

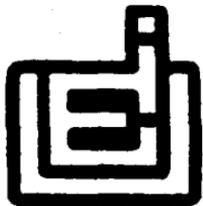


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "IZTACALA"

APLICACION DE LA HIPNOSIS COMO UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO A PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA N ALQUICIRA PALACIOS DAMIAN TORRES AGUILAR ARUMI



LOS REYES IZTACALA, MEXICO

1995

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

Dedico este trabajo....

A MIS PADRES:

Que me han amado tanto a pesar de mis rarezas y mis constantes rebeldías. Gracias por estar a mi lado en todo momento. Yo también los amo infinitamente.

A JOAQUI Y MARCOS:

Quienes desde donde se encuentran siguen bendiciéndome como cuando niña y están compartiendo conmigo este logro tan anhelado. ¡Gracias abuelitos queridos!

A MAMA DOMI:

Porque tus desvelos y preocupaciones no fueron en vano. Que Dios te conserve por mucho tiempo junto a tus hijos para iluminar ese sendero que falta por recorrer; y para seguir guiando nuestros pasos con tu inmensa sabiduría.

A TITA:

Figura esencial desde mi más tierna infancia. Te amo hoy más que siempre así como tú me has amado tanto y sin reservas desde el principio de mi existencia.

A MI HERMANO:

Porque juntos hemos aprendido grandes lecciones de la vida. Y sé que hoy como siempre deseas lo mejor para mí. Te quiero mucho.

A LA FAMILIA ALQUICIRA PALACIOS:

Por su apoyo siempre optimista aún en los momentos de mayor preocupación. Agradezco infinitamente todo su afecto y comprensión.

A TANNIA, BETI Y SANDRA:

Incomparables amigos que han estado a mi lado en todo momento. Por no dejarme sola y por compartir conmigo alegrías y pesares por igual. Los quiero mucho.

A LETI:

Por el reencuentro de dos seres que, a pesar de las vicisitudes se aman entrañablemente. Hoy como siempre cuentas conmigo.

A DAMIAN:

Porque ésta es sólo una de las tantas metas que juntos hemos de alcanzar. Gracias por tu paciencia, por tu apoyo y por tu esfuerzo de cada día. Gracias por ese empeño tan grande que pones a todo cuanto haces. Gracias por quererme tal como soy. TE AMO.

A R U M I

Gracias a Dios por haberme dado la vida, la oportunidad y la fuerza para alcanzar esta meta, así como la posibilidad de ser un instrumento de servicio para el prójimo.

Agradezco a mis Padres porque sin su ejemplo, dedicación, apoyo y cariño no podría haber salido adelante. Muchísimas Gracias.

Dedico este trabajo a la memoria del tío Juan quien vive cada día en sus consejos y enseñanzas y que seguramente comparte la alegría que siento. Gracias John.

A todos mis hermanos ya que gracias a su ejemplo y a la diversidad de gustos y formas de pensar coadyuvaron a fijar y lograr esta meta. Gracias.

A Betty, Letty y Sandy porque compartimos el mismo sentido de la amistad, la necesidad de la espiritualidad, el esfuerzo por seguir siempre adelante, por la alegría de vivir y de soñar. Las quiero mucho.

Muy especialmente quiero agradecer a Arumi a quien respeto, admiro y amo, por su afán de ser cada día mejor, tanto en lo humano como en lo espiritual, así como por la enorme capacidad que tiene de amar.

D A M I A N

Agradecemos a nuestros profesores:

Jesús Vargas.

Joselina Ibáñez.

Yesenia Arriaga.

Que guiaron nuestro trabajo como maestros y amigos.

Agradecemos a los médicos y jefes de servicio del Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI. IMSS. por su colaboración para el desarrollo del presente estudio.

Dr. Joaquín Rivedencyra Hinojosa.

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

Dr. Renaldo Guzmán.

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.

Dr. Juan Ramón Ayala.

JEFE DEL SERVICIO DE RADIOTERAPIA.

Dr. Víctor Lira Puerto.

JEFE DEL SERVICIO DE QUIMIOTERAPIA.

Agradecemos muy especialmente a la psicóloga Gloria Martínez Valdés y a la doctora Judith Huerta Bohena por su invaluable ayuda, el tiempo y el interés puesto en todo momento en nuestra labor.

**A nuestras pacientes... como un tributo a su amor por la vida.
Gracias por su colaboración y por tan grande lección de valor.**

INDICE

INTRODUCCIÓN.

I. PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	16
II. EL PACIENTE CON CÁNCER.....	25
- CAUSAS DEL CÁNCER.	
- TRATAMIENTOS MÉDICOS.	
- CÁNCER DE MAMA.	
- ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER MAMARIO	
III. TÉCNICAS DE AUTO-REGULACIÓN.....	37
BIO-RETROALIMENTACIÓN. (BIOFEEDBACK).....	38
- ANTECEDENTES.	
- APLICACIONES DE LA BIO-RETROALIMENTACIÓN.	
- BIO-RETROALIMENTACIÓN Y CÁNCER.	
- VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA BIO-RETROALIMENTACIÓN.	

RELAJACIÓN..... 49

- ANTECEDENTES.
- TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.
- APLICACIONES CLÍNICAS DE LA RELAJACIÓN.
- RELAJACIÓN Y CÁNCER.
- VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA RELAJACIÓN.

IV. HIPNOSIS.....59

- CONCEPTO DE HIPNOSIS.
- ANTECEDENTES.
- TEORÍAS DE LA HIPNOSIS.
- VIGILIA SUEÑO E HIPNOSIS.
- SUGESTIÓN.
- MÉTODOS DE INDUCCIÓN HIPNÓTICA.
- FASES DEL TRANCE HIPNÓTICO.
- ALGUNOS FENÓMENOS COMÚNES DEL ESTADO HIPNÓTICO.
- AUTO-HIPNOSIS.
- APLICACIONES CLÍNICAS DE LA HIPNOSIS.
- HIPNOSIS Y CONTROL DEL DOLOR.
- CONSIDERACIONES SOBRE LA HIPNOSIS.

V. HIPNOSIS Y CÁNCER.....103

- CONSIDERACIONES SOBRE LA HIPNOSIS Y EL CÁNCER.

VI. REPORTE DE TRABAJO.....116

- SUJETOS.

- MATERIALES.

- INSTRUMENTOS.

- ESCENARIO.

- VARIABLES.

- DISEÑO.

- PROCEDIMIENTO.

- EVALUACIÓN.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.....124

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....129

BIBLIOGRAFÍA.....138

ANEXOS.....144

RESUMEN

A lo largo de la historia, la hipnosis ha sido concebida como un fenómeno producido por la magia y la hechicería. Con el paso de los años, los diversos investigadores lograron retirar de la hipnosis ese halo de superchería y establecieron las bases para que la ciencia explotara las potencialidades de su uso dentro del campo de la salud. Siendo de nuestro principal interés el área de la oncología.

La Psicología, desde un enfoque Cognitivo-conductual establece la importancia de la hipnosis como una técnica de auto-regulación consistente en la sustitución de la voz interna del individuo con el propósito de modificar su percepción y sus planes.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad de la terapia hipnótica en el entrenamiento de pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia en la mejora del afrontamiento a dichos tratamientos.

Se trabajó con 13 pacientes derecho-habientes del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Las pacientes tenían edades comprendidas en un rango de 34 a 66 años. Acudían por primera vez al servicio de quimioterapia o radioterapia con diagnóstico de cáncer de mama. Todas presentaban ansiedad y temor a sus tratamientos.

Las pacientes fueron entrenadas en hipnosis durante 12 sesiones y evaluadas con una escala de ansiedad estandarizada (IDARE).

Los resultados mostraron discrepancia entre los puntajes obtenidos dentro de la escala de ansiedad y los auto-reportes de los pacientes. Se observó notable decremento en la ansiedad de las sujetos aún cuando el instrumento registraba lo contrario.

Por lo tanto se concluye que el entrenamiento en hipnosis fue efectivo para mejorar el afrontamiento de las pacientes a sus tratamientos médicos y para decrementar su ansiedad ante éstos.

Desde épocas remotas el ser humano ha tenido conocimiento acerca de la hipnosis, aunque las concepciones de ésta no siempre hayan sido las más adecuadas. Los enfoques que intentan comprender el fenómeno hipnótico han ido desde los planteamientos mágicos hasta otros más objetivos que buscan utilizarla para mejorar las condiciones de vida humana.

Independientemente de las connotaciones que se le han dado, la hipnosis es también un fenómeno natural en el ser humano, ya que a diario estamos expuestos a la sugestión aunque de un modo consciente no nos demos cuenta de ello. Es aquí donde surge el interés de investigar más científicamente el fenómeno y analizar sus potencialidades.

La ciencia moderna, especialmente en el campo de la salud, ha encontrado en la hipnosis un instrumento terapéutico de grandes alcances que, combinado con otros procedimientos más convencionales puede contribuir enormemente al tratamiento de diversas enfermedades.

La Psicología se ha ocupado de investigar ampliamente el tipo de padecimientos que pueden tratarse favorablemente con hipnosis; además de contribuir a la desmitificación de un procedimiento que actualmente sigue demostrando su efectividad.

Es precisamente la investigación constante, lo que llevó a nuestra disciplina a comprobar que la hipnosis usada como una técnica de autorregulación incrementa en gran medida la fortaleza psicológica (y en muchos casos física) de los enfermos y particularmente de los pacientes con alguna enfermedad crónica.

Dentro de esta clase de enfermedades nos encontramos con una en especial que el sólo nombrarla produce miedo: se trata del cáncer. Y siendo ésta una enfermedad tan temida, no dudamos en afirmar que sus efectos psicológicos son tan devastadores como los físicos. Justamente aquí, y en una situación tan concreta como la del paciente con cáncer es donde la hipnosis como aprendizaje autógeno constituye una muy útil alternativa de tratamiento.

Conociendo las condiciones de deterioro psicológico que el paciente con cáncer debe afrontar, decidimos desarrollar una estrategia donde el objetivo fue evaluar la efectividad de la terapia hipnótica en el entrenamiento de pacientes sometidos a quimioterapia y radioterapia para mejorar su afrontamiento a dichos tratamientos. Así como establecer la posible relación entre el entrenamiento en hipnosis y la disminución de las respuestas de ansiedad que las pacientes manifiestan ante sus tratamientos. Esto nos permite abordar tal problemática ofreciendo el apoyo necesario a los pacientes para afrontar de un modo funcional su enfermedad.

El presente trabajo ofrece a la Psicología y a la Medicina una alternativa de tratamiento para abordar oportunamente la situación de desequilibrio psicológico que atraviesa el enfermo crónico y especialmente el paciente con cáncer.

La estrategia diseñada por nosotros constituye una propuesta de trabajo que facilitó el entrenamiento en hipnosis a pacientes con cáncer. Sin embargo, esto no significa que en investigaciones futuras deba

permanecer tal cual, por el contrario, es conveniente y necesario que evolucione y se siga perfeccionando.

Esto para bien de los pacientes mismos y, por otra parte, para obtener finalmente una estrategia que siga proporcionando datos valiosos a la investigación aplicada en la Psicología Clínica.

Con el propósito de que el lector identifique claramente las directrices de nuestro trabajo, la información será presentada del modo siguiente:

En el capítulo primero abordaremos la problemática del paciente con enfermedades crónicas y el impacto psicológico que representa el tener que vivir acompañado por su enfermedad, independientemente de que ésta sea mortal o no.

En el segundo capítulo hablaremos específicamente de la situación que afronta el paciente con cáncer, como enfermo crónico que es, analizando el control médico y psicológico al que es sometido, a fin de que se conozca el tipo de población a quien fue dirigido nuestro entrenamiento.

El tercer capítulo considera la descripción detallada de la Bio-retroalimentación y la Relajación como técnicas de auto-regulación. Hablaremos de sus antecedentes y de sus aplicaciones clínicas, además de analizar sus aportaciones al tratamiento del paciente con cáncer.

El cuarto capítulo está dedicado exclusivamente al análisis teórico de la Hipnosis, sus elementos principales y algunas de sus aplicaciones clínicas.

En el quinto capítulo mencionamos los avances que hasta el momento se han tenido utilizando la hipnosis para tratar al paciente con cáncer.

Estos dos capítulos contienen los elementos teóricos y empíricos que tomamos como punto de partida para el desarrollo de nuestro estudio.

A partir del sexto capítulo presentamos el reporte de nuestra investigación con enfermas de cáncer, analizando los efectos que la intervención produjo en el control de la ansiedad de las sujetos.

A continuación exponemos nuestras conclusiones al respecto y comparamos los resultados obtenidos con los reportados por la literatura revisada.

Finalmente se incluyen la bibliografía utilizada y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

En la actualidad es muy común oír hablar de la diversidad de enfermedades que sin provocar un daño muy evidente, revisten una gran importancia para quienes la padecen. Esta clase de enfermedades son las denominadas crónicas.

Pero ¿que es exactamente una enfermedad crónica?. Feigenbaum (1990), ofrece una definición sencilla que nos permite comprender más claramente en qué consiste la enfermedad crónica: Argumenta que tales enfermedades son alteraciones naturales del organismo humano (desgaste o envejecimiento) que se presentan en una etapa temprana cronológicamente. Esta presentación se puede deber a varios factores como los malos hábitos de alimentación, la falta de ejercicio, exposición a elementos carcinógenos (radiaciones, tabaco), factores estresantes o hereditarios. (En Schroeder, Krupp y McPhee, 1990).

Como resultado de este "envejecimiento prematuro" encontramos entonces que los órganos, o el metabolismo en general dejan de funcionar eficazmente produciéndose una diversidad de padecimientos. Entre ellos encontramos, la tuberculosis, el cáncer, la artritis, la diabetes, la hipertensión, el mal funcionamiento renal y muchos otros más.

Nosotros agregaríamos también que los padecimientos crónicos además de un envejecimiento prematuro pueden deberse a otros

factores como los accidentes o las lesiones de algunos órganos vitales que de modo natural funcionarían perfectamente. Dichas lesiones producen también daños irreversibles en el funcionamiento orgánico y obligan al individuo a limitar su desempeño durante la vida diaria.

Por lo tanto el padecimiento crónico, independientemente de su origen, es una condición que altera el estilo de vida de quien lo sufre. Claro está que toda enfermedad tiene este efecto, pero aquella que es crónica lo tiene durante periodos muy prolongados y la mayoría de las veces hasta que el individuo muere. Es decir que el paciente tiene que habituarse a su nueva condición y debe aprender a vivir acompañado de su enfermedad y todo lo que ella implica.

La medicina ha buscado abordar la problemática del paciente crónico estableciendo estrategias de prevención en 3 niveles principales:

Prevención Primaria. Para tratar de eliminar los agentes causales antes de que se presente la enfermedad.

Prevención Secundaria. Descubrimiento y tratamiento de la enfermedad lo más tempranamente posible.

Prevención Terciaria. Elaborando programas de asistencia médica adecuada y ayudando a la rehabilitación del paciente con enfermedad declarada. (Wright, 1979).

Al parecer, estas medidas han coadyuvado de modo importante al manejo médico del paciente con enfermedad crónica. Pero ¿y el aspecto psicológico?. Rara vez encontramos programas asistenciales que tomen

en cuenta el desajuste psicológico que experimenta el enfermo, este factor queda comúnmente relegado.

Definitivamente el enfermo no está preparado para manejar adecuadamente su padecimiento ni las limitaciones que a su vida le impone la enfermedad. De aquí se desencadena una serie de perjuicios psicológicos y sociales que terminan por incrementar el malestar y muchas veces apresuran la muerte.

Todo el desajuste que experimentan tanto el paciente como su familia y demás entorno social se ve recrudecido todavía más si se tiene el conocimiento de que el paciente morirá.

Cuando existe la posibilidad de morir a causa de una enfermedad cambia todo el enfoque que el individuo tenía respecto a su vida y se genera una adaptación (o un intento de adaptación) que le permite concebir su propia muerte como un hecho inminente y menos terrorífico que como lo consideraba antes, cuando gozaba de total salud.

Kubler-Ross (1989) tras varios estudios con pacientes desahuciados establece cinco fases principales por las que atraviesa el enfermo antes de morir:

Negación. El paciente se desconcierta y no reconoce que su enfermedad es mortal. Mantiene la esperanza de que su diagnóstico sea equivocado y busca otras opiniones médicas.

Ira. Al comprobar que efectivamente va a morir, el paciente reacciona con coraje preguntándose ¿por qué yo?, envidia a quienes no están enfermos y canaliza su ira agrediendo a quienes están a su alrededor.

Pacto o Negociación. El enfermo empieza a reconocer que no le queda mucho tiempo y busca oportunidades de realizar cosas importantes para él ofreciendo algo a cambio. Por ejemplo: "Dios, si me permites... te prometo que...".

Depresión. El paciente se entristece al comprobar que va a morir, se lamenta por los planes que ya no realizará y sufre por la pérdida de sus seres queridos.

Aceptación. El paciente no siente alegría, pero al fin logra aceptar que algún día tiene que morir y que ese momento se acerca cada vez más. Experimenta paz consigo mismo y está dispuesto a esperar su muerte con tranquilidad.

Sin embargo, el enfermo no es el único que debe pasar por esta transición para adaptarse, también la familia y los amigos atraviesan momentos de tristeza y angustia que no podemos pasar por alto. Incluso nos atrevemos a decir que de un modo tan dramático al igual que el paciente atraviesan por las mismas etapas que Kübler-Ross (1989) plantea.

Por otro lado, como Flores y Vega (1992) mencionan, el impacto será mayor dependiendo del lugar que ocupe el enfermo dentro de la familia y de su estilo de interacción. Por lo tanto, mientras más importante sea el papel que el paciente haya jugado dentro de la familia más difícil le será a ésta adaptarse a la pérdida.

En el sentido social que tienen la enfermedad o la muerte, podemos decir que la mayoría de la gente (empezando por la familia) no está capacitada para relacionarse adecuadamente con el enfermo.

Generalmente consideramos al paciente como un ser sin derecho a opinar y con frecuencia son otros quienes toman las decisiones respecto a todos los tratamientos que se requieran. (Kübler-Ross, 1989).

Asimismo, cometemos el grave error de considerar al individuo enfermo como un "muerto social" como Posadas (1990) lo señala. Es decir que el paciente deja de pertenecer a los círculos sociales de procedencia debido a la pérdida de sus funciones, por límite de edad o porque se halla desahuciado.

Personalmente consideramos que esta muerte social se genera indiscutiblemente por nuestra poca capacidad de comprender al enfermo moribundo. Así que es más sencillo para la gente excluirlo de sus actividades que modificarlas un poco para apoyar de algún modo al paciente justo en el momento en que le es tan necesario sentirse ligado a su entorno y seguir participando de la vida.

Continuamente caemos en el error de considerar al enfermo incapaz por completo de seguir participando de una vida en grupo y lo relegamos a una habitación mucho antes de que su capacidad física se deteriore a tal extremo. Así el paciente se encuentra solo, luchando contra sus propios miedos.

Dadas estas situaciones somos nosotros, los encargados de la salud, quienes debemos mantener la conciencia de que una enfermedad

crónica (sea o no la antesala de la muerte) tiene por fuerza efectos nocivos en el paciente que podrían reducirse con el apoyo adecuado de su entorno social, empezando por la familia. Independientemente de una buena atención médica está el cuidado a nivel psicológico de nuestro paciente y de sus seres más allegados, lo que facilitaría una respuesta funcional y adecuada ante la enfermedad por parte de ambos.

El enfermo necesita una fortaleza psicológica para afrontar la enfermedad y su posible muerte, así como la familia necesita también prepararse para aceptar la nueva condición de su ser querido o su pérdida. Como Kübler-Ross (1989) lo señala; es importante que conozcamos claramente el significado que para el paciente tiene su propia enfermedad, sus sueños, sus temores, sus planes y las consecuencias que la enfermedad tendrá para él y para su familia.

Hasta el momento hemos hablado de la posibilidad de morir a causa de una enfermedad crónica, pero queremos dejar muy claro que existen también padecimientos crónicos como la diabetes, la artritis o la hipertensión que con un buen seguimiento médico permiten al paciente vivir largamente, aunque con algunas limitaciones.

Pero existe una enfermedad crónica que generalmente se liga con la muerte y con el sufrimiento intenso: el cáncer.

Definitivamente es un gran impacto para el paciente y su familia saber que tiene cáncer y no cualquier otra enfermedad. Como Cerdán (1992) señala, el cáncer altera profundamente (más que otras enfermedades) el entorno del paciente y principalmente el núcleo familiar generando un estado de angustia ante la amenaza de su sufrimiento y pérdida, así

como de la agresividad de los tratamientos, secuelas, costos y posibilidades de curación.

Sin embargo, no por tener cáncer el paciente merece ser tratado como un "muerto social" o como alguien inservible, pues en muchas ocasiones se logra salir adelante de la enfermedad.

Esto quiere decir que los profesionales de la salud podemos evitar que un paciente con cáncer sea relegado innecesariamente de su entorno social.

Por otra parte, al estar nosotros convencidos de la gran influencia que los pensamientos y las emociones tienen en el estado de salud del paciente; llegamos a la conclusión de que atendiendo oportunamente dichas manifestaciones psicológicas y enfocándolas adecuadamente podemos evitar que la salud del individuo se deteriore más rápido de lo que sería si se encontrara solo luchando contra su enfermedad. Como Sloninsky (1970) señala, las enfermedades físicas van generalmente acompañadas por mucha tensión emocional, dolor físico y moral, miedo, irritación, culpa y finalmente depresión. Un ejemplo de ello se puede constatar en los trabajos de Greer y Morris (1975) y Greer (1979) en donde las pacientes con tumores malignos se caracterizaban por manifestar sus emociones "vehementemente" en comparación con otras pacientes con tumores benignos. (Bammer y Newberry, 1985).

Es aquí donde el psicólogo puede contribuir a que el paciente afronte de la mejor manera su enfermedad y logre aceptarla, así como evitar en cierta medida el desarrollo de la misma.

También podemos orientar a su familia para que se relacione funcionalmente con el enfermo y le apoye en los momentos necesarios sin dejar de tomarlo en cuenta como un ser capaz de decidir por sí mismo.

Aún cuando se han realizado pocos estudios sobre los factores psico-sociales, es bien sabido que un buen estado de ánimo en el enfermo y la voluntad que ponga para su curación favorecen su recuperación parcial o total. También sabemos que un estado emocional poco optimista favorece a la vez el avance de la enfermedad y la muerte misma. Como Henry (1975) menciona, la estimulación aversiva impredecible (estrés) puede facilitar la evolución de tumores. Similarmente Turkevich (1958) refiere en términos más generales que las condiciones "intensamente exigentes" favorecían el desarrollo de las enfermedades. (Bammer y Newberry, 1985).

Por eso es tan importante para nosotros la atención que merece el aspecto psicológico de cualquier enfermo crónico donde las alternativas de solución pueden ir entonces desde terapias psicológicas grupales o familiares, hasta el trabajo con el paciente en aislado utilizando algunas técnicas como la Terapia Racional Emotiva, la Desensibilización Sistemática o algunas otras como la Bio-retroalimentación, la Relajación o la Hipnosis.

Debemos ayudar al paciente a vivir del mejor modo posible con su enfermedad y todas sus consecuencias, sin evadir la realidad y sin dejarse vencer, aún cuando la posibilidad de morir esté cada vez más cerca.

CAPÍTULO II

EL PACIENTE CON CÁNCER

No nos podemos imaginar algo más terrible que el escuchar al médico darnos un diagnóstico de cáncer, es una noticia que nos llega de improviso. Impredecible, históricamente devastadora, rodeada de mitos y tergiversaciones, una palabra que siempre se ha considerado como un sinónimo de "muerte".

Todos alguna vez hemos oído hablar de esta enfermedad y de sus terribles manifestaciones aunque no sepamos a ciencia cierta los orígenes del padecimiento, y tengamos ideas erróneas respecto a los tratamientos que se emplean para combatirla. Sin embargo actualmente un diagnóstico de cáncer no equivale a una sentencia de muerte irrevocable debido a que se ha adelantado en pruebas para su detección y en nuevos fármacos anticancerosos muy fuertes que en muchas ocasiones eliminan la enfermedad si se descubre y trata en una etapa temprana.

Hasta el momento se sabe que el cáncer no es una enfermedad uniforme ya que puede manifestarse en más de 100 formas distintas que pueden afectar a casi todo el cuerpo, sin embargo todas ellas tienen una característica común: un crecimiento incontrolable y la proliferación de células anormales que forman tumores no sólo en los órganos en los que

se origina sino que pueden diseminarse por el cuerpo y atacar otros órganos y tejidos.

Al hablar del cáncer y de sus repercusiones en los pacientes, muchas veces parecemos olvidar que la víctima no es únicamente un conjunto de órganos afectados y que dentro de ella se están generando un sinnúmero de emociones y alteraciones psicológicas que van más allá de su interior enfermo. Estas alteraciones repercuten intensamente en la auto-imagen del paciente y en su relación con el medio social que le rodea así como limita sus tratamientos médicos.

Por tales motivos se hace necesario tratar de comprender las repercusiones que a nivel psicológico tiene la enfermedad y que son tan serios como el daño físico que causa.

Dado lo anterior, el presente capítulo estará dedicado a la descripción de algunos aspectos generales de la enfermedad como las hipótesis respecto a su etiología, los tratamientos más socorridos actualmente para combatirla y sus efectos físicos y psicológicos en el paciente.

De igual modo hablaremos del impacto psicológico que reviste la presencia de un cáncer tan específico como el de mama, padecimiento que constituye una de las directrices de nuestra investigación.

CAUSAS DEL DEL CÁNCER, ALGUNAS HIPÓTESIS.

Realmente aún no se tiene un argumento válido que se pueda tomar como totalmente explicativo de las causas del cáncer pero se han formulado algunas hipótesis en los intentos de clarificar un poco más el panorama de la enfermedad.

Fragoso (1992) refiere dos modelos principales apoyados por varios investigadores:

a) MODELO GENÉTICO. Donde según Iván Barofsky (1981) el cáncer aparece como resultado de una secuencia de accidentes biológicos en algunas células afectadas por epidemias; y cuando tales formaciones anormales invaden algún órgano o interrumpen alguna función vital estando el sistema linfático (que filtra la sangre y protege de enfermedades) limitado para controlar tal desorden biológico.

b) MODELO PSICOGENÉTICO. Apoyado por Bahnsen (1969), Simonton (1978), Kissen (1963) y Greek (1979). Es donde el sistema endócrino se ve afectado por la respuesta del individuo ante algún evento traumático, por los factores que constituyen su personalidad o por conflictos no resueltos inconscientemente. Esta afectación del sistema endócrino inhibe de alguna manera las actividades del sistema inmunológico desencadenando la transformación de la célula en aberrante o con predisposición a un tumor canceroso.

