



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TALLER: MANEJO DE CONTROL DE DOLOR EN PACIENTES
ADULTOS CON HERPES ZÓSTER MEDIANTE HIPNOTERAPIA
ESTRATÉGICA ERICKSONIANA**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
DOLORES PATRICIA MARTÍNEZ MÉNDEZ**

DIRECTORA: LIC. DAMARIZ GARCÍA CARRANZA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. NOVIEMBRE 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO** mi alma mater, gracias por acogerme y porque me convertiste en alguien diferente ya que orgullosamente corre sangre azul y oro por mis venas.

A la memoria de los doctores **SIGMUND FREUD** y **MILTON ERICKSON** gracias por todas las horas invertidas de su vida para el conocimiento del hombre, dejando un legado valiosísimo a los que estudiamos esta interesante disciplina y a todos los que continúan ofreciendo aportaciones a la misma, gracias Dr. **ETZEL CARDEÑA**, porque me ha compartido su conocimiento con la humildad y amabilidad de un compañero de clase, siendo uno de los mexicanos en el extranjero más reconocido a nivel mundial en el trabajo de hipnosis. Lo admiro

A mi Directora de tesis Profa. **Damariz García Carranza** profesional y puntual en sus aportaciones pero sobre todo sensible, accesible y cordial, con una calidad humana que ayuda a que los estudiantes disfruten el proceso de su proyecto.

A mis Sinodales por su tiempo invertido en la revisión de la misma, sus aportaciones y compromiso mostrado en su loable labor que día a día enriquecen a nuestra casa de estudios. Gracias

DEDICATORIA

A mi padre Sr. **Pedro Martínez** con cariño, gracias por tu ejemplo de disciplina, constancia, trabajo y honradez y a pesar de ser un adolescente cuando te insertaste en una ciudad desconocida y compleja, haz asumido un adecuado rol paterno.

Con admiración a la Sra. **Rosa Méndez**, mi mamá por apoyarme venciendo tus propios temores, impulsándome a ser cada vez mejor, gracias porque tú misma te reinventas exigiéndote más cada día, queriendo ser un buen ejemplo para los tuyos y los demás.

A ti **Ed** por querer compartir esta aventura llamada vida a mi lado, lo que aprecio profundamente porque viajar acompañada de un ser como tú, el trayecto es interesante, desafiante, motivante pero sobre todo gozoso y muy placentero. Te amo. Gracias por tu apoyo.

A ti **Darita** porque tu presencia en mi vida me hizo experimentar la sensación más sutil, amorosa, interesante y asombrosa que solo una mujer puede vivenciar y a partir de ese momento mi compromiso de respaldar tus pasos de por vida es un objetivo que me exige ser íntegra, para conducirte con valentía y pasión en tu propia andanza. Gracias por llegar a mi vida. Te adoro.

A mis amig@s de siempre (Betty, Lucecita, David) a los que se van sumando y a los que se fueron, porque todos ellos han aportado el condimento perfecto para disfrutar aún más mi vida.

INDICE

Resumen	1
INTRODUCCIÓN	2

CAPÍTULO I

HERPES ZÓSTER

1.1 Definición de Herpes Zóster	5
1.2 Manifestaciones clínicas	9
1.3 Complicaciones (Neuralgia postherpética)	14
1.4 Tratamiento	17

CAPÍTULO II

DOLOR

2.1 Antecedentes históricos	23
2.2 Definición de dolor	26
2.3 Clasificación del dolor	27
2.4 Aspectos biopsicosociales	34

CAPÍTULO III

HIPNOTERAPIA ESTRATÉGICA ERICKSONIANA

3.1 Antecedentes históricos	44
3.2 Definición de hipnosis	56
3.3 ¿Quién fue Milton Erickson?	60
3.4 Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana	67
3.5 Hipnosis en el control de dolor	75

PROPUESTA DE TALLER

MANEJO DE CONTROL DE DOLOR EN PACIENTES ADULTOS CON HERPES ZÓSTER MEDIANTE HIPNOTERAPIA ESTRATÉGICA ERICKSONIANA

4.1 Justificación	85
4.2 Propuesta	86
4.3 Procedimiento	90
4.4 Carta descriptiva	100
CONCLUSIONES	101
REFERENCIAS	103
ANEXOS	115

RESUMEN

La tesina ofrece una explicación de la génesis, desarrollo y tratamiento del Herpes Zóster una enfermedad viral, contagiosa y dolorosa, cuya prevalencia importante se presenta en población de adultos mayores, analizándose las complicaciones que se pueden manifestar en el transcurso de la misma como lo es la Neuralgia Postherpética, presencia de dolor persistente que puede ir desde varios meses hasta varios años, posterior a la aparición de la enfermedad. Cuando se aborda una enfermedad con estas características sin duda la atención se centra en el sufrimiento que causa en quien lo padece, por lo que en el documento se ofrece la concepción del dolor desde sus orígenes hasta nuestros días, una explicación de los mecanismos involucrados en el mismo desde una perspectiva anatomo-fisiológica y sus implicaciones en la vida del individuo, entendiendo al dolor como una manifestación biopsicosocial. La hipnosis como técnica circunscrita en un enfoque de psicoterapia breve ha resultado mediante criterios científicos, con aportes teóricos y prácticos a la clínica y a la investigación científica en Asociaciones, Hospitales y Universidades de prestigio internacional; una herramienta que ha probado su eficacia en el dolor de diversas patologías, proponiéndose en este trabajo como coadyuvante en el tratamiento del dolor en pacientes adultos diagnosticados con Herpes Zóster; mediante la técnica de "Autohipnosis para el diseño de escala hipnótica para control de dolor emocional o físico," técnica de intervención diseñada en el enfoque de la Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana.

Palabras claves: Herpes Zóster, Dolor, Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana.

INTRODUCCIÓN

El tema de salud nos obliga a tratar la cuestión desde diferentes ángulos, ya que sin duda el tema salud-enfermedad-dolor tiene una implicación bio-psico-social; en la concepción, desarrollo y tratamiento de las enfermedades.

En el primer capítulo de este trabajo se analizan las características, causas y consecuencias del Herpes Zóster enfermedad neurocutánea, viral, infecciosa que afecta a los ganglios nerviosos sensoriales y a sus áreas de inervación y que se caracteriza por el padecimiento en el paciente que lo sufre de un dolor intenso y difuso.

Es importante considerar que este tipo de enfermedad es más común a medida que un individuo es un adulto mayor, la incidencia en pacientes con una edad promedio de 75 años es de 10 casos por cada mil individuos, tomando en cuenta la población en nuestro país en función del número de habitantes eso representarían 220,000 casos anuales. (Alonzo-Romero, 2011).

La repercusión más temida en este tipo de padecimiento son las complicaciones en el curso de la enfermedad, particularmente la Neuralgia postherpética, en virtud de la prevalencia del dolor aun después de la fase crítica, dolor que puede persistir hasta por varios años.

Sin duda la implicación que tiene que ver directamente con nuestra disciplina es la reactivación del virus Varicela-Zoster que es la causa de la infección Herpes Zóster, el motivo “preciso” aún desconocido, sin embargo se asocia a un sistema inmune debilitado ante situaciones de estrés, depresión, alteraciones de sueño, entre otras.

En el capítulo dos se analiza como el dolor que se deriva ante dicho padecimiento causa un gran sufrimiento al paciente, y se advierte como lo físico trae consigo sentimientos y/o emociones. Una dolencia, en principio física, se convierte en psicológica e incluso social dado que el dolor se extiende, afectando a las personas más cercanas de quien lo vive.

La repercusión del dolor llega al ámbito económico tanto a nivel micro-individual como a nivel macro-económico lo que representa una dificultad para la salud pública, aspecto importante para los ciudadanos que viven en este entorno, en virtud de la falta de servicios médicos que satisfacen a la población.

Según datos del Coneval proporcionados por Rivera (2017) la carencia por acceso a la seguridad social en la población mexicana en el 2015 fue de 68.7 millones de personas, 56.6% de la población, sin acceso a la misma.

Por lo anterior, se hace necesario proponer alternativas que coadyuven a tratar el dolor, todas las alternativas que puedan favorecer al tratamiento del mismo es una aportación que contribuiría a disminuir el impacto que esto provoca, una de las alternativas que se propone como una opción que favorece este planteamiento es la “hipnosis”.

Capítulo tercero se describe el transitar de la hipnosis a lo largo de la historia señalada desde sus orígenes como rituales mágicos, mesmerismo, hipnotismo etc; ha sido uno de los temas que más controversia ha causado a través del tiempo, tal vez por contener un halo de misticismo difícil de poder ser explicado en sus inicios mediante un rigor científico que analizara los procesos involucrados en el fenómeno mismo.

En la actualidad se ha desmitificado el fenómeno de la hipnosis aunque para la sociedad en general continua siendo un tema de especulación apoyada por la sombra que siempre la ha acompañado “la hipnosis de espectáculo”, no obstante para la comunidad científica, ofrece la posibilidad de dar respuestas a planteamientos que han develado interesantes descubrimientos al respecto.

La Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana como un modelo de intervención dentro del marco de terapias breves, se ha reposicionado toda vez que ofrece un trabajo enmarcado en un método científico que recorre la cortina del misticismo y mito; ofreciendo alternativas que coadyuven en el tratamiento de enfermedades y consecuencia de las mismas como es el dolor.

Por último se describe una propuesta de intervención hipnoterapéutica innovadora, eficaz con resultados que inciden en la recuperación del paciente, en el cual se pretende que a partir de experimentar una disminución de su dolor desde una primera sesión mediante la técnica de: “Autohipnosis para el diseño de escala hipnótica para control de dolor emocional o físico” que podrá usar posteriormente; se le sensibilice para que después de esta primera técnica en un proceso terapéutico a través de Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana en nueve sesiones restantes logre analizar los posibles motivos de su padecimiento ya sea a través del manejo adecuado de estrés, depresión, ansiedad, etc.

CAPÍTULO I

HERPES ZÓSTER

1.1 DEFINICIÓN DE HERPES ZÓSTER

Para poder definir y conocer los aspectos relacionados con la enfermedad que vamos a estar abordando, vale la pena introducirnos en la explicación de términos que nos ofrecerán la oportunidad de lograr una comprensión más puntual de los aspectos que integran el fenómeno que nos ocupa.

Por lo tanto comenzaremos con la descripción de los dermatomas, término que hace referencia a la zona de la piel del ser humano que es inervada por un nervio espinal correspondiente a un segmento medular; los nervios espinales o también conocidos como nervios raquídeos son aquéllos que se prolongan desde la médula espinal y atraviesan los músculos vertebrales para distribuirse a las zonas del cuerpo, cada nervio raquídeo está formado por una parte sensitiva y una motora.

La manera como están distribuidos según la opinión de Gallardo (2008), es en este sentido: *“El desarrollo del sistema nervioso periférico producirá un dibujo de piel inervado por neuronas cutáneas de ciertos nervios vertebrales o craneales que son los dermatomas y representan regiones específicas de la recepción nerviosa de impulsos sensoriales. Los dermatomas están ubicados en la región anterior y posterior del cuerpo y son consecutivos en el cuello y región del torso. Hay tantos dermatomas como segmentos espinales con la única excepción de C1 que no tiene distribución cutánea”* (p. 27).

El mismo autor comenta de la importancia de los dermatomas en el ámbito clínico en virtud de que ofrece información vital sobre lesiones en la médula espinal o nervios vertebrales específicos, advierte que el diseño de los mismos tiene una repercusión importante ya que ofrece una guía cuando se tiene que anestesiarse una zona especial del cuerpo, informa que aunque los dermatomas son invisibles su

presencia no puede ni debe ser ignorada “*La erupción vesicular del Herpes Zóster, una infección viral de un nervio sensitivo segmentario, hace que el dermatoma lesionado se haga visible*” (p. 28).

Cuando se mira un dibujo de los dermatomas se advierte que es una aproximación de la distribución de los mismos facilitando una representación visual de cómo se sitúan en el organismo, a continuación se ofrecen imágenes comunes que se encuentran disponibles en el internet relativo a los dermatomas. (Ver fig. 1)

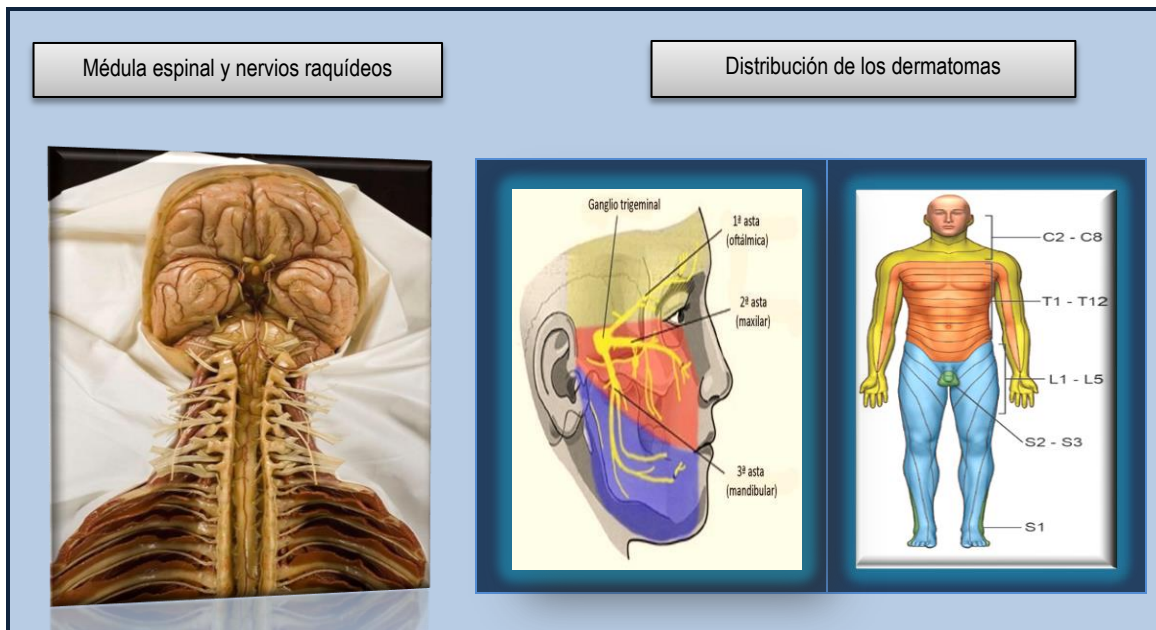


Fig. 1 Médula espinal, nervios raquídeos y distribución de los Dermatomas

Con la introducción del tema podemos incursionar en el mismo, con la visión que se tiene de la enfermedad en nuestros días; existe un documento que se elaboró con la intención de disponer de un consenso sobre “Prevención de Herpes Zóster y neuralgia postherpética” bajo la coordinación de Cisterna (2014), en el cual se realiza un preámbulo de la enfermedad con la siguiente perspectiva:

A lo largo de la historia de la medicina, el Herpes Zóster ha sido una enfermedad cuya comprensión ha sido lejana al conocimiento médico de cada tiempo. En estos momentos en los que más y mejor conocemos muchos aspectos de la

Medicina, el Herpes Zóster sigue siendo en varios sentidos un cuadro desconocido que necesita de una mejor comprensión, tanto desde el punto de vista virológico, patogénico y de situación inmune, como de su forma de presentación. (p. 5).

