



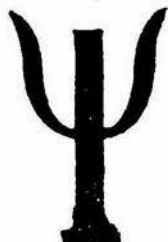
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

CAMPUS IZTACALA

PC 1415/97  
Ej. 3

EFFECTOS DE LA INDUCCION DEL DOLOR  
BAJO ESTADO HIPNOTICO Y ESTADO DE VIGILIA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
MA. ISABEL ARROYO GARCIA  
NORMA DELIA MAYEN RABADAN





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

### A MIS PADRES

No es fácil llegar a conseguir varias de las metas que me propuce, necesite de su amor, apoyo, comprensión y sobre todo le doy gracias a Dios por haberme dado la dicha de tene unos padres tan maravillosos como ustedes. *Los quiero*

ROBERTO ARROYO  
ADORACIÓN GARCÍA

### A MI HERMANA

Por que juntas compartimos momentos inolvidables, enojos, alegrías, tristezas y sobre todo por como eres porque así te quiero. *A MI HERMANITA*

ADORACIÓN

### A MIS TIOS Y TIAS

Por la dicha de tenerlos conmigo y en especial a mi tía Lupe por guiarme y apoyarme en los momentos más difíciles. *LOS QUIERO*

*A LA MEMORIA*

*A la memoria de mi tía Saturnina porque aunque ya no esta con nosotros sigue presente en nuestros corazones y sobre todo por tus grandiosos consejos y momentos imborrables.*

*A TODOS MIS PRIMOS*

*Por sus geniales risas y sabiduría y en espeial a **MONTESE** por llenar de alegría a todos los que te queremos.*

*ISABEL*

## AGRADECIMIENTOS

### A MIS PADRES

VICENTE MAHER  
ALICIA RABADAN

*Gracias a Dios y a ustedes por haberme dado la vida.  
Por su valiosa ayuda para la realización de este gran  
sueño ya que sin su ayuda no lo hubiera podido realizar  
y ante todo, gracias mamá por el enorme esfuerzo que haz  
hecho por nosotros.*

### A MIS HERMANOS

VICENTE

*Por tratar de enseñarnos a vivir la vida  
lo más feliz que se pueda.*

GUSTAVO

*Por tener lo gracioso del momento y  
tratar de vivir sin preocupaciones.*

ERIKA

*Por el cariño, confianza que nos tenemos  
y por los momentos que compartimos juntas.*

*Gracias a los tres por tratar de estar juntos en los  
momentos buenos y malos. LOS ZUJERO*

NORMA

**A JORGE**

*Gracias por compartir momentos tan agradables conmigo,  
por brindarme tu amor y confianza  
y lo más importante por hacerme tan feliz.*

*TE AMO*

*NORMA*

**A NUESTROS ASESORES**

*FRANCISCO JAVIER GARCIA RODRIGUEZ  
JOSE DE JESUS VARGAS FLORES  
JOSE ESTEBAN VAZUERO CABARES*

*Por su valiosa ayuda, apoyo y sobre todo por su paciencia  
para la realización de este trabajo.*

*GRACIAS*

**A EDY**

*Por su valiosa ayuda para la realización de este trabajo, por su fabulosa  
e incondicional amistad y sobre todo por esa maravillosa sonrisa que nos  
recibía todos los días,*

*GRACIAS*

**A GUADALUPE  
Y  
CRISTINA**

*Al maravilloso cuarteto que formamos durante la carrera, por la bonita amistad  
que nos unio y por los momentos inolvidables que compartimos juntas  
y a nuestra gran amiga ELENA.*

*A los participantes agradecemos su colaboración  
para el desarrollo de este trabajo.*

*ISABEL Y NORMA*

## ***RESUMEN***

El presente trabajo tiene como objetivo observar y describir los efectos de la hipnosis sobre el dolor inducido experimentalmente en estudiantes universitarios.

Participaron 10 estudiantes de la UNAM Campus Iztacala cuyas edades fluctuaban entre los 19 y 35 años de edad con una media de 24 años de edad, su participación fue voluntaria, formándose dos grupos de cinco personas y a cada una de ellas se le realizaron 2 sesiones.

Al primer grupo se le realizó la inducción del dolor en estado hipnótico y posteriormente en estado de vigilia, en tanto que al segundo grupo primero se le indujo el dolor en estado de vigilia y luego en estado de hipnosis. La manera en que se le indujo el dolor consistía en que ellos tenían que meter la mano en una cubeta con hielo y a su vez se utilizó un registro de nivel de dolor que ellos calificaban en una escala subjetiva del 1 al 10 donde 1 indica sin dolor y 10 dolor exagerado.

Los resultados mostraron mayor resistencia al dolor bajo estado hipnótico en comparación del estado de vigilia.

En conclusión la técnica de inducción hipnótica ayuda al control del dolor inducido aun experimentalmente.



## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
---------------------------	---

### CAPÍTULO I

HISTORIA DE LA HIPNOSIS .....	4
-------------------------------	---

### CAPÍTULO II

#### HIPNOSIS

2.1 Definición de hipnosis .....	21
2.2 Mitos sobre la hipnosis .....	27
2.3 Teorías de la hipnosis .....	30

### CAPÍTULO III

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA HIPNÓTICA ...	40
3.1 Relajación .....	40
3.2 Susceptibilidad .....	43
3.2.1 Factores que influyen en la susceptibilidad a la hipnosis .....	46
3.3 Atención .....	48

3.4 Sugestión .....	50
3.5 Técnicas de inducción hipnótica .....	55

## **CAPÍTULO IV**

HIPNOSIS APLICABLE AL DOLOR .....	62
4.1 Teorías del dolor .....	63
4.2 Tipos de dolor .....	67
4.3 Aplicaciones de la hipnosis en el dolor .....	71
4.4 Estudios: hipnosis y dolor .....	73

## **CAPÍTULO V**

Método .....	78
Resultados .....	84
Discusión .....	89
Conclusión .....	97
Bibliografía .....	100

Anexos.

## ***INTRODUCCIÓN***

A lo largo de los años la hipnosis ha sido un tema controvertido, en la actualidad, los diversos estudios experimentales que se han realizado han desvanecido todo tipo de mitos y falsas creencias, al mismo tiempo que han descubierto su utilidad al grado de ser considerada como una excelente herramienta terapéutica.

Hoy, el estudio de la hipnosis es un campo que ha abierto muchas puertas de las ciencias modernas, especialmente en el campo de la salud se ha encontrado en la hipnosis un instrumento de grandes alcances que pueden contribuir enormemente al tratamiento de diversas enfermedades.

Así, encontramos una serie de investigaciones que han contribuido al entendimiento de dicho fenómeno que en muchos casos está presente ya sea para ciertos padecimientos o bien recomendable para lograr o mantener una estabilidad en el paciente.

Algunas investigaciones donde la técnica de hipnosis ha proporcionado resultados positivos es el mostrado por Wadden y Anderton (1982), quienes mencionan que el uso clínico de la hipnosis se puede dividir en la atención a dos principales tipos de problemas:

1) Desórdenes ocurridos voluntariamente o por iniciativa del sujeto, como sería el caso del tabaquismo, el alcoholismo, obesidad, de donde las actividades aprendidas e implican algún control voluntario a nivel motor.

2) Desórdenes involuntarios provocados por factores psicológicos, neurológicos u hormonales como el asma, dolor de cabeza, alteraciones dermatológicas, hipertensión, son eventos no aprendidos y pocos controlados por el sujeto.

Una evidencia más es la que reporta Hilgard y Hilgard (1977, en Wadden y Anderton, 1982) quienes encontraron que algunos sujetos hipnotizados procesan mejor la 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 la reporta Evans y Paul (1970) y Hilgard y Morgan (1975) en Hilgard y Hilgard (1990).

La elaboración del presente trabajo sobre el estudio del dolor ha sido un tema de gran interés puesto que se observan las aportaciones que brinda la hipnosis en el alivio del dolor.

Es precisamente la hipnosis un estado que permite modificar la percepción del paciente respecto a su dolor enseñándole a disminuirlo y muchas veces a eliminarlo.

El presente trabajo tiene como objetivo examinar la importancia de la hipnosis como una técnica de control del dolor teniendo que observar y describir los efectos de la hipnosis sobre el dolor inducido experimentalmente.

El primer capítulo está dedicado exclusivamente a describir la historia de la hipnosis, desde los orígenes de la práctica hipnótica hasta su evolución a través de los años y sus aplicaciones actuales.

En el capítulo dos se mencionan los mitos que han rodeado al fenómeno hipnótico, así como las definiciones y teorías propuestas para su explicación.

En el capítulo tres se examinan algunos factores que influyen en la práctica hipnótica como la relajación, susceptibilidad, atención, sugestión y técnicas de inducción hipnótica.

En el capítulo cuatro se describen las aplicaciones de la hipnosis al control del dolor, se consideran las teorías del dolor, así como una revisión de estudios experimentales acerca de la hipnosis en el alivio del dolor.

En el capítulo cinco se presenta el reporte de la investigación, analizando los efectos de la inducción del dolor en la práctica hipnótica, así como los resultados encontrados, su análisis y su discusión.

Finalmente en el capítulo seis se presentan las conclusiones.

## *HISTORIA DE LA HIPNOSIS*

En este capítulo se describe y analiza la evolución que ha tenido el fenómeno de la hipnosis desde sus inicios realizando rituales y ceremonias dirigidas por brujos o sacerdotes, hasta la actualidad, que es aplicada especialmente por psicólogos y médicos para fines terapéuticos.

La hipnosis como una manifestación de la conducta tiene su origen en el hombre mismo. Según Hartland (1974), la curación en estado hipnótico es una de las artes más antiguas de la medicina. Incluso la hipnosis se remonta hasta los tiempos de la prehistoria, se puede observar en las pinturas encontradas en el antiguo Egipto, y quizás la prueba más palpable de su existencia se encuentra en el papiro egipcio estudiado por Bor Deaux y conocido con el nombre de Ebers, donde se observa que la hipnosis era practicada desde hace más de 3,000 años.

La hipnosis, aunque practicada elementalmente en aquellos tiempos, era indudablemente el principal recurso al que apelaban los brujos sacerdotes o jefes de tribus, para influir con mayor efectividad en la conducta de los súbditos. En aquellas épocas las prácticas hipnóticas eran rodeadas de gran misterio, por lo cual, se habían establecido rituales y ceremonias impresionantes con el propósito de influir sumisión a los sujetos; los rituales y ceremonias se hacían por medio de danzas, lúgubres canciones, quema de resinas olorosas, sacrificios de animales, todo esto acompañado de un ruido

ensordecedor producido por caracoles, flautas, tambores, y un acompasado golpeteo de palillos de madera dura, y de vestimentas de múltiples colores, también pintando sus caras y cuerpos; el original ceremonial descrito se prolongaba hasta altas horas de la noche, mientras la escena era alumbrada con centenares de humeantes antorchas.

Las prácticas tan elaboradas como las mencionadas, fueron ideadas como una preparación mental para hacer más efectivo el castigo, y más sumisa la obediencia a los jefes y frecuentemente para devolver la salud a los enfermos (Parra, 1984).

En el Talmud, se menciona la hipnosis en relación con ciertas lagartijas, escorpiones y serpientes, y cómo el procedimiento servía para protegerse de los animales venenosos.

Los sacerdotes mexicas practicaban la hipnosis antes de la llegada de Hernán Cortés, esto lo hacían por medio de danzas y ritos para provocar la obediencia (Davis, 1982).

Los antiguos egipcios empleaban la hipnosis para curar empleando los pases magnéticos y la imposición de mano. En los templos de Isis, Osiris y Serapis se practicaba diariamente el hipnotismo. En estos templos, el sacerdote trataba de curar al sujeto por medio de manipulaciones magnéticas o por otros procedimientos que provocaban el sueño (Parra, 1984).

En estos templos se provocaba el sueño hipnótico a los suplicantes que iban a los templos en busca de alivio para sus enfermedades. La imposición de manos se menciona en el papiro de Ebers y, en este sentido, la hipnosis era tanto una experiencia religiosa como un medio curativo (Valdéz, 1994).

En las principales naciones de la antigüedad como la India , Persia, Caldea, Asiria y China, se empleaba el uso de tratamiento hipnótico por medio de toques y pases. Los antiguos griegos tenían templos de salud o sanatorios en donde los enfermos quedaban dormidos y el oráculo les indicaba en sueño lo que habían de hacer para su curación según las instrucciones recibidas en sueños por favor de Esculapio.

Davis, (1982) señala que en el templo de Anfiaro cerca de Tebas, consultaban al oráculo los pacientes que habían recibido por revelación en sueños los remedios de sus enfermedades, después debidamente preparados por los sacerdotes del templo el enfermo se acostaba sobre la piel de un carnero previamente sacrificado y recibía en sueños instrucciones oraculares que los sacerdotes interpretaban después de un día de abstinencia. Cada paciente que consultaba al oráculo de Anfiaro respecto a sus dolencias y quedaba satisfecho de la receta recibida, arrojaba una moneda de oro en la fuente sagrada.

Los primitivos taumaturgos cristianos sanaban a los enfermos, devolvían la vista a los ciegos, el habla a los mudos y el oído a los sordos por la imposición de manos.



Vargas, (1989) refiere que por los mismos medios curaban los emperadores romanos Constantino y Adriano. Los reyes de Francia e Inglaterra curaban por tacto la escrófula, llamada mal del rey. El primer monarca Francés dotado de esta virtud, fue Clodoveo, en el año 481, y en Inglaterra, Eduardo el confesor. Todos los reyes ejercieron este poder terapéutico desde Enrique II hasta el advenimiento de la casa de Brunswick en que cesó. El apego de ésta fue durante el reinado de la reina Ana. En tiempos de Enrique VII, fue costumbre obsequiar a los curados con una medalla de oro que constataban al tesoro no menos de tres mil libras esterlinas al año.

Durante la edad media la práctica de la hipnosis estaba prohibida, y la inducción al trance era considerada como brujería; también la iglesia fue inflexible en tales materias y quienes incurrían en las prácticas profanas estaban expuestos al terrible destino que esperaba a brujos y hechiceros.

Esta etapa parece llegar a su término con la aparición en escena del médico alquimista, Phillipus Aureolus Bosbastus, nacido en Suiza, más conocido en la historia como Paracelsus, tanto para él como para sus partidarios, la gente haciendo honor al oscurantismo etapa de la humanidad en que vivían, se consideró a los alquimistas, como entes peligrosos que probablemente tenían tratos con los demonios. Desde luego hubo también gente que creyó en aquellos hombres que vivían de la medicina y la alquimia, enviados de dios, que no escatimaban en esfuerzos para entender a los humildes sin recibir ninguna retribución (Rhodes, 1960).

Paracelsus (1550), con el magnetismo animal, adquirió gran importancia entre los médicos de la época medieval, quienes “conjuraban con la naturaleza “. En la aplicación de sus medidas curativas empleaban cada vez más los medios naturales de curación. Así empleaban hierbas, productos químicos, solos o combinados con procedimientos hipnosuggestivos, es decir, prescripciones complejas de fórmulas mágicas y ceremonias comunes (Vargas , 1989).

Ya en el siglo XVI, los conocimientos sobre la hipnosis comienzan a ser divulgados, algunos autores comienzan a ocuparse de la magnetización, así, en su tesis de doctorado que presentó en Viena Franz Anton Mesmer en (1766), por inspiración de la física de Newton, sostuvo la opinión de que los cuerpos vivos, en particular en los organismos humanos, están sometidos a la influencia de los astros. De inmediato se puso a practicar la medicina magnética aplicando uno o varios imanes sobre el órgano enfermo. Tras observar que tal aplicación podía desencadenar en el paciente una crisis que entrañaba la desaparición de los síntomas, Mesmer elaboró su tesis del fluido magnético; designaba así la sustancia que, según él, envolvía todas las cosas existentes y formaba el medio en que se influían las unas a las otras. La enfermedad era el resultado de una mala distribución de fluidos en los diferentes órganos; la crisis surgía por el hecho de que, al restablecer la respiración armónica, devolvía por eso mismo la salud.

Pero de inmediato, Mesmer se dio cuenta de que el poder terapéutico no residía en el imán mismo: “observé que la materia magnética es casi los

mismo que el fluido eléctrico y que se propaga igual que éste por cuerpos intermedios. Todo lo que tocaba como pan, la lana, la seda, hasta el grado de que estas sustancias producían en los enfermos los mismos efectos que el imán” (Vargas, 1989 pág. 73).

Así mismo no era el imán si no el terapeuta el que era el principio de la acción curativa. Para dar cuenta de esta influencia específica, irreductible a las leyes del magnetismo ordinario, Mesmer emitió la hipótesis de una fuerza magnética peculiar de los seres animados, que nombró magnetismo animal.

Si, como acabamos de ver, importaba poco la naturaleza del objeto que servía para hacer “pasar” el fluido magnetizado a su enfermo, se podría pensar que la calidad de la relación personal desempeñaba un gran papel. Es esto lo que Mesmer mismo dio a entender claramente en un pasaje del libro en que narra la historia del magnetismo animal. Esto, escribe, “debe transmitirse, en primer lugar, por el sentimiento. El sentimiento es el único que puede hacer inteligible la teoría” (Parra, 1984 pág. 65).

No obstante, el magnetismo animal provocó ardientes discusiones en 1784, las cuales concordaban en que el magnetismo animal era un fenómeno más especulativo que real, lo cual era confundido por los comisionarios quienes podido constatar la existencia de ningún fluido de energía. Se admitía que ciertas manipulaciones habían surtido efectos curativos, pero esto se atribuía a la “imaginación” de los enfermos. Esto era reconocer, sin quererlo, la realidad de la acción psicológica interpersonal. Por otra parte, un informe

redactado por Charles de Villiers, va no obstante más lejos en la elaboración que hoy llamaríamos la relación del objeto. En efecto no atribuye ya ningún papel de fluido y da cuenta de la duración por los sentimientos recíprocos entre magnetizado y magnetizador. Por otra parte, estos últimos términos casi han perdido con él su razón de uso puesto que implícitamente, se ha pasado del magnetismo a la sugestión. (Chertok, 1992).

Braid, (1842) fue el creador del término hipnosis en el sentido moderno, definiéndolo como un estado especial del sistema nervioso determinado por maniobras artificiales. Designó dicho estado con el nombre de neurohipnotismo o sueño nervioso (Vargas, 1989).

Para Braid las relaciones interpersonales no desempeñan ningún papel y en este sentido, su posición no rebasa la de los grandes magnetizadores. Donde éstos veían una acción interpsíquica, Braid no desea ver si no una acción intrapsíquica. Para él, hipnotizador está totalmente aislado de su paciente.