Cerdán (1992) por su parte, nos habla de la reproducción desordenada de una o varias células que utilizan mecanismos para robar

los nutrientes al organismo debilitándolo. Las células malignas se infiltran en la sangre viajando hasta diferentes órganos afectándolos, este proceso es conocido como metástasis que habitualmente precede al final.

Toda esta alteración celular puede deberse en menor o mayor medida a agentes físicos como algunos tipos de radiación o a una gran cantidad de sustancias químicas que van desde la nicotina hasta algunas hormonas; y otros factores representados por hábitos propios y estilos de vida (alimentación, ocupaciones, entre otros).

Finalmente Fragoso (1992) ofrece una propuesta que comparte con varios autores como Morris y Greer (1980), Grossarth-Maticek, Kanazir, Vetter y Schmindt, (1983) y Temoshok (1987) referente a la etiología conductual del cáncer denominándola "personalidad tipo C" donde existe la predisposición a la aparición del padecimiento o a la baja recuperación de éste.

Se relaciona la actitud de desamparo (estilos depresivos, actitud pesimista, historia de sobreprotección) y la presencia de ansiedad (búsqueda de conformidad social, baja tolerancia a la frustración, poca sociabilidad) con la aparición del cáncer en alguna etapa de la vida

Esta propuesta, al igual que el Modelo Psicogenético intenta explicar el surgimiento del cáncer partiendo de la influencia que tienen algunos procesos psíquicos o algunos patrones de comportamiento en las alteraciones biológicas que favorecen el cáncer.

A todo esto se agrega el interesante argumento de Richard Doll (1967) que dice: "Analizando la epidemiología del cáncer en el hombre,

parece claro que la mayoría de las diversas formas de cáncer son causadas en su mayor parte o enteramente por factores que se encuentran en nuestro ambiente, que varían de una generación a la siguiente. Aún sin conocer cuáles son estos factores, podemos deducir, en principio por lo menos, que el cáncer puede ser una enfermedad prevenible". (Benitez y Quiñones, 1991, p. 196).

Aún con estas aseveraciones, nada es definitivo y la medicina ha tenido que enfocar la mayor parte de su atención a las diversas formas de combatir este mal. Pues resulta apremiante buscar alguna esperanza para las personas afectadas.

A continuación describiremos en términos generales los principales tratamientos que en la actualidad se emplean para contrarrestar la enfermedad; así como algunos de sus efectos colaterales a nivel orgánico y psicológico.

TRATAMIENTOS MÉDICOS.

Hoy en día los tratamientos básicos para combatir cualquier tipo de cáncer son: la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Y el grado de efectividad de cada uno dependerá en gran medida del avance que tenga la enfermedad al momento de su detección.

Estas tres estrategias médicas representan un impacto serio para el paciente que, desde el momento del diagnóstico empieza a generar y

acumular una serie de emociones que desencadenan la ansiedad y el miedo. Este miedo es por un lado, hacia la enfermedad y la posibilidad de morir y por otro lado hacia los tratamientos que resultan tan aversivos y dañinos para el enfermo.

Jacobsen (1988) y Andrykowski (1988), tomando en cuenta que el paciente desea saber desde un inicio cuáles pueden ser los problemas y efectos que se pudieran presentar en el transcurso del tratamiento han formulado una hipótesis en la cual indican que tales pacientes en expectación y a quienes no se les da dicha información inmediatamente tienden a percibir muy pesimista y exageradamente los efectos, antes, durante y después del tratamiento. (Redd, 1980 en Holland y Rowland, 1989).

Inicialmente la cirugía significó la solución a la enfermedad, pues simplemente con extraer el tumor bien localizado la enfermedad era erradicada; sin embargo, en muchas ocasiones la enfermedad no se limitaba a los tumores vistos fácilmente y hacía falta un medio distinto para penetrar a aquellos lugares inaccesibles para el bisturí. De ahí se derivaron las radiaciones que lograron penetrar fácilmente eliminando células enfermas (aunque afectando también algunas sanas). (Cerdán, 1992).

Posteriormente surgieron diversos fármacos coadyuvantes para buscar una cura, constituyéndose así la quimioterapia, que básicamente consiste en introducir (vía oral o intravenosa) sustancias radioactivas para que circulen por el torrente sanguíneo cumpliendo dos objetivos:

- 1- Eliminar cualquier célula enferma que esté dentro de la sangre.
- 2- Irrigar todos los órganos con esta sangre radioactiva para actuar más eficazmente en los órganos afectados. Es como realizar un "lavado" en el interior del cuerpo.

Desde luego que estos tratamientos tan aversivos tiene efectos colaterales en el paciente que son por demás traumáticos y muchas veces ocasionan la deserción del enfermo y la espera pasiva de la muerte.

Como Cerdán (1992) menciona, las radiaciones y la quimioterapia no saben distinguir entre órganos sanos y enfermos y del mismo modo que atacan células enfermas afectan células, órganos y tejidos sanos causando daños considerables en funciones vitales.

En el caso de las radiaciones se observan efectos como la fibrosis, quemaduras de la piel, pérdida de apetito, fatiga, malestar general y algunas diarreas, además de reacciones psicológicas como ansiedad, depresión e irritabilidad.

Holland (1989) comenta que los efectos orgánicos son inevitables pero los efectos psicológicos podrían controlarse con una buena preparación y la información exacta y real de lo que sucederá al paciente durante su tratamiento; la ansiedad y la depresión podrían prevenirse en gran medida con una simple charla informativa.

Probablemente la quimioterapia constituye el tratamiento más temido por los pacientes, pues la agresividad de sus efectos no se dejan esperar y en uno u otro momento el enfermo deberá pasar por ello.

Dado el nivel tan alto de toxicidad que poseen las sustancias que entran en el organismo las consecuencias secundarias a su ingestión son sumamente severas. Lo más común es encontrar la caída del cabello a gran escala (alopecia) a partir de la segunda o tercera infusión, náuseas y vómitos repetidos, pérdida del apetito, fatiga, trastornos sexuales. Todo esto aunado a una serie de respuestas condicionadas que genera el paciente como la aversión a algunos colores relacionados con el medicamento, aversión al olor del hospital, a las agujas y al personal médico. (Holland y Lesko, 1989). Quizás uno de los más nocivos efectos secundarios es el desarrollo de náusea y vómito después del tratamiento y en muchos casos previo al tratamiento. (Ahles, Cohen, Little, Balducci, Dubbert y Keane, 1984).

Todo este conjunto de situaciones hunden al paciente en un estado constante de ansiedad y depresión que aumenta ante la proximidad de cada quimioterapia y ante sus efectos que siente como agresiones a su integridad física.

Si tomamos en cuenta que la auto-imagen se ve alterada por la pérdida de cabello, comprendemos entonces que se generan problemas importantes de apatía y de inestabilidad en las relaciones sociales del sujeto; pues al perder la seguridad que le brinda su aspecto tiende a aislarse y a mostrarse irritable.

Fragoso (1992) hace hincapié en las situaciones aversivas para el enfermo señalando que los tratamientos y la larga recurrencia a los hospitales significan para el paciente un golpe duro a su auto-estima y su orgullo. Además de que las náuseas, el vómito y el dolor constante desencadenan el distress (estrés o ansiedad más fuerte que el común) y que el enfermo se siente incapaz de controlar por sí solo.

Hasta el momento hemos señalado los efectos más relevantes que conciernen a los tratamientos más usados contra el cáncer. Y hemos enfatizado los efectos colaterales de cada tratamiento a nivel orgánico y psicológico.

CÁNCER DE MAMA.

Cada tipo de cáncer tiene un impacto distinto en el paciente, por lo que no significará lo mismo afrontar un cáncer de pulmón, de estómago o de páncreas que no afectan directamente en el auto-concepto, que afrontar algún otro que sí afecte la auto-imagen del individuo como sería concretamente un cáncer de testículo, cáncer uterino o de mama. Los cánceres que afectan a órganos sexuales (genitales externos e internos) tienen una fuerte repercusión en la auto-imagen del paciente, cualquiera que sea su sexo.

Refiriéndonos específicamente al cáncer de mama ubicado en el segundo grupo, aún cuando no se tiene establecido el origen del cáncer mamario se han encontrado datos relevantes al respecto.

Stam y Dixon (1961, en Fragoso, 1992) han encontrado una mayor incidencia de cáncer temprano en mujeres irritables emocionalmente, con problemas familiares y maritales. Cole (1961) plantea que el trauma emocional puede influir en el crecimiento de un tumor y en la facilitación de una metástasis. Rowland y Holland (1989) también exponen que en algunas investigaciones retrospectivas (Fox, 1978) de mujeres con cáncer de mama, se encontró que los estilos de afrontamiento en dichas pacientes se caracterizaron por: represión, negación, inhibición de las emociones e irritabilidad. Agregaron que tales patrones muy probablemente pudieron ser como respuesta únicamente a la enfermedad y no a los estilos de vida ya establecidos.

Estos resultados dejan ver una relación muy fuerte entre los aspectos psicológicos y el surgimiento del cáncer mamario, pero todo ello queda únicamente como hipótesis, pues la verdad aún no la conocemos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER DE MAMA.

Existen múltiples factores que afectan a las víctimas de este tipo de cáncer que provocan de manera drástica un desequilibrio en su estado psicológico en general.

Además de las repercusiones iniciales generadas por la enfermedad en sí (ansiedad, miedo, irritabilidad, conflictos familiares, aislamiento de

círculos sociales, incapacidad de trabajar, decremento en el vigor físico), existen otros aspectos esenciales que se relacionan con el cáncer de mama.

Rowland y Holland (1989) hablan de tales aspectos partiendo de la asociación que las mamas tienen con la sexualidad, la femineidad y la auto-imagen. Por tal motivo, al ser afectado un órgano tan importante, la mujer decrementa su auto-estima creyendo perder su atractivo ante el sexo opuesto. Nosotros creemos que además es perturbador el sentirse incompleto o hasta deforme. A este primer conflicto, Ray (1980) agrega, refiriéndose a la pérdida de la actividad maternal en la mujer enferma que ésta se siente agredida física y emocionalmente al considerar que ya no será capaz de desempeñar además de sus funciones sexuales, las funciones maternas.

Con estos elementos esenciales observamos un problema general de las repercusiones psicológicas de la enfermedad en las pacientes. Pero esta situación alterada desde el momento del diagnóstico se complica aún más con los tratamientos médicos y sus efectos inherentes.

Según sea el caso, la paciente afrontará el tratamiento pertinente (cirugía, radioterapia, quimioterapia o la combinación de las tres), siempre con la incertidumbre de no haber eliminado del todo la enfermedad o con el pánico a que ésta surja nuevamente y en peor forma. Esto significa una constante zozobra que puede traducirse en

diversas reacciones como enojo, depresión, aislamiento, falta de apetito, insomnio, entre otros.

Por otro lado nos damos cuenta de que la paciente con cáncer de mama, al igual que el resto de los pacientes con cáncer, no se encuentra preparada para afrontar con éxito su o sus tratamientos, ni siquiera su situación de enferma.

Si el apoyo psicológico se hace necesario desde el momento del diagnóstico es en verdad indispensable durante la fase de tratamiento porque es entonces cuando podemos evitar que los pacientes se hundan perdiéndose en sí mismos, tomando actitudes o decisiones equivocadas como lo es el desertar de su tratamiento médico.

Tomar conciencia de esta situación obliga a los psicólogos a buscar estrategias idóneas que nos permitan satisfacer oportuna y eficazmente las necesidades de las pacientes y hallar nuevas formas de ganar terreno a la enfermedad, al menos en el sentido psicológico.

Es por ello que en el siguiente capítulo hablaremos de algunas medidas necesarias que la psicología moderna ha tomado para tratar de ayudar al paciente en el afrontamiento de la enfermedad, con todo lo que ella implica, enfatizando la importancia de crear y mantener el auto-control ante las situaciones más angustiantes para el paciente.

CAPÍTULO III

TÉCNICAS DE AUTO-REGULACIÓN

Actualmente la Psicología puede intervenir de diversas formas para apoyar al enfermo crónico y en especial al paciente con cáncer.

Las estrategias empleadas pueden ir desde la psicoterapia (individual, grupal, familiar), la intervención en crisis, entrenamiento para afrontar la enfermedad y cursos educativos (Massie, Holland, Straker, 1989), hasta otro tipo de técnicas aún más específicas que ayudan al paciente a controlar situaciones particulares relacionadas con su enfermedad.

Estas técnicas específicas son las llamadas de auto-regulación; conocidas así porque entrenan al paciente para que por sí mismo sea capaz de controlar eventos fisiológicos, psicológicos o medio-ambientales que pudieran afectarle negativamente.

Dada la relevancia que las técnicas de auto-regulación han adquirido en el campo de la salud y de la psicología especialmente, el presente capítulo se enfocará a la descripción de la Bio-retroalimentación y de la Relajación como técnicas de auto-regulación. Analizando las aplicaciones prácticas que en el campo de la salud pueden tener y describiendo la utilidad que cada técnica ha tenido en el tratamiento de pacientes con cáncer y en el control de su ansiedad, estado inherente a la enfermedad.

BIO-RETROALIMENTACIÓN (BIOFEEDBACK)

La bio-retroalimentación constituye una serie de complejos mecanismos que a simple vista pueden resultar difíciles de comprender dado que se maneja toda una gama de constructos derivados principalmente de la electrónica y de la informática que han sido muy útiles en el área de la salud.

Abulafia y Deligiannis (1986) definen la técnica de bio-retroalimentación de un modo muy sencillo argumentando que consiste en retroalimentar (informar) al sujeto con los resultados de su propia actividad psico-fisiológica.

A través de esta retro-alimentación el individuo puede aprender a controlar sistemas de acceso consciente (como el sistema nervioso central, el sistema músculo-esquelético estriado o voluntario) para modificar respuestas de acuerdo a sus necesidades. Así como hacer conscientes sistemas que no lo son (como el sistema nervioso autónomo, circulatorio, vísceras, glándulas) para modificar igualmente sus respuestas.

ANTECEDENTES.

La investigación en bio-retroalimentación ha tenido su auge desde la década de los sesenta, desarrollándose una gran diversidad de trabajos de los que se tienen valiosas aportaciones y han destacado algunos nombres en especial de los cuales mencionaremos los más relevantes:

- Olds (1961) que plantea el condicionamiento operante como técnica para estudiar fisiológicamente el cerebro y comprender la base neuronal del aprendizaje.

- Basmajian (1963) interesado en comprender el sistema neuronal controlador de los músculos estriados.

- Kamiya (1966) ocupado de analizar el control voluntario desarrollado sobre algunos procesos fisiológicos complejos.

- Kimmel y Miller (1967) interesados en teorías sobre el aprendizaje donde se postula que las respuestas autonómicas no son susceptibles de control operante. (Beatty y Legewie, 1977).

Un primer obstáculo de estas investigaciones fue la imposibilidad de observar directamente las respuestas estudiadas. Por lo que surgió la necesidad de crear un medio de registro de tales respuestas.

Por otra parte, dado el marco teórico que sustentaba estas investigaciones (psicología conductual) la bio-retroalimentación se veía limitada sólo a un estímulo contingente a la respuesta (reforzamiento operante). Es decir, que sólo existía (y existe) esta forma de entrenamiento en auto-control dentro de la bio-retroalimentación.

Actualmente ya no representa un problema la falta de aparatos adecuados para observar, registrar respuestas y entrenar a los sujetos en esta técnica de auto-regulación.

Gracias a esto, Schwartz y Beatty (1977) señalan una propiedad importante del procedimiento como una herramienta de investigación: la capacidad de producir cambios muy específicos dentro de los sistemas y entre los sistemas biológicos del individuo. Es decir, que pueden analizarse relaciones entre diferentes respuestas conductuales y los sistemas fisiológicos subyacentes a éstas, interviniendo para modificar cualquier evento fisiológico inadecuado que esté provocando algún trastorno conductual.

Para conocer las relaciones que los autores mencionan ha sido necesaria la creación de aparatos que sean capaces de proporcionar la retro-alimentación suficiente al individuo. Regularmente se utilizan las vías auditiva y visual para tal efecto usando equipos electrónicos muy sofisticados.

La retro-alimentación auditiva está integrada por sonidos con diferentes tonos y frecuencias para que ante la respuesta fisiológica adecuada se emita algún sonido particular.

La retro-alimentación visual puede ser emitida con luces de colores donde cada color se relaciona con una respuesta determinada (correcta o incorrecta según sea el caso). (Abulafia y Deligiannis, 1977).

Ahora bien, en la bio-retroalimentación pueden registrarse dos posibles efectos de la técnica:

1) Efecto Directo. Donde la información fisiológica la proporciona precisamente la respuesta biológica que deseamos modificar y que es el problema clínico (como hipertensión, arritmia, incontinencia).

2) Efecto Indirecto. La información no la da el problema clínico sino una respuesta biológica que es un importante factor mediador de la respuesta problema (que puede ser de carácter psicológico o biológico) como la cefalea y la migraña.

Esta clasificación de las respuestas permite delimitar con mayor exactitud la respuesta inadecuada y elegir el canal de transmisión idóneo para modificarla.

Lógicamente que al realizar la técnica de bio-retroalimentación, deben observarse ciertas condiciones físicas y psicológicas que no solamente se requieren para el uso de ésta en especial, sino para el trabajo con las otras técnicas de auto-regulación.

Estas condiciones se refieren al manejo adecuado del espacio (mobiliario, ventilación, iluminación, ruido) y todo lo referente al sujeto como un perfil fisiológico personal, la explicación amplia del procedimiento, la familiarización del paciente con los aparatos de bio-retroalimentación, el establecimiento de reglas y la relación estrecha entre paciente y terapeuta (Gaarder y Montgomery, 1981). Cada una de estas condiciones será tomada en cuenta de un modo diferente por cada terapeuta; pero aunque varíen los estilos se deben considerar estos parámetros para facilitar su trabajo.

APLICACIONES DE LA BIO-RETROALIMENTACIÓN.

Ya que esta técnica nos permite conocer los posibles elementos o respuestas biológicas inadecuadas de un organismo y además nos da la opción de entrenar al sujeto para modificar tales respuestas y lograr el equilibrio en su funcionamiento (salud) como Gaarder y Montgomery (1981) lo han señalado; entonces en términos de la investigación aplicada será el organismo enfermo quien más se beneficie con la técnica. Por esta razón es que la bio-retroalimentación ha encontrado mucho campo de aplicación dentro del área de la salud, donde disciplinas como la Medicina, la Psicología y la Psiquiatría se han visto beneficiadas por sus aportaciones.

Hablando de aplicaciones Fair (1979) señala que la bio-retroalimentación se ha usado en diversos padecimientos como: la ansiedad, fobias, dolor de cabeza, migraña, hipertensión, adicciones, arritmia cardíaca, asma, disfunciones sexuales entre otros.

También Young y Blanchard (1980) reportan algunas investigaciones como la de Surwit, Shapiro y Good (1978) en donde entrenaron a pacientes hipertensos para controlar su presión sanguínea por sí mismos, aplicando directamente la bio-retroalimentación trabajando con la respuesta que representaba el problema.

Similarmente Gannon y Stern (1971, en Young y Blanchard, 1980) reportan su trabajo en el control de un caso de dolor de cabeza crónico. En el curso de 70 sesiones, el paciente aprendió a producir altos niveles

de ondas Alfa, aún sin asistencia de la bio-retroalimentación, lo que redujo significativamente su dolor.

Por otro lado, Schwartz y Beatty (1977) identifican una cualidad importante de esta técnica como método para el estudio de problemas relacionados con la biología y la conducta, explorando la naturaleza de las relaciones entre procesos fisiológicos específicos y su asociación con condiciones ambientales y conductuales específicas.

De acuerdo con este planteamiento, Fair (1979) menciona que la bio-retroalimentación se ha usado como técnica de monitoreo y entrenamiento de varias respuestas fisiológicas buscando su correlación con una gran diversidad de emociones, conductas o trastornos psicosomáticos del paciente. Además ofrece ejemplos de su uso en algunas corrientes psicológicas:

Los terapeutas con orientación psicoanalítica consideran que la bio-retroalimentación es una estrategia útil para penetrar en el inconsciente por medio de los procesos fisiológicos.

La postura cognitiva ve la técnica como la posibilidad de establecer un puente o conexión entre sentimientos, pensamientos y respuestas fisiológicas del paciente.

En la modificación de la conducta se pueden idear nuevos programas de aprendizaje que tomen en cuenta el entrenamiento en bio-retroalimentación dado que es posible cambiar las respuestas fisiológicas inadecuadas dentro de la estructura Estimulo-Respuesta.

Podemos observar claramente a la ansiedad como una respuesta de trastorno psicológico por sus repercusiones fisiológicas. Gaarder y

Montgomery (1981) la identifican como un factor importante que recrudece la alteración homeostática de algunos individuos; por lo que, cuando se posee un estado constante de ansiedad, el mecanismo homeostático se adapta en cierta medida a esta condición y puede permanecer así hasta que la ansiedad sea eliminada.

Es por lo anterior que en algunas enfermedades como la úlcera péptica, la migraña, la diabetes y la hipertensión entre otras, se ha tenido como precondition un elevado estado de ansiedad, sin mencionar la que se añade con la complicación de la enfermedad o por afrontamiento a los tratamientos médicos.

BIO-RETROALIMENTACIÓN Y CÁNCER.

Dado que la ansiedad es un factor determinante en gran cantidad de enfermedades y juega un papel fundamental en algunos pacientes crónicos (como el paciente con cáncer) la técnica de bio-retroalimentación ha buscado proporcionar algún control de ansiedad, aunque con resultados un tanto limitados.

Gatchel, Hatch, Watson, Smith y Gass (1977, en Yates, 1980) reportan el éxito obtenido al entrenar con la técnica a pacientes ansiosos para reducir su tasa cardiaca. Sin embargo, en algunas pruebas preliminares se encontró que este mismo efecto podía lograrse con una plática profunda con el paciente sin la necesidad de pasar por todo el entrenamiento.

En este mismo estudio se realizó una comparación entre la bio-retroalimentación y la relajación progresiva sin encontrar indicios suficientes para señalar a la bio-retroalimentación como superior a la relajación general para entrenar al sujeto en reducción de ansiedad.

Con lo anterior puede observarse que aún cuando la bio-retroalimentación ha sido útil para tratar algunos tipos de enfermedades o padecimientos somáticos, no es posible todavía que llegue a producir efectos alentadores en manifestaciones puramente psicológicas como la ansiedad.

Por otra parte, la bio-retroalimentación se ha empleado para tratar cierto tipo de desajustes biológicos, pero al parecer no se ha abordado con igual interés en los estudios realizados sobre el cáncer y sus consecuencias.

La literatura consultada reporta los trabajos de Blanchard y Miller, (1977); Turin y Johnson (1976); Vachon y Rich (1976) (en Bowers y Kelly, 1979) en los cuales aplicaron la técnica de bio-retroalimentación para reducir la angustia de los pacientes sometidos a diversos tratamientos médicos contra el cáncer como la quimioterapia, la radioterapia y cirugía. Se obtuvieron buenos resultados pero sin más datos al respecto.

También Jacobs (1978, en Hamberger, 1982) trabajó con pacientes cancerosos (con cáncer de vejiga) sugiriendo el entrenamiento con la técnica como un buen auxiliar para habilitar el afrontamiento a varios

desórdenes de carácter ansioso relacionados con este tipo de cáncer, incluyendo trastornos gástricos.

Evidentemente, la información en esta rama de la investigación no ofrece datos tan trascendentales como cualquiera de los anteriormente mencionados, por lo que resultaría difícil hacer alguna aseveración determinante respecto a la utilidad real de la bio-retroalimentación en el campo de la oncología.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA BIO-RETROALIMENTACIÓN.

Una vez que hemos expuesto de manera global la técnica de bio-retroalimentación y su variedad de aplicaciones, podemos analizar con mayor profundidad las ventajas y las posibles limitaciones que encierra para la investigación y para la práctica clínica.

Es innegable que se han obtenido resultados alentadores de su aplicación principalmente en el control de actividades físicas conscientes (como el sistema nervioso central y músculo-esquelético) no así en el control de glándulas y vísceras. Solamente la información respecto al control de la migraña, presión arterial, tasa cardiaca, entre otros ofrece validez a estos resultados.

Sin embargo, podemos identificar las limitaciones de la técnica que dejarían en el intento su uso:

En primer lugar, los aparatos a utilizar son poco accesibles por la sofisticación que generalmente se requiere de ellos. Cada máquina de retro-alimentación necesita características especiales (instalaciones, espacio físico, etc.) y esto, en términos monetarios las hace poco accesibles.

Otro problema importante que se deriva de esto es la imposibilidad de que el paciente practique su entrenamiento en otro lugar que no sea el acondicionado con el equipo necesario; cuestión que limita en tiempo y espacio la técnica y por ende los resultados obtenidos son más lentos.

En segundo lugar, la bio-retroalimentación busca establecer un condicionamiento de las respuestas fisiológicas, pero existen algunos órganos y sistemas de difícil acceso al condicionamiento (como los músculos lisos o viscerales). Por ello resulta arriesgada su aplicación en tales condiciones pues podría no tenerse resultado alguno y más que un beneficio para el paciente podría agravar su estado de ansiedad, tensión o miedo, así como su salud.

Schwartz y Beatty (1977) señalan también las dificultades técnicas para monitorear continuamente muchos de los procesos psicológicos y para poder controlarlos; además señalan acertadamente que la bio-retroalimentación no es una estrategia para todos los problemas ni para todos los pacientes.

Finalmente, a pesar de ser una técnica de auto-control, la bio-retroalimentación muchas de las veces enseña al paciente a modificar

sus respuesta inadecuadas, pero sin que éste sepa exactamente de qué modo lo logró y ello disminuye la posibilidad de un mantenimiento de la conducta modificada, arriesgándose a una recaída.

De cualquier modo, la bio-retroalimentación se sigue desarrollando para que la psicología, la psiquiatría o la medicina acudan a ella en el momento necesario y si sus recursos lo permiten.

RELAJACIÓN.

Otra técnica de auto-regulación muy socorrida por la psicología y la medicina es la relajación. Esta técnica es relativamente nueva pero más antigua que la bio-retroalimentación; incluso constituye un elemento fundamental en la aplicación de ésta. Es por ello que hablar de bio-retroalimentación es hablar también de su profunda relación con la relajación y de la utilidad de combinar ambas técnicas.

ANTECEDENTES.

La técnica de relajación tuvo como creador a Edmund Jacobson, quien en 1898 tuvo una primera idea acerca de la relajación progresiva tras presenciar el incendio de un edificio y observar cómo un hombre presa del miedo se arrojaba por una ventana.