Pero, qué es esta enfermedad, de la cual no se tiene aún un conocimiento exacto a pesar de las transformaciones en nuestra sociedad que se han caracterizado por ser veloces debido al progreso que han marcado avances importantes en la ciencia y en la tecnología en diversas áreas que complementan la medicina a través de la biotecnología, genética, informática, etc. Esta enfermedad que en tiempos pasados se le daba el nombre de “Culebrilla” por la forma en que la manifestación de la enfermedad se presenta y es el Herpes Zóster.

El Herpes Zóster es una enfermedad neurocutánea dolorosa e infecciosa; es la expresión de la reactivación del virus de la varicela que queda latente tras la infección primaria o sea, al padecerse varicela durante la niñez y tras la recuperación, el virus queda latente en los ganglios sensitivos de las raíces posteriores de la medula, el Herpes Zóster afecta al dermatoma correspondiente a la raíz sensitiva en la que se aloja el virus.

El causante de esta infección es el virus varicela-zóster, un virus único para dos situaciones clínicas diferentes, varicela y Herpes Zóster. El virus varicela-zóster (VVZ), agrupa entre más de 100 virus sin embargo se han identificado 8 tipos diferentes de virus herpes que afectan al ser humano. (Cisterna, 2014).

Relativo a los antecedentes históricos es muy escueta la información disponible al respecto, se conoce que en 1888; Bokay, (1888 en Chihu y Pérez, 2002), descubre que niños susceptibles fueron infectados mediante el contacto por sujetos quienes padecían Herpes Zóster, así mismo advierten que Kundratitz y Bruusgaard 3 décadas más tarde inocularon a niños con la sustancia vesicular de las lesiones del Herpes Zóster demostrando que tanto la varicela como el Herpes Zóster eran provocadas por el mismo virus.

Por su parte la doctora Alonzo-Romero (2011), en la revisión que lleva acabo de los antecedentes de dicha enfermedad, menciona que es para 1952 cuando se logra el crecimiento del virus en cultivo de tejidos y en 1965 que Hope Simpson a través de un análisis clínico infirió el proceso evolutivo de la enfermedad y su manifestación por reactivación endógena del virus.

Con relación a la prevalencia de la enfermedad en nuestro país, misma autora ofrece datos interesantes al respecto, informa que la incidencia anualizada de Herpes Zóster es de 1.5 a 3 casos por 1,000 personas (aunque no especifica el rango de edad) menciona que si se contempla que la incidencia es de dos casos por cada 1,000, tomando en cuenta la población general de México, esto se traduce en 220,000 casos anuales, también indica que a medida que avanza la edad la incidencia es mayor, en adultos mayores de 75 años excede 10 casos por 1,000 personas al año que la padecen.

Comparando los datos con los ofrecidos por Moya y Mascias (2005), refieren que la incidencia del Herpes Zóster en España oscila entre 1,24 y 5,28 casos por 1.000 habitantes, mientras que en Estados Unidos, Gershon A. et al. (2010), informan que en pacientes de 50 años la incidencia es de 3 personas por cada 1000 mientras en adultos de 80 años se observa un incremento de 10 pacientes por cada mil habitantes.

En Europa existe un comportamiento similar, la incidencia referida por parte el Dr. Cerrillo (2014), según los estudios a los que hace referencia advierte que tanto en Estados Unidos, Canadá y Europa la incidencia global del Herpes Zóster se sitúa en torno a 3-4 casos por cada 1.000 personas al año y concretamente que en varios países en Europa se observa que la incidencia de Herpes Zóster se incrementa con la edad, especialmente a partir de los 50 años, siendo la edad media de aparición de 59.4 años.

En estos mismos estudios (Moya y Mascias, 2005; Gershon et al. 2010; Alonzo-Romero, 2011 y Cerrillo, 2014), sugieren que a mayor edad el riesgo de padecer Herpes Zóster se incrementa, aunque con relación al género solamente Cerrillo

(2014), en el documento de Consenso sobre “Prevención de Herpes Zóster y neuralgia postherpética” sugiere que existe una incidencia mayor en las mujeres.

Se dice que el riesgo de padecer Herpes Zóster durante el transcurso de la vida es de 10 a 20%, (Moya y Mascias, 2005).

El Herpes Zóster en niños es poco frecuente en menores de nueve años es alrededor de 0.74 por cada 1,000 habitantes en menos de 3% de los casos se ha identificado cáncer subyacente Alonzo-Romero (2011), existen dos condiciones como factores de riesgo para que se dé el Herpes Zóster en los niños, la primera la varicela materna durante el segundo trimestre del embarazo, la segunda padecer varicela durante el primer año de vida.

Jaén y Rodríguez (2014) sin embargo consideran que el dolor que causa esta enfermedad en la infancia y en la adolescencia suele ser moderado, no así en la edad adulta en el que el dolor es muy intenso, afectando de manera importante la calidad de vida de las personas “*La actividad general, el estado anímico, el sueño y la capacidad para trabajar son las áreas más afectadas en las personas que sufren Herpes Zóster*”. (p. 38).

1.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La patogenia entendida como el estudio del origen y del desarrollo de la enfermedad, sugiere que el virus de la varicela-zoster es altamente contagioso, se le considera ubicuo al estar presente en diversos lugares y situaciones, la transmisión se establece particularmente mediante vía aérea a través de secreciones respiratorias de pacientes con varicela.

El virus también puede ser transmitido a personas susceptibles con mayor porcentaje en adultos mayores a partir de lesiones de Herpes Zóster siendo un paciente contagioso desde 2 días antes de las primeras manifestaciones de la enfermedad hasta prácticamente la desaparición de las lesiones.

A continuación se describen las dos entidades clínicas en las que afecta el virus varicela-zoster (Alonzo-Romero, 2011; Cisterna, 2014) (Ver tabla 1.)

INFECCIÓN PRIMARIA	VIREMIA SECUNDARIA
<p>La infección primaria se manifiesta como varicela que es una enfermedad contagiosa y benigna, con viremia (enfermedad causada por la entrada de virus en el torrente sanguíneo) primaria, que afecta de forma epidémica a niños; se caracteriza por la aparición de un cuadro febril con erupción de la piel generalizada. El virus penetra por vía respiratoria y se replica en los ganglios linfáticos, bazo e hígado y luego pasa a estado de latencia en los ganglios raquídeos, estos fragmentos virales permanecen en el núcleo de las células neuronales, donde son protegidos mediante altas concentraciones de anticuerpos que persisten en la circulación.</p>	<p>En la viremia secundaria, el virus que permanece en el núcleo de las células neuronales en estado de LATENCIA se reactiva desconociéndose la razón específica aunque se asume que es por una disminución de la capacidad inmune. La reactivación del virus da lugar a la erupción cutánea localizada llamada Herpes Zóster que produce una replicación del mismo, con una respuesta inflamatoria importante y necrosante a nivel de las neuronas, lo que provocará la aparición de un síndrome doloroso asociada a la erupción radicular unilateral característica del Herpes Zóster.</p>

Tabla 1. Infección causada por virus varicela-zoster

Clínicamente la manifestación del Herpes Zóster en algunos pacientes se puede caracterizar por debilidad, gripa o fiebre; generalmente se presenta un dolor agudo (que se mantendrá de forma continuada a lo largo de todo el proceso) previo a la aparición de lesiones eruptivas vesiculares en grupos, las cuales aparecerán siguiendo la distribución del dermatoma, zona de la piel que es inervada por las fibras nerviosas aferentes de una raíz espinal, dorsal o craneal.

La evolución característica es primeramente la aparición de eritema y pocas horas después pústulas agrupadas que se convierten en vesículas que se desecan formando costras que caen en una o dos semanas, dejando una zona ligeramente enrojecida durante uno o dos meses. (Ver fig. 2)



Fig. 2 Manifestación clínica Herpes Zoster

El dolor característico es descrito puntualmente por Catalá (2005) de la siguiente manera:

“El dolor, cuya distribución depende del dermatoma afectado, aparece como una sensación de incomodidad moderada, que se agrava por cualquier estímulo táctil. Alrededor del cuarto o quinto día de evolución, aparecen las conocidas vesículas con base eritematosa. Muchos pacientes refieren un dolor profundo o quemante, con alteraciones de la sensibilidad táctil (parestesias), que puede ser dolorosa (disestesia), con respuestas exageradas a los estímulos (hiperestesia), o bien con dolor provocado por estímulos triviales (alodinia). Los pacientes describen su dolor como «agudo, punzante, cortante y muy pruriginoso». El dolor lancinante, que puede ser muy intenso, es el trastorno más importante”. (p. 338-339)

Existen algunas divergencias relativo a los datos que manejan algunos autores en función a la localización en el daño de alguna raíz espinal o frecuencia de la aparición de herpes en zonas específicas, no obstante estas diferencias son mínimas sin embargo retomaremos los datos comparativos que advierten Neira y

Ortega (1998), quienes relaciona datos de dos autores Loesser y Barutell en ese orden, la lesión de las raíces nerviosas craneal 15%,18% trigeminal 12%,16%, torácica 55%, 52%, lumbar 14%,11%, sacra 3%, 3% y generalizado 1%.

El herpes de tipo generalizado es la diseminación del Herpes Zóster, más de 20 lesiones fuera del dermatoma que está afectado, una complicación grave principalmente en pacientes inmunodeprimidos, en estos casos hay un alto grado de afectación sistémica, principalmente afectación pulmonar, hepática y cerebral, que puede ser mortal.

Una de las preguntas que ha sido un tanto difícil de explicar con relación a la enfermedad es porqué se da la reactivación del virus; siguiendo el curso de la primo infección después de una o dos semanas con los síntomas característicos de la varicela, nuestro sistema inmunológico puede controlar la infección en la piel haciendo que la enfermedad sea curada; aunque si bien se habla de una cura en tanto los síntomas desaparecen no necesariamente hay una cura del virus, debido a que este queda en el cuerpo.

Luego entonces el virus que queda en el cuerpo viaja en la dirección opuesta, saliendo desde el nervio y volviendo a la piel en un área específica del cuerpo, que es exactamente aquella que es inervada por los nervios en donde se alojaba el virus.

Cuando se da la reactivación del virus se producirá una replicación del mismo con una respuesta inflamatoria importante y necrosante a nivel de las neuronas, lo que provocará la aparición del síndrome doloroso, asociado a la erupción radicular unilateral pero también la afectación de estos nervios provocará una alteración funcional de los mismos y cambios sensoriales que, en caso de afectar también a las ramas motoras, puede ampliarse a situaciones de pérdida de movilidad o debilidad muscular. La afectación meníngea es rara, ocurriendo cuando hay una afectación previa de la rama oftálmica del trigémino.

Las conclusiones a las que se aproximan los teóricos, es que el virus se reactiva ante situaciones asociadas a ciertas circunstancias, Catalá y Ferrándiz (2015),

argumentan que esta reactivación *“normalmente es debida a una disminución de la inmunidad por infección, proceso neoplásico o inmunosupresión yatrogénica, pero también se observa con asiduidad en personas inmunocompetentes pero con un alto componente de estrés, ansiedad o depresión”* (p. 345).

Por su parte Cisterna, et al. (2014), aluden que pueden deberse a situaciones de disminución funcional, atenuación de la capacidad inmune de base celular relacionada con la senescencia inmune (vejez), alteración patológica de la inmunidad celular, relacionada con infección por otros agentes, como el caso del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), por la presencia de tumores, o administración de medicación citotóxica.

Alonzo-Romero (2011), describe que también otros factores se han relacionado con la reactivación del virus los cuales pudieran ser: la radiación solar, el estrés, la crioterapia, la fototerapia, la terapia láser y el posoperatorio de diversos procedimientos quirúrgicos: dental, espinal, liposucción, oftalmológico, etcétera.

Son varios los estudios (Alonzo-Romero, 2011, Chen, 2014 y Kingler, 2005), que revelan que la reactivación parece estar asociada básicamente con un sistema inmunológico deprimido, sin embargo también concuerdan que existen condiciones de estrés severo físico o psicológico.

La explicación más próxima que se tiene respecto al impacto del estrés sobre la salud de las personas y el déficit en su sistema inmune, intenta ofrecerla la psiconeuroinmunología en un artículo de Klinger et al. (2005), en el cual han asociado una relación entre la psiconeuroinmunología en el proceso salud-enfermedad; explicando el impacto del estrés sobre el individuo a nivel neurobiológico, las consecuencias en su sistema inmune y la reactivación de virus.

Al respecto, el autor advierte que las infecciones virales en el que se encuentran los diferentes tipos de herpes son las más estudiadas durante el estrés (entrenamiento militar intenso, viajes espaciales, aislamiento en áreas inhóspitas como la Antártida.) indicando supresión de inmunidad citotóxica antiviral y perfil de citocinas desviado hacia TH2, también se ha observado ineficiencia en la

respuesta inmune a vacunas virales (hepatitis B, influenza) inyectadas en personas estresadas y no solo eso sino también afectan las células inyectadas como inmunoterapia adoptiva específica antiviral en huéspedes estresados.

La inmunobiología de las citocinas en infecciones virales es compleja porque los virus además de estresar las células y al individuo, poseen productos génicos parecidos morfológica y funcionalmente a las citocinas y quimiocinas y sus receptores (llamados virocinas) pudiendo modular la respuesta inmune, por ejemplo, el virus de Epstein Barr tiene una proteína similar a IL-10 que inhibe la inmunidad antiviral y favorece respuestas TH2; un virus que fue muy estudiado por ser tumoral y poseer moléculas inmunorreguladoras es el herpes virus humano tipo 8 (asociado con neoplasias tipo linfomas y sarcoma de Kaposi) especialmente en sujetos con SIDA. Estos hallazgos son complementados por las investigaciones en CMV un virus que persiste latente y asintomático en personas inmunocompetentes pero que se reactiva en situaciones de estrés y es oportunista fatal en personas con inmunodeficiencia celular y trasplantados, y tiene moléculas inmunorregulatorias sobre todo en receptores que secuestran citocinas; además, se ha demostrado que la susceptibilidad a la infección depende de las citocinas secretadas por el huésped y su estado nutricional, los que son potenciados por la inmunodesviación TH2 generadas por estrés (p. 124).

1.3 COMPLICACIONES (NEURALGIA POSTHERPÉTICA)

Cuando la fiebre se prolonga más de lo habitual se sospecha de complicaciones en un paciente que padece Herpes Zóster; pueden existir diversas complicaciones las cuales son más frecuentes en personas inmunocomprometidas, las dificultades que se pueden presentar pueden ser debidas al virus, otras se podrían desarrollar en el transcurso de la enfermedad, relativo a las complicaciones más frecuentes se mencionan las siguientes:

- Sobreinfección pueden aparecer lesiones pustulosas producidas por infección *Staphylococcus aureus* o *Staphylococcus piogenes*, esta infección

es más frecuente en pacientes mujeres con diabetes. La sobreinfección puede ser causa de celulitis, gangrena superficial o fascitis necrosante.

