lo que tengas que realizar durante el día y en los posteriores. Para la siguiente vez... disfrutarás y caerás más profundamente en este sueño hipnótico... dormirás más fácilmente... y la sensación de bienestar... será aún más fuerte y duradera. Ahora... comenzaré a contar... y lentamente irás abriendo los ojos... uno... dos... tres... cuatro... cinco... seis... siete.