Posteriormente, ingresó a la Universidad de Harvard donde empezó a estudiar más profundamente las reacciones de sobresalto que ocurren con frecuencia después de un ruido inesperado. Este tipo de estudios ya los había realizado un psicólogo francés llamado Faré, pero sin tomar medidas de las reacciones.

Las primeras mediciones de Jacobson fueron a través de grabaciones donde descubrió que inicialmente un ruido fuerte provoca susto o sobresalto, pero que tras varias repeticiones y en un tiempo corto el sujeto deja de asustarse.

Tiempo después, al preparar su tesis en Harvard y trabajando con la relajación de los músculos esqueléticos, encontró que cuando el sujeto permanecía relajado, la presencia de un ruido inesperado no lo perturbaba en absoluto. Y fue justamente este trabajo el que lo introdujo al estudio de la relajación en un sentido más técnico. (Jacobson, 1977).

Jacobson estaba convencido de que cada comportamiento humano se califica a través de la observación de lo que ocurre dentro del propio organismo; y que varias enfermedades como las cardiovasculares podrían prevenirse si el sujeto mismo aprendiera a "conocerse por dentro" y a identificar el comportamiento de su organismo.

Según Moccio (1986) fue en 1928 que Jacobson publicó su tratado sobre Relajación Progresiva, calificándola como un recurso terapéutico para tratar pacientes con problemas clínicos (orgánicos) o psicológicos.

Explica también que la relajación progresiva enseña a conocer la relajación profunda estableciendo las diferencias entre contracción muscular y relajación. Es decir, que el enfermo aprende a observar el músculo bajo su piel y experimenta comúnmente la sensación de peso conforme relaja sus músculos: Así la meta de la relajación progresiva es el control voluntario de la relación tensión-relajación.

Ahora bien, todos estos hallazgos no habrían sido útiles si Jacobson no hubiera comprobado también que la tensión y la ansiedad tienen repercusiones serias en la salud física y mental del ser humano. Y que dada la gran influencia de los músculos en las actividades mentales superiores, tales efectos negativos podrían modificarse al trabajar

directamente con los músculos. Y es por ello que la técnica de relajación progresiva relacionada con la psicología y el conocimiento fisiológico (muscular) constituye una forma eficaz de tratar la ansiedad.

OTRAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.

Una vez que Jacobson dió pie a la investigación, varios autores más desarrollaron técnicas con algunas variaciones, pero que conservaban la esencia de los planteamientos jacobsonianos sobre la observación muscular que el individuo hace, ese "mirar hacia adentro".

Dentro de la relajación progresiva de Jacobson (1938) el paciente se concentra con los ojos cerrados en la relajación secuencial de todo su cuerpo, enfocándose a una área a la vez (pies, manos, estómago, etc.). Se enfatiza el carácter directivo del terapeuta.

Wolpe (1982) por su parte, identifica "zonas clave" en el paciente que al lograr su relajación induce a la vez a la relajación generalizada del resto del cuerpo, como una reacción en cadena. Por lo que identificar esta zona permite actuar sobre ella sistemáticamente.

El método de Klotz (1960) intenta que el paciente analice sus sensaciones durante la relajación y que identifique los signos de tensión efectiva que aún pudieran persistir.

La Inducción Múltiple de Sapiro (1979) comparte algunos puntos del aprendizaje autógeno (donde el control de la relajación es manejado por

el paciente mismo) usados por Schutz (1980) pero con la diferencia de que aún cuando el paciente es libre de verbalizar sus sensaciones el terapeuta también hace sutiles sugerencias como: "déjese invadir por la calma...". (Marilla, 1990).

APLICACIONES CLÍNICAS.

Es evidente que en cualquier momento de la relajación que estemos utilizando, el terapeuta debe favorecer la confianza entre él y su paciente.

Gaarder y Montgomery (1981) plantean también la utilidad de establecer un contrato de colaboración entre terapeuta y paciente donde se adviertan las posibles sensaciones extrañas que pudieran experimentar durante su ejercicio y ahuyentar a la vez todo temor ante tales sensaciones.

Es conveniente que enseñemos a nuestro paciente a relajarse antes, durante y después de cualquier evento desencadenante de ansiedad, realizando ejercicios de respiración y relajación de sus músculos. Si se encuentra muy ansioso no siempre logrará eliminar toda la ansiedad pero podrá reducirla a un nivel más tolerable.

Por lo tanto, y tomando en cuenta que el terapeuta no se hallará siempre con el paciente, podemos hacer uso de cintas grabadas con una sesión completa, aunque lo ideal será siempre que el sujeto sea capaz de manejar la técnica por sí mismo. (Cautela y Groder, 1985).

Como en cualquier técnica de entrenamiento autógeno, inequívocamente la constancia hará posible que el paciente la domine y obtenga buenos resultados de su uso.

En cuanto a la diversidad de padecimientos que se han tratado exitosamente con esta técnica, la literatura ofrece una extensa información al respecto:

Cautela y Groder (1985) reportan que la técnica es útil para prevenir y recuperarse de enfermedades orgánicas y para reducir movimientos espasmódicos o tics, así como el insomnio. También las disfunciones orgánicas relacionadas con la ansiedad como la jaqueca tensional, la artritis o las úlceras, se ven beneficiadas con la aplicación de la relajación.

Por su lado Hamberger (1982) menciona los resultados favorables de varios investigadores en el tratamiento de situaciones de ansiedad general (Deddenbacher; Mathis y Michels, 1979). Y varios de estos investigadores aseguran que los efectos de la relajación son mayores cuando el paciente logra emplearla como herramienta de afrontamiento. (Mathis y Michels; Golfried y Trier, 1974).

Todos estos resultados muestran la versatilidad de la técnica, que puede emplearse sin necesidad de mayores elementos que un lugar cómodo para el paciente; lo que facilita su uso aún en situaciones poco favorables.

RELAJACIÓN Y CÁNCER.

Los estudios respecto a la aplicación de la técnica expresamente para tratar en cáncer, son al parecer más abundantes que en el caso de la bio-retroalimentación.

Esencialmente los investigadores se han enfocado al tratamiento de la enfermedad y a los efectos negativos que traen consigo tanto ésta como los tratamientos médicos.

Burish y Lyles (1979; 1981) realizaron estudios con el propósito de comprobar la efectividad de la técnica en el control de las respuestas condicionadas del paciente ante el tratamiento de quimioterapia.

Así como el diagnóstico de cáncer es emocionalmente devastador ante la posibilidad de morir, también lo es el tener que someterse a los tratamientos médicos que son sumamente aversivos. Los pacientes sufren las descompensaciones lógicas como anemia, alopecia (caída de cabello), diarrea, anorexia, náusea y vómito. Además muy frecuentemente estímulos táctiles, olfatorios y visuales asociados a la quimioterapia elicitán respuestas de ansiedad, náusea y vómito que pueden ocurrir antes, durante o después de la infusión, por lo que varios pacientes interrumpen o abandonan sus tratamientos.

Dado lo anterior, la importancia de un entrenamiento en relajación, según Burish y Lyles (1981) radica en:

- 1) Que el entrenamiento puede ayudar a la gente a decrementar su ansiedad en condiciones estresantes. (Davison y Hiebert, 1971).

- 2) La relajación puede distraer al paciente de los estímulos a los que esté negativamente condicionado y decrementar la intensidad de las respuestas condicionadas a éstos.
- 3) Es poco costosa y simple de enseñar y aprender, además de que no tiene efectos colaterales negativos. (Lader y Mathews, 1970).
- 4) La estrategia se puede copiar y adaptar a una gran variedad de situaciones estresantes además de la quimioterapia y ayuda al paciente a mantenerse en un estado psicológico más favorable y positivo. (Achterberg, Simonton y Mathews-Simonton, 1976; Holland, 1977).

Estos autores lograron controlar la frecuencia de vómito y mareo durante las quimioterapia, así como el control emocional de los pacientes que experimentaron mayor estabilidad y menor aversión a dicho tratamiento. Tales resultados los llevaron a la conclusión de que la relajación es una medida efectiva para reducir algunos efectos aversivos del tratamiento de quimioterapia contra el cáncer.

Hamberger (1982), por su parte, también usó la relajación progresiva para entrenar a sus pacientes en el afrontamiento de su enfermedad y para el control de la ansiedad relacionada con el dolor en el tratamiento de pacientes operados de estómago y cáncer de vejiga. Ya que los pacientes sufrían sus ataques de dolor sólo cuando experimentaban tensión física relacionada con conflictos interpersonales, se eligió la relajación para controlar la ansiedad y el dolor intestinal.

Como resultado del entrenamiento se registró el debilitamiento o la interrupción inmediata de los ataques gástricos. También se logró que los pacientes aplicaran la técnica fuera del contexto más estresante (hospital) pero las respuestas condicionadas siguieron aunque con menor intensidad en situaciones que de algún modo se relacionaban con el contexto médico.

Finalmente, Aries, Cohen, Little, Balducci, Dubbert y Kearne (1984) reportan la utilidad de la relajación para controlar síntomas anticipatorios a la quimioterapia como la náusea y el vómito. Ellos comprobaron que la causa principal de tales síntomas anticipatorios era la ansiedad y la aversión que los pacientes experimentaban ante la quimioterapia. Por ello decidieron aplicar la relajación 20 minutos antes y durante los primeros 5 minutos de la infusión. En el ejercicio ellos evaluaron respuestas fisiológicas como la tasa cardiaca y respuestas conductuales como la acción de vomitar o querer vomitar.

Como resultado tuvieron que, gracias al entrenamiento, la tasa cardiaca disminuyó también la frecuencia de la náusea y vómito anticipatorio, aunque no totalmente.

Todas estas evidencias sacan a la luz la utilidad que hasta el momento ha tenido la relajación al abordar algunas de las tantas consecuencias que el cáncer trae consigo. Pero revela también la necesidad de seguir trabajando y probando la técnica con un mayor número de pacientes para acrecentar sus beneficios.

VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA RELAJACIÓN.

Igual que en el caso de la bio-retroalimentación existen aspectos que hacen a la técnica de relajación poco práctica en ciertas situaciones.

Sin embargo, a simple vista podemos observar que la relajación resulta más económica y versátil que la bio-retroalimentación desde el momento en que no requiere para su uso más que un sitio cómodo para el paciente.

Por otro lado, esta técnica posee niveles de riesgo materiales mínimos en su uso; es decir que no nos veremos impedidos de aplicarla por una posible avería de equipo. A diferencia de la bio-retroalimentación el sujeto puede aplicar la relajación en su propia casa o en otros lugares que se presten para ello, ya que representa una técnica de aprendizaje autógeno donde no se requiere nada más que la presencia del mismo sujeto.

Sin embargo existen algunas limitaciones que es conveniente no perder de vista:

- La disponibilidad del sujeto para aprender debe ser total o casi total, pues de otro modo únicamente perderemos el tiempo.
- Dado que la observación objetiva de los niveles de relajación no es perfecta aún, confiaremos ampliamente en los auto-reportes del sujeto y ello podría prestarse a manipulaciones de su parte.

Como se ha hecho evidente a lo largo de este capítulo, la Bio-retroalimentación y la Relajación como técnicas de auto-regulación han tenido avances importantes en el campo de la llamada Medicina

Conductual. Sin embargo, la investigación con estas técnicas se ha visto limitada por la necesidad de medidas cada vez más objetivas que permitan emitir juicios más concluyentes aún respecto a su alcance real.

A nuestro parecer esta falta de consistencia metodológica que para la investigación tienen las técnicas, no es un factor relevante dentro de la práctica clínica; ya que el testimonio del paciente mismo y la observación directa de su mejoría da al terapeuta la seguridad de que su técnica funciona aún cuando carezca de un instrumento capaz de captar sistemáticamente tales efectos positivos.

No importando las limitaciones ya señaladas, podemos decir que la relajación, es parte fundamental de otras técnicas como la bio-retroalimentación, además de ser en sí misma una técnica independiente. Y así como es esencial en este caso, también lo es para la técnica de la Hipnosis como un elemento básico.

De ahí que técnicas que a simple vista son distintas se encuentren unidas en su interior, pudiendo considerar a la Relajación como la piedra angular de las técnicas de auto-regulación.

Una vez enfatizado este punto, el siguiente capítulo estará dedicado al análisis de la Hipnosis, que constituye el eje principal de nuestro trabajo.

CAPÍTULO IV

HIPNOSIS

Durante mucho tiempo la hipnosis ha sido considerada más que una herramienta terapéutica como un asunto relacionado con la hechicería y el ocultismo.

En realidad ha sido necesario despertar el interés de investigadores formales que a lo largo de siglos desarrollaran un enfoque más científico del fenómeno hipnótico y encauzaran también sus potencialidades para favorecer las condiciones de vida del ser humano.

Siendo el tema de la hipnosis un punto tan controvertido, en este capítulo nos dedicaremos a analizar la trayectoria que ha seguido desde sus inicios hasta el momento. los postulados teóricos que la sustentan, así como sus aplicaciones clínicas y las aportaciones que ha dado a la Psicología y a la Medicina en el tratamiento de diversas patologías. También hablaremos del papel que la hipnosis ha desempeñado en el apoyo de índole psicológica a pacientes con cáncer, así como a pacientes con cierto grado de dolor crónico.

CONCEPTO DE HIPNOSIS.

Aún en la actualidad sigue siendo un problema el definir con exactitud qué es la hipnosis o el estado hipnótico, aunque varios autores han propuesto algunas alternativas de definición:

Tordjam (1978) argumenta que al querer definir la hipnosis se generan los mismos problemas que cuando se quiere definir el sueño o el estado de vigilia; pues se pueden caracterizar por algunos signos físicos o psíquicos pero en realidad nadie ha podido aún describir su íntima esencia.

Él mismo, reporta que autores como Bernheim y Mason han definido la hipnosis como "un estado temporal donde la atención se modifica. Y donde la característica principal es la sugestionabilidad acrecentada, estribando aquí la diferencia con el estado de vigilia".

Van Pelt (1963) por su parte es más neutral al decir que definiciones habrá tantas como hipnotistas existan en el mundo.

Charcot, creía que la hipnosis se manifestaba como síntoma patológico de la histeria.

Para las teorías fisiológicas este estado se genera por alguna función especial del sistema autónomo donde el trazo encefalográfico del individuo se compara con el de vigilia por sus ondas Alfa. Hay una selectividad de atención para fenómenos externos y de nuestra vida psíquica, donde la conciencia se aproxima a la conciencia en estado de vigilia.

Para Pavlov, la hipnosis es un sueño parcial inducido por un reflejo condicionado, donde el estímulo inicial se ubica en la infancia cuando la madre acuna al niño en su sueño con sus cantos. Y en la hipnosis, el hipnotizador tiene el papel maternal y sus palabras ejercen una acción cuyo alcance no ha sido muy destacado. No se debe al azar que las palabras dulces, persuasivas y monótonas sean un inductor privilegiado de la hipnosis. (Tordjman, 1978).

Por otro lado y dentro del enfoque de la Psicología Cognitivo-Conductual se tienen también otra serie de definiciones. Crasineck y Hall (1975) hacen una recopilación de tales argumentaciones que se describen a continuación:

- Mesmer (1959) define la hipnosis como una "Psicofisiología de la Conciencia Alterada" que consta de: elevar el nivel de sugestionabilidad, limitar la conciencia, insomnio selectivo, restricción de la atención.

- Erickson (1958) por su parte, la define como un estado de atención y recepción intensificada y un incremento en la respuesta a una o varias ideas.

- Selneck (1962) considera el estado hipnótico como la condición primitiva del individuo y su relación con el medio ambiente.

- Bartlett (1968) define la hipnosis como: "El control de la entrada de información que propone el control de la conducta".

- Zimbardo, Maslack y Marshall (1972) sugieren que la hipnosis es: a) Un estado en que los efectos del proceso cognitivo se ven amplificadas en su funcionamiento. b) Permite al sujeto centrar su mente y su cuerpo

en el control interno y voluntario. c) Se acompaña por un alto sentido de la imaginación. d) Puede quitar la concentración intensiva y eliminar distracciones.

- **Hawkins (1992)** considera que la hipnosis no es un sinónimo de dormir, más bien una transformación de la atención que puede ocurrir en unos cuantos segundos, ya sea con guía o espontáneamente.

- Finalmente, **Crasineck y Hall (1975)** exponen su propia definición, concibiendo a la hipnosis como un estado alterado de conciencia caracterizado por un incremento en la habilidad de producir cambios deseables en patrones, auto-imagen, hábitos y estilos de vida, así como la producción de cambios de funciones fisiológicas como el dolor.

Todas estas definiciones ofrecen aspectos relevantes para su análisis sin embargo solamente retomaremos aquellas que nos resultan más importantes.

Para empezar, la hipnosis o la capacidad de ser hipnotizados no es privativa de los histéricos como Charcot sostenía. Se ha comprobado que toda persona normal es susceptible de hipnotizarse. Y se ha comprobado también que las personas con alguna patología psicológica (esquizofrénicos por ejemplo) son sujetos casi imposibles de hipnotizar. Por lo tanto, la hipnosis no es un sinónimo de patología alguna, sino que, por el contrario, es un estado alcanzable por cualquier persona normal.

Por otro lado, es completamente cierto que en el estado hipnótico se presenta una alteración de la conciencia donde se agudizan funciones tales como la atención, la imaginación y la memoria. Y esto a su vez

permite que la sugestionabilidad inherente a cada individuo se agudice también facilitando los cambios a nivel cognitivo y/o conductual.

Es por ello que todas las definiciones que resaltan estas características son correctas.

Pero aún dentro de todas ellas figuran algunas que exponen de modo más integrado y claro lo que es la hipnosis. Así las definiciones que **Hawkins (1992)** y **Crasineck y Hall (1975)** ofrecen, son las más completas a nuestro parecer, porque además de abordar las funciones individuales que se agudizan en la hipnosis, habían también de la serie de cambios que pueden producirse cuando alteramos la conciencia y utilizamos las potencialidades del paciente en su propio beneficio.

ANTECEDENTES.

Desde épocas primitivas ya eran empleados procedimientos hipnóticos para curar diversos males, y la responsabilidad de dichas curas se adjudicaba a los entes divinos todopoderosos.

Conforme la ciencia avanzó los investigadores trataron de hallar alguna explicación más sólida del fenómeno hipnótico y los principios que lo rigen.

El precursor de esta investigación fue **Franz Mesmer** quien en 1765 y considerando los postulados de **Paracelso (1530)** pensaba que los cuerpos celestes influían decisivamente en el estado de salud humana y dentro de cada organismo había un fluido magnético que reaccionaba

ante los cambios de los cuerpos celestes. Así trabajó con diversos padecimientos (dolor de muelas, depresión, parálisis) usando imanes ajustados a varias partes del cuerpo del enfermo.

Cuando los pacientes que habían sido considerados desahuciados se recuperaron casi por completo, Mesmer consideró que así como el fluido magnético se activaba por la influencia celeste, la voluntad humana también podría ser capaz de activarlo. (Hartland, 1974).

Los estudios siguieron siendo desarrollados por discípulos de Mesmer, como Armando Chastenet, Marqués de Puységur (1784) quien describió la existencia del sonambulismo artificial o "andar dormido". Con esto comprendió que las crisis generadas por el tratamiento mesmeriano no eran indispensables para llegar a la cura; y por el contrario, a través del trance el paciente disminuía sus convulsiones hasta perderlas por completo. Así puso en marcha métodos menos teatrales que los de Mesmer y más sencillos aún. Sus estudios dieron a conocer otros fenómenos presentes en el sonambulismo hipnótico (amnesia, catalepsia, anestesia, alucinaciones).

Con estos descubrimientos surgió un mayor interés científico destacando personajes como Charcot (1778) quien empezó a utilizar el método hipnótico para dar algunas explicaciones neurológicas. Charcot describió el estado de hipnotismo como tres estados distintos de reflejos que se presentaban con cierta secuencia y esto sucedía especialmente en aquellos individuos históricamente predispuestos. De alguna manera (aún inexplicable) los tres estados eran inducidos y terminados por algún

estímulo físico. Estas explicaciones terminaron en retroceso a las explicaciones mágicas de Mesmer y aún cuando se apoyaba en una metodología metódica cometió ciertos errores en su práctica clínica. Exhibía explicaciones pre-psicológicas al mismo tiempo que la práctica clínica era claramente avanzada hacia un nivel mayor de sofisticación y comprensión. (Fromm y Shor, 1979).

Simultáneamente al trabajo de Charcot el cirujano James Braid , tras una serie de experimentos logró inducir al estado de trance a algunos de sus pacientes y pudo comprobar que el uso de este procedimiento dentro de la cirugía traía muy buenos resultados. Braid, concluyó que en la inducción al trance no interfieren los fluidos magnéticos a los que Mesmer se refería, sino que se trataba de un fenómeno de sugestión que actuaba sobre el individuo a quien le había sido aumentada la sugestionabilidad de modo artificial (él lo hizo captando la atención visual del paciente en un objeto brillante) y a este fenómeno lo bautizó como hipnosis. (Hartland, 1974).

Fueron todos estos sucesos los que llevaron a la medicina a considerar la hipnosis como una herramienta potencial para el ejercicio de la profesión en diversas áreas como la odontología, la cirugía y la obstetricia.

Posteriormente, hubo un periodo de declinación en las investigaciones, y fue hasta el final de la Segunda Guerra Mundial que el clima intelectual rescató la importancia de la hipnosis. de esta forma se

funda en 1949 la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental en los Estados Unidos y hacia 1959 se extendió a una sociedad internacional: la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica. (Crasinneck y Hall, 1975).

En 1958, la American Medical Association aprobó su uso médico precisando que algunos efectos seguían siendo desconocidos y controvertidos. (Tordjman, 1978).

TEORÍAS DE LA HIPNOSIS.

Estas pueden dividirse en dos categorías principales: Fisiológicas y Psicológicas.

a) Teorías Fisiológicas. Según Van Pelt (1963) este tipo de teorías atribuyen el fenómeno hipnótico a una deficiencia cerebral o a una función especial del sistema nervioso autónomo.

A este respecto, Pavlov (1972) ofrece explicaciones más amplias del fenómeno hipnótico, argumentando que la corteza cerebral es el centro principal participante en este proceso; por lo tanto considera que en la producción del estado hipnótico hay interferencia con el nivel de respuestas condicionadas y algunas de otro tipo. Esto quiere decir que para que la hipnosis se produzca debe generarse cierta inhibición selectiva de determinados centros cerebrales (como aquellos que transmiten alguna información del exterior a través de los sistemas sensoriales).

Otros autores como Akstein (1965), Raikov (1975), Barlett (1966), toman en cuenta áreas como la formación reticular y las alteraciones corticales y subcorticales, interviniendo el hipotálamo y el sistema límbico. (Crasineck y Hall, 1975).

Para Hawkins (1992), el trance ocurre cuando el hemisferio izquierdo (encargado de la lógica) es disminuido y permite que el hemisferio derecho obtenga una ventaja dominante.

b) Teorías Psicológicas. Éstas enfatizan su trabajo asociando cambios fisiológicos con la hipnosis por medio de factores como el juego de roles, la motivación y mecanismos mentales. Con esto toman como un factor esencial a la motivación. Es decir, que al establecer un juego de roles en la relación hipnotista-sujeto, existe la posibilidad de que el primero maneje la situación de tal modo que su paciente participe activamente en la sesión hipnótica por verse favorecida una atmósfera de confianza entre ambos y así pueda quedar claro que el hipnotizador sabrá guiar correctamente al paciente para su beneficio.

Estas teorías psicológicas abordan aspectos fundamentales que las teorías fisiológicas no toman en cuenta.

Ahora bien, de estas dos principales teorías se derivan algunos modelos explicativos de la hipnosis:

- El Modelo Fisiológico. Que concibe a la hipnosis como producto de un orden o desorden en las actividades de distintas partes del cerebro.

Además de ciertas sustancias bio-químicas en el cerebro y en todo el sistema nervioso.

- El Modelo del Aprendizaje. Que considera a la hipnosis como una forma de aprender dentro de las condiciones adecuadas. Es decir que la posibilidad de lograr la hipnosis no se halla dentro del individuo, sino que hace falta un contacto con un medio social favorable donde además exista alguien que le enseñe a ser hipnotizado. Ninguna relación con el modelo anterior.

- El Modelo Cultural. Habla de la hipnosis como producto del contagio de la sugestionabilidad y el juego de roles. Donde la influencia del grupo social de origen y el establecimiento de jerarquías hará que el individuo más hábil sugestione al resto y sea capaz de mantener esa influencia en el o los sujetos que a su vez lo transmitirán a los demás.

- El Modelo de la Motivación Ambiental. Que parte de las diferencias interpersonales y el establecimiento de las relaciones padre-hijo con el fenómeno de la transferencia. Donde las antiguas relaciones filiales permiten al sujeto mirar al hipnotizador dentro de esa misma relación facilitando que el paciente establezca cierto lazo afectivo con su terapeuta. (Crasineck y Hall, 1975).

Las teorías fisiológicas de la hipnosis resultan demasiado lineales al intentar explicar el fenómeno hipnótico solamente en función de la actividad cerebral.

Con esto no queremos decir que los postulados en términos fisiológicos no sean válidos, pero sí limitados al no tomar en cuenta los

factores independientes al sistema nervioso que juegan parte importante en el proceso. En contraste con estas primeras teorías, las teorías psicológicas parten de aspectos como los mecanismos mentales y la motivación para explicar la hipnosis.

Sin embargo se identifican claramente las tendencias que ambos tipos de teorías poseen: mientras unas pretenden fundamentar todo el fenómeno hipnótico en elementos puramente fisiológicos, las otras lo ubican completamente en la motivación adecuada.

No podemos negar que el comportamiento del sistema nervioso sufre alteraciones durante la hipnosis, así como tampoco que los aspectos psicológicos como las emociones y la motivación también son alterados en este estado. Es por ello que una teoría menos tendenciosa que dé crédito a ambos factores (orgánico y psicológico) del individuo podría proporcionar mejores alternativas de explicación del fenómeno hipnótico.

Bajo estas consideraciones fundamentales concluimos que la mejor opción sería una combinación de dos modelos explicativos de la hipnosis: el modelo fisiológico y el modelo del aprendizaje. Donde se reconozca la participación del cerebro en la producción de la hipnosis pero que también se establezca la importancia de la relación individuo-ambiente donde se facilita por medio del aprendizaje la posibilidad de ser hipnotizado. Es decir, que los seres humanos además de experimentar alteraciones a nivel cerebral aprendemos a ser hipnotizados.

Finalmente analizaremos la teoría que Miller, Galanter y Pribram (1983) proponen.

