

79



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS - IZTACALA

TESIS EMPIRICA

LA HIPNOSIS EN LA ELIMINACION
DEL INSOMNIO

Lic. en Psicología

POR:

LETICIA HERNANDEZ ACOSTA

DIRECTOR DE PROYECTO:
LIC. FRANCISCO JAVIER RODRIGUEZ GARCIA

ASESORES:
MTRO. JOSE DE JESUS VARGAS FLORES
LIC. JOSELINA IBAÑEZ REYES



IZTACALA

LOS REYES IZTACALA,

2001

290888



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES

Tan diferentes y tan afines
les doy las gracias por
permitirme disfrutar de una
familia y de contar con su
apoyo, les dedico esta obra
con todo mi cariño.

A MIS HERMANOS

Araceli la primer compañera en
la vida, gracias por dedicarme tu
tiempo y tu saber que para mí
son invaluable.

Roberto mi único hermano te
agradezco tu apoyo
incondicional en los momentos
dificiles y deseo compartir esto
contigo

Isabel eres tan pequeña y tan
importante tu opinión, a los 3 les
dedico este momento que saben
que me ha costado mucho... los
quiero mucho

INDICE

Introducción.....	3
Capítulo 1 Hipnosis.....	16
1.1 Antecedentes históricos de la hipnosis.....	17
1.2 Definición del estado hipnótico.....	24
1.3 Mitos sobre la hipnosis.....	26
1.4 Principales características del estado hipnótico.....	28
1.5 Procedimiento de la inducción hipnótica.....	32
Capítulo 2 El sueño.....	35
2.1 Etapas del sueño.....	38
2.2 Trastornos del sueño.....	47
2.3 Insomnio.....	49
2.3.1 Frecuencia.....	50
2.3.2 Clasificación.....	51
2.3.3 Características fisiológicas del insomne.....	52
2.3.4 Causas del insomnio.....	52
2.4 Tratamiento farmacológico del insomnio.....	64
2.5 Influencia de los factores psicológicos en el padecimiento del insomnio.....	65
2.5.1 Consecuencias del insomnio.....	67
2.6 Tratamiento psicológico del insomnio.....	67
2.6.1 Terapias de relajación.....	67
2.6.2 Higiene del sueño.....	69
2.6.3 Terapia de control de estímulos.....	70
2.6.4 Restricción del tiempo en la cama.....	70
2.7 Hipnosis en el tratamiento del insomnio.....	70
Método.....	
3.1 Sujetos.....	78
3.2 Ambiente físico.....	78
3.3 Instrumentos.....	79
3.4 Diseño.....	79
3.5 Procedimiento.....	79
Resultados.....	89
Discusión.....	94
Conclusiones.....	98
Referencias.....	
Apéndices.....	

RESUMEN

La finalidad del presente estudio fue demostrar la eficiencia terapéutica de la técnica de hipnosis para el tratamiento del insomnio psicofisiológico modificando los parámetros de sueño latencia, tiempo total de sueño y número de despertares por medio de las sugerencias en estado hipnótico. Participaron 9 pacientes de manera voluntaria con insomnio crónico psicofisiológico. Se utilizó un diseño preexperimental de prueba-postprueba con un sólo grupo. Según los resultados de la prueba "t" de student hubo un cambio significativo en los parámetros de sueño después del tratamiento llegando a la siguiente conclusión: la técnica de hipnosis es una buena coadyuvante en el tratamiento del insomnio psicofisiológico ya que es una técnica que permite modificar los pensamientos específicos de "necesidad de dormir" a "tan sólo relajamiento" lo cual facilita la relajación muscular y la actividad cognitiva intensa que son factores determinantes para que sobrevenga el sueño.

El estado hipnótico es uno de los fenómenos que dentro del área de medicina y psicología despierta polémica y frecuentemente se le relaciona con la charlatanería o prácticas carentes de bases científicas; u otras muchas veces se le relaciona con la teoría psicoanalítica, por tanto es conveniente esclarecer ¿qué es el estado hipnótico?. Para esto se comenzará por sus antecedentes históricos para continuar con sus aplicaciones y algunas teorías que han tratado de explicar dicho fenómeno.

El estado hipnótico fue practicado y utilizado por el hombre primitivo, el cual consideraba que tal estado era ocasionado por fuerzas sobre naturales siendo necesario invocar la ayuda de los dioses; también en la Edad Media se pensaba que las curaciones eran efectuadas por estatuas, arroyos, incluso le daban la facultad para curar a los reyes. No fue hasta el año de 1530 cuando no conforme con la idea de que los fenómenos de trance eran manifestaciones de encantamientos mágicos u obra de espíritus, Paracelso, formuló una teoría señalando que las estrellas influían sobre los hombres y viceversa; a partir de esto en 1765, Franz Mesmer afirmaba que existía una influencia de los planetas sobre la salud humana mediante un fluido magnético invisible (llamado fluido del magnetismo animal); también pensaba que la voluntad humana podía manejar ese fluido, produciéndose así notables efectos sobre la salud y la conductas de las personas (Hartland, 1974).

El segundo periodo del magnetismo animal (aproximadamente hacia el año de 1787) se caracterizó por el descubrimiento de uno de los seguidores de Mesmer, El Marqués de Puységur que describió el sonambulismo animal, que según aquel tiempo era una clase de sueño en la cual las ideas y las acciones de la persona magnetizada podían ser dirigidas por el magnetizador.

En esta época los fenómenos del trance sólo eran de interés para los actores en las ferias ambulantes, ya que los médicos se negaban a estudiar dicho fenómeno porque no lo consideraban cierto o genuino.

Aproximadamente, en 1841 James Braid dio cuenta de que no existían fluidos misteriosos que producían el trance sino que los fenómenos se debían sólo a la sugestión, actuando sobre un sujeto cuya sugestionabilidad había sido incrementada en forma artificial (Hartland, 1974). Fue Braid quien deshechó los términos de mesmerismo sustituyéndolos por hipnotismo.

Posteriormente el neurólogo Charcot gracias a su fama le dio una gran extensión a los fenómenos hipnóticos como genuinos, es decir, para esta época la medicina ya había considerado estudiar estos fenómenos, sin embargo, también gracias a Charcot la hipnosis se consideraba como un fenómeno patológico similar a la histeria producido por una constitución nerviosa anormal.

Poco después estas afirmaciones fueron refutadas con varios estudios y otra vez la hipnosis llegó a ser considerada como una manifestación normal. Fue Sigmund Freud quien volvió a opacar la imagen de la hipnosis rechazándola a favor del uso de la técnica de asociación libre dentro del psicoanálisis.

Posteriormente, la escasez de psiquiatras durante la primera guerra mundial, provocó la necesidad de idear otros métodos para reducir los traumas de los soldados y a partir de ahí, se fomentó el reconocimiento de las aplicaciones de las técnicas de la hipnosis hasta en la actualidad.

La hipnosis tiene sus aplicaciones principalmente en el área clínica y van desde la utilidad en la cirugía dental como anestésico, hasta la obstetricia, también en jaquecas, tics, o incluso en desórdenes menstruales, padecimientos dermatológicos y trastornos del sueño como el insomnio, fenómeno el cual, será considerado en el presente proyecto y que será ampliado más adelante.

Por otra parte, es importante reconocer la utilidad de la técnica hipnótica para modificar la conducta lo cual es fundamental para el psicólogo, tanto a nivel práctico como a nivel teórico.

Con relación a lo anterior es conveniente revisar algunas teorías que han tratado de explicar la naturaleza de la hipnosis.

Específicamente Freud, señalaba que existía una semejanza entre el estado hipnótico y el estar enamorado ya que según él, la susceptibilidad del estado hipnótico es debido a un deseo inconsciente de gratificación libidinosa por su parte, es decir, de acuerdo con esta teoría existe una relación erótica entre el hipnotizador y el sujeto.

Definitivamente el punto de vista de Freud es limitado, ya que anula la explicación del estado hipnótico reduciéndolo al deseo inconsciente de gratificación libidinosa, pero en sí no da una explicación del ¿por qué? y bajo ¿qué? Condiciones se puede inducir dicho estado.

Resulta importante señalar que Freud consideraba a la hipnosis como una herramienta o instrumento para explorar el inconsciente que era objeto de su estudio y así excluyó el interés por profundizar en la explicación del fenómeno.

En la teoría de los reflejos condicionados, la cual, se basa en los trabajos de Pavlov considera a la hipnosis como un estado psicológico producido por un condicionamiento de toda la vida en el curso de la cual ciertas palabras tienden a actuar como el estímulo condicionado para producir efectos debidos a una larga asociación. Por ejemplo, cuando se menciona a un sujeto la palabra sueño, éste lo asocia con sensaciones de cansancio, pesadez y somnolencia y la repetición constante de estas palabras produce un estado en el cual el sujeto ha asociado dicho estado con esas palabras.

Sin embargo, tanto la teoría psicoanalítica, como las teorías de los reflejos condicionados, no explican ¿qué? es el estado de hipnosis, Pavlov menciona a través de qué se llega a la hipnosis y Freud se inclina a explicar la relación hipnotizador-hipnotizado, dejando fuera la explicación en los casos de hipnotización por medio de espejos o discos, tampoco es común que se asocie cualquier objeto inanimado con la idea de trance hipnótico, mediante un condicionamiento previo como lo ha sugerido la teoría de los reflejos condicionados.

Lo anterior sirve para concluir que hay casos particulares en los que se cumple lo expuesto por las teorías antes mencionadas pero no explican todos los casos.

La teoría de la sugestión a diferencia de las anteriores, no tiene un sólo representante, sin embargo, sus fundamentos se han construido a partir de muchos años de aplicación de los principios que sustenta, encontrando su corroboración.

Según esta teoría la hipnosis es un estado mental en el cual las sugestiones no sólo son aceptadas con más facilidad que en el estado de vigilia, sino actúan en forma más poderosa que en la que sería posible en condiciones normales. El estado hipnótico siempre va acompañado por un aumento en la sugestionabilidad del sujeto.

La teoría de la sugestión, implica varias cuestiones importantes de considerar como: ¿qué es sugestión y sugestionabilidad? Las cuales se explicarán a continuación.

En primer momento se debe entender como sugestión al proceso mediante el cual un individuo acepta una proposición que se le hace y sugestionabilidad es el grado hasta el cual se inclina hacia la aceptación de ideas o proposiciones sin emplear la facultad de crítica que está parcial o totalmente suprimida.

Lo anterior implica aceptar el concepto de mente inconsciente y mente consciente y aunque han existido múltiples definiciones al respecto se podría resumir en que la primera es la porción de la mente en la que se asientan nuestros recuerdos, nuestras experiencias y todo lo que aprendemos, siempre está influyendo en nuestros pensamientos y en nuestra conducta, sin embargo, por lo general, ignoramos su existencia (Hartland, 1974).

Otra característica fundamental para la hipnosis consiste en que la mente inconsciente puede desempeñar las funciones de la mente consciente a excepción del poder de crítica y rechazar cualquier sugestión pero en un estado hipnótico profundo.

Algo de suma importancia y que se puede rescatar de la teoría de la sugestión son los efectos que tiene la utilización de las sugerencias durante el estado hipnótico. Estos efectos se pueden observar con el hecho de que se afectan los estados emocionales y como consecuencia suelen ocurrir cambios en las funciones corporales (a nivel sensorial, glandular, tono muscular, presión arterial, ritmo respiratorio).

Lo anterior se debe a que muchas funciones y actividades del cuerpo están controladas y reguladas por la mente inconsciente que podría estar relacionada con el sistema nervioso autónomo, el cual podría ser influido por el estado emocional (miedo, alerta, tristeza, alegría, etc.) aunque cabe señalar que aún no se sabe cómo las sugerencias pueden excitar o inhibir el sistema nervioso autónomo.

En resumen, se puede decir que el estado hipnótico dependerá de la supresión del poder de crítica o de rechazo que normalmente ejerce la mente consciente.

Por otra parte, desde el punto de vista de la teoría cognitivo-conductual, el estado hipnótico es un estado de elevada percepción y concentración sobre unos pocos estímulos relevantes del campo perceptivo. Al mismo tiempo la percepción de estímulos periféricos se bloquea o se reduce. En el proceso el individuo puede ser excepcionalmente receptivo a una nueva idea o conjunto de ideas, de modo que la resistencia pueda quedar reducida (Dowd, 1991).

Se podrían mencionar múltiples teorías acerca de la hipnosis, sin embargo, todo lo anterior sugiere que existe una gran dificultad para dar una definición única y precisa de lo que es el estado hipnótico.

Sin embargo, el estado hipnótico se ha utilizado para controlar el dolor, y algunas enfermedades psicosomáticas; también se ha utilizado como anestésico y en este caso se utilizará para modificar el ciclo de sueño en pacientes con insomnio por lo cual, es necesario considerar lo siguiente:

El sueño es un fenómeno del cual se desconoce su función con precisión, sin embargo, se sabe que es de vital importancia para el hombre y los problemas de dormir, también llamados trastornos del sueño provocan desde alteraciones de salud hasta conductuales (Luckie-Duque, Saita-Kamino, Hernández y Moran, 1997).

Obviamente, el interés principal en la presente obra no es abarcar el sueño desde un punto de vista médico-biológico, sino los efectos de la alteración de éste a nivel conductual o viceversa y ¿cómo? ciertas conductas que incluyen ciertos estados de ánimo, pueden influir, en este.

Como en otros muchos casos los estudios sobre el sueño han comenzado a partir de un mejor conocimiento de la fisiología, la neuroquímica y la anatomía funcional de éste, de los cuales se puede resumir que: el sueño al igual que la vigilia son funciones cerebrales en donde existe una interacción dinámica entre lugares específicos del cerebro (protuberancia, mencecéfalo y el diencéfalo) (Harmony y Alcaraz, 1987).

El sueño no es un estado uniforme en el que la actividad eléctrica simplemente difiere de la vigilia, sino es un proceso en el que los patrones de la actividad eléctrica cerebral van cambiando, estos cambios se pueden interpretar en relación con los diferentes niveles de conciencia. Según Corsi (1985), quien realizó una clasificación que abarca 5 fases, las cuales se describirán posteriormente en el capítulo 2, ya que dicha clasificación es extensa porque implica considerar aspectos neurológicos, pero de manera general estas fases constituyen el estado de vigilia, fase 1, fase 2, fase 3, fase 4 y sueño paradójico o sueño de movimientos oculares rápidos (MOR).

Tales periodos o fases tienen el carácter cíclico y aparecen 4 ó 5 veces por la noche pudiéndose suprimir la última fase.

Otro aspecto interesante del sueño, es su posibilidad de inducción independientemente de la administración de fármacos, por medio de una estimulación monótona o por la inmovilización, o también se puede evitar utilizando estimulaciones diversas, dependiendo de su significado. Es decir, que la transición de la vigilia al sueño, es un proceso cuya duración dependerá sobre todo de las circunstancias ambientales, de la predisposición y motivación del sujeto para dormir o no y de su estado emocional en general (Harmony y Alcaraz, 1987).

Según la Asociación Americana de Desórdenes del Sueño (ASDA) hay cuatro categorías principales de trastornos del sueño:

- Trastornos del ciclo vigilia-sueño. Se caracteriza por la incapacidad de dormir satisfactoriamente durante las horas socialmente destinadas al descanso y presentar somnolencia durante periodos de actividad. Ocurren en un 20% en las personas que trabajan en ocupaciones que implican cambio de horario y la alteración parece radicar en la dificultad para sincronizar su reloj biológico con la demanda del trabajo.
- Disfunciones asociadas con el sueño, etapas de sueño o vigiliadas parciales. Son fenómenos en los que durante el dormir se desarrollan actividades que usualmente son normales durante el periodo de vigilia.
- Las parasomnias. Son más frecuentes en los niños pero afectan también a los adultos y se tienen datos que es uno de los trastornos más frecuentes. Las manifestaciones más importantes son el sonambulismo y la noctilalia asociada con terrores nocturnos. Frecuentemente estas personas presentan manifestaciones de estimulación del sistema nervioso autónomo como taquicardia, sudoración, e hipertensión, así como la ambulación. La importancia de este grupo radica en que su presentación ocurre durante las etapas profundas del sueño por lo que lo sucedido no se recuerda produciéndose como consecuencia síntomas cuya causa la persona no identifica, como malestar general, fatiga, problemas musculares, lesiones físicas, desgaste dental, y lesiones severas como resultado de accidentes (Luckie, Saita, Hernández y Morán, 1997).

- Trastornos para iniciar y mantener el sueño. También se le conoce como insomnio que es la dificultad para conciliar el sueño o de sostenerlo por largos periodos (Corsi, 1985).

En un estudio realizado a 1000 individuos entre los 15 y 79 años de edad en 1994 dentro del Hospital Regional "1 de Octubre", ISSSTE, se encontró que la prevalencia de los trastornos del sueño es muy alta en la población general, ya que sólo el .8% de las personas participantes no presentaron trastorno alguno (Luckie, Saita, Hernández y Morán, 1997).

Entre los resultados obtenidos en dicho estudio, se encontró que la dificultad para dormir o para mantener la continuidad del sueño, representa uno de los problemas más comunes (cerca de 35% de los entrevistados).

Este trastorno del sueño frecuentemente está asociado con la enfermedad, el envejecimiento, el tratamiento con fármacos y con altos niveles de ansiedad provocados por alguna situación (Besterczey y Lipowski, 1997).

Las personas con insomnio pueden experimentar irritabilidad e incapacidad para concentrarse por lo que puede afectar la capacidad de tomar decisiones y para relacionarse con las personas allegadas.

La depresión y la ansiedad también pueden darse como resultado final de los trastornos de este tipo (Webster y Thompson, 1986) que por lo general aparecen después de los 15 años, es decir, es menos frecuente encontrar casos de insomnio en niños (García, 1987).

Una de las técnicas que frecuentemente se recomienda para controlar el insomnio es a través del uso de medicamentos como el zolpidem o las benzodiacepinas, sin embargo, el uso prolongado de medicamentos para el insomnio pueden perjudicar a los patrones naturales de sueño y alterar las funciones fisiológicas; también pueden causar tolerancia, dependencia psicológica y física, intoxicación y malestar (Álvarez, 1982).

Es evidente la necesidad de la aplicación de los conocimientos desarrollados por la psicología a los problemas de salud, hoy en día nadie niega que los problemas de salud requieren un enfoque multidisciplinar. Cuando una persona tiene un problema de ansiedad, de hipertensión, de cáncer o insomnio, necesita no sólo a su médico de cabecera, sino requiere de los conocimientos y de la atención de diferentes profesionales, entre ellos del psicólogo.

En muchos de los problemas de salud que son atendidos por el médico de la familia y por otros especialistas médicos, aparecen variables psicológicas importantes que afecten notablemente el desarrollo de los trastornos y el tratamiento de dichos problemas. Se dice que un 40% de atención primaria de nuestro sistema de salud, requieren ayuda psicológica (Cano, 1997).

Para resolver estos problemas se están poniendo en práctica programas multidisciplinarios de intervención en los que trabajan conjuntamente médicos y psicólogos. En estos programas se suministra información médica y psicológica. Esta última consiste en entrenar a los participantes en el control de sus emociones con técnicas de relajación, técnicas de solución de problemas, también se les entrena en modificación de conducta y hábitos para reducir las conductas peligrosas y favorecer las conductas más saludables.

En este caso, el tratamiento del insomnio exige muchas veces de una doble prescripción: farmacológica por un lado y psicológica por otro. Cuando una persona presenta ataques de ansiedad que le provoca insomnio se beneficia con los efectos rápidos de un fármaco, sin embargo, si sólo se presenta tratamiento químico la persona no se podrá curar porque la ansiedad además de tener base bioquímica presenta también una naturaleza cognitiva comportamental.

Por ello, si esta persona no aprende a manejar sus pensamientos y su conducta no sabrá controlar su ansiedad y persistirá el insomnio (Cano, 1997).

Otros métodos que suelen resultar sin riesgo de producir secuelas consisten en enseñar al paciente a controlar el estrés el cual es una de las causas principales del insomnio y así el sueño puede mejorar. Los ejercicios de relajación y autohipnosis efectuados a la hora de acostarse pueden ser efectivos para fomentar la calma y el sueño. Las intervenciones cognitivas del comportamiento que disminuyen la tensión asociada con el insomnio y cambian la meta de "necesidad de dormir" a tan sólo "relajamiento" pueden disminuir la ansiedad y fomentar el sueño (Horowitz y Breitbart, 1993).

Con relación a las intervenciones cognitivas del comportamiento sería oportuno mencionar nuevamente que la transición de la vigilia al sueño, es un proceso cuya duración dependerá de las circunstancias ambientales, de la predisposición y motivación del sujeto para dormir o no y de su estado emocional en general (Harmony y Alcaraz, 1987).

Cabe señalar que la teoría cognitivo-conductual, parte de la concepción de que la realidad es construida por los seres humanos y esta construcción sigue reglas y métodos y por lo tanto, es la forma en que el individuo interpreta la realidad, más que la realidad misma, la que produce los diferentes estados emocionales y por último, la conducta misma.