Años más tarde (1887), dos discípulos de Charcot, Benet y Fere, aun reconociéndole a Braid el mérito de haber separado el hipnotismo del magnetismo “como han salido las ciencias fisicoquímicas de las ciencias ocultas”, ponen reservas a su interpretación: “difícilmente se creará”, señalan, “que la personalidad del operador no intervenga para nada en los fenómenos que se desarrollan para él” (Vargas, 1989 pág. 88).

Sucede que, hacia el final de sus días, Braid reconoció que también se podían obtener diversos fenómenos hipnóticos por sugestión verbal. Aun cuando concibió la sugestión en términos de fisiología, abrió también el camino de estudio de la acción psicológica en la relación hipnótica. Añadamos que si los trabajos de Braid encontraron poco eco en su país, los mismos volvieron a atraer la atención de médicos franceses tan celebres como Azam, Broca y Velpeau.

En la mitad del siglo XIX, quien más hizo por rehabilitar la hipnosis, quien la llevó al primer plano al escenario médico, no tan sólo en Francia, sino en el mundo entero fue, sin duda, Jean Martín Charcot (1825-1893). Es en 1878 que el emprende sus famosas experiencias de hipnotismo en la Salpêtrière. Luego de una decena de años, estudió la historia, guiado por la idea de que era una enfermedad como cualquier otra, a pesar de los prejuicios que querían que fuese “demoniaca”. Había constatado que esta enfermedad tenía la peculiaridad de presentarse bajo dos formas que se manifestaba a lado de la histeria naturalmente; el efecto de los pacientes enesteciado letárgico se podían provocar artificialmente los síntomas histéricos. Para que surgieran estos síntomas era preciso, según Charcot, que las mujeres sujetas de los experimentos, estén “bajo el ataque de una diatesis histérica”, esto es que fueran naturalmente histéricas. Los experimentos de la Salpêtrière intentaban descubrir las leyes de la aparición de los síntomas (Chertok, 1992).

Bernheim, consideró que las operaciones de magnetismo no habían activado otra cosa que el sujeto mismo, y que las modificaciones profundas de su sistema nervioso se originaban exclusivamente en él, no siendo el experimentador más que el introductor de las sugerencias que se le indicaban al hipnotizado (Estabrooks, 1981).

Dos colegas de Bernheim fueron los primeros en investigar las relaciones fisiológicas de la sugestión, fue entonces cuando nació la primera escuela de hipnosis en Nancy. Gracias a esto fue posible que la hipnosis entrara definitivamente en la clínica general y neurológica de la universidad como un método oficial de tratamiento.

El éxito de esta escuela, despertó el interés del parisiense, Charcot y sus colegas en Salpêtrière, en oposición a la escuela de Nancy, la escuela pareciese considerado la naturaleza de la hipnosis no como una influencia psíquica ejercida por aquél que induce la sugestión, si no debido a una peculiaridad somática, (física). Esta escuela de Nancy, simplemente trató de sugerir verbalmente al paciente que estaba entrando en hipnosis sin ningún procedimiento técnico y en el desarrollo del método sólo se hacía uso de lo que el maestro decía.

Fue en el año de 1870, en que se produjo esta controversia entre estas escuelas en la Salpêtrière dirigida por Charcot y la de Nancy por Bernheim. El profesor Charcot invoca la existencia del "hipnotismo mayor", dividió en tres etapas bien definidas y que sólo podía provocarse por la estimulación física o neurológica. El profesor Bernheim y sus colaboradores consideraban que la

hipnosis era provocada y totalmente creada por la sugestión, con la que hacían una interpretación demasiado vasta del problema. Eventualmente, las teorías de Charcot, fueron desechadas como falsas por basarse en hechos mal comprendidos, de los cuales se derivaba una interpretación equivocada; por cierto que los resultados estaban basados en una forma de sugestión

Charcot, creía en la existencia real del efecto magnético en la producción de los fenómenos hipnóticos y, en contra de las teorías psicológicas, propuso explicaciones fisiológicas para ello.

A partir de 1878, Charcot se esforzó en describir los síntomas físicos de los distintos estados hipnóticos. Dice que los histéricos evidencian al máximo las manifestaciones de lo que él llamaba el gran hipnotismo (Vargas, 1989).

La histeria es conocida desde la más lejana antigüedad. Se menciona ya en los estudios hipocráticos, se le da el nombre porque se le creía propia de la mujer debido a los movimientos del útero. Según Platón, el útero es un animal que desea ardientemente engendrar hijos; cuando permanece largo tiempo estéril, tras la época de la pubertad, no puede soportarlo se indigna y recorre todo el cuerpo obstruyendo la salida de aire, paralizando la respiración, poniendo al cuerpo en situación de extremo peligro y ocasionando diversas enfermedades (Chauchard, 1971).

Babinsky, reacciona contra las ideas de su maestro Charcot, y señala que todos los síntomas tan extraordinarios presentados por los histéricos sólo

son producto de su sugestión. Es posible, a voluntad, hacerlos aparecer o desaparecer por sugestión, de ahí la responsabilidad del experimentador en su desencadenamiento. Babinsky, terminó considerando a los histéricos como individuos sospechosos, falsos enfermos que se curaban simulando atenderles. Sin llegar a decir que los histéricos son simuladores, por lo menos no siempre, pues su psiquismo les conduce a la simulación espectacular, puede afirmarse que son simuladores inconscientes por autosugestión, mitómanos y enfermos de la imaginación que contabulan con su cuerpo. La histeria es un problema psicológico que revela ciertas manifestaciones en el comportamiento del humano; no debe olvidarse su estudio, del mismo modo que no pueden considerarse como inexistentes los fenómenos del hipnotismo como el pretexto de que todo cuanto ha sido referido, no es serio (Chauchard, 1971).

Breuer, había experimentado con la hipnosis en un tratamiento de algunos trastornos nerviosos. Tenía entre sus enfermos a una muchacha de veintiún años, a la que atendió de 1880 a 1882, Breuer hizo un descubrimiento fundamental durante el tratamiento hipnótico de la joven, Ana O., quien padecía diversas manifestaciones histéricas. Pese a las insistentes sugestiones hipnóticas los síntomas seguían agravándose.

En estas circunstancias, Breuer observó en forma casual que el permitirle a la joven hablar libremente de sus síntomas en estado hipnótico, sobrevenía una intensa descarga emocional seguida de un olvido notable en sus padecimientos. Estos hechos hicieron pensar a Breuer que la curación de



los síntomas se debía a que la escena casual, con su emoción concomitante, había sido revividas en estado hipnótico. Consecuentemente buscó hallar detrás de todo síntoma de Ana una causa semejante. En estado hipnótico la estimuló a expresarse sobre cada padecimiento en particular, buscando la causa inicial del mismo. Observó que sólo cuando esta causa era

recuperada, el síntoma en cuestión desaparecía. No siempre el proceso era sencillo y directo. Así buscando la causa por la cual Ana no podía oír que una persona entrara en la habitación la joven reveló más de cien situaciones hasta llegar a la primera, que estaba referida a sus padres y sólo entonces se borró el síntoma. Su sordera resultó ser la consecuencia del deseo de eliminar el sonido que producía su padre al toser. Diversos síntomas visuales mostraron relación con experiencias, también visuales, referidas a la enfermedad del padre. En esta forma su abigarrada colección de síntomas fue disipándose definitivamente. La labor de Breuer con Ana significó un avance considerable para la evolución de la hipnosis médica. Desde ese momento, la terapéutica hipnótica pasó de una acción dirigida puramente sobre los síntomas a un enfoque etimológico, aclarando al mismo tiempo muchos de lo psicodinamismo de la histeria (Lerner, 1964).

Freud había estudiado con Charcot y Bernheim, trabajó también con Breuer y en colaboración con éste publicó en 1895 un libro: ESTUDIOS SOBRE LA HISTERIA, en él que expone ampliamente el fenómeno descubierto por Breuer y se desarrolla la técnica para curar las afecciones histéricas. El método procuraba la descarga o catarsis de las emociones

asociadas con la imágenes deprimidas (causa de la enfermedad) y por ello se lo llamó catártico.

Casi simultáneamente Janet en Francia elaboraba su técnica de liberar emociones estranguladas asociadas con memorias traumáticas, basándose particularmente en la hipnosis. En esta época la intervención de Freud imprimió a la hipnosis médica un rumbo diferente como lo señala en su descripción del caso de Lucy R., como siempre le era posible obtener un estado hipnótico lo suficientemente profundo para producir la catarsis. Al respecto escribe: “cuando en 1889, visité las clínicas de Nancy, oí decir al doctor Liebault, gran maestro de la hipnosis: < Si dispusiésemos del medio de sumir en un estado de sonambulismo a todos los sujetos, la terapia hipnótica sería la más poderosa de todas >. En la clínica de Bernheim parecía casi existir un tal arte y ser posible entenderlo de su director, pero en cuanto quise ejercerla con mis propios enfermos, observé que, por lo menos, para mis fuerzas, existían en este campo estrechos límites y que cuando a las dos o más tentativas de hipnotizar a un paciente no llegaba a conseguirlo, podía ya renunciar en absoluto a utilizar con él dicho medio terapéutico” (Obras Completas, 1992 pág. 56).

“Freud vio cierta vez a Bernheim obtener de una joven en vigilia la recuperación de hechos olvidados por amnesia posthipnótica. En esa ocasión la joven negaba recordar lo sucedido en estado hipnótico: sin embargo, estando ya despierta, Bernheim consiguió que recuperara el recuerdo de esos hechos mediante insistentes repeticiones y diciéndole que al tocar su frente

recordaría todo, lo que así sucedió. Dicho proceso fue el que Freud, en función de su escaso éxito como hipnotizador, el cual manifestó en su paciente, Lucy, donde observó que la paciente comunicaba despiertas toda clase de ideas aparecidas en su conciencia, mientras Freud mantenía su mano sobre la frente de la enferma. Estas ideas mostraron relaciones con los síntomas, permitiendo a Freud comprender los mecanismos psicogénicos de la afección. Además, consideró que lo esencial del proceso patológico era la intensidad de su fuerza represiva que mantenía las representaciones traumáticas alejadas de la conciencia. En vista de que la hipnosis no le permitía superar esas fuerzas represivas dedujo que éstas eran invulnerables al sondeo hipnótico y sustituyó el método catártico, en la hipnosis, por la libre asociación de ideas en estado de vigilia; a ello se agregó después el análisis de los sueños y de los efectos fallidos más el estudio de la transferencia. Esta última consistía en la proyección de la dinámica psíquica inconsciente del sujeto” (Lerner, 1964 pág. 22).

Freud practicó durante algún tiempo la hipnosis con sus pacientes, pero se desilusionó al no lograr inducir un trance lo bastante profundo en muchos de sus pacientes por lo que posteriormente la rechazó implantando su método de asociación libre de psicoanálisis. El descubrimiento de Freud fue uno de los más importantes de la historia de la humanidad, anuló e hizo olvidar durante algún tiempo la práctica de la hipnosis.

Por otra parte Chertok (1992) menciona que después de la Primera Guerra Mundial, en Alemania y Australia se trató de utilizar la hipnosis en

más vasta escala, sobre todo en obstetricia. Esta tendencia se debía en parte, a una relación contra los prejuicios de la analgesia medicamentosa obtenida con la ayuda de opiáceos (morfina, escopolamina). Durante este periodo las técnicas se diversificaron: utilización de la hipnosis durante el parto o sólo durante la fase de preparación; empleo durante la sugestión hipnótica en combinación con medicamentos; utilización de la sugestión en estado de vigilia, etcétera.

De acuerdo con Parra (1984) y Hilgard y Hilgard (1990), después de la segunda Guerra Mundial y de la Guerra de Corea, vino un nuevo resurgimiento. La psiquiatría estaba más avanzada que al término de la Primera Guerra Mundial y muchos psiquiatras hallaron ventajas en la hipnoterapia al lograr resultados más rápidos que con otros métodos. Por su parte, los odontólogos descubrieron que podía valerse de la hipnosis cuando no disponían de su dotación normal de anestésicos locales.

Así mismo los psicólogos clínicos también descubrieron la utilidad de la hipnosis en su desempeño. Una vez terminada la guerra se establecieron asociaciones referentes a la hipnosis clínica experimental.

A partir de estos momentos, la hipnosis se renueva constantemente, se crean cursos, centros de experimentación, escuelas y asociaciones; se dictan conferencias, se editan libros, revistas, y un gran número de películas y filmaciones de televisión. Todo este clima ayuda sin duda a crear un inusitado interés por la hipnosis.

En 1958, un grupo de jóvenes médicos y odontólogos mexicanos interesados en la hipnosis invitaron a un médico cubano a impartir cursos sobre hipnosis médica. Estos cursos dejaron la semilla para que se creara, entre otras, la Sociedad de Hipnosis Médica, de la cual formaron parte cirujanos dentistas, médicos, psicólogos y psiquiatras.

En 1959, durante el congreso Médico Panamericano realizado en México, se creó la sección de Hipnosis Médica. El 31 de agosto de ese año, durante dicho congreso se realizó la promesa intervención quirúrgica (una apandicectomía) sin anestesia. En su lugar se empleó la hipnosis. Intervinieron el cirujano y ginecólogo español Juan Alejandro Tero, el cirujano pediatra Felipe Cacho y el cirujano dentista Roberto Villegas Malda, quien fue hipnólogo y de quien era paciente la mujer intervenida. Como medida preventiva, estuvo presente el anesthesiólogo Guillermo de Ovando. Si embargo, no fue necesaria su intervención gracias a que la hipnosis surtió efecto.

El doctor Roberto Villegas Malda, profesor de la facultad de odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, psicoterapeuta y fundador de la sociedad Mexicana de Psicoprofilaxis y Obstetricia, explica que la hipnosis es una herramienta más de la medicina para la lucha contra el dolor y un auxiliar en el control del sangrado en cirugías menores de los movimientos peristálticos y de la náuseas que se presentan como efecto reflejo de una broncoscopia. La pediatría también se sirve de la hipnosis para, por ejemplo, convencer a los niños de que tomen sus medicamentos.

Sin embargo, la hipnosis no sustituye la anestesia; es sólo una herramienta más en determinadas situaciones y personas, una herramienta que emplea la significación de la palabra. El profesor Villegas Malda sigue impartiendo cursos de hipnosis médica en la facultad de Odontología de la U.N.A.M.

Como se puede apreciar, a través de los años el fenómeno de la hipnosis ha ido evolucionando con sus explicaciones científicas, que hoy en la actualidad más profesionales retoman este fenómeno que resulta de gran utilidad como instrumento terapéutico.

## ***HIPNOSIS***

### ***2.1 Definición de hipnosis***

Durante mucho tiempo la hipnosis ha sido considerada como algo mágico o irreal. La difusión distorsionada de la hipnosis ha dado como resultado de un método de sometimiento en el que el poder absoluto lo tiene el hipnotizador sin que el hipnotizado pueda evitarlo.

Sin embargo, a medida que transcurren los años, estos mitos han ido desapareciendo con la ayuda de algunos investigadores formales que han logrado desarrollar un enfoque más científico sobre el fenómeno hipnótico y encausarla también como una herramienta terapéutica.

Siendo el tema de la hipnosis tan controvertido en este capítulo se analiza la trayectoria que ha tenido desde sus inicios hasta la actualidad, dado que el tema principal del presente trabajo es la aplicación de la hipnosis, de esta manera será posible entender cómo una técnica puede tener las bases científicas suficientes para analizar el tratamiento del dolor.

A lo largo de los años, han circulado aun serie de mitos sobre la hipnosis, algunos de los cuales están totalmente asimilados en las creencias de las personas e incluso en algunos profesionales. Aún en la actualidad, el

problema de definir o darle una explicación a la hipnosis a causado grandes controversias entre distintos autores, algunas de las definiciones corresponden a:

Vargas (1989), hace referencia de que la hipnosis es un estado de sueño inducido, provocado por métodos sencillos y durante el cual la persona es insensible a su ambiente. Esa persona, sin embargo esta bajo “control” del hipnotizador, que puede mediante órdenes, dirigir muchos de sus pensamientos y conductas.

Estrabrooks (1981), indica que si observamos el fenómeno de la hipnosis, llaman la atención tres aspectos principales:

1.- El sujeto parece estar en un estado alterado de la conciencia o del conocimiento y tener a su disposición, materia que, de otro modo, sería para él inobtenible.

2.- El sujeto manifiesta poseer una notable capacidad para sufrir alteraciones de la percepción y de la memoria, en armonía con la sugestión que le hace el hipnotizador, aún cuando estén en completa oposición con la realidad.

3.- El sujeto, evidentemente, pierde la facultad de actuar voluntariamente y responde de acuerdo con las peticiones del hipnotizador. Los deseos de este último parecen convertirse en lo más importante para el sujeto, una vez que el trance hipnótico queda establecido, y continúa



siéndolo, aún después que termina éste. De tal modo que, los sujetos ejecutarán instrucciones posthipnoticas.

Janet, (1924, en: Rogers, 1981), cree que la hipnosis consiste en la formación de una “conciencia disociada”, con una actividad y memoria propia, que ocuparía accidentalmente el puesto de la conciencia normal. Esta hipótesis se basa en la confirmación de la amnesia posthipnótica y del automatismo que se observa en la hipnosis. Janet, considera el automatismo psicológico como forma elemental de sensibilidad y de conciencia, parte fundamental de toda psique normal, oponiéndose a la actividad psíquica de la plena conciencia crítica.

Weitzenhoffer (1967), define la hipnosis, desde dos puntos de vista: Descriptivo y Operacional.

Descriptivo: la hipnosis es un estado de hipersugestionabilidad selectiva desarrollada de un sujeto, por medio de ciertos movimientos psicológicos y físicos, hechos sobre este sujeto por otra persona, hipnotista o hipnotizador.

Comenta el autor que aunque la hipersugestionabilidad es una característica básica de la hipnosis, no deben negarse elementos característicos y fundamentales de este estado.

Operacional: La hipnosis es una condición de la hipersugestionabilidad específicamente desarrollada mediante la combinación y secuencia de la

fijación de la vista, sobre un pequeño elemento objetivo, y de sugerencias de relajamiento, de sensaciones de sueño, de cierre de los ojos, y por último de sueño propiamente dicho.

Se puede observar en las definiciones anteriores, que el común denominador es la hipersugestionabilidad impregnada de aspectos físicos y psicológicos.