Según ellos, el ser humano constantemente está elaborando planes; es decir que establece en orden de importancia una secuencia de operaciones (acciones) que realizará a corto o largo plazo. Estos planes están conformados por imágenes que le permiten al individuo representarse en el pensamiento el tipo de acciones que ejecutará.

Cuando intervenimos con la hipnosis, justamente lo que buscamos es frenar esa elaboración constante de planes propios que realiza el sujeto, para que haga caso de los planes que nosotros le proponemos. O sea que le proporcionamos también un conjunto de imágenes que conforman un plan bien estructurado con la única diferencia de que no será él quien lo elabore.

Sin embargo es aquí donde se corre el riesgo de que el sujeto no acepte nuestros planes y por lo tanto no los ejecute; o bien de que desee colaborar tanto que sin proponerselo obstaculice la entrada de nuestro plan. Como los mismos autores señalan: " Vistas las dificultades que encontramos con tanta frecuencia para convencer a otras personas de que deben ejecutar nuestros planes, resulta interesante señalar que existe una situación en que la otra persona llega a esforzarse fanáticamente por hacer lo que decimos. De hecho, llega a cooperar en tan gran medida que cuesta mucho trabajo evitar que, en interés nuestro, se perjudique a sí mismo. Naturalmente esta situación es la hipnosis". (p. 115).

O sea que al intentar sustituir el plan del individuo por el nuestro debemos cuidar que el sujeto no se resista pero que tampoco ayude a tal grado que invalide el proceso. Cuando el sujeto decide cooperar o no con nosotros sencillamente está elaborando y llevando a cabo un plan: el de colaborar o no. Y es esta situación la que bloquea la entrada del nuevo plan que hemos de proponerle.

Por otro lado, la elaboración de los planes siempre incluye la voz propia del sujeto, quien se dice a sí mismo qué acciones ha de realizar. Entonces la forma más indicada de hacer que acepte nuestro plan es sustituyendo su voz por la nuestra. Que el sujeto nos entregue su voz interior. Cuando logramos esto, el individuo no tiene mayor oportunidad de discernir puesto que no habrán otros planes de donde escoger; el único que tendrá presente será el que nosotros proponemos y por lo tanto lo realizará.

Cuando el sujeto decide colaborar o no en el proceso es porque sigue hablándose a sí mismo, lo que impide la atención a nuestra voz. El sujeto adopta una posición crítica ante nuestras propuestas y no deja de evaluar lo bueno o malo de nuestros planes. Esto es, que esa actitud crítica se genera porque el individuo de algún modo teme dejar en nuestras manos la decisión del plan que ha de seguir.

Definitivamente no se trata de una imposición de nuestra voz sobre la del sujeto, por el contrario, se trata de una persuasión para que por unos momentos deje en nuestras manos su voz interior y podamos transmitirle nuestras propuestas. Aunque muchas veces es más fácil imponer que convencer.

Por otro lado, el hecho de aceptar nuestro plan no significa la total incapacidad del sujeto para elaborar planes propios, más bien éstos son débiles y el plan del hipnotizador posee la mayor fuerza y la preferencia para ser ejecutado. Sin embargo, no es sencillo lograr que la gente deje de hablarse a sí misma pero podemos facilitarlo si la inducimos a condiciones de relajación como cuando se dispone a dormir (cuando dormimos dejamos descansar a nuestra voz interior y ésta se muestra más débil). En esta situación de relajación el sujeto intenta acallar su voz interior y el hipnotizador ofrece un plan sustitutivo que le obliga a permanecer alerta y adoptarlo como suyo. Y este plan sustitutivo debe estar perfectamente coordinado con las percepciones del sujeto de modo que éste crea que tal plan surge de su propio interior y no de otra persona. Este tipo de planes equivalen justamente a las sugerencias post-hipnóticas.

En conclusión, independientemente de las condiciones orgánicas o medio-ambientales que facilitan la hipnosis, si no conseguimos que el individuo nos permita ser su voz interior, todos nuestros intentos se verán frustrados. Por ello se dice y con mucha razón que jamás podremos hipnotizar a alguien que no esté dispuesto y tampoco lo lograremos con quien desea colaborar vehementemente.

A nuestro parecer esta última teoría es la más adecuada para explicar el fenómeno hipnótico, dado que no requiere de puntos de partida fisiológicos y establece la participación de fenómenos psicológicos (pensamientos y motivación) como facilitadores de la elaboración de un

plan que lleve a la mejoría del sujeto. Todo esto podríamos resumirlo en la importancia de la voluntad del individuo para ser hipnotizado y permitimos guiarlo.

Definitivamente el fenómeno hipnótico atañe directamente al aspecto cognitivo del sujeto (pensamientos, imágenes) por lo que deja de ser relevante buscar alguna alteración orgánica que lo provoque. Es decir que estamos trabajando en un campo subjetivo que no por serlo es menos importante que lo tangible.

VIGILIA, SUEÑO E HIPNOSIS.

Para muchos es común relacionar la hipnosis con el sueño, la mayoría de la gente los identifica como sinónimos, pero esto es un error; ya que existen muchas evidencias de que la hipnosis comparte más características con la vigilia que con el sueño.

Van Pelt (1963) acertadamente señala algunas características que permiten diferenciar el sueño de la hipnosis:

Para empezar, una persona dormida no responde a los estímulos externos de la misma forma que lo hace alguien hipnotizado. La conciencia (el estado consciente) es suspendida en el sueño pero se halla presente en el estado de hipnosis.

También Tordjman (1978) argumenta que bajo la hipnosis el sujeto no duerme, no sueña, habla, razona, siente y su mente permanece en conexión con la del hipnotizador. Además de que las señales electro-

encefalográficas del hipnotizado son más similares a las vistas en el estado de vigilia (ondas Alfa) que a las ondas lentas identificadas durante el sueño (ondas Beta).

El mismo autor agrega que durante el sueño se da una desconexión casi total del mundo exterior y es cuando nos asomamos a nuestra vida interior donde predomina un lenguaje propio, una lógica propia y un matiz afectivo importante.

A diferencia de estos sucesos, durante la hipnosis mantenemos contacto con el exterior, existe actividad sensorial, atención, concentración, memorización, todo ello expresado de un modo más selectivo que en el estado de vigilia; es decir que todas estas funciones tan comunes en vigilia, se generan en la hipnosis de forma aumentada enfocadas a un sector particular sugerido por el operador o por el mismo sujeto. Es como si ilumináramos intensamente aquellas áreas con las que deseamos trabajar, con lo que se explica la agudeza de la percepción en el sujeto.

Nuestra experiencia personal nos ha llevado a comprobar también que la hipnosis es un estado de vigilia selectivo y agudizado. Los sujetos que hemos observado responden únicamente a los estímulos exteriores que nosotros les proporcionamos aumentando su sensibilidad a éstos. La persona acepta las sugerencias dadas y participa activamente en el proceso; estas son actividades que una persona dormida nunca lograría hacer por estar bloqueado su contacto con el exterior.

SUGESTIÓN.

Independientemente del enfoque con el que la hipnosis sea vista, al referirnos a ella automáticamente la relacionamos con un término conocido por todos pero rara vez explicado con certeza en otros ámbitos que no sean los científicos. Este término casi inherente a la hipnosis es la sugestión.

Pero ¿qué es realmente? ¿y de qué modo contribuye a que la hipnosis se produzca?

Decidimos abordar todo lo referente a la sugestión antes de empezar a hablar de los métodos concretos que se emplean para inducir al trance hipnótico debido a que el lector se encontrará en este apartado frecuentemente con el término de sugestión; por ello vamos a proporcionar una idea más definida de lo que significa.

Powers (1963) define el término como la inducción de una idea o acción de un individuo a otro por medio de estimulaciones de cualquier naturaleza (verbal, sensitiva) pero que siempre excluye en forma total cualquier indole de argumentación lógica o no. En otras palabras, la sugestión es una aceptación indiscriminada de las ideas personales que no siempre provienen de otras personas sino que pueden venir del sujeto mismo.

Stokvis y Wiesenhutter (1983) ofrecen un concepto similar argumentando que es la influencia de otro hombre que se ejerce en gran medida eludiendo las esferas racionales de la personalidad. Ellos también la llaman "resonancia psíquica", pues el hombre no solamente

está relacionándose con el mundo, sino que él a su vez también es el mundo; por lo tanto al tiempo que se relaciona con el mundo se está relacionando consigo mismo.

En el caso de la auto-sugestión se genera una relación del Yo con el Yo mismo, dándose una " auto-resonancia afectiva".

Una vez expuestas estas definiciones podemos concluir que la sugestión es entonces la aceptación de una sugerencia que puede provenir de una persona ajena o de nosotros mismos. Estas sugerencias las aceptamos sin poner de antemano crítica o censura alguna.

Si bien, la sugestión es un elemento fundamental de la inducción hipnótica, también podemos encontrarla en otros ámbitos no necesariamente relacionados con la hipnosis.

Al respecto Powers (1963) señala que la publicidad y la propaganda que hallamos en el exterior cumplen cierta función de sugestión al intentar "convencernos" del consumo de un producto o del mensaje con el que intentan ganar al público, ganar adeptos.

Por otro lado, la sugestión también está presente en las prácticas religiosas o políticas, ya que existe convencimiento y se cree fervientemente en algo o en alguien.

Regresando al caso de la hipnosis, así como la sugestión significa un facilitador de ésta, también se la puede tener como efecto de la misma. Es decir, que dentro del estado hipnótico se acrecenta la facilidad de

obtener una acción o un pensamiento en el sujeto hipnotizado, y a esto le llamamos SUGESTIBILIDAD o SUGESTIONABILIDAD.

Es probable que en un estado normal las sugerencias resulten imposibles para el individuo, y es por ello que la sugestibilidad es algo más que una actitud mental; es un factor determinante para lograr cambios en la conducta (motora, cognitiva) del sujeto.

Sin embargo, lograr la hetero-sugestión (de una persona a otra) o la auto-sugestión a veces se dificulta por diversas causas.

Stokvis y Wiesenhutter (1983) mencionan algunos factores que pueden obstaculizar la sugestión:

- Individualidad muy desarrollada (personalidad fuerte).
- Duda o desconfianza.
- La voluntad excesiva de tratar que todo salga bien. El esfuerzo consciente de la voluntad estimula los reflejos opuestos.

Agregan otros factores que favorecen la sugestión:

- Pensamiento lógico y racional poco desarrollado.
- Personalidad débil racionalmente.
- Deseo, disposición interna.

Por su parte, Barber (1981) ofrece evidencia de que la sugestión puede actuar muy independientemente de la inducción hipnótica.

El autor hizo un recuento de varias investigaciones donde gracias a la sugestión se logró: bloquear la reacción de la piel al veneno de ciertas

plantas, curar verrugas y aminorar la "enfermedad de piel de pescado"; estimular el crecimiento de glándulas mamarias en mujeres adultas.

Concluye señalando que los procedimientos de inducción hipnótica son útiles para reducir la actitud crítica de algunos sujetos y así lograr la sugestión, pero que con procedimientos más ordinarios también se puede obtener el mismo resultado, sin embargo el autor no menciona cuáles pueden ser dichos procedimientos.

Por otra parte y siguiendo con el fenómeno de la sugestionabilidad, Orme (1959) opina que un incremento en la sugestionabilidad del sujeto podemos tomarla como un incremento en la motivación según los deseos del hipnotista (es aquí donde entra el juego de roles), dado que la motivación representa una constante que acompaña al estado hipnótico, aún cuando también pueda ser operada en otras situaciones de la vida con igual fuerza.

Ahora bien, la sugestionabilidad también es relacionada por Perry, Gelfand y Marcovich (1979) con la susceptibilidad hipnótica. Ellos opinan que el grado de ésta dependerá de las características de la personalidad del individuo, aunque sin dejar de lado las variables motivacionales que también influyan, sobre todo en el ámbito terapéutico. Es decir, que la sugestionabilidad forma parte de la susceptibilidad hipnótica y acompaña por otro lado factores como la imaginación y la disociación voluntaria. Por ello se cree que todos los individuos tenemos un potencial hipnótico suficiente para someternos a un tratamiento hipnótico, desde el momento

en que contamos con estas características de sugestibilidad e imaginación aunque al poseerlas en mayor grado que otras pronostica una ejecución hipnótica superior.

El argumento anterior es apoyado por Lazarus (1973) quien sostiene que la actitud que los pacientes tengan hacia la hipnosis o su actitud al comenzar a ser hipnotizados está muy relacionada con el éxito de la terapia y ello constituye el nivel de susceptibilidad del individuo. (En Perry, Gelfand y Marcovitch, 1979).

Para finalizar, es importante aclarar que la sugestión y la sugestionabilidad no son sinónimos de susceptibilidad hipnótica; sino que más bien son elementos de ésta. Por ello debemos cuidar el no confundir dichos términos que, si bien van de la mano, no tienen la misma función ni significan lo mismo.

ALGUNOS MÉTODOS DE INDUCCIÓN HIPNÓTICA.

Cuando nos encontramos con una gran cantidad de investigadores interesados en el fenómeno hipnótico y con tantas teorías formuladas al respecto; es de esperarse que existan métodos de inducción hipnótica también muy variados.

Como el nombre lo dice, estos métodos permiten al terapeuta hacer que su paciente alcance ese estado de conciencia alterado que le

permite captar las sugerencias (sugerencias necesarias para modificar algún patrón fisiológico o psíquico que le esté causando conflicto).

A medida que la investigación ha evolucionado, los métodos también lo han hecho, formulándose infinidad de combinaciones. Sin embargo, para nuestro objetivo no es necesario mencionarlos todos, solamente los más relevantes.

Para empezar Wadden y Anderton (1982) distinguen dos formas de aplicación principales:

a) La Hipnosis como una Condición Antecedente.

Cuando el terapeuta informa al paciente respecto a todos los mecanismos de la hipnosis y la forma como él debe de cooperar en el proceso. Existe una inducción que el terapeuta manipula por medio de la sugestión, el adormecimiento y la relajación.

Para evaluar la susceptibilidad hipnótica del sujeto existen ya algunos instrumentos estandarizados (Barber Suggestibility Scale, The Stanford Hypnotic Clinical Scale, The Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, entre otros).

b) Hipnosis como Característica del Sujeto.

El terapeuta se enfoca a la sugestibilidad del paciente. No hace falta dar grandes explicaciones al inducir al trance, pues lo único que el hipnotista hará es valerse de la habilidad hipnótica del sujeto. Se busca

en ella la relación entre el tratamiento hipnótico y la hipnotizabilidad propia del paciente. Si la relación se encuentra, el tratamiento puede seguir explotando el talento del sujeto, pero si esta relación no es hallada deben buscarse procedimientos alternativos que permitan mejores efectos del proceso hipnótico.

Kingsbury (1962) divide los métodos en físicos y psíquicos:

- Los métodos físicos son aquellos donde es indispensable estimular los sentidos.

* Fijación de la vista (usado por Braid).

* Percepción auditiva (Charcot).

* Olfatorios (Binet y Feré).

* Tacto (Mesmer, Weinhold, Escuela de Amsterdam).

- Los métodos psíquicos. Donde se sugiere al individuo concentrarse mentalmente en la idea de dormir.

De manera muy breve explicaremos en qué consiste cada método para que el lector se forme una idea general de por qué su clasificación dentro de los grupos.

a) Braid hacía mirar fijamente un objeto generalmente brillante, con lo que atraía la atención hacia él. Esta posición visual tan forzada favorecía el sueño.

b) El método de Mesmer era, pasar las manos por las mejillas del sujeto a la vez que lo miraba fijamente. Estos pases eran "positivos" cuando se tenía la intención de que influyeran saludablemente en el individuo y eran "negativos" cuando se pretendía que evitaran la influencia de la enfermedad.

c) Landovzy, Binet y Feré, inducían al trance por medio de imanes y sin el conocimiento del sujeto.

d) Weinhold aplicaba corriente eléctrica para hipnotizar.

e) Charcot experimentó con sonidos monótonos colocando un diapason cerca del paciente y lo hacía vibrar con un electro-imán.

f) En el método de sugestión de Amsterdam, se coloca al paciente en posición fetal, se le indica que cierre los ojos y se le sugiere el sueño. Al mismo tiempo se le acaricia la nuca para producir un estímulo monótono, favoreciendo así la hipnosis.

Finalmente, Kingsbury (1962) señala que no importando el método de que se trate, siempre estará como factor determinante la sugestión.

Hawkins (1992) a su vez ofrece una división distinta de los métodos inductivos en Formales y Naturales.

- Dentro de los Métodos Formales el hipnotizador realiza una rutina establecida de inducción (fijación de la vista, el contacto visual, pases).

En esta categoría pueden ubicarse los métodos mencionados por Kingsbury.

- Los Métodos Naturales, que consisten en caer en estado de hipnosis sin proponérselo siquiera y sin que nadie lo provoque aparentemente (por ejemplo, cuando nos abstraemos en un libro, escuchando música o cuando conducimos durante mucho tiempo en carretera).

Varios autores (Hawkins, 1992; Hartland, 1974; Stokvis y Wiesenhutter, 1983) coinciden en afirmar que la relajación (progresiva o pasiva) es también un método de inducción hipnótica.

Personalmente consideramos que la relajación del mismo modo que la sugestión es una parte esencial de la inducción puesto que una persona que se encuentre tensa difícilmente tendrá disposición para ser hipnotizada; y por mucho que se esfuerce el hipnotizador no logrará grandes resultados.

Como lo señalamos en su momento, la relajación es la piedra angular de las técnicas de auto-regulación y para nosotros constituye el mejor facilitador del trance hipnótico y el más sencillo de enseñar.

Nuestra afirmación se ve apoyada por William y Edmonston (1979) quienes señalan que desde que el Marqués de Puységur notó la apariencia sonambulística de los pacientes hipnotizados, la relajación constituye el aspecto central de los procedimientos de inducción.

FASES DEL TRANCE HIPNÓTICO.

Una vez que hemos hablado de los métodos de inducción más relevantes, describiremos las fases principales del estado hipnótico y sus características.

El Estado Hipnoidal. Consiste en el mero adormilamiento y sensación de pesadez en los miembros del cuerpo (brazos, piernas, manos).

El Estado Ligero. Donde los ojos de hallan cerrados, existe completa relajación e inhibición de los movimientos voluntarios. A veces se observa que los párpados tiemblan un poco.

El Trance Medio. se presenta obediencia automática, catalepsia de los miembros, rigidez, movimientos automáticos y anestesia o analgesia. También puede haber amnesia parcial.

El Estado Sonambullístico. Pueden abrirse los ojos sin despertar, experimentar alucinaciones, total amnesia.

En el trance ligero y medio, el paciente puede recordar todos los eventos del trance y podría dudar de que realmente haya sido hipnotizado porque oyó en todo momento al hipnotista hablando, y esto es debido a la idea falsa de que hay un total bloqueo durante la hipnosis.

En el trance profundo, los sujetos también oyen al hipnotista por que de otro modo serían incapaces de captar las sugerencias.

Algunas veces, tras el trance profundo, el paciente imagina que no oyó nada porque los eventos del trance son olvidados. (Van Pett, 1963).

ALGUNOS FENÓMENOS COMUNES DEL ESTADO HIPNÓTICO.

Mucho se ha hablado de que la hipnosis es como desconectarse del mundo exterior y ponernos a merced de quien nos habla. Pero esto es falso, dado que la persona es capaz de mantenerse alerta de lo que sucede fuera y en ningún momento pierde el control de su voluntad.

Tordjman (1978) maneja esto argumentando que el sujeto se conecta con el mundo exterior sólo a través de la voz del hipnotizador; se concentra y permanece en estado de alerta selectivo. Sin embargo, sí es posible identificar algunos fenómenos que se registran en el estado hipnótico, y que de algún modo nos indican el grado de efecto que están produciendo nuestras sugerencias.

Varios autores (Powers, 1963; Hawkins, 1993; Perry, Gelfand y Marcovitch, 1979) han reportado la aparición de fenómenos como la sugestionabilidad entendida como la facilidad con la que se puede obtener un pensamiento o una acción de la persona hipnotizada.

La anestesia (pérdida total o parcial de sensibilidad al dolor), la hiperestesia (un aumento en la sensibilidad de cualquier órgano de los sentidos), la amnesia (pérdida total o parcial de la memoria), la hipermemoria (donde la persona puede recordar detalladamente los sucesos pasados, incluso los de su infancia).

Fisiológicamente se registran cambios en las funciones normales del sistema músculo-esquelético y de procesos involuntarios como los reflejos, tasa cardíaca, digestión, presión sanguínea.

Powers (1963) resalta también la presencia de un efecto especial que es la sugestión post-hipnótica, donde al sujeto se le da una orden que no puede rechazar durante el trance hipnótico; el sujeto lo realiza inmediatamente sin saber por qué lo hace.

Por su parte, Cooper y Erickson (1982) identifican un fenómeno muy interesante relacionado con la distorsión del tiempo durante el estado hipnótico; es decir que al sujeto puede parecerle demasiado corto el tiempo, mientras se halla hipnotizado.

La distorsión del temporal es muy común durante el sueño, pues de pronto nos parece haber dormido muchas horas cuando en realidad sólo lo hicimos durante algunos minutos o viceversa.

Esto sucede también en momentos de gran tensión donde nos parece que el tiempo transcurre muy lentamente y el suceso angustiante parece no tener fin.

Durante la hipnosis se proponen al individuo por medio de sugerencias algunas alucinaciones que le hagan perder la noción real del tiempo. Por ejemplo: oyendo un metrónomo que produce sonidos cada segundo, se sugiere que el sujeto note cómo cada vez ese sonido va haciéndose más y más lento. El paciente mismo responderá que efectivamente eso está sucediendo y que oye el sonido cada dos o más segundos.

En condiciones normales podemos tener ciertas distorsiones del tiempo, pero que no varían grandemente en relación al tiempo real. Sin embargo, en estado de hipnosis esta alteración puede ser sumamente marcada disparándose excesivamente el tiempo calculado.

Cooper y Erickson (1982) llevan más de cuatro décadas estudiando este fenómeno de distorsión del tiempo y han hallado que:

- A través de ésta los sujetos pueden alcanzar un trance profundo.
- Las experiencias reales de los sujetos se pueden alterar deliberadamente a un nivel predeterminado por sugestión hipnótica y los sujetos pueden tener una experiencia en en estas condiciones.
- La creatividad, el aprendizaje motor y no motor se pueden facilitar.
- También por medio de la actividad alucinatoria de distorsión del tiempo se pueden reconstruir algunas experiencias pasadas.

Otro efecto interesante lo lograron con un enfermo de cáncer combinando la amnesia con la distorsión del tiempo. El paciente sufría de intenso dolor, que duraba de 5 a 10 minutos, y ellos le hicieron concebir que el dolor duraba sólo de 10 a 20 segundos. Las sugestiones post-hipnóticas se enfocaron a establecer un estado de trance de 10 a 20 segundos cuando se presentaba el dolor, para que después de sentirlo, el paciente saliera del trance sin tener conciencia de que había estado en él y de que había sentido dolor.

Estos fenómenos se producen únicamente por medio de la sugestión y de la concentración del paciente. Pero también pueden registrarse otros fenómenos a lo largo del proceso hipnótico que no son sugeridos: los pacientes han reportado sensaciones como la caída al vacío, temblores, frío, flotación.

Cada paciente puede reportar sensaciones distintas y no es obligado que éstas se presenten en todos los casos. Un solo paciente puede reportar fenómenos distintos en cada sesión o puede también experimentarlos en las primeras sesiones y después desaparecer. El terapeuta entonces debe dar seguridad a su paciente para que al experimentar tales sensaciones no se asuste y pueda superarlas.

AUTO-HIPNOSIS.

Una de las variaciones más importantes del fenómeno hipnótico es precisamente la auto-hipnosis, que se refiere a la inducción al trance que el sujeto mismo realiza con auto-sugestiones.

Cheek y LeCron (1968, en Crasilneck y Hall, 1975) consideran a la auto-hipnosis como la habilidad para entrar voluntariamente en un estado de trance hipnótico. Mientras que Bonnet (en Stokvis y Wiesenhutter, 1983) establece que el éxito de la auto-hipnosis se debe a tres supuestos principales: la voluntad de triunfar, la confianza en el resultado y la concentración de la atención en las representaciones sugeridas.

El entrenamiento en auto-hipnosis se realiza de un modo similar al entrenamiento en relajación: primeramente el sujeto se pone en manos del terapeuta con el fin de conocer la rutina a seguir para la hipnosis. Después, el hipnotizador indicará paso por paso las sugerencias que el mismo sujeto deberá repetirse mentalmente y muy concentrado en ello.

La práctica constante es la mejor forma de que El sujeto adquiera confianza en su aprendizaje y pierda el miedo a auto-hipnotizarse. (Crasineck y Hall, 1975).

Uno de los principales temores que enfrenta la gente al desarrollar a solas la hipnosis es que "algo salga mal y no haya nadie que los ayude", es deber del terapeuta desechar tales temores de su paciente, pues en el peor de los casos éste únicamente se quedará dormido, cursará un estado de sueño normal y despertará sin mayor complicación.

Es por ello que las primeras prácticas de auto-hipnosis conviene realizarlas cuando el sujeto ya ha pasado por varias sesiones de hetero-hipnosis; pues al hallarse familiarizado con las sensaciones le será menos difícil hacerlo solo.

La principal ventaja de entrenar a los individuos en auto-hipnosis radica en que se crea una independencia del terapeuta, pues en cualquier situación en que no estén juntos, el paciente podrá dirigir el tratamiento hipnotizándose solo y haciéndose las sugerencias pertinentes. Esto ayuda a que, en casos donde sea indispensable practicar la hipnosis más de una vez al día, se combine en trabajo del terapeuta con el del sujeto mismo (quien aplica su aprendizaje autógeno). Con esto también responsabilizamos al paciente de su propio progreso, ya que si no tiene una práctica real y constante, los resultados del entrenamiento se verán frenados.

Otra ventaja de la auto-hipnosis (que también está en la hetero-hipnosis) es el aumento de la susceptibilidad hipnótica del individuo; es decir que a mayor práctica, mayor facilidad de lograr un trance cada vez más profundo. Sin embargo y a pesar de las ventajas que tiene la auto-hipnosis no debe considerársele como la solución a todos los problemas del paciente; pues podría generarse una "adicción hipnótica" donde lejos de tener buenos resultados habrían grandes frustraciones por las esperanzas ilimitadas que se tienen sobre ella. Por lo tanto, la hipnosis en general debe usarse sólo para los propósitos específicos que terapeuta y paciente hayan delimitado de antemano. (Crasineck y Hall 1975).

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA HIPNOSIS.

En el caso de las enfermedades (físicas y psicosomáticas) la hipnosis se ha aplicado con gran éxito en la mayoría de los casos.