La conducta, según este enfoque no se deriva de incitaciones ambientales, sino que los procesos que tienen lugar en el cerebro la preceden y determinan la manera en que un organismo lleva a cabo un comportamiento complejo (Zumaya, 1993).

Las psicoterapias cognitivo-conductual enfatizan primeramente al componente cognoscitivo como prerrequisito a lo emocional entendiendo lo cognoscitivo como la formación, contenido, interconexiones y efecto dinámico de las ideas; (Arieti, 1978); y posteriormente a lo conductual en tanto es observable y por lo tanto, verificable. Estos dos componentes se interrelacionan dando lugar a un circuito de retroalimentación: pensamiento-emoción-conducta-pensamiento (Zumaya, 1993).

Por otra parte, en relación con el tratamiento del sueño es necesario retomar un aspecto importante; su posibilidad de inducción independientemente de la administración de fármacos por medio de una estimulación monótona, la cual se utiliza para inducir a un sujeto en estado hipnótico.

Hartland, (1974) en un estudio logró eliminar el insomnio por medio de la técnica de hipnosis utilizando de 3 a 4 sesiones, sin embargo, la efectividad del uso de la hipnosis no se verificó completamente ya que combinó la técnica con el uso de pequeñas cantidades de fenelzina y perfenazina.

Otros investigadores han reportado que las técnicas de hipnosis han beneficiado a pacientes con insomnio, sin embargo, estos son escuetos ya que no reportan tipo de muestra, número de sesiones, tipo de medicamento, tipo de insomnio, etcétera. Por lo tanto este estudio es un primer acercamiento al problema con una metodología específica.

Finalmente, los supuestos teóricos en los que se basa el presente proyecto son los siguientes:

- Los pacientes insomnes presentan un alto grado de ansiedad a la hora de acostarse generada por la autopercepción de dormir mal.
- También se caracterizan por tener una actividad cognitiva intensa con un amplio rango de preocupaciones relacionados con su situación económica, con las actividades que tienen que realizar y en general con todos los problemas que tienen que resolver en su vida cotidiana.
- Lo anterior genera una tensión muscular lo cual va a dificultar más el dormir.

Por otra parte, si se considera que la hipnosis se induce utilizando una estimulación monótona y que es un estado en el cual las sugerencias no sólo son aceptadas con más facilidad que en el estado de vigilia, sino que actúan de forma más poderosa que en la que sería posible en condiciones normales y además se consideran las afirmaciones de la teoría cognitivo-conductual en donde se señalan que la forma en la que un individuo interpreta la realidad, es la que produce los diferentes estados emocionales y la conducta misma, por consiguiente el propósito fundamental del presente trabajo, es demostrar la eficacia terapéutica de la técnica de hipnosis en el padecimiento del insomnio.

CAPITULO 1

HIPNOSIS

El estado hipnótico es uno de los fenómenos dentro del comportamiento humano que despierta polémica ya que algunos lo consideran una actuación, un engaño, una charlatanería, en parte, por que su investigación y utilización ha estado en manos de personas no calificadas o de actores de variedades, quienes hacen afirmaciones falsas carentes de bases con el objetivo de llamar la atención, causando inevitablemente el desprestigio de la hipnosis. Actualmente todavía falta precisar ciertas condiciones equivocadas como que la inducción de la hipnosis no es fácil de aprender o que son muy pocos los individuos que pueden ser hipnotizados, lo cual tiene como consecuencia que se alejen aquellas personas que pudieran tener un interés serio al tema.

En contraste, gracias a la investigación científica realizada en los últimos 40 años la comprensión de la hipnosis tiene fundamentos mucho más firmes, existiendo una serie de teorías que han explicado dicho fenómeno, así como sus características y sus aplicaciones a nivel fisiológico y a nivel psicológico.

Hoy en día la hipnosis es una herramienta importante en el área de la salud gracias a aquellas personas que han trabajado continuamente investigando y aplicando la hipnosis en los casos clínicos.

En el presente capítulo, se describirá de manera general el desarrollo histórico que ha tenido el estudio de este fenómeno, así como los mitos que la envuelven, para concluir con las características fenomenológicas y las técnicas de inducción y profundización hipnótica.

1.1 Antecedentes históricos de la hipnosis.

Probablemente la curación en estado hipnótico fue una práctica cotidiana del hombre primitivo el cual consideraba que tal estado era ocasionado por fuerzas sobrenaturales y que estas curas eran de naturaleza religiosa y, por tanto, impredecibles e inciertas.

Como en esta época permanecía la creencia de que era necesario invocar a los dioses, frecuentemente las personas viajaban largas distancias hasta los santuarios de curación, tales como el Templo de Esculapio, en Epidauró, el cual contenía una estatua que se creía dotada de poderes de curación milagrosos. Otras de las costumbres en aquella época consistían en hacer valiosas ofrendas para los dioses y pasar una o dos noches orando por la sanación de los enfermos.

En la actualidad todavía se observan este tipo de prácticas curativas en México; un lugar muy representativo es Catemaco, Veracruz, en donde los brujos curan por medio de sus "poderes", sin embargo, muchas veces sólo son experiencias en estado hipnótico.

En la Edad Media se pensaba que las curaciones milagrosas eran efectuadas por los arroyos curativos, fragmentos de la verdadera cruz o los huesos de un santo. También se podían hacer milagros por virtud del rango exaltado de un individuo, así los reyes de Inglaterra y los de Francia tenían la facultad de curar mediante la "imposición de manos" (Hartland, 1974).

El poder de la sugestión también fue conocido en los tiempos bíblicos y es probable que muchas de las curaciones hechas por los profetas y santos estuvieran basadas en este poder.

En el año de 1530 el suizo Philippus Aureolus Bompast alias Teofrasto Paracelso no conforme con la idea de que los fenómenos de trance eran manifestaciones de encantamientos mágicos u obra de espíritus, formuló una teoría bajo un marco renacentista donde predominaba un sentimiento profundo hacia la naturaleza como una fuerza creadora.

En la obra de Paracelso existe un principio supremo al que nombra *Mysterium Magnum*, es decir, en la concepción de Paracelso existe un elemento de espiritualidad que se presenta en forma de una emanación (anima mundi), la cual, desempeña un papel en el universo al igual que el alma desempeña un papel en el cuerpo. El alma del mundo se expresa por la posición de los astros, y el alma del hombre se expresa por medio del cuerpo; bajo estas premisas postulaba que el alma del hombre es alimentada por la emanación de los astros (Mueñler, 1993).

La idea central de la concepción de Paracelso es que existen correspondencias ocultas entre el universo (el macrocosmos) y el hombre (el microcosmos), ya que el macrocosmos es de fuego, aire, agua y tierra; y el hombre tiene necesidad de calor, de respirar, de beber y alimentarse.

Paracelso, admite como causas de enfermedad los trastornos de los humores, los traumatismos y las influencias astrales. Según él, el microcosmos está provisto de astros y de planetas en correspondencia con las constelaciones celestes, las cuales desempeñan en el universo el mismo papel que los órganos internos en el organismo, por ejemplo, el hígado corresponde a Júpiter, los pulmones a Mercurio, los riñones a Venus, los órganos genitales a Marte, el corazón al Sol, el cerebro a la Luna, etcétera. Por tanto, mediante la observación de los astros se puede descubrir el remedio que corresponde al órgano enfermo y así se puede curar al paciente.

De esta manera, Paracelso es considerado por algunos como un ocultista alquimista a partir de que la alquimia se funda en la noción de los intercambios constantes entre las cosas de la Tierra y las del cielo cuyo sentido es el de un perfeccionamiento por el hombre de lo que la naturaleza le entrega imperfecto (Mueller, 1993).

Basándose en las afirmaciones de Paracelso, entre 1765 y 1778 Anton Mesmer, un médico vienés llegó a París con una teoría donde afirmaba que los planetas influían sobre la salud y además sobre la conducta humana mediante un fluido magnético invisible (llamado fluido del magnetismo animal), también pensaba que la voluntad humana podía manejar ese fluido produciendo así notables efectos sobre la salud y la conducta de las personas, surgiendo la posibilidad de usarse con fines terapéuticos (Hartland, 1974 y Chauchard, 1971).

La magnetización humana (método de Mesmer) podía ser directa, cuando el magnetizador se sentaba frente al sujeto rodilla contra rodilla y con la mirada fija se realizaba contacto táctil con el sujeto, y así se transfería en fluido magnético.

Otra manera de llevar a cabo sus sesiones terapéuticas fue por medio de la magnetización en masa. En una sala cerrada, poco alumbrada se encontraba una caja con varias capas de botellas llenas, cubiertas de agua que reposaban sobre una mezcla de vidrio triturado y limaduras de hierro. De la tapadera salían las varillas de hierro sumergidas en el líquido cuyas extremidades los enfermos sostenían al mismo tiempo que permanecían unidos por medio de una cuerda que salía de una cubeta. Posteriormente Mesmer utilizando una elegante bata de seda ayudaba a los pacientes a transferir el magnetismo animal. Estos presentaban diversas manifestaciones: ojos extraviados, lloraban, gritaban, gemían, otros se reían, tenían mareos y se sentían adormecidos, incluso algunos tenían movimientos convulsivos; al final volvían a la normalidad aliviados de sus quejas (Hilgard y Hilgard, 1990; Chauchard, 1971).

La teoría de Mesmer empezó a ser desacreditada, debido al modo teatral en que llevaba a cabo sus sesiones, por lo que en 1774 el rey de Francia encomendó a un grupo de científicos muy destacados en aquella época para que llevaran a cabo una investigación que confirmará las hipótesis de Mesmer.

Este grupo de científicos que conformaban la comisión de investigación concluyó que la corriente magnética también podría ser transmitida por varillas de madera en vez de varillas de hierro, por lo que quedó refutada la suposición de que las corrientes magnéticas en el interior de sus pacientes eran producidas por un fluido acumulado en su propia persona y que el imán era un medio auxiliar para darle dirección al magnetismo y canalizarlo para provocar las crisis en los pacientes y luego curar las enfermedades.

El segundo periodo del magnetismo animal (aproximadamente hacia el año 1787) lo protagonizó el Marqués Armand de Puységur, quien continuaba creyendo en el fluido y descubrió entre las manifestaciones del magnetismo el sonambulismo provocado, es decir, la posibilidad de inducir a cualquiera en un sueño en el transcurso del cual, el sujeto conservaba su actividad y obedecía órdenes.

Puységur continuó con sus investigaciones y más adelante se publicaron las obras de sus estudios con sonámbulos.

Este nuevo magnetismo se extendió rápidamente por Santo Domingo, Haití y otros lugares, obteniendo una importante difusión.

En Alemania, en 1812 el mesmerismo o magnetismo fue aceptado en las universidades y se tomó como un fenómeno de investigación científica.

Aproximadamente a partir de 1820 tienen lugar los experimentos sobre el sonambulismo en los hospitales de París y en 1829 Cloquet extrajo un tumor de pecho a un paciente en estado de sonambulismo. Esta forma de anestesia frecuentemente se comenzó a practicar por Esdaile en el Hospital Mesmeric de Calcuta, y hacia 1850 también fueron ensayados por este procedimiento, partos sin dolor (Chauchard, 1971).

Hasta esta época existía una fuerte presión social hacia quien se dedicara al estudio de la hipnosis incluso los médicos podían perder su licencia profesional si la practicaban, debido a esta situación las personas que se interesaron más en el fenómeno fueron los cirqueros y los actores de ferias y los médicos se negaban a estudiar dicho fenómeno porque no lo consideraban cierto o genuino (Hartland, 1974).

En Inglaterra, hacia el año de 1841 James Braid quien era un cirujano muy conocido comprobó que los trances eran genuinos e inició una serie de experimentos con parientes y amigos logrando reproducir un trance similar a los que había sido testigo induciéndolos a fijar la vista en un objeto brillante, utilizando el estuche de su bisturí. También encontró que obtenía buenos resultados cuando hacía uso del trance para propósitos médicos y quirúrgicos (Hilgard y Hilgard, 1990).

En 1842, Braid ofreció exponer un artículo para la Asociación Británica que celebraba una asamblea en Manchester, sin embargo, su oferta fue negada y su escrito fue calificado de ridículo junto con todos sus reportes de curaciones de contracturas y alteraciones como la sordera.

La importancia del trabajo de Braid se encuentra en el hecho de que negó la existencia de fluidos misteriosos que provocaran el trance y concluyó que dicho fenómeno era de naturaleza puramente subjetiva.

Los fenómenos se debían sólo a la sugestión, actuando sobre un sujeto cuya sugestibilidad había sido incrementada en forma artificial (Hartland, 1974). James Braid fue quien desechó los términos de mesmerismo y magnetismo animal sustituyéndolos por hipnotismo.

A pesar de las afirmaciones de Braid, la hipnosis declinó otra vez hasta que ocurrió un reavivamiento, esta vez en Francia. En este país surgieron dos escuelas de pensamiento divergente en relación con la hipnosis:

La escuela de Salpêtrière encabezada por Jean Martín Charcot quien fue el neurólogo más distinguido en su época junto con sus discípulos afirmaban que el hipnotismo es un agente perturbador en alto grado del sistema nervioso; es por ello que sólo puede ser manejado por médicos expertos y siempre con la más extrema cautela. La hipnosis provocada de manera desconsiderada, es la mejor forma de exteriorizar los más graves y comprometidos accidentes de la histeria, tanto los que piden ser hipnotizados, como los sujetos elegidos por el hipnotizador son seres nerviosos, enfermos, empujados por un afán o una curiosidad malsana, en vez de buscar la curación y van en pos de los riesgos y peligros que demandan su constitución patológica (Chauchard, 1971).

En cambio, la escuela de Nancy encabezada por Liébeault y principalmente Bernheim, desarrollaron una teoría de la sugestión hipnótica considerada como posible en los sujetos normales y señalaban que todos los síntomas tan extraordinarios presentados por los histéricos sólo eran el producto de la sugestión. Es decir, es posible aparecer o desaparecer los síntomas por medio de la sugestión, de ahí la responsabilidad del médico en su desencadenamiento (Chauchard, 1971).

Debido a que tanto Charcot como Bernheim eran médicos de gran reputación, sus polémicas fueron consideradas como parte de diferencias científicas normales; y así la hipnosis se convirtió en una cuestión de interés e investigación para los científicos.

A partir de lo anterior, en 1889 se celebró en París el Primer Congreso Internacional de Hipnotismo Experimental y Terapéutico, entre los participantes figuraron el psicólogo norteamericano William James, el psiquiatra y criminalista Lombroso y el fundador psicoanalista Freud (Hilgard y Hilgard, 1990).

William James, incluyó en 1890 un capítulo sobre hipnotismo en su obra clásica *Principios de Psicología*, Wilhelm Wundt llamado padre de la psicología experimental, escribió un libro de hipnotismo; también Wilhelm Preyer que ocupa un lugar destacado en la historia del desarrollo de los niños. Existieron más trabajos escritos en diferentes idiomas y aparecieron periódicos dedicados a la hipnosis, sin embargo, para 1900 ya no había tal interés en la hipnosis (Hilgard y Hilgard, 1990).

Breuer y Freud observaron que la reminiscencia de ciertos recuerdos en estado de hipnosis podía curar los síntomas de la histeria y así surgió el método catártico por hipnosis, demostrando que los trastornos de la histeria no son espontáneos, sino dependientes de recuerdos olvidados de un trauma pasado que, vuelto a traer a la conciencia, era suficiente para curarlos, aunque, posteriormente Freud, dejó el método de hipnosis para sustituirlo por el psicoanálisis que se refiere al estudio del inconsciente (Chauchard, 1971).

El interés por el estudio de la hipnosis se perdió en gran parte por la mala reputación que Freud le causó al sustituirla por el método de psicoanálisis, sin embargo después de la Primera Guerra Mundial, los estudios experimentales sobre la hipnosis recobraron fuerzas debido a la necesidad de crear nuevos métodos menos largos para reducir los traumas de los soldados que sufrían (el "shock de las granadas") resultado de la guerra de Trincheras. Entre las obras más importantes de esta época está la Hipnosis y Sugestionabilidad escrita por Clark Hull publicada en 1938.

Después de la Segunda Guerra Mundial y de la Guerra de los Estados Unidos con Corea, hubo un resurgimiento cuando los psiquiatras hallaron ventajas en la hipnoterapia, debido a que con ella se lograban resultados más rápidos que con los métodos de terapia ya reconocidos. Los psicólogos clínicos reconocieron la utilidad de la hipnosis como anestésico. A partir de lo anterior en 1949 se fundó la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental en los Estados Unidos y en 1959 se fundó de manera internacional la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica (Crasilnek y Hall, 1975).

A partir de la década de los 50's la hipnosis ha vuelto a recuperar su importancia para la medicina y psicología en relación con el desarrollo de curvas de sueño, prácticas de relajación, utilización de nuevas drogas calmantes como los tranquilizantes que hacen más fácil la psicoterapia, su uso en enfermedades psicosomáticas y el desarrollo de la psicoprofilaxis, etcétera. Todo esto demuestra que la hipnosis puede ser una herramienta muy eficaz para resolver casos clínicos.

1.2 Definición del estado hipnótico.

Existen diferentes definiciones de hipnosis, las cuales varían en función de las distintas concepciones y presupuestos teóricos.

En todas ellas se involucran conceptos tales como el sueño, la sugestibilidad, las modificaciones del estado de conciencia, la regresión y la transferencia que son conceptos muy distintos.

Por ejemplo, hay teorías que consideran a la hipnosis como un fenómeno exclusivamente físico que va acompañado de cambios bioquímicos o eléctricos en la corteza cerebral y en el sistema nervioso central.

Pavlov consideraba al estado hipnótico como un estado psicológico producido por un condicionamiento de toda la vida en el curso de la cual, ciertas palabras tienden a actuar como el estímulo condicionado para producir efectos debidos a una larga asociación (Hartland, 1974).

Para Berheim la hipnosis es un estado psíquico peculiar a ser susceptible de ser provocado y que aumenta la sugestibilidad en grados diversos.

Stopkvis y Langen (citados en Masson, 1985) consideran que se trata de un estado caracterizado por la disminución de un nivel de conciencia precedido por un estrechamiento de su campo y creado por factores afectivos, mientras que se observa una regresión de las funciones de base de la personalidad: afectividad, voluntad y funciones somáticas.

Los psicoanalistas ven en ella un proceso regresivo instaurado por una privación sensorial, motriz e ideacional, a la que se agrega el deseo inconsciente de gratificación libidinoso, es decir, de acuerdo con esta teoría existe una relación erótica entre el hipnotizador y el sujeto.

Zimbardo, Meslack y Marshall (1979), afirman que en el estado hipnótico los efectos del proceso cognitivo se ven amplificados en su funcionamiento, permitiéndole al sujeto centrar su mente en el control interno y voluntario.

Hawkins (1992) menciona que durante la hipnosis hay una transformación de la atención, la cual puede ocurrir en unos cuantos segundos, ya sea con guía o espontáneamente.

Otros autores (Crasilneck y Hall, 1975), mencionan que es un estado alterado de conciencia caracterizado por un incremento en la habilidad de producir cambios deseables en patrones de auto-imagen, hábitos y estilos de vida, así como la producción de cambio de funciones fisiológicas como el dolor.

Analizando solo algunas de las definiciones se podría concluir que existe una gran dificultad para definir el estado hipnótico o se podría deducir que no se sabe a ciencia cierta qué es el estado hipnótico y se dedican los autores a describir las características o cambios a nivel físico o cognitivo, pero no se define en esencia tal estado. Esto se debe a que en la actualidad los estudios acerca de la hipnosis no han avanzado en el nivel explicativo poniéndose de manifiesto la necesidad de profundizar en el aspecto teórico, aunque en este momento se están identificando las diferentes aplicaciones de esta técnica considerando las limitaciones a nivel teórico.

Sin embargo, una definición bajo el marco teórico cognitivo-conductual y funcional para el presente trabajo, es la siguiente.

La hipnosis es un estado de elevada percepción y concentración sobre unos pocos estímulos relevantes del campo perceptivo. Al mismo tiempo la percepción de estímulos periféricos se bloquea o se reduce. En el proceso el individuo puede ser excepcionalmente receptivo a una nueva idea o conjunto de ideas, de modo que la resistencia puede quedar reducida (Dowd, 1991).

1.3 Mitos sobre la Hipnosis

Como señala Dowd (1991), a lo largo de los años han circulado una serie de mitos sobre la hipnosis, algunos de los cuales están totalmente asimilados en las creencias de la gente e incluso en las de algunos profesionales. A continuación se mencionaran los más relevantes.

1.- *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, los individuos no pierden la conciencia y no se duerme cuando se está en trance; si acaso se mejora la concentración y se focaliza de una manera poco usual.

2.- *La hipnosis implica una rendición de la voluntad y por consecuencia el sujeto se halla bajo el control del hipnotizador.*- Los individuos se dejan introducir en un trance porque así lo desean, la hipnosis no puede inducirse sin la colaboración del sujeto.