Tordjam (1978), argumenta que al tratar de definir el fenómeno de la hipnosis se generan los mismos problemas que cuando se quieren definir el sueño o estado de vigilia; se puede caracterizar por algunos signos físicos o psíquicos pero en realidad nadie ha podido aún describir su íntima esencia. Tordjam, reporta que otros autores como Bernheim y Mason han definido a la hipnosis como “un estado temporal donde la atención se modifica. Y donde la característica principal es la sugestionabilidad acrecentada, estribando aquí la diferencia como un estado de vigilia” pág. 45. 67.

Bartlett (1966), define la hipnosis como “el control de la entrada de la información que propone el control de la conducta” pág. 89.

Para Pavlov, la hipnosis es un sueño parcial inducido por un reflejo condicionado, en el estímulo inicial se ubica en la infancia cuando la madre acuna al niño en un sueño con sus cantos. Y en la hipnosis, el hipnotizador tiene el papel material 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.

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 (citado en Tordjam, 1978).

Kaplan (1988), la describe como una forma de atención caracterizada por la concentración focal receptiva y atenta con reducida vigilancia periférica. Toda hipnosis es esencialmente, autohipnosis, pero cuando una persona permite que ésta forma de concentración sea estructurada por otra persona, la experiencia hipnótica se caracteriza también por una relación interpersonal intensa y sensible entre ambas, como una relativa suspensión del juicio crítico. Esta intensa concentración puede ser iniciada y estructurada activamente para la concentración de fines acordados.

Hawkins (1992) considera que la hipnosis es una transformación de la atención que puede ocurrir en unos cuantos segundos, ya sea dirigida por un especialista o provocarse espontáneamente.

Las definiciones pueden incluir, o ser seguidas por, una descripción de fenómenos de los cuales algunos pueden estar asociados con o pueden seguir a un estado hipnótico manifiesto.

Augus V. R. (1976) en Vargas (1989), da la siguiente clasificación:

1.- Alteraciones de las respuestas emocionales:

a) Rapport

b) Sugestionabilidad

## 2.- Alteraciones de las respuestas mentales:

- a) La memoria puede mejorar o disminuir hasta la amnesia total.
- b) El razonamiento puede estar alterado (puede provocarse alucinaciones, ilusiones y ensoñaciones).
- c) La sensibilidad puede estar alterada (puede provocarse anestesia, parecia e hiperestesia).

## 3.- Alteraciones de la función automática:

- a) Alteraciones Vasomotoras.
- b) Función endocrina reducida o estimulada.

## 4.- Alteraciones de las respuestas motoras:

- a) Distinta velocidad en la fuerza de la respuesta.
- b) Variabilidad en la fuerza de la respuesta.
- c) Falta de respuesta (catalepsia).

Es evidente que no se dispone de una definición que determine todos los aspectos de la hipnosis, sin embargo, el conocimiento de estas definiciones nos acerca más a una comprensión amplia de lo que significa la hipnosis.

## 2.2 *Mitos sobre la hipnosis*

A lo largo de la trayectoria de la hipnosis muchos han sido los mitos y tabúes que se han manejado acerca de lo que es el estado hipnótico como son los siguientes:

- La hipnosis implica una pérdida de la conciencia y es una forma de sueño. La asociación que se ha desarrollado entre hipnosis y sueño no es muy afortunada. La gente a menudo espera, o teme encontrarse en un estado inconsciente durante la hipnosis. Sin embargo, la hipnosis no es un fenómeno de sueño. Los individuos no pierden la conciencia y no se duermen cuando se está en un trance. Si acaso, se mejora la concentración y se localiza de una manera poco usual.

- La hipnosis implica una reducción de la voluntad y, por consiguiente, el sujeto se halla bajo el control del hipnotizador. Al final, toda hipnosis es autohipnosis. Los individuos se dejan introducir en un trance por que así lo desean. La hipnosis no puede inducirse sin la colaboración del sujeto.

- Los individuos crédulos y los tontos, así como las mujeres, se hipnotizan más fácilmente. No hay diferencia ni sexo en la hipnotización. Si acaso, la capacidad para el trance requiere un individuo que confie y que se abra a nuevas experiencias. Hay una correlación ligeramente positiva entre la inteligencia y la hipnotizabilidad, en vez de suceder al contrario.

- La hipnosis puede utilizarse para que la gente haga o diga cosas que normalmente ni haría. Los individuos participan activamente en su propia conducta de trance y, por consiguiente, no puede obligárseles a hacer o decir nada. El hipnotizador sólo les anima para que se comporten de determinadas maneras.

- La hipnosis es peligrosa. Lo mismo que sucede con cualquier técnica poderosa, el uso de la hipnosis puede ocasionalmente tener consecuencias imprevistas. Por esta causa, sólo la deberían utilizar profesionales cualificados. Sin embargo, no es más peligrosa que las mayoría de las formas de tratamiento psicológico, cuando se emplea eficazmente.

- Los hipnotizadores debe ser enérgicos, carismáticos o misteriosos. “ La conducta de algunos hipnotizadores puede haber contribuido a este mito”. Sin embargo, puesto que toda la hipnosis es autohipnosis, resulta que las características del sujeto son más importantes que las características del hipnotizador.

- La hipnosis sólo ocurre cuando se utiliza formalmente. Aunque a la gente le son más familiares los trances formales, hay sucesos diarios que son de naturaleza hipnótica. Por ejemplo, algunos individuos están tan completamente absortos en una actividad, que pierden la noción del tiempo (distorsión del tiempo) o no se dan cuenta de los estímulos externos; el término “hipnosis de la carretera” se refiere a la persona que viaja en automóvil de un lugar a otro sin darse cuenta del itinerario. Los

hipnoterapeutas ericksonianos, en especial, utilizan a menudo los trances informales.

- La hipnosis es terapia. “incluso muchos profesionales creen esto”. Sin embargo, como se ha señalado antes, la hipnosis es una técnica específica para ser usada sólo dentro del contexto de la práctica profesional. Aunque casi todo el mundo puede inducir un trance, sólo un profesional cualificado puede emplear la conducta de trance para solucionar problemas clínicos.

- La gente no puede hablar cuando esta en trance ni puede recordar lo que pasó una vez que ya está fuera del trance. El trance es una experiencia muy individual. Algunas personas tienen realmente amnesia espontánea para cualquier cosa que diga el hipnotizador durante el trance, mientras que otros recuerdan todo (o unas cuantas cosas) con mucha exactitud. De igual manera, es muy frecuente que los individuos hablen mientras están en trance, especialmente si el hipnotizador les dice que lo hagan (Caballo, 1991).

Finalmente, es importante señalar que deben aclararse todas las dudas por mínimas que sean, exponiéndolas con mayor claridad, así mismo ejemplificando y de esta manera será más fácil su comprensión de la hipnosis.

### ***2.3 Teorías de la hipnosis***

Existen diversas explicaciones teóricas del estado hipnótico. Cada una de ellas trata de explicar el fenómeno desde su punto de vista, haciendo énfasis en determinados efectos, pero descuidando otros. Estas pueden dividirse en dos categorías principales, las fisiológicas y psicológicas.

#### ***- La teoría de los reflejos condicionados***

Según Portuondo (1974), Pavlov relaciona la hipnosis con un estado de inhibición parcial de la corteza cerebral, y al sueño natural, con el estado de inhibición más general extendiendo a toda la corteza hasta los centros subcorticales.

El hecho hipnótico está basado en los reflejos condicionados, siendo las palabras las señaladas que producen reacciones. Así, cada palabra y grupos de palabras pueden ser condicionadas con algún estímulo y de diversas maneras.



En otras palabras, Hartland (1974) señala que: “en estos términos, se considera que la hipnosis es un estado psicológico producido por un condicionamiento de toda la vida, en el cuerpo del cual ciertas palabras tienden a actuar como la campana de Pavlov para causar efectos debidos a una larga asociación. Por ejemplo, cuando se menciona a un sujeto la palabra sueño, este la asocia de inmediato con sensaciones de cansancio, pesadez y somnolencia”.

### ***- La teoría de la sugestión***

Los principales defensores de esta teoría eran Liébeault y el doctor Bernheim, quienes siempre pensaron que todo el fenómeno hipnótico era causado por las sugestión, por lo que estimaban que la hipnosis se debe exclusivamente a factores capaces de sugestionar al sujeto. De esta forma, consideraban que aun mayor prestigio del hipnólogo, mayor capacidad de influencia sugestiva en el sujeto. Por lo tanto el hipnólogo debía cuidar en todo momento sus palabras, gestos, ademanes y en definitiva su actuación ante el sujeto (Van Pelt, 1963).

Asimismo, Tordjam (1981) señala que autores como Mason o Bernheim, han definido la hipnosis “como un estado temporal de atención modificada, cuya característica esencial es una acrecentada sugestionabilidad”. pág. 42

Hartland (1974), menciona que en la hipnosis la sugestión se emplea en forma deliberada y desapasionada, y ejerce un efecto mucho mayor que en el estado de vigilia. Incluso en la vida diaria, la mayoría de las personas tienen autoridad, y esta tendencia se exagera en el estado hipnótico. Esa es una de las razones del porqué las sugerencias ejercen tan profundo efecto durante la hipnosis.

### *- La teoría psicoanalítica*

Tordjam (1981), considera que para Freud, al reactivar el hipnotizado su complejo de Edipo, transfiere al operador, investido de una función parental, una actividad de amor, de obediencia y de sumisión.

Hartland (1974), afirma que para Freud la susceptibilidad del sujeto hipnótico era debida a un deseo inconsciente de gratificación libidinosa por su parte, y señalaba la semejanza de la hipnosis el estado de estar enamorado. De acuerdo con esta teoría, existe una relación erótica entre el hipnotizador y su sujeto, que por lo general no se permite que llegue demasiado lejos.

Asimismo, Portuondo (1974), afirma que el estado hipnótico, además de su carácter placenteramente regresivo hacia aquella etapa de la primera

infancia, en donde se nos suministra afecto y seguridad sin tener que esforzarnos, también conlleva permiso y autorización (del hipnotizador, representante de los padres) aquellos efectos y deseos prohibidos (reprimidos) sin sentirse recriminados.

### **- La teoría de la disociación**

Esta teoría fue originalmente formulada por Pierre Janet, para quien la hipnosis era una disociación mental en la que se dividirían las diversas zonas cerebrales, las cuales se separarían y así cada hemisferio actuaría independientemente del otro (Parra, 1984).

Hartland (1974), señala que Pierre Janet creía en la estrecha relación entre la histeria y la hipnosis, llegando a la conclusión de la mente en dos partes y que la hipnosis representaba el mismo proceso disociativo, inducido en forma artificial.

Este concepto de la división de la conciencia ha probado ser muy valioso, y ha entrado en el campo de la medicina con el término técnico de disociación. Durante muchos años, esta teoría de la disociación se consideró ser la clave de la hipnosis, sosteniéndose que la profundidad de esta etapa relacionada directamente con el grado de disociación logrado.

### ***- La teoría patológica de Charcot***

Propuesta por Charcot, esta teoría supone que la hipnosis era una condición patológica similar a la histeria, y que era producto de una constitución nerviosa anormal. Se creía que sólo los histéricos eran hipnotizables; esta hipótesis fue desacreditada por el hecho de que por lo menos el 90% de las personas pueden ser hipnotizadas y, por el contrario, suele ser muy difícil hipnotizar a una persona histérica (Moss, 1961).

### ***- La teoría de la regresión***

Ferenczi, en su examen psicoanalítico de la hipnosis, la considera como un estado de regresión a la reacción infantil entre hijo y padres. Supone que el operador asume el papel de uno de los progenitores del sujeto, adquiriendo el prestigio y autoridad de estos familiares, lo que lo pondrá en condiciones de hipnotizarlo con mayor facilidad. Sin embargo, la evidencia empírica no apoya esta afirmación, ya que un sujeto que tuvo un padre autoritario se hipnotizaría fácilmente con una técnica autoritaria, y por el contrario, si fuese cariñoso, con una técnica permisiva. Esta teoría pasa por alto el hecho de que los niños no obedecen en forma automática a las peticiones de sus padres. Además de que no explica la autohipnosis y la hipnosis por medios mecánicos (Lerner, 1964).

### ***- La teoría física***

Estas teorías suponen que la hipnosis es un fenómeno puramente físico que va acompañado de cambios bioquímicos o eléctricos en la corteza cerebral y en el sistema nervioso central. A pesar del hecho de que se afirma que pueden detectarse y medirse tales cambios, existe poca evidencia de que en realidad ocurra.

### ***- La teoría del sueño modificado***

Hartland (1974), menciona que “se ha sugerido con frecuencia que la hipnosis es una clase de sueño modificado, pero en realidad no es probable que sea cierto. En el sueño natural, queda suspendido totalmente el conocimiento o la conciencia, en tanto que en la hipnosis está decididamente presente, sin importar la profundidad que sea. También se ha encontrado que las estimaciones fisiológicas practicadas en los estados no establecen la más ligera semejanza. En el sueño natural, por lo general, se registra un descenso de la presión arterial, una disminución del ritmo cardiaco, una reducción en la secreción urinaria y la disminución o cesación de ciertos reflejos, lo cual puede medirse con precisión. En el sueño hipnótico, no importa lo mucho que se mantenga el trance, no se presenta ninguna de estas diferencias, y la química sanguínea permanece sin alteración.

Otra prueba de que la hipnosis y el sueño están lejos de ser idénticos se encuentra en el hecho de que cualquier condición puede cambiar a la otra. Es posible murmurar muy quedo sugerencias, una y otra vez, a una persona con un sueño natural, hasta que principie a responder a la sugestión de que levantará el brazo sin despertar. Si cumple con esta sugestión, ha pasado del estado de sueño al estado de hipnosis. A la inversa, en ocasiones un sujeto puede pasar del estado hipnótico al sueño normal. Se ha sabido de que esto ocurre como medio de evitar la necesidad de obedecer a una sugestión que el sujeto ha encontrado objetable” (pág. 150).

### ***- Teoría de desempeñar un papel***

R. W. White llegó a la conclusión según Hartland (1974), de que la hipnosis debería ser considerada como un esfuerzo intencionado dirigido a un fin, siendo su objetivo más general de comportarse igual que una persona hipnotizada, ya que esto está determinado por el operador y comprendido por el sujeto. Esta teoría sugiere y aclara por completo al sujeto, todo, lo que se espera que haga y, debido al vínculo existente, parece que se esfuerza por desempeñar el papel que hemos delineado.

Su motivo dominante parece ser la sumisión a las órdenes del operador.

### **- Teoría de la motivación de Dorcus-White**

La conducta durante la hipnosis sería una representación de lo que el sujeto entiende por “situación típicamente hipnótica”, en la cual el sujeto en hipnosis es concebido como un actor que desempeña el papel de “hipnotizador” y en la actualidad fundamental sería la “sumisión” a las órdenes del operador (Lerner, 1964).

### **- Teoría psicogenética de Camino Galicia**

En esta teoría se concibe la conciencia de la psique de dos principios primordiales y antagónicos que funcionan en equilibrio dinámico; consciente e inconsciente.

Al primero la llama también principio activo o masculino identificándolo con el concepto de espíritu. Este principio activo, consciente-masculino, preside las tendencias hacia el progreso, la acción y la actividad racional de la mente.

El principio pasivo, subconsciente, femenino, corresponde al concepto denominado alma. Este principio se divide en dos niveles:

a) Superficial. Alberga los complejos psicológicos reprimidos derivados de la experiencia individual; opiniones, sentimientos y deseos postergados en el inconsciente para su uso ulterior; complejos inhibidos por la censura del yo que se descarga en los sueños, éxtasis, etcétera.

b) Profundo. Este nivel del principio femenino contiene los institutos más elementales y primitivos heredados (conservación, reproducción, poderío, etcétera), complejos emergentes de cualidades temperamentales, etcétera (Lerner 1964).

### *- Teoría atávica*

Esta teoría sostiene que el mecanismo hipnótico básico es una regresión catártica, entendida como “una vuelta a la actividad de remotos antecesores, antes que una actividad infantil”. Se apoya en el criterio que considera el pensamiento lógico y la evaluación crítica como adquisiciones filogenéticas recientes frente a la sugestión, a la cual concibe como un mecanismo mental primitivo y excluye la interpretación del juicio crítico (Idem ).



### *- Teoría de la emoción intensificada*

En esta teoría se considera que al estado hipnótico en un sentido más amplio no es más que una condición emocional de esta manera se hace hincapié en el hecho de que toda emoción que alcanza un cierto nivel de intensidad ocasiona determinadas peculiaridades psicofisiológicas que a su vez provocan ciertos fenómenos de conducta. Estos fenómenos son correlacionados con los fenómenos de la hipnosis, siendo independientes de si la emoción es espontánea o deliberadamente provocada y difiriendo tales fenómenos según la clase de emoción, las circunstancias en que aparecen, la intensidad del estado emocional, los rasgos personales, etcétera (Lerner, 1964).

A lo largo de los años han existido varias teorías que han tratado de explicar el fenómeno de la hipnosis aunque no en su totalidad, pero resulta evidente que las aportaciones que cada una de estas teorías señalan ayudan a comprender más ampliamente la hipnosis.

## ***FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA HIPNÓTICA***

A medida que se ha profundizado en el estudio del fenómeno de la hipnosis, ha sido posible determinar algunos factores que permiten incrementar la probabilidad para que se dé el éxito dentro de la práctica hipnótica un factor fundamental es la relajación muscular.

### ***3.1 Relajación***

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 como un hombre presa del miedo se arrojaba por una ventana.

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

Tiempo después, encontró que cuando el sujeto permanecía relajado, la presencia de algún ruido inesperado no lo perturbaba en lo absoluto. Asimismo 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 (Jacobson, 1977).

La evolución de la técnica de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación como procedimiento válido de intervención psicológica, se han debido en gran medida al fuerte impulso que recibieron dentro de la terapia y modificación de la conducta, al ser considerada como parte integrante de otras técnicas. Este impulso inicial se vio reforzado por el lugar relevante que continuaron teniendo en los ámbitos de aplicación más recientes de la medicina conductual y la psicología de la salud (Durand, 1992).

Aunque se ha definido a la relajación exclusivamente a su correlato fisiológico, la relajación, en sentido estricto, constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde los fisiólogos y psicólogos no son simples correlatos uno de otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causas y como producto. De ahí que cualquier definición de la relajación tengan referencias a sus componentes fisiológicos (patrón recurrido de activación somática y automática), subjetivos (informes verbales de tranquilidad y sosiego) y conductuales (estado de esencia motora), así como a sus posibles vías de interacción e influencia (Caballo, 1991).