Siendo esta técnica adaptable a la situación concreta de cada paciente, podemos hacer ligeras modificaciones que nos faciliten la obtención de resultados más fuertes y durables. Si bien en muchos casos está presente la hipnosis para atacar directamente el padecimiento, también es recomendable para lograr o mantener una estabilidad en la personalidad del paciente, sobre todo si éste es crónico.

Para ofrecer un panorama general de las aplicaciones de la hipnosis en el campo de la salud, haremos a continuación un recuento de algunas investigaciones donde la técnica ha proporcionado resultados significativos.

De Piano y Salzberg (1979) ofrecen evidencias de la aplicación hipnótica en tres desórdenes psicossomáticos: asma, alteraciones dermatológicas y dolor de cabeza analizando los reportes más importantes del período de 1967 a 1977.

Los principales cambios inducidos por la hipnosis fueron los siguientes:

- Cambios en las funciones psicológicas.
- Cambios en la percepción que el paciente tiene de sus síntomas.

Los autores parten de ciertas hipótesis que utilizan como justificación para usar la técnica en tales problemas:

- Consideran que la hipnosis y la sugestión ejercen influencia en el funcionamiento del sistema nervioso, cuya actividad no puede ser controlada por el individuo en el estado de conciencia. Por lo tanto, las ordenes introducidas durante el trance tendrán el poder de modificar aquellas respuestas fisiológicas antes incontrolables.

- Cuando el paciente durante su trance conoce el desarrollo de sus síntomas y su mantenimiento podrá archivar en su memoria tal conocimiento que posteriormente empleará para la solución de sus problemas y para eliminar sus síntomas.

- Por último, el cambio en la percepción del paciente respecto a sus síntomas traerá efectos potenciales:

- a) El paciente resistirá con mayor fortaleza la presentación de sus síntomas sintiéndose menos agotado por ellos y conduciéndose más adecuadamente ante su enfermedad.

b) El componente emocional involucrado en el desorden puede reducirse significativamente.

En términos generales los resultados de las investigaciones fueron positivos y los más favorables se ubicaron entre los pacientes asmáticos, pues de los 15 casos tratados solamente 4 no progresaron. En cambio, la modificación de la percepción de los pacientes fue altamente efectiva en 8 de los 10 casos; el conocimiento profundo del problema fue favorable en 14 casos y el cambio en respuestas fisiológicas fue mayor en 4 de 23 casos.

Según Wadden y Anderton (1982) el uso clínico de la hipnosis se puede dividir en el tratamiento de dos principales tipos de problemas:

- Desórdenes ocurridos voluntariamente o por la iniciativa del sujeto como el tabaquismo (Holroyd, 1980), el alcoholismo (Katz, 1980), obesidad (Matt y Roberts, 1979), son actividades aprendidas que implican algún grado de control voluntario a nivel motor.

- Desórdenes involuntarios provocados por factores psicológicos, neurológicos u hormonales como el asma, dolor de cabeza (Cerdorcreutz, 1978), alteraciones dermatológicas (Johnson y Barber, 1978), hipertensión (Wadden y De la Torre, 1980), son eventos no aprendidos y poco controlados por el sujeto.

Maslack, Zimbardo y Marshall (1979) presentan una serie de experimentos en los que la hipnosis es usada como una herramienta para estudiar el control cognitivo sobre funciones psicológicas y corporales.

El primero de sus estudios habla sobre el control cognitivo de la temperatura de la piel por sugestión hipnótica: encontraron que los sujetos hipnotizados fueron capaces de producir diferentes temperaturas en la piel de sus manos, mientras que los sujetos en estado de alerta no lo lograron.

Los siguientes dos estudios muestran el trabajo con la modificación de la concepción del tiempo. En el primero de éstos, un estado de "presente expandido" que se indujo hipnóticamente (donde la conciencia de pasado y futuro se redujo) tuvo marcados cambios en las emociones y en la conducta del sujeto. En el segundo estudio, los cambios de la temporalidad personal (toma de conciencia de la proporción del tiempo que transcurre) fueron conductualmente de reforzamiento operante.

En el último experimento buscó hacer una réplica modificada (corregida y aumentada) del estudio de Schachter y Singer (1962) donde un estado de excitación emocional era "inexplicablemente inducido" en el paciente. Se encontró que la hipnosis fue efectiva para inducir síntomas de excitación emocional así como para inducir la amnesia respecto a las causas de la euforia. Sin embargo, esta inexplicable excitación siempre resultó en estados emocionales negativos sin tomar en cuenta que estuvieran disponibles señales de que las situaciones fueran más o menos desencadenantes de estos estados emocionales.

Al final de su reporte, Maslack, Zimbardo y Marshall (1979), puntualizan su concepción de la hipnosis como un instrumento metodológico valioso para la psicología social pues constituye la creación

de un estado psicológico que facilita la real y genuina involucración del sujeto en los procedimientos experimentales. Es digno de mayor estudio el cómo las palabras, los pensamientos, imágenes, reacciones psicológicas o las conductas son trasladadas de un código a otro ayudando a demostrar la validez de los cambios inducidos a través de la hipnosis.

Por su parte, Cooper y Erickson (1982) señalan que particularmente la distorsión del tiempo ofrece una alternativa por medio de la cual se puede acceder a la vida experiencial del paciente. Ninguna terapia resulta derivada de un proceso separado de reordenación de significados y valores de la experiencia del paciente en su realidad objetiva y subjetiva.

Erickson trabajó con varios pacientes que mostraban padecimientos como alcoholismo, dolor de cabeza, insomnio, y descubrió que éstos se presentaban como la manifestación de una situación angustiante sucedida en su pasado y que conscientemente tenían olvidada.

A través de la distorsión del tiempo les hizo volar de esa situación en particular y revelar el motivo de su angustia. Una vez que ellos tomaban parte consciente de ese conflicto desaparecía el malestar.

Varios autores (Kroger, 1956; Schneck, 1952) establecen que en condiciones crónicas como la obesidad, las adicciones o el dolor, puede usarse la hipnosis, y especialmente la auto-hipnosis como un refuerzo del trabajo dentro del consultorio. (Crasineck y Hall, 1975).

También Hartland (1974) señala la utilidad de la hipnosis en disciplinas como la Odontología y la Obstetricia, donde el tratamiento coadyuva principalmente a controlar el dolor y la emanación de sangre en las heridas.

HIPNOSIS Y CONTROL DEL DOLOR.

Ya hemos descrito algunas aplicaciones experimentales y clínicas de la hipnosis. Trataremos la situación que enfrentan los pacientes con enfermedades principalmente orgánicas; que los expone a diversos síntomas y repercusiones, entre ellos el dolor.

Hartland (1974) afirma que en las enfermedades físicas entran en juego ciertos factores emocionales que impiden o retrasan la recuperación, y ello depende en mucho de la concepción que el mismo paciente tiene de su enfermedad. Por medio de la hipnosis puede persuadirse al paciente para aceptar su enfermedad y el mejoramiento que puede resultar de su disposición al cooperar con el tratamiento.

Asimismo, Hartland coincide ampliamente con De Piano y Salzberger (1979) al enfatizar la necesidad de combinar los tratamientos farmacológicos o médicos, con las terapia psicológicas más aptas, en este caso con la hipnosis. Y cuando los padecimientos son muy severos, la hipnosis tiene efectivos resultados cuando se le emplea para combatir el dolor.

Crasineck y Hall (1975) exponen con detalle cómo muchos investigadores han buscado explicar la eficacia de la hipnosis en el control del dolor:

Sears por ejemplo, demostró en 1932 que los sujetos hipnotizados tienen una reacción menor a los estímulos dolorosos que otros sujetos no hipnotizados. Comparó los signos fisiológicos de ambos grupos (respuesta galvánica de la piel, gestos faciales, pulso) hallando notables diferencias en las manifestaciones del dolor. Sin embargo, la hipnoanalgesia producida no se aproximó al estado ideal para ya no sentir dolor, ésto no podría conseguirse sin la ayuda de alguna dosis de anestesia química.

También Lea, Ware y Monroe (1960) administraron la hipnosis para aliviar el dolor a 17 pacientes diagnosticados con dolor crónico intratable, logrando un grado medio de analgesia.

Weat, Niell y Hardy (1952) observaron que los pacientes bajo hipnosis son capaces de discriminar diferentes intensidades de dolor. Finalmente enfatizan que hay un incremento en la sugestionabilidad del paciente que llega a un estado hipnótico donde se alivia su dolor y ésto puede usarse como facilitador del trabajo en otras áreas donde el paciente presente problemas.

McGlashan, Evans y Orne (1969) demostraron que el alivio del dolor logrado con hipnosis es conceptualmente distinguible de una respuesta placebo y existen dos componentes principales en la analgesia, (la respuesta de placebo y la distorsión perceptiva especialmente inducida durante la hipnosis profunda).

Con este argumento coinciden Wadden y Anderton (1982) señalando que la alteración en la experiencia del sujeto basta para producir alivio inmediato en el tratamiento del dolor. Por ejemplo, el paciente debe imaginar que un líquido caliente baña el área dolorosa, entonces el paciente empieza a percibir la situación de manera diferente de como lo haría en condiciones normales. Así funciona generalmente la hipnosis. El control hipnótico del dolor implica una experiencia disociativa donde se manifiestan los eventos de dolor a un nivel de tolerancia y éste se bloquea antes de llegar al nivel final de experiencia consciente.

Hilgard (1977, en Wadden y Anderton, 1982) encontró que algunos sujetos bien hipnotizados procesan información sensorial de dolor a diferentes niveles no experimentando dolor ante una prueba aversiva (frío). Los sujetos con mayor susceptibilidad hipnótica son también más hábiles para reducir la experiencia dolorosa en una situación experimental, como lo reportan Evans y Paul (1970) y Hilgard y Morgan (1975).

Por último, Hilgard propone que aún haciendo caso omiso de la susceptibilidad hipnótica del sujeto debe lograrse que éste archive en su mente alguna reacción del dolor a través de sugerencias analgésicas dadas en condiciones de vigilia (como la relajación o ansiedad reducida).

Por su parte, Crasineck y Hall (1975) formulan que el bloqueo de la percepción del dolor puede ubicarse en tres niveles: 1) los mecanismos

psicológicos. 2) los mecanismos fisiológicos. y 3) la combinación de ambos.

Es un hecho que estos tres factores se combinan constantemente en el trabajo hipnótico de control del dolor (hay cambios respiratorios, la piel palidece, se responde muy lentamente a cualquier pregunta y se experimenta cierto grado de letargo al despertar).

Guze (1961, en Crasineck y Hall, 1975) enfatiza la importancia de los mecanismos fisiológicos en la hipnosis, pues podría ser que ésta evoque algún tipo no identificado de implicación neurológica que bloquea la percepción de dolor. Considera la hipnosis como un fenómeno que involucra al sistema reticular y se manifiesta en el efector sensoriomotriz.

Respecto al dolor orgánico (Hilgard, 1979) se ha encontrado que aún cuando en teoría las sugerencias para su alivio pueden ser efectivas en cierta medida; este tipo de dolor tiende a regresar más rápido después de la primera inducción hipnótica efectiva, a diferencia del dolor de origen funcional, donde el alivio puede durar por varios días o semanas después de las primeras inducciones.

La repetición de la hipnosis puede aumentar la longitud de la efectividad en cualquiera de los tipos de dolor ya mencionados, sin dejar de lado el punto de vista médico que permita la suficiente percepción de cualquier cambio en la enfermedad orgánica que pueda detectarse por signos y síntomas clínicos.

Finalmente, en el tratamiento del dolor uno de los más perdurables usos de la hipnosis es con personas conscientes de su diagnóstico y del

tratamiento a los problemas de la enfermedad orgánica (Crasineck y Hall, 1975).

Una vez más las evidencias empíricas hacen presente la efectividad de la hipnosis dentro de un tratamiento clínico específico como es combatir el dolor.

Del mismo modo que con otros efectos de la hipnosis (ver fenómenos de la hipnosis), la intensidad con que logre controlarse el dolor dependerá directamente del grado de concentración del sujeto, de la profundidad del trance y de la maestría con la que sean sugeridos y dirigidos los cambios.

Sin embargo en los estudios reportados, se manejaron medidas de dolor solamente de índole fisiológica; se dejó de lado la repercusión psicológica de éste. El dolor significa un factor desencadenante de ansiedad y se genera un círculo vicioso donde el paciente, por hallarse ansioso es más susceptible al dolor y al aumentar la percepción del dolor incrementa la ansiedad.

Es precisamente la hipnosis como terapia de auto-regulación, que a través de la relajación rompe con este círculo y modifica la percepción del paciente respecto a su dolor enseñándole a disminuirlo y muchas veces a eliminarlo.

CONSIDERACIONES SOBRE LA HIPNOSIS.

Esta técnica no representa desventajas propiamente dichas, sucede más bien que existen algunos riesgos a su alrededor.

Se presenta la misma situación que con cualquier otra estrategia psicológica: quien la usa debe saber bien lo que hace, es decir que debe conocerla perfectamente y saber en qué momento es más conveniente su aplicación.

Como bien sabemos, el terapeuta debe aprender a discriminar las situaciones más aptas para usar la técnica. Es importante resaltar que no todo se resuelve con hipnosis. Es muy común encontramos con personas que pretenden solucionar toda clase de situaciones aplicando una sola estrategia. Hay que dejar de considerar a la hipnosis como la panacea, simplemente es una estrategia como cualquier otra que en algunas situaciones tendrá mejores efectos que en otras.

Por otro lado, existe la falta de información que tienen los pacientes respecto a la realidad de la hipnosis. Consideramos que muchas veces esta falta de información obstaculiza el trabajo del terapeuta y por lo tanto obstaculiza también un buen resultado. Por ello, el compromiso del psicólogo y de cualquier otro profesional relacionado de alguna manera con la hipnosis, es informar al resto de la gente, ayudar a que ese halo de superchería desaparezca del entorno de la hipnosis.

Ahora hablaremos de las ventajas más importantes que tiene la técnica:

- Debido a que se trata de una técnica de aprendizaje autógeno, el individuo tiene la facilidad de usarla sin necesidad del terapeuta (auto-hipnosis). Así se genera su independencia y la responsabilidad de su propia salud.

- A diferencia de la Bio-retroalimentación, no se requiere absolutamente de ningún implemento mecánico. Gracias a ello podemos usar la hipnosis casi en cualquier lugar y con un mínimo de esfuerzo.

- Cuando el individuo aprende completamente la técnica de hipnosis, puede practicar para conseguir efectos cada vez más duraderos.

- Es una técnica sencilla, útil y económica (como la relajación) donde solamente requerimos de la voluntad y la constancia del paciente.

Probablemente nuestros propios argumentos respecto a las causas que generan la hipnosis no están dejando al lector la certeza de que ésta sea la teoría más válida al respecto (tampoco es nuestro objetivo convencerle de que estamos en lo cierto). Sin embargo deseamos dejar bien claro que, independientemente de la teoría que sustente el trabajo de cualquier investigador de la hipnosis; lo único que garantizará un buen resultado será el amplio conocimiento de la técnica y una buena aplicación. Es decir, que si el principal interés del individuo es solucionar algún problema clínico específico debe centrarse más en los efectos que en las causas de la hipnosis.

Dejemos entonces a aquellos investigadores del proceso hipnótico *per se*, la función de esclarecer las causas del fenómeno, aún cuando nosotros como aplicadores aceptemos más alguna teoría en particular.

CAPÍTULO V

HIPNOSIS Y CÁNCER.

Como ya lo señalamos en el capítulo correspondiente, el cáncer representa una enfermedad que generalmente se asocia con dolor y que también tiene relación importante con factores psicológicos que pueden aumentar los malestares propios de la enfermedad.

Es por ello que las intervenciones de índole psicológica tienen mucho terreno donde desarrollarse. pues la ansiedad o el miedo ligado a cualquier enfermedad puede dominarse con el uso de estrategias adecuadas.

Bowers y Kelly (1979) argumentan que existen diversas intervenciones psicoterapéuticas para el tratamiento de trastornos psicósomáticos que varían de acuerdo a las particularidades de cada enfermedad. Con un mínimo de especificidad se tiene un tratamiento convencional de psicoterapia donde el alivio tal vez lo representa un incremento en el funcionamiento psicológico; y un nivel intermedio será donde la terapia se enfoque a la reducción de la angustia alterando su carácter amenazador.

Los tratamientos se han realizado en dos niveles principales:

a) El desarrollo en la manera de reducir la angustia (Langer y Rodin, 1976, 1977; Peshkin, 1970).

b) Los pacientes que recurren al tratamiento con amenazas de aumento en su angustia y se les habilita en relajación para defenderse ellos mismos y más adecuadamente de las reacciones que les produce la angustia (Davidson y Schwartz, 1976; Turk y Cousins, 1976).

Y otras terapias más específicas y enfocadas a los trastornos psicósomáticos implican el mejoramiento o eliminación de disfunciones somáticas particulares con la intervención del mismo paciente, son las técnicas de auto-regulación.

- * Bio-retroalimentación (Blanchard y Miller, 1977; Turin y Johnson, 1976; Vachon y Rich, 1976).
- * Terapia de relajación (Alexander, 1972; Jacob, 1977).
- * Hipnosis (Black, 1969; Bowers, 1977; Frankel, 1973).

Cada una de estas estrategias implican la reducción de la angustia, mientras que las terapias convencionales cuidan y enfatizan el apoyo emocional entrenando al paciente para tener mayor habilidad en su enfrentamiento a los sucesos angustiantes.

Carl y Stephanie Simonton (1975) diseñaron un programa de visualización meditada en pacientes con cáncer como un complemento del tratamiento médico convencional. Ellos reportan que de 159 pacientes

con un diagnóstico de cáncer incurable. 14 no mostraron en el post-tratamiento evidencias de enfermedad, 12 tuvieron la regresión del tumor y 17 pacientes se mostraron estables. (Bowers y Kelly, 1979).

Por su parte, Hartland (1974) comenta que en el caso de las enfermedades incurables, la hipnosis especialmente puede emplearse para combatir el dolor y lograr la aceptación de la enfermedad por parte del paciente.

Un ejemplo claro lo constituye el cáncer, donde la hipnosis puede prolongar y aumentar la acción de los medicamentos analgésicos.

Para aplicar la hipnosis a un caso de cáncer avanzado se deben considerar dos componentes básicos de todo dolor: el dolor en sí mismo y el sufrimiento moral (la angustia o ansiedad) que provoca.

Sin embargo, en el tratamiento de las enfermedades, aún cuando se han encontrado resultados muy alentadores, las causas o los mecanismos por los que se llega a tales resultados no han sido totalmente esclarecidos.

Bowers y Kelly (1979) comentan que algunas veces los productos de la influencia hipnótica exceden algunas dimensiones de la capacidad científica para entenderlas totalmente y no se ha encontrado aún en la literatura sobre estrés (ansiedad), enfermedad o inmunología, algún caso donde se quede libre por efecto específico de sugestión. Como ejemplo menciona a Mason (1978) quien ha trabajado varios casos con hipnosis con la convicción de que la sugestión puede tener un profundo efecto en

el cuerpo humano aún cuando ha evitado dar explicaciones sobre el por qué de ese efecto.

Por último, señalan que todavía para muchos es difícil explicar la habilidad personal de los pacientes para percibir como un apoyo a las simples palabras (habilidad hipnótica) y lograr con ello avances impresionantes en la lucha contra su enfermedad.

Aún con la existencia de este tipo de lagunas en el aspecto teórico de la hipnosis, sus resultados en muchos ámbitos de la salud son innegables.

Crasineck y Hall (1975) reportan el caso de un hombre con cáncer de próstata que fue entrenado en auto-hipnosis para controlar sus dolores de la siguiente forma: Primero se indujo al estado hipnótico con el método usual donde el terapeuta habla y el paciente responde. Después se le enseñó a repetir en silencio para sí mismo cada una de las frases que el terapeuta decía.

La práctica sistemática de la auto-hipnosis contribuyó a que el paciente lograra dominar por sí mismo sus dolores sin la necesidad de tener al lado a su terapeuta.

Los autores terminan recomendando que la hipnosis sea utilizada razonablemente, pues personas inestables podrían volverse "psicológicamente adictos" al estado de relajación en trance, en situaciones no apropiadas interfiriendo en su vida diaria.

Otro aspecto que los autores también consideran, es el grado de conciencia que el paciente con cáncer posea (según la etapa de la enfermedad en la que se encuentre) para la aplicación de la hipnosis.

Con pacientes inconscientes puede establecerse un contrato terapeuta-paciente que le sirva como conexión con el ambiente externo. La imposibilidad de comunicarse verbalmente con la gente no significa que se esté desconectado de la realidad.

En esta etapa el paciente no está lo suficientemente motivado para continuar con su tratamiento médico y la hipnoterapia puede animarlo a continuar. Sin embargo, hay que identificar cuidadosamente los casos que pueden ser tratados con hipnosis, porque de ello dependerá que la terapia realmente beneficie al enfermo y le ayude a mantenerse motivado.

Por otro lado, con los pacientes conscientes se simplifica más la utilización de la hipnosis enfocándola a un objeto principal: Motivar al paciente en su rehabilitación y disminuir sus conflictos emocionales. Sin embargo, tampoco en esta condición de conciencia, la hipnosis es aplicable a todos los casos de cáncer. Si deseamos obtener buenos resultados terapéuticos es aconsejable aplicarla si:

- a) El paciente se manifiesta ansioso o angustiado con la medicación o tiene miedo a ésta.
- b) Si es capaz de controlar en cierto grado su dolor aún con ayuda de narcóticos.

Y a la vez podemos establecer que el paciente:

- 1) Decremente su estado de ansiedad.
- 2) Continúe controlando su dolor, combinando la hipnosis con los fármacos.
- 3) Mantenga o establezca una adecuada ingesta de alimentos para demorar o prevenir la desnutrición.
- 4) Aprenda a enfrentar la posibilidad de su muerte sin perder el contacto con sus personas queridas.

Como es evidente, la hipnosis está enfocada directamente a aquellos problemas inmediatos que conciernen al paciente (controlar su dolor, mantener el apetito y estar consciente de que su situación no amerita abandono). Es importante mantener un ritmo continuo y sistemático para lograr que nuestras sugerencias terapéuticas realmente tengan el efecto deseado y nuestro paciente logre la habilidad de auto-regulación de sensaciones y emociones.

Por otro lado, Burish y Lyles (1981) ofrecen evidencia de los trabajos que se han realizado con pacientes sometidos a quimioterapia específicamente y los efectos que la hipnoterapia ha tenido en los pacientes.

Primeramente, La Baw (1975) entrenó en auto-hipnosis a 27 niños con cáncer. Aunque sus resultados no fueron suficientemente objetivos, los autores reportaron como resultados positivos de la auto-inducción

que los niños mostraron un considerable decremento en su ansiedad anticipatoria al entrenamiento, en el vómito y la náusea.

También Dempster (1976) trabajó con pacientes con enfermedades de Hodgkin (que pertenece a un grupo de cánceres llamados linfomas) que habían condicionado respuestas negativas a sus quimioterapias. Igual que con La Baw (1975) los datos obtenidos no fueron objetivos pero los autores reportan en sus observaciones y en el auto-reporte de los pacientes, que gracias a la hipnoterapia hubo un marcado descenso en la ansiedad condicionada, la náusea y el vómito que se presentaba ante su tratamiento.

En muchas ocasiones es necesario que el equipo médico que atiende al paciente combine varias estrategias psicológicas para apoyarlo. En este sentido las estrategias cognitivo-conductuales (relajación, meditación, hipnosis) son algunas de las más socorridas. La relajación progresiva ha servido como estrategia inicial para inducir al trance hipnótico, a la meditación o a la imaginación guiada (Mastrovito, 1989).

Hilgard y Hilgard (1983, en Holland y Rowland, 1989) hablan específicamente de la hipnosis señalando su utilidad al ser aplicada a casos de cáncer en niños, especialmente para controlar su dolor y ansiedad asociados con procedimientos médicos dolorosos.

Jay (1985) apoya lo reportado por Hilgard y Hilgard haciendo hincapié en la falta de atención que se da al dolor pediátrico y especialmente al

dolor por cáncer en los niños. Señala que más allá del estímulo sensorial, el significado del dolor para el niño es muy variable y puede aumentar y disminuir el nivel de dolor. La mayoría de los tratamientos para controlar estas variaciones de dolor han sido por medio de medicamentos, por lo que el uso de la hipnosis ha tenido relevancia gracias a su efectividad en el control del dolor. Jay reporta algunos estudios donde la hipnosis ha servido en gran medida en el control del dolor y la ansiedad: Kellerman (1983) por ejemplo, trabajó con adolescentes encontrando que el uso de la relajación y la hipnosis durante tratamientos dolorosos reducían la ansiedad y el malestar. (en Mastrovito, 1989).

Similarmente Orme y Dinges (1984) han tratado adultos con cáncer partiendo de la idea de que a través de la hipnosis, el paciente puede ganar algún control sobre su dolor trabajando especialmente con el significado que para él tiene su dolor y la enfermedad misma.

Spiegel y Bloom (1983) a su vez trabajaron con un grupo de enfermos terminales que recibieron entrenamiento grupal en hipnosis practicando simultáneamente ejercicios de auto-hipnosis. Estos pacientes no tuvieron incremento alguno de sus dolores en un período de un año a pesar de que hubo un 30% de mortalidad en la muestra.

Con estas investigaciones Mastrovito (1989) concluye que la hipnosis y otras aproximaciones cognitivo-conductuales deberían ser probadas en etapas tempranas del dolor para facilitar su manejo, especialmente en pacientes que presentan renuencia para ingerir medicamentos o que tienen una gran necesidad de permanecer bajo control.

Además del dolor existen otros tantos trastornos físicos que se relacionan directamente con los tratamientos médicos a los que se someten los pacientes para combatir su enfermedad.

A este respecto Reed (1989) hace un análisis del tratamiento con hipnosis para la náusea y el vómito anticipatorios al tratamiento de quimioterapia.

En el año de 1982, el mismo autor y sus colaboradores determinaron que el uso de la hipnosis puede ser objetivamente observable al lograr un decremento clínicamente significativo o la total eliminación de la náusea y el vómito anticipatorios.

Reed utilizó un procedimiento convencional de entrenamiento:

- 1) Centrar la atención del paciente en un punto fijo y concentrarlo en la voz del terapeuta.
- 2) Relajación de los músculos que simultáneamente inducen por sugestión a una sensación agradable en los demás grupos musculares.
- 3) Manejo de la imaginación describiendo escenas agradables que sugieren confort al paciente.
- 4) Grabación de un cassette de audio con una sesión de hipnosis que el paciente oye sistemáticamente para incrementar los efectos del tratamiento.