3.- *Los individuos crédulos y los tontos así como las mujeres se hipnotizan fácilmente.*- No hay diferencias de sexo en la hipnotizabilidad. Por otro lado existe una correlación ligeramente positiva entre la inteligencia y la capacidad para el trance, en vez de suceder lo contrario.

4.- *La hipnosis puede utilizarse para que la gente haga o diga cosas que normalmente no haría.*- Los individuos participan activamente en su propia conducta de trance y por tanto no puede obligárseles a hacer o decir nada.

5.- *La hipnosis es peligrosa.*- El uso de la hipnosis puede ocasionalmente tener consecuencias imprevistas, por esta causa solo la deberían utilizar profesionales calificados.

6.- *Los hipnotizadores deben ser enérgicos, carismáticos o misteriosos.*- Puesto que para inducir el trance se necesita la colaboración del sujeto es más importante poner atención en las características del sujeto y no del hipnotizador.

7.- *La hipnosis 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 la hipnosis de carretera, que se refiere a la conducta de la gente que viaja en automóvil de un lugar a otro sin darse cuenta del itinerario.

8.- *La hipnosis es terapia.*- La hipnosis es una técnica específica para ser usado solo dentro del contexto de la práctica profesional. Aunque casi todo el mundo puede inducir un trance, solo un profesional puede emplear la conducta de trance para solucionar problemas clínicos.

9.- *La gente no puede hablar cuando esta en trance ni puede recordar lo que sucedió.*- Algunas personas sufren amnesia total mientras que otras recuerdan las cosas con precisión, ya que el trance es una experiencia individual. Por otro lado las personas muy frecuentemente hablan en trance especialmente si el hipnotizador se los pide.

1.4 Principales características del estado hipnótico.

Según Van Pelt (1963), existen cuatro principales grados o niveles del estado hipnótico que son graduales, aunque cabe señalar que identificar con precisión al menos los dos primeros niveles es complicado en algunos casos, pero esto no tiene gran relevancia para el caso que nos ocupa.

- Estado hipnoidal. Consiste en un estado de somnolencia y sensación de pesadez en los miembros del cuerpo.

- Estado ligero. Se experimenta una completa relajación e inhibición de los movimientos voluntarios y generalmente los ojos permanecen cerrados.
- Trance medio. Se presenta obediencia automáticamente, rigidez en los miembros y también puede haber amnesia parcial.
- Sonambulismo. En este estado se pueden abrir los ojos, experimentando alucinaciones visuales, auditivas o táctiles y se presenta una amnesia total, además de una obediencia automática como en la fase anterior.

Con relación a la capacidad para el trance es importante señalar que existe desacuerdo ya que algunos autores afirman que la capacidad para el trance puede ser modificada por medio del entrenamiento y que casi toda la gente puede ser hipnotizada ; en cambio otros afirman que dicha capacidad es una característica estable y que la mayoría de los individuos no podrán ser hipnotizados profundamente a pesar del entrenamiento. Sea como fuere, según Caballo (1991), la mayoría del trabajo hipnoterapéutico puede hacerse en un trance ligero, de modo que no es necesario que los individuos sean profundamente hipnotizados para sacar provecho terapéutico de la hipnosis.

Por otro lado, según las observaciones realizadas durante el trance se han identificado varios fenómenos :

La sugestionabilidad entendida como la facilidad o el grado hasta el cual se inclina hacia la aceptación de ideas o proposiciones sin emplear la facultad de crítica que está parcial o totalmente suprimida.

Esta característica merece especial atención considerando que, a pesar de que es indiscutible la influencia de la palabra en toda terapia psicológica, no existen estudios suficientes para argumentar o explicar las ventajas o desventajas que ofrecen estas herramientas, además de ser una fenómeno por demás interesante e impresionante, da cuenta que nos falta demasiado por estudiar las funciones cerebrales, tanto desde el punto de vista fisiológico como cognitivo.

Otra característica del estado hipnótico y que también puede ser manifestada a través de la sugestión, es la amnesia, que es la pérdida parcial o total de la memoria, o bien la hipernesia (donde la persona puede recordar detalladamente los sucesos pasados, incluso su infancia).

También tiene efectos a nivel fisiológico, como es el caso de la anestesia, que es la pérdida total o parcial de sensibilidad del dolor, en contraste se puede observar el fenómeno de la hiperestesia que es un aumento de la sensibilidad de cualquier órgano de los sentidos.

Otros fenómenos característicos del estado hipnótico son: alteraciones en la presión sanguínea, en el ritmo respiratorio y como ya se mencionó anteriormente las alteraciones en los músculos y según las sugerencias del hipnotizador se puede provocar la disminución o incremento del tono muscular, una parálisis, estados catalépticos, etc. (Hartland, 1974).

Hasta el momento algo de suma importancia y digno de resaltar son los efectos que tiene la utilización de las sugerencias durante el estado hipnótico, estos efectos se pueden observar con el hecho de que se afectan los estados emocionales y como consecuencia suelen ocurrir cambios en las funciones corporales (a nivel sensorial, glandular, presión arterial, etcétera).

La teoría de la sugestión explica lo anterior señalando que muchas funciones y actividades del cuerpo están controladas y reguladas por la mente inconsciente la cual podría estar relacionada con el sistema nervioso autónomo, mismo que es influido por el estado emocional (miedo, alerta, tristeza, alegría, etc.) aunque cabe señalar que aún no se sabe o no se explica bajo la teoría de la sugestión cómo las sugestiones pueden excitar o inhibir el sistema nervioso autónomo.

A partir de lo anterior se deduce que la hipnosis tiene un amplio campo de acción en el área de la salud siendo una herramienta efectiva en muchas ocasiones para el tratamiento de enfermedades físicas y psicosomáticas. Esto se puede analizar reconociendo el papel que juegan las emociones, pensamientos y conducta en el proceso salud-enfermedad (Cano, 1997).

La hipnosis se ha utilizado en el tratamiento de la obesidad, las adicciones, los padecimientos dermatológicos, los padecimientos de orden sexual como la frigidez y la impotencia, en el área de gineco-obstetricia, con los pacientes de cáncer en el control del dolor y la ansiedad, al mismo tiempo de intervenir en el ciclo del sueño en los pacientes hospitalizados para reducir la ansiedad o el estrés, con las mismas finalidades se interviene con pacientes con SIDA, y se pueden seguir nombrando más enfermedades, sin embargo, falta investigar en que otros campos la aplicación de la hipnosis es favorable.

Cabe aclarar que la hipnosis no es una terapia por sí misma, sino una técnica especializada que puede ser provechosamente incorporada a situaciones terapéuticas particulares.

"La hipnosis la deberían utilizar únicamente profesionales bien entrenados en la práctica e incluso dichos profesionales no la deberían emplear como su único método de tratamiento, es incorrecto hablar de un hipnotizador o incluso de un hipnoterapeuta; por el contrario se debería de hablar de un psicólogo, de un terapeuta de conducta o de un médico que están entrenados en hipnosis, y la usan" (Dowd, 1991 p. 687).

1.5 Procedimiento de la inducción hipnótica.

El trance con hipnosis puede dividirse en cinco etapas:

1. Preparación del paciente. Considerando que la mayoría de la gente tiene distintos conceptos erróneos sobre la naturaleza de la hipnosis, es importante que antes de inducir al paciente se clarifiquen esos conceptos y se expliquen las posibles sensaciones que se pueden experimentar en dicho estado.
2. Inducción de la hipnosis. Existe un gran número de técnicas de inducción, pero en general todas focalizan la atención del paciente a un punto en el espacio al mismo tiempo de utilizar el método de relajación progresiva, todo esto a través de sugerencias repetidas en un tono monótono.

3. **Profundización del trance.** En la práctica las técnicas de profundización son indistinguibles de las de inducción y representan generalmente una continuación de la experiencia del trance. Realmente el término mismo de profundización evoca la suposición errónea de la hipnosis como una forma de sueño, y por consiguiente solo debería emplearse en sentido metafórico (Dowd, 1991). Sin embargo, puede tener cierto valor el comunicar al sujeto que la hipnosis es una experiencia progresiva y que el procedimiento se desarrolla lentamente.

Finalmente, la profundización en el trance puede constituir un método para que el hipnotizador evalúe a lo largo del tiempo la capacidad del sujeto para el trance, implicándolo en la realización de tareas más difíciles.

4. **Empleo del trance hipnótico.** Casi cualquier persona puede aprender a realizar las inducciones hipnóticas, sin embargo, es más importante saber cómo utilizar el trance en la solución de problemas clínicos como es el caso del control del dolor, el control de la ansiedad y en el caso que nos ocupa el padecimiento del insomnio el cual se ampliara posteriormente.

5. **Terminación de la hipnosis.** Para sacar al paciente fuera del trance lo mejor es emplear un procedimiento inverso al de la inducción y profundización, es decir, si se utilizó el contar del uno al diez, se terminara contando del diez al uno. Al mismo tiempo hay que hacer sugerencias para que se activen y cobren nuevas fuerzas sintiéndose tranquilos y relajados.

Técnica para despertar al sujeto.

Ejemplo:

Ahora en unos cuantos momentos... cuando cuente hasta siete... abrir los ojos y despertar por completo.

Se sentirá mucho mejor por este sueño profundo y refrescante. ...

Se sentirá por completo descansado... tanto mental como físicamente completamente calmado y recuperado... sin la más ligera sensación de somnolencia o de cansancio.

Y la siguiente vez... no sólo podrá dormir con más rapidez y facilidad... sino podrá dormir mucho más profundamente.

En realidad cada vez su sueño será más y más profundo.

Uno... dos... tres... cuatro... cinco... seis... ¡siete!

CAPITULO 2

EL SUEÑO

El sueño ha sido experimentado por el hombre desde los albores de su existencia no sólo como una vivencia personal sino como algo que podemos reconocer en otros seres, en nuestros congéneres y en los animales que nos rodean. Curiosamente cuanto más primitivo es un animal y menos diferenciado su sistema nervioso, más difícil es establecer si duerme o no. Esto es ya complicado con los reptiles y los peces y, prácticamente imposible con los insectos, los crustáceos y los moluscos. En otros animales inferiores no es dado apreciar ciclos de actividad y reposo, y esto, incluso, ocurre en el reino vegetal. Podríamos comparar nuestro estado de vigilia con la fase de actividad de un insecto, pero difícilmente nuestro propio dormir con su periodo de inactividad.

Al principio al hombre le llamaba mucho más la atención el contenido onírico del sueño, que el dormir en sí. De la edad antigua existen testimonios de que los sueños fueron interpretados y se les concedía diversos valores, desde estados de despersonalización, hasta en las sociedades religiosas, el ser el medio empleado por los dioses para comunicarse con el hombre (Fernández, 1988)

Otros autores han comenzado los estudios del sueño a partir de un mejor conocimiento de la fisiología, la neuroquímica y la anatomía funcional cerebrales donde existe una interacción dinámica entre lugares específicos del cerebro como la protuberancia, mencecéfalo y el diencéfalo (Harmony y Alcaraz, 1987).

En la actualidad la investigación del sueño y sus trastornos es una nueva disciplina médica que ha mostrado un enorme desarrollo en los últimos 15 años llegando a requerir de la participación conjunta del neurofisiólogo, neurólogo, psiquiatra, neumólogo, cardiólogo, otorrinolaringólogo y del psicólogo.

El estudio científico del sueño en los laboratorios de investigación neurofisiológica se remonta a las últimas 4 o 5 décadas, lo cual, ha permitido obtener bases sólidas sobre el sueño como función cerebral y más recientemente de sus alteraciones y repercusiones en la medicina. La estandarización de la investigación de los estadios del sueño publicada en un manual en 1968, permite determinar con precisión las fases del sueño (Rechtchaffen y Kales, 1968).

Fundamentalmente, la evaluación de los trastornos del sueño se lleva a cabo con la historia clínica y la realización de la polisomnografía (PSG). La polisomnografía nocturna permite la evaluación del sueño espontáneo y se enfoca principalmente en la identificación y caracterización de la arquitectura del dormir, así como en la identificación y cuantificación de los hallazgos anómalos que ocurren durante el sueño patológico. La característica fundamental de la PSG es el estudio simultáneo de los trazos registrados durante el sueño de múltiples parámetros fisiológicos efectuados por periodos prolongados de tiempo con el fin de evaluar las características del sueño y sus valores.

La polisomnografía o registro de sueño se realiza por medio de un oscilógrafo de inscripción con tinta, también conocido como polígrafo. Para realizar un registro poligráfico de sueño es necesario un mínimo de cuatro canales, uno para la actividad electroencefalográfica, otro para la actividad del electromiograma, y dos para la actividad de cada uno de los ojos. En la práctica actual se utilizan polígrafos de 8, 12 16 y hasta 24 canales. La forma de la gráfica depende de la velocidad a la que se desplaza el papel de registro y del nivel de sensibilidad ajustado.

Como ha ocurrido en otras áreas el desarrollo reciente en los sistemas informáticos ha permitido que la polisomnografía se haya visto beneficiada por la implementación de técnicas computacionales, los cuales proporcionan información procesada y fortalece la aplicación de análisis cuantitativos.

Los parámetros que incluye una polisomnografía son los siguientes:

- ◆ **Electroencefalografía (EEG):** Es el registro de la actividad eléctrica del cerebro que es una función básica para determinar las fases del ciclo vigilia-sueño además proporciona información sobre alguna actividad alterada (actividad epileptiforme, alteraciones focales, efecto de fármacos y por supuesto es útil para determinar la fragmentación del dormir que acompaña a la apnea¹ de sueño o al síndrome de movimientos periódicos de los miembros.
- ◆ **Electroculografía (EOG).** Proporciona información de los cambios del potencial córneo-retiniano, también es útil para documentar los movimientos laterales lentos que ocurren al inicio del sueño. El registro de los movimientos oculares es esencial para el reconocimiento del sueño MOR (Alvarado, 1997).
- ◆ **Electromiografía (EMG).** Consiste en registrar la actividad muscular del mentón y de las piernas, debido a que el tono muscular se modifica durante las distintas fases del ciclo vigilia-sueño, su registro es determinante para establecer las fases. Además es indispensable para evaluar algunos trastornos del sueño que se acompañan de alteraciones del movimiento durante la noche (bruxismo, convulsiones o algún movimiento periódico). Las anomalías en la actividad muscular de los miembros es causa frecuente de trastornos del sueño que pueden manifestarse en forma de insomnio de inicio o de continuidad y si es intenso, puede manifestarse con hipersomnias diurnas.

¹ Apnea: Suspensión de la respiración por más de 10 segundos.

- ◆ **Función cardio-respiratoria.** Existen varios cambios en el sistema nervioso autónomo que ocurren durante el sueño y en relación a la frecuencia cardíaca se sabe que disminuye durante el sueño NoMOR y que presenta irregularidades durante la fase MOR por eso es importante considerar esta función ya que se pueden identificar algunas alteraciones durante el dormir.

Por otro lado, las mediciones del intercambio aéreo por la vía respiratoria superior y el esfuerzo respiratorio torácico y abdominal son esenciales para la detección de diferentes alteraciones del sueño que afectan la función respiratoria especialmente para los casos de apnea e hipoapnea, los cuales están relacionados con síndromes de muerte súbita es sus formas infantil y nocturna (Alvarado, 1997)

2.1 Etapas del sueño

Como ya se ha mencionado, la invención del electroencefalograma fue crucial para la investigación de las funciones del cerebro y constituyó una llave para el estudio de los procesos cerebrales internos. En el caso del sueño, permitió detectar cambios en el nivel de vigilancia sin tener que recurrir al informe verbal del propio sujeto y se pudo establecer que el sueño no es un estado uniforme en el que la actividad eléctrica, simplemente difiere de la vigilia, sino que es un proceso en el que los patrones de la actividad eléctrica cerebral van cambiando, estos cambios se pueden interpretar por un cierto patrón de ondas eléctricas que manifiestan etapas definidas con duración de 90 minutos que se repiten cinco veces cada noche.

El estudio del electroencefalograma del sueño ha permitido diferenciarlo en dos grandes episodios:

- Sueño Lento.(SL). También conocido como sueño no MOR, sueño sincronizado o sueño ortodoxo, que esta compuesto por 4 fases, dos de ellas de sueño ligero denominadas Fase I y Fase II; y dos de sueño profundo o de ondas lentas: Fase III y Fase IV también conocido como deltha.
- Sueño de movimientos oculares rápidos (MOR) También llamado sueño paradójico o sueño desincronizado.

En el hombre desde los seis meses de edad se puede apreciar las siguientes etapas que conforman el ciclo sueño-vigilia.

Fase Vigilia. El estado de vigilia se caracteriza por: 1) Actividad alfa² y actividad de bajo voltaje con frecuencias mezcladas. 2) La actividad muscular registrada con el electromiograma (EMG) tiene un carácter tónico y por lo general es alto con incrementos ocasionales debidos a los movimientos corporales de la vigilia activa. El electro-oculograma (EOG) muestra movimientos oculares en forma activa.

² Actividad alfa. Corresponde a una actividad de 8 a 12 ciclos por segundo.

Fase II. Esta fase se caracteriza por la presencia de husos de sueño y de complejos K, así como de una pequeña porción de ondas lentas. Los husos de sueño se caracterizan por una frecuencia entre 12 y 14 cps con amplitud creciente y con una duración mínima de 5 segundos. Por lo general están formados por 6 o 7 ondas. Los complejos K consisten en ondas bien definidas con un componente negativo agudo seguido inmediatamente de uno positivo, con una duración mayor de 5 segundos; así mismo pueden o no estar integrados a un huso del sueño, son mayores en la zona del vertex y pueden ocurrir ante un estímulo externo o espontáneamente. Además debe de haber ausencia de movimientos oculares rápidos.

FASE 2 – SUEÑO LIGERO

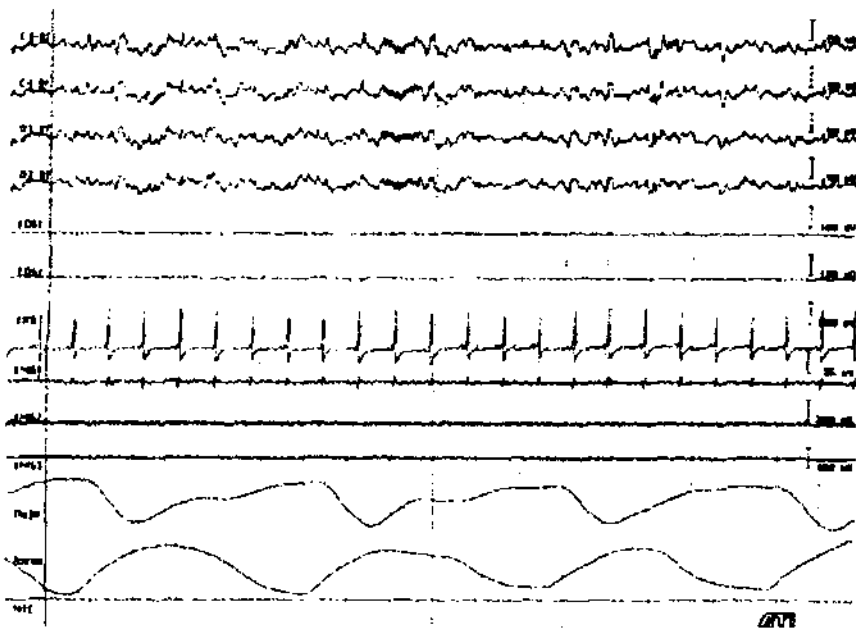


Figura 2. Se muestra trazo polisomnográfico característico de la etapa 2

Fase III. Esta fase es la primera del sueño profundo. Para poder clasificar un periodo de sueño como fase III se requiere de por lo menos un 20 %, pero no más de un 50% de actividad deltha de 2cps o menos, con una amplitud alrededor de 75 microvolts de pico a pico. Puede o no haber husos de sueño y no se presentan movimientos oculares rápidos y el tono muscular puede estar disminuido.

FASE 3 – SUEÑO DE ONDAS LENTAS

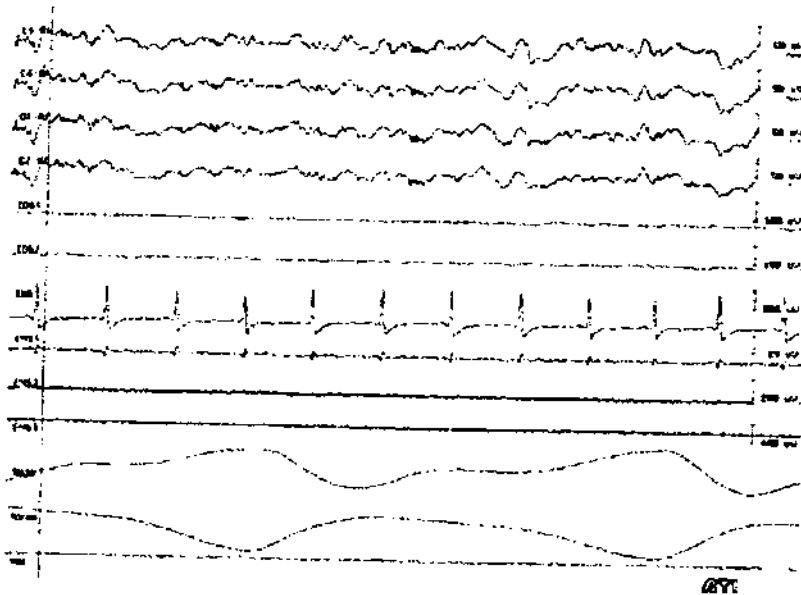


Figura 3 Se observa trazo electroencefalográfico característico del sueño de ondas lentas.