Otro concepto dado a la relajación es el de Lerner (1964), donde señala que la comprensión de los mecanismos implicados en los estados de atención

y relajación psicosomática es de fundamental importancia para la correcta producción de la hipnosis y su empleo terapéutico.

Por otra parte menciona que la relajación presenta cierto tono muscular que no sólo le permite mantener su postura sino que además por vía interno y propioceptiva le informa de su ubicación espacial. Simultáneamente, ese tono participa del proceso consciente de situarse en el tiempo y percibir los límites de su Yo. En síntesis, el tono muscular durante la vigilia provee al sujeto de una base amplia para su ubicación témporo-espacial, o sea su conexión consciente con la realidad. A medida que el proceso inductivo avanza, se va produciendo una relajación general en la hipnosis “positiva”, que al disminuir el tono postular va borrando la información interno y propioceptiva que ubica al yo. La conexión con la realidad de vigilia se transforma. El Yo va percibiendo una disolución de sus límites (“vivencia oceánica” de Freud) y al mismo tiempo su sentido del tiempo y el espacio se va distorsionando.

Los métodos de relajación, cualesquiera que sean, apuntan exactamente al trabajo contrario: su fin es procurar una sensación de bienestar en el cuerpo, un buen funcionamiento en los principales órganos, una armonía fisiológica general. A estas sensaciones físicas, se asocian imágenes de euforia, de seguridad y de emociones agradables.

El entrenamiento para la relajación constituye así una recuperación muy específica de lo que se llama la imagen del cuerpo del sujeto. Así el cuerpo puede ser aprehendido nuevamente en su coherencia y en su plenitud recuperada. Es cuando lo inefable del proceso patológico irrumpe en la

corporeidad, su coherencia quebrantada y el reencuentro con ésta, está en el primer plano del ser enfermo. Este sentimiento de coherencia sobreentiende que debe ser preservado en todo momento.

Aunque la relajación no es un factor determinante para que se presente el trance hipnótico, Jacobson descubrió que ruidos fuertes y extraños provocan sobre salto o simplemente no se pone atención en las indicaciones del hipnólogo, pero a través de ir relajando a la persona haciéndole sentir bien donde se observa que el sujeto entra en un estado de relajación profundo que éste a su vez conduce a un estado hipnótico favorecedor.

### ***3.2 Susceptibilidad***

Hartland (1974), afirma que es muy posible que la mayoría de las personas sean hipnotizables por alguien, y que en términos generales, el 90% de la población puede ser inducida al estado hipnótico por cualquier hipnotizador individual, siempre que el sujeto esté dispuesto. El hecho de que el 10% restante no responda, no quiere decir que no sea hipnotizable. Es posible que algún otro hipnotizador puede tener éxito con ellos.

Por su parte Moss (1961), Lerner (1964) y Portuondo (1974) señalan que las estadísticas al respecto, varían bastante de un autor a otro dando la impresión, algunas veces, de que los autores exageran un poco los números a

su favor. Sin embargo, en sus estadísticas personales se aprecian las siguientes cifras:

Sujeto no hipnotizable	5%
Sujeto hipnotizable en trance ligero	35%
Sujeto hipnotizable en trance medio	35%
Sujeto hipnotizable en trance profundo	25%

De ellos el 75% son hipnotizables en la primera sesión y dentro de los primeros 10 minutos de la misma.

Existen diversas opiniones acerca de las características que se pueden observar en los sujetos susceptibles. Según Hartland (1974) los niños, los adolescentes, los miembros de las fuerzas armadas, las enfermeras, los actores y las actrices, por lo general son excelentes sujetos. Esto se debe en gran parte a que su entrenamiento los ha acostumbrado a aceptar instrucciones sin replica. Por otra parte, las personas de mente analítica, que casi invariablemente tratan de averiguar los porqués y las causas de lo que está sucediendo, no es probable que sean buenos sujetos. Tampoco lo son las personas nerviosas o inquietas, los retardados mentales y rara vez es posible o incluso provechoso hipnotizar a sujetos que presentan trastornos severos de la personalidad.

Estabrooks (1981) señala una serie de condiciones que pueden estar presentes a lo largo del desarrollo del sujeto, las cuales, es posible que puedan producir el tipo de persona susceptible a la hipnosis. Tales condiciones son las siguientes:

a) La relación amorosa entre padre e hijo, en que el padre da al niño una sensación de calor y aceptación, que lleva a lo que Erickson llama "confianza básica".

b) Las relaciones disciplinarias que implican una disciplina firme, consecuente, amorosa, bien orientada y no ordinariamente rigurosa.

c) Una conformidad con la autoridad sin desafío hostil.

d) Un estímulo de los adultos a la fantasía, con experiencias imaginarias bien diferenciadas a la realidad.

e) Perturbaciones en las relaciones durante la vida temprana que ocasionen dependencia.

Asimismo, señala que un individuo que puede ser líder lo mismo que adherente y que por lo tanto puede brindar cooperación o recibirla, puede considerarse un sujeto susceptible a la hipnosis.

Por último, Hilgard y Hilgard (1990) afirman que la susceptibilidad a la hipnosis en adultos jóvenes, es una característica estable de la personalidad,

independientemente de las cualidades personales del hipnotizador y del método de la inducción que se utilice; lo cual resulta contrastante con el punto de vista de Hilgard antes mencionado, en el sentido de que un sujeto no ha respondido a la hipnosis con un hipnotizador, puede responder con otro.

Como se puede ver la susceptibilidad es un factor determinante para la entrada al estado hipnótico aunque existen muchas pruebas para calificar los grados de susceptibilidad de la sugestión. La manera en que el sujeto responda positivamente no implica forzosamente que sean capaces de entrar en un estado hipnótico. Estos dependen de otros aspectos importantes: como rapport, disposición, personalidad y capacidad del sujeto.

### ***3.2.1 Factores que influyen en la susceptibilidad a la hipnosis***

Por lo general las personas inteligentes y con fuerte motivación, debido a su facultad de concentración, son los mejores sujetos hipnóticos. En cambio, los retardados mentales, personas seniles, psicóticos y niños muy pequeños resultan ser difíciles de hipnotizar. Los individuos que tienden constantemente a analizar las situaciones, son también sujetos que presentan dificultades para entrar en un estado hipnótico. El rapport es un factor determinante, en tanto que promueve la confianza, motivación y seguridad.



La cultura y la educación son también elementos importantes tanto para la susceptibilidad como para el grado de profundidad que puede alcanzar al sujeto (Hilgard y Hilgard, 1990).

Los sentimientos, temperamento y personalidad tanto para el operados como del paciente, también juegan un papel fundamental. Asimismo, la situación personal de ambos en el momento de la inducción es determinante.

La convicción del sujeto en la hipnosis y el grado de cooperación que exhiba serán aspectos que favorezcan la inducción hipnótica.

Rapport y charlas pre-inductivas. El rapport puede ser visto como la interrelación armónica entre dos individuos. La hipnosis es un tipo especial de interrelación, en donde las sugerencias del hipnotizador son aceptadas más fácilmente, debido a la credulidad y confianza depositadas en él.

El punto central es la atención al operador, donde el sujeto sea capaz de responder con cierta exactitud a las sugerencias dadas. En la charla pre-inductiva es importante mencionar que solo se seguirán las sugerencias que estén acordes con sus deseos y necesidades.

Otro elemento importante radica en que el operador al iniciar la inducción debe tener la plena convicción del éxito en la misma, debe dar la imagen de seguridad.

El rapport subraya la capacidad del paciente y del hipnotizador para entrar en recíproca interrelación emocional, más o menos intensa. Las charlas pre-inductivas son el primer eslabón a tratar en la cadena que lleve la inducción al éxito; motivando, dando confianza, quitando temores, inseguridad y tensiones (Lerner, 1964).

De esta manera podemos concluir que durante la charla se prepara a la persona eliminando dudas o resistencias que presenten obstáculos para que se de una buena inducción hipnótica.

### **3.3 Atención**

La atención forma parte importante para el estudio y comprensión de las actividades y procesos en el contexto de la instrucción, y es evidente que se amplía a sectores del comportamiento que sin perspectiva de la atención difícilmente se comprenden.

Luria (1979) define a la atención como el proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos.

Y agrega que no existen dicha selectividad, la cantidad la información sin opciones sería tan grande y desordenada, que ninguna actividad sería posible.

Por otra parte Pieron (1974 en: Vargas 1989), señala que este término se aplica en psicología y denota una orientación mental selectiva que provoca un acrecentamiento de eficacia, en cierto modo de actividad, con inhibición de las partes ocurrentes según la naturaleza de estas actividades.

Granone (1972), entiende por atención a la capacidad de concentración mental; se acostumbra a hablar de una atención espontánea como una actividad automática de la atención, donde provoca como respuesta refleja a un estímulo; como acto de la voluntad, distributiva como uso de estas tres formas de atención mencionadas en varias direcciones.

Brown (1982), menciona que la concentración varía de persona a persona, algunas de estas parecen tener problemas mínimos o ninguno, olvidándose de lo que pasa a su alrededor. Pero existe un gran núcleo de personas que se distraen fácilmente y no pueden concentrarse en la tarea que desarrollan a menos que el ambiente esté libre de distracciones.

La concentración depende en gran medida de la voluntad del sujeto. Para lograrla es necesario que se aprenda a fijar la atención en todas las actividades que impulsan un desarrollo.

Lo que impide la concentración son los distractores. Estos siempre se encuentran presentes, lo importante es que se puede conseguir disminuirlos evitarlos o controlarlos.

Existen dos tipos de distracciones según Norman, (1973):

1.- La distracción psicológica, que es originada por presiones y tensiones causadas por varias fuerzas emocionales que influyen en nuestra vida.

2.- La distracción física, es el resultado de las cosas que percibimos mediante numerosos sentidos.

Arteaga (1955), indica que no se puede negar que podemos abstraernos casi en absoluto del sitio en que nos hallamos y de las personas que nos rodean, sin que por esto dejemos de darnos cuenta de lo que ocurre a nuestro alrededor, sin embargo, prestamos atención a lo que nos parece relevante y esto es parte de nuestra concentración.

Como nos podemos dar cuenta la atención es una parte fundamental para la realización del trance hipnótico ya que todo comienza desde las instrucciones y aclaraciones que se le dan a la persona y el éxito de éstas depende en gran medida de la atención que el sujeto ponga en las instrucciones.

### **3.4 *Sugestión***

Mucho se ha escrito y debatido alrededor de la sugestión, lo cual demuestra, como ocurre con otros tantos fenómenos del ser humano, que se trata de una función compleja, difícilmente reducible a definiciones

esquemáticas. Pero actualmente se posee cierto grado de conocimiento sobre el fenómeno sugestivo.

El origen etimológico de esta palabra proviene del latín y significa "llevar o aportar por debajo". En el lenguaje corriente implica algo así como "infiltración de una idea de la mente por influencia propia o de otro". Otra definición es la de Mc. Dougall quien la define como: "un proceso de comunicación que determina la aceptación en forma total de una idea, pudiendo incluir la falta de bases lógicas para ello". La examinación de esta definición: " aceptar totalmente una idea es adherir o concentrar la mente sobre ella. ¿Qué sucede en una persona que concentra su mente en una idea, sea ésta inducida por otro (heterosugestión) o por la misma persona (autosugestión)?. Se trata de un mecanismo intrincado, que gira básicamente alrededor de la problemática del pensamiento y la atención. Ciertas investigaciones provenientes de la psicología experimental han aportado nuevos conceptos para interpretar estos procesos. Dichas experiencias muestran que cuando un sujeto presta atención concentrada sobre una idea, se opera en él una modificación psicosomática compleja en la que interviene, no el cerebro aisladamente como se creía, sino su cuerpo entero y en especial en ciertas zonas más o menos relacionadas con la idea en cuestión, estos hechos encuadran dentro de los conceptos vigentes en medicina psicosomática que consideran cuerpo y psique como dos planos de un mismo objeto: el hombre. Ambos planos son sólo conceptos artificiales, consecuencias históricas de un enfoque dualista del ser humano" (Lerner, 1964 pág. 85).

Johnson (en Caballo 1991) menciona que debe existir eficacia en la sugestión para que proporcione una respuesta adecuada, es una condición sustancial que el sujeto no utilice su capacidad crítica. Es la razón por la cual, antes de iniciar el trance hipnótico, se le pide al sujeto que su mente la ponga en blanco, que no trate de analizar las sugerencias y que no piense en otra cosa.

De lo anterior se desprende que la sugestión, actúa a través de un doble mecanismo, que propicia y facilita ciertos procesos e inhibe tendencias opuestas, entre las cuales se encuentran la capacidad crítica. Se ha planteado la pregunta, de si la inhibición de las facultades críticas del sujeto, es el carácter principal y la condición necesaria para la sugestionabilidad y la hipnosis.

Cabe hacer referencia a la diferencia existente entre órdenes y sugerencias.

Si nos basamos en que una orden para ser ejecutada, necesita de la participación voluntaria y consciente del sujeto, ya existe una gran diferencia al respecto de la sugestión; sin embargo cuando el hipnotizador da una orden al sujeto, no se puede asegurar que éste la ejecute en forma consciente.

Lo importante es que el estímulo que propiciará la respuesta, hay ocasiones que una cadena de sugerencias llevan implícitas una orden y pueda

darse el caso de que esta orden actúe como una verdadera sugerencia (Vargas, 1989).

Kagan (1971) afirma, que un estímulo, que despierta ideas, no es una sugestión si no se establece el rapport.

Y agrega que es un vínculo emocional que se establece entre el sujeto y el sugestionador.

Rager (1982) amplía este concepto, mencionando que las sugerencias comprenden tres procesos: un rapport emocional entre sujeto y operador; una aceptación de la idea sugerida y por último, el efecto producido por la idea.

Si las sugerencias provocan demasiado conflicto con las acciones aceptadas por el sujeto; con su filosofía y su sentido de los valores, habrá también la tendencia a resistirse a ellas. Si se conocen los valores que rigen al individuo, su filosofía y sus actitudes, la sugerencias que se le hacen deben ser tan congruentes como sea posible, con su posición personal (Estrabooks, 1981).

Se comprueba la estrecha relación que existe entre los procesos fisiológicos y los psicológicos. Aun sin hablar de hipnosis es posible exponer el nivel de acción que puede ejercer la sugestión en una persona. Kingsbury, (1972) menciona algunos ejemplos clásicos en los que la sugestión ha jugado un papel relevante. Un ejemplo que menciona el caso de un prisionero al cual le vendaron los ojos, le ataron los brazos e hicieron caer lentamente agua por

sú cuello, la cual goteaba en un vaso puesto debajo de él. Los “investigadores” hablaban en voz alta acerca del tiempo en que tarda en morir un hombre desangrándose, lo pálido que estaba el prisionero y cómo su pulso se hacía cada vez más débil. No paso mucho tiempo para que el hombre muriera pensando en que habían utilizado la guillotina.

Portuondo (1974), afirma que la sugestión es un proceso de comunicación por el cual se produce la aceptación con plena convicción de la proposición comunicada, a pesar de la ausencia de bases lógicas para su aceptación.

Portuondo opina que esta es una definición puramente descriptiva y nada nos dice en sí del fenómeno de la sugestión.

Según Salter (1949), considera a la sugestión una muestra simple de un típico condicionamiento en el hombre. En este sentido, las sugestiones hipnóticas o posthipnóticas actúan igual que la campana de Pavlov.

Por su parte Hartland (1974), señala que la sugestión es utilizada en dos sentidos: el primero, implica que la sugestión es el proceso mediante el cual un individuo acepta una proposición que se le hace, sin tener la más mínima razón lógica para hacerlo. En el otro sentido, se usa el término para describir una idea presentada a un individuo para que la acepte sin reservas.

Finalmente se puede concluir que el grado de sugestión va a depender en gran medida en cada persona, sin que exista necesariamente trance



hipnótico, aunque la sugestión en estado de hipnosis es más aceptable, se debe en gran medida a la relación y comunicación que se da entre el hipnotizado y el hipnotizador.

### **3.5 Técnicas de inducción hipnótica**

Resulta casi imposible hipnotizar a una persona en contra de su voluntad y es por eso que debe estar dispuesto a participar sin temores. Para esto debe existir una preparación previa donde se disipen cualquier tipo de dudas por insignificantes que éstas parezcan.

Hartland (1974) señala algunas técnicas de inducción hipnótica:

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

- **Relajamiento progresivo:** Esta técnica no requiere de ningún distractor. La fijación de la atención no se centra en un grupo de ideas, que son de este caso relacionadas con la relajación de grupos musculares. A

medida que se sugiere la relajación del cuerpo, se le insiste en que cada vez sentirá más deseos de dormir, hasta provocar que cierre los ojos y entonces entre en un estado hipnótico ligero.

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

- **Fijación de la vista con distracción:** esta es una técnica que se puede utilizar con confianza y rápidamente ya que se lleva de dos a tres minutos como máximo para lograr un cierre de ojos espontáneamente. Esta se logra asignándole al sujeto una sencilla tarea mental para que la realice al mismo tiempo que se le dan instrucciones de relajación progresiva, se le sugiere que fije la vista con atención en un punto del techo forzando su vista hacia atrás, al mismo tiempo que comienza mentalmente un conteo regresivo del cuatrocientos hacia el cero no importa en algún momento pierda la cuenta ya que la puede remontar en cualquier punto. Se le sugiere que cuando sienta su vista cansada cierre los ojos y descanse.

-**El método de mirada de los ojos:** este procedimiento es utilizado por personas muy experimentadas en la inducción de hipnosis. Esta puede

favorecer una profundización mayor, siempre y cuando se domine la rutina y el terapeuta sea capaz de mantener los ojos abiertos sin parpadear un considerable lapso de tiempo. En ésta, el hipnotizador se coloca frente al sujeto ligeramente inclinándose hacia delante y lo mira a los ojos con una distancia aproximada de 60 cm. En esta técnica se corre el riesgo de que si el hipnotizador es indebidamente susceptible, sea el primero en rendirse; es por eso que se aconseja que no se mire directamente a los ojos si no más bien en el puente de la nariz, con lo cual el sujeto será el quien caiga en trance.

- **Método de Erickson de levitación de la mano:** este método fue utilizado por Erickson en 1923 como técnica indirecta por medio de la escritura, en muchos casos tuvo éxito pero se dio cuenta que salía sobrando el lápiz y el papel. Se le pide al sujeto que se siente cómodamente y que coloque sus manos con las palmas hacia abajo apoyadas en sus músculos y que comience a sentir los movimientos involuntarios que hay en ellas. Cuando se logre que el sujeto comience a mover sus dedos se centra la sugestión gradualmente cuando sus dedos comiencen a separarse cada vez más uno de otro y empiezan a volverse más y más ligeros hasta que se eleven de su pierna. La hipnosis puede profundizarse más con la utilización conjunta de otras técnicas como apoyo.