- Diseminación existen autores Alonzo-Romero (2011) que refieren que dado que las lesiones se observan en múltiples localizaciones sin que sigan más de un dermatoma, es más adecuado el concepto de diseminación cutánea o reacción variceliforme.
- Afectación oftalmológica: en caso de herpes oftálmico las complicaciones pueden ser en forma de queratitis que puede presentarse en tres formas distintas de queratitis, inflamación de la córnea del ojo (queratitis e iridociclitis herpéticas, queratitis epitelial dendrítica, queratitis disciforme) queratoconjuntivitis, ulceración y retracción palpebral, necrosis retiniana aguda, y necrosis progresiva de la retina.
- Síndrome de Ramsay-Hunt , Herpes Zóster auricular con parálisis del nervio facial y lesiones herpéticas en el conducto auditivo externo que pueden acompañarse de otros signos y síntomas como acúfeno, hipoacusia, náusea, vómito, vértigo o nistagmo.

Las complicaciones neurológicas pueden incluir ataxia cerebelosa aguda, meningitis, encefalitis, mielitis transversa, síndrome de Reye y accidente cerebrovascular.

Moya y Mascias (2005), refieren al menos 50 enfermedades como complicaciones derivadas del herpes, las cuales clasifican en: Cutáneas, Neurológicas, Oftálmicas, Otológicas y Viscerales, sin embargo aclaran que aunque pueden aparecer siendo su prevalencia “mínima”, no sucede lo mismo con la Neuralgia postherpética misma que es la complicación más frecuente.

De las complicaciones más mencionadas en los diferentes estudios, la neuralgia postherpética es la que por definición causa gran sufrimiento al paciente ya que éste seguirá experimentando el dolor inicial con las características mencionadas (dolor profundo, quemante, agudo, punzante, cortante y muy pruriginoso con

sensibilidad táctil en la zona de tal forma que se querrá evitar cualquier roce) posterior al cuadro de la fase aguda, cuando se han curado las lesiones cutáneas, con la adversidad de que el dolor puede cronificarse durante semanas, meses o años.

Existe controversia en considerar cuando se puede hablar con precisión de en qué momento el dolor puede considerarse crónico o reconocerse como neuralgia postherpética pero independientemente del tiempo preciso, lo que sí es que si el paciente refiere dolor mientras tiene las lesiones o posterior a ellas, la urgencia en atender su malestar es una condición que merece una atención primordial.

Williamson A. (2004) reseña que según The Oxford Textbook of Medicine, estima que el 10% de los pacientes tratados por Herpes Zóster padecerán neuralgia postherpética y la incidencia aumenta con la edad, siendo el 50% sobre los 60 años, mientras que el 75% se desarrollará en personas mayores de 70 años.

Existe un dato interesante por parte de los doctores Barutell y Montero (2015), quienes informan que la incidencia estaría también determinada por factores psicosociales, enfatizando *“que existen opiniones que señalan que la alteración afectiva o emocional en la fase de dolor prodrómico inicial, es un factor predictivo en la generación de Neuralgia Postherpética”*. (p. 53)

El dolor es la particularidad de la Neuralgia postherpética hay autores Neira y Ortega (1998), que plantean que existen tres tipos de dolor:

1. *“Uno monótono, constante, urente, quemante, perforante y desgarrador ,*
2. *Paroxístico, punzante o lacerante, similar a un tic, más frecuente durante el primer año, y finalmente*
3. *La alodinia, dolor al mínimo estímulo, en una zona localizada, muy persistente y molesta”*. (p. 59)

Lo que sin duda será desconcertante para el paciente es cómo después de la desaparición visible de las lesiones, aun continua el dolor, y es una pregunta válida sin embargo con relación a la etiopatogenia (origen de la enfermedad y sus

mecanismos implícitos) hoy día la ciencia no tiene una respuesta única y certera, los supuestos como aproximaciones y que todavía son investigadas las plantean diversos autores de la siguiente manera:

Neira (1998) sugiere que habría una hiperexcitabilidad central provocada por los nociceptores durante la fase aguda, acompañada de una lesión axonal posterior.

Por su parte Barutell y Montero (2015), advierten que puede haber un incremento en la densidad y expresión de los canales de sodio en la membrana neuronal y que serían los responsables de la hiperexcitabilidad neuronal y descargas de dolor.

1.4 TRATAMIENTO

Así como ha sido su descubrimiento no cabe duda así ha sido de complejo su tratamiento, como dato curioso en los antecedentes revisados referente a los modos poco convencionales de tratar la enfermedad, referimos un artículo localizado en la internet (Medicamentos Caseros Historia de Remedios de Nuestros Abuelos Recetas) (cabe aclarar que en dicho artículo no se informa en que región del planeta se llevaba a cabo la siguiente descripción, aunque se citan algunas revistas argentinas como fuente de referencia) concerniente a como era tratado anteriormente el Herpes Zóster conocido como «culebrilla».

El artículo refiere que la creencia popular suponía que la enfermedad se debía al contacto de la piel del enfermo con una culebra pequeña (idea que se sostenía por la forma de cómo se manifiesta el virus) y que dejaba un rastro venenoso en la piel o sobre la ropa de la persona que había enfermado. El curso de la enfermedad representaba enorme preocupación, pues se decía que si se juntaba la cabeza y la cola, el caso era perdido.

Ante esta creencia seguiría el remedio el cual se menciona se agarraba un sapo vivo por el lomo y pasaba la barriga sobre las ampulas en sentido contrario al de su marcha hasta que la panza del anfibio se tornaba roja y este emitía un sonido,

en ese momento se consideraba que la culebrilla había pasado del cuerpo del enfermo al del sapo. Se comenta que este remedio provocaba daños mayores e irreparables a causa de la intoxicación por el veneno que se encuentra en la piel de estos batracios y que absorbido, puede llegar a actuar sobre el corazón.

Lo cierto es que en la actualidad y en nuestro país, se siguen sugiriendo remedios caseros (incluso actualmente a través de páginas de la internet) que van desde compresas de agua fría, aplicación directa de agua oxigenada y aplicaciones de infusiones con distintas plantas, diente de león, toronjil, melissa, romero, sábila, zanahoria o uso de pomadas, etc.

Es importante mencionar este tipo de paliativos toda vez que Barragán (2005), llevó a cabo un estudio en la Clínica del Dolor del Hospital General de México con pacientes con neuralgia postherpética y advierte que los pacientes descritos en dicho estudio en términos generales manifestaron un patrón característico llamado “carrera del paciente” el cual demuestra como ante un “diagnóstico presuntivo” que el paciente (con sus propias creencias apoyadas con las de su grupo más próximo), lleva a cabo de su padecimiento y en función del significado que le otorga al mismo dirigirá su actuación para tratarlo con las siguientes características:

Eligiendo como modelo de atención de primera instancia la autoatención, la cual se llevó a cabo respecto al sentido que le otorgaron a la aparición de sus síntomas -en la manifestación del Herpes Zóster-, había quien lo atribuía a un enfriamiento, dolor muscular, infección y considerando esta percepción llevaron a cabo estrategias personales para aliviar la molestia, algunos optaron por la limpieza en la zona afectada con vinagre, agua con carbonato, compresas de infusión con hierbas, emplastos de sábila, cremas, polvos, etc.

En segundo lugar se recurrieron a los médicos, y en tercer lugar aparecen en escena los recursos de las medicinas alternativas, en este último caso, los enfermos con residencia rural se inclinan por la medicina popular, y los individuos urbanos optan por el naturismo y la acupuntura.

Esta visión antropológica también señala que el uso de la medicina como recurso curativo no excluye la autoatención, ni el uso de estrategias propuestas por las medicinas alternativas, como la acupuntura, homeopatía, el naturismo, la medicina popular y el espiritismo, pareciera más bien que en un punto se complementan.

Con relación a la atención psicológica, dicho autor Barragán (2005), hace una reflexión en la cual informa que si bien en el tratamiento de los pacientes estudiados, se incluyó a la disciplina de Psicología en el diagnóstico y tratamiento del fenómeno doloroso, ésta se encuentra en una posición subalterna tanto en lo teórico como en lo práctico y a manera de conclusión argumenta que las bases orgánicas del dolor siguen siendo las premisas explicativas del fenómeno, y aunque se consideran los aspectos emocionales se ubican en un papel secundario así como los aspectos social y cultural.

Siguiendo con el modelo preponderantemente médico los objetivos primordiales que interesan ser abordados los comenta Moya y Mascias (2005), de esta manera:

1. *“Tratar el dolor y el resto de los síntomas en la fase aguda.*
2. *Acortar la duración de la enfermedad.*
3. *Prevenir la aparición de complicaciones, especialmente la neuralgia postherpética (NPH).*
4. *Tratar las complicaciones, cuando aparecen.*
5. *Prevenir el contagio”.* (p. 78)

Los expertos sugieren la instauración del tratamiento antivírico durante las primeras 72 horas del comienzo de la erupción cutánea para que el tratamiento sea más efectivo, como antivíricos para el tratamiento se hace uso de aciclovir, valaciclovir, famciclovir y brivudina, y por supuesto el médico en función de las características del paciente determinará el tratamiento específico.

Hay pacientes en que el dolor es tan intenso que se hace necesario el uso de opiáceos (derivados de la morfina) para controlar el dolor. Como el dolor es de origen neurológico, fármacos antidepresivos, como Amitriptilina, Nortriptilina o anticonvulsivos, como la Gabapentina o Pregabalina, también pueden ser

utilizados para aliviar los síntomas, especialmente en casos de neuralgia postherpética.

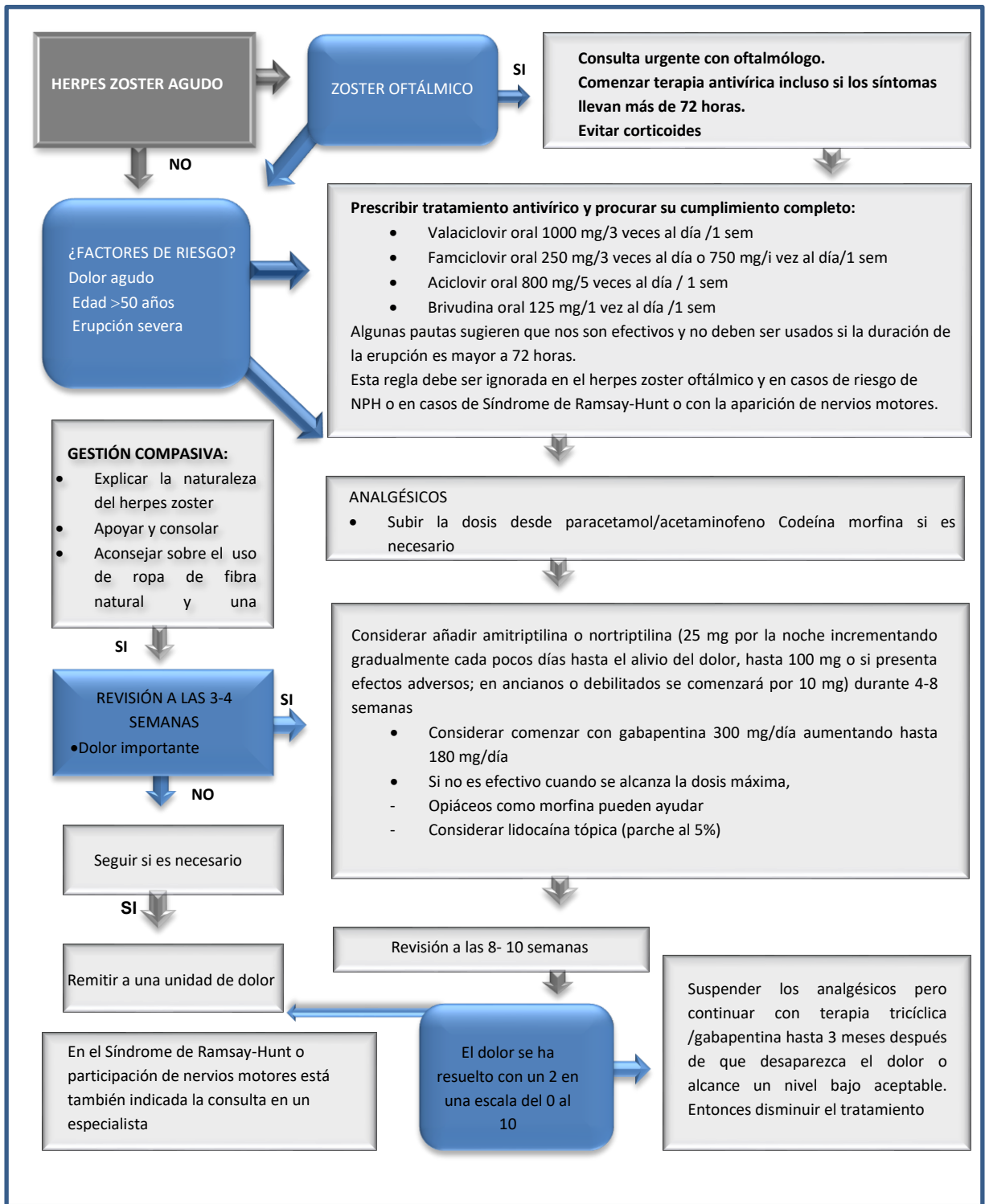
Existe un manejo internacional del Herpes Zóster según se describe en: Recomendaciones del International Herpes Management Forum (IHMF), la Sociedad Alemana de Dermatología (DDG) y del Current Management of Herpes Zóster -The European View. (Cañada, 2015; **ver cuadro 1**).

El tratamiento para el Herpes Zóster está descrito en múltiples estudios y se recomienda el mismo de manera inmediata para evitar las complicaciones tan temidas tanto para los pacientes como para los profesionales que los atienden, sin embargo en la literatura revisada los enfoques se esfuerzan en disminuir el dolor y evitar básicamente la neuralgia postherpética mediante el modelo reduccionista farmacológico no obstante de conocerse de todos los factores que favorecen la reactivación del virus y las condiciones para que se presente dicha complicación.

La necesidad de una atención integral tanto médica como psicológica, tendría que estar contemplada desde el inicio del padecimiento pese a ello de los estudios revisados solamente los doctores Neira y Ortega (1998), hacen alguna acotación simplista referente a la atención psicológica que debería recibir un paciente con este padecimiento, mediante la siguiente premisa: *“Casi todos los pacientes con NPH presentan ciertos trastornos psicológicos, que con frecuencia nos hace requerir la colaboración del psicólogo/psiquiatra, para realizar tratamiento de apoyo”* (p. 67).

Cuadro 1. (Cañada, 2015).

RECOMENDACIONES DEL INTERNATIONAL HERPES MANAGEMENT FÓRUM (IHMF), LA SOCIEDAD ALEMANA DE DERMATOLOGÍA (DDG) Y DEL CURRENT MANAGEMENT OF HERPES ZOSTER-THE EUROPEAN VIEW.



Vale la pena destacar que más allá de la estrecha visión que pudieran tener algunos profesionales de la salud en relación a la importancia del tratamiento integral, en el que se incluya la atención psicológica para reestablecer la salud del paciente y dentro de esta atención incluir la hipnosis es importante señalar que existe un informe Williamson (2004), en el cual detallan un caso de un paciente con neuralgia postherpética (con un dolor descrito por el paciente como insoportable con un curso de 18 meses posterior a presentar la manifestación de la enfermedad) tratado exitosamente con una técnica de autohipnosis e imágenes, en él señalan que se le ofrecieron las herramientas necesarias al paciente para que el mismo llevara a cabo la autohipnosis reportando beneficios que redituaron en una reducción significativa de dolor al grado en que refería estar por periodos cada vez más prolongados libre del mismo.