Fase IV. Esta fase corresponde al sueño profundo intenso y la actividad del EEG es casi constante. Si aún subsisten los husos, son más lentos y desde el punto de vista electroencefalográfico, en más del 50% de la época deben aparecer ondas lentas. No existen movimientos oculares rápidos. El tono muscular está disminuido con relación a las fases anteriores.

FASE 4 – SUEÑO DE ONDAS LENTAS

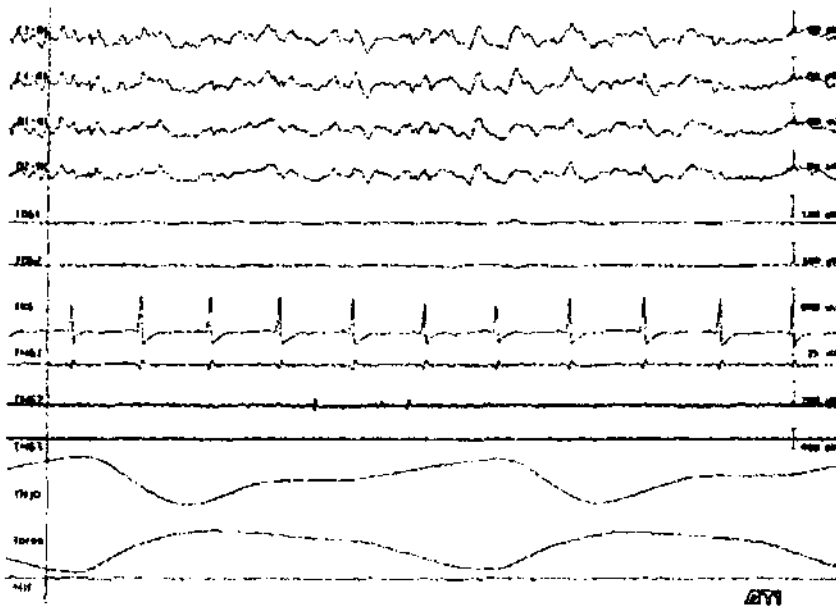


Figura 4. Trazo característico del sueño de ondas lentas.

Fase MOR. (Movimientos Oculares Rápidos) La actividad eléctrica de esta fase del sueño es muy similar al patrón descrito para la fase I, es decir se presenta una mezcla de frecuencias con bajo voltaje; sin embargo, durante este periodo las ondas agudas en el vertex no son prominentes. Ausencia de complejos K y de husos de sueño. El ritmo alfa es prominente y en el vértex se producen ondas en forma de dientes de sierra que coinciden con ráfagas de movimientos oculares. La principal diferencia entre la fase MOR y la fase I es la presencia de los movimientos oculares rápidos.

FASE MOR – SUEÑO PARADÓJICO

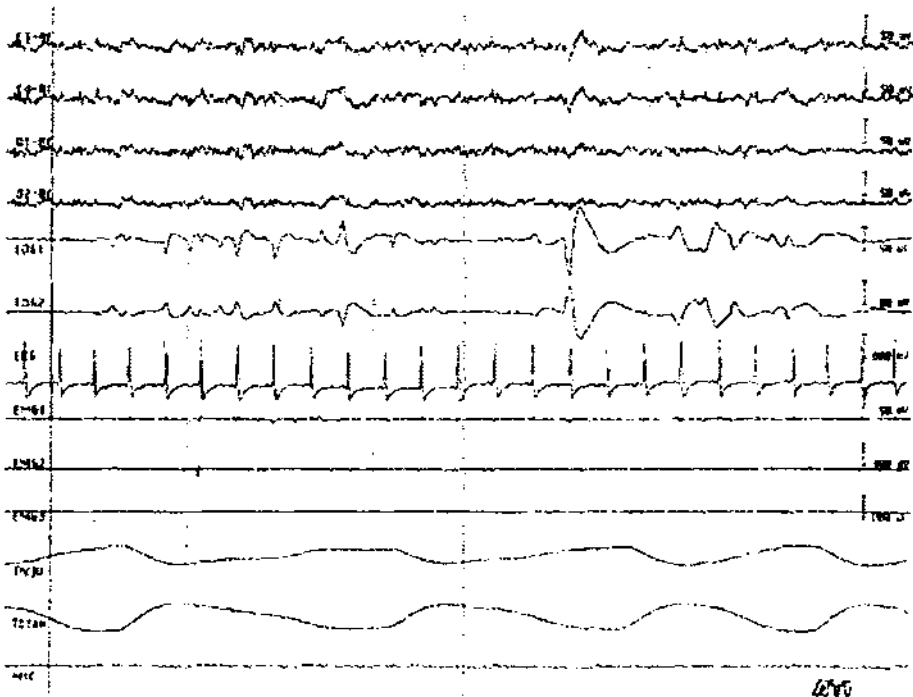


Figura 5. Se muestra los trazos característicos del sueño MOR

También se sabe que la fase MOR tiene relación con el desarrollo ontogenético ya que se ha observado que en cualquier especie los animales muy jóvenes permanecen en esta fase más tiempo que los adultos. El hombre adulto pasa en MOR aproximadamente el 20% de tiempo total de sueño y a medida que avanza en edad el MOR disminuye ligeramente hasta el 15 % en la senectud (Harmony y Alcaraz 1987).

Un aspecto relevante a considerar que ha sucedido con el estudio del sueño y que también ha sucedido con otros aspectos de la conducta del hombre es que se ha invertido el proceso lógico de conocer estructura y mecanismos, para luego establecer teorías sobre la función.

Algunos autores (Moruzzi y Magoun, 1942 citados en Fernández, 1988) pensaban que el sueño era resultado de una disminución de la vigilia producto de la inhibición del sistema reticular activador, es decir, que el sueño es un proceso pasivo.

En contraste existe otra línea de investigación en donde se plantea la hipótesis de que existen algunos factores hipnógenos que se acumulan en la sangre durante la vigilia, hasta alcanzar un nivel tóxico depresor de las zonas donde se integra la vigilia.

En la actualidad las investigaciones sobre la posibilidad de una sustancia hipnógena se ha continuado, pero ya encaminadas al estudio, no de toxinas, sino de neurotransmisores, hormonas o moduladores que son producidos normalmente por el cerebro (Fernández, 1988).

Como se ve, el sueño es un fenómeno del cual se desconoce bastante, sin embargo, a partir del estudio de su privación se ha podido observar que se producen cambios en el estado de conciencia y afectan el juicio de realidad.

Se han logrado periodos sumamente largos de insomnio experimental en el hombre (unas 250 horas) y no parece haber diferencias individuales importantes. Todos los sujetos experimentan una somnolencia fuerte a medida que avanza la privación, el sujeto presenta microsueños, ilusiones y alucinaciones fugaces, con un retardo en establecer un juicio crítico sobre ellas. También se presenta dificultad para realizar tareas complicadas y generalmente irritabilidad. Lo anterior sirve para inferir que por lo menos una de las funciones del sueño es la mantener una conciencia normal en la vigilia (Fernández, 1988).

Existen otras muchas hipótesis a cerca de la función del sueño, pero entre las más importantes señalan que, por ejemplo la fase MOR, representa un periodo de recuperación de la privación sensorial que se establece durante la fase de ondas lentas, es decir, constituye un mecanismo homeostático que reajusta los niveles necesarios de excitación.

También se le atribuye a esta fase la transferencia de memoria de corto plazo a largo plazo de almacenamiento (Greenberg y Leideman en: Fernández, 1988).

Finalmente, otra característica relevante del sueño se refiere a la transición de la vigilia al sueño que es un proceso fluctuante, cuya duración va a depender sobre todo de las circunstancias ambientales, de la predisposición y motivación del sujeto para dormir o no y de su estado emocional en general.

Esto nos lleva a considerar al sueño no como un simple fenómeno cíclico ya que además de ocurrir con una gran ritmicidad, el sueño puede ser inducido o evitado por estimulaciones sensoriales diversas, dependiendo de su significado, es decir, el sueño tiene la posibilidad de ser inducido independientemente de la administración de fármacos, por medio de una estimulación monótona o por la inmovilización (Harmony y Alcaraz, 1987).

2.2 Trastornos del sueño.

En muchas ocasiones por una diversidad de circunstancias las personas ejecutan las actividades de la vida diaria de manera que interfieren en el ciclo del sueño, algunas de éstas son las siguientes:

- Uso de diferentes sustancias como cafeína, alcohol y tabaco.
- Ejercicio vigoroso muy próximo a la hora de dormir.
- Trabajo mental intenso por la noche.
- Horarios de sueño irregulares
- Ver el reloj al despertar durante la noche.
- Una temperatura ambiental inadecuada.

Las personas predispuestas a algún trastorno del sueño son aquellas con sobrecarga de estrés, alcohólicas, en individuos con exceso de trabajo y personas que trabajan cambiando frecuentemente su turno.

Según la Asociación Americana de Desórdenes del Sueño (ASDA) hay cuatro categorías principales de trastornos del sueño:

1. - Trastornos del ciclo vigilia-sueño.

Se caracterizan por la incapacidad de dormir satisfactoriamente durante las horas socialmente destinadas al descanso y presentar somnolencia durante los periodos de actividad. Ocurren en un 20 % de las personas que trabajan en ocupaciones que implican cambios de horario, en los trabajadores nocturnos y en aquellos que realizan viajes transcontinentales. La alteración subyacente parece radicar en la dificultad para sincronizar su reloj biológico con la demanda del trabajo.

2.- Trastornos por somnolencia excesiva diurna.

El síntoma cardinal lo constituye la tendencia inapropiada y no deseada de dormir en horas de vigilia. Puede también reflejar un trastorno psicofisiológico relacionado con cambios situacionales en la vida, teniendo también entre las condiciones desencadenantes el uso prolongado de estimulantes del sistema nervioso central como el alcohol, tabaco, café, etc. Puede ser un síntoma de desorden psicológico como la depresión o representar un escape al estrés diario.

La somnolencia excesiva diurna incluye a dos entidades clínicas importantes: la narcolepsia y el Síndrome de Agnes del sueño. Las personas con Narcolepsia tienen un trastorno neurológico incurable, radicando el problema en la naturaleza incontrolable del sueño, lo que es debido a una disfunción de los mecanismos que regulan el ciclo diario de somnolencia-actividad. El Síndrome de Agnes se define como la existencia de cinco periodos de apnea de 10 segundos de duración o más por hora de sueño, sin que se tenga percepción de ello.

3.- Parasomnias.

Las parasomnias son más frecuentes en los niños pero afectan también a los adultos y se tienen datos que es uno de los problemas más frecuentes. Las manifestaciones características son al sonambulismo y la nictilalia asociada con terrores nocturnos. Frecuentemente estas personas presentan manifestaciones de estimulación del sistema nervioso autónomo como taquicardia, sudoración e hipertensión, así como la ambulación.

La importancia de este grupo radica en que su presentación ocurra durante las etapas profundas del sueño de tal manera, que lo sucedido no se recuerda produciéndose como consecuencia síntomas cuya causa la persona no identifica, como malestar general, fatiga, problemas musculares, lesiones físicas, desgaste dental y lesiones severas como resultado de accidentes.

4.- Trastornos para iniciar y mantener el sueño.

También se le conoce como insomnio que es la dificultad para conciliar el sueño o de sostenerlo por largos periodos (Corsi, 1985). Los neurólogos han establecido que el insomnio tiene latencias mayores de 30 minutos y la eficacia del sueño es menos de 85%.

Este trastorno es de alta incidencia según un estudio realizado en 1997 por el Hospital Regional " 1 de Octubre " ISSSTE, en donde se encontró que la prevalencia de este tipo de trastorno es cerca del 35% de la población (Luckie, Saita, Hernández y Morán, 1997).

Por otro lado, si consideramos que la calidad de vida se ve influenciada de manera positiva si se mantiene un adecuado ciclo circadiano de sueño y vigilia, ya que este y otros ritmos biológicos ayudan a regular el estado anímico y favorecen una mejor capacidad en el funcionamiento cognitivo de las personas (Castro, 1997). Así mismo, el preservar la calidad y cantidad del sueño de manera integra en todas las etapas de la vida es un factor que deriva junto con otros en lo que se denomina "un envejecimiento exitoso", en donde no sólo la longevidad se toma en consideración en el concepto de calidad de vida sino también el preservar buenos niveles de bienestar físico y mental, con esta perspectiva, el insomnio y su tratamiento arriban al plano de la salud pública y es por esa razón que en el presente trabajo se analizará con más profundidad el fenómeno del insomnio.

2.3 Insomnio

El insomnio es la dificultad de conciliar el sueño o de sostenerlo por largos periodos (Corsi, 1985). Sin embargo, no hay que olvidar que actualmente existen limitaciones en la comprensión del fenómeno del sueño que impiden saber con exactitud cuándo el sueño ha sido suficiente y cuándo no.

Esto podría ser un problema para identificar un verdadero insomnio de un deterioro propio a la edad o de un problema hipocondríaco, aunque los médicos señalan que el insomnio se diferencia del seudo insomnio por la latencia que debe de ser mayor de 30 minutos.

2.3.1 Frecuencia

En varios estudios sobre los trastornos del sueño (Luckie, Saita, Hernández y Morán, 1997; Morales, 1997, Corsi, 1985) se han encontrado una alta prevalencia en la población, pero estos estudios reportan datos muy variados señalando un rango desde el 10% de la población hasta un 48%.

Este trastorno se presenta en personas de todas las edades, constituciones, razas y grupos socioeconómicos, aunque algunos tienen mayor riesgo, por ejemplo, la edad es determinante ya que se presenta principalmente durante la edad adulta tardía (Corsi, 1985).

La frecuencia de este trastorno se incrementa con la edad y hasta un 50% de las personas de 65 años o más padecen insomnio. En estas personas las etapas de sueño ligero son más largas y las de sueño profundo más cortas, a manera que más que no dormir, no logran mantener el sueño (Harmony y Alcaraz, 1987.)

Considerando que el porcentaje de personas de 45 a 50 años en adelante con insomnio es muy elevado, surge la necesidad de saber si la dificultad para

dormir en las personas mayores, constituye realmente una alteración de los mecanismos del sueño, o es un reflejo del deterioro normal por la edad.

Corsi (1985) cita los estudios realizados por William (1974), quien ha descubierto que estas personas frecuentemente no están cansadas a la mañana siguiente, pero si ansiosas por no poder dormir bien toda la noche, considera que tal vez si se les ayudara a adaptarse a su nueva condición y se redujera su ansiedad, sería posible que aprovecharan esas horas en lugar de estar tratando de conciliar el sueño y de esta manera, en el caso de ellos el insomnio dejaría de ser problema.

2.3.2 Clasificación del insomnio (Haro, 1997)

El insomnio se puede clasificar por su duración en:

- a) Transitorio. Si es que la queja de sueño ha durado sólo unas cuantas noches.
- b) Agudo o a corto plazo. Cuando la queja ha durado de 4 a 8 semanas.
- c) Crónico. Cuando el problema ha tenido una duración mínima de 6 meses.

Considerando el momento de la noche en que se presenta se puede clasificar como:

- 1) Insomnio de inicio. Cuando se presenta la dificultad para conciliar el sueño.
- 2) Insomnio de continuidad. En el caso de que al paciente le sea difícil mantenerse dormido una vez que ha logrado conciliar el sueño.
- 3) Insomnio tardío. Cuando el paciente se despierta antes de lo que desea hacerlo.

2.3.3 Características fisiológicas del insomne.

La principal característica es que la latencia del sueño es elevada, lo mismo que el número de veces que se despierta.

En cuanto a las fases del sueño no hay concordancia entre los autores por lo que se podría decir que aun no se han encontrado alteraciones significativas o notorias que se diferencien de los no insomnes. Sin embargo, existen algunos parámetros fisiológicos que Monroe (1967) encontró, por ejemplo, los insomnes presentan un mayor número de movimientos corporales por hora, en comparación con los buenos durmientes. La frecuencia cardiaca también es más elevada al igual que la temperatura.

2.3.4 Causas del insomnio.

Según la Clasificación Internacional de desórdenes del sueño algunas causas de los Trastornos del inicio o mantenimiento del sueño (TIMS) se pueden clasificar de la siguiente manera:

1) Psicofisiológicos.

a) Transitorios: los Trastornos del Inicio y Mantenimiento del Sueño (TIMS) transitorios y situacionales representan un breve periodo de alteración del sueño habitualmente provocado por una estimulación emocional aguda o un conflicto causado por una pérdida o amenaza.

Un breve período de insomnio suele ir asociado a un período de ansiedad, bien como secuela de una experiencia ansiosa o anticipación de una experiencia provocadora de ansiedad, como un examen o una entrevista de trabajo importante.

En algunas personas el insomnio transitorio de este tipo puede estar relacionado con una reacción de pesar, una reacción a la pérdida o a casi cualquier cambio de vida.

No suele ser preciso un tratamiento específico de esta alteración. En los casos en que el tratamiento con medicación hipnótica pueda estar indicado, el médico y el paciente deben tener presente que es un tratamiento de corta duración y que cuando se interrumpa la medicación pueden presentarse algunos síntomas, incluida la reaparición del insomnio.

b) Persistente: EL TMS psicofisiológico persistente es un insomnio que se desarrolla como resultado de los factores mutuamente reforzantes de tensión crónica y somatizada, es decir, ansiedad y condicionamiento negativo del sueño.

El insomnio psicofisiológico persistente se refiere a un grupo de condiciones en las que el problema suele ser la dificultad en dormirse, más que en permanecer dormido y a menudo incluye dos problemas separados, pero frecuentemente ligados: 1- Tensión y ansiedad somatizadas y 2- respuesta asociativa condicionada. Los pacientes no suelen tener otra queja clara a parte del insomnio, no experimentan ansiedad como tal, sino que tienen a descargarlas por vías fisiológicas.

Los pacientes pueden quejarse de tensión muscular al dormirse o bien de sentimientos de aprensión o ideas que impiden conciliar el sueño por lo general, no son pacientes que experimenten temores o miedos específicos al dormirse, a veces, pero no siempre, un paciente describe que su alteración se agudiza en los periodos de estrés, en el trabajo o en casa y mejora en las vacaciones.

El aspecto de asociación condicionada (en ocasiones denominado insomnio por hábito), se refiere al hecho de que, transcurrido un tiempo estos pacientes asocian el ir a dormir con la inquietud y el insomnio, más que con el sueño y el

asocian el ir a dormir con la inquietud y el insomnio, más que con el sueño y el reposo como hace la mayoría de las personas, pudiendo establecerse un reflejo condicionado.

La respuesta de permanecer despierto puede haber estado originalmente asociada a algún estímulo no condicionado, pero actualmente, los factores ambientales como el ir a la cama, la propia cama, la habitación, quizás incluso la tensión muscular, se han convertido en estímulos condicionados que producen una respuesta de elevada activación. En estas situaciones, suele desarrollarse típicamente un círculo vicioso en los pacientes con insomnio psicofisiológico. Cuanto más intentan dormir, más se despiertan, son menos capaces de dormir, se enojan más, etcétera (Kaplan, Sadock y Cancro, 1989).

2) Asociado con trastornos psiquiátricos.

a) Trastornos sintomáticos y de la personalidad: El TIMS asociado a trastornos sintomáticos y de personalidad se define como un insomnio del inicio del sueño y del sueño intermedio que está claramente relacionado con los síntomas psicológicos y conductuales de trastornos psiquiátricos clínicamente bien conocidos y clasificados, no afectivos y no psicóticos.

b) Trastornos afectivos: Los TIMS asociados a trastornos afectivos incluyen dos tipos de insomnio graves que son característicos de los trastornos en la depresión, la capacidad de dormirse es relativamente normal; el insomnio supone una alteración del mantenimiento del sueño, despertar precoz y corta latencia del sueño MOR (movimientos oculares rápidos).

El insomnio asociado a la depresión es bien conocido por los psiquiatras. Esta alteración del sueño, más frecuente en la depresión unipolar grave, supone un inicio del sueño relativamente normal, pero un reiterado despertar durante la segunda mitad de la noche y despertar precoz por la mañana, habitualmente con

La depresión bipolar, al igual que la depresión menos grave puede incluir algo de insomnio de mantenimiento del sueño antes citado, pero también va frecuentemente asociado a hipersomnio. Un paciente con depresión secundaria a otra enfermedad tiene a menudo insomnio de mantenimiento del sueño con frecuente despertar nocturno, pero sin la reducida latencia REM.