Así, al llegar el día de su quimioterapia, los pacientes de Reed pasaban primero al consultorio de psicología donde se sometían a la sesión de hipnosis (para evitar una recaída en el momento de la infusión). El procedimiento siguió así hasta que los pacientes completaron todos sus ciclos de quimioterapia. La hipnosis eliminó el vómito anticipatorio en todos los pacientes sin tomar en cuenta el momento en que se encontraban en su tratamiento de quimioterapia, dado que la efectividad de la hipnosis no está relacionada con la cantidad de infusiones recibidas por el paciente.

Sin embargo, la técnica tal como Reed la describe se ha visto limitada, ya que los pacientes reciben sólo una sesión de entrenamiento donde se enfatiza el trabajo independientemente del paciente. En estas condiciones, puede hacerse uso de los audifonos y el cassette, 5 o 10 minutos antes de la infusión y una vez que el paciente logra una total relajación las enfermeras pueden empezar con la infusión.

Reed finaliza destacando las ventajas de ambos procedimientos: se requiere de poco personal, de poco tiempo y cualquier miembro del equipo médico puede entrenar al paciente, especialmente las enfermeras que sostienen un trato más directo con él durante las quimioterapias.

Finalmente Hilgard y Hilgard (1990) mencionan varias estrategias para disminuir o controlar el dolor que el paciente con cáncer experimenta: conversión, sustitución y desplazamiento.

Como ejemplo de la sustitución, exponen el trabajo de Erickson (1958) quien sugirió a su paciente una intensa comezón en la planta del pie, con ello logró centrar completamente la atención del paciente en ésta. Luego sugirió sensaciones de tibieza o frío en las partes del cuerpo donde había dolor. Con ello logró provocar una sensación más tolerable en el sitio donde antes había dolor intenso. Este efecto perduró hasta que el paciente murió.

Él mismo, logró por medio de una sugestión post-hipnótica que un paciente con dolor intratable lograra un estado de trance donde se retiraba mentalmente de su cuerpo enfermo y se sentaba en una silla que se encontraba en otra sala, sin sentir ningún dolor.

Los autores terminan diciendo que es aquí donde la auto-hipnosis juega un papel esencial, ya que se demuestra al enfermo que puede lograr buenos resultados con su propio esfuerzo, y que por sí solo puede lograr cierto grado de control en las situaciones de ansiedad que antes tanto le afectarían.

La exposición que hemos hecho de las investigaciones realizadas para controlar los efectos psicológicos del cáncer por medio de la hipnosis, ofrecen perspectivas muy alentadoras para el paciente. También ofrecen a los encargados de la salud y en especial a nosotros los psicólogos la posibilidad de mejorar cada vez más la técnica para favorecer la calidad de vida del enfermo con cáncer, y de muchos más pacientes crónicos.

Si comprendemos los beneficios potenciales de la hipnosis, sabremos que usándola adecuadamente podremos ayudar a pacientes con enfermedades físicas o psicológicas a percibir de un modo distinto su realidad y en consecuencia a afrontarla de una forma más funcional que se traduzca en beneficios. Estos beneficios no solamente son personales, sino que repercuten positivamente en todo el entorno social del paciente (como la familia, los amigos y el trabajo).

Es por ello que los responsables de la salud debemos aprender a desmitificar a la hipnosis y empezar a considerarla como lo que es en realidad: una herramienta terapéutica versátil y segura con grandes alcances en el terreno clínico.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA HIPNOSIS Y EL CÁNCER.

Una vez que hemos analizado los principales aspectos de la hipnosis, explicaremos la importancia que para nosotros tiene su uso y los motivos que nos llevaron a desarrollar el presente estudio.

En el extranjero, el manejo y control de los principales elementos que comprende el cáncer (dolor, náusea, vómito) han sido abordados con los tratamientos médicos de rigor (quimioterapia, radioterapia). Pero además se ha hecho hincapié en el aspecto psicológico de la enfermedad, por ello

se desarrollan campañas institucionales para apoyar al paciente en este sentido.

Dentro de estos programas de ayuda psicológica, se ha ido introduciendo con mucho éxito la aplicación de la hipnosis, como un entrenamiento tan obligado como cualquier tratamiento médico. (Holland y Rowland, 1989).

Toda esta información nos llevó a considerar la situación concreta del paciente oncológico mexicano, que a pesar de recibir los tratamientos médicos más efectivos, hasta el momento no encuentra el mismo apoyo para cubrir las necesidades psicológicas que la enfermedad trae consigo.

Por ello consideramos esencial la introducción de la hipnosis como una estrategia coadyuvante para enseñar a los pacientes a aceptar y afrontar su enfermedad funcionalmente. Si logramos combinar la hipnosis con otras estrategias psicológicas como la psicoterapia (que generalmente sí se brinda en algunas instituciones de salud) sería mucho más factible sacar adelante a los enfermos ayudándolos a combatir sus temores y a resistir los efectos colaterales de sus tratamientos médicos.

Además de esto, y dado que la hipnosis es compatible con infinidad de situaciones, también podemos entrenar a los pacientes para aplicarla aún más allá del ámbito hospitalario ayudando así a fortalecer las áreas de su personalidad y las situaciones de su vida diaria que representen un obstáculo en el manejo de su enfermedad.

CAPÍTULO VI

REPORTE

Sujetos:

Se trabajó con 13 pacientes derecho-habientes del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Todas las pacientes fueron mujeres con edades comprendidas en un rango de 34 a 66 años. Todas habían sido diagnosticadas con cáncer de mama.

Las pacientes acudían por primera vez al servicio de quimioterapia o radioterapia. Y todas presentaban ansiedad y temor a sus tratamientos médicos.

De esta población total se hizo una distribución aleatoria conformando a las sujetos en 2 grupos. Así quedaron constituidos el grupo control con 7 miembros (3 de quimioterapia y 4 de radioterapia) y el grupo experimental con 6 miembros (3 de quimioterapia y 3 de radioterapia).

Materiales:

Lápiz y papel.

Instrumentos:

Entrevista Psico-oncológica del IMSS.

Escala de Ansiedad IDARE.

Inventario de Calidad de Vida.

Cuestionario de Satisfacción.

La entrevista Psico-oncológica se utilizó con la finalidad de obtener una primera información respecto a la historia clínica de cada paciente. Se investigaron aspectos de la vida de los sujetos como situación familiar, laboral; además de abordar algunos antecedentes de la enfermedad. (ver anexo 3, inciso A).

La escala IDARE constituyó la medida principal de las fluctuaciones en la ansiedad de los pacientes. Y dado que se trata de una prueba estandarizada se esperaba que los puntajes obtenidos fueran válidos y generalizables. (Para mayor información acerca de esta prueba, consultar el inciso C del anexo 3).

El Inventario de Calidad de Vida se empleó para conocer más profundamente algunos de los aspectos que la entrevista psico-oncológica había abordado someramente. Este instrumento nos proporcionó un punto de partida más objetivo para evaluar globalmente la calidad de vida de los pacientes. Así como nos indicó las áreas en las que pueden presentarse alteraciones que influyan directamente en la ansiedad de los sujetos. (anexo 3, inciso D).

El Cuestionario de Satisfacción fue usado con el propósito de obtener una opinión personal de las pacientes respecto a su entrenamiento. Esto nos permitió conocer exactamente su evaluación de la utilidad del entrenamiento; así como el grado de generalización que hicieron de la técnica para el afrontamiento de otra clase de situaciones dentro de su vida cotidiana.

Este cuestionario sirvió también como retro-alimentación para los aplicadores del entrenamiento en la búsqueda de perfeccionar la estrategia empleada. (ver anexo 3, inciso E).

Escenario:

El trabajo se llevó a cabo en el consultorio de psicología del Hospital de Oncología. Este contaba con buena iluminación y ventilación, así como con buen aislamiento del ruido. Como mobiliario únicamente se utilizó un diván propio del consultorio.

Variables:

V.I. Entrenamiento en hipnosis.

V.D. Las respuestas de ansiedad evaluadas por la prueba IDARE.

Diseño:

Dadas las características clínicas del presente estudio en donde las alternativas metodológicas no están disponibles ante un problema con necesidades apremiantes (por factores de tiempo y salud indicado por Habert, Barlow, Hersen y Austin, 1974) no es posible el uso de un diseño experimental extensivo y más preciso. Es por ello que, tomando en cuenta los planteamientos de Lazarus y Davison (1971) y de Barlow y Hersen (1984), el diseño utilizado fue de tipo cuasi-experimental A-B con seguimiento. La fase A constituyó la línea base o evaluación inicial del estudio natural de la conducta en estudio (V.D.) en la fase B se introdujo la variable del entrenamiento en hipnosis (V.I.) y la última fase correspondió al seguimiento donde se evaluaron los efectos del entrenamiento en la variable dependiente. Gráficamente el diseño utilizado fue el siguiente:

GRUPO EXPERIMENTAL	FASE A	FASE B	FASE C
	LINEA BASE	ENTRENAMIENTO EN HIPNOSIS	SEGUIMIENTO
GRUPO CONTROL	FASE A		FASE B
	LINEA BASE		SEGUIMIENTO

Hipótesis:

El entrenamiento en hipnosis contribuirá a que la ansiedad de las pacientes decremente.

Procedimiento:

Inicialmente y con ayuda de los jefes de los servicios de Quimioterapia y Radioterapia, las pacientes fueron enviadas directamente por los médicos responsables al consultorio de psicología.

Una vez ahí, aplicamos los instrumentos arriba mencionados, en el mismo orden en que aparecen.

Además de esto realizamos algunas preguntas que revelaran la disposición de la paciente para recibir nuestro entrenamiento psicológico. Esta fase se aplicó exactamente igual a ambos grupos (control y experimental). Los resultados constituyeron la línea base.

Concluida esta fase se programó el sistema de seguimiento para los miembros del grupo control; evaluando con la escala de ansiedad cada 2 semanas.

Durante este tiempo, dichas pacientes iniciaron sus tratamientos de quimioterapia y radioterapia respectivamente.

En cada sesión de seguimiento únicamente se aclararon algunas dudas de las pacientes respecto a sus reacciones físicas a los tratamientos y respecto a las características de los mismos.

A las pacientes del grupo experimental les fueron explicadas durante su evaluación inicial las características del entrenamiento en hipnosis. Ellas mismas decidieron su participación en éste.

Se programaron 12 sesiones de entrenamiento para todo el grupo. La frecuencia de estas sesiones varió en función de las necesidades de cada paciente, pero siempre tratando de cubrir 3 sesiones a la semana como mínimo. Dichas sesiones fueron individuales y con una duración de 30 a 45 minutos.

Dentro de las 2 primeras sesiones se entrenó a las pacientes en relajación corporal con el método de Relajación Progresiva de Jacobson. Enfatizamos la práctica en casa del ejercicio para agilizar su dominio.

A partir de la tercera sesión se empezó a introducir a la paciente al estado hipnótico usando el método de fijación de la vista y relajación progresiva. Aplicando además la rutina de Fortalecimiento del Ego propuesta por Hartland (1974). (ver anexo 4, inciso C).

Una vez logrado el trance medio se procedió a recrear imaginariamente las situaciones concretas del tratamiento que causaban más ansiedad, retomando escenarios, instrumentos, mobiliario, medicamentos y personal médico. Cuando la paciente se hallaba ubicada en la situación, sugerimos la relajación corporal y la ausencia de temor en todo momento. Así como el hecho de que su auto-control sería cada vez mayor hasta lograr afrontar la situación con total tranquilidad.

Una sugerencia importante era la de imaginar cómo el tratamiento actuaba dentro del cuerpo de la paciente, destruyendo eficazmente y con

rapidez las células enfermas y dando paso a la multiplicación de las células sanas. La paciente debía sentir cómo esa mejoría lograda por el medicamento recorría todo su cuerpo empezando por el órgano afectado.

Solamente en dos casos fue necesaria la participación más activa de los sujetos para comprobar su concentración en las sugerencias del terapeuta. Ellos debían tocar con ambas manos su seno enfermo a la vez que imaginaban cómo iban mejorando internamente.

También durante el trance se sugirió el auto-control de los síntomas consecuentes del tratamiento (náusea y vómito en quimioterapia, ardor y resequedad de mamas en caso de radioterapia).

Se realizó el fortalecimiento de la auto-estima, sugiriendo la aceptación de la pérdida del cabello o de las quemaduras de piel, según fuera el caso.

En todos los casos se hizo hincapié en la no pérdida de apetito y sueño. Finalmente, antes de despertar se inducía la amnesia para que la paciente olvidara todo lo tratado en la sesión pero que siguiera experimentando los efectos de todas las sugerencias hechas durante el trance.

Desde las primeras sesiones en hipnosis se proporcionó a cada paciente un cassette grabado con una sesión completa y se prescribió su uso 2 veces al día para reforzar el aprendizaje.

Cada cuarta sesión de entrenamiento se aplicó la escala de ansiedad a cada paciente para ir registrando las posibles fluctuaciones en sus reportes.

Concluidas las 12 sesiones de entrenamiento se programaron cuatro seguimientos quincenales con el propósito de observar si el auto-control de la ansiedad inducido por la hipnosis se mantenía, o si se generaban alteraciones.

Durante el último seguimiento y para finalizar nuestra intervención se aplicó por segunda vez el Inventario de Calidad de Vida para observar si el entrenamiento había generado cambios positivos en otras áreas de la vida de la paciente (asertividad, auto-estima, sociabilidad, sexualidad, entre otras). Así mismo para obtener una información más directa, se aplicó a cada paciente un Cuestionario de Satisfacción donde evaluaran con sus propias palabras la utilidad que para su caso en particular tuvo el entrenamiento en hipnosis.

Para ambos grupos y en cada entrevista se dió apoyo psicológico a manera de psicoterapia para resolver algún posible problema que las pacientes reportaran, a nivel familiar, de auto-estima o de trabajo.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los datos se analizaron estadísticamente con las pruebas paramétricas de ANOVA y CHI Cuadrada obteniéndose en el caso de la ansiedad-rasgo un resultado poco significativo. Sin embargo se establece con los resultados de la ansiedad-estado la validez estadística de la investigación al presentarse cambios representativos en los niveles de ansiedad a través de las diferentes fases del estudio. (Para conocer las definiciones de Ansiedad Estado y de Ansiedad Rasgo, ver anexo 3, inciso C).

Los resultados a nivel cualitativo fueron los siguientes: Durante la evaluación inicial ambos grupos (experimental y control) registraron elevados niveles dentro de la escala de ansiedad en la categoría de Ansiedad Estado, los cuales se ratificaron con el reporte verbal que cada paciente hizo de su situación. (ver anexo 2, figuras 1 y 3).

Aquí pudo observarse que los principales temores se generaban: por el desconocimiento de las características exactas de los tratamientos a los que se someterían las pacientes. En segundo lugar se encontraba el miedo a no quedar completamente sanas después de sus tratamientos y finalmente expresaron su miedo a la muerte.

En el transcurso de los seguimientos realizados al grupo control ocurrió que tanto las pacientes de radioterapia como las de quimioterapia decrementaron notablemente su ansiedad. Esto se debió probablemente a que en la primera sesión nos solicitaron información respecto a sus

tratamientos y nosotros explicamos detalladamente en qué consistía cada uno. (figuras 1 y 3, anexo 2).

A pesar de que la mayoría de las pacientes decrementaron su ansiedad, las pertenecientes a quimioterapia registraron hasta el fin de sus seguimientos puntajes mayores en la escala que las pacientes de radioterapia. (figura 1).

El reporte verbal de las pacientes corroboró lo anterior, pues decían sentirse cada vez más ansiosas ante sus tratamientos (acumulación de ansiedad) además de experimentar intensamente los malestares posteriores a cada quimioterapia (vómito, náusea, mareo, debilidad). Sólo una paciente de quimioterapia finalizó sus seguimientos con un nivel mucho mayor de ansiedad que el de su evaluación inicial (paciente 3). El resto de ellas, a pesar de sus reportes verbales de malestar registraron puntuaciones poco variables dentro de la escala.

En cuanto a la ansiedad rasgo, las pacientes decrementaron sus puntajes, salvo la paciente 5, perteneciente a Radioterapia que incrementó significativamente su ansiedad.

Independientemente de que con el tiempo decrementaron los niveles de ansiedad en algunos casos, el inventario de calidad de vida reveló que los problemas en algunas áreas de la personalidad de las pacientes son generadores potenciales de ansiedad, pues se identificó en la mayoría de los casos que las sujetos mostraban pocas habilidades para relacionarse socialmente y con la familia además de algunas alteraciones en su vida sexual. Las sujetos que reportaron menor problemática en todas las

áreas fueron los sujetos 6 y 7. (para mayores datos acerca de este instrumento ver anexo 3, inciso D).

Los pacientes del grupo experimental registraron desde su evaluación inicial niveles de ansiedad superiores a los del grupo control, especialmente en la categoría de ansiedad rasgo, excepto la paciente 9 (de quimioterapia) que en ambas categorías de ansiedad (rasgo y estado) obtuvo puntajes menores a los del resto de la muestra. (figuras 2 y 4).

Durante el entrenamiento, la mayor dificultad para establecer el auto-control se tuvo con las pacientes de quimioterapia debido a que llegaban sumamente ansiosas después de cada infusión. (figura 2).

En las pacientes de radioterapia se observó más claramente la disminución de su ansiedad durante el entrenamiento y su permanencia en este estado en la fase de seguimiento. (figura 4).

Como puede observarse en la tabla 3 (ver anexo 1) en la fase de entrenamiento las pacientes 8 y 9 dispararon sus puntajes de ansiedad estado incrementándose mientras que el resto de los sujetos decrementaron significativamente sus puntuaciones. A pesar de lo anterior la ansiedad rasgo decrementó en todos los casos y más significativamente en los sujetos 9, 10, y 11.

Pese al descontrol registrado en el entrenamiento, durante los seguimientos se observó un brusco decremento en ambos tipos de ansiedad por debajo aún de los puntajes registrados durante la evaluación inicial. Únicamente la paciente 9 finalizó sus seguimientos con una puntuación ligeramente superior a la de su evaluación inicial dentro

de la ansiedad estado. (en ella puede observarse muy claramente el efecto de ansiedad acumulada), sin embargo su ansiedad rasgo sí decreció. (ver figura 2).

Finalmente, los inventarios de calidad de vida aplicados a las pacientes después del entrenamiento revelaron que se generaron cambios significativos en otras áreas de su vida (social, familiar, planes para el futuro, sexualidad), salvo en el caso de la paciente 11 (ver tabla 5).

La evaluación en este aspecto reveló que las sujetas tenían dificultades dentro de los ámbitos sociales y familiares que se generaban principalmente por su baja auto-estima y su inasertividad para manejar situaciones cotidianas. La evaluación posterior al entrenamiento en hipnosis reveló que las pacientes habían modificado su percepción de sí mismas y de su ámbito social como efecto del auto-control de su ansiedad. Siendo las sujetas 11 y 12 los ejemplos más claros de los cambios positivos obtenidos con la hipnosis.

Resultó imposible realizar una segunda aplicación del inventario al grupo control que nos permitiera observar las posibles fluctuaciones que pudieran presentarse durante nuestro trabajo con el grupo experimental. De tal modo que carecemos de un parámetro para comparar ambos grupos después del entrenamiento.

Por otra parte, también al comparar los grupos podemos ver que las pacientes del grupo control, a pesar de no haber recibido entrenamiento lograron dominar funcionalmente su ansiedad ante los tratamientos con la simple aclaración de sus dudas (excepto la paciente 3). La mayor

difficultad radicó entonces en el dominio de los malestares físicos antes, durante y después de cada tratamiento, especialmente en el caso de quimioterapia.

Las pacientes de radioterapia tanto del grupo experimental como del grupo control mostraron una mejor y más rápida adaptación a su tratamiento y afrontaron funcionalmente la situación real.

Las pacientes de quimioterapia del grupo experimental aprendieron a controlar las náuseas y el vómito post-quimio (aunque no los eliminaron), disminuyeron su miedo a la situación real de aplicación y eliminaron la aversión condicionada a los colores relacionados con el medicamento así como a la sala de quimioterapia.

En términos generales, el grupo experimental respondió favorablemente al entrenamiento. Las pacientes adquirieron habilidades de auto-control que les permitieron afrontar sus tratamientos aún cuando sus malestares físicos consecuentes no fueron totalmente eliminados, especialmente en las pacientes sometidas a quimioterapia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la parte teórica de nuestro trabajo abordamos detalladamente la problemática por la que atraviesan el enfermo crónico y su familia cuando el diagnóstico del padecimiento llega a ellos sin estar preparados para afrontarlo correctamente. Los efectos nocivos a nivel psicológico de una enfermedad crónica se observan mucho más claramente en el caso de los pacientes con cáncer; y esto se debe principalmente a la concepción que social y culturalmente tenemos de esta enfermedad.

Siendo que en varios casos la enfermedad crónica (artritis, diabetes, hipertensión) y muy especialmente en el caso del cáncer, la calidad de vida del individuo se ve severamente minada; ha sido necesario que la ciencia moderna (especialmente la medicina y la psicología) ideen nuevas formas de intervención que permitan al paciente recuperarse del impacto psicológico que su enfermedad le produce y logre adaptarse rápida y funcionalmente a su realidad.

Es por esto que técnicas de intervención dirigidas al grupo familiar o al paciente en aislado han sido desarrolladas en gran medida para poder brindar al sujeto en el momento oportuno el apoyo psicológico que tanto necesita. Así es como las técnicas de auto-regulación (bio-retroalimentación, relajación e hipnosis) han sido aplicadas a diversos tipos de enfermos crónicos y de pacientes con cáncer obteniéndose resultados sumamente alentadores para la psicología cognitivo-conductual.

En el caso concreto de la hipnosis, es posible observar que representa una técnica valiosa en sí misma por ser económica y las pocas limitaciones físicas que posee. No es necesario contar con equipo técnico especial (como en el caso de la bio-retroalimentación), y puede establecerse con ella la independencia del paciente. Es decir, que casi desde el principio podemos legar la responsabilidad de su mejoría al mismo enfermo (estas ventajas las comparte la hipnosis con la relajación).

Sin embargo, cuando decidimos aplicar la hipnosis a cualquier caso de enfermedad orgánica o psico-somática debemos tomar en cuenta que no es la panacea de todos nuestros problemas y que requiere ser usada precavidamente.

En su momento también hicimos evidente las importantes aportaciones que diversos investigadores han dejado en el campo de la oncología tratando exitosamente varios casos con hipnosis.

Este panorama general nos permite ser optimistas en cuanto al futuro de la hipnosis empleada como una técnica psicológica, fuera de todo mito y concepción mágica que, si bien no la desprestigia frena su progreso y su inserción en ámbitos de la salud cada vez más amplios.

Ahora bien, el trabajo práctico que realizamos nos permitió observar algunos fenómenos que apoyan consistentemente los argumentos propuestos por varios autores:

Como ejemplo, a lo largo de nuestro entrenamiento se hizo evidente que independientemente de los puntajes que obtuvieron las pacientes en la escala de ansiedad, se presentaron transformaciones en la percepción de lo que les sucedía. Es decir, que gracias a la hipnosis, la manera de concebir tanto la enfermedad como los malestares cambió en un sentido positivo, pues las sujetos percibieron su situación menos trágicamente.

Lo anterior concuerda con lo establecido por Hilgard y Hilgard (1990) donde plantean que durante la hipnosis se genera una modificación en la percepción de las sensaciones pero que éstas no desaparecen. Es decir, que nuestras pacientes seguían experimentando malestares (como dolor, ardor, náuseas, vómito) pero gracias al entrenamiento pudieron percibir mínimamente estas sensaciones de malestar y por lo tanto controlarlas con mayor efectividad.

A nuestro parecer es entonces este cambio en la percepción de los malestares lo que permitió que la ansiedad decrementara en la mayoría de las pacientes; dado que a menor malestar, menor miedo y menor ansiedad. Tal como De Piano y Salzberg (1979) lo plantean: Cuando hay un cambio en la percepción de los síntomas se transforma también el componente emocional que forma parte de la sensación.

Si bien esto pudimos observarlo en la práctica y los auto-reportes apoyaban nuestra observación, la escala de ansiedad no sustentó estos resultados como nosotros lo esperábamos. Aún cuando las pacientes en el diálogo con nosotros se reportaban sumamente tranquilas los puntajes

registrados dentro de la escala indicaban un decremento muy ligero (o casi nulo) de la ansiedad.

A este respecto opinamos que la escala de ansiedad que utilizamos no fue lo suficientemente sensible a los cambios que cada sujeto iba sufriendo. Es probable que hubiera resultado más conveniente la construcción de una escala personalizada complementaria donde cada sujeto indicara las situaciones concretas de sus tratamientos y su enfermedad que más ansiedad le causaran. Así se habría tomado ésta como punto de partida y como una forma de mayor control en las variaciones de ansiedad que cada sujeto experimentara.

Dentro del cuestionario de satisfacción solicitamos a las sujetos que ellas mismas calificaran su ansiedad pre y post-tratamiento; y con ello pudimos comprobar que las calificaciones que ellas dieron no tenían en absoluto concordancia con los datos arrojados por la prueba IDARE.

Probablemente la poca concordancia entre los puntajes de la escala de ansiedad y lo observado en la conducta de cada paciente se deba también a que la escala fue estandarizada tomando como referencia una población masculina. Por lo que sería muy conveniente idear algún otro instrumento que sea más sensible a las manifestaciones de ansiedad exclusivamente de las mujeres.

Pese a que numéricamente se observan cambios pequeños, los reportes verbales de las pacientes y la misma observación de los experimentadores en el desempeño de éstas hacen referencia a cambios más sólidos y duraderos. Las pacientes argumentaron que el

auto-control de sus emociones les permitía continuar normalmente con su vida diaria y afrontar con mejores resultados sus tratamientos así como su enfermedad.

Es justamente la sujeto 11 el ejemplo más claro de que el entrenamiento fue útil. La paciente ingresó a éste con una angustia "intolerable" como ella misma lo denominaba (aunque sus puntajes en la escala de ansiedad no denotaban que estuviera ansiosa a un grado tan intenso). Por prescripción médica estaba ingiriendo tranquilizantes, padecía de insomnio y constantemente reñía con su familia. Después de 6 sesiones de hipnosis abandonó por completo los calmantes y se observaba más animada y tranquila. Al finalizar el tratamiento, no volvió a reportar insomnio, se integro de nuevo a su trabajo y no volvió a ingerir medicamentos; estableció una relación de pareja prometedora y se hallaba muy ilusionada por concebir un hijo, se incorporó a las actividades de su iglesia y mejoraron sus relaciones familiares y sociales. Dado todo lo anterior es notable el hecho de que en la escala de ansiedad los puntajes no reflejaban la reducción que ella misma manifestaba (pues estos se mantenían o incrementaban). Sin embargo la aplicación final del inventario de calidad de vida reveló que habían ocurrido cambios altamente positivos en las demás áreas de su personalidad, cuestión que concordaba completamente con nuestras observaciones.