CAPÍTULO II

DOLOR

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Cuando pensamos en uno de los objetivos que siempre ha perseguido el hombre desde sus orígenes, que es el de mitigar el dolor de sus congéneres; no resulta imposible imaginar que éste intento acompañará a los individuos hasta la extinción de la raza humana.

Pero resulta interesante reflexionar sobre lo que significa **dolor** cuando hablamos de la raza humana, es un tanto complicado poder hablar de un tema en apariencia tan sencillo porque todos lo hemos experimentado sin embargo cuando nos referimos al dolor pueden emerger diversas ideas en virtud de las experiencias propias de cada uno, al respecto podríamos asociar tal vez un dolor de: muela, un dolor de parto, un dolor por un golpe en los testículos o un dolor cuando se expulsa una piedra del riñón y no se diga de un dolor de un miembro fantasma o de un dolor por la pérdida de un hijo.

Es entonces cuando pudiéramos decir que aunque en todos los casos nos referimos al dolor, no es la misma cosa y mucho menos si habláramos de una mutilación, de clavarse unas agujas, de una castración, un tatuaje o de una bisección de lengua, etc. en una etnia u otra.

Antecediendo a las etnias actuales resulta interesante saber cómo en los diferentes momentos de la historia se ha concebido al dolor, cuando nos remitimos a éste, por ejemplo para el hombre de la prehistoria debió ser un menester difícil de entender, nadie podría advertir a ciencia cierta lo penoso y angustiante que debió haber sido lidiar con él, durante miles de años. Y entonces recurrir a lo místico, tuvo que ser una explicación que disminuyera la zozobra, temor o angustia de quien lo padecía y de quien quería disminuir tal congoja en el otro.

La manera como se ha concebido al dolor desde tiempos antiguos en diferentes culturas; es trascendente porque desde esa perspectiva es como han surgido los intentos por aliviarlo.

Diversos estudiosos (Bonica & Loeser (s.f.); Cabral 1993; Pérez-Cajaraville, Abejón, Ortiz & Pérez 2005), han dado cuenta de lo que a lo largo de la historia se advierte ha significado el dolor para la humanidad en sus diferentes momentos y diversas culturas; los egipcios creían que el dolor era el resultado de la influencia de los dioses o de los espíritus de los muertos que llegaban por la noche y entraban por la nariz o los oídos mientras dormían.

Una de las ideas que prevalecía era que los males residían en el corazón. Y en uno de los papiros más importantes que describe parte de la historia de lo que se sabe de ellos: el papiro de Ebers advierte que la forma de salida de esos espíritus era mediante la expulsión de fluidos como la orina, vómito, estornudos o sudor.

El hinduismo basado en las ideas de buda atribuía el origen del dolor causado por la enfermedad a los deseos frustrados y la propuesta para alcanzar la curación como objetivo primordial era ser consciente de la enfermedad. De no ser así, el mal continuaría extendiéndose; para curar al enfermo tenían que conocer la causa de la enfermedad que era la causa del deseo. También como los egipcios pensaban que era en el corazón donde residía el centro del dolor y los sentimientos.

Para los chinos su filosofía era basada en la idea que los individuos tienen 2 fuerzas que los complementan, equilibrada por una energía vital que circula por el organismo a través de 14 meridianos o canales conectados con los órganos internos y ante un desequilibrio en esa energía, sobreviene la enfermedad. La alternativa para aliviar el dolor, fue la acupuntura punción en determinadas áreas del cuerpo para corregir ese desnivel.

Durante la edad media los griegos dieron gran importancia a las ideas de Aristóteles referente a que el centro de la vida psíquica y de la percepción sensorial (*sensorium commune*) residía en el corazón, él asumía que el dolor era

una alteración del calor vital del corazón determinado por el cerebro, ésta fue la ideología dominante, y aunque otras figuras importantes como Alcmeón discípulo de Pitágoras que motivado por éste fue el primero en concebir la idea de que el cerebro y no el corazón era el centro de las sensaciones y la razón, las ideas aristotélicas persistieron por generaciones.

Ya en Roma nace Galeno (130-200 d.C.) en Pergamum, capital de Asia Menor, quien empezó a estudiar medicina a los 16 años. Se le considera como una persona con una mente brillante adelantado en su entendimiento para su época en tanto que describe al sistema nervioso asociándolo con el cerebro con una comprensión mayor del dolor, iniciándose a pensar que la enfermedad y el dolor se debía más a un desequilibrio interno y no a causas externas sobrenaturales.

Fue Leonardo Da Vinci quien con sus aportaciones ampliaría el conocimiento del cuerpo humano ofreciendo las bases de la anatomía científica, realizó diversos dibujos sobre huesos, músculos y tendones, del corazón y el sistema vascular, del sistema reproductivo y otros órganos internos, si bien con algunas imprecisiones relativo al conocimiento de la época confirmó la teoría galénica sobre el cerebro como motor central del dolor.

Aunque en tiempos ancestrales no existía una comprensión o conocimiento preciso de la conformación y funcionamiento del cuerpo humano, esto no impidió que con una noción empírica se atendiera el sufrimiento de los congéneres ya sea con rezos, exorcismos, sacrificios, plantas, presión, calor, frío o sangre de animales.

Autores como Pérez-Cajaraville, et al. (2005), ofrecen una investigación amplia respecto del tratamiento del dolor y advierten de plantas ancestralmente usadas que han demostrado su eficacia y uso en la actualidad; se sabe por ejemplo que los mesopotámicos utilizaban la planta de mirto como analgésico reconociendo hoy día sus propiedades analgésicas por contener precursores del ácido acetilsalicílico, por su parte en el antiguo egipcio se utilizaban la adormidera, mandrágora y el cannabis como narcóticos vegetales.

En el continente americano el uso de la coca como anestésico estaba extendido en diversos pueblos primitivos, los araucanos (Chile) empleaban para la anestesia las flores de *Datura ferox*, cuyo principio activo es la escopolamina medicación parecida a lo que hoy día es usada en los hospitales.

Por su parte los mayas utilizaban el estramonio (una de las 12 especies de la datura) a la cual se le conoce con diversos nombres, uno de los más usados en México es el toloache; planta que contiene diversos alcaloides del tipo de la atropina y de la escopolamina y que era usado para atenuar el dolor en mujeres durante el proceso de parto.

2.2 DEFINICIÓN DE DOLOR

Es hacia el siglo XVIII cuando la historia transita hacia una época científica, con el desarrollo de la química moderna, física y anatomía y el nacimiento de la anestesia moderna. Y es cuando se desarrolla una etapa en la que los esfuerzos se han enfocado en ir logrando una comprensión de la constitución de los aparatos, sistemas, órganos, tejidos, células, moléculas, etc., marchando junto a esta las opciones de mitigar el sufrimiento, con analgésicos modernos de liberación sostenida o acción prolongada como las bombas PCA (analgesia controlada por el paciente).

Ya que durante siglos se ha intentado remediar el dolor teniendo éste, tan diversas concepciones en virtud de la enorme complejidad y multitud de aspectos y variantes que presenta; porque aunque todos sabemos a qué nos referimos cuando hablamos del dolor, difícilmente se puede precisar en un único significado; a pesar de esto surge la necesidad de conceptualizar un fenómeno en un lenguaje universal, con los riesgos que esto implica pero con la necesidad de advertir una idea que muchos puedan asociar o identificar a ese algo.

Y es cuando en el año de 1980 la International Association for the Study of Pain (IASP) por sus siglas en inglés, define a éste como: "*Una experiencia sensorial y*

emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial", en la actualidad esta definición es aceptada debido a que engloba aspectos tanto físicos como emocionales, aunque hay autores como López, Iturralde, Clerencia y Galindo (2006), que consideran esta definición incompleta debido a que evita decir que el dolor esté producido por sí mismo, *"Esto permite considerar que incluso en aquellas formas de dolor en las que no hay daño tisular que las ocasione, generalmente como consecuencia de lesiones neurológicas, los pacientes describen el dolor como si estuviera producido por una lesión periférica"*. (p.721)

2.3 CLASIFICACIÓN DE DOLOR

Importante es contar con una definición de lo que es el dolor para tener una idea de los elementos que se encuentran implícitos en el mismo, pero ¿Qué es lo que ocurre en el organismo de quien lo padece? De una manera puntual el Dr. López-Timoneda (1996) lo describe de la siguiente manera:

El dolor se produce cuando llegan a distintas áreas corticales del SNC un número de estímulos suficientes a través de un sistema aferente normalmente inactivo, produciéndose no sólo una respuesta refleja, ni sólo una sensación desagradable, sino una respuesta emocional con varios componentes:

Componente sensorial-discriminativo: hace referencia a cualidades estrictamente sensoriales del dolor, tales como su localización, calidad, intensidad y sus características temporo-espaciales.

Componente cognitivo-evaluativo: analiza e interpreta el dolor en función de lo que se está sintiendo y lo que puede ocurrir.

Componente afectivo-emocional: por el que la sensación dolorosa se acompaña de ansiedad, depresión, temor, angustia etc.. {sic} Respuestas en relación con experiencias dolorosas previas, a la personalidad del individuo y con factores socio-culturales (p. 50).

Cuando hace referencia a las cualidades sensoriales del dolor se sabe que en el proceso intervienen diversos receptores nerviosos o receptores nociceptivos (receptor sensitivo que requiere una intensidad específica de estimulación antes de que desencadene una señal) terminaciones libres de fibras nerviosas localizadas en tejido cutáneo, en articulaciones, en músculos y en las paredes de las vísceras que captan los estímulos dolorosos y los transforman en impulsos.

El proceso del dolor comienza con la transducción proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico, dando inicio a la trasmisión que es la propagación del impulso nervioso hasta los nervios sensoriales del Sistema Nervioso Central, interviniendo la modulación o antinocicepción que es la capacidad que tienen los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, la analgesia no es sólo la cesación de la transmisión nociceptiva, sino que es una función compleja pero coordinada que regula, controla y limita la transmisión nociceptiva (para prevenir el caos y la inestabilidad que puede producirse si sólo existiera mecanismos excitatorios); desencadenando el resultado final que es la percepción del dolor. (Ver. Fig. 3)

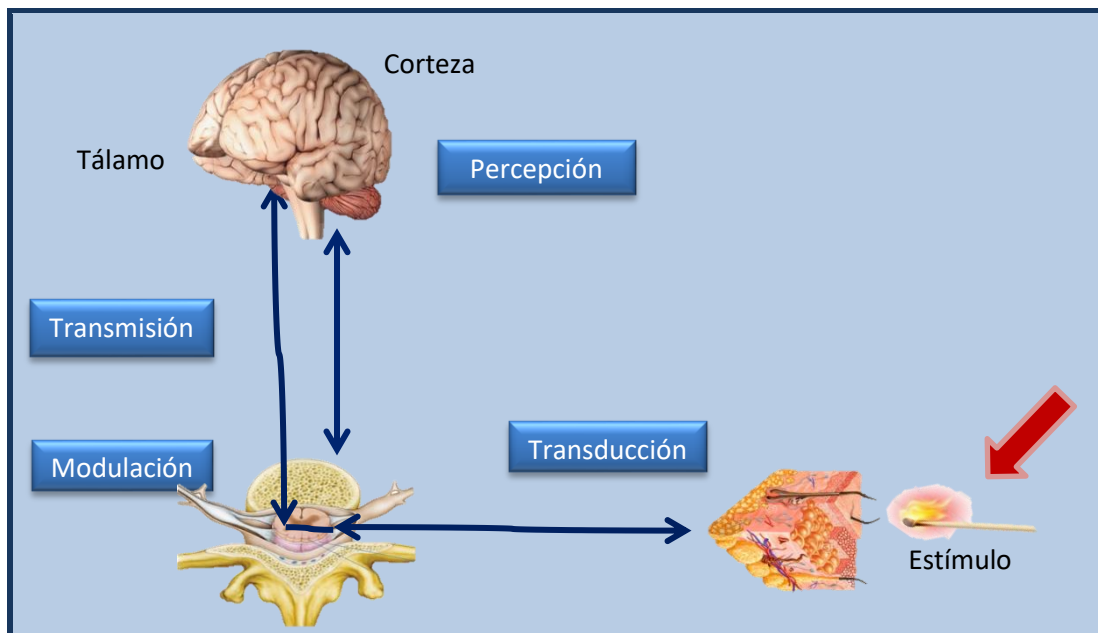


Fig. 3 Proceso de dolor

De acuerdo a las terminales en la prolongación del axón de los nociceptores se pueden clasificar en dos tipos de fibras nerviosas: las fibras C y las fibras de tipo A&.

Las fibras de tipo C son de diámetro reducido y conducen el impulso nervioso a escasa velocidad, se les conoce como polimodales ya que responden a estímulos termales, mecánicos y químicos.

Las fibras de tipo A& de diámetro más grande envían impulsos más rápido y responden a estímulos mecánicos y termo mecánicos.

La estimulación que incitará a los nociceptores tiene que tener una intensidad específica para que posteriormente llegue al asta dorsal de la medula espinal, estructura que será como un filtro que permite eliminar los mensajes innecesarios así como amplificar aquéllos importantes.

Se considera que la sensación de dolor es de dos formas: dolor agudo, inicial, rápido y un dolor lento de larga duración; lo anterior es explicado en virtud de la intervención de ambas fibras nerviosas y la diferencia en la velocidad de la propagación de los impulsos nerviosos al Sistema Nervioso Central.

Las rutas nerviosas para la transmisión de dolor y transmisión de temperatura normal del cuerpo y cara al cerebro, son las rutas espinotalámicas y la trigeminal (Kopf & Patel, 2010).

Para las personas que tratan con el dolor resulta importante investigar cuál es el origen y características del mismo ya que es una guía que facilita el diagnóstico para posteriormente usar medidas analgésicas; aunque existen distintas clasificaciones del dolor en este trabajo no pretendemos enfatizar en alguna específica, simplemente describiremos algunas categorías que nos ayudaran a entender algunos conceptos que utilizan los profesionales del campo dedicados a tratarlo.

Relativo a su duración al dolor se le puede subdividir en 2 categorías: En dolor agudo y dolor crónico.

Dolor agudo: La consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, es una señal de alarma que la persona tiene que tomar en cuenta para solicitar ayuda, se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal.

El dolor agudo produce una serie de efectos indeseables, como consecuencia de la llegada del estímulo doloroso a distintos niveles del SNC. Su duración es corta, bien localizado, se acompaña de ansiedad y de signos físicos autonómicos (taquicardia, hipertensión, taquipnea, íleo, náuseas, vómitos, sudoración, palidez, entre otros). Puede ser superficial (piel y mucosas), profundo (músculos, huesos, articulaciones, ligamentos y visceral) (López, 1996).