- **Método de presión de la arteria carótida de Withlow:** se dice que este método es sencillo y rápido por el hecho de que se puede lograr la hipnosis en cualquier persona, pero se considera que es un método demasiado riesgoso ya que se necesita presionar con el dedo pulgar y el índice derechos

contra el nervio vago y la arteria carótida del cuello del sujeto, procurando que la presión nunca exceda de 10 a 15 segundos puesto que puede ocurrir la muerte o serios daños cerebrales a causa de la falta de la circulación sanguínea. Al mismo tiempo se le deben hacer sugerencias de relajación.

- **Uso de drogas:** conjuntamente con la hipnosis se han utilizado algunas drogas para facilitar su inducción y su profundización, casi siempre con sujetos difíciles; pero los resultados han sido tan variables como prescindibles por lo que no se recomienda su utilización. Podría esperarse que dicho uso sea factible en casos de tratamientos de enfermedades con dolores crónicos, pero se ha comprobado en diversos casos que esta administración no es necesaria cuando se utiliza la hipnosis para tranquilizar o eliminar por completo malestares que acosan al individuo.

- **Técnica de inducción sensorio-imaginaria con levitación del brazo:** se le pide al sujeto que se siente cómodamente y que describa su casa por ejemplo, la fachada, la puerta, que entre a ella y que describa lo que ahí se encuentra. Que centre su atención en el sillón y se imagine que se sienta tranquilamente y que tiene una sensación muy placentera de flotar; a la vez que sus párpados se ponen muy pesados. Que se imagine un gran globo que jala su mano y la levanta hasta tocar su cara, para luego bajarla lentamente lo que le producirá una mayor tranquilidad y descanso.

- **Técnica de apertura y cierre ocular:** se le pide que mire un objeto por encima de su frente y que cierre y abra sus ojos. Se le menciona que se va a sentir muy relajado y sus ojos los sentirá muy pesados y no los podrá abrir.

- **Técnica de cierre ocular y persistencia de las imágenes:** mirando una lámpara que se encuentre en frente, se le pide que al contar del uno al diez, cierre sus ojos en cada número par y en cada número impar los abra y fije la vista en la luz. Al notar signos de fatiga se le pide que mantenga los ojos abiertos y que note lo difícil de mantenerlos así. Cuando se note que le resulta verdaderamente difícil mantenerlos abiertos, se le pide que los cierre y los sienta pesados al igual que todo su cuerpo. Se le toma la mano por la muñeca y se levanta el brazo lentamente, al estar en posición vertical se provoca catalepsia. Se profundiza más con instrucciones como las ya empleadas en otras técnicas.

- **Técnica de relajación y tensión:** el sujeto cierra sus ojos y apoya sus pies fuertemente en el piso. Se le pide que empuje con sus manos sobre el costado del sillón o de sus rodillas, lo más fuerte que pueda. Que sienta como va aumentando la tensión en sus manos, brazos y piernas. Se le señala que la sensación contraria a la tensión es la relajación muscular, cuando es evidente el esfuerzo del sujeto, se le indica que suelte la tensión y que sienta como su cuerpo se relajará más rápido que en otras ocasiones, se profundiza con las sugerencias conocidas.

- **Técnica de relajación progresiva utilizando el apretón de manos y el balanceo postural:** se le pide al individuo que cierre los ojos con fuerza (se tocan los párpados para provocar más esa sensación), y se dan instrucciones para que tenga mayor pesadez y firmeza en los ojos. Se toman las manos del sujeto y se entrelazan estrechamente diciendo que si se quiere

relajar profundamente, deberá pensar en que no puede abrir los ojos ni separar las manos. Simultáneamente se balancea al sujeto y se sugiere que está en una canoa y que el movimiento de las olas lo relaja más.

- **Técnica de hiperventilación:** cerrado los ojos se le indica que respire profundamente y que mantenga el aire todo el tiempo que pueda. Que repita las respiraciones, comentando lo bien que lo hace, a la vez que se le dice que con cada respiración notará que la cabeza se sienta más liviana. A medida en que sienta su cabeza más liviana, más profundamente se relajará. Se provoca un estado de hipnosis ligero a medida que continúe respirando se mantendrá relajado y sugestionable. Hay que estar alerta por si se presenta un colapso por hiperventilación. Si ocurre un desvanecimiento se interrumpe automáticamente la hiperventilación. Los aspectos musculares, son más espectaculares que peligrosos. Sin embargo, si aparecen es preferible no volver a utilizar esta técnica con el sujeto.

- **Comprensión de los centros nerviosos:** esta técnica utiliza la creencia de que existen ciertos centros nerviosos cuya comprensión produce parálisis. Se comprime la nuca y con el índice el entrecejo, paralelamente se comenta que se sentirá entrar en profunda relajación. Cuando los párpados comiencen a caer y la cabeza se incline hacia adelante, se disminuye la presión y se continua con verbalizaciones de relajación.

- **Técnica mecánica:** cualquier sonido monótono y repetido tiende a inducir la relajación. Los pases y tocamientos en cara y cuerpo facilitan la

inducción. Existen los hipnodiscos o las hipnogramas que pueden producir ese fenómeno. Todas las técnicas mecánicas dependen en cierto grado de rapport y de la expectación previa.

Con la diversidad de técnicas nos podemos dar cuenta lo amplio que es la inducción del trance hipnótico y asimismo hay que mencionar que el éxito de toda técnica sigue dependiendo de la relación interpersonal lograda y de la inducción empleada y de esta manera poder determinar qué técnica es más adecuada para cada sujeto.

## ***HIPNOSIS APLICABLE AL DOLOR***

La hipnosis suele ser de gran utilidad en el tratamiento de muy diversos trastornos como puede ser: insomnio, fobias, obesidad, alcoholismo, amnesia, dismenorrea, etcétera. Sin embargo, el presente trabajo se limitará a poner de manifiesto su utilización como analgésico, dicha aplicación se ha realizado desde hace muchos años. Según Chertok (1985), la primer intervención quirúrgica con analgesia hipnótica, se realizó el 12 de abril de 1829, siendo la paciente asmática de 64 años , quien fue hipnotizada por el doctor Chapelain con la finalidad de operarle un cáncer de seno.

Tordjam (1981) menciona que en los primeros decenios del siglo XIX, se trabajó intensamente para tratar de vencer al dolor, dando lugar a la utilización de diversas sustancias químicas y a lo que entonces se conocía como magnetismo.

Respecto al dolor Hilgard y Hilgard (1990), distinguen dos componentes: el componente sensorial y el componente de sufrimiento.

El dolor sensorial es la experiencia primaria, es como cualquier otra respuesta perceptual a irritación o lesión; informa sobre el lugar y la intensidad de su fuente. Como reacción a esta experiencia primaria, la experiencia secundaria, la cual, es una experiencia de sufrimiento que se expresa al gritar, moverse, gesticular, etcétera. Es importante considerar por



separado los dos componentes, tanto desde el punto de vista práctico, como desde el teórico, puesto que, al parecer la morfina reduce más el sufrimiento del dolor sensorial, y algo similar se presenta en la reducción del dolor por medio de la hipnosis.

#### ***4.1 Teorías del dolor***

Al paso de los años el dolor constituye una de las principales preocupaciones en la vida del hombre. Ha sido y continua siendo el síntoma más común que lleva a un paciente a consultar a un persona que lo sane y lo haga sentir bien ya sea médico, brujo, psicólogo, etcétera, pero hablar del dolor conlleva a grandes dificultades que van desde su definición hasta los tratamientos utilizados para su control.

A lo largo de los años han sido muchas las interpretaciones o teorías que explican los mecanismos de acción del dolor, algunas con muchas bases entendibles y otras carentes de bases explicativas.

Durante siglos, se discutieron los medios por los que eventualmente los estímulos nocivos causan dolor. Los estímulos como el calor, el frío, el tacto y la presión siempre originan la misma sensación y se sabe que si estos mismos estímulos sobrepasan un cierto umbral, ocasionan dolor. Estas observaciones llevan a dos de las primeras teorías acerca de la generación del

dolor, la primera sugiere que cada sensación tiene sus propios receptores que sólo responden a un estímulo en particular.

El auge de esta idea tuvo lugar durante la segunda mitad del siglo XIX, cuando se consideraba al dolor una experiencia sensitiva, como el calor y el frío. En 1894, Von Frey afirmó que cada modalidad sensitiva tenía un receptor específico, y basaba sus ideas en trabajos que indicaban que la piel contiene áreas muy pequeñas y especializadas que responden a tipos de estímulos particulares como el frío o el calor pero no en otros, la hipótesis recibió un aval adicional por parte de aquellos que identificaron los denominados órganos terminales que llevaban sus nombres: los corpúsculos de Krause para el frío, los de Ruffini para el calor y los de Meissner para el tacto. Se pensó que el dolor surgía por la estimulación de una fina trama de fibras nerviosas pequeñas y terminaciones “libres” que, no obstante, aún no fueron demostradas en forma satisfactoria.

Desde hace siglos, existe una segunda teoría del dolor opuesta a la primera que surge de la observación de que un estímulo de cualquier tipo, si es lo bastante grande causa dolor. En otras palabras, el dolor se debe, simplemente, a la intensidad de la estimulación involucrada y la condición necesaria para su presentación, es el traspaso del umbral.

En síntesis, las dos teorías son:

- 1) Una teoría sensitiva, que propone que el dolor es un fenómeno sensitivo por derecho propio, con receptores específicos, vías de transmisión

por el sistema nervioso central (SNC) y centros de registro, apreciación e interpretación en el cerebro, y

2) Otra teoría de intensidad, que opina que los receptores específicos del dolor no existen y que el mismo resulta de la estimulación por cualquier medio si su intensidad sobrepasa cierto umbral.

En términos generales, la teoría de la grilla dice que la información que se origina por estimulación nociva, se modifica en su pasaje desde las fibras nerviosas periféricas a la médula espinal por acción de un mecanismo de “grilla” especializado, que se ubica en la región del asta posterior. Si la grilla está “abierta”, la información se transmite al cerebro, pero si está parcialmente abierta o cerrada llega poca o ninguna información al cerebro. El “ajuste” de la grilla y, por tanto, la facilidad de paso de la información que lleva a la generación de dolor, depende del equilibrio de la actividad de las fibras nerviosas aferentes grandes y pequeñas y de las fibras que descienden de centros superiores (Word, 1979).

Por otra parte Melzack y Wall (1965), mencionan que la teoría de la especificidad, es un sistema específico de receptor de dolor que llevan el mensaje a un centro específico de dolor en el cerebro. Se mantiene que los receptores de dolor son conducidos por fibras A-delta y fibras C de los nervios periféricos, a través de la vía espinotalámica lateral hasta el centro del dolor en el tálamo. Esta teoría tuvo origen en las ideas de Descartes, quien pensaba que existía una conexión directa desde los receptores de la piel

hasta el centro del cerebro. El creía que la estimulación periférica por quemaduras, por ejemplo, hacía que partículas diminutas de fuego tiraran las cuerdas, de igual forma como se toca una campana provocando así el dolor.

La teoría de Von Frey, surgió como rival de la teoría de la pauta de Goldscheider. Esta teoría propone que el dolor depende de una suma de entradas neurales que deben alcanzar un nivel crítico para que se sienta dolor. No basta el estímulo periférico porque en esta suma son importantes los sistemas centrales. Las teorías modernas de la pauta tiene en común el empeño por explicar por qué el dolor puede seguir más allá del tiempo de la estimulación focal.

No aceptando ni la teoría de la especificidad ni la de la pauta con exposiciones completas de los que ocurre en el dolor, en 1965 Melzack y Wall propusieron una nueva teoría de dos componentes. Conocida con el nombre de teoría del control de la puerta, la cual ha tenido gran influjo en estudios recientes del dolor.

La teoría del control de la puerta empieza aceptando la distinción anatómica entre dos sistemas neurales de conducción que van de la médula espinal a los centros cerebrales más elevados, en cuanto algunos impulsos han entrado en la médula como consecuencia de la estimulación periférica. Uno de estos síntomas es en lo primordial informativo; lleva datos sobre la ubicación e intensidad del estímulo, con poca relación con su toxicidad o evitación. A este sistema se le llama sensorial-discriminador. El otro, relacionado estrechamente con la estructura situada cerca del centro del

cerebro relacionadas con la motivación y la emoción, recibe el nombre de sistema motivacional-afectivo. Se ocupa de manera principal del sufrimiento que causa el dolor (Hilgard y Hilgard, 1990).

A manera de conclusión estaríamos de acuerdo con Hilgard y Hilgard que el cuerpo experimenta una experiencia secundaria la cual denominan experiencia del sufrimiento, esta se expresa con gritos, gestos, etcétera, y con la aplicación de un fármaco o con la hipnosis se puede llegar a reducir el dolor ya sea provocado o el que se manifiesta naturalmente.

#### ***4.2 Tipos de dolor.***

Dentro de los tipos de dolor existen dos criterios de gran importancia desde el punto de vista neurofisiológico se encuentra el tipo de receptor activado, y desde el criterio físico la duración.

Dentro del primer criterio es importante aclarar que los receptores de dolor son filamentos nerviosos delgados libres, los cuales fueron descubiertos por Von Frey en 1894; estas terminaciones se encuentran debajo de la epidermis y alrededor de los vasos sanguíneos y pueden ser alterados por una amplia gama de estímulos que sólo tiene en común la propiedad de lesionar los tejidos. Dentro de este criterio se distingue el dolor primario, que se transmite por fibras A-delta, se activa ante la presencia de daño y se

caracteriza por ser una sensación aguda de localización precisa; y el dolor secundario, que se transmite por fibras C, no hay localización específica, la sensación es difusa y persistente, y generalmente aparecen después del dolor primario (Jinich, 1975).

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

Otras clasificaciones que no corresponden a los dos criterios anteriores son las mencionadas por Hilgard y Hilgard (1990), quien mencionan que existen otros tipos de dolor que son los siguientes:

- **Dolor de miembro fantasma:** es muy común que a una persona a la que se le haya amputado un brazo o una pierna tenga la percepción de que siga teniendo el miembro amputado. En algunos casos, el paciente siente dolor en el miembro fantasma; se presenta la posibilidad que sugiere que el dolor fantasma se debe a estímulos en los extremos cortados de los nervios que anteriormente iban al miembro amputado. Aún que más notable es el hecho de que el dolor tal como es sentido en el miembro antes de la amputación; esto indica que al parecer el dolor fantasma se basa en una especie de memoria.

- **Dolor referido:** son los que se sienten en un lugar, aun cuando la fuente de irritación está en otra parte; es posible sentir dolor en el hombro o

en el brazo cuando se tiene un ataque cardiaco. Cualquier especialista diestro en hacer pruebas apropiadas podrá hallar la fuente del dolor al conocer dónde se asienta; en otros casos, sin embargo, quizá intervendrán elementos peculiares que lo desconcierten,

- **Dolor de alerta:** este tipo de dolor es al mismo tiempo benéfico y dañino, ya que, aunque nos causa sufrimiento, nos informa de ciertos daños orgánicos que nos pueden causar la muerte, como puede ser un dolor abdominal que anuncia la inflamación de la apéndice; un dolor de muelas, informando de alguna infección; un dolor de tobillo o en algún otro miembro, puede informar sobre una posible fractura que debe atenderse, etcétera. El dolor nos ayuda a ubicar el sitio del daño para poder evitar que la lesión empeore.

Existen algunas personas cuyos mecanismos de dolor son defectuosos y por lo tanto, son insensibles al dolor lo cual puede ser altamente peligroso, puesto que pueden hacerse daño y no darse cuenta de ello hasta que sea demasiado tarde. Las consecuencias de no sentir dolor pueden ser mortales.

- **Dolor crónico:** este es un dolor constante, puede ser continuo o intermitente pero constante y cuando no tiene ningún propósito útil puede ser destructivo e incapacitador, ya que puede producir depresión grave, daños en el corazón y riñones, perturbaciones en los procesos gástricos, alteraciones en la presión sanguíneas. etcétera. Este tipo de dolor se puede apreciar, por ejemplo, en los enfermos de cáncer, de leucemia, etcétera.

- **Dolor psicossomático:** es el dolor de origen psicológico, el cual está relacionado con la vida del paciente, con el significado emocional que el dolor tiene para él y con la función que tal dolor pueda desempeñar de acuerdo con las carencias o necesidades del paciente. Por ejemplo, el dolor de cabeza que se experimenta ante la necesidad de tener que realizar una tarea desagradable o difícil, pero que desaparece en cuanto se está en un lugar recreativo o agradable. Este dolor es real; el que tenga un origen psicológico no significa que duela menos que el dolor de origen somático.

- **Dolor físico provocado por un agente externo:** este tipo de dolor se puede provocar de tres maneras: una de ellas se refiere al dolor producido experimentalmente con el propósito de estudiar algunos aspectos, tales como la medición del dolor, la efectividad de los diferentes métodos que existen para controlarlo, etcétera. La otra manera se refiere al dolor producido por algunas curaciones o tratamientos médicos dolorosos, como en el caso de la práctica odontológica. Y por último, el dolor provocado por un agente externo de manera accidental, como puede ser cualquier tipo de herida, fractura o quemadura por accidente.

En todos los tipos de dolor que brevemente se han tratado de definir, la práctica hipnótica ha resultado de gran utilidad para reducir la intensidad de éstos, excepto en el caso del dolor de alerta, por razones obvias, ya que eliminar o reducir un dolor de este tipo, podrá ocasionar la muerte del paciente, de allí la importancia de que la hipnosis se practique sólo por personas debidamente preparadas en la materia.



### ***4.3 Aplicaciones de la hipnosis en el dolor.***

El resurgimiento de la hipnosis que tuvo lugar en el siglo XIX, todavía en forma del magnetismo animal, se apoyó en parte en su éxito para aliviar el dolor en operaciones de cirugía mayor. El primer caso del que se tiene noticia de su aplicación en cirugía mayor es el de Recamier, quien realizó una de estas operaciones con hipnosis en 1821, en Francia.