Los pacientes maniacos e hipomaníacos parecen ser los casos extremos de sueño breve. A veces parecen tener dificultad en dormirse, pero lo más frecuente es que no se quejen de ningún problema de sueño. Se despiertan recuperados después de 2 a 4 horas de sueño y parecen tener una auténtica reducción de la necesidad de dormir durante el curso del episodio maniaco.

El tratamiento debe empezar por la manía y la depresión subyacentes en vez de por el problema del sueño. Estos pacientes no deberían recibir, de ser posible medicación para dormir además de los antidepresivos.

d) Otras psicosis funcionales: Los TMS asociados a otras psicosis funcionales (generalmente esquizofrénicas) suelen consistir en un grave insomnio del inicio del sueño y a menudo, dificultad para continuar el sueño, que se desarrollan en relación descompensaciones o exacerbaciones psicóticas agudas.

En los pacientes con episodios psicóticos, sobre todo psicosis esquizofrénicas, el problema del sueño suele ser una dificultad en dormirse y va estar relacionado con la ansiedad, culpa o ambas cosas. La dificultad para dormirse es un frecuente signo inicial de episodio esquizofrénico agudo. Un paciente que se queja de insomnio grave en el comienzo del sueño de unas semanas de duración pero de gravedad creciente puede ser un paciente que sino es tratado, se presentará en la sala de urgencias en estado psicótico una semana o dos después.

3) Asociado al uso de drogas y alcohol.

a) Tolerancia o abstinencia de depresores del Sistema Nervioso Central (SNC): El TIMS va asociado a menudo a la tolerancia o abstinencia de depresores del SNC. Con el uso sostenido de estos agentes (generalmente para combatir el TIMS derivado de una fuente diferente) aumenta la tolerancia y los depresores pierden sus efectos inductores del sueño, lo que a menudo da lugar a un aumento de la dosis. Además, tienen lugar periodos no reconocidos de abstinencia parcial y relativa, que contribuyen al desarrollo de TIMS secundarios relacionados con estas drogas. Con la interrupción súbita de la droga sobreviene de igual forma una súbita pérdida de sueño, acompañada a menudo de los rasgos generales de un síndrome de abstinencia de la droga.

Hay al menos dos alteraciones diferentes: primero, el uso crónico y la tolerancia a los agentes hipnóticos, y otra, que supone una abstinencia gradual o súbita de los depresores del SNC. El uso crónico (más de treinta días) de un agente hipnótico parece ser bien tolerado por algunos pacientes pero otros empiezan a quejarse de alteraciones del sueño, generalmente, en la forma de breves despertares a lo largo de la noche. Algunos de estos pacientes muestran también síntomas psicológicos, a veces con depresión y no es fácil diferenciar los posibles efectos tardíos de la medicación de la depresión independiente o de otras alteraciones. Los registros muestran una alteración de la arquitectura del sueño, reducido sueño REM, aumento de las fases 1 y 2 y fragmentación del sueño durante la noche.

La rápida abstinencia o reducción de la medicación de una dosis diaria produce alteraciones definidas del sueño y quejas de insomnio: a menudo, tanto dificultad para dormirse como para permanecer dormido. Los registros del sueño muestran, como era de esperar, una pauta muy alterada. Puede haber síntomas de abstinencia durante el día incluyendo náuseas, tensión muscular, nerviosismo, inquietud, dolores y más insomnio.

En términos de tratamiento, la consideración más importante es recordar que es frecuente un periodo de malestar e insomnio, y es quizás inevitable tras la abstinencia de la medicación, y que no representa más que la reacción del cuerpo: una reacción de rebote a la abstinencia. Es importante recordar que esta abstinencia no implica que el paciente deba seguir tomando la medicación hipnótica.

b) Uso sostenido de estimulantes del SNC. El TIMS asociado al uso sostenido de estimulantes del SNC es un insomnio causado por agentes inductores de la vigilia tomados en cantidades excesivas y a una hora del día muy alta, y también a la frecuente tendencia a elevar la dosis de los agentes cuando se desarrolla tolerancia a sus efectos diurnos deseados.

No hay que decir mucho sobre este síndrome; suele suponer dificultad para dormirse, más que para permanecer dormido. Es importante tener presente los estimulantes del SNC como posible causa del insomnio y recordar que diversos medicamentos para la reducción de peso, bebidas con cafeína, incluida la coca cola, y ocasionalmente algunos fármacos tomados por los asmáticos, pueden producir este tipo de insomnio.

c) Uso sostenido o abstinencia de otras drogas. En ocasiones se han descrito TIMS asociados al uso sostenido o a la abstinencia de otros fármacos distintos a los depresores del SNC o estimulantes. Los fármacos que intervienen en el sueño ejercen un efecto de forma directa; un segundo grupo de agentes ejerce un leve efecto del SNC, que puede no ser apreciado por el paciente; sin embargo, tras la abstinencia tiene lugar un TIMS compensatorio.

d) Alcoholismo crónico. El alcohol es un depresor del SNC y produce graves problemas durante la administración como, tras la abstinencia.

El insomnio consiguiente al alcohol es a veces extremadamente grave y dura varias semanas o más. No es aconsejable dar al paciente que se ha recuperado de una adicción otra medicación potencialmente activa, por lo que, de ser posible, debe evitarse en estas ocasiones la medicación para dormir.

Los registros muestran que durante el periodo de bebida el alcohol suele reducir el tiempo de sueño y aumenta temporalmente el sueño de ondas lentas. Con el uso intensivo continuado tiene lugar una profunda alteración de la estructura del sueño, se reducen el sueño MOR y de ondas lentas, y son cada vez más frecuentes los despertares nocturnos. Durante el periodo de abstinencia los alcohólicos tienen una mayor latencia de sueño, reducción del sueño de ondas lentas y un gran aumento del sueño MOR.

4) Asociado a alteraciones respiratorias inducidas por el sueño.

a) Síndrome TMS por apnea del sueño: El síndrome TMS por apnea del sueño se refiere a los casos de cese de la respiración relacionada con el sueño en los que el insomnio suele ser el principal síntoma. En este síndrome el cese de la respiración es un hallazgo prominente en el registro polisomnográfico. Cuando la obstrucción de las vías superiores es la causa principal de los episodios apneicos, la queja presentada es una excesiva somnolencia diurna.

b) Síndrome TMS por hipoventilación alveolar. El síndrome TMS por esta causa es una consecuencia de la alteración respiratoria empeorada con el sueño. Estas alteraciones habitualmente descritas en bebés pueden estar asociadas a alteraciones del sueño y quejas de insomnio.

5) Asociado a mioclonía relacionada con el sueño (nocturno) y piernas inquietas.

a) Síndrome TMS de mioclonía (nocturna) relacionada con el sueño es una condición en la que el insomnio va asociado a la aparición durante el sueño de episodios de convulsiones musculares en las piernas de carácter repetitivo y estereotipado. En algunos individuos la queja principal es la somnolencia diurna excesiva en vez del insomnio.

b) "piernas inquietas" porque un individuo siente sensaciones profundas extremadamente desagradables y temblores en las pantorrillas cuando está sentado o acostado. Estos movimientos rara vez son dolorosos, pero producen la necesidad irresistible de mover las piernas que dificultan el sueño.

El término de movimientos periódicos durante el sueño (MPS) está empezando a ser utilizado en lugar de "mioclonía nocturna". En la actualidad existen varias condiciones que componen este conjunto de síndromes. El diagnóstico de MPS se realiza por registros poligráficos con electrodos colocados sobre los músculos. En un caso típico, los movimientos repetitivos tienen lugar cada 15-60 segundos durante largos periodos cada noche. Cada contracción individual dura de medio segundo a unos segundos.

La condición estrechamente relacionada y a menudo simultánea consiste en una alteración durante la vigilia en la que una persona se siente extremadamente incómoda al sentarse o acostarse y debe estar de pie o pasear. La etiología no está clara en la mayoría de los casos, aunque ocasionalmente una neuropatía periférica puede producir una alteración de este tipo, como también el desequilibrio químico hallado en los pacientes con uremia, en los pacientes dializados y con diversos o medicamentos tomados por los pacientes, bien durante el tratamiento o durante la abstinencia del medicamento.

Igual que en el caso de la apnea, cierta cantidad de movimientos periódicos durante el sueño (MPS) es muy común en los pacientes ancianos.

Las personas que toman diversos fármacos, incluidos los antidepresivos, también pueden experimentar MPS. No se han establecido criterios numéricos exactos para determinar cuando debe diagnosticarse el MPS. Así, es labor del médico y del especialista en trastornos del sueño tener en cuenta todos los factores y decidir si el tipo o la gravedad de los episodios hallados en el registro concuerdan con la pauta sintomática observada y pueden explicarla.

No existe tratamiento probado para el trastorno de MPS; pero se aconseja la realización de una minuciosa historia médica y medicamentosa, porque a veces puede ser útil el simple cambio de la medicación.

6) Asociado a otras alteraciones médicas, tóxicas y ambientales.

Esta categoría cubre aquellas alteraciones médicas incluidas las neurológicas, tóxicas y ambientales invariablemente asociadas a los trastornos del inicio y mantenimiento del sueño (TIMS).

Esta categoría es también heterogénea, casi cualquier condición médica, tóxica o ambiental asociada al dolor y malestar puede producir insomnio. Diversas condiciones del Sistema Nervioso Central (SNC) van asociadas al insomnio aun cuando no se presenten específicamente dolor y malestar. Entre éstas se incluyen las infecciones, enfermedades degenerativas y alteraciones traumáticas.

Igualmente, diversas alteraciones no del SNC, sobre todo enfermedades endocrinas y metabólicas, suponen con frecuencia una alteración del sueño.

Si se tiene presente la posibilidad de cualquiera de las condiciones anteriores y se obtiene una buena historia médica es fácil dar con el diagnóstico correcto, y el tratamiento.

7) TIMS de inicio en la niñez.

El TIMS de inicio en la niñez es un insomnio del comienzo del sueño y del mantenimiento del sueño que produce síntomas diurnos de sueño insuficiente, caracterizados por una historia singular de desarrollo (no explicado aun) antes de la pubertad, y persistencia en la edad adulta.

Es posible que el insomnio de comienzo en la niñez representa una condición rara que refleja una formación incompleta u otra disfunción de las vías cerebrales básicas responsables del sueño.

No está claro si representa una categoría independiente o simplemente se refiere a personas con insomnio psicofisiológico persistente de muy larga duración. Es posible que el comienzo en la niñez represente una condición independiente, más bien rara, que refleja una formación incompleta u otra disfunción de las vías cerebrales básicas responsables del sueño.

8) Asociado a otras condiciones.

a) Reiteradas interrupciones del sueño REM. Es un insomnio del mantenimiento del sueño con una pauta característica de despertares iniciados en el primer periodo de sueño REM, aproximadamente a los 90 minutos del comienzo del sueño y que reaparece casi en todos los ulteriores episodios de sueño REM.

El insomnio por interrupción del sueño REM, originalmente llamado insomnio por interrupción de ensoñaciones, es una condición bastante rara. Se ha relacionado con las dificultades psicológicas y los períodos de pesadillas u otros sueños desagradables. En estos casos puede representar de hecho, una respuesta condicionada de evitación en la que el SNC del paciente siente el comienzo de un período de ensoñación, lo asocia con el sueño desagradable o pesadilla y produce una respuesta de activación inmediata (despertar).

b) Rasgos polisomnográficos atípicos.

El TMS con rasgos polisomnográficos atípicos es una condición en la que el sueño se experimenta como "no restaurador", con frecuentes interrupciones, y en que la estructura de la fase de sueño se caracteriza por rasgos fisiológicos anormales.

Es una alteración potencialmente interesante, pero en la actualidad sólo conocida casi exclusivamente por los investigadores del sueño, porque su diagnóstico sólo se puede hacer sobre la base de los registros del sueño. Habitualmente el paciente describe un sueño de mala calidad, ligero e inquieto, aun cuando la duración del sueño se considera suficiente y no se formula queja (o no es específica de dificultad para dormirse o permanecer dormido). Si la alteración es grave y no se pueden hallar razones médicas o psicológicas, puede ser conveniente realizar registros polisomnográficos.

9) Ausencia de anomalidad

a) Sueño breve: Es la denominación del sueño de aquella persona que duerme (y siente la necesidad de dormir) a lo largo de las 24 horas sustancialmente menos de lo habitual para su grupo de edad. El sueño, aunque breve es interrumpido y normal.

b) Esta pauta va asociada a la ausencia de quejas por la calidad de sueño, somnolencia diurna o problemas con el estado de ánimo, motivación y rendimiento durante la vigilia. No existe un verdadero TIMS a pesar del deseo y los intentos ocasionales (sin éxito) para dormir más.

Los individuos con esta pauta de sueño no tienen insomnio y en principio no deberían ser incluidos en esta clasificación.

No hay razón para que recurran al psiquiatra o al especialista en trastornos del sueño a menos que alguien le insista en que todo el mundo necesita 8 horas de sueño y que, por tanto, debe de estar mal. No se precisa tratamiento y es especialmente inapropiado dar a estas personas medicación hipnótica, con los problemas asociados y eventuales dificultades que plantea la abstinencia.

b) Quejas subjetivas de TIMS sin hallazgos objetivos: es la denominación para una queja convincente y sincera de insomnio formulada por un individuo que carece aparentemente de psicopatología y que discrepa de la evidencia del laboratorio relacionada con la duración, arquitectura y fisiología del sueño normal.

Una vez más, este diagnóstico sólo puede formularse sobre la base de reiterados registros polisomnográficos. Algunas personas que tienen esta alteración pueden estar simulando ocasionalmente; otras pueden tener una alteración hipocondríaca y han elegido el sueño como objeto. Algunos pacientes con esta alteración pueden ser simplemente personas que envejecen y que se quejan sólo porque no duermen lo que solían dormir, aunque tengan un sueño completamente normal para su edad.

2.4 Tratamiento farmacológico del insomnio.

Como ya se mencionó, el insomnio tiene múltiples causas y se requiere de un diagnóstico médico exacto antes de pensar en el tratamiento, ya que la prescripción de un hipnótico sin tener en cuenta la perturbación subyacente el paciente, corre el riesgo de encubrir las señales o síntomas de algún padecimiento o enfermedad peligrosa.

En la actualidad la farmacoterapia del insomnio es restringida generalmente al uso de los hipnóticos benzodicepinas y ocasionalmente los antidepressivos triciclos (Castro,1997).

Las benzodicepinas están indicadas principalmente para el insomnio transitorio o de corto plazo, por lo que su prescripción debe ser, si es posible, limitada a pocos días, uso ocasional o intermitente, o usos que no excedan a las tres semanas. El temazepan, loprazolam y lormetazepam que tienen acción de duración media, son convenientes. El diazepam también es efectivo a dosis únicas o intermitentes.

Las potentes benzodicepinas de acción corta tales como el triazolam parecen traer consigo grandes riesgos de efectos adversos incluyendo deterioro psicomotor, especialmente en la ancianidad y ocasionalmente excitación. Con el uso a largo plazo se observa que los fenómenos de la tolerancia, dependencia y efectos de supresión pueden volverse sus mayores desventajas. Los efectos no deseados pueden ser prevenidos en su mayoría manteniendo dosis mínimas y periodos cortos de tratamiento en pacientes cuidadosamente seleccionados (Holister, 1986).

En el caso del uso de los antidepresivos se dice que es recomendable cuando este trastorno no es severo, además el uso de estos fármacos se recomienda en caso de ronquido habitual, ya que no afectan la función respiratoria, a diferencia de las benzodiacepinas que incrementan la duración y el número de eventos obstructivos y deprimen el centro respiratorio agravando seriamente este trastorno del sueño en los pacientes con enfermedades respiratorias o pulmonares (Castro, 1997).

Cabe señalar que no todas las prescripciones con la finalidad de promover el sueño, están relacionadas con la medicación de hipnóticos. Según Mellinger, Balter y Uhlenhuth, (1985), 61 % de la prescripción médica es un hipnótico, 27% usa un ansiolítico, 11% toman antidepresivos y el 5% de los casos se tratan con otro tipo de medicación como antihistamínico o tranquilizantes.

2.5 Influencia de los factores psicológicos en el padecimiento del Insomnio.

En la actualidad se hace gran énfasis en la relación entre las emociones y la tensión en los insomnes, ya que existe información que refiere que los mecanismos que provocan el despertar del sistema nervioso central y autónomo, son activados por emociones negativas o de atención a eventos específicos, que se detectan y pueden ser inhibidos para favorecer el inicio y mantenimiento del sueño (Morales, 1997).

Morales (1997) y sus colaboradores estudiaron la relación de las emociones negativas, la atención y el estrés en los parámetros del sueño de los insomnes, encontrando una relación entre ellos. Según estos autores, la iniciación del sueño y los procesos de recuperación parecen particularmente vulnerables a la interferencia de la estimulación externa a interna generada por emociones o atenciones provocadas durante las experiencias del día o expectativas a cerca del futuro.

Por otra parte, existen estudios que surgen que la actividad cognitiva como las preocupaciones, se asocian al sueño, ya que se ha encontrado en pacientes insomnes un amplio rango de pensamientos relativos a las preocupaciones personales (Waltts, Coile y East, 1994).

También se ha determinado que los factores ambientales que se presentan durante el día afectan los niveles de alertamiento en los que se mantiene el insomne hasta la noche. Los pacientes con insomnio reportan que se despiertan más fácilmente en periodos de alto nivel de estrés, además de tener menos satisfacción con su sueño.

Hasta el momento queda claro que existe una serie de factores psicológicos que influyen en el ciclo del sueño llegando a provocar insomnio y que conforman otra alternativa para tratarlo, pero también se han encontrado algunas características conductuales de los pacientes insomnes, las cuales se mencionarán a continuación:

Según Morales (1997) se puede observar en los insomnes conductas como evitación de la mirada, signos de tensión y ansiedad, dificultad para concentrarse y una expresión muy parsimoniosa.

También suelen ser meticulosos, dan gran relevancia a detalles irrelevantes, son racionales y dan explicaciones causales. Estos rasgos se dice que conforman mecanismos de defensa, entendiéndose por estos, a los procesos con los que los individuos actúan para protegerse del medio ambiente. Por ejemplo: uno de estos mecanismos de defensa es la resistencia en contra de la intimidad, es decir, en contra del contacto y la proximidad emocional. En general, la conducta de los insomnes frecuentemente expresa autocontrol y falta de espontaneidad.

2.5.1 Consecuencias del insomnio.

Las personas con insomnio sufren varios problemas asociados entre sí. Durante el día se sienten fatigados, irritables, ansiosos, experimentan incapacidad para concentrarse, para memorizar, son somnolientos, por lo que se puede afectar la capacidad para tomar decisiones y para relacionarse con las personas.

El insomnio crónico afecta a la familia y reduce la calidad de vida, también la susceptibilidad a enfermedades se incrementa. El riesgo de tener accidentes ya sea de trabajo o automovilístico se incrementa (Webster y Thompson, 1986).

Con esto es evidente la necesidad de la aplicación de los conocimientos desarrollados para tratar este problema de salud, y como en otros padecimientos se están poniendo en práctica programas multidisciplinares de intervención en los que trabajan conjuntamente médicos y psicólogos. En estos programas se suministra información médica y psicológica.

2.6 Tratamiento psicológico del insomnio.

Las intervenciones no farmacológicas que han presentado mayor beneficio terapéutico son las terapias de relajación, la higiene del sueño, terapia de restricción de sueño y la terapia de control de estímulos y en ocasiones es necesario el uso simultáneo de dos o más técnicas simultáneas.

2.6.1 Terapias de relajación

En el caso del insomnio se exige muchas veces una doble prescripción: farmacológica por una lado, y psicológica por otro.

Cuando una persona presenta ataques de ansiedad que le provoca insomnio se beneficia con los efectos rápidos de un fármaco, sin embargo, si sólo se presenta tratamiento químico la persona no se podrá curar porque la ansiedad, además de tener una base bioquímica, presenta también una naturaleza cognitiva comportamental. Por ello si ésta persona no aprende a manejar sus pensamientos y su conducta no sabrá controlar su ansiedad y persistirá el insomnio (Cano, 1997).

Algunos métodos que suelen resultar sin el riesgo de producir secuelas, consisten en entrenar al paciente para controlar el estrés, el cual es una de las causas principales del insomnio, y así el sueño puede mejorar.

Una parte del tratamiento es explicarle el papel que juegan sus pensamientos, sus emociones y su conducta en el trastorno y entrenarlo en la modificación y manejo de pensamientos, emociones y conductas.

En este sentido, las técnicas de relajación muscular progresiva y algunas técnicas que se enfocan a los procesos de atención como el entrenamiento en el control de imágenes, la meditación y la detención del pensamiento controlan la actividad cognitiva (Hohagen, 1996).

Cabe señalar que la teoría cognitivo-conductual, parte de la concepción de que la realidad es construida por los seres humanos y esta construcción sigue reglas y métodos, y por lo tanto, es la forma en que el individuo interpreta la realidad, mas que la realidad misma, la que produce diferentes estados emocionales y por último la conducta misma.

La conducta, según este enfoque no se deriva de incitaciones ambientales, sino que los pensamientos que tienen lugar en el cerebro la preceden y determinan la manera en que un organismo lleva a cabo un comportamiento (Zumaya, 1993).