Dolor crónico: el dolor crónico es aquel que persiste en el tiempo aunque la causa o lesión que lo produjo haya desaparecido. No hay un momento concreto a partir del cual pueda afirmarse que un dolor de corta duración se ha transformado en crónico. Depende de la enfermedad y el pronóstico respecto a la mejoría esperada después de un tratamiento. Un dolor crónico puede ser de 3 a 6 meses o más de duración y éste se acompaña de un componente psicológico.

Según su patogenia al dolor se clasifica en nociceptivo, neuropático y psicógeno.

Dolor nociceptivo: es aquél que aparece como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen un daño o lesión. Fernández (2006), lo describe de la siguiente manera *“...es ocasionado por daño tisular desde la superficie de la piel hasta la profundidad del sistema músculoesquelético; es un dolor de localización específica frente a un estímulo nociceptivo evidente, el paciente lo describe con bastante precisión y suele responder a AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) y narcóticos, se le denomina también dolor epicrítico”* (p. 50).

Dolor neuropático: El dolor neuropático está asociado a enfermedades como: las *infecciones herpéticas*, el cáncer, la diabetes, la artritis, los accidentes cardiovasculares, la esclerosis múltiple, las lesiones en la médula espinal, o las lesiones cerebrales.

A diferencia del dolor nociceptivo el dolor neuropático carece de una localización específica, se inicia por daño a la vía nerviosa sensorial, no obstante puede continuar sin el estímulo nociceptivo presente.

Las personas que lo sufren hablan frecuentemente de sensaciones de quemazón o frío intenso, punzadas, escozor, hormigueo, como una descarga eléctrica, adormecimiento, falta de sensibilidad de la zona afectada o hipersensibilidad que desata la aparición del dolor ante el menor roce.

La descripción en términos técnicos la describe el doctor Fernández (2006), de esta forma:

A menudo es la expresión de síntomas sensoriales diversos, expresados como:

- Neuralgia, es el típico dolor por trauma o irritación del nervio periférico, confinado al área que inerva, con disfunción nerviosa como anestesia o debilidad muscular del área y grupo inervado
- Disestesia, sensación de escozor o quemazón espontánea, junto al dolor agudo de la región afectada
- Hiperalgia, respuesta exagerada al estímulo nociceptivo por disminución del umbral fisiológico del dolor
- Alodinia, es el dolor que aparece por estímulo que en condiciones normales no causa dolor (dolor por estímulo nonociceptivo)
- Causalgia, síndrome doloroso tipo quemadura (escozor), producido por lesión traumática al nervio, acompañado de disfunción vasomotora, sudomotora y alteraciones tróficas. Ahora se conoce como síndrome de dolor regional complejo tipo II
- Hiperestesia, incremento de la sensibilidad cutánea a los estímulos táctiles, dolorosos o de temperatura
- Hiperpatía, síndrome doloroso con reacción excesiva y retardada después de un estímulo sensorial repetitivo. Se puede acompañar de hiperestesia, disestesia o hipoestesia
- Hipoalgia (hipoestesia), sensibilidad disminuida a los estímulos nociceptivos
- Parestesia, sensación anormal, desagradable, espontánea o inducida, disestesia (pag. 51).

Dolor psicógeno: El dolor psicógeno es un dolor que no resulta de una estimulación nociceptiva ni de una alteración neuronal, sino que surge como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Lo más característico de este tipo de dolor es que su etiología no es conocida, sin embargo no significa que el paciente no sienta el dolor que refiere. El DSM-V (2015) describe el dolor psicógeno como sigue:

‘Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor’. Algunas personas con TSS experimentan ante todo dolor, en cuyo caso existe indicación para utilizar el especificador con predominio de dolor. El DSM-IV lo denominaba trastorno de dolor, una afección independiente con sus propios criterios (a partir de aquí, se hace referencia a este cuadro como TSS-dolor). De manera independiente a cómo se le denomine, es necesario tener en mente los siguientes hechos:

- El dolor es subjetivo—los individuos lo experimentan en forma diversa.
- No existe una patología anatómica evidente.
- La cuantificación del dolor es compleja.

De esta forma, es difícil saber si un individuo que refiere dolor crónico o insoportable, y en apariencia carece de una patología objetiva que lo explique, cursa en realidad con algún trastorno mental (en el DSM-5, los pacientes que tienen dolor real, pero que muestran una inquietud excesiva en torno al mismo, pueden recibir el diagnóstico de TSS-dolor).

El dolor en cuestión suele ser crónico y muchas veces intenso. Puede tener expresiones diversas, pero en particular frecuente es aquél ubicado en espalda baja, cabeza, pelvis o articulación temporomandibular. De manera característica, el TSS-dolor no aparece y desaparece al transcurrir el tiempo, ni disminuye con la distracción; pudiera tener sólo una respuesta limitada a los analgésicos, si hubiera alguna (p. 257).

Al dolor también se le puede considerar como continuo e irruptivo.

Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.

Irruptivo: Aparece de forma brusca, intensa y transitoria sobre un dolor de fondo estable. “La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y la Sociedad Española de Dolor (SED), establecieron un documento de consenso en el que asumieron el término “dolor irruptivo”, para definir una exacerbación del dolor de forma súbita y transitoria, de gran intensidad (EVA > 7) y de corta duración (usualmente inferior a 20-30 minutos), que aparece sobre la base de un dolor persistente estable, cuando este se encuentra reducido a un nivel tolerable (EVA < 5) mediante el uso fundamental de opioides mayores” (Cánovas 2012).

Hasta aquí hemos revisado algunas consideraciones de lo que a dolor se refiere y como éste atormenta a quienes lo sufren, sin embargo existe un aspecto que parece obviado no obstante es importante considerar y que es lo relativo a la función protectora del dolor (agudo).

El dolor es un mecanismo de alerta que tiene un valor adaptativo para la supervivencia del individuo, ya que posee una función de aviso protectora: indica que se ha producido una lesión e impide que dicha lesión se agrave desencadenando reacciones para evitarlo.

Para el Dr. Abia (2013), el dolor tiene un propósito útil tanto física como emocionalmente ya que considera que el dolor siempre ocurre en dos niveles de la misma persona a nivel corporal, físico y emocional, puede empezar en uno u otro lado, predominar en uno u otro aspectos, sin embargo siempre hay una conexión entre ambos aspectos y tiene que ser entendido de forma amplia para que en virtud de lo anterior, se atienda, describiendolo de la siguiente manera:

El tratamiento del dolor puede ser equivocadamente visto por los pacientes y por los profesionales de la salud o la educación, como una sensación que hay que eliminar o abolir, sin embargo sabemos que el dolor en sí mismo tiene propósitos útiles para preservar la estabilidad y la salud corporal y emocional. Representa un aviso de que necesitamos ayuda. La perspectiva más sana es dejar que el dolor desaparezca cuando ha cumplido su función de aliado, es decir cuando el complejo sistémico de: causas-

consecuencias-causas, que se relacionaban con la génesis del dolor, se ha estabilizado o se ha resuelto. Muchas veces, conlleva una restricción física de la actividad que frecuentemente beneficia al que lo sufre y al mismo tiempo instiga cambios fisiológicos de carácter saludable para el cuerpo. Es decir que avisa que hay algo que resolver. Por lo tanto, el dolor no es sólo una sensación a erradicar o disminuir, sino una experiencia que se ha de manejar de manera que aporte beneficios al que lo sufre. (pag.5)

2.4 ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES

La respuesta de un individuo al dolor no solamente implica la respuesta o reacción neurofisiológica al estímulo de los nociceptores, la experiencia del dolor conlleva una respuesta emocional con varios componentes, la forma como se analiza, interpreta y afronta en función de lo que se está sintiendo; el aprendizaje previo, la expectativa de lo que puede ocurrir acorde a una estructura de personalidad en un contexto social e histórico determinado, eso es algo que hace al dolor como una experiencia única. La experiencia de dolor en la que diversos componentes se encuentran relacionados se puede representar gráficamente de la siguiente manera: (Ver fig. 4)

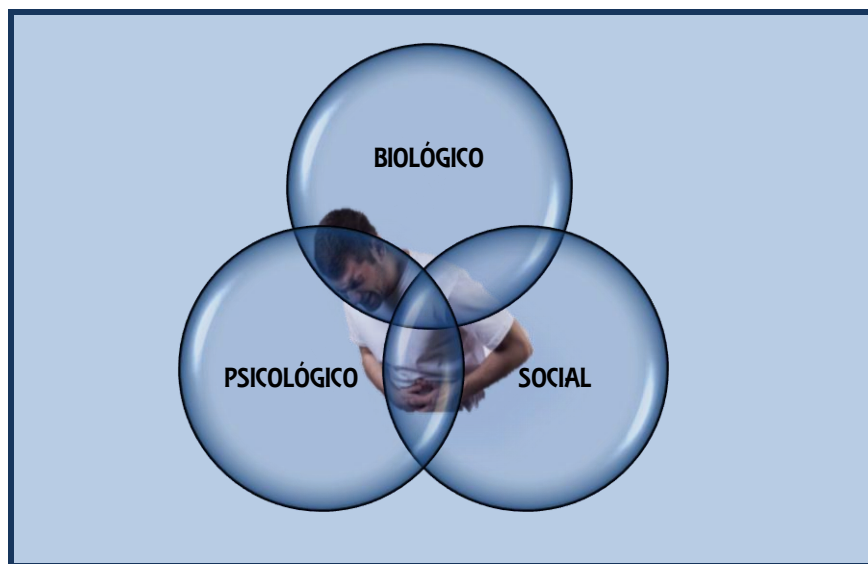


Fig. 4 Aspectos relacionados con el dolor

La respuesta de los nociceptores en el proceso de dolor es algo que hemos estado tratando y que tiene que ver con la respuesta neurofisiológica del organismo ante un estímulo específico correspondiendo dicho proceso a la esfera biológica sin embargo la manera como se interpreta y las reacciones que emergen del evento que genera displacer eso corresponde al sujeto respecto a sus creencias, valores, emociones, cognición, aprendizaje e historia que lo definen y conforman su personalidad; existen investigaciones que sugieren que la edad, sexo y escolaridad son importantes en la percepción del dolor.

Las líneas de investigación que se han desarrollado para conocer los factores personales implícitas en la experiencia del dolor se han centrado principalmente en el dolor crónico, el cual es resistente a un tratamiento que se esperaría podría resolver la problemática y que en cambio suele persistir de 3 a 6 meses o más desde su inicio de aparición.

Las variables que se han estudiado son tan diversas, como complejo es el fenómeno en sí, sin embargo relativo a la edad concretamente en un estudio epidemiológico realizado con población mexicana Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Gutiérrez-Salmerón, Betancour-Sandoval y Córdova-Domínguez (2010), refieren que estudios realizados en clínicas mexicanas del dolor, la población atendida con dolor crónico presenta una edad promedio de 58 años, siendo los adultos mayores el grupo más afectado.

Esta información comparada en el mismo informe con parámetros internacionales advierten de una similitud; otro aspecto importante a considerar y que se puntualiza en el reporte es la incidencia del dolor por género señalando que son las mujeres las más afectadas por dolores crónicos.

Dicho estudio se correlaciona con los resultados obtenidos por Barragán-Berlanga, Mejía-Arango y Gutiérrez-Robledo (2007), quienes investigaron de factores asociados al dolor crónico en dos grupos de adultos mayores en población mexicana, concluyendo que la prevalencia del dolor por grupos de edad en una muestra de 12459 sujetos es levemente menor en los sujetos de 50-64 años

(39.80%) que en los de 65 años o más (44.6%), existiendo una proporción mayor referente a la prevalencia de dolor en las mujeres, en ambos grupos. El estudio también señala que existe una disminución de la prevalencia de dolor según aumenta la escolaridad.

El factor de la escolaridad en la incidencia del dolor se puede interpretar desde diferentes aristas, en un estudio por demás interesante en el que se habla de la neurobiología de la resiliencia, el Dr. Guala (2005), realiza diversas precisiones en relación al estrés; como éste impacta en el organismo y cuál es la diferenciación neurobiológica del sujeto proresiliente con relación al sujeto no-resiliente. La resiliencia entendida como la capacidad de las personas para superar experiencias traumáticas y de las que salen por demás fortalecidos, es una capacidad que según el doctor puede tener una base neurobiológica única en los individuos además de favorecer la readaptación biológica compensatoria ante eventos difíciles.

Pero qué relación pudiera existir entre la resiliencia, el dolor y la escolaridad; la respuesta la establece el doctor argumentando que un estudio realizado sobre 1.024 fallecimientos se observó que el 30% de reducción de la mortalidad global (accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares y cáncer) era entre los individuos con mayor coherencia y resiliencia; él conjetura que las personas con mayor escolaridad tienen menor vulnerabilidad.

La mayor escolaridad tendría que ver con mayor actividad cognitiva y mayor jerarquía de pensamiento, lo que convierte a los individuos más resilientes. La vulnerabilidad en las personas es un estado de fijación del efecto traumático, es decir, la repetición del pensamiento traumático, una idea intrusiva consistente que aumentará la reconsolidación; de esta forma repetirá y vivirá permanentemente dentro del recuerdo de la experiencia traumática. Mientras esto ocurre, se activan los centros cerebrales que procesan la vigilancia y la evocación traumática, como son los núcleos de la amígdala, el locus coeruleus, el hipocampo y el neocórtex.

Guala (2005) menciona que este proceso no es voluntario y mantiene asociada la cognición al trauma, en forma más o menos permanente, generando a mediano plazo, aumento de vulnerabilidad; en este proceso intervienen diversas sustancias u hormonas que tiene una función específica en el organismo y determinan las diferencias de la neurobiología entre los individuos resilientes y los no-resilientes.

...Sujetos recientemente estresados poseen bajo pensamiento asertivo, tendencia a repetición de esquemas, baja creatividad en el pensamiento y disfunción sexual. La explicación bien podría estar ligada a una disminución de la testosterona, que no llega a recuperar su concentración normal, aun habiendo cesado el estímulo estresante.

Con relación a la dehidroepiandrosterona (DHEA), es sintetizada en el eje suprarrenales-gonadas y en el cerebro. Es conocida su acción de protección cardiovascular y de disminución del colesterol. Ejerce una acción proresiliente inhibiendo la sobreexpresión de glucocorticoides y de glutamato. Algunos autores reconocen su función en la reducción de la vulnerabilidad biológica general cerebral. Otro factor considerado proresiliente es la galanina, un péptido de 30 aminoácidos originado en el intestino, que se encuentra presente en el sistema nervioso central, en arterias y en vasos sanguíneos. Desde el punto de vista de la fisiología general es proresiliente, ya que produce control del dolor y prevención del daño isquémico” (p. 52).

Luego entonces se puede entender que ante el sufrimiento del dolor no todas las personas reaccionan igual, ni sienten lo mismo. Lo que para una persona que sufre una experiencia dolorosa significaría reorientarse en crear recursos para adaptarse a una condición nueva, otro individuo se instalara en una repetición del evento traumático desencadenando efectos cada vez negativos para su persona y entorno.

Otro enfoque relativo a la influencia de la escolaridad es ofrecida por la doctora Moix (2005), quien a su vez cita un estudio de Roth y Geisser en 2002, en el cual evaluaron a 299 pacientes y pudieron comprobar que a menor nivel educacional se advierte más inadaptación a causa del dolor, el análisis de los resultados está

basada en la explicación que los pacientes presentan un pensamiento catastrófico y muestran una creencia que el dolor se asocia a un daño tisular.