No debe suponerse que la introducción de anestésicos químicos puso en alto el uso de la hipnosis; su uso tropezó con oposición vigorosa desde el principio. En 1842, un médico apellidado Ward amputó la pierna de un paciente hipnotizado; informó del resultado venturoso a la Real Sociedad Médica y Quirúrgica de Londres. Todas las evidencias indicaban que la operación se realizó sin dolor, a pesar de lo cual la sociedad se negó a creerlo. Marshall y Hall, cuyo nombre es bien conocido en la historia de las acciones reflejas, tuvo la misión de que se borrara de las minutas de la sociedad en lo referente a este trabajo porque suponía que el paciente debió ser un impostor. Ocho años después, fundándose en un simple rumor, Hall informó a la sociedad que el paciente reconoció haber ocultado su dolor. Pese a ello, se presentaron testigos con una declaración firmada por el propio paciente que decía que la operación había sido indolora.

Afortunadamente, este antagonismo hacia la hipnosis ha desaparecido y su uso en el alivio del dolor, aun cuando no se ha generalizado, va en aumento (Hilgard y Hilgard, 1990).

En el caso de la enfermedades (físicas, psicológicas 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, realizando 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 todos si éste es crónico (Parra, 1984).

A través de varias investigaciones se han ideado diversos métodos que sugieren la reducción del dolor bajo estado hipnótico, como sería el caso, cuando se emplea sugestión directa de reducción de dolor la cual consiste en que todos los pacientes conocen los anestésicos locales, debido a visitas al dentista que les ha anestesiado alguna parte de su encía. Una sugestión directa es que la región dolorosa, digamos un brazo se entume y que ello ya no sentirá ni dolor ni otras sensaciones. Sucede que respecto a muchos sujetos hipnotizables esto basta para que se vuelvan insensibles a los estímulos normalmente dolorosos.

No hay duda de que el empleo de la imaginación cae muy bien en el terreno de la psicología naturalista; los métodos hipnóticos, usados para estimular la imaginación o para hacer que sirvan a propósitos prácticos, se podrán explicar cabalmente al sujeto de modo que los pueda aceptar o rechazar de la misma manera que acepta o rechaza otros tratamientos.

La amnesia es un recurso que está al alcance de los sujetos muy hipnotizables. Cuando el dolor es muy intermitente, cuando se siente con mucha fuerza a ratos, pero que está ausente pero en ciertas situaciones y reducido en otras ocasiones, la hipnosis puede hacer que el paciente olvide el dolor que ha sido experimentado. Al terminar el recuerdo del dolor, el paciente también podrá eliminar el conocimiento de que le vendrá el dolor (Hilgard y Hilgard, 1990).

De esta manera podemos concluir diciendo que aunque no se ha generalizado la práctica hipnótica en el alivio del dolor como debería de utilizarse más comúnmente, creemos que con más comunicación acerca de sus ventajas poco a poco irá en aumento, ya que al igual que otros métodos el paciente observa resultados satisfactorios y teniendo otra opción al alivio de su dolor. Por lo que la tarea de los hipnotizadores sería llevar con toda claridad los procesos de la hipnosis, sin dejar duda alguna, para que se observen más procesos positivos acerca de las ventajas de este método tan poco conocido.

#### ***4.4 Estudios: hipnosis y dolor.***

A lo largo de la trayectoria de la hipnosis muchos han sido los experimentos y observaciones realizadas, algunos con muy buenos resultados y otros con resultados truncados o únicamente puntos de vista no

desarrollados, por lo que a continuación se muestran algunas revisiones experimentales donde se muestran los resultados que trae consigo la aplicación de la hipnosis en diferentes áreas clínicas.

Durante algunos años se ha puesto en marcha algunos esfuerzos modernos para entender más la fisiología y la psicología de la hipnosis del dolor, es entonces donde crece el interés en todos los aspectos de la percepción sensorial. El dolor llegó a su mayoría de edad con el descubrimiento de la exploración de áreas pequeñas de la piel, por medio de instrumentos apropiados reveló la presencia de algunos puntos sensibles al tacto, sensibles al calor, otros al frío, y de otros más al dolor. Estos puntos se hallaban separados especialmente; su descubrimiento llevó a investigar la presencia de receptores apropiados bajo la piel que servirían como transductores entre el estímulo de transmisión de impulsos nervioso. Fue así como se dividió en vario tipos al sentido del tacto y como lo sucesivo el dolor ocupó su lugar como modalidad sensorial. Evans y Paul citados en (Hilgard y Hilgard, 1990) destacaron con algunos experimentos relacionados al dolor, uno de ellos en el cual determinaban si las sugerencias de la reducción del dolor tenía la misma fuerza cuando se hacen en estado de vigilia sin ninguna inducción precedente de hipnosis. Para responder estas preguntas, Evans y Paul realizaron su investigación cuidadosamente por medio de la conocida cubeta con hielo donde primero midieron la sensibilidad hipnótica de sus sujetos; luego la reducción del dolor y la magnitud de los sujetos sin ninguna inducción previa de hipnosis y con respecto a la otra mitad después de una inducción normal. En ambos grupos se redujo el dolor en igual medida, por

lo que concluyeron que las sugerencias de analgesia en vigilia tenían tanto éxito como las hipnóticas. Sin embargo, hallaron que el monto en que se reduce el dolor se correlaciona con la sensibilidad hipnótica médica.

Por otra parte McGlashan, Evans y Orne (1969), idearon un experimento cuyo fin es probar un factor de placebo, en la hipnosis emplearon una forma del método de torniquete-ejercicio en la cual el sujeto trabajaba hasta donde puede, una vez que el sujeto reportaba algún dolor (umbral del dolor) y luego cuando ya no pudo bombear más (tolerancia).

El diseño experimental reportó la constitución de los siguientes grupos: En las condiciones figuró en control normal (vigilia), analgesia hipnótica y una situación de placebo. El efecto del placebo fue muy pronunciado en los no hipnotizables, pero no en los que se encontraban bajo estado hipnótico. La analgesia hipnótica fue muy eficaz para los hipnotizables, en tanto que para los de vigilia equivalió más el placebo. Los resultados de su experimento niega la presencia de un efecto placebo en la analgesia hipnótica intentada. Respecto a sujetos pocos susceptibles y únicamente respecto a ellos, la analgesia hipnótica fue de .76 para los sujetos no susceptibles. La correlación correspondiente a los sujetos no susceptibles a la hipnosis es posible lograr cierta reducción del dolor mediante analgesia sugerida hipnóticamente, la cual corresponde a una reducción por placebo y cuando se trata de sujetos muy susceptibles a la hipnosis la reducción del dolor por medio de la analgesia sugerida de forma hipnótica es mucho mayor que por placebo. Respecto a los sujetos la respuesta placebo media es inapreciable y hasta negativa.

Por otra parte, para realizar un experimento Lenox (1970) eligió a la población que lograban calificaciones muy altas en las escalas Stanford disponibles, inclusive en la escalas de perfil que se ocupan de las clases de mayor dificultad de conducta hipnótica. En seguida se dedicó a entrenarlos en el campo de reducción del dolor. A los sujetos se les pidió que retiraran la mano del agua con hielo al primer indicio de dolor; sujetos hipnotizados con sugerencias de analgesia, en forma gradual fueron capaces de mantenerse de manera indefinida sin dolor en el agua helada. También aprendieron a controlar el dolor isquémico producido por el torniquete del ejercicio. Lenox halló que los sujetos no informaron de ningún dolor en períodos de isquemia de hasta la mitad de reducción del tiempo del dolor intolerable en el estado de vigilia. Estos resultados confirman que los sujetos que tienen habilidad hipnótica considerable inicial pueden beneficiarse mucho mediante un entrenamiento especial. Que su mejoría es específica y propia de las respuestas sugeridas, se reveló por el resultado encontrado en las puntuaciones de estos sujetos en test de susceptibilidad hipnótica, avanzaban positivamente después del experimento y seguían correlacionándose de manera positiva con sus puntuaciones anteriores al entrenamiento.

Un experimento más reciente llevado a cabo por Sachs (1975), en donde participaron sujetos cuyas puntuaciones en el test original de susceptibilidad hipnótica fluctuaron de 3 a 9 en una escala cuyo máximo era de 12. Quería hallar hasta qué punto el éxito en el entrenamiento de la hipnosis puede mejorar la analgesia. Los resultados mostraron que la práctica en hipnosis mejoraba el monto de la reducción comprobada del dolor,

de un modo significativo, ninguno de los sujetos informó de ausencia total de dolor en el agua helada bajo analgesia sugerida; quienes al principio tuvieron mayor capacidad de reducción del dolor fueron los que aprovecharon más.

En resumen, el mejor elemento de predicción del éxito en cuanto a la reducción del dolor es el monto en que se reduce el dolor cuando esta reducción sugerida hipnóticamente se emplea por primera vez.

Por este y muchos estudios más fue que surgió el interés de estudiar su desarrollo y aplicación de la hipnosis además de que son pocos los estudios relacionados sobre éste tema. Aun cuando no ha sido conocida lo suficientemente ni empleada a pesar de toda su historia y de los resultados satisfactorios.

## ***REPORTE DE INVESTIGACIÓN***

### ***MÉTODO***

#### ***Objetivo general:***

Examinar los efectos de la hipnosis sobre el dolor inducido experimentalmente.

#### ***Objetivos específicos:***

Observar las reacciones que surgen con la inducción del dolor bajo estado hipnótico.

Observar los tipos de reacciones que surgen sin la aplicación de la hipnosis en la inducción del dolor.

Señalar la importancia que tiene la susceptibilidad en la hipnosis.



***Sujetos:***

El presente proyecto se realizó con la participación de 10 estudiantes, 5 hombres y 5 mujeres que cumplieron con las siguientes características:

- Nivel socioeconómico medio.
- Escolaridad a nivel licenciatura.
- Sus edades comprendieron entre los 19 y 35 años.

***Materiales:***

Los materiales que se utilizaron durante las sesiones fueron:

- Una videograbadora y cassette.
- Cubeta, hielo y toalla.
- Registro de presión arterial (anexo 1).
- Registro de respuestas gestuales (anexo 2).
- Registro de respuestas observables de la piel (anexo 3).

- Registro de respuestas verbales (anexo 4).
- Baumanómetro.
- Estetoscopio.
- Lápiz.

***Escenario:***

Las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo en un consultorio de la clínica universitaria (CUSI) de la UNAM Campus Iztacala. Este contaba con buena iluminación y ventilación, así como la ausencia de ruidos extraños. Como mobiliario se utilizó un sillón reclinable.

***Diseño:***

El diseño que se utilizó en este proyecto fue el contrabalanceado que también se conoce con el nombre de diseño cruzado, de bloque aleatorio o cuadrado latino. Consiste en que a un sujeto o grupo se le prueba en determinada secuencia de condiciones, mientras que otro sujeto o grupo se

prueba en una secuencia diferente. En ambos casos los sujetos fueron asignados a las diferentes secuencias en forma aleatoria (Eguiluz, 1984).

Grupo 1	A	B
---------	---	---

Grupo 2	B	A
---------	---	---

Donde el grupo 1 primero dio inicio con la sesión de hipnosis (A) y posteriormente vigilia (B) y el grupo 2 primero vigilia (B) y luego hipnosis (A).

### ***Procedimiento.***

Antes de iniciar con cada sesión se le preguntaba a la persona si tenía alguna duda o inquietud sobre lo que es la hipnosis, ya aclaradas sus dudas se procedía a iniciar con la relajación para entrar con confianza al estado hipnótico.

Durante el estado hipnótico se llevaba a la persona a un estado de hipnosis profundo donde se procedía a anestésicar la mano, borrando todo tipo

de sensibilidad para inducirle el dolor bajo el método de la cubeta con hielo mencionado por Hilgard y Hilgard (1990), donde también se registraba la presión arterial.

A los participantes del grupo 1, se les indujo al trance hipnótico en la primera sesión, no se les informó cuál era la situación bajo la cual se les iba a someter (inducción del dolor) En la segunda sesión, se les notificó que iban a meter la mano en una cubeta con hielo, esto bajo estado de vigilia, para observar su nivel de tolerancia al frío. La sesión de hipnosis consistió en provocarles el dolor (ver anexo 10), donde se les tomaba la presión arterial; antes de dar inicio a la sesión, durante la sesión y después del trance para observar si existían cambios en la presión arterial, además de que se llevaba a cabo el registro de respuestas gestuales, el cual consistía en observar los cambios que presentaban en sus rostros durante la inducción del dolor además de las respuestas verbales que reportaban acerca de la presencia del dolor y por último el hipnotista se encargaba de registrar los cambios que pudiesen presentarse en la coloración de la piel.

En vigilia el procedimiento consistió en que la persona introdujera la mano en un recipiente con hielo durante todo el tiempo que lo tolerará donde se le preguntaba que tomando en cuenta una escala del 1 al 10 que calificación le daría al dolor que sentía y por último se registraba la duración de la inducción de la mano en la cubeta con hielo.

Al grupo 2 se le aplicó dos sesión por persona, a sus integrantes se les informó en que iba a consistir su participación en vigilia en tanto que en

hipnosis no se les informó en que consistiría su participación, posteriormente se procedió a realizar la inducción del dolor en estado de vigilia y luego en hipnosis de la misma manera que al grupo 1.

## ***RESULTADOS***

Se evaluaron a los dos grupos bajo las siguientes características:

**Tiempo:** el que mantenían la mano en la cubeta con hielo bajo estado de hipnosis y vigilia, de acuerdo a estos datos se obtuvo la media ( $X$ ) y su desviación estándar ( $S$ ).

**Reporte verbal:** se registro el reporte que emitían los participantes de acuerdo a la escala del dolor que ellos calificaban del 1 al 10.

**Presión arterial:** se registro antes, durante y después del estado hipnótico y vigilia.

Estos registros se analizaron de manera cuantitativa.

Los otros registros que se utilizaron se analizaron de manera cualitativa.

En el registro de respuestas verbales con respecto a las sensaciones que emitían en la situación de meter la mano en la cubeta con hielo.

En el registro de respuestas gestuales se registraban los gestos en el tiempo que permanecía su mano en la cubeta.

Dentro del registro de respuestas observables de la piel se registraban los cambios que existían en el momento de la introducción de la mano.

## **TIEMPO**

En la tabla 1 ( ver anexo 5), se muestra la duración de la situación de meter la mano en la cubeta con hielo en el estado de hipnosis y vigilia, el grupo 1 ( $X= 121$  seg.,  $S=12$  seg.) en hipnosis, y en vigilia ( $X= 19$  seg.,  $S= 3$  seg.), el grupo 2 en vigilia ( $X=30$  seg.,  $S= 6$  seg.) y en hipnosis ( $X= 196$  seg.,  $S= 18$  seg.) como se puede observar es muy notoria la diferencia en ambos grupos tanto en hipnosis como en vigilia.

En la figura 1 (ver anexo 6), se muestra que hubo gran variabilidad en las respuestas de duración en la situación de meter la mano en la cubeta con hielo en vigilia e hipnosis en ambos grupos.

## **DOLOR**

El dolor fue inducido a través de la situación de meter la mano en la cubeta con hielo, dandoles la siguiente instrucción de acuerdo a una escala como calificarías el dolor si 1 significa sin dolor y 10 dolor exagerado.

Durante el reporte del grupo 1 con respecto al nivel del dolor en estado hipnótico ( $X= 4$ ,  $S= 2$ ) y en vigilia ( $X= 7$ ,  $S= 2$ ), el grupo 2 en vigilia ( $X=7$ ,  $S= 2$ ) y en hipnosis ( $X= 4$ ,  $S= 2$ ) con respecto al nivel del dolor.

En la figura 2 (ver anexo 7), se puede observar la variabilidad del grado de respuestas en una escala del dolor del 1 al 10 de los participantes en hipnosis y vigilia.

En la figura 3 (ver anexo 8), se muestra la comparación del género donde los hombres muestran mayor grado de resistencia al dolor ( $x=7$ ,  $s= 2$ ) en vigilia y en hipnosis ( $x= 4$ ,  $s= 2$ ) y en el grupo de las mujeres obtuvieron menor resistencia al dolor ( $x=7$ ,  $s= 1$ ) en vigilia y en hipnosis ( $x= 3$   $s= 2$ ) donde ambos grupos mostraron gran heterogeneidad al calificar el dolor.

### ***PRESIÓN ARTERIAL***

En la tabla 2 (ver anexo 9), se muestra la presión arterial de ambos grupos tomada antes, durante y después del estado hipnótico, en el grupo 1, dos de los participantes (Carlos y Elena) tuvieron una ligera disminución y Ricardo tuvo un ligero aumento en su presión arterial.

En el grupo 2 sólo Nicolás tuvo un ligero aumento en la presión arterial.



### ***RESPUESTAS VERBALES***

En el reporte de respuestas verbales, en la situación de meter la mano en la cubeta con hielo, los participantes de ambos grupos en vigilia sentían en su mano una sensación de “piquetes”, “entumida” y “muy fría”, otros más sentían su mano “caliente” y bajo hipnosis algunos participantes no reportaban sensación alguna, otros sentían la mano “muy pesada” o simplemente querían cambiar de posición su mano.

### ***RESPUESTAS DE LA PIEL***

En el registro de respuestas observables de la piel ambos grupos mostraron no tener ningún cambio de color de la piel en vigilia ni antes ni después de la introducción de la mano en la cubeta con hielo.

En lo que se refiere a la introducción de la mano en hielo en estado de hipnosis existieron algunos cambios en todos los participantes, todos reportaron sentir su mano muy fría; otro cambio fue la coloración de la piel, en algunos participantes su mano era roja con presencia de puntos blancos y en otros era totalmente roja.

## ***RESPUESTAS GESTUALES***

En el registro de respuestas gestuales que se presentaron en los dos grupos se pudo observar que en estado de vigilia los participantes manifestaron una serie de gestos que mostraban en su rostro como “apretón de ojos y labios” otros “abrían más los ojos”, “fruncían la nariz y ceñían la frente”.

Durante el estado hipnótico sólo Guadalupe fue la que mostró gestos como fruncir la nariz y la frente estos gestos los emitía debido a que se encontraba en la playa donde había muchos moscos que la molestaban e incluso la picaba, y el resto de los participantes no mostró ningún tipo de gestos.

## *DISCUSIÓN*

Con los resultados obtenidos podemos hacer un análisis detallado de las sesiones en estado de hipnosis y vigilia. En primer lugar el reporte que se plasmó en ambos grupos en cuanto a la duración de introducir la mano en la cubeta con hielo, donde el grupo 2 (vigilia - hipnosis) tuvo mayor duración de tolerancia al dolor inducido bajo hipnosis, se puede observar en la tabla 1, donde dos de los participantes (Nicolás y César) obtuvieron mayor duración que los demás participantes del mismo grupo y en grupo 1 estos participantes tuvieron un valor distinto de todos los demás tanto en hipnosis como en vigilia, cabe destacar que en ambos grupos fue significativa la inducción del dolor en estado de hipnótico que en el estado de vigilia, aunque en el grupo 1 (hipnosis- vigilia) sólo una de las participantes (Alma) destacó en su grupo bajo las dos condiciones, mostrando mayor tolerancia a la inducción del dolor.

Cabe aclarar que el tiempo de cada participante dependió del grado de tolerancia al dolor, aunque el tiempo pudo haberse prolongado más debido a la posición de la mano, algunos participantes tuvieron la necesidad de retirarla porque se les hacía una situación incómoda, pero otros en el momento de sentir alguna molestia como piquetes muy fuertes o al sentir la mano demasiado fría retiraban la mano de la cubeta con hielo.

Como menciona Word (1979), la hipnosis es un estado psíquico donde el sujeto muestra mayor susceptibilidad a las sugerencias que hace el

hipnotizador, donde puede variar la respuesta del sujeto o establecer un estado que oscila entre hipersugestionabilidad y cambios físicos, como por ejemplo anestesia o parálisis.

Estos datos se corroboran con la investigación realizada por McGlashan, Evans y Orne (1969), quien mencionan que la reducción del dolor por medio de analgesia hipnótica es mucho mayor. Por su parte Evans y Paul, en Hilgard y Hilgard (1990), realizaron algunos experimentos relacionados al dolor; en uno de ellos, en el cual estaban interesados en determinar si las sugerencias del dolor tenían la misma fuerza cuando se hace en estado de vigilia sin ninguna inducción precedente de la hipnosis. Para responder a estas preguntas, llevaron a cabo su investigación cuidadosamente, empleando la conocida cubeta con hielo; primero midieron la sensibilidad hipnótica de sus sujetos, luego la reducción del dolor en la magnitud de los sujetos sin ninguna inducción previa de hipnosis y con respecto a la otra mitad después de una inducción normal. En ambos grupos se redujo la inducción del dolor en igual medida, por lo que concluyeron que las sugerencias de analgesia en vigilia tenían tanto éxito como en las hipnóticas. Sin embargo hallaron que el monto en que se reduce el dolor se correlaciona con la sensibilidad hipnótica.

En el estado de vigilia se observó que los participantes mostraron menor duración de tolerancia al dolor, en ambos grupos y al instante de meter la mano en la cubeta con hielo y percatarse que se les tomaba el tiempo, pudimos darnos cuenta que los participantes trataban de mantener la mano más tiempo de lo que ellos podían resistir. Sólo un participante (Marco) del

grupo 2 manifestó menor tiempo tanto en vigilia como en hipnosis; cabe mencionar que Marco al finalizar la sesión nos aclaró que no soportaba el agua fría porque tiene varios años de trabajar con líquidos muy calientes, como se puede observar en la tabla 2 su duración en estado de hipnosis fue significativo con respecto al estado de vigilia. Cabe aclarar que a todos los participantes del grupo 2 se les informó en qué iba a consistir su participación en vigilia. Con estos datos podemos ver que para que tenga más confiabilidad la anestesia bajo estado hipnótico es importante someter a los participantes primero en vigilia para poder darnos cuenta de su resistencia al dolor ya que en el grupo 1 que primero se sometió al estado hipnótico tuvo menor resistencia al dolor porque comentaban que iban con dudas hacia lo que se les iba a aplicar. Además que con los datos de la investigación nos dimos cuenta que es importante que el hipnotizador explique a los participantes en qué consisten las sesiones antes de dar inicio, como vimos es un factor importante porque da pie a que él o los participantes puedan confiar en el hipnotista y no tengan dudas y se pueda dar simplemente un trance ligero como menciona Hilgard y Hilgard (1990), el rapport es un factor determinante, en tanto que promueve la confianza, motivación, seguridad, etcétera en el paciente.

La cultura y la educación son factores importantes tanto para la susceptibilidad como para el grado de profundidad que logre alcanzar el sujeto. Otro factor importante o punto central es la atención al hipnotista, donde el sujeto sea capaz de responder con cierta exactitud a las sugerencias dadas en charlas pre-inductivas, es importante mencionar que sólo se seguirán

las sugerencias que estén acordes con sus deseos y necesidades (Lerner, 1964).

De acuerdo con Luria (1979), quien define la atención como un proceso selectivo de información, agrega que si existe selectividad, la cantidad de la información sin opciones sería tan grande y desordenada, que ninguna actividad sería posible.

Un punto importante es el que menciona Brow (1982), quien afirma que la concentración varía de persona a persona, esto lo podemos observar con los participantes, pues tenían diferentes maneras de concentración ya que algunos mencionaban que les molestaban ciertos ruidos o que les era difícil concentrarse cuando otras personas los observaban, o sentían la presencia de la cámara de vídeo sólo en algunos casos fue necesario voltear totalmente el sillón y retirar la cámara de vídeo hasta que el participante entrara en un trance ligero se procedía a grabar la sesión.

En lo que respecta a la escala utilizada para medir el dolor (1 a 10), se realizó bajo estos parámetros para poder convertir fácilmente los datos en números. Asimismo, para que los participantes no se vieran sujetos a tener que reducir su dolor a un reporte verbal que desviaran sus interpretaciones, es decir, el participante podría haber calculado su dolor como muy exagerado (10) o sin dolor (1) como lo cita Word (1979).

Una escala similar fue utilizada por Moret y col. (1991), cuyo objetivo era medir la intensidad del dolor inducido por presión fría; la escala consistía

en elegir un estímulo discriminativo que estuviera asociado con el grado del dolor, esta iba desde ausencia de dolor a un dolor máximo, pasando por “poco”, “moderado” y “severo”.

En nuestro estudio se encontró que en ambos grupos tuvieron gran heterogeneidad en sus respuestas, pero también se observó que los hombres muestran menor nivel de dolor bajo hipnosis y vigilia excepto un participante del grupo 2 (Marco) quien calificó el dolor exagerado en ambas situaciones por las razones ya antes explicadas. Otros participantes del grupo 1 (Carlos), también calificó el dolor como exagerado debido a que el no entró en un trance muy profundo reportando cierto miedo a los cambio que experimentaba y en vigilia también reportó un alto nivel de dolor debido a que no le gusta la temperatura fría del agua.

El grupo de las mujeres mostró un mayor nivel de dolor tanto en hipnosis como en vigilia.

La razón por la cual se hizo una comparación del género de los pacientes fue para observar si existían diferencias significativas en cuanto al nivel del dolor. Se encontró que no hubo notables diferencias en vigilia e hipnosis.

Como menciona Hartland (1974), al parecer los individuos que son más difíciles de entrar en un estado hipnótico y al lograr ser hipnotizados entran a un estado de hipnosis más profundo y presentan notable reducción del dolor ante la aplicación de estímulos nocivos. Es de destacar que aunque los sujetos

no sentían dolor o que esté sea menor ante la aplicación de estímulos nocivos, experimentan las respuestas fisiológicas habituales a el.

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

En la presente investigación se tomó la presión arterial con el fin de observar si antes, durante y después del estado hipnótico presentaban cambios en su presión arterial en la situación de meter la mano en la cubeta con hielo, donde dos de los participantes del grupo 1 (Carlos y Elena) tuvieron una ligera disminución de la presión arterial; por otra parte Ricardo presentó un ligero aumento en su presión arterial que provocó una alteración en su comportamiento. En el grupo 2, sólo Nicolás fue el que presentó un ligero aumento en su presión arterial, debido a que durante la sesión él imaginó que se encontraba en una situación donde estaba corriendo por lo que creemos que esto aumentó su presión arterial.

En el registro de respuestas verbales, ambos grupos respondieron homogéneamente, ya que la mayoría de los participantes decían sentir su mano entumida con sensación de “piquetes”, “muy fría”, otros más sentían



muy caliente su mano y ciertos calambres que les provocaban dolor cuando permanecían en vigilia.

Bajo estado hipnótico se presentó una homogeneidad en sus respuestas siendo la más frecuente la de no sentir nada y unos más optaron por cambiar la posición de su mano. Con estos resultados podemos ver que el dolor es reducido considerablemente.

Por otra parte en el registro de las respuestas de la piel ambos grupos no mostraron tener ningún cambio de color en la piel en vigilia ni antes, ni después de la introducción de la mano en la cubeta con hielo. Y en hipnosis surgieron algunos cambios como la temperatura debido a que tenían la mano muy fría, otro cambio fue la coloración de la piel, debido a que en algunos había presencia de puntos blancos y en otros su mano era muy roja. En este registro observamos que el hecho de tener la mano más del tiempo que toleraba en estado de vigilia provocó las respuestas de la piel.

Por último en el registro de respuestas gestuales que se presentaron en los dos grupos en estado de vigilia existieron una serie de gestos, los cuales fueron ceño fruncido, labios apretados, puños cerrados, cejas levantadas y contraídas; ojos muy abiertos, parpadeo rápido, movimientos constantes de cabeza y ojos, estas respuestas fueron las que más se presentaron, mientras que durante el estado hipnótico no hubo respuestas gestuales. En ambos grupos sólo un participante del grupo 2 (Guadalupe) fue la que presentó

gestos como fruncir la nariz y la frente hasta el momento en que retiró la mano de la cubeta con hielo.

Hartland (1974), menciona que la hipnosis es esencialmente un estado especial que por lo general es inducido en una persona por parte de un profesional del trance hipnótico. Es un estado mental el cual las sugerencias no sólo son aceptadas con más facilidad que en el estado de vigilia, sino que actúan en forma más poderosa que en la que sería posible en condiciones normales. En otras palabras, el estado hipnótico va siempre acompañado de aumento en la sugestionabilidad del sujeto.

## *CONCLUSIONES*

Con la elaboración de este trabajo nos dimos cuenta de la importancia de la hipnosis dentro del alivio del dolor y de otros tratamientos con fines terapéuticos que pueden ser solucionados a través del fenómeno hipnótico.

Con el paso de los años, la relevancia que ha cobrado la hipnosis ha ido en aumento debido a que el interés de profesionales como no profesionales es cada vez mayor, lo que ha abierto más campo a la investigación puesto que es una ruta que brinda una gran gama de exploraciones.

Con los resultados obtenidos de la investigación se ha logrado determinar una serie de técnicas a tratar para la reducción de algunos problemas, como los desórdenes involuntarios por ejemplo el asma, dolor de cabeza, hipertensión, alteraciones dermatológicas ya que son poco controlados por los sujetos. Dentro de los desórdenes voluntarios se encuentran el tabaquismo, obesidad, alcoholismo, etcétera. Además de estudios científicos con arduas aplicaciones y beneficios, cuyos resultados muestran la veracidad de las aplicaciones terapéuticas con tratamiento hipnótico.

Por otra parte cabe mencionar al dolor como un fenómeno natural del organismo donde la hipnosis resulta una herramienta importante para el control del dolor donde ayuda a su eliminación.

Este trabajo se llevó a cabo con la inducción del dolor bajo estado hipnótico y vigilia con el fin de observar si el dolor era controlado bajo estado hipnótico y comprobando sus resultados con el estado de vigilia, encontrando claramente a la hipnosis como un analgésico eficaz par el control y disminución del dolor.

Dentro de las limitaciones que se presentaron en la elaboración de este trabajo fue el control de la temperatura del agua ya que para todos los participantes fue variable puesto que no se contó con un termómetro, otra de las limitaciones fue que a los dos grupos no se les dijo en que consistiría su participación únicamente se les informó cuando se tenía que hacer la sesión en vigilia, por lo que pensamos que si se les daba la información en la sesión de hipnosis podría influir para que no entraran en un trance profundo, de acuerdo a los resultados se intuye que el grupo 2 presentó mayor tiempo de duración de inducción de la mano debido a que la primer condición para ellos era en vigilia.

Esta investigación la podemos vincular con más proyectos relacionados al dolor como por ejemplo dolor de cabeza, dismenoréico, etcétera; en el sentido de que si experimentalmente provocamos y ayudamos al control del dolor bajo hipnosis en los padecimientos ya mencionados de esta manera se pueden llevar a cabo los grandes beneficios que trae con sigo la hipnosis aplicada en las terapias, de igual manera con este tipo de trabajos se ayuda y se promueve aún más el estudio de la hipnosis.

También sería importante que más personas interesadas en el fenómeno hipnótico contribuyan en futuras investigaciones acerca del dolor controlado en cirugías de bajo riesgo que muestren con mayor amplitud los alcances de la hipnosis.

Además, con este trabajo se contribuye a una línea de trabajo que abre más puertas al tratamiento terapéutico.

## ***REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

- Arteaga, P. (1955). ***Hipnotismo, Magnetismo y Sugestión***. México: Divulgación.
- Bartlett, K. (1966). "An instance of trance induction in deaf mute by pantomime and the patient's". ***American Journal Clinica Hypnosis***. Vol 14. P. 122-124.
- Brown, W. (1982). ***Guía de estudio efectivo***. México: Trillas.
- Caballo, V. (1991). ***Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta***. Barcelona: Siglo XX.
- Chaurchard, P: (1971). ***Hipnosis y sugestión***. Barcelona: Oikos.
- Chertok, L. (1985). ***Lo conocido y lo desconocido en psicoterapia***. México: Fondo de Cultura Económica.
- Chertok, L: (1992). ***¿Qué Sé ? Hipnosis y Sugestión***. México: Publicaciones Cruz.
- Crasilneck, H. And Hall, Y. (1975). ***Clinica Hypnosis: Principles and Applications***. Nueva York: Grune and Stratton.

- Davis, A. (1982). *Tratamiento de enfermedades por el hipnotismo y sugestión*. México: Editores Unidos Mexicanos.
- Durand de Bousingen, R. (1992). *¿Qué Sé? La Relajación*. México: Publicaciones Cruz.
- Eguiluz, R. (1984). *El perfil profesional del psicólogo*. México: unidad elaborada en el área de Metodología y Psicología Aplicada Laboratorio. U.N.A.M. ENEP Iztacala.
- Estrabooks, G. (1981). *Problemas actuales de la hipnosis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Granone, F: (1972). *Tratado de hipnosis*. Barcelona: Científico Médica.
- Hartland, J. (1974). *La hipnosis en medicina y odontología*. México: Continental.
- Hawkins, P. (1992). En: *Greek Encyclopedia of psychology*. University of Sunderlans.
- Hilgard, E. Y Hilgard, J. (1990). *La hipnosis en el alivio del dolor*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Jacobson, E. (1977). The originals and development of progressives relaxation. En : *Journal of Behavioral*. Vol. 67 P. 35-48.
- Jinich, H. (1975). *Nosología básica integral*. México: Francisco Méndez Oteo.
- Kagan, P. (1971). *Hypnotics*. Edited by Hawood.
- Kaplan, H. M. (1988). *Compendio de psiquiatría*. México: Salvat.
- Kingsbury, C. (1972). *"Hipnosis práctica"*. Buenos Aires: Glem.
- Lenox, J. R. (1970). "Effect of hypnotic analgesia on verbal report and cardiovascular responses to ischemic pain". *Journal of abnormal psychology*.
- Lerner, M. (1964). *Hipnosis clínica, relajación e hipnoanálisis*. Buenos Aires: Panamericana.
- Luria, A. (1979). *Atención y Memoria*. Barcelona: Fontanella.
- Macia, A. (1990). *Aplicaciones clínicas de evaluación y modificación de conducta*. Estudio de casos. México: Pirámide



- McGlashan, T. H., Evans, F. Y Orne, M. (1969). *The nature of hypnotic analgesia and the placebo response to experimental pain.* Psychosomatic Medicine.
- Melzack, R. And Wall, P. (1965). "Pain, Mechanism: A new theory". *Science.* Vol. 150 P. 153-164.
- Moret, V., Foster, A., Tavorriere, M., Lambert, H., Gaillard, R., Bourgeois, P., Haynal, A., Gameperle, M., and Buchser, E. (1991). "Mechanism of analgesia induced by hipnosis and acupunure: Is a there a defference? ". *Pain.* Vol. 45 P. 135-140.
- Moss, A. (1961). *Hipnodoncia o hipnosis en Odontología.* Buenos Aires: Mundi.
- Norman, D. (1973). *El procesamiento de la información en el hombre.* Buenos Aires: Paidos.
- Parra, F. (1984). *De la hipnosis a la Sofrología.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Portuondo, J. (1974). *Hipnoterapia.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rager, G. (1982). *Hipnosis, Sofrología y Medicina.* México: Editores Unidos Mexicanos.

Rhodes, R. (1960). *Hipnosis, Teoría, Práctica y Aplicación*. México: Aguilar.

Rogers, C. (1981). *Hipnosis, Autohipnosis y Parapsicología*. México: Editores Unidos Mexicanos.

Sachs, L. B. (1975). "Training moderately susceptible hypnotic subjects to reduce pain by hypnotic analgesia suggestions". *Journal of abnormal psychology*. Vol 76 P. 206-210.

Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. Nueva York: Capricor books.

Tordjam, G. (1978). *Cómo aprender la hipnosis*. Barcelona: Argos

Valdéz, S. (1994). *La hipnosis en el alivio del dolor físico provocado por un agente externo*. México: U.N.A.M. ENEP Iztacala.

Van Pelt, S. (1963). *Secrets of hypnotism*. Hollywood: Wilshire. Book Company.

Vargas, G. (1989). *Algunos efectos experimentales de la influencia de la hipnosis en el proceso de atención de alumnos de educación media básica*. México: U.N.A.M. Facultad de Psicología.

Wadden, T. and Anderton, C. (1982). "The clinical use of hypnosis" En:  
***Psychological Bulletin***. Vol. 2 P. 215-243.

Weigzenhoffer, A. (1967). ***Técnicas generales de hipnotismo***. Buenos  
Aires: Paidós.

Word, F. (1979). ***Pain: Its natures analisis and treatment***. Nueva  
York: Churchill Livingtone.

***ANEXOS***

# ***ANEXO 1***

## ***REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL***

NOMBRE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

***ANTES***

<b>VIGILIA</b>	<b>HIPNOSIS</b>

***DURANTE***

<b>VIGILIA</b>	<b>HIPNOSIS</b>

***DESPUÉS***

<b>VIGILIA</b>	<b>HIPNOSIS</b>

HORA DE INICIO

HORA FINAL

-----

-----

## *ANEXO 2*

### *REGISTRO DE RESPUESTAS GESTUALES*

Nombre:

Antes de la sesión:

Durante la sesión:

Después de la sesión:

Anotaciones:

## ***ANEXO 3***

### ***REGISTRO DE RESPUESTAS OBSERVABLES DE LA PIEL***

Nombre:

Antes de la sesión:

Durante de la sesión:

Después de la sesión:

Anotaciones:

## *ANEXO 4*

### *REGISTRO DE RESPUESTAS VERBALES*

Nombre:

Tienes alguna sensación en tu mano:

Que sientes en general:

Algún tipo de dolor    SI                    NO

¿Cuál ?