Las psicoterapias cognitivo-conductual enfatizan, primeramente al componente cognoscitivo como pre-requisito a lo emocional, entendiendo lo cognoscitivo como la formación, contenido, interconexiones y efecto dinámico de las ideas (Arieti, 1978), y posteriormente a lo conductual en tanto es observable y por lo tanto verificable.

Estos dos componentes se interrelacionan dando lugar a un circuito de retroalimentación: pensamiento-emoción-conducta-pensamiento (Zumaya, 1993).

Bajo este enfoque entonces la manera de intervenir sería modificando los pensamientos y favoreciendo un estado emocional sin tensión o estrés y posteriormente se esperaría un cambio en su ciclo de sueño considerando que una de las principales causas del insomnio es la tensión.

2.6.2 Higiene del sueño.

Esta técnica intenta educar al paciente para lograr hábitos de sueño y consiste en dar un número de recomendaciones simples que tiendan a promover el sueño y a modificar conductas inapropiadas que lo afectan. La naturaleza precisa de las recomendaciones varía dependiendo de la historia de los pacientes pero generalmente incluye recomendaciones comunes como reducir el uso de estimulantes, regular el tiempo en la cama, retirar el reloj de la recámara para reducir la ansiedad, establecer un programa de ejercicio temprano durante el día y reducir o eliminar los descansos diurnos o las siestas (Morin, Cullbert, y Schwartz, 1994).

2.6.3 Terapia de control de estímulos

Esta técnica se basa en que las propiedades de algunos estímulos del ambiente del paciente no facilitan el sueño, por el contrario, incrementan el estado de alerta siendo su objetivo entonces, reducir las conductas incompatibles como el sueño como son: ver televisión, escuchar la radio, comer, leer, o realizar alguna tarea en la cama. (Lacks y Morin, 1993).

2.6.4 Restricción del tiempo en la cama.

Esta forma de terapia consiste en disminuir el tiempo en cama hasta alcanzar las horas que el paciente estima dormir cada noche con un tope mínimo de 4.5 horas.

El paciente se entrena para ir a la cama solamente cuando esté cansado y levantarse nuevamente si no se ha dormido en un periodo de 15 minutos. Cuando se logra una eficiencia de sueño del 90% se incrementa el tiempo en cama 20 minutos semanalmente. El paciente no debe dormir siesta durante este periodo.

2.7 Hipnosis en el tratamiento del insomnio.

La palabra "insomnio" es literalmente incorrecta, es un nombre erróneo, porque significa ausencia total de sueño y, excepto en algunas personas afectadas de raras enfermedades o lesiones del sistema nervioso la ausencia total de sueño es una enfermedad desconocida (Luce y Segal, 1971).

En términos cotidianos, el insomnio no es una falta total de sueño, sino es un sueño deficiente, un sueño que no proporciona un descanso, un sueño abreviado, o un sueño truncado por pesadillas.

La incapacidad de dormir constituye para algunos un problema solamente pasajero que se presenta en momentos de tensión, pero para otros puede ser un síntoma crónico de enfermedad física o mental, es por eso, que siempre es necesario considerar que existen variedades de insomnio tan distintas como las causas que lo provocan, y que cada individuo percibe síntomas distintos y presenta patrones diferentes de trastornos del sueño.

Por otro lado, debido a que el insomnio no es una enfermedad única sino que resulta de una diversidad de causas, no existe tampoco contra él un remedio único, sin embargo, a partir de la literatura revisada se puede señalar que las preocupaciones, las ansiedades e incluso pensamientos obsesivos son factores determinantes en el padecimiento de este trastorno.

Antes de continuar cabe mencionar que los autores Luce y Segal (1971) realizaron una recopilación de estudios realizados por varios autores y con diferentes criterios teóricos sobre la técnica de la hipnosis como tratamiento del insomnio, los cuales a continuación se señalarán.

Al respecto, señalan que los ejercicios mentalistas como el practicar yoga, la meditación, la relajación y la hipnosis, es decir, los ejercicios de concentración facilitan el sueño. Los autores parten de la idea de que el cerebro es una gran fábrica de sustancias químicas capaces de producir varios efectos (sueño), y aunque efectivamente las píldoras pueden provocar estos efectos, el cerebro lo hace mejor por sí solo. En este sentido, la hipnosis puede ser uno de los instrumentos más importantes para la medicina, pero su empleo se halla descuidado en el mismo grado en que se abusa del empleo de las drogas en parte, porque los actores y charlatanes han puesto al hipnotismo en una postura que nada tiene de respetable y por otro lado, necesitamos explicaciones visibles.

"Muchas personas se sienten mejor después de tomar píldoras que no son más que unos placebos neutros y aunque muchas de nuestras drogas sean en realidad placebos, satisfacen necesidades psicológicas, pero son medicina visible. Incluso si nadie comprende su acción, la mayoría de nosotros aceptamos la idea de que una sustancia química puede eliminar el dolor o el sueño, sin embargo, nos resulta difícil aceptar que el cerebro es capaz de producir los efectos deseados si se le piden correctamente por medio de la hipnosis" (pag, 373 *ibid*).

Estos mismos autores reportan que estimulando determinadas regiones del cerebro de un mono se lograba en él una expresión de furia, pero que esto no significa que el animal la sienta, es decir, existen varias señales como amenaza, peligro, etcétera que percibe el mono, luego estas señales se organizan y resulta una respuesta más compleja como el embestir.

En el caso que nos ocupa, hay señales que se perciben y se organizan dando como resultado dolor y ansiedad, por ejemplo, el calor o el fresco que encontramos agradables pueden convertirse gradualmente en desagradables, y quizá por medio de la hipnosis esas señales percibidas se pueden convertir en dolor o ansiedad (en el peor de los casos). De igual manera se puede evitar que estas señales se organicen en dolor o ansiedad, es decir, se podrán percibir los mensajes o las sensaciones a través de los sentidos, pero utilizando la hipnosis se estimularán aquellas zonas del cerebro para evitar que lleven a cabo la función integradora y así los mensajes percibidos no se aceptarán.

Estos autores señalan que la mayoría de las personas que no pueden dormir consideran que sus preocupaciones y sus obsesiones son sumamente concretas e insistentes y que es posible que los malestares del insomnio estén relacionados con el dolor intenso, ya que "los dos tanto el dolor intenso como el tormento del insomnio, dependen de nuestra propia manera de responder a un acontecimiento, que, en un caso es un mensaje físico al cerebro y, en otro, es tal vez una información acerca de algún acontecimiento de nuestras vidas.

Posiblemente las múltiples maneras de sufrir están emparentadas y dependen todas ellas de alguna forma de nuestro consentimiento" (pag. 388).

Finalmente, este autor considera que los métodos hipnóticos no curan las enfermedades, pero han tenido un éxito extraordinario con el dolor, el insomnio y otros síntomas que constituyen un aspecto amenazador de la enfermedad.

Herbert Spiegel (citado en Luce y Segal) era un psiquiatra de Nueva York que aprendió los métodos hipnóticos durante la segunda guerra mundial y los aplicó a personas insomnes, señalaba que el trance hipnótico es lo opuesto a la somnolencia o a la distracción con base al registro de las ondas cerebrales de personas en estado de trance, encontrando que esos trazos eran característicos de un estado de vigilia muy alerta.

Otro aspecto que enfatizaba era que los individuos se diferencian por aspectos como la distancia a la que son capaces de lanzar una pelota, la cantidad de sueño que necesitan, la rapidez con la que despiertan, y también en el grado y susceptibilidad a los estados de trance y sugestión.

Para Spiegel durante la inducción hipnótica se elimina todas las visiones, olores, ruidos y pensamientos molestos, no se permite que la mente vague o que los sentidos sean difusamente estimulados, sino que se guía la atención a reducir su foco de concentración.

Cuando se eliminan todos los pensamientos y sensaciones, se invita a la persona a concentrarse en alguna percepción física alterada, por ejemplo, alguna sensación de calor en la mano, unos movimientos en los dedos pesadez o liviandad.

Durante el estado de atención total el hipnotizador da sugerencias razonables para ayudar más adelante a la persona o le enseña a la persona un procedimiento para inducir el estado de trance con el propósito de dormir fácilmente.

Este terapeuta coincidía con el anterior en que combatir el dolor psicológico y el miedo es una medicina humana, pero que requiere tiempo y así como es posible percibir el dolor de otro modo, así también el transformar las vías de acceso al sueño y acelerar el descenso, permiten el dormir. Consideraba que el tratamiento del insomnio no es de ninguna manera fácil y que el mejor momento para inducir el estado de trance es justamente antes de que el paciente vaya a la cama.

Edmund Jacobson era un médico muy conocido que llevó a cabo muchas investigaciones donde encontró que una gran parte del dolor de la enfermedad provenían de tensiones musculares no localizadas.

Jacobson llevó a cabo muchos experimentos en los que registró la tensión muscular y las ondas cerebrales durante diversas clases de pensamientos llegando a la conclusión de que si determinadas imágenes mentales podían aumentar la tensión, la relajación muscular total, por el contrario, no permitía aquella clase de actividad mental que mantiene despiertas a tantas personas. La atención y la actividad mental disminuían con la relajación progresiva, y el paciente no mostraba ningún reflejo de sobresalto al oír un ruido repentino.

Jacobson consideraba que el insomnio iba acompañado de un sentimiento de tensión exagerado, que podía superarse siempre que la persona dejara de contraer determinados músculos. También afirmó que los estados afectivos desagradables y torturantes no persistirían en la persona cuyo cuerpo estuviera totalmente relajado.

Su método consistía en enseñar a los pacientes la manera de tensar y relajar los pies, las piernas, el vientre, los hombros, y la cara. El método se conocía como "*Relajación Progresiva*" y se publicó en 1929.

Relacionado con los comentarios anteriores Joe Kamiya del Langley un médico neuropsiquiatra gracias a sus investigaciones llegó a la determinación de que existe un estado especial que tiene lugar durante la relajación antes del sueño, e intermitente durante éste; es como un estado de suspensión vigilante en algún umbral de la somnolencia. Se conoce como estado alfa y tiene un patrón de onda cerebral de ocho a trece ciclos por segundo que fluye a un curso estable.

El autor sostiene que ya sea que una persona se sirva de la relajación muscular, del hipnotismo o de la meditación, el resultado final es un estado placentero desde el cual, el descenso al sueño es sumamente fácil.

L. S. Wolfe (citado en Luce y Segal), empezó sirviéndose de técnicas hipnóticas para curar a sus pacientes y gracias a la comprensión del aspecto psicológico de la enfermedad salvó a muchas personas de operaciones quirúrgicas innecesarias, posteriormente trató a insomnes en su mayoría mujeres. Wolfe inducía el trance e instruía al paciente en un ejercicio de auto hipnotismo, del que se servía el paciente para dormirse. El doctor, durante el trance le daba al paciente una palabra clave que en adelante serviría para llegar a un estado de concentración determinado.

Hartland, (1974) en un estudio logró eliminar el insomnio por medio de la técnica hipnótica, utilizando de 3 a 4 sesiones, sin embargo, la efectividad del uso de la hipnosis no se verificó completamente, ya que combinó la técnica con el uso de pequeñas cantidades de fenelzina y perfenazina.

Según este autor se pueden mencionar tres recomendaciones para el tratamiento del insomnio.

La primera de ellas consiste en hablarle con franqueza al paciente sobre el tema del sueño en general, obteniendo información sobre sus ideas y creencias a cerca del sueño y de la cantidad de horas que él necesita para mantenerse sano.

La segunda se refiere al hecho de evitar la palabra dormir en el curso de la inducción al trance, ya que el paciente puede asociar a esta palabra con sus temores y ansiedades que cada noche le impiden dormir. Esta palabra se debe sustituir por las palabras cansancio, relajado o somnoliento.

La ultima consideración de la manera de inducir al paciente, ya que esta dependerá de los datos obtenidos antes de comenzar el tratamiento.

Existen otros estudios donde se ha utilizado la hipnosis bajo el enfoque cognitivo conductual en pacientes con cáncer obteniéndose buenos resultados modificando el pensamiento de "necesidad de dormir" a "tan solo relajamiento" (Beszterezev y Lipowski, 1997).

Según la literatura revisada se puede señalar que existe poca información concreta y precisa sobre los resultados del uso de la técnica de la hipnosis sobre los padecimientos del insomnio, es decir, no hay publicaciones de registros o datos estadísticos, sin embargo, se encontraron distintos puntos de vista que sugieren de manera directa o indirecta que el uso de la hipnosis es conveniente para tratar el insomnio.

Lo anterior sugiere que sería beneficioso principalmente porque está comprobado que el sueño se puede inducir sin la utilización de fármacos, por medio de una estimulación monótona; además que el insomnio generalmente va acompañado de sentimientos de ansiedad, los cuales, se pueden modificar por medio de sugerencias dirigiendo La atención del paciente exclusivamente a las instrucciones que se le indiquen.

También el insomne presenta tensión muscular dificultando el dormir, misma que se puede contrarrestar utilizando la relajación progresiva propia de la inducción hipnótica, por esa razón el presente trabajo tiene como objetivo comprobar la eficacia de la técnica de hipnosis en el tratamiento del insomnio.

MÉTODO

Objetivo general: Demostrar la eficiencia terapéutica de la técnica de hipnosis en el insomnio.

Objetivo particular: Modificar los parámetros de sueño latencia, tiempo total de sueño y número de despertares de cada uno de los pacientes por medio de las sugerencias en estado hipnótico.

Objetivo particular: Disminuir la tensión muscular para propiciar el descanso a través del método de inducción con relajación progresiva.

Variable independiente: Las sugerencias en estado hipnótico.

Variable dependiente: El tiempo que tardan en dormir los pacientes (latencia); el tiempo total de sueño y el número de despertares.

3.1 Sujetos: Participaron de manera totalmente voluntaria 15 pacientes con insomnio crónico diagnosticados por la Clínica de Trastornos del Sueño con o sin tratamiento farmacológico mayores de 15 años y menores de 80 años, sin problemas respiratorios severos o problemas psiquiátricos.

Cabe señalar que por el tipo de enfermedad (insomnio crónico) es muy difícil encontrar pacientes que no estén bajo tratamiento farmacológico.

3.2 Ambiente Físico: Las sesiones se llevaron a cabo en la Clínica de Trastornos del Sueño, la cual pertenece a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y cuenta con recámaras con las condiciones idóneas de ventilación, iluminación y mobiliario adecuados para el descanso.

3.3 Instrumentos: Se utilizó un formato de autorregistro (ver anexo 1) considerando la dificultad para observar directamente el ciclo de sueño del insomne y contabilizar las horas de sueño.

3.4 Diseño: Se utilizó un diseño preexperimental de prueba-posprueba con un sólo grupo. Este diseño también se considera de replicación ya que lo anterior se hizo con 9 sujetos permitiendo así concluir con más certeza, que el tratamiento es el agente responsable de los cambios de la variable dependiente.

La elección de dicho diseño correspondió a la falta de evidencias sobre los posibles efectos del uso de la hipnosis para el manejo del insomnio, es decir, dicho estudio es exploratorio, muy útil como primer acercamiento con el problema de investigación, sin embargo, dependiendo de los resultados se pueden derivar estudios más sistemáticos con la utilización de los estudios polisomnográficos que proporcionan datos fisiológicos los cuales requieren financiamiento económico

3.5 Procedimiento: Se llevó a cabo un registro diario sobre el ciclo de sueño del insomne antes de la intervención durante una semana, periodo que permitió observar el valor promedio de tres aspectos del sueño:

1. Latencia
2. El tiempo total de sueño
3. El número de despertares

En este caso, en los 9 sujetos se realizó una serie de observaciones sobre el ciclo de sueño del insomne a través de un registro de autorreporte durante 7 días o más para lograr estabilidad en los datos obtenidos.

Posteriormente se efectuó la intervención utilizando la técnica de hipnosis a cada sujeto de manera individual.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Por último, se volvió a registrar el ciclo de sueño del insomne de la manera en que antes se mencionó.

Hubo un número de 8 sesiones de 60 minutos cada una, con frecuencia de 2 veces por semana cada tercer día durante las primeras 4 sesiones posteriormente las sesiones fueron cada semana.

Primera Sesión

- Se estableció el rapport con el paciente (presentación, remisión, etc.)
- Se invitó al paciente a participar en el presente proyecto de investigación.
- Se establecieron las condiciones bajo las cuales se trabajó el resto de las sesiones.
- Se explicó al paciente qué es la hipnosis; la importancia de su colaboración para inducir el trance y se respondió cualquier duda o inquietud.
- Se llevó a cabo una entrevista para obtener datos específicos sobre los hábitos antes de acostarse, sobre sus pensamientos, sobre las sensaciones antes de dormir y algunos datos demográficos como nombre, edad, ocupación y estado civil que permitió conocer la problemática que impide que el sujeto duerma. (ver anexo 2)
- Se le proporcionó a cada paciente un formato de autorreporte y se le explicó como contestarlo. Esto se hizo con el fin de identificar si hay una adecuada higiene del sueño del paciente y en el caso de no ser así, se tomó en consideración para hacer énfasis en la necesidad de una adecuada higiene del sueño en estado hipnótico.

Con todos los datos se conformó un expediente de cada paciente y así se llevó un registro para anotar sus cambios.

De la segunda a la séptima sesión.

- Durante los primeros 10 minutos se estableció el rapport con el paciente y se preguntó lo siguiente: ¿Cómo se siente?, ¿Cómo durmió anoche?, ¿Qué hizo antes de dormirse?, ¿Qué actividades va a realizar el resto del día?. Esto con el fin de identificar las fuentes de tensión que pudieran estar presentes.
- Se inició la inducción hipnótica llevando al paciente a un estado de relajación profunda con la técnica de fijación de la vista.

Rutina de inducción Típica (tomada de Hartland, 1974)

Siéntese cómodamente en el sillón.

Elija un punto en el techo un poco atrás de usted...

Mantenga la vista fija en ese punto del techo.

Suéltese... flojo y relajado.

Deje que todos los músculos del cuerpo se aflojen completamente.

Respire tranquilamente...profundamente...adentro...afuera.

Ahora quiero que se concentre en los pies y en los tobillos.

Aflójelos... suéltelos... flojos y sueltos.

Empezará a sentir una sensación de pesadez en los pies.

Como si se estuvieran volviendo tan pesados como el plomo.

Como si quisieran hundirse en el piso.

Mantenga la vista fija en el punto del techo.

Y mientras lo mira...sentirá que los párpados le pesan.

Sentirá que son más y más pesados...de manera que quisieran cerrarse.

Tan pronto como sienta que quieren cerrarse...déjelos que se cierren.

Suéltese completamente.

Deje que los músculos de las piernas y los muslos que completamente sueltos y flojos.

Aflójelos...suéltelos...flojos y sueltos.

Mientras se van aflojando...sus ojos se cansan cada vez más y más.

Están llorando un poco.

Pronto, los sentirá tan pesados que querrá cerrarlos.

Tan pronto como sienta que se quieren cerrar... déjelos que se cierren... que se cierren solos...

Suéltese completamente.

Abandónese por completo a esta sensación tan agradable... placentera... somnolienta... e indolente.

Que todo su cuerpo quede suelto y flojo... pesado como el plomo...

Primero los músculos del estómago... aflójelos.. Suéltelos... suéltelos y flojos.

Ahora los músculos del pecho... del cuerpo... y de la espalda.

Suéltelos ... suéltelos y flojos... relájelos por completo.

Y podrá sentir una sensación de pesadez en el cuerpo.

Como si todo el cuerpo estuviera tan pesado como el plomo.

Como si quisiera hundirse... más hondo y más hondo... en el sillón.

Suelte todo el cuerpo... pesado como plomo.

Que se hunda cómodamente... cada vez más hondo... en el sillón.

Mientras se hunde... siente que los párpados son más y más pesados.

Tan pesados... tan pesados... que se quieren cerrar.

Cuando sienta que se quieren cerrar... déjelos que se cierren.

Y ahora... esa sensación de relajamiento se extiende por los músculos del cuello... de los hombros... y de los brazos.

Afloje los músculos del cuello... suéltelos... sueltos y flojos.

Ahora los músculos de los hombros... de los brazos... suéltelos... sueltos y flojos... deje que se aflojen por completo.

Al aflojarse... sentir una sensación de pesadez en los brazos. Como si los brazos se estuvieran volviendo tan pesados como el plomo.

Suelte los brazos... pesados como plomo.

Relájelos completamente.

Y cuando lo haga... sentirá los párpados tan pesados, tan pesados... sus ojos están cansados... muy cansados... quieren cerrarse.

Quieren cerrarse, ahora... se están cerrando... cerrándose más y más.

Duerma.

- Se inició la profundización del trance por medio de una serie de instrucciones que sugerían alguna intensificación de las habilidades de la relajación por ejemplo: "te estás centrando más; tu mente está más atenta" etcétera.
- También se pueden utilizar frases que sugieran alguna sensación somática (hormigueo, sensación de calor, frío, rigidez, liviandad, etcétera.).