La tolerancia al dolor podría variar de acuerdo al estado emocional en el que se encuentre el individuo al momento de recibir el estímulo nociceptivo sin embargo pueden existir condiciones externas que intensifiquen la experiencia desagradable.

En el estudio de Gálvez et al. (2006), evaluaron a pacientes que padecen dolor neuropático describiendo que el dolor es un importante factor que daña la calidad del sueño del paciente, de forma global y que conforme este se hace más intenso, deteriora más el mismo, también concluyen que existe una importante asociación con síntomas de ansiedad, depresión o ambos, en el que a mayor intensidad de dolor más frecuencia existe en los síntomas mencionados, además advierten que las alteraciones de la esfera emocional, independientemente de su intensidad y evolución, parecen impactar más negativamente en las mujeres que en los hombres (peor calidad de sueño y mayor frecuencia de ansiedad y depresión).

El círculo negativo que se va conformando alrededor del paciente que padece de dolor, advierte de la cantidad de elementos que se superponen y que se van entretejiendo a partir de un estímulo, esta afirmación tiene relación por los efectos nocivos que emergen ante la alteración del sueño en los individuos.

La manera como son expresados de manera puntual lo podemos conocer mediante los comentarios de la doctora Del Rio Portilla (2006), quien realiza un informe titulado “Estrés y Sueño” en el cual pone de manifiesto los efectos negativos en el organismo tanto biológicamente como emocionalmente ante una deficiente calidad del sueño y como éste se encuentra asociado con el estrés.

En su estudio la doctora informa de una relación bidireccional entre el sueño y estrés, en el sentido que las alteraciones del sueño producen estrés y, a su vez, el estrés genera cambios en el ciclo sueño-vigilia. Mientras que la alteración del sueño produce efectos tales como; lentitud de pensamiento, dificultad para lograr concentración y percepción precisa, fatiga e irritabilidad, nerviosismo y mal talante; por su parte el estrés puede afectar a todos los órganos y funciones orgánicas,

aunque sus efectos se concentran sobre el sistema cardiovascular, particularmente el corazón que se ve obligado a trabajar de forma forzada, también menciona que el sistema inmunitario reduce su eficiencia, argumento apoyado por Ayala (2009), lo que provoca una baja en las defensas contra las infecciones y contra otros tipos de enfermedades.

Hay autores que informan que la condición del estado de ánimo de los pacientes desencadena la enfermedad o imposibilitan una pronta recuperación, la depresión, la ansiedad y la ira, son aspectos psicológicos relevantes que comúnmente se estudian y en consecuencia se asocian con el dolor.

En un informe Truyols, Pérez, Medinas, Palmer Pol, y Sesé Abad (2008) analizan diversas investigaciones concerniente a los “aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico” expresan como es que la depresión puede tener una implicación importante tanto en la génesis, mantenimiento y exacerbación del dolor crónico; en los estudios de los que hacen referencia revelan que la presencia de la depresión en pacientes con dolor crónico, sugiere un aumento en las manifestaciones de dolor.

Relativo a la ansiedad en el mismo estudio, se señala que los niveles de ansiedad en la población general y pacientes con dolor crónico son diferentes con un aumento significativo en los últimos, concretamente hacen referencia a un estudio de Atkinson y cols, 1991, en el que refieren que los diagnósticos más comunes son el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés post-traumático y el trastorno obsesivo-compulsivo, en este mismo orden.

La frustración que genera la enfermedad, el cambio de la condición del paciente aunado a la sensación desagradable experimentada son condiciones que de sí pueden ser causantes de ira, aunque también apuntan que la escasa información de la etiología del padecimiento y los fracasos en los tratamientos son factores que generan ira destacándose su influencia negativa en la adaptación de los pacientes.

Cuando abordamos la esfera social en el entramado de la experiencia de dolor sin duda tendremos que puntualizar como la cultura y la pertenencia étnica modifican tanto la percepción como la expresión del dolor.

De las investigaciones más completas que revisamos para este trabajo relativo al estudio del dolor y las diferencias en la percepción o expresión del mismo; nos llamó la atención una realizada en Barcelona a cargo de Infante y Moix (2005), quienes se dedicaron a examinar diversos estudios basados en los modos de sentir el dolor, creencias sobre el dolor, afrontamiento del dolor, ansiedad y sentimientos depresivos ante el dolor y la atención por parte de profesionales de la salud a las personas pertenecientes a diferentes grupos étnicos.

En la investigación referida se comparan diversos estudios realizados con ciudadanos residentes en Estados Unidos; un grupo nativo de allí nombrados como blancos y los otros con antecedentes familiares y culturales provenientes de África afroamericanos e hispanos que viven en Estados Unidos hablan castellano y tienen antecedentes familiares provenientes de Latinoamérica; los resultados encontrados advierten de diferencias interesantes que apoyan la idea de que la cultura influye en nuestras creencias, actitudes y respuestas ante ciertos fenómenos en este sentido y concretamente en la experiencia del dolor; Infante y Moix (2005), refieren que el umbral de dolor pareciera tener la misma intensidad independientemente de la raza, sin embargo cuando se refieren a otras variables como: tolerancia, adaptación, creencias, etc. se advierten diferencias étnicas, mismas que las describen de la siguiente manera:

...Los pacientes blancos afrontan el dolor a través de diferentes estrategias (p. ej., religión, desviación de la atención y búsqueda de apoyo emocional), presentan niveles moderados de depresión y miedo y tienen un buen cumplimiento terapéutico.

– Los pacientes hispanos afrontan el dolor básicamente con estrategias de tipo religioso, presentan una elevada sintomatología depresiva y ansiosa, muestran actitudes de estoicismo ante el dolor y preocupaciones relacionados con el uso de medicamentos: miedo por los efectos secundarios, adicción, etc. Emplean diferentes tratamientos no señalados

por el médico (tés, hierbas, etc.) y muestran un bajo cumplimiento terapéutico.

– Los pacientes afroamericanos afrontan su dolor más frecuentemente a través de estrategias de tipo religioso, y presentan un limitado ajuste psicológico al dolor (síntomas de depresión, ansiedad, trastornos de sueño, etc.). Muestran actitudes de estoicismo ante el dolor, emplean diferentes tratamientos no señalados por el médico (tés, hierbas, etc.) y muestran un bajo cumplimiento terapéutico.

Aunque la etnia influye considerablemente la experiencia del dolor, no hay que hacer generalizaciones ni estereotipos de pacientes. Sabemos que cada individuo va más allá de sus condicionamientos culturales, sociales y grupales y reacciona al dolor con su estilo propio". (p. 39)

Varios son los aspectos que intervienen en una experiencia llamada "dolor" como diferentes y multicausales los elementos implícitos en el sentir del mismo, sin embargo para los pacientes que lo sufren únicamente podría existir "el malestar" ese displacer que para algunos es difícil de resistir y en casos extremos pueden ser causantes del deseo de muerte o el suicidio.

Fisher, Haythornthwaite, Heinberg, Clark y Reed (2002), describen en un artículo que llevaron a cabo que aunque el intento de suicidio en pacientes que padecen dolor crónico no se identifica como un factor único, está presente debiendo considerar la importancia de evaluar condiciones depresivas a priori.

En otro estudio relativo a factores de riesgo suicida en el anciano, Alberto (1999), plantea una condición similar en cuanto a los múltiples factores que intervienen en dicho fenómeno incluso el deterioro orgánico que pueden presentar estos pacientes sin embargo la existencia de las enfermedades sobre todo si son de curso crónico e incapacitantes en los ancianos que consuman suicidio advierte es muy elevada, con relación al dolor crónico menciona:

El síndrome doloroso que suele acompañar a varias de las enfermedades propias de la senectud se caracteriza por el escaso componente neurovegetativo y por un marcado compromiso psicológico que suele desembocar en la

depresión con ideación suicida, especialmente luego de la desesperanza que invade al paciente como consecuencia del gran número de consultas médicas realizadas y tratamientos recibidos sin solución a sus padecimientos. Por lo tanto, la asociación de dolor crónico y depresión en la senectud es altamente frecuente. No obstante, debe recordarse que un paciente con dolor crónico puede padecer en realidad una depresión enmascarada, con ausencia de los síntomas depresivos clásicos, lo que eleva considerablemente la potencialidad suicidógena de estos cuadros. (Alberto, 1999) (párr.46)

La frustración que pudiera experimentar el paciente ante el malestar que lo aqueja y no logran erradicarle, puede intensificarse ante una actitud que puede interpretar de incompreensión.

Son diversos los factores implicados en el desarrollo y percepción del dolor en los individuos más allá de los costos materiales que le significa al estado, no se puede obviar los costos emocionales e interpersonales que el dolor genera ya que las consecuencias que se derivan del padecimiento de dolor afectan a las relaciones individuales al generar dependencia, pérdida de movilidad, malestar emocional, cambios en la imagen corporal, disminución de las habilidades interpersonales, estados de ánimo que llevan a la depresión o ansiedad y en casos extremos al suicidio, también afecta las relaciones familiares con problemas económicos, dependencia, problemas en las interacciones sexuales o separación de la pareja y también tiene efectos interpersonales como aislamiento social.

El dolor, por lo tanto, constituye un problema individual y social en términos de sufrimiento del paciente, el impacto sobre sus familias, el tiempo de trabajo perdido, los gastos médicos, etc. sin embargo el modelo médico asume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas que se pueden medir y mediante esta filosofía inherente a este modelo médico implica un reduccionismo en el que el tratamiento del dolor se centra en erradicar el dolor mediante fármacos, sin que sea tomado en cuenta otras alternativas que ofrezcan una interdisciplinariedad en el tratamiento de un fenómeno multicausal en el que

desde tiempos ancestrales nuestros antepasados lo advertían bajo la filosofía de que los males del cuerpo residían en el corazón y por tanto debía existir una intervención integral al respecto.

Dentro de los esquemas de psicología que se han considerado factibles para atender condiciones de dolor se encuentra el empleo de la técnica mediante la corriente cognitivo-conductual, sin embargo recientemente se advierte un mayor interés en la hipnosis para el manejo del dolor; existe evidencia de que la hipnosis puede reducir el dolor y los costos asociados con los procedimientos médicos.

Elkins, Jensen y Patterson (2007), llevaron a cabo un estudio en el cual revisaron algunos ensayos prospectivos controlados de hipnosis para el tratamiento del dolor crónico comparando los resultados con los datos basales o con una condición de control. Los resultados revelan que las intervenciones con hipnosis consistentemente producen disminuciones significativas en el dolor referido por los pacientes quienes presentaban una variedad de problemas de dolor crónico relativo a diversos padecimientos médicos.

Una condición que también los autores señalan con la aplicación de esta técnica es habilitar al paciente en la autohipnosis o proporcionar grabaciones de sesiones de hipnosis que se pueden utilizar para reducir el dolor sobre una base diaria fuera de las sesiones. *“Our clinical experience suggests that patients who are more actively involved in self-hypnosis practice benefit more and may have more long-lasting gains”*. (párr. 20).

CAPÍTULO III

HIPNOSIS

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Al llevar a cabo una revisión acerca del surgimiento de la hipnosis no se sabe con certeza los orígenes de la misma, hay quienes mencionan que el origen de la hipnosis surge desde la creación del ser humano. “*Hasta donde yo se la hipnosis como forma de conducta humana ha existido desde que el hombre habita en la tierra*”. (Téllez, 2007) (p. 28).

Shrout en el trabajo elaborado por Etchebarne (2005), menciona que algunas pinturas encontradas en cuevas aparentemente ilustran a personas siendo encantadas –hipnotizadas- por personas con ciertos atributos como rayos saliendo de sus ojos o de sus dedos, como si representara al estereotipo de un hipnotista de espectáculo, el mismo autor refiere que si bien no es una prueba concluyente pudiera ser una evidencia en tanto que existen pruebas del uso de técnicas “hipnóticas” parecidas en ciertas colectividades con culturas teóricamente similares a las de la edad de piedra.

Algunos autores como Edmoston (en González, 2005), refiere que ya en el papiro egipcio de Ebers llamado Papiro Mágico o Papiro de Harris, el documento escrito más antiguo de unos 3.500 años de antigüedad del que se dispone, escrito en lengua egipcia hierática, se hace referencia de una serie de remedios, plantas psicoactivas y medicinales, ensalmos y prescripciones que se entremezcla con el uso de la sugestión e imposición de manos y por lo que se conjetura la utilización de técnicas hipnóticas similares a las actuales.

Es en el mismo Egipto en donde surgen los llamados “templos de sueño” en los cuales, con una preparación previa se entraba para soñar o para encontrar estados psíquicos similares al ensueño. En un estado místico y de tranquilidad, se buscaba el sueño y, dentro de él, la clave de algo trascendente ofrecida por el

Dios Isis como el diagnóstico y el tratamiento para alguna enfermedad. Se sabe que estos templos proliferaron hacia Grecia y Roma.

No obstante de que algunos teóricos refieren prácticas análogas de rituales en diversas culturas y épocas, se advierte que esos comportamientos y la hipnosis tienen diferencias muy marcadas, así lo sugiere Rodríguez (2011):

“Muchas de las culturas antiguas que tienen rituales y prácticas como la meditación, y otros estados de concentración, presentan todas como denominador común matices muy característicos en los estados de la conciencia, lo que ha tentado a algunos a homologarlos con la hipnosis, incluso, algunos autores consideran también las prácticas exorcistas como un antecedente a tener en cuenta en su pasado histórico, sin embargo, si algo puede asegurarse, es que todas estas prácticas comparten con la hipnosis diferentes tipos de procesos sugestivos, como también ocurre en las religiones que han acompañado al hombre hasta la actualidad. Es preciso, sin embargo, dejar bien sentado que existen diferencias muy marcadas entre todos estos procesos y la hipnosis”. (p. 4).

Durante la Edad Media, el hipnotismo como fenómeno espontáneo desempeñó un papel dentro de las hechicerías y brujerías, fue la Iglesia la que jugó un papel trascendente, animaban a descubrir y capturar a los herejes y brujas, mismos que podía llegar a ser torturados y/o quemados. Consideraban los trastornos mentales como producto de una voluntad sobrenatural, del diablo. El pecado se constituía la raíz de todo mal y la confesión como un procedimiento terapéutico para evitarlo.

A la época anticientífica de la hipnosis le siguió otra que intentaba explicar la hipnosis minando el misterio que le caracterizaba declarándola como etapa pre científica tal es el caso de las teorías fluídicas con su principal representante Franz Mesmer quien suponía que los efectos de la cura en el paciente era debido a la acción directa del médico en el enfermo influyéndole físicamente un tipo de energía perteneciente a algún fluido magnético. Fue a este médico a quien se le considera como un predecesor importante en el estudio de la hipnosis.

Pero a pesar de que varios autores reconocen en él un referente significativo por el hecho de intentar desmitificar la enfermedad del afectado desligándolo de la parte mágica-religiosa, fue y ha sido un personaje que ha causado controversia en el transitar por la historia.