Un ejemplo contrario fue el de la sujeto 9 quien presentó reacciones distintas, pues al inicio del entrenamiento ella misma se reportaba tranquila y sus puntajes en la escala también fueron bajos.

Conforme fue enfrentándose a sus tratamientos su ansiedad se elevó drásticamente a pesar de la hipnosis. A esto se añade que la paciente fue de las que menos practicaron la técnica en casa y únicamente se concretó a recibirla en consulta. Sin embargo, la aplicación final del inventario de calidad de vida reflejó una influencia favorable del entrenamiento en las áreas de su personalidad que inicialmente se detectaron como problemáticas (especialmente auto-estima y sociabilidad).

Los más altos grados de ansiedad se registraron en las pacientes sometidas a quimioterapia debido a que el tratamiento en sí mismo es mucho más agresivo que las radiaciones, así como sus efectos y malestares secundarios. Estas pacientes fueron las más difíciles de estabilizar pues parecía que después de cada infusión, las sujetos regresaban a su estado de ansiedad del principio.

Sin embargo y a pesar de su dificultad para adquirir el auto-control, estas pacientes, así como las de radioterapia lograron generalizar en cierto grado las habilidades para afrontar sus tratamientos a otras situaciones de su vida diaria. Al parecer los alcances del entrenamiento influyeron más directa y poderosamente en las características de la personalidad propia de cada paciente; por ello la Ansiedad Rasgo y el Inventario de Calidad de Vida fueron los que revelaron cambios favorables más evidentes en las áreas que se evaluaron.

Por otro lado y retomando los argumentos que se refieren a que el estado emocional sumamente alterado favorece la aparición del cáncer

(Henry, 1975; Turkevich, 1958) pudimos observar que seis de nuestras pacientes habían sufrido una importante pérdida (divorcio, viudez, muerte trágica de un familiar, pérdida del empleo) y algunos meses después (14 meses en promedio) empezaron a manifestar el cáncer de mama.

Los resultados de este estudio hacen evidente la utilidad de la técnica de hipnosis para decrementar la ansiedad que el paciente oncológico experimenta ante su enfermedad y sus tratamientos médicos; dado que aún cuando la escala estandarizada no reportó cambios significativos, la observación y los auto-reportes de cada paciente nos permitieron apreciar que el entrenamiento estaba siendo útil en el control de su ansiedad.

En el caso de las pacientes que no mostraron cambios positivos con nuestra estrategia probablemente lo más adecuado sería un entrenamiento más prolongado o definitivamente el uso de la técnica en el momento de afrontar la situación real.

Debemos señalar que la hipnosis como técnica psicológica no busca funcionar en aislado como una panacea, sino que siempre se obtendrán mejores resultados si la combinamos con otros recursos como la psicoterapia. Definitivamente el éxito de las técnicas de auto-regulación radica justamente en su combinación con otras estrategias que nos permitan abordar aspectos de la vida del individuo que escapen a la hipnosis (familia, trabajo, relaciones interpersonales), tal como Bowers y Kelly (1979) lo enfatizan. Dado esto es importante buscar la posibilidad

de intervenir con esta combinación de estrategias en etapas de ataque a la enfermedad mucho más tempranas.

El conflicto por el que el paciente oncológico atraviesa desde el momento en que se sabe enfermo y la variedad de reacciones poco favorables que pudiera presentar (como la depresión y la ansiedad) significan para la Psicología un obstáculo importante a vencer. Comprendiendo esto reiteramos la utilidad de la hipnosis como herramienta para ayudar a nuestros pacientes a mantener el control de sus emociones y de sus respuestas orgánicas para afrontar su enfermedad.

Es por esto que si nos valemos de la hipnosis desde las etapas más tempranas de la enfermedad (diagnóstico) aumenta la probabilidad de que el paciente curse menos dolorosamente el proceso de aceptación que Kubler Ross (1989) establece y se preste con mayor facilidad a recibir sus tratamientos médicos. Así prevenimos dos riesgos principalmente: 1) Que el paciente vea minada su calidad de vida de un modo drástico y casi total (al aislarse de su entorno social, familiar y productivo). 2) Que el paciente deserte del hospital por no hallarse lo suficientemente preparado psicológicamente para recibir los tratamientos que en sí mismos son agresivos y desgastantes.

Los resultados de este estudio son alentadores pero limitados aún, por lo que es importante seguir investigando sobre la misma línea, variando características como el tipo de cáncer a tratar y la etapa de la enfermedad en la que se interviene. Así como contemplando el trabajo con muestras mayores y probando otro tipo de instrumentos de evaluación que permitan contrastar más claramente y elaborar argumentos más concluyentes. Todo esto para contar con mayores elementos que permitan al psicólogo crear programas cada vez mejor estructurados que sean aplicables a nivel institucional y a los que tengan acceso cada vez más personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abulafia, R. S. y Deligiannis, J. (1986). La Bio-retroalimentación (BRA) Biofeedback). En: M.F. Moccio Terapia del stress. Un Método de relajación. Biofeedback. Buenos Aires, Ed. Cinco p. 127-132.
- Ahles, T. A.; Cohen, R. E.; Little, D.; Balducci, I.; Dubbert, R. M. and Keane, M. (1984). Toward a Behavioral Assessment of Anticipatory Symptoms Associated with cancer chemotherapy. In: Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 15. N° 2 p.141-145. Great Britain.
- Bammer, K. y Newberry, B. H. (1985). Biblioteca de psicología. El stress y cáncer. Barcelona, Ed. Herder.
- Barber, T. X. (1981). Hypnosis Suggestions and Psychosomatic Phenomena: A new look from the Standpoint of Recent Experimental Studies. En: D. Shapiro; I. Stoyva and J. Kamilla (eds): Biofeedback and 1979/80 Behavioral Medicine. Therapeutic Applications and Experimental Foundations. New York, Aldine Publishing Comp. p. 138-150.
- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1984). Single case Experimental Design. Strategies for studying Behavior Changes. New York, Pergamon Press.
- Beatty, J. and Legewie, H. (1977). Biofeedback and behavior. New York, Plenum Press. p. 1-17.
- Benitez, L. B. y Quiñones, G.S. (1991). El cáncer. ¿Un problema de salud en México?. En: Revista Médica de Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol.29. N° 3. Mayo-Junio. México. p. 195-215.

- Bowers, K. S. and Kelly, F. (1979). Stress, Disease, Psychotherapy and Hypnosis. En: Journal of Abnormal Psychology. Vol. 88. N° 5 p. 490-505.
- Burish, T. G. y Lyles, J. N. (1979). Effectiveness of Relaxation Training in reducing the aversiveness of chemotherapy in the treatment of cancer. En: Journal of Behavior, Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 10. p. 357 - 361.
- Burish, T. G. y Lyles, J. N. (1981). Effectiveness of Relaxation Training in Reducing adverse reaction to cancer chemotherapy. En: Journal of Behavior Medicine. Vol. 4. N° 1. p. 65-78.
- Cautela, J. R. y Groden, J. (1985). Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos, niños y educación especial. España, Ed. Martínez Roca. p. 17-43.
- Cerdán, A. A. (1992). Cómo derrotar al cáncer. México, EDAMEX. p. 13-18, 55-63.
- Cooper. L. F. and Erickson, M. H. (1982). Time Distorsion in Hypnosis. An Experimental and Clinical Investigation. New York, Irvington Publisher Inc. p. 1-49, 157-187.
- Crasilneck, H. and Hall, I. (1975). Clinical Hypnosis: Principles and Applications. New York, Ed. Grune and Stratton. p. 1-40, 71-80, 109-116, 307-323.
- De Piano, F. A. and Salzberg, H. C. (1979). Clinical Applications of Hypnosis to the three Psychosomatic Disorders. En: Psychological Bulletin. Vol. 86. N° 6. p. 1223-1235.
- Fair, P. L. (1979). Biofeedback Strategies in Psychotherapy. En: M. D. Basmajian (ed). Biofeedback, Principles and Practice for Clinicians. Baltimore, Williams and Wilkins Company. p. 112-131.

- Feigenbaum, L. Z. (1990). Medicina Geriátrica y Pacientes de Edad Avanzada. En: S. A. Schroeder, M. A. Krupp, L. M. Tierney y S. J. McPhee. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. México, Ed. El Manual Moderno. p. 18-20.
- Flores, C. B. y Vega, Y. G. (1992). Apoyo Psicológico a familias de Enfermos Crónicos: Reporte de Investigación. México, Tesis UNAM ENEPI: p. 74-79.
- Fragoso, C. F. (1992). Evaluación de los factores de riesgo conductuales y socio-ambientales asociados con el cáncer mamario. Tesis UNAM, ENEPI. p. 7-30.
- Fromm, E. and Shor, R. (1979). Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives. New York, Aldine Publishing Company. p. 15-41, 415-455.
- Gaarder, K. and Montgomery, P. S. (1981). Clinical Biofeedback A procedural manual for behavior medicine. Baltimore, Williams and Wilkins Company. p. 3-60.
- Gatchel, Hatch, Watson, Smith y Goss (1977). En: A. J. Yates (1980). Biofeedback and the modification of behavior. New York, Plenum Press. p. 393-466, 480, 498.
- Hamberger, L. K. (1982). Reduction of generalized aversive responding in a post-treatment cancer patient: Relaxation as an active egoing skill. En: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 13, N° 3, p. 229-233.
- Hartland, I. (1974). La Hipnosis en Medicina y Odontología. Sus Aplicaciones Clínicas. México, Compañía Editorial Continental. p. 25-33, 212-213, 223-241, 400-441.
- Hawkins, P. (1992). En: Greek Encyclopedia of Psychology. University of Sunderland.

- Hawkins, P. (1993). Hypnosis in Stress Management. Jornadas Internacionales sobre Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental. Universidad de Valencia. España.
- Hilgard, E. R. y Hilgard, J. R. (1990). La hipnosis en el alivio del dolor. México, Ed. Fondo de Cultura Económica. p. 107-125.
- Holland y Lesko (1989). Chemotherapy, Endocrine Therapy and Immunotherapy. En: J. C. Holland y J. H. Rowland. (eds). Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patients with cancer. New York, Oxford Press, p. 118-204.
- Jacobson, E. (1977). The originals and Development of Progressive Relaxation. En: Journal of Behavioral Therapy Experimental Psychiatric. Vol. 8. p. 119-123.
- Kingsbury, G. C. (1962). Hipnosis práctica. Buenos Aires. Ed. Glem. p. 21-50.
- Kübler-Ross, E. (1989). Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona, Ed. Grijalbo. Marilla, M. L. (1990). Las psicoterapias breves. Teoría y práctica. Barcelona. Ed. Herder. p. 113-131.
- Maslack, C., Zimbardo, P. and Marshall, G. (1979). Hypnosis as a means of studying cognitive and behavioral control. En: E. Fromm y R. Shor (eds) Hypnosis. Developments in Research and New Perspectives. New York, Aldine Publishing Company. p. 649-683.
- Massie, M. J., Holland, J. C., Straker, N. (1989). Psychotherapeutic interventions. En: M. J. Holland y Rowland: Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patients with cancer. New York, Ed. Oxford. University Press. p. 456-470.

- Mastrovito, R. (1989). Behavioral Techniques: Progressive Relaxation and self Regulatory Therapies. En: J. C. Holland y J. H. Rowland (eds). Handbook of Psychooncology. Psychological care of patients with cancer. New York. Ed. Oxford University Press. p. 492-496.
- Miller, G. A., Galanter, E. y Pribram, K. H. (1983). Planos y Estructura de la Conducta. Madrid, Ed. Debate.
- Moccio, F. (1986). Terapia del Stress. Un método de relajación. Biofeedback. Buenos Aires. Ed. Cinco. p. 19-23.
- Orne, M. T. (1959). The nature of hypnosis: Artifact and Essence. En: Journal of Abnormal and Social Psychology. N° 58. p. 277-299.
- Perry, C., Gelfand, R. and Marcovitch, P. (1979). The relevance of Hypnotic Susceptibility in the Clinical Context. En: Journal of Abnormal Psychology. Vol. 88. N° 5 p. 592-604.
- Posadas, R. A. (1990). Intervención Psicológica en Familiares de Pacientes Desahuciados. Tesina, UNAM, ENEPI, p. 8-34.
- Powers, M. (1963). Autohipnosis. Teorías, técnicas y aplicaciones. Buenos Aires, Ed. Glem.
- Ray, C. (1978). Psychological Aspects of early breast cancer and its treatment. En: N. Stanley y S. Rachman (eds). Contributions to Medical Psychology. Vol. 2. Oxford, Pergamon Press. p. 153-180.
- Reed, W. H. (1989). Management of anticipatory nausea and vomiting. En J. C. Holland y J. H. Rowland (eds). Handbook of Psychooncology. Psychological care of the Patients with cancer. New York. Ed. Oxford University Press. p. 423-435.

- Rowland, J. H. y Holland, J. C. (1989). Breast cancer. En: J. C. Holland y J. H. Rowland (eds). Handbook of Psychoncology. Psychological care of the patients with cancer. New York, Oxford. University Press. p. 118-204.
- Schwartz, G. E. y Beatty, J. (1977). Biofeedback. Theory and Research. New York, Academic Press. p. 1-5.
- Sloninsky, T. (1970). Enfermedad y Esfera Emocional. Buenos Aires, Ed. Troquel. p. 15-20.
- Stokvis, B. y Wiesenhutter, E. (1983). Técnicas Relajadoras y de Sugestión. Barcelona, Ed. Herder. p. 33-63, 156-157.
- Tordjam, G. (1978). Cómo comprender la hipnosis. Barcelona, Ed. Argos Vergara. p. 9-43.
- Van Pelt, S. J. (1963). Secrets of Hypnotism. Hollywood, Wilshire Book Company. p. 3-17, 70-78.
- Wadden, T. A. and Anderton, C. H. (1982). The Clinical use of Hypnosis. En: Psychological Bulletin. Vol. 2. p. 215-243.
- William, E. and Edmonston, J. (1979). The effects of neutral hypnosis on conditioned responses: Implications for hypnosis as relaxation. En: E. Fromm and R. Shor (eds). Hypnosis: Developments in Research and new Perspectives. New York, Aldine Publishing Company. 2ª ed. p. 415-455.
- Wright, W. A. (1979). Guía para el examen médico profesional. México, Ed. Interamericana. p. 874-876.
- Young, L. y Blanchard, E. B. (1980). Medical Applications of Biofeedback Training A Selective Review. En: N. Stanley y S. Rachman. Contributions to medical psychology. Vol. 2. Oxford, Pergamon Press.

ANEXO 1

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

TABLA 1**PUNTAJES EN BRUTO DE ESCALA DE ANSIEDAD. GRUPO CONTROL**

	SUJETOS	E. INICIAL		SEGUIMIENTOS					
		A.E.	A.R.	A.E.	A.R.	A.E.	A.R.	A.E.	A.R.
Q	1	45	47	47	48	48	44	43	47
	2	48	54	44	52	50	52	48	47
	3	46	46	49	41	46	47	61	51
R	4	42	46	41	44	37	52	37	45
	5	58	57	42	66	46	61	46	56
	6	44	46	43	44	42	44	46	48
	7	46	42	45	39	42	29	8	32

TABLA 2**PUNTAJES EN BRUTO DE LA ESCALA DE ANSIEDAD. GRUPO EXPERIMENTAL**

	SUJETOS	E. I.		ENTRENAMIENTO				SEGUIMIENTOS									
		AE	AR	AE	AR	AE	AR	AE	AR	AE	AR	AE	AR	AE	AR		
Q	8	48	66	46	61	58	57	61	68	44	45	49	53	47	51	48	58
	9	31	42	8	24	34	42	42	42	39	42	36	41	26	37	29	39
	10	59	61	46	52	44	52	44	46	42	46	44	47	42	45	48	44
R	11	68	64	37	66	46	55	58	52	39	49	42	42	39	48	37	48
	12	47	54	46	52	48	56	44	52	41	52	46	52	48	49	39	47
	13	52	51	61	59	49	45	38	44	44	47	42	47	41	41	48	42

E.I. Evaluación Inicial
 A.E. Ansiedad Estado
 A.R. Ansiedad Rasgo

Q Quimioterapia
 R Radioterapia

TABLA 3**PROMEDIOS DE PUNTAJES OBTENIDOS EN ESCALA DE ANSIEDAD (IDARE)**

ANSIEDAD ESTADO				
		A	B	C
	SUJETOS	E.INICIAL	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
C O N T R O L	1	45		46
	2	48		47.33
	3	46		52
	4	42		38.33
	5	58		44.66
	6	44		44
	7	46		29
E X P .	8	48	52.33	47
	9	31	48	32.58
	10	59	44.66	42
	11	68	44.33	39.25
	12	47	46	41.58
	13	52	49.33	41.75

TABLA 4**PROMEDIOS DE PUNTAJES OBTENIDOS EN ESCALA DE ANSIEDAD (IDARE)**

ANSIEDAD PASO				
		A	B	C
	SUJETOS	E.INICIAL	ENTRENAMIENTO	SEGUIMIENTO
C O N T R O L	1	47		46.33
	2	54		58.33
	3	46		46.33
	4	46		47
	5	57		61
	6	46		42.66
	7	42		33.33
E X P .	8	66	59.33	49.75
	9	42	36	39.75
	10	61	58	45.5
	11	64	57.66	42.75
	12	54	53.33	58
	13	51	49.33	44.25

TABLA 5**CALIFICACIONES DE INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA.**

	SUJETOS	APLICACION 1	APLICACION 2
C O N T R O L	1	343	*
	2	318	*
	3	334	*
	4	329	*
	5	329	*
	6	362	*
	7	368	*
E X P .	8	387	327
	9	343	368
	10	363	366
	11	325	371
	12	381	364
	13	363	394

* Este grupo no pudo ser evaluado en la segunda fase.

ANEXO 2

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

GRUPO CONTROL DE QUIMIOTERAPIA

EVALUACION INICIAL Y SEGUIMIENTO

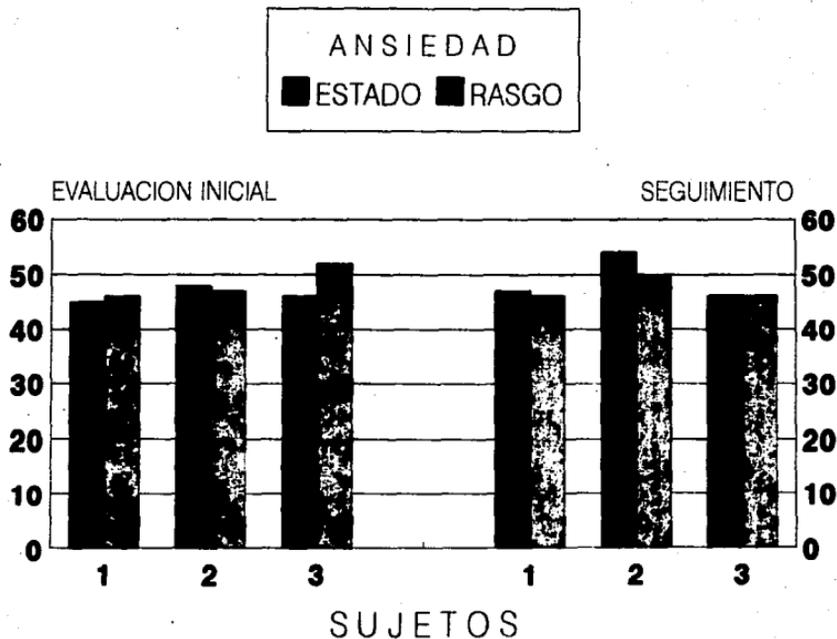


FIG.1 NIVEL DE ANSIEDAD EN CADA FASE

GRUPO EXPERIMENTAL DE QUIMIOTERAPIA

EV. INICIAL, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

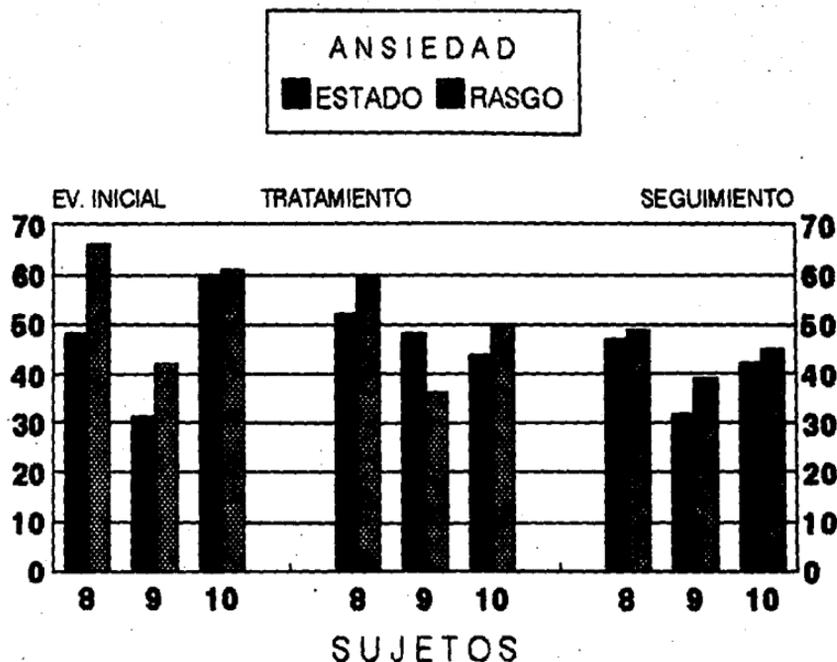


FIG. 2 NIVEL DE ANSIEDAD EN CADA FASE

GRUPO CONTROL DE RADIOTERAPIA

EVALUACION INICIAL Y SEGUIMIENTO

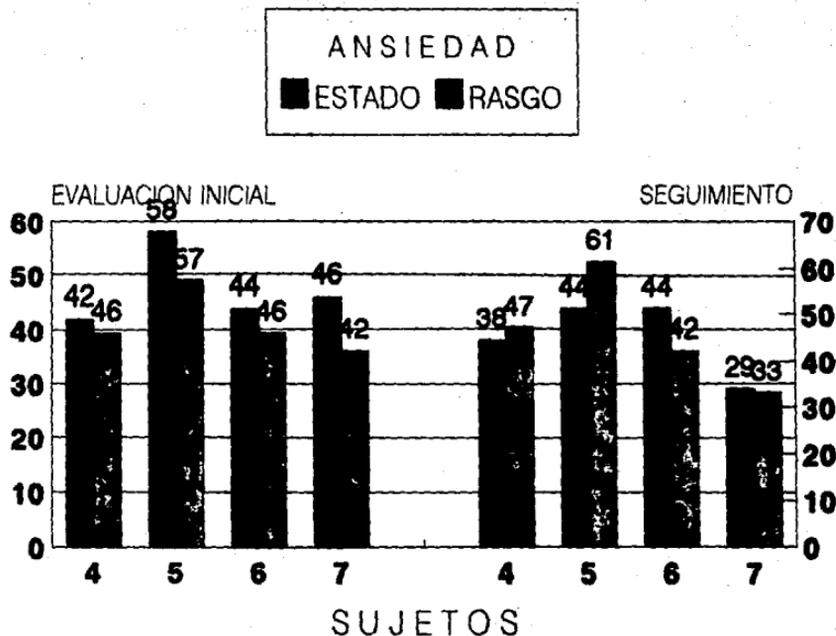


FIG.3 NIVEL DE ANSIEDAD EN CADA FASE

GRUPO EXPERIMENTAL DE RADIOTERAPIA

EV. INICIAL, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

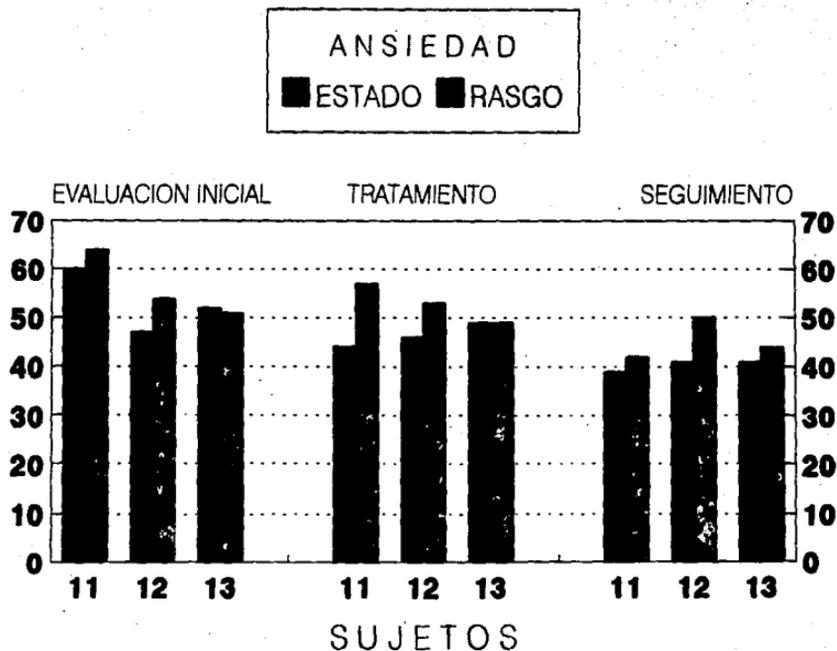


FIG. 4 NIVEL DE ANSIEDAD EN CADA FASE

ANEXO 3

A) ENTREVISTA PSICOONCOLÓGICA INICIAL.

Ficha de Identificación:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Afiliación: _____ Edo. Civil: _____

Escol.: _____ Residencia: _____ O

ocupación: _____ Dx. Oncológico: _____

Servicio Solicitante: _____

Motivo de Envío: _____

Entrevista: (N) (U) Lugar de Entrevista: (C) (H)

Fecha de Aplicación: _____

Antecedentes:

I. Antecedentes Psiquiátricos familiares:

(SI) (NO)

II. Afecciones al encéfalo:

Traumatismos () Infecciones () Intoxicaciones ()

III. Antecedentes Psiquiátricos Personales:

(SI) (NO)

Alcoholismo (SI) (NO)

Tabaquismo (SI) (NO)

Toxicomanías (SI) (NO)

Acto Parasuicida (SI) (NO)

IV. Hospitalización Psiquiátrica:

(SI) (NO)

V. Tratamiento Psiquiátrico Previo:

(SI) (NO)

VI. Personalidad Premórbida:

Ansiedad ()

Depresión ()

Reacciones Fóbicas ()

Otros ()

VII. Síntomas Principales Actuales:

- | | | | |
|-----------------------|-----|--------------------------------|-----|
| 1) Tristeza | () | 2) Astenia | () |
| 3) Anorexia | () | 4) Insomnio Temp. | () |
| 5) Insomnio Tardío | () | 6) Pensamientos suicidas | () |
| 7) Desesperanza | () | 8) Intentos suicidas | () |
| 9) Inquietud | () | 10) Apatía | () |
| 11) Llanto Espontáneo | () | 12) Sentimientos de Minusvalía | () |
| 13) Culabilidad | () | 14) Angustia | () |
| 15) Malestar Gral. | () | | |

* * *

- | | | | |
|-----------------|-----|-------------------------|-----|
| 16) Euforia | () | 17) Hiperactividad | () |
| 18) Verborrea | () | 19) Fuga de ideas | () |
| 20) Megalomanía | () | 21) Labilidad Emocional | () |

* * *

- | | | | |
|---------------------------|-----|------------------------|-----|
| 22) Irritabilidad | () | 23) Despersonalización | () |
| 24) Alucinaciones | () | 25) Ensimismamiento | () |
| 26) Delirios | () | 27) Bloqueos | () |
| 28) Agresividad | () | 29) Estereotipias | () |
| 30) Lógica Autista | () | 31) Para-respuestas | () |
| 32) Trastornos del juicio | () | | |

* * *

- | | | | |
|---------------------------|-----|------------------------------------|-----|
| 33) Irrealidad | () | 34) Automatismos | () |
| 35) Deja Vu | () | 36) Macropsias | () |
| 37) Micropsias | () | 38) Confusión | () |
| 39) Ecolalia | () | 40) Perseveración | () |
| 41) Trastornos de memoria | () | - Retrógrada () - Anterógrada () | |

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 42) Disona | () | 43) Palpitaciones | () |
| 44) Cefalea suboccipital | () | 45) Diaforesis | () |
| 46) Trastornos urinarios | () | 47) Oposición Precordial | () |
| 48) Otros | () | | |

VIII. Otros Síntomas: Dolor ()

Problemas:

- | | |
|------------|-----|
| Matritales | () |
| Familiares | () |
| Laborales | () |

Apoyo de Otros ()

Pertenencia a Grupos ()

Aceptación del tratamiento médico (SI) (NO)
(QT) (RT) (QX) (otros)

Cooperación con el tratamiento médico. (SI) (NO)

Indecisión ante el tratamiento. (SI) (NO)

Difunción Sexual. (SI) (NO)

Factores Estresantes Previos. (SI) (NO)

Comentario: _____

I.D.: _____

Tratamiento (s):

- | | | | |
|------------------------|-----|------------------------|-----|
| Farmacológico | () | Psicoterapéutico | () |
| Referencia a Grupos | () | Candidato a otro grupo | () |
| Tratamiento Individual | () | Trabajo Social | () |
| No Apto | () | Otros | () |

b)

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C) INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

Dr. Charles D. Spielberg y Dr. Rogelio Díaz Guerrero (1980).

El inventario está constituido por dos escalas independientes de auto-evaluación para medir dos dimensiones diferentes de ansiedad:

- * Ansiedad-Estado (SXE)
- * Ansiedad-Rasgo (SXR)

La ansiedad-estado se concibe como un estado emocional momentáneo del organismo humano y se caracteriza por sentimientos de aprensión y tensión así como por el aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudoración, excitación, temblor, etc). La ansiedad-rasgo se designa a la tendencia o predisposición de responder en situaciones estresantes con una elevada intensidad en la ansiedad-estado.

DESARROLLO DEL INVENTARIO (STAI=IDARE).

El desarrollo del inventario se inició por Charles D. Spielberg y R. L. Gorsuch en 1964 en la Universidad de Vanderbilt con el propósito de construir un instrumento de investigación objetivo de auto-evaluación de la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo en adultos normales. En 1967 se amplió su aplicación a individuos emocionalmente perturbados con propósitos tanto clínicos como de investigación.

Los reactivos de las dos escalas se seleccionaron principalmente de tres escalas de ansiedad: el IPAT Anxiety Scale (1963), el Taylor (1953), Manifest Anxiety Scale, y el Welsh Anxiety Scale (1956). Dichos reactivos se modificaron sin perder su contenido psicológico para ser utilizados con distintas instrucciones en las dos escalas de ansiedad (estado-rasgo). Posteriormente los reactivos modificados se aplicaron a un grupo de estudiantes de psicología. En base a los comentarios de los sujetos, se simplificó el protocolo y se eliminaron

los reactivos ambiguos. Para entonces el inventario constaba de 124 reactivos de las dos escalas de ansiedad.

Los reactivos se aplicaron nuevamente en una tercera muestra de universitarios (54 estudiantes), se les pidió que respondieran además de "casi nunca", "algunas veces", "frecuentemente", "casi siempre", cómo se sentían generalmente. Se eliminaron nuevamente los reactivos que no resultaron significativos y el inventario constó de 66 reactivos que fueron aplicados a una cuarta muestra de estudiantes universitarios (265 estudiantes). En dicha aplicación se denominaba a la ansiedad rasgo como EXAM y ansiedad estado como RELAJ. En la condición EXAM se les pidió que respondieran cómo se sentían generalmente y en la condición RELAJ cómo se sentirían en una situación determinada. 44 reactivos pasaron las fases de validación estadística ya que las calificaciones de la ansiedad estado fueron significativamente más altas para la situación de EXAM que para la situación RELAJ. Los 44 reactivos fueron validados en forma cruzada en una muestra grande de estudiantes universitarios (561 hombres y 249 mujeres), se les aplicó el inventario en tres situaciones diferentes: con instrucciones de ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y con instrucciones de examen para ansiedad estado. Un total de 32 reactivos obtuvieron correlaciones significativas tanto para hombres como para mujeres.

Siguiendo con el proceso de validación los 32 reactivos del inventario fueron aplicados con instrucciones de ansiedad estado a 400 universitarios (224 hombres y 133 mujeres) en dos ocasiones en un día normal del curso y en período de exámenes. De los 32 reactivos, 23 tenían correlaciones significativas tanto para hombres como para mujeres. Originalmente se intentaba construir una escala única para medir tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo con diferentes instrucciones. Se seleccionaron 20 reactivos para construir la forma A del STAI para las dos escalas de ansiedad. Posteriormente se retomaron además de los 20 reactivos de la forma A, 20 reactivos con instrucciones de ansiedad rasgo que habían sido rechazados por no ser medidas aceptables de la ansiedad estado

que resultaron ser mejores para evaluar la ansiedad rasgo, así se construyó la forma B del STAI.

Posteriormente el contenido de cada uno de los reactivos de la ansiedad-rasgo y de la ansiedad-estado fueron modificadas, revisadas y adaptadas, aplicándolas muchas veces más a diferentes poblaciones (generalmente con estudiantes).

La revisión del inventario que resultó de este proceso de ajuste de los reactivos se denominó finalmente como Inventario de Auto-evaluación SXE y SXR o Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE. (Spielberg y Guerrero, 1980).

D) INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA

El objetivo de este cuestionario es evaluar algunos aspectos sobre la salud emocional y física. La información referida es confidencial. Por favor sea lo más honesto posible agradeciendo su cooperación.

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la respuesta a las cuestiones que considere estén más relacionadas con usted, y conteste las preguntas que requieran una respuesta escrita.

1. Mi salud ha sido excelente durante los últimos años.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 2) Utilizo medicamentos.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 3) En la actualidad fumo.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 4) He sentido malestares físicos por fumar.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 5) En la actualidad ingiero alcohol.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 6) He tenido problemas por ingerir alcohol.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 7) He estado hospitalizado.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 8) Por ingerir alcohol tengo problemas familiares.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca

- 9) Tengo relaciones sexuales.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) No
- 10) En promedio tengo relaciones sexuales _____ veces al mes.
- 11) Mis relaciones sexuales son satisfactorias.
a) 25% b) 50% c) 75% d) 100%
- 12) Me masturbo.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) No
- 13) tengo sentimientos de culpa por masturbarme.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 14) He trabajado.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 15) Mi actual empleo me proporciona grandes satisfacciones.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 16) Participo en actividades no remuneradas que me proporcionan satisfacción.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
- 17) Me gusta tener muchos amigos.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca

18. Marque con una "X" uno de los espacios según la frecuencia de cómo se siente o actúa ante las siguientes situaciones.

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
a) Puedo solicitar un favor.				
b) Entrar en un cuarto lleno de gente.				
c) Iniciar conversación con hombres que no conozco.				
d) Iniciar conversación con mujeres que no conozco.				
e) pedir que me regresen objetos prestados (libros, herramientas, etc.)				
f) Pedir que no se hable sobre un determinado tema.				
g) Negarse a hacer algún favor.				

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
h) Negarse a cooperar con alguien que nos desagrada.				
i) Expresar amor a los demás.				
j) Expresar nuestro enojo con firmeza y adecuadamente.				
k) Perder el control (gritar y/o ofender).				
l) Expresarse con sarcasmo.				
m) Impedir el trabajo de alguien que nos cae mal sin que éste se entere.				
n) Solicitar la reparación de algún daño.				
o) Hacer halagos a quien queremos.				

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
p) Hacer halagos a extraños.				
q) Hacer amigos con facilidad.				
r) Perdonar un error de un amigo.				
s) Hacer peticiones impositivas a amigos y familiares.				
t) Temor de solicitar algo por temor a que se lo nieguen.				
u) Miedo a hablar en público.				
v) Distraerse con facilidad.				
w) Llorar con facilidad.				
x) Molestarse ante las críticas.				

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
y) Quedarse en un rincón en una reunión social.				
z) Cruzar la calle para evitar encontrarse con alguien.				
a) Tener confianza hacia los demás.				
b) Le entretienen más los libros que los amigos.				

19. Hago planes para el futuro.

a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca

20. Para realizar estos planes necesito la ayuda de alguien.

a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca

21. En mi familia existe comunicación adecuada.

a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) No

22. La relación con mi familia es excelente.

a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca

23. Tengo confianza para solicitar favores a los miembros de mi familia.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
24. Existe afecto en mi familia.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) No
25. Soy autosuficiente para llevar a cabo mi aseo personal.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
26. Tengo a mi cargo algún trabajo (doméstico) diario en la casa.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
27. Soy autosuficiente para transportarme o trasladarme a cualquier lado.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
28. Puedo alimentarme solo.
a) Casi siempre b) Frecuentemente c) Algunas veces d) Nunca
29. Marque con una "X" uno de los espacios según la frecuencia de cómo se considera usted a partir de estas características.

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
a) Despreciable				
b) Positivo				
c) Feo				
d) Inútil				

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
e) Apreciable				
f) Inactivo				
g) Util				
h) "No puedo hacer nada bien"				
i) Atractivo				
j) Tonto				
k) Hostil				
l) "los demás me quieren"				
m) Negativo				
n) "Todo lo puedo hacer bien"				
ñ) Inteligente				
o) Simpático				
p) Vida llena				

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
q) Atractivo				
r) "Los demás no me quieren"				
s) Vida vacía				
t) Conflictivo				
u) Triste				
v) Con amor				
w) Pensamientos horribles				
x) Con iniciativa				
y) Conforme				
z) Sin amor				
a) Deforme				
b) "No quiero a mi familia"				
c) Alegre				

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
d) No rencoroso				
e) Deprimido				
f) Distraído				
g) "Con ganas de salir adelante"				
h) Impulsivo				
i) Pensamientos agradables				
j) Sin iniciativa				
k) "Sin ganas de salir adelante"				
l) Comprensivo				
m) Completo				
n) Repulsivo				
ñ) Hago las cosas sin pensar				

	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
o) "Quiero a mi familia"				
p) Incomprensivo				
q) No distraído				
r) Tranquilo				
s) Inconforme				
t) No vengativo				
u) Rencoroso				
v) Pienso antes de hacer las cosas				
w) Agradable				
x) Animado				
y) No conflictivo				
z) Vengativo				

El objetivo de este cuestionario es complementar la información anterior, por lo que le pedimos sea lo más honesto posible, agradeciendo su cooperación.

1. Mi salario actual es de:

- a) Menos del salario mínimo.
- b) El salario mínimo.
- c) De 2 a 4 salarios mínimos.
- d) Más de 4 salarios mínimos.

2. Por favor subraye los servicios públicos que tiene su casa:

Pavimento, luz eléctrica, teléfonos públicos, teléfono particular, drenaje, vigilancia, comercios cercanos, médicos, agua potable, alumbrado público, recolección de basura, áreas verdes.

3. Subraye las características de su vivienda:

Techo de concreto, techo de lámina, techo de cartón, techo de lámina de asbesto, pared de tabique recubierto, pared de tabique sin cubrir, pared de cartón, pared de lámina, piso de tierra, piso de cemento, piso de mosaico, baño interior completo, instalación eléctrica, instalación de agua, instalación de gas (estacionario, tanques, tubería) drenaje interior.

4. Subraye los enseres domésticos con los que cuenta:

Refrigerador, televisión, radio, equipo estereofónico, aparato reproductor de cassettes, videocasetera, reproductor de discos compactos, licuadora, estufa, lavadora, horno de microondas, extractor de jugos, olla express, tostador de pan eléctrico.

5. Subraye los muebles con los que cuenta su casa:

Comedor, (mesa con sillas), cama, sala, librero, cómoda, clósets, ropero, alacenas, vitrina, cocina integral, otros.

6. ¿Cuántas habitaciones constituyen su casa? _____ habitaciones.

7. Mi escolaridad es de:

- a) Primaria sin terminar
- b) Primaria terminada
- c) Secundaria sin terminar
- d) Secundaria terminada
- e) Bachillerato (preparatoria) sin terminar
- f) Bachillerato terminado.
- g) Profesional sin terminar (cuál) _____
- h) Profesional terminada (cuál) _____
- i) Carrera técnica sin terminar (cuál) _____
- j) Carrera técnica terminada (cuál) _____
- k) Posgrado
- l) Sin escolaridad

DATOS GENERALES

SEXO Masculino
 Femenino

EDAD: (en años cumplidos) _____

ESTADO CIVIL: _____

RELIGIÓN: _____

PRINCIPAL ENFERMEDAD QUE

ACTUALMENTE PADECE: _____

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA

**Ibancovich Hernández Gisela
Medina Carrasco Beatriz Azucena**

Este instrumento fue diseñado como una herramienta de investigación que evalúa la calidad de vida tanto de personas enfermas como sanas. Dicho instrumento abarca las áreas de: Salud, sexual, interpersonal, laboral, familiar, emotivo-afectiva, planes para el futuro, cuidado y apariencia personal, nivel socio-económico y cultural.

DESARROLLO DEL INVENTARIO.

Este instrumento fue construido por Ibancovich y Medina (1990) como un "instrumento de evaluación para determinar la calidad de vida de pacientes con alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades cardíacas, uterinas y renales, etc)". Se definió la calidad de vida como las actitudes del ser humano frente a la vida y a las situaciones a través de toda su historia, sin olvidar aspectos importantes que influyen en estas actitudes como lo es el estado de salud, el nivel socio-económico y el nivel cultural. En cuanto al enfermo crónico se definió como aquella persona que padece una enfermedad por periodos prolongados y en la mayoría de los casos hasta su muerte. Por lo tanto este tipo de enfermos se tienen que someter a un régimen terapéutico por tiempo indefinido y esto reduce drásticamente

su repertorio funcional, psicológico y por lo tanto su entorno familiar y social.

A partir de la investigación bibliográfica del enfoque psicológico del enfermo crónico, de su entorno social y un concepto objetivo de calidad de vida se desarrolló este instrumento y posteriormente se aplicó a una muestra de 50 enfermos crónicos y a 50 personas sanas con el propósito de determinar la calidad de vida de cada muestra, así como encontrar un parámetro intermedio entre los niveles de calidad de vida que pueda definir las características de la calidad de vida alta y baja. Los resultados de esta aplicación mostraron que las personas enfermas obtuvieron un nivel de calidad de vida intermedio y las personas sanas una calidad de vida alta. En base a estos resultados se concluyó que el instrumento desarrollado sí midió los aspectos contenidos en la calidad de vida en cada grupo.

E) CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada una de las expresiones y trate de dar la respuesta que mejor describa su situación.

- 1.- Cuando acepté mi entrenamiento en hipnosis me sentía:
a) Preocupada b) Tranquila c) Indiferente
d) Muy ansiosa e) Fuera de control

- 2.- A la mitad de mi entrenamiento me sentía:
a) Peor que cuando inicié b) Igual que cuando inicié
c) Mejor que cuando inicié

- 3.- Noté alguna diferencia en mi concentración entre las sesiones en vivo y las sesiones en cassette. SI NO
¿Cuál? _____

- 4.- El entrenamiento me sirvió. SI NO
¿Para qué? _____

- 5.- Aprendí algo con este tratamiento. SI NO
¿Qué? _____

- 6.- Dentro de una escala del 1 al 10 mi nivel de ansiedad se encontraba en _____ cuando inicié el tratamiento.

- 7.- Dentro de una escala del 1 al 10 mi nivel de ansiedad actual se encuentra en _____.

- 8.- Puedo aplicar lo que aprendí aquí a otras situaciones de mi vida.

SI NO

¿Cuáles? _____
¿Por qué? _____

9.- Si no hubiera recibido este apoyo psicológico habría reaccionado ante mi tratamiento tal como lo hice.

SI NO

¿Por qué? _____

10.- Del tratamiento me gustó más: _____

11.- Del tratamiento no me gustó: _____

12.- Cambiaría algo del tratamiento. SI NO

¿Qué? _____

13.- Recomendaría este tipo de entrenamiento a otras personas que estuvieran en mi misma situación.

SI NO

ANEXO 4

A) RUTINA DE INDUCCIÓN AL TRANCE

"...Ahora que usted está cómodamente recostada observe fijamente mi mano (colocada de tal modo que la paciente tenga que forzar sus ojos a mirar lo más arriba posible). Deseo que busque un punto en el techo y lo observe muy fijamente. No lo pierda de vista por ningún motivo. Sienta cómo sus ojos empiezan a cansarse, a llorar y a tratar de cerrarse. Sienta cómo sus párpados no pueden resistir más y van cerrándose poco a poco, lentamente. Eso es.

Ahora sus ojos están herméticamente cerrados, sus párpados caen muy pesadamente y no desea abrir los ojos por ningún motivo. Adopte la posición más cómoda para usted y concéntrese únicamente en mi voz y en mis palabras. Nada de lo que escuche además de mi voz va a distraerla, al contrario, servirá para que usted se concentre aún más en lo que yo diga.

Va usted a imaginar la parte de su cuerpo que yo le mencione y se concentrará intensamente en ella sintiendo cómo va relajándose cada vez más y comienza a ponerse pesada, muy pesada. Agradablemente pesada.

(Empezamos a inducir relajación en los pies, tobillos, pantorritas, muslos, glúteos, cadera, abdomen, costados, pecho, espalda, cuello, hombros, brazos, manos y por último los músculos faciales).

"En este momento se encuentra usted completamente relajada y dentro de un trance ligero que vamos a profundizar lentamente. Recuerde que en todo momento estará escuchando mi voz y concentrada en mis palabras".

B) RUTINA PARA PROFUNDIZAR EL TRANCE

"...Imagine que está usted parada en lo alto de una escalera que cuenta con diez escalones. Se trata de una escalera muy segura que por un lado está fija a una pared y por el otro tiene un barandal muy resistente. Usted se sujeta fuertemente del barandal y de la pared, de modo que no hay peligro de caer.

En cuanto yo empiece a contar del 10 al 1 usted irá bajando lentamente por la escalera a la vez que siente cómo va cayendo en un trance cada vez más y más profundo".

(Contamos muy lentamente en forma regresiva y sugerimos a la paciente que se deje llevar por la sensación de caer en un trance cada vez más profundo).

C) RUTINA DE FORTALECIMIENTO DEL EGO. (Hartland, 1974)

"Ahora usted se encuentra tan profundamente... tan profundamente dormido... y su mente ha quedado tan sensitiva... a lo que digo... que todo lo que ponga en ella... penetrará en la parte inconsciente de su mente... y causará allí una impresión tan profunda y duradera... que nada la quitará de ahí.

En consecuencia... lo que coloque en su mente inconsciente... principiará a ejercer una influencia más y más grande sobre la forma en que piensa... sobre la forma como se siente... sobre la forma en que se comporta. Y... debido a que estas cosas permanecerán... firmemente incrustadas en la parte inconsciente de su mente... después que haya salido de aquí... cuando ya no este conmigo... continuará ejerciendo la misma fuerte influencia... sobre sus pensamientos... sobre sus sentimientos... y sobre sus acciones... igual de fuerte... igual de seguro... con igual poder... cuando haya regresado a su hogar... o se encuentre en el trabajo... que como usted está conmigo en este lugar.

Ahora usted se encuentra tan muy profundamente dormido... que todo lo que le diga que va a sucederle a usted... para su propio bien... le sucederá... exactamente como yo lo diga.

Y todo sentimiento... que le diga que experimentará... lo experimentará... exactamente como yo lo diga.

Y todo eso continuará sucediéndole... todos los días... y usted seguirá experimentando esos mismos sentimientos... todos los días...

igual de fuerte... igual de seguro... con igual poder... cuando haya regresado a su casa o a su trabajo... igual que cuando está conmigo en este lugar.

Durante este profundo sueño... usted se va a sentir físicamente más fuerte y más apto en todas formas.

Se sentirá más alerta... más despierto... con más energía.

Se cansará con mucho menos facilidad... se sentirá mucho menos fatigado... mucho menos fácilmente desalentado... mucho menos fácilmente deprimido.

Cada día... se interesará tan profundamente en cualquier cosa que haga... en cualquiera que sea lo que le rodee... que su mente se distraerá completamente de usted mismo.

Ya no pensará tanto en usted mismo... usted ya no se preocupará tanto por usted mismo y por sus dificultades... y usted estará mucho menos consciente de usted mismo... mucho menos preocupado por usted mismo... y por sus propios sentimientos.

Cada día... sus nervios se volverán más vigorosos y firmes... su mente estará más despejada y más calmada... más tranquila... más placentera... más serena. Usted se volverá menos fácilmente preocupado... mucho menos fácilmente agitado... mucho menos fácilmente temeroso y aprensivo... mucho menos fácilmente alterado.

Podrá pensar con más claridad... podrá concentrarse más fácilmente. Podrá dedicar toda su atención por entero a todo lo que haga... olvidando todo lo demás.

En consecuencia... su memoria mejorará con mucha rapidez... y podrá ver las cosas en su verdadera perspectiva... sin hacer más grandes sus dificultades... sin permitir nunca que se conviertan en desproporcionadas.

Cada día... usted estará más calmado emocionalmente... mucho más asentado... será mucho menos fácilmente alterable.

Cada día... usted se convertirá... y así permanecerá... más y más completamente descansado... y cada día menos tenso... tanto mental como físicamente... aún cuando ya no se encuentre conmigo.

Y a medida que se vuelva... y a medida que permanezca... más relajado... y menos tenso cada día... así... tendrá mucha más confianza en usted... más confianza en su habilidad para hacer... no sólo lo que tenga... que hacer todos los días... sino también más confianza en su habilidad para hacer lo que debería poder hacer... sin temor al fracaso... sin temor a las consecuencias... sin ansiedad innecesaria... sin inquietud.

Debido a esto... cada día... se sentirá más y más independiente... más capaz de "ver por usted mismo"... de valerse por usted mismo... de sostener su propia personalidad... sin importar que las cosas sean difíciles o irritantes.

Cada día... sentirá una sensación más grande de bienestar personal... una sensación más grande de seguridad personal... y de confianza... que la que haya sentido desde hace mucho, mucho tiempo.

Y debido a que todas estas cosas comenzarán a suceder... exactamente como yo digo que van a sucederle... más y más

rápido... poderosamente... y completamente... con cada tratamiento que le dé... usted se sentirá mucho más feliz... mucho más contento... mucho más optimista en todos sentidos.

Y en consecuencia usted será más capaz de confiar... de depender... de usted mismo... de sus propios esfuerzos... de su propio criterio... de sus propias opiniones. Sentirá mucho menos necesidad... de tener que confiar... o de depender de... otras personas".

D) SUGESTIONES POST-HIPNÓTICAS

" ... Ahora que se encuentra en un estado de total relajación quiero que imagine cómo será el día de su tratamiento. Imagine desde el momento en que se levanta de su cama sintiéndose muy descansada y tranquila. Se prepara para salir rumbo al hospital. Durante su trayecto se siente sumamente relajada y hasta contenta, muy optimista.

Llega al hospital, cruza la entrada sin experimentar miedo alguno y camina con mucha seguridad rumbo al área de su tratamiento. Se sienta en la sala de espera y hojea una revista hasta que la llama la enfermera. Entra usted a recibir su tratamiento conversando alegremente con el médico. Se sienta en su sillón y cierra tranquilamente los ojos, siente un ligero piquete en la vena pero no le da mayor importancia. Está usted tranquila y muy, muy relajada.

Cuando empieza a sentir que el medicamento entra en su cuerpo y lo recorre, usted imagina la forma como todas las células enfermas que hay en su seno empiezan a desaparecer gracias al medicamento y en su lugar surgen nuevas células muy sanas y muy fuertes libres de cualquier mal. La enfermera le toca el hombro porque ya terminó su infusión y usted se marcha a casa muy tranquila, segura de que está cada vez más sana.

A pesar de que el médico advirtió que habrían náuseas y vómito usted no experimenta nada de ello, si acaso un asco muy ligero que no la inquieta ni le impide seguir comiendo normalmente. Ha usted superado sus malestares. Felicidades.

Recuerde que en ningún momento dejará de sentir apetito ni de dormir y descansar completamente por las noches".

(Enfatizamos constantemente la tranquilidad en todo momento y el dominio de los malestares físicos).

(En el caso del tratamiento de radioterapia se mencionan las características propias de la sala de radiación, y hablamos del ardor como malestar post-tratamiento).

E) RUTINA PARA BORRAR MEMORIA

"Muy bien, ahora que acabamos de imaginar esta situación vamos a pensar en una pizarra muy grande y yo estoy parado frente a ella. Escribo muy claramente la palabra MEMORIA. Usted observa cómo la escribo y cómo después tomo el borrador y empiezo a borrar la palabra muy lentamente, completamente, hasta que ya no queda nada.

Del mismo modo que yo he borrado la palabra memoria del pizarrón, usted borrará mis palabras de su memoria consciente, no recordará absolutamente nada; pero las sensaciones que yo le sugerí permanecerán en usted antes, durante y después de cada uno de sus tratamientos. Borre mis palabras. Ovide.

Ahora voy a contar del 1 al 5. Cuando llegue al número 3 usted empezará a abrir sus ojos, y cuando llegue a 5 los abrirá completamente. Despertará despejada, relajada, muy alerta y con la energía necesaria para el resto del día".