De que intensidad

Dime todas las sensaciones que sientas:

Notas:



**TABLA 1**

Duración de cada participante en la situación de meter la mano en una cubeta con hielo en estado hipnótico y estado de vigilia.

**GRUPO 1**

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HIPNOSIS</b>	<b>VIGILIA</b>
<b>CARLOS</b>	32 seg.	16 seg.
<b>ELENA</b>	60 seg.	18 seg.
<b>RICARDO</b>	94 seg.	18 seg.
<b>ALMA</b>	240 seg.	34 seg.
<b>NIDIA</b>	180 seg.	11 seg.

**GRUPO 2**

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>HIPNOSIS</b>	<b>VIGILIA</b>
<b>MARCO</b>	20 seg.	02 seg.
<b>NICOLAS</b>	360 seg.	51 seg.
<b>GUADALUPE</b>	120 seg.	25 seg.
<b>ALEJANDRA</b>	56 seg.	15 seg.
<b>CESAR</b>	423 seg.	57 seg.

FIG 1. TIEMPO DE INTRODUCCION DE LA MANO EN CUBETA CON HIELO

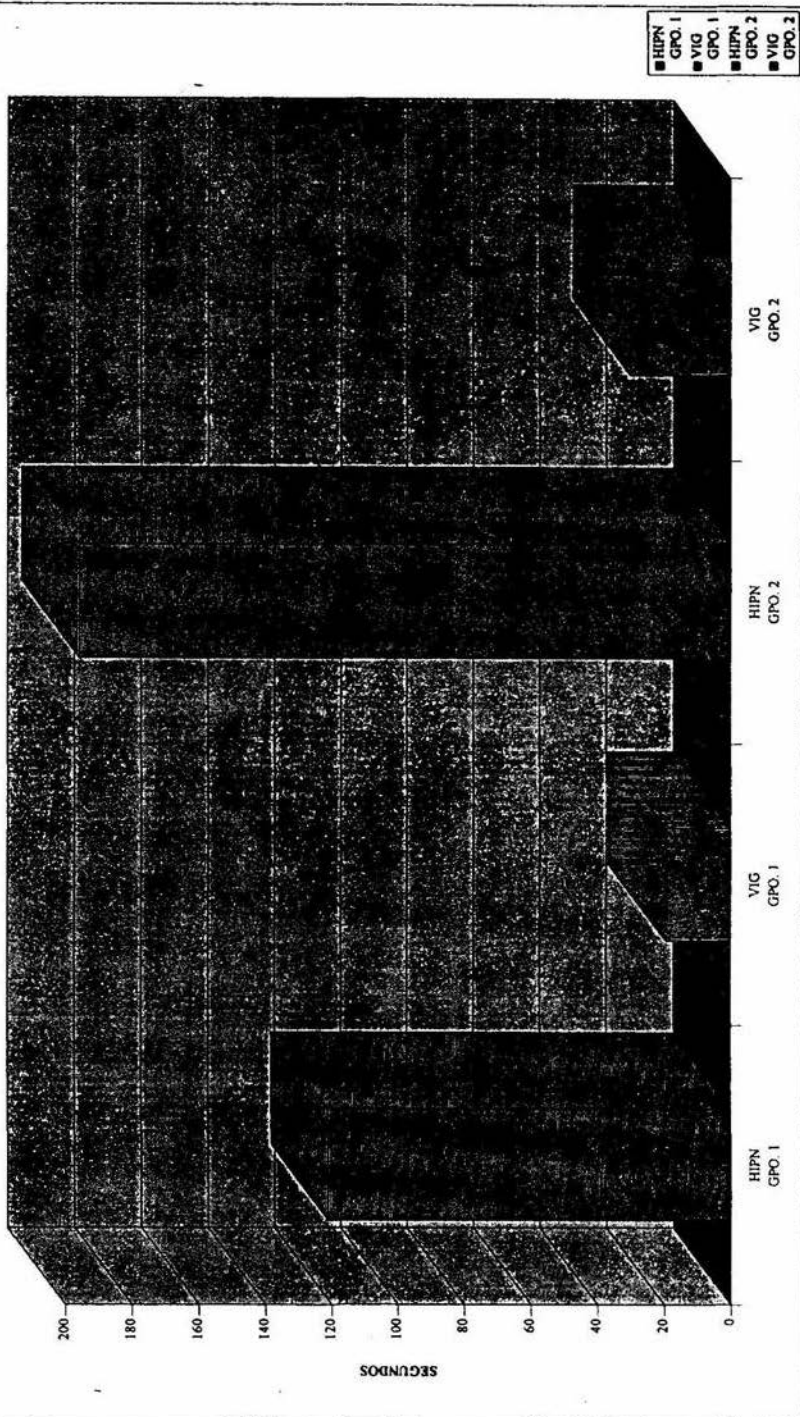


FIG 2. ESCALA DE DOLOR

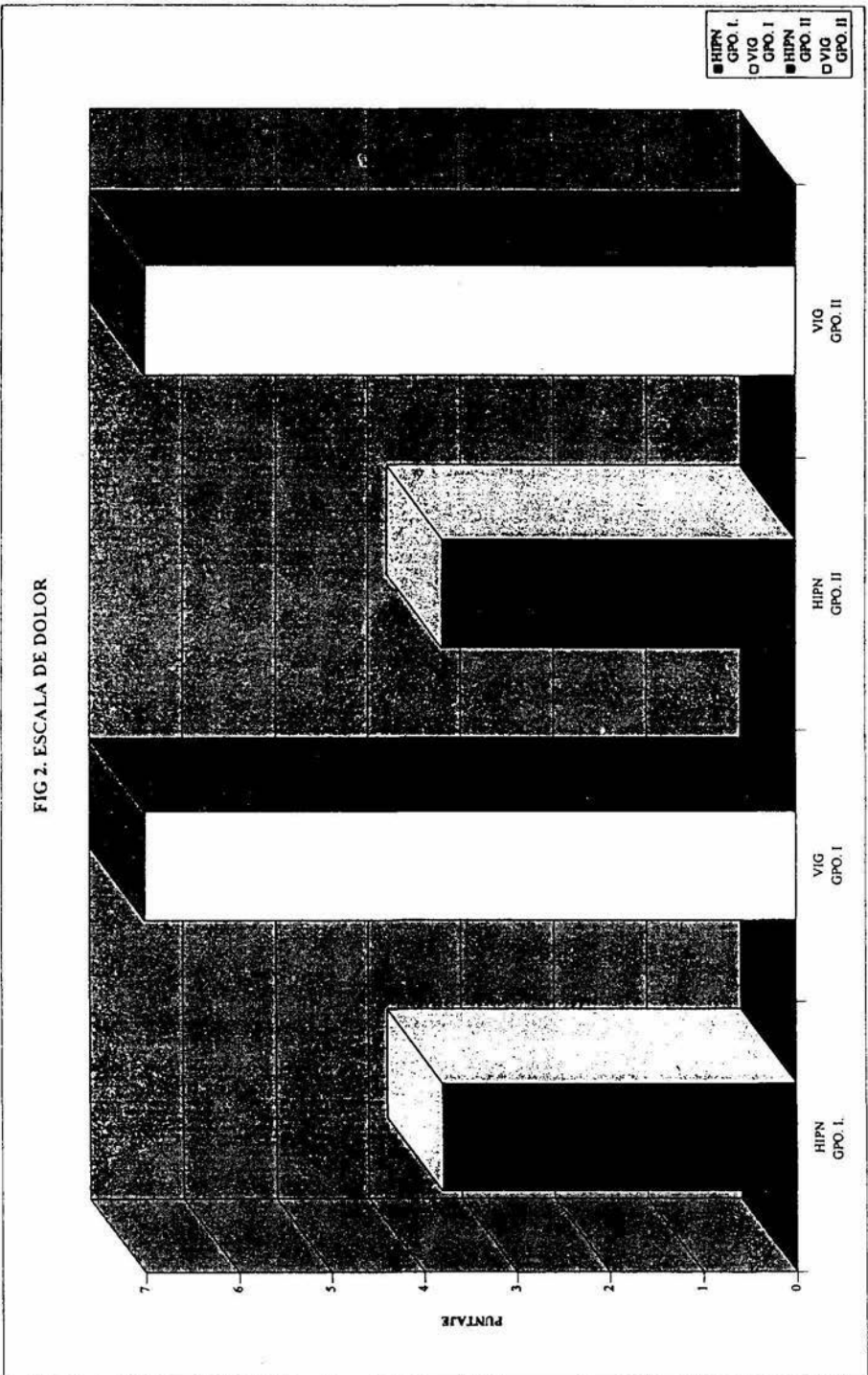
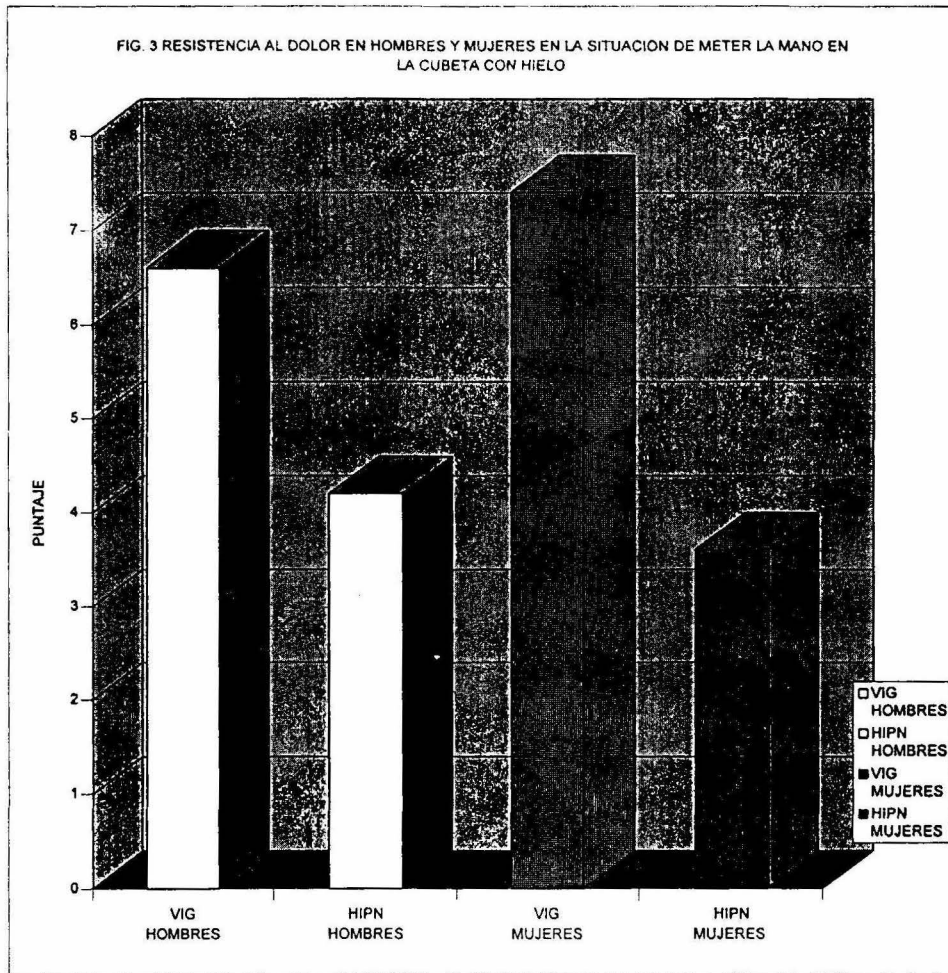


FIG. 3 RESISTENCIA AL DOLOR EN HOMBRES Y MUJERES EN LA SITUACION DE METER LA MANO EN LA CUBETA CON HIELO



**TABLA 2**

Presión arterial tomada antes, durante y después de la intriducción de la mano en la cubeta con hielo.

**GRUPO 1**

PARTICIPANTES	HIPNOSIS			VIGILIA	
	ANTES	DURANTE	DESPUES	ANTES	DESPUES
CARLOS	100/80	100/80	90/70	100/80	100/80
ELENA	100/80	100/80	90/70	100/80	100/80
RICARDO	100/70	100/80	100/70	100/70	100/70
ALMA	90/70	90/70	90/70	90/70	90/70
NIDIA	90/70	90/70	90/70	90/70	90/70

**GRUPO 2**

PARTICIPANTES	HIPNOSIS			VIGILIA	
	ANTES	DURANTE	DESPUES	ANTES	DESPUES
MARCO	100/70	100/70	100/70	100/70	100/70
NICOLAS	90/70	90/80	90/70	90/70	90/70
GUADALUPE	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60
ALEJANDRA	90/70	90/70	90/70	90/70	90/70
CESAR	90/70	90/70	90/70	90/70	90/70

## ***ANEXO 10***

### ***INDUCCIÓN DE HIPNOSIS***

Una vez resueltas todas las dudas que tenía el paciente hacia la hipnosis se le pidió que se sentará cómodamente en el sillón y fije su mirada en un punto en el techo, que nunca deje de ver ese punto y siga todas las indicaciones que se la van a dar, se le pide que de tres respiraciones muy profundas y que nunca deje de ver ese punto que el eligio mientras tanto se va relajando poco a poco, ahora imagina tus pies, sientelos, deja que tus músculos se relajen..., se suelten, así como tus pantorrillas, tus piernas, siente como todos tus músculos se relajan..., tu estómago, tu espalda toda tensión desaparece..., sientelo..., mientras tus ojos se sienten cada vez más y más pesados ..., más y más pesados..., tiene ganas de cerrarse..., relájate..., relájate..., y no dejes que nada ni nadie perturbe esa tranquilidad..., ahora siente tus músculos de las manos tus dedos como se sueltan..., se relajan..., tu cuello..., tu pecho..., toda tensión desaparece y siente como tus respiraciones son lentas..., más tranquilas..., los músculos de tu cara se van relajando mientras tu respiras lento y muy profundo..., tus ojos están cansados y muy pesados..., muy pesados..., que se cierran de lo pesados que los sientes..., eso es muy suavemente..., ahora duerme..., duerme..., cada vez más y más profundamente..., tus respiraciones te permiten que tu duermas muy profundamente..., asimismo mi voz te permite descansar y dormir muy profundamente...,

## ***PROFUNDIZACIÓN DE HIPNOSIS***

Descansa y no pienses en nada..., únicamente en esa tranquilidad que esta experimentando tu cuerpo..., siente e imagina que estas en un lugar muy tranquilo..., donde no hay nadie solamente tu y la naturaleza..., observa el lugar..., es muy bonito..., respira lo fresco del ambiente..., puedes ver que a lo lejos se ve una cabaña..., sola..., camina..., no hay nadie..., es un lugar muy seguro..., que te permite sentirte muy bien..., muy agusto..., muy relajado ahora entra..., obsérvala..., en un rincón hay una chimenea muy bonita y junto a ella un sillón y una mesa con una vela, lo puedes ver..., mientras más te acercas puedes ver una ventana que te permite observar los árboles y escuchar el río..., escúchalo..., habré la ventana..., respira el aire de la naturaleza que es muy agradable..., ahora sienta te y observa ese paisaje y relájate..., respira muy lentamente..., disfruta este sueño..., estas muy agusto..., muy cómodo..., muy relajado..., puedes encender la vela que esta sobre la mesa..., observa la vela..., tiene una flama muy suave..., estable..., nada la mueve..., siéntete como esa flama que nada la perturba..., ahora mira hacia arriba..., hay un pequeño globo que tu mano izquierda puede tomar sin necesidad de que te pares..., siente como tu mano es muy ligera como el globo..., ahora tu mano va a empezar a subir junto con el globo..., porque tu mano es muy ligera..., muy ligera como el globo..., cuando cuente tres tu mano empezará a subir cada vez más y más alto..., uno..., cada vez esta más ligera y poco a poco va subiendo..., dos..., sube más y más..., tres..., ahora sube cada vez más y más..., conforme sube tu mano..., aumenta más y más tu sueño..., ahora cuando yo cuente tres tu mano caerá como una toalla muy mojada..., muy pesada..., uno..., tu sueño es más profundo..., dos..., tu sueño cada vez más y más profundo..., tres..., ahora cae..., tu sueño en estos momentos cayo en un estado más profundo...,

## ***ANESTESIA DEL BRAZO***

“Ahora sigue observando la cabaña... puedes observar que abajo de esa pequeña mesita hay un guante de metal tómallo obsérvalo..., se parece al de un guerrillero..., esta acolchonadito por dentro..., ponte el guante..., esta hecho a tu medida..., es muy suavcito..., en estos momentos te podrían golpear tu mano izquierda y no sentir nada..., es como si toda sensación desapareciera de tu mano..., compruébalo golpeando esa mano..., no siente nada..., toda sensación ha desaparecido de tu mano..., es como si te hubieran anestesiado..., tu sueño se va haciendo cada vez más profundo..., agradable... tus respiraciones se hacen lentas..., en estos momentos una ola de calor invade tu cuerpo..., y tu mano esta totalmente insensible..., tu mano no tiene sensaciones..., es diferente a la derecha..., tu mano izquierda es como si estuviera bloqueada..., las sensaciones de esa mano se va perdiendo..., se van perdiendo cada vez más y más..., tu piel es insensible..., como un cuerpo muerto..., cada vez tu mano es más insensible..., completamente anestesiada..., esto es muy agradable..., pues la mano queda libre de toda molestia..., incapaz de sentir alguna molestia...,”

(Se prueba la anestesia pellizcando la mano para proceder a meter la mano en la cubeta con hielo hasta el tiempo que la tolere).

“... totalmente insensible... y tu sueño se va haciendo cada vez más y más profundo..., ahora las sensaciones de tu mano izquierda van a regresar..., poco a poco las sensaciones de tu mano regresan..., retira el guante y tu mano percibirá todo tipo de contacto..., cuando yo te despierte de este sueño tu mano estará totalmente normal como la derecha...,”.



## ***SALIR DEL TRANCE***

Ahora cuando yo cuente cinco te despertarás y abrirá lo ojos muy lentamente..., y estarás muy agusto..., muy relajado y tranquilo muy tranquilo...,muy tranquilo..., muy relajado..., e iras cobrando energías..., uno..., despertarás muy agusto..., dos..., muy relajado y tranquilo..., tres..., para la siguiente sesión caerás más profundamente en el sueño hipnótico..., cuatro..., dormirás más rápido y fácilmente..., cinco..., despierta, abre tus ojos.