Lo mismo fue reconocido contando con gran prestigio en los círculos “científicos” de aquella época, que criticado y acusado de charlatán y plagiarlo. Egas Moniz citado por Etchebarne (2005), lo describe como: *“una figura poseedora de un charlatanismo audaz e interesado y con cualidades apreciables de observador mientras que Forrest afirma que su fe en sus propias doctrinas y, particularmente en los poderes curativos del magnetismo animal, nunca lo abandonaron”*. (p.15).

El trabajo con imanes desarrollado por Hell, inspiró a Mesmer y lo llevó a construir la hipótesis de que la importancia no estaba en el imán sino en el magnetismo animal que éste conducía. Mesmer empezó a aplicar sus conocimientos y a experimentar con sus pacientes los nuevos tratamientos, encontrando sorprendentes resultados que le fueron dando prestigio y reconocimiento en la élite de esa época.

“En general el magnetismo animal traspasó las barreras científico médicas para convertirse en un fenómeno sociocultural de gran calado. Por citar tan sólo unos pocos ejemplos: Wolfgang Amadeus Mozart, amigo personal de Mesmer, hizo referencias explícitas en varias de sus óperas; el escritor Edgard A. Poe le dedicó varios cuentos cortos; y el filósofo Arthur Schopenhauer llegó a afirmar en 1851 que, ‘el magnetismo animal considerado no desde el punto de vista económico o tecnológico sino filosófico es sin duda el de más contenido de todos los descubrimientos jamás realizados, aunque de momento plantee más enigmas que soluciones. (González, 1999) (p. 62-63).

Aunque si bien Mesmer fue quien aplica y difunde sus ideas fluídicas tiempo atrás (200 años antes) ya se había hablado de las mismas. Paracelso declaró *«El hombre posee un poder magnético, por medio del cual puede atraer ciertos efluvios [...] de la misma forma que un imán atrae partículas de hierro»*. Goldsmith

(en Etchebarne, 2005). Paracelso también afirmaba que mediante adecuados procedimientos, utilizando los imanes entre otros objetos, se podía manejar la fuerza vital desequilibrada de las personas enfermas y así, reestablecerlas de sus dolencias Hartmann (en González 1999). (Pag. 59).

Así como fue influenciado por las ideas de Paracelso conoció las ideas del sacerdote católico Gassner, famoso por sus “curas por exorcismo”, quien después de conocer su trabajo perfila sus ideas reconociendo que el fluido animal no estaba limitado a la acción de los imanes sino que éste, también, se manifestaba en los organismos vivos, particularmente en el hombre, con efectos análogos a los logrados con el imán.

Las teorías y actividad de Mesmer es conocida por Luis XVI gobernante en esa época, el cual formó una comisión propuesta por la Academia de Ciencias de Francia para averiguar el asunto del magnetismo el cual sucumbió ante los experimentos de dicha comisión y las conclusiones a las que llegaron, fue que no existía tal magnetismo animal, desprestigiando a Mesmer quien se retiró de los grandes escenarios llevando a cabo después una práctica modesta como médico.

No obstante el descredito que le valió sus escritos y practicas a Mesmer, sus teorías ya se habían difundido por Europa y posteriormente se siguieron estudiando, ya a finales del siglo XVIII inicios del XIX se tiene el precedente de un clérigo nacido en la colonia portuguesa de Goa se le conocía como el Abad de Faria (José Custodio de Faria) siendo un pionero importante en el estudio científico del hipnotismo.

A diferencia de Mesmer el Abad de Faria, consideró que el “sueño lúcido” como llamó a lo que antes se había descrito como “sonambulismo” estado que experimentaban algunos de los pacientes de Mesmer mientras recibían los fluidos magnéticos, no necesariamente residía en el fluido magnético sino que para hacer aparecer este sueño, era necesaria la concentración y disposición por parte del sujeto, así mismo consideraba que era la palabra (sugestión verbal) la

responsable de los efectos observados y desarrollo diversos métodos y técnicas como el dar instrucciones directivas y autoritarias a sus pacientes para aplicarla.

Al respecto Rodríguez (2011), advierte que a este personaje se le puede considerar como uno de los precursores de las modernas concepciones de lo que es la hipnosis en tanto que postuló que no todos los individuos eran igualmente influenciables, además de que advirtió que el grado en el cual experimentar la respuesta al “sueño lucido” dependería de la persona para experimentar el fenómeno, todo lo cual estaría en combinación con las exigencias contextuales de la situación, así como con: las creencias, expectativas y motivaciones del individuo.

Posterior a estos acercamientos sin duda importantes que realizaron estos personajes al campo de la hipnosis comenzaría la era en la que la hipnosis se perfila hacia una incursión más científica con representantes como el Doctor Braid.

Médico oftalmólogo quien al observar una sesión en donde se ponía en práctica el mesmerismo, comienza a estudiarlo con la intención de desacreditarlo y determina que al obligar a un individuo a fijarse en un objeto durante un tiempo, se produce una fatiga ocular que induce el cierre de los párpados, cayendo la persona en un estado de sueño “especial”, sus estudios lo llevan a formular una serie de postulados en los cuales plantea que el fenómeno de la hipnosis obedece a un proceso intrapsíquico y fisiológico.

Él argumentaba que el estado de concentración mental era la base del “sueño hipnótico”, “sueño nervioso”, pero aclaraba era diferente al sueño fisiológico y este le permitía al sujeto exhibir diferentes manifestaciones activas y pasivas de acuerdo a la cadena de ideas y motivos que podían sugerir espontáneamente en su mente. (Etchebarne, 2005).

Braid (en Téllez 2007) utilizó la hipnosis en su práctica clínica reportando mejorías y curas en sus pacientes con diversos trastornos como sordera y parálisis entre otros padecimientos.

Consideraba que se podía llevar al sistema nervioso hacia una condición distinta (nueva) que podía promover la mejoría de ciertos desordenes a través del hipnotismo al cual consideraba como un método simple y certero, posición contraria a lo que en otro momento se consideró la práctica de Mesmer quien circunscribía un velo de misticismo en sus prácticas con sus pacientes. De hecho se comenta que Braid distancía por completo el hipnotismo del mesmerismo animal.

No obstante de que Braid proyecta un enfoque diferente de la hipnosis intentando llevarla más a un terreno fisiológico, el hipnotismo sucumbe ante el desprestigio del mesmerismo y no es retomada sino hasta tiempo después a pesar de que algunos personajes como el discípulo de Mesmer la siguen practicando haciendo ciertas aportaciones que no lograron el impacto que en algún momento tuvo el magnetismo animal ya que la practica había quedado relegada a nivel de los curanderos.

Desde la muerte de Braid, en 1860, hasta 1880, tanto el magnetismo como el hipnotismo se verán considerablemente desprestigiado Ellenberger (en González 1999).

A partir de este precedente de Mesmer, Braid y otros de sus seguidores, en prácticas y estudios posteriores de la hipnosis, se desencadenarían u originarían dos perspectivas que pretenderían explicar este fenómeno en posiciones diferenciadas; uno mediante la perspectiva fisiopatológica y la otra desde un aspecto psicológico, surgiendo una contradicción interesante e interminable entre dos escuelas: La Escuela de Nancy y La Escuela de la Salpêtrière.

El predecesor de la Escuela de Nancy es Liébeault en su ejercicio como médico integraría la hipnosis en su práctica logrando tener una gran cantidad de pacientes a quienes incluso en ocasiones exentaba del pago dedicando tiempo para observar y practicar el fenómeno al cual le iba haciendo modificaciones conforme lo ejercitaba.

Utilizando en primer término el método de los imanes de Mesmer para producir el "sueño artificial", encontró inconvenientes, como una gran lentitud. Posteriormente ensaya el método de Braid, y finalmente introdujo la sugestión verbal, ya utilizada por el abate de Faria, pilar fundamental de su propio método.

El resultado de combinar los elementos más adecuados de las técnicas anteriores dio como resultado que Liébeault concediera gran importancia a la atención, la cual mediante la fijación de la mirada llevaba al paciente a un estado de "pre-sueño" o "sueño provocado" como él lo llamaba además de hacer uso de las sugestionaciones, a la que consideraba la clave explicativa de los fenómenos hipnóticos.

Las investigaciones de Liébeault no tuvieron gran impacto, su importancia surgiría después; cuando Bernheim representante de la Universidad de Nancy, retoma e investiga sus trabajos y promulga la evidencia de que el sueño hipnótico es real y la hipnosis una herramienta adicional terapéutica. Así la hipnosis vuelve a ser retomada, estudiada y dirigida hacia el campo científico.

Bernheim, fue un médico de gran prestigio designado profesor titular de medicina interna en la Universidad de Nancy, trabajó junto con Henri Beaunis profesor del laboratorio de fisiología de dicha Universidad, este junto con Alfred Binet crearon la primera revista de Psicología (L'Annee Psychologique) órgano de expresión de los trabajos experimentales que en Psicología Fisiológica se realizaban; también trabajó con Jules Liégeois quien era abogado; estos personajes representaban la Escuela de Nancy.

Bernheim probó diversas técnicas antes ya usadas por sus antecesores y contemporáneos como Liébeault; para provocar el proceso hipnótico en sus pacientes, comenzaba explicándoles que era posible curarse o aliviarse con la hipnosis la cual según sus palabras restituía el equilibrio del sistema nervioso Etchebarne (2005).

Sus observaciones en su práctica le dejaron en claro que era suficiente el uso de la palabra para obtener dicho resultado; utilizando la influencia sugestiva les decía

a sus pacientes que cerraran sus ojos y no pensarán en nada para producir en ellos la entrada a un estado parecido al sueño, identificó que no todas las personas accedían a la sugestión y que esto dependía del grado de susceptibilidad a la sugestión de cada uno, así como que bajo este estado de sugestión hipnótica se puede potenciar el efecto de los fármacos en los individuos, mencionaba que los niños eran hipnotizados con gran facilidad.

Referente al término «hipnotismo» consideraba que era mejor reemplazarlo por estado sugestivo mismo que podría ser una condición la cual se induce para incrementar la susceptibilidad a la sugestión.

Los trabajos realizados por Bernheim logran una gran trascendencia como precedente para la Hipnosis y los procesos psicoterapéuticos; contrario a lo que se afirmaba en la Escuela de Salpêtrière advirtió que cualquier persona era susceptible de experimentar el estado sugestivo y no sólo los histéricos, al respecto en relación a este tipo de personas argumentaba *que “era necesario proceder con cautela con sujetos histéricos, evitando tocar puntos dolorosos, y excitando zonas histerógenas; ya que de ser así se produciría una crisis histérica”*. (Etchenarbe, 2005) (pag.40).

Contrariamente a esta postura se delineaba una perspectiva que pretendía ser vista desde un enfoque neurológico, con un representante distinguido que gozaba de una buena fama y autoridad en medicina, así mismo considerado como una eminencia en Neurología el doctor Jean-Martin Charcot.

Charcot tiene algún contacto con la hipnosis, sin embargo, la considera como una neurosis provocada y que era un fenómeno patológico que solamente se daba en histéricos. A pesar de las imprecisiones que plantea Charcot respecto de la hipnosis, el hecho de que una eminencia haya retomado el estudio de la hipnosis sería un acierto para que otros personajes, en esa época, la practicasen y estudiaran. Un desacierto importante fue el hecho de que Charcot tuviera una perspectiva anatomo-clínica hacia el uso de la hipnosis ya que esto impidió que para él no fuera considerada con un valor terapéutico.

Breuer fue otro personaje que hizo aportaciones interesantes sobre la hipnosis a finales de 1870 fue atraído por esta; atendía a pacientes con trastornos psíquicos pero es a partir del tratamiento que ofrecería a Anna O. que es cuando desarrolla interesantes conclusiones sobre su práctica y la patología histérica.

Se dice que Ana O (seudónimo dado por Josef Breuer a Bertha Pappenheim para proteger su identidad) una joven de 21 años fue remitida a Breuer por presentar una fuerte tos compulsiva junto con otros síntomas psíquicos y somáticos entre los que se encontraban cuadros de anorexia, parálisis, una grave perturbación del lenguaje y otros síntomas que aparecen luego de la muerte de su padre y por la que es diagnosticada como histérica.

El tratamiento consistía en inducir a la paciente a un estado hipnótico (sesiones que durante un año llevaba a cabo dos veces al día) y persuadirla a que rememorara las circunstancias previas a la primera aparición de cada uno de los síntomas padecidos. Ya que se había percatado que de esta manera, al salir del trance hipnótico, dichos síntomas histéricos iban desapareciendo.

La incursión de Breuer hacia los aspectos de orden psicológico más allá de su formación como médico, tendría un gran impacto en el descubrimiento que hiciera en relación a las causas inconscientes que provocan los síntomas. Advirtió que cuando un paciente evocaba la situación que había generado el síntoma con el afecto concomitante al impulso reprimido, los pacientes lograban eliminar los síntomas instaurados llamándole a su método "Catarsis".

El caso de "Ana O" lo conduciría a conclusiones importantes respecto al uso de la hipnosis y el método catártico, posteriormente este caso es relatado a Sigmund Freud discípulo y amigo suyo con quien analizaría y elaboraría un trabajo de suma importancia que edificaría una de las teorías más trascendentes en el curso de la historia "el psicoanálisis".

El doctor Sigmund Shelohom Freud nacido en 1856 en Freiberg fue uno de los discípulos del doctor Charcot quien también experimentaría con la hipnosis. Un personaje de mente brillante, tenaz, analítico y propuesto a investigar más allá de

lo aparente, “un conquistador” según sus propias palabras, ese fue el doctor Freud.

La primera vez que Freud tuvo contacto con la Hipnosis fue cuando aun siendo estudiante asistió a una exhibición pública realizada por Hansen y advirtió en el sujeto con el cual se realizaba el espectáculo, una palidez “mortal” que quedó convencido de la autenticidad del fenómeno hipnótico; en dicha época en la que tuvo ese primer acercamiento con la hipnosis, ésta contaba aún con gran desprestigio.

Durante su trayectoria profesional cuando ya instalado en Viena como especialista en enfermedades nerviosas y después de volver de París presentó ante la Sociedad de Medicina lo que había visto y aprendido con Charcot mencionando que algunos síntomas de la histeria se daban como resultado de acciones sugestivas, mismas que dejaban de actuar gracias a cierta descarga (catarsis) conseguida a través de la hipnosis y en consecuencia, el fenómeno hipnótico, no era una entidad patológica.

En el ejercicio de su labor la hipnosis le parece eficaz, misma que utiliza con sus pacientes al igual que otras técnicas de las cuales se desiste sin embargo con la intención de perfeccionar su formación en la técnica hipnótica viaja a Nancy en donde sabe utilizan la hipnosis con fines terapéuticos. Allí estudia el trabajo de Liébault con mujeres y niños del pueblo y las experiencias de Bernheim con pacientes histéricos, junto a este último, descubre la importancia de tomar en cuenta la relación médico-paciente ante este tipo de pacientes.

En el momento en el que viaja Nancy convence a una de sus pacientes histéricas para que lo acompañe, misma que accede, la intención Freud en llevarla era porque consideraba que las recaídas que ella había manifestado durante su tratamiento con él se debían a su ineptitud para inducir el estado hipnótico, no obstante para su sorpresa Bernheim le revela que él, utilizando el estado hipnótico, sólo alcanzaba sus grandes éxitos terapéuticos en la práctica hospitalaria, y no así, con sus pacientes que atendía de forma privada.