Profundización por medio de metáforas.

*Ahora está más relajado que antes, más sensible a todo lo que yo digo
 Imagínese unas escaleras de 7 peldaños unas escaleras bonitas, seguras
 Unas escaleras, quizá blancas o alfombradas, como sean, pero muy
 agradables a la vista.*

*Cada vez que baje un peldaño, respirará más profundo y sentirá una
 sensación muy agradable.*

Una sensación de tranquilidad, un estado, sin pensar, sin hacer esfuerzo.

Escuche sólo sus pasos bajando y sienta su respiración.

Cuando llegue abajo estará en un estado de relajación profunda,

Estará en un estado de completa tranquilidad.

Ahora está más abajo y más tranquilo, sumamente en paz

Baja más y más, déjese llevar por esta sensación

*Baja todavía más, está abajo y ahora está en un estado más profundo y
 más agradable.*

- Se continuó con una serie de instrucciones que sugerían alguna sensación somática como la ligereza o la rigidez o pesadez del algún miembro del cuerpo (brazo o mano) y se comprobó por medio de la observación y del contacto directo con el miembro la ejecución de la respuesta.

- (También se considera que éstas técnicas a parte de servir para la comprobación de la profundización, sirven para profundizar más).

Posteriormente se inició la inducción hipnótica llevando al paciente a un estado de relajación profunda con la técnica de fijación de la vista (ver anexo 3).

En la sesión número 7 además de lo anterior se le proporcionó nuevamente a cada paciente el formato de autorreporte para medir su ciclo de sueño.

En la sesión número 8, se le preguntó a cada paciente lo que había aprendido en estas sesiones y algunos consejos para aquellas personas que padecen insomnio y finalmente se llevó acabo la última inducción.

Profundización por levitación del brazo.

Abandónese por completo... y respire con tranquilidad... adentro... afuera.

Mientras lo hace... gradualmente su sueño ser más y más profundo.

Y en tanto se duerme en un sueño más y más profundo...

Quiero que se concentre en las sensaciones que siente en su brazo y en su mano izquierda.

Sentirá que la mano poco a poco está más ligera.

Siente como si tuviera un globo atado a la muñeca... y como si poco a poco la subiera... más alto y más alto... dejándola de la silla.

Está queriendo subirse... en el aire... hacia el techo... déjela que suba... más alto y más alto.

Como si fuera un corcho... flotando en el agua.

Y está flotando en el aire... en el aire... y siente el cuerpo más y más relajado... más y más pesado... y poco a poco entra usted en un sueño más y más profundo.

Siente la mano izquierda todavía más y más ligera.

Elevándose en el aire... como si fuera jalada hacia el techo.

Cada vez es más ligera, más ligera... como si fuera una pluma.

Respire hondo... y abandónese por completo.

Y mientras siente que su mano es cada vez más ligera... y se levanta cada vez más en el aire... siente que su cuerpo va pesando más y más... y usted duerme con un sueño más y más profundo.

Ahora siente que todo el brazo, desde el hombro hasta la muñeca,

Es cada vez más ligero, cada vez pesa menos.

Se está levantando del brazo del sillón... y va flotando hacia arriba... en el aire.

Sigue subiendo... en el aire... sube más, sube más.

Déjela que suba... más arriba, más arriba, más todavía sube flotando lentamente... en el aire... y mientras lo hace... su sueño es cada vez más y más profundo, más profundo.

- En los casos en donde no se observó la respuesta deseada a través de las sugerencias anteriores, se recurrió a las instrucciones que sugerían tensar todo su cuerpo miembro por miembro, posteriormente a que centraran su atención en las sensaciones de percibir su cuerpo tenso, luego se invitó a que relajaran su cuerpo gradualmente mientras respiraban profundo y lento con el fin de que sintieran la diferencia de tener los músculos tensos a tenerlos relajados y finalmente se despertó al paciente.
- Una vez que se comprobó que el paciente estaba en un trance ligero o medio se le hizo una serie de sugerencias con el fin de establecer una asociación entre noche-quietud; cama-tranquilidad; cama-descanso y evitar que el paciente asociara cama-alerta; cama-vigilia; noche-tensión, etcétera.
- Esto con el fin de volver a condicionar al paciente a dormir.

- También se dieron instrucciones para reforzar la higiene del sueño y por último se invitó al paciente a permanecer activo, alerta, y apto para resolver cualquier dificultad que se le presente durante el día.

Rutina Típica para el paciente

Cuando el paciente estaba en estado de trance y se había relajado lo más posible se procedió de la siguiente manera:

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

En consecuencia... lo que coloque en su mente inconsciente... principiará a ejercer una influencia más grande y más grande sobre la forma en que piensa... sobre la forma como se siente... sobre la forma en que se comporta.

Y.. debido a que esas cosas permanecerán... firmemente incrustadas en la parte inconsciente de su mente... después que haya salido de aquí... cuando ya no esté conmigo... continuará ejerciendo la misma fuerte influencia... sobre sus pensamientos... sobre sus sentimientos... y sobre sus acciones... igual de fuerte... igual de seguro... con igual poder... cuando haya regresado a su hogar... o se encuentre en el trabajo... así como usted está conmigo en este lugar.

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

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

Y todo eso continuará sucediéndole... todos los días... y usted seguirá experimentando esos mismos sentimientos... todos los días... igual de fuerte... igual de segura... con igual poder... cuando haya regresado a su casa... o a su trabajo... igual que cuando está conmigo en este lugar.

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

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

Se cansará con mucho menos facilidad... se sentirá mucho menos fatigado.

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

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

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

Recuerde que cada vez que desee entrar a su recámara será porque decidió solamente relajarse solamente descansar sin prestar atención al hecho de dormir o no, lo importante es descansar tan sólo descansar.

Cada vez le llegará a este estado más fácil y más rápido sin la ayuda de nadie.

- Finalmente se despertó al paciente utilizando la técnica con la que se profundizó, es decir, si se utilizó escaleras para profundizarlo también se utilizaba para despertarlos por medio de sugerencias que sugerían sensaciones de bienestar, energía y tranquilidad principalmente.

Técnica para despertar al sujeto.

Se sentirá mucho mejor por este sueño profundo y refrescante. ...

Ahora en unos cuantos momentos... cuando cuente hasta siete... abrirá los ojos y despertará por completo.

Se sentirá por completo descansado... tanto mental como físicamente completamente calmado y recuperado... sin la más ligera sensación de somnolencia o de cansancio.

Y la siguiente vez... no sólo podrá dormir con más rapidez y facilidad... sino podrá dormir mucho más profundamente.

En realidad cada vez su sueño será más y más profundo.

Uno... dos... tres... cuatro... cinco... seis... ¡siete!

- Finalmente se llevó a cabo el análisis estadístico de los resultados a través de la prueba de "t" de Student para observar la existencia de diferencias significativas entre los datos.

RESULTADOS

Participaron inicialmente 15 pacientes de los cuales 6 dejaron el tratamiento inconcluso por diversas razones como incapacidad para entrar en trance, problemas de salud y dificultad para trasladarse y desconocidas.

Los restantes 9 pacientes tomaron el tratamiento completo y presentaron las siguientes características:

DATOS GENERALES

CLAVE	SEXO	EDO. CIVIL	PESO	ESTATURA	DURACIÓN	EDAD	
1	A	M	Soltero	61 K	1.70 m	1.5 años	25 años
2	B	M	Soltero	70 K	1.65 m	3 años	35 años
3	C	M	Soltero	45 K	1.65 m	6 años	18 años
4	D	F	Casada	57 K	1.61 m	15 años	44 años
5	E	M	Separado	72 K	1.75 m	9 años	71 años
6	F	M	Soltero	56 K	1.60 m	4 años	76 años
7	G	F	Soltera	51 K	1.57 m	5 años	58 años
8	H	F	Viuda	59 K	1.58 m	10 años	63 años
9	I	F	Soltera	53 K	1.57 m	4 años	43 años

Tabla 1. Se registraron algunos datos demográficos y clínicos de cada uno de los pacientes que tomaron el tratamiento de manera completa.

Los datos que proporciona la tabla, muestran casi igual número de hombres y de mujeres, a diferencia del estado civil, ya que más del 90% de los participantes son solteros, otra característica importante es que ningún paciente presenta obesidad, mientras que las edades fluctúan entre 18 y 76 años todos con insomnio crónico, es decir, de varios años.

Por razones de diagnóstico a 3 pacientes se les aplicó el estudio polisomnográfico antes de comenzar el tratamiento permitiendo tener medidas objetivas de los tres parámetros de sueño y poderlas comparar con los valores que reportaron encontrándose lo siguiente.

COMPARACION ENTRE VALORES

CLAVE	PARAMETROS DE SUEÑO	VALORES OBJETIVOS (POLISOMNOGRAFIA)	VALORES SUBJETIVOS (AUTORREGISTRO)
1	LATENCIA	3 MINUTOS	45 MINUTOS
	TTS	311 MINUTOS	270 MINUTOS
	DESPERTARES	64, 24 MAYORES DE 1 MIN	4
2	LATENCIA	34 MINUTOS	118 MINUTOS
	TTS	394 MINUTOS	275 MINUTOS
	DESPERTARES	37, 18 MAYORES DE 1 MIN	1
3	LATENCIA	15 MINUTOS	29 MINUTOS
	TTS	422 MINUTOS	275 MINUTOS
	DESPERTARES	25, 12 MAYORES DE 1 MIN	1

Tabla 2. Se observa la comparación entre los valores objetivos y subjetivos de la latencia, tiempo total de sueño y número de despertares de los 3 pacientes a quienes se les aplicó el registro polisomnográfico.

Se obtuvieron los valores del error estándar (ISE); desviación estándar (SD) y de la media de cada uno de los parámetros de sueño que se consideraron en el presente estudio: latencia, tiempo total de sueño y número de despertares encontrándose los siguientes resultados:

PARAMETROS DE SUEÑO

	PRE	PRE	PRE	POST	POST	POST
	LATENCIA	T.T.S	DESPERTARES	LATENCIA	T.T.S.	DESPERTARES
MEDIA	68.11	280.3	2.67	35.33	365.1	1.11
ISE	10.3	26.4	.55	4.4	23.13	.66
SD	30.9	79.4	1.66	13.2	69.4	2.0

Tabla 3. Se observan los valores obtenidos de los formatos de autorregistro de los 9 pacientes antes del tratamiento (PRE) y después del tratamiento (POST).

A continuación se puede observar de manera gráfica los valores únicamente de la media de cada uno de los parámetros de sueño.

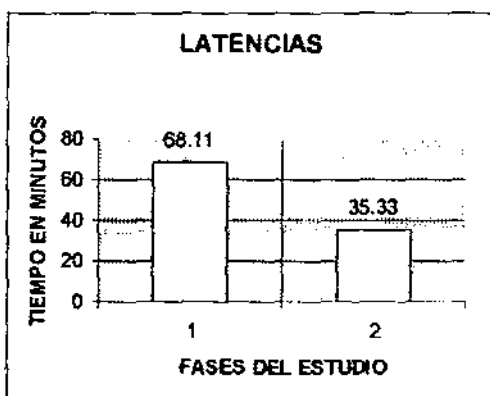


Figura 6. Se observa el valor de la media de la latencia en minutos antes del tratamiento (1) y después del tratamiento (2)

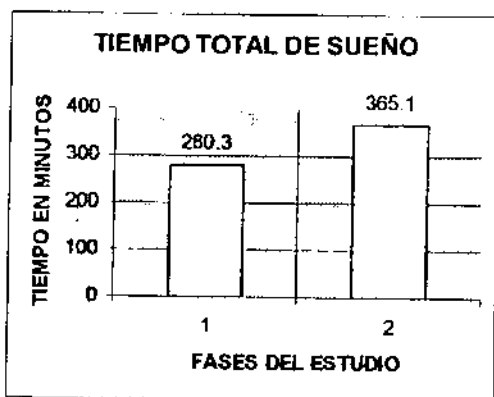


Figura 7. Se observa el valor de la media en minutos del tiempo total de sueño de los 9 pacientes antes del tratamiento (1) y después del tratamiento (2)

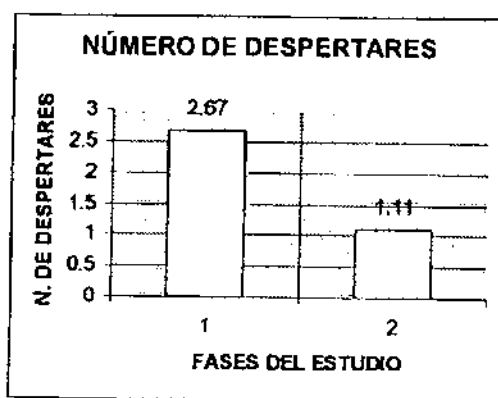


Figura 8. Se observan los valores de la media del número de despertares por noche de los 9 pacientes antes del tratamiento (1) y después del tratamiento (2)

PRUEBA "t" de student

Se llevaron a cabo pruebas "t" de 2 colas pareadas para saber si las diferencias tenían un valor estadísticamente significativo encontrándose lo siguiente:

	VALOR P	SIGNIFICANCIA
LATENCIA	.0042	.005
TTS	.0026	.005
DESPERTARES	.0485	.005

Tabla 4. Se registraron los resultados de aplicar la prueba "t" de Student

CAMBIOS EN LA DOSIS

Otro factor que se registró fue la dosis de medicamento que tomaban los pacientes encontrándose lo siguiente:

PACIENTE	DOSIS- ANTES	DOSIS-DESPUES
A	Ativan .75 mg	Nula
B	Rohypnol 1 mg	Nula
C	Rivotril 2mg	Nula
D	Rivotril 1.25mg y Wellbutrin 150mg	Igual
E	Rivotril 2mg; Tafil .5mg; Lindormin 250 mg.	Lindormin 125 mg y Rivotril 2 mg
F	Tafil .25	Igual
G	Tofranil 10 mg y Rivotril 1.3 mg	Igual
H	Tafil .25 mg	Ivel con 60 mg de lúpulo y 250 mg valeriana (naturista)
I	Ivel = 60mg lúpulo y 250 mg de valeriana	Igual

Tabla 5. Se observan los cambios de dosis de cada uno de los pacientes antes y después del tratamiento.

Todd

Los resultados más significativos clínicamente se pueden observar en los pacientes A, B y C los cuales presentan menor edad en comparación del resto de la muestra (25, 18 y 35 años respectivamente) en donde la dosis se redujo totalmente después de 8 sesiones y sus parámetros de sueño se modificaron favorablemente.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos concuerdan con Corsi (1985) que este trastorno se presenta en personas de todas las edades y grupos socioeconómicos, aunque, los presentes resultados sugieren que además de la edad el ser soltero, separado o viudo, son factores de riesgo para padecer insomnio.

Por otro lado, los 9 pacientes fueron susceptibles a inducirse por lo menos en trance ligero según Van Pelt (1963) en el cual se experimenta una completa relajación e inhibición de los movimientos voluntarios y los ojos permanecen cerrados; por lo general hay obediencia automática y en ocasiones amnesia parcial.

Otros fenómenos que se observaron fueron: ritmo respiratorio profundo, y lento; tono muscular disminuido y en algunos pacientes se observó sialorrea (excretar saliva oralmente).

También es necesario mencionar que comparando los datos objetivos y subjetivos entre los pacientes se encontró que existe frecuentemente una falsa percepción en donde subestiman el tiempo que pasan dormidos y sobreestiman el tiempo que pasan despiertos, es decir, en estos casos, los 3 pacientes a los cuales se les aplicó el estudio reportaron valores totalmente diferentes a los registrados electroencefalográficamente.

Al respecto, se cree que hay mecanismos neurofisiológicos que nos permiten estimar aproximadamente la duración, la profundidad y la cantidad de sueño que en los pacientes con falsa percepción no funcionan, sin embargo, la autopercepción de los patrones de sueño es fundamental ya que, en gran medida de esta percepción va a depender el sentir de la persona a la mañana siguiente (cansancio, recuperación, etcétera).

En estos casos en especial, es muy oportuno la videograbación que está incluida en la polisomnografía porque con esto se confronta a los pacientes a que verdaderamente durmieron más tiempo de lo que ellos estiman y que su calidad de sueño no es tan baja.

Por otro lado, la latencia es indispensable para determinar la dificultad para dormir que es parte de la definición de insomnio y en este caso, la latencia fue el parámetro que más se modificó después del tratamiento, ya que en todos los pacientes se registró una disminución.

Lo anterior se puede explicar según la afirmación de Harmony y Aícaraz (1987) considerando que el ciclo sueño-vigilia es un proceso fluctuante cuya duración va a depender sobre todo de las circunstancias ambientales; de la predisposición y motivación del sujeto para dormir o no y de su estado emocional en general, es decir, que procurando un ambiente adecuado sin ruidos estridentes, sin música, un lugar cómodo; un estado de relajación muscular y evitando una actividad cognoscitiva intensa (ideas, recuerdos, racionalizaciones, etc) es más factible que sobrevenga una actividad eléctrica alfa que antecede la aparición de ondas de menor voltaje que corresponden a la transición de ciclo vigilia-sueño.

Además se dice que hay una relación entre las emociones y la tensión de los insomnes, ya que existe información que refiere que los mecanismos que provocan el despertar del sistema nervioso central y autónomo, son actividades por emociones negativas o de atención a eventos específicos que se detectan y pueden ser inhibidos para favorecer el inicio y mantenimiento del sueño como afirma Morales (1997).

En este sentido son favorables las sugerencias que se realizan con contenidos dirigidos a la tranquilidad; a desviar la atención de los problemas, culpas, recuerdos, pendientes y dirigirla hacia cada miembro de su cuerpo, su respiración, sin descartar las sugerencias encaminadas a detener la actividad cognitiva intensa en el momento de acostarse.

Con relación al tiempo total de sueño que es otro parámetro el cual presentó una modificación aunque en menor proporción en comparación con la latencia después del tratamiento (ver figura 7). Lo anterior se puede entender si se considera que la latencia depende de varias situaciones de carácter psicológico pero, el tiempo que requiere dormir una persona varía de una a otra, y tiene relación con otros mecanismos más específicos en el área fisiológica y no de carácter comportamental.

El último parámetro de sueño que se consideró fue el número de despertares, el cual es un indicador que da cuenta del grado de eficiencia de sueño, ya que en menor número de despertares, la calidad de sueño es superior y viceversa.

En este parámetro de sueño se observó una diferencia mayor entre pacientes, (ver apéndice 4) en algunos pacientes se modificó ligeramente y en otros se modificó totalmente (pacientes 3, 6, 7, 8 y 9), es decir, los factores ambientales que son diferentes de un paciente a otro, afectan definitivamente la continuidad de sueño; un dato importante es que frecuentemente las personas reportan despertar por sonidos estridentes que usualmente se escuchan a cierta hora de la madrugada (aviones, camiones, cornetas de autos, etcétera).

Lo anterior puede explicar las diferencias tan grandes entre un paciente y otro independientemente que los pacientes toman diferentes medicamentos y dosis.

En relación con la dosis de los medicamentos que consumen los pacientes, se logró obtener datos clínicamente significativos en el sentido que en los tres primeros pacientes los cuales son los más jóvenes de toda la muestra se consiguió modificar los parámetros de sueño favorablemente y se redujo totalmente la dosis, cabe señalar que dichos pacientes presentaron un tipo de personalidad sumamente sistemáticos y llevaban a cabo las instrucciones al pie de la letra y entraban en trance fácilmente. En otros pacientes se logró modificar los parámetros aunque no así la dosis y en otros se modificaron los parámetros y se cambió el medicamento de alópata por medicamentos naturales (ver tabla 5).

Finalmente según la prueba "t" se obtuvieron diferencias significativas en los valores de los parámetros de sueño comparándolos antes y después del tratamiento, aunque, es necesario tener presente el tamaño de la muestra y que los datos son totalmente subjetivos, lo cual, implica tomar con cautela los resultados, sin embargo, considerando los fines del presente estudio se puede afirmar que los resultados fueron satisfactorios y que se pueden continuar estudios posteriores siguiendo la misma línea pero con fundamentos para poder justificar la realización de estudios polisomnográficos antes y después del tratamiento y obtener datos objetivos.

CONCLUSIONES

El insomnio psicofisiológico es el resultado de varios factores mutuamente reforzantes y a un condicionamiento de estar despierto y alerta en la noche, en la cual, generalmente se presentan las siguientes características:

- Inadecuada higiene del sueño que incluyen prácticas como ver televisión en la cama, escuchar el radio en la cama, ver el reloj durante la noche, tomar agua antes de acostarse y durante la noche.
- Los insomnes presentan una actividad cognitiva intensa pensando en sus problemas personales precisamente en el momento de acostarse que va acompañada de tensión muscular lo cual dificulta aún más que sobrevenga el sueño.

Los mecanismos que provocan el despertar del sistema nervioso central y autónomo son activados por emociones negativas o en otras palabras, porque los pacientes dirigen su atención a eventos específicos que ocurrieron durante el día sugiriendo entonces, que los procesos de iniciación del sueño son particularmente vulnerables a la interferencia de la estimulación externa e interna.

La estimulación externa incluye los ruidos, la postura y el tono muscular, la luz, la temperatura, etcétera y la estimulación interna incluye un amplio rango de pensamientos relativos a las preocupaciones personales (situación familiar, económica, laboral, etcétera) que con el tiempo provoca una respuesta condicionada para permanecer despierto durante la noche o bien permanecer despierto en la cama.

El fenómeno del insomnio es un problema serio cuando se vuelve crónico afectando varios aspectos importantes del paciente no sólo a nivel fisiológico por ejemplo: en el desequilibrio del sistema endócrino, ya que el sueño tiene un efecto positivo a nivel de síntesis, almacenamiento, liberación y acción de diferentes hormonas, sino también afecta en un plano comportamental: disminuye el rendimiento de manera general, en el área laboral aumenta la probabilidad de accidentes; en el aspecto familiar porque se vuelven personas irritables y hostiles dificultando la convivencia; en el área emocional aumenta la probabilidad de padecer depresión.

También existe una gran cantidad de factores psicológicos que aumentan la probabilidad de padecer insomnio o de mantenerlo, es por eso, que en los principales institutos o centros donde se aborda este tipo de problema de salud, se está incluyendo de manera indispensable la participación de psicólogos quienes de forma multidisciplinaria apoya principalmente en el manejo de pacientes con insomnio.

Resumiendo se puede decir que principalmente el insomnio psicofisiológico es conveniente tratarlo por medio de cambios en el comportamiento en primer lugar para implementar una adecuada higiene de sueño que incluye indicaciones como evitar el tabaco, el alcohol, evitar el ejercicio intenso próximo a la hora de dormir, procurar comer ligero en la noche, tener horarios regulares, evitar ver el reloj, etcétera. En segundo lugar lograr que el paciente detenga la actividad cognitiva intensa y negativa a la hora de acostarse y en tercer lugar que logre una relajación muscular.

En este sentido se puede señalar que la técnica de hipnosis es una buena coadyuvante en el tratamiento del insomnio psicofisiológico siempre y cuando proporcionen los puntos antes mencionados en las sugerencias que se realicen en estado hipnótico, ya que los resultados de la presente investigación así lo demuestran logrando disminuir el valor de las latencias, incrementando el tiempo total de sueño y disminuyendo el número de despertares.

Por otro lado, si podemos erradicar el pensamiento de "necesidad de dormir" o cualquier otro pensamiento negativo y la tensión muscular que se genera por lo mismo, se obtiene una mejoría en la calidad de sueño.

La modificación de dichos pensamientos no es un proceso nada fácil ya que se requiere entre otras cosas una completa disposición del paciente, una total determinación para llevar a cabo lo anterior y de que esté consciente de que erradicar estos pensamientos o esta preocupación por no dormir es un proceso gradual, por eso, en este estudio fue de vital importancia la entrevista inicial ya que es indispensable establecer una buena empatía y llevar a cabo un trabajo de persuasión con el paciente eliminando cualquier temor, duda o falsa percepción a cerca de la técnica de hipnosis.

También se observó que los pacientes lograban un estado de trance más profundo alrededor de la tercer sesión, lo cual, sugiere que el entrenamiento sí favorece a que la capacidad para entrar en trance aumente.

De manera general, se concluye que el problema del insomnio psicofisiológico debe de ser tratado de manera multidisciplinaria; por un lado el aspecto farmacológico el cual debe de ser tratado por un médico especialista en trastornos del sueño y por otro, el aspecto comportamental para abordar todo lo que son hábitos de higiene del sueño, control de emociones y control de la tensión muscular o en todo caso psicoterapia si los casos lo requieren.

También es necesario señalar que el insomnio es multicausal, es decir, que el insomnio puede tener causas psicológicas, pero también es muy frecuente encontrar casos en los que se observan ligeros problemas respiratorios o que las personas tienen problemas psiquiátricos como la depresión además de lo anterior en los cuales también sería recomendable estas técnicas de hipnosis, abriendo así el campo de acción de este tipo de técnicas y no sólo en insomnio psicofisiológico.

Por último, es conveniente retomar este tipo de investigaciones para establecer por ejemplo: si la edad y el sexo son factores que influye para facilitar o dificultar la suspensión del uso de hipnóticos.

REFERENCIAS

- Alvarado, R. "Concepto y clasificación de insomnio. **Arch Neurocién.** 1997, 2(2), 106-113.
- Álvarez R. "Tratamiento farmacológico de los desórdenes de la iniciación y el mantenimiento del sueño (insomnios)". **Salud Mental.** 1982, 5(1-2), 40-51.
- American Sleep Disorders Association (1990) **The international classification of sleep disorders, diagnostic and coding manual.** Lawrence, Kansas. Allen Press Inc.
- Arieti, J.(1978). **The psychotherapeutic,** Nueva York. Basic books.
- Beszterczey, A. y Lipowski, Z. "Insomnia in cancer in patients". **Canadian medical Asociation Journal.** 1997, 116 (4), 355-370.
- Caballo Vicente. (1991). **Manual de técnicas y de terapia y modificación de conducta.** Madrid. Siglo XXI.
- Cano, Antonio. (1997) "Psicología Com: Una revista electrónica de psicología clínica y psicología de la salud" http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_1.htm
- Castro, Rafael. "Tratamiento farmacológico del insomnio" **Arch Neurocién.** 1997, 2(3), 195-199.
- Corsi, María. (1985). **Psicofisiología del sueño.** México. Trillas.
- Crasilneck, H. y Hall. (1975). **Clinical Hypnosis: Principles and Applications.** Nueva York. Grune and Stratton.
- Chauchard, P. (1971). **Hipnosis y Sugestión.** Barcelona. Oikos-Tau.
- Down Thomas. "Hipnoterapia" En: Caballo Vicente. (1991). **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.** Madrid. Siglo XXI.
- Fernández, Augusto. "Mecanismos y funciones del sueño normal". **Salud Mental.** 1988, 1(4), 6-15.
- García, Magaly. "trastornos del sueño". **Revista del hospital psiquiátrico de la Habana.** 1987, 28(4), 647-656.
- Greenberg, R. y Liebeswarg. En: Fernández Augusto. "Mecanismos y funciones del sueño normal" **Salud Mental.** 1988, 1(4), 6-15.
- Harmony, T. y Alcaraz, V. (1987). **Daño cerebral. Diagnóstico y tratamiento.** México. Trillas.

Haro V. (1997) En: **Medicina del sueño: aspectos básicos y clínicos**(Ed). Velázquez Sociedad Mexicana del sueño UAM.

Hartland, J.(1974). **Hipnosis en odontología y medicina. Sus aplicaciones clínicas.** México. Continental.

Hawkins P.(1992). En: **Greek Encyclopedia of psychology.** University of Sunderland.

Hilgard, E. y Hilgard, J. R. (1990). **La hipnosis en el alivio del dolor.** México. Fondo de cultura económica.

Hohagen F." Nonpharmacological treatment of insomnia" . **Sleep.** 1996, 19(8) 50-51

Holister. (1986) En: Castro Rafael. "Tratamiento farmacológico del insomnio" **Arch Neurocién.** 1997, 2(3), 195-199.

Horowitz S., Breitbart, W.(1997): Relaxation and imagery for symptom control in cancer patients. In Breitbart W, Holland J.(1993).(Eds.): **Psychiatric aspects of symptom control in cancer patients.** Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kaplan, Sadock y Cancro. (1989). **Tratado de psiquiatría,** México. Interamericana McGraw-Hill.

Lacks P. y Morin C. "Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. **J Consult Clin Psychol.** 1993, 586-594.

Luce G. Y Segal J. (1971). **El insomnio.** México. Siglo XXI.

Luckie, L.A., Saita, O., Hernández, R. y Morán, P. (1997) "trastornos del sueño en una población abierta" <http://www.users.interprt.net/~Duque.htm>

Masson, S. (1985). **Las relajaciones.** España. Gedisa.

Mellinger G., Balter M. y Uhlenhuth." Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. **Arch Gen Psychiatry,** 1985, 42, 225-232.

Morales, M. "Aspectos psicológicos en el insomnio" **Arch Neurocién.** 1997, 2(3), 187-190.

Monroe (1967) En: Corsi M. (1983). **Psicofisiología del sueño.** México. Trillas.

Morin C.; Culbert J. Y Schwartz s. "Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta analysis of tratment efficacy" **Am J Psychiat.** 1994, 151, 1172-1180.

Moruzzi y Magoun. En: Fernández Augusto. Mecanismos y funciones del sueño normal. **Salud Mental.** 1997, 1(4). 6-15.

- Mueller F. (1993) **Historia de la psicología**. México. Fondo de Cultura Económica
- Rechtschaffen, A., Kales, A. (1968) **A manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects**. Los Angeles U.C.L.A Brain information service. Brain research Institut
- Thorpy (1990) **International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual**. Diagnostic Classification Steering Committee. Rochester. American Sleep Disorders Association.
- Van Pelt, S. (1963) **Secrets of hypnotism**. Hollywood, Wilshire Book Company.
- Watts F., Coyle K. y East. En: Morales M. "Aspectos psicológicos e el insomnio" **Arch Neurocién**. 1997, 2(3), 187-190.
- Webster, R. y Thompson, D. "Sleep in hospital" **Journal of advanced Nursing**. 1986, 11(4), 447-457.
- William En: Corsi, M. (1983). **Psicofisiología del sueño**. México. Trillas.
- Zimbrado, Meslak C. y Marshall, G. (1979). Hipnosis as means of studying cognitive and behavioral control. En: E. Fromm y R. Shor (eds). **Hypnosis, Developments in Research a New Perspectives**. New York, Aldine Publishing Company.
- Zumaya, M. "Bases teóricas de las psicoterapias cogitivo-conductuales" **Salud Mental**. 1993, 16(1), 39-43.

ANEXOS

Anexo 1

Nombre:	
Fecha de inicio	Fecha de término

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hora de acostarse							
Hora en que se durmió							
Hora en que se despertó							
Hora en que se levantó							
Número de veces que despertó							
Hora en que despertó la primera vez							
Hora en que se durmió							
Hora en que despertó la segunda vez							
Hora en que se durmió							
Hora en que despertó la tercera vez							
Hora en que se durmió							
Hora en que despertó la cuarta vez							
Hábitos antes de acostarse							
Pensamientos antes de acostarse							

ANEXO 2

NOMBRE:

EDAD:

OCUPACION:

EDO. CIVIL:

RELIGION:

PRINCIPALES RESPONSABILIDADES U OBLIGACIONES:

PRINCIPALES ACTIVIDADES QUE REALIZA:

ACTIVIDADES PREFERIDAS:

LUGARES PREFERIDOS:

PERSONAS CON QUIEN VIVE:

PARENTESCO

EDAD

OCUPACION

MOTIVO DE CONSULTA:

DURACION DEL PROBLEMA:

PRINCIPALES MOTIVOS DE PREOCUPACION DURANTE EL DIA:

PRINCIPALES MOTIVOS DE PREOCUPACION DURANTE EN LA NOCHE:

CREENCIAS PROPIAS DEL ESTADO HIPNOTICO:

A N E X O 3

Rutina de inducción Por Medio de Fijación de la Vista y Relajación Progresiva (Harland, 1974)

Siéntese cómodamente en el sillón.

Elija un punto en el techo un poco atrás de usted...

Mantenga la vista fija en ese punto del techo.

Suéltese... flojo y relajado.

Deje que todos los músculos del cuerpo se aflojen completamente.

Respire tranquilamente... profundamente... adentro... afuera.

Ahora quiero que se concentre en los pies y en los tobillos.

Aflójelos... suéltelos... flojos y sueltos.

Empezará a sentir una sensación de pesadez en los pies.

Como si se estuvieran volviendo tan pesados como el plomo.

Como si quisieran hundirse en el piso.

Mantenga la vista fija en el punto del techo.

Y mientras lo mira... sentirá que los párpados le pesan.

Sentirá que son más y más pesados... de manera que quisieran cerrarse.

Tan pronto como sienta que quieren cerrarse... déjelos que se cierren.

Suéltese completamente.

Deje que los músculos de las piernas y los muslos que completamente sueltos y flojos.

Aflójelos... suéltelos... flojos y sueltos.

Mientras se van aflojando... sus ojos se cansan cada vez más y más.

Están llorando un poco.

Pronto, los sentirá tan pesados que querrá cerrarlos.

Tan pronto como sienta que se quieren cerrar... déjelos que se cierren... que se cierren solos...

Suéltese completamente.

Abandónese por completo a esta sensación tan agradable... placentera... somnolienta... e indolente.

Que todo su cuerpo quede suelto y flojo... pesado como el plomo...

Primero los músculos del estómago... aflójelos... suéltelos... suéltelos y flojos.

Ahora los músculos del pecho... del cuerpo... y de la espalda.

Suéltelos... suéltelos y flojos... relájelos por completo.

Y podrá sentir una sensación de pesadez en el cuerpo.

Como si todo el cuerpo estuviera tan pesado como el plomo.

Como si quisiera hundirse... más hondo y más hondo... en el sillón.

Suelte todo el cuerpo... pesado como plomo.

Que se hunda cómodamente... cada vez más hondo... en el sillón.

Mientras se hunde... siente que los párpados son más y más pesados.

Tan pesados... tan pesados... que se quieren cerrar.

Cuando sienta que se quieren cerrar... déjelos que se cierren.

Y ahora... esa sensación de relajamiento se extiende por los músculos del cuello... de los hombros... y de los brazos.

Afloje los músculos del cuello... suéltelos... sueltos y flojos.

Ahora los músculos de los hombros... de los brazos...suéltelos... sueltos y flojos... deje que se aflojen por completo.

Al aflojarse... sentir una sensación de pesadez en los brazos. como si los brazos se estuvieran volviendo tan pesados como el plomo.

suelte los brazos... pesados como plomo.

Relájelos completamente.

Y cuando lo haga... sentirá los párpados tan pesados, tan pesados... sus ojos están cansados... muy cansados... quieren cerrarse.

Quieren cerrarse, ahora... se están cerrando... cerrándose más y más.

Duerma.

Rutina Típica para fortalecimiento del ego (Hartland, 1974)

Cuando el paciente está en estado de trance y se ha relajado lo más posible se procede de la siguiente manera:

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

En consecuencia... lo que coloque en su mente inconsciente... principiará a ejercer una influencia más grande y más grande sobre la forma en que piensa... sobre la forma como se siente... sobre la forma en que se comporta.

Y... debido a que esas cosas permanecerán... firmemente incrustadas en la parte inconsciente de su mente... después que haya salido de aquí... cuando ya no esté conmigo... continuará ejerciendo la misma fuerte influencia... sobre sus pensamientos... sobre sus sentimientos... y sobre sus acciones... igual de fuerte... igual de seguro... con igual poder... cuando haya regresado a su hogar... o se encuentre en el trabajo... así como usted está conmigo en este lugar.

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

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

Y todo eso continuará sucediéndole... todos los días... y usted seguirá experimentando esos mismos sentimientos... todos los días... igual de fuerte... igual de segura... con igual poder... cuando haya regresado a su casa... o a su trabajo... igual que cuando está conmigo en este lugar.

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

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

Se cansará con mucho menos facilidad... se sentirá mucho menos fatigado.

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

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

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

APÉNDICES

APÉNDICE 1

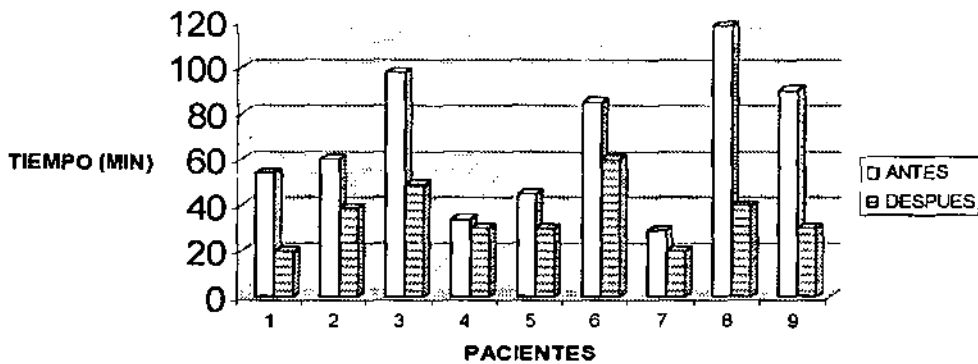
VALORES PROMEDIO DE LOS PARAMETROS DE SUEÑO

PACIENTE	LATEN	T.T.S	N. DE D.	LATEN	T.T.S.	N. DE D.
1	54	387	1	20	379	1
2	60	240	4	39	435	1
3	98	430	1	49	505	0
4	34	250	4	30	342	6
5	45	270	4	30	360	2
6	85	260	5	60	360	0
7	29	171	1	20	290	0
8	118	275	1	40	285	0
9	90	240	3	30	330	0

Tabla 1. Se registraron los valores promedio de los siguientes parámetros de sueño: la latencia (LATEN), tiempo total de sueño (T.T.S) en minutos y el número de despertares (N.DE D.) por noche de cada uno de los pacientes antes y después del tratamiento.

APÉNDICE 2

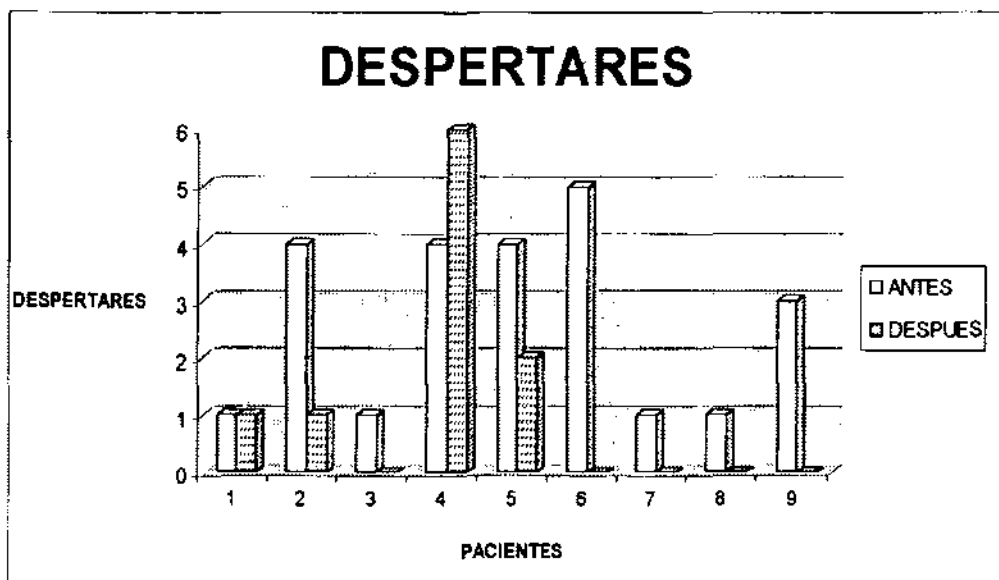
LATENCIAS AL SUEÑO



Se registraron los valores promedio del tiempo en que tardan en quedarse dormidos cada uno de los 9 pacientes antes y después del tratamiento según los datos del formato de autoregistro.

APÉNDICE 3

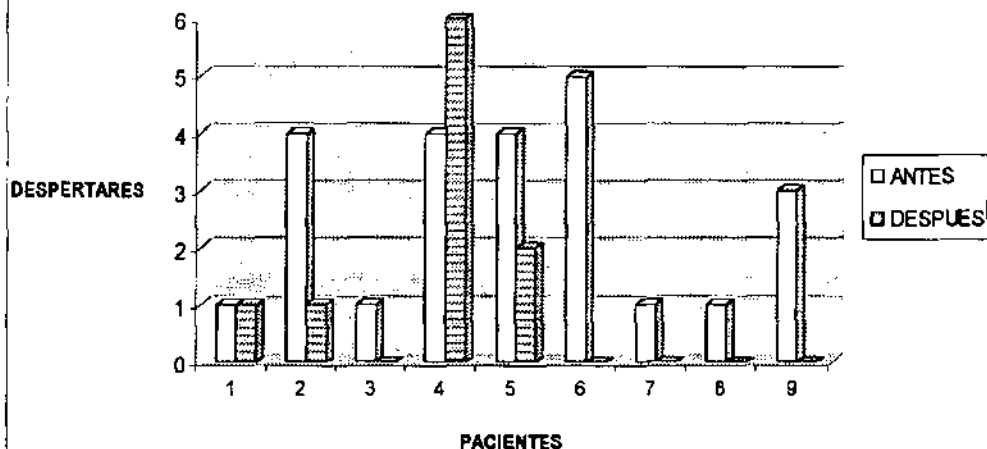
DESPERTARES



Se registraron los valores promedio del número de despertares de cada uno de los 9 pacientes antes y después del tratamiento según los datos del formato de autoregistro

APÉNDICE 4

DESPERTARES



Se registraron los valores promedio del número de despertares de cada uno de los 9 pacientes antes y después del tratamiento según los datos del formato de autoregistro