Freud realizaría el prólogo a la traducción de la obra “De la Sugestión y sus aplicaciones a la terapéutica” (1888) de Hippolite Bernheim, en el que hiciera una síntesis del libro haciendo algunas acotaciones respecto a su postura un tanto sutil relativo a la controversia que existiera entre la escuela de Nancy y la Salpêtrière, relativo a la Hipnosis. Sus consideraciones posicionaban al estado hipnótico carente de misticismo, consideraba que la sugestión implícita en la hipnosis podía aplicarse a la mayoría de las personas sanas.

Posteriormente Freud realizaría el prólogo a la segunda edición de esta obra y continuaría con su interés centrado en la sugestión. Tiempo después hace la reseña de: *Der Hypnotismus* (1889) de August Forel y en dicho escrito Freud escribe sobre la importancia de la hipnosis enfatizando sus bondades terapéuticas.

Junto con Josef Breuer se da lugar la publicación conjunta de la primer teoría sobre los mecanismos psíquicos de los fenómenos histéricos (1893) y los Estudios sobre la histeria (1895) conclusiones en relación a los descubrimientos del caso que Breuer le comunicaría años atrás acerca de su paciente «Ana O» en el que le comentara a Freud sobre el uso del método catártico, mediante la utilización del estado hipnótico.

Rocamora (2011) advierte que en “El ensayo Tratamiento psíquico, tratamiento del alma” (1890) se empieza a vislumbrar la relación entre dos conceptos: Hipnosis y Psicoanálisis: *“La lectura de este estudio demuestra la fascinación de Freud por la hipnosis, y cómo a través de ella pone en valor la palabra terapéutica. Freud descubre el poder terapéutico de la palabra gracias a la hipnosis, y años después lo aplica al psicoanálisis”*. (pág. 9).

Una de las obras en la que autor hablará específicamente de la Hipnosis es en un trabajo titulado precisamente con dicho nombre “Hipnosis” (1891) en el cual describe primero las condiciones que debiera tener el hipnotizador, así mismo se remitía la descripción del método.

Uno de los argumentos que permean a la hipnosis en la actualidad es la referencia que supuestamente Freud argumentaría relativo a que la Hipnosis únicamente cura los síntomas y que dicha aseveración hizo que desistiera de su uso desestimándola, a pesar de lo valiosa que le resultó su estudio y práctica durante 10 años.

Sin embargo lo que advierte Freud (en Rocamora, 2011) en la misma publicación de “Hipnosis” es lo siguiente: *“Es injustificado el reproche de que la hipnosis sólo cura síntomas, y aun a éstos, por poco tiempo. Si la terapia hipnótica sólo apuntara contra síntomas, y no contra procesos patológicos, seguiría el mismo camino que se ven precisadas de recorrer las otras terapias”*. (pág. 12).

Posterior a esta época, la hipnosis es retomada por la comunidad científica norteamericana. Y es para 1920 que Clark Hull se interesa en la sistematización de técnicas de inducción hipnótica para ser utilizadas en la investigación de laboratorio.

...Los hitos anteriormente mencionados, junto a otros más, cautivaron la curiosidad científica, sobre todo en Estados Unidos; ésta se concretizó en la fundación de tres laboratorios en: la Universidad de Stanford (fundado en 1957 por Ernest Hilgard), la fundación Medfield del Hospital del Estado de Massachussets [sic] (fundado en 1959 por Theodore Barber), y la Universidad de Pennsylvania (fundado en 1960 por Martin Orne). El estreno de estos laboratorios se acompañó de la aparición de sociedades profesionales y revistas de publicación periódica. Las investigaciones realizadas marcaron el origen de la hipnosis como fenómeno estudiable científicamente; las temáticas de principal interés fueron: el estudio de la sugestionabilidad hipnótica y el diseño de instrumentos para medirla, las propiedades anestésicas, la capacidad de respuesta a sugestiones, la influencia de variables situacionales en la sugestionabilidad, fenómenos de alteración de la memoria, y un largo etcétera. (Lanfranco, 2010) (pág. 39)

Posterior a este resurgimiento de la hipnosis, esta presentaría cambios profundos e importantes al ser retomada por Milton Erickson.

3.2 DEFINICIÓN DE HIPNOSIS

Al querer definir el concepto de Hipnosis sin duda se tiene que aclarar que no existe ni ha existido una definición puntual, integradora, consensada y generalizada de dicho evento, si bien existen hoy día aproximaciones y definiciones completas no logran ser satisfactorias para los teóricos con diversas posturas que la investigan en virtud de la manera como cada corriente la concibe.

Las imprecisiones e interpretaciones que se le han atribuido se remontan a diferentes épocas y por supuesto diversos puntos de vista de quienes la estudian o la practican dependiendo del momento cultural e ideología que impera en ese período, tal vez la hipnosis a diferencia de cualquier otra teoría ha tenido sus tiempos de gloria, en donde la aceptación y la relevancia que existe en un momento determinado lo pierde en otro descalificándosele, criticándosele y/o satanizándosele.

Lo que sí es que hasta nuestros días se aprecian imprecisiones mitos y resistencias por quienes desconociendo el fenómeno lo desestiman, al respecto existe una investigación que sugiere que a pesar de haber una gran cantidad de investigación científica sobre la hipnosis todavía hay profesionales de la salud concretamente psicólogos que desconocen la trascendencia y uso de esta herramienta como coadyuvante para fomentar la eficacia de las intervenciones médicas y psicológicas. Capafons, (1998).

El autor comenta que la influencia de los medios de comunicación, cine y literatura transmiten la mayoría de los mitos y falsas creencias que existen sobre la hipnosis. De acuerdo con la investigación, las creencias erróneas sobre la hipnosis no solo son compartidas por la población no especializada sino por profesionales y describe las principales falsas creencias en siete mitos que a continuación se señalan:

1. La hipnosis no pertenece al campo de la psicología científica. Quienes la practican suelen ser charlatanes, curanderos u hombres del espectáculo.

Las personas que mejoran con ella, son crédulos, ignorantes y "dependientes".

2. La hipnosis puede dejar a la persona "enganchada" en un trance, de forma que, al no poder "salir del estado hipnótico", quedaría mermada en su volición o devendría en un demente.
3. La hipnosis puede explicitar o agravar psicopatologías "latentes" de la persona. Incluso puede desarrollar alteraciones psíquicas en los individuos sanos. Los individuos con problemas psicopatológicos, puede empeorar con la hipnosis.
4. La hipnosis provoca un "estado" similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales. Si no se alcanzan tales características, la persona no está hipnotizada. Sólo se puede estar en esa situación especial, si se ha recibido un método de inducción hipnótica.
5. La hipnosis elimina y anula el control voluntario de la persona. Ésta deviene en un autómatas en manos del hipnotizador, por lo que puede cometer actos delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social.
6. La hipnosis provoca reacciones inusuales, excepcionales y cuasi mágicas en las personas.
7. La hipnosis es una terapia (hipnoterapia), sumamente útil, rápida y eficaz, que no exige ningún esfuerzo por parte del cliente para cambiar de comportamiento. Sólo las personas muy susceptibles, sin embargo, pueden beneficiarse de ella. (Capafons, 1998).

Cabe aclarar que el autor a lo largo de su artículo desmitifica dichos mitos mencionando diversos estudios que ofrecen un sustento científico que aclara y apoya la veracidad de la hipnosis, con una vasta serie de investigaciones.

Al respecto el doctor Milton Erickson (1980) (en Procter, 2002) advierte *"Todavía hay en la actualidad muchas personas que piensan que la hipnosis es un sueño sanador, una fuerza mágica, una especie de poder demoniaco, tal como se ha entendido durante miles de años"*.

Las diferentes corrientes en Psicología tratan de explicar desde su propio cuerpo de conocimientos lo que es la hipnosis, aunque existe una definición que intenta ser neutral entre las teorías relevantes. De este modo, la División 30 (Society of Psychological Hypnosis) de la American Psychological Association (APA) propuso una definición de la siguiente manera:

Habitualmente, la hipnosis conlleva una introducción al procedimiento durante la cual se dice a una persona que se le presentarán sugerencias de experiencias imaginativas. La inducción hipnótica es una sugestión inicial ampliada para usar la propia imaginación, y que puede incluir mayores detalles de la introducción. Se usa un procedimiento hipnótico para fomentar y evaluar respuestas a las sugerencias. Al usar la hipnosis, una persona (el sujeto) es guiado por otra (el hipnotizador) para que responda a las sugerencias de cambios en la experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta. Las personas pueden aprender también auto-hipnosis, que es el acto de administrarse procedimientos hipnóticos a uno mismo... (p. 4)

En esta definición están implícitos los elementos esenciales que ha señalado por su parte el doctor Milton Hyland Erickson, personaje de relevancia para este trabajo. Milton Erickson entendía la Hipnosis como un estado especial de conciencia.

Argumentaba lo siguiente: *“la hipnosis es un tipo de conducta especial pero normal que aparece cuando la atención o los procesos mentales se dirigen al cuerpo de aprendizajes adquiridos en las experiencias de la vida”*. Erickson (en Procter, 2002) Es en la definición que el doctor Milton Erickson sugiere, el hipnoterapeuta induce un estado de trance en el paciente poniéndolo en una situación que le permita usar su propia capacidad creativa para resolver problemas modificando la cosmovisión subjetiva del paciente.

En investigaciones recientes existen quienes concuerdan con esta idea de que la hipnosis es un estado especial de conciencia y la definen como un estado de sugestionabilidad aumentada, sin embargo para otros teóricos resulta más un

proceso en el cual se administran sugerencias específicas para obtener una respuesta determinada. González (2005)

Sin embargo más allá de las controversias en el sentido de plantear la hipnosis como un estado especial de conciencia o rechazarlo como tal, hay quienes intentan plantear definiciones integradoras, centradas más en variables explicativas que descriptivas, tal es el caso de Rodríguez (2011), quien define la hipnosis de la siguiente manera:

“Modalidad de la conciencia en vigilia, en la que predomina la focalización de la atención y que es un estado potencialmente susceptible de desarrollarse en todos los seres humanos por la influencia técnicamente diseñada de la palabra, los gestos, los símbolos y las expectativas mediante un proceso de condicionamiento, que produce, mantiene y evoca un tipo especial de excitación de la corteza cerebral de la persona que los recibe, y ello permite que se arribe a un modo de funcionamiento temporal más subconsciente del cerebro, en el que cambian esencialmente las características de las funciones motoras, vegetativas, sensoriales, del pensamiento, de la conducta y la actividad eléctrica cerebral, lo que se manifiesta neurofisiológicamente de forma demostrable y muy característica. Este proceso tiene una inducción eminentemente psicológica, técnicamente diseñada e intencionalmente estructurada en el discurso del especialista, lo cual produce en el receptor respuestas objetivas y regulares no observadas en otros estados de la conciencia, que caracterizan inobjetablemente a la hipnosis en sus distintas etapas de profundidad.(p. 47)

Esta descripción pretende ser una conceptualización más global, detallada y científica a nuestro parecer de lo que es la hipnosis.

3.3. ¿QUIEN FUE MILTON ERICKSON?

Un novedoso concepto y forma de hacer hipnosis la introdujo el Dr. Milton Hyland Erikson de quien vale la pena conocer aspectos relevantes de su persona para tener una idea de cuál era su visión y actitud ante la vida, lo que determinaría su estilo en su práctica profesional. Considerado como el padre de la hipnosis moderna, con una vida peculiar, lo que para algunas personas representaría una vida llena de dificultades y/o sufrimientos en virtud de las diversas enfermedades que padeció, para sí mismo una vida de retos y oportunidades puestas en sus propias enfermedades.

Nació en diciembre de 1901 en Nevada, Estados Unidos en una cabaña de Aurum, un campo minero de la época. Hijo de Albert Erickson quien siendo aún adolescente emigra de su ciudad de origen Chicago, con la idea de buscar fortuna y se convierte posteriormente en granjero, perteneciente a un nivel económico modesto, el cual contrajo matrimonio con Clara de descendencia India, quienes tuvieron 9 descendientes; la familia residía en Aurum una comunidad rural, minera y agrícola con servicios limitados. Posteriormente la familia se muda a Wisconsin, en donde el padre de M. Erickson adquiere una granja.

El pequeño Milton nació con discromatopsia (daltonismo) un tipo de ceguera para los colores rojo y verde, era disléxico e incapaz de distinguir tonos y no podía reconocer ni ejecutar algunos ritmos.

La dislexia que padecía que entre otras alteraciones propicia las inversiones en las letras, dificultaba la enseñanza al niño Milton, de hecho al respecto cuenta un pasaje que vivió cuando a los seis años y siendo incapaz de distinguir una "m" de un "3" su maestra, sin importar cuanto lo intentara, no podía convencerlo de que el 3 y la m eran diferentes.

Pero señaló que después de la insistencia y apoyo de su maestra, un día repentinamente, experimentó una alucinación visual, en la cual vio claramente la diferencia, envuelta en un rayo de luz enceguecedora. *“Vi el 3 y la m, ésta, estaba parada sobre sus pies y el 3 estaba de lado, con sus pies levantados hacia la*

izquierda, dentro de un rayo de luz tan brillante, que me impedían ver cualquier otra cosa y en el centro de ese rayo de luz cegadora, el 3 y la m". (E. Rossi ,1983) citado por (Téllez, 2007).

La experiencia que narra referente al rayo de luz que suscribiera como una manera para él de "aprender las cosas" la vuelve a describir en un evento posterior, cuando cursaba el segundo año de preparatoria, en esta ocasión refiere que se percató a través de ese rayo de luz ennegecedora de la utilización del alfabeto como un sistema ordenado para buscar palabras en un diccionario, lo cual hacía de un manera impráctica debido a que comenzaba leyendo por la primera página y seguía leyendo columna tras columna, página tras página, hasta llegar a la palabra que buscaba.

Siendo adolescente 16-17 años, sufrió su primer ataque de polio que lo dejó completamente paralizado pudiendo solo pronunciar con dificultad y mover únicamente los ojos y a los 51 años vivió un segundo episodio de esta misma enfermedad.

La forma como describe su primer ataque de polio resulta por demás interesante, habiendo sido una infección severa que lo dejó paralizado completamente, se daba cuenta de que tenía pocas probabilidades de sobrevivir, refiriendo que no obstante de percatarse de su inadecuada condición, recuerda que alcanzó a escuchar a los tres doctores que lo revisaron, diciéndole a sus padres en la otra habitación, que su hijo estaría muerto por la mañana.

Advierte que sintió mucha rabia al escuchar dicha sentencia de su pronóstico dirigida hacia su madre, la cual después de oír lo dicho entró en su cuarto tan serena como podía y entonces él le pidió que moviera el tocador y que lo colocara en un lado de la cama en cierto ángulo.

Menciona que ella pensó que estaría delirando por la petición y por su dificultad para hablar, sin embargo hizo lo que le pidió, colocando el tocador en un lado de la cama, con lo cual podía ver por el espejo, a través de la puerta, una ventana occidental de otra habitación en la cual podía contemplar el exterior y el propio

reflejo de su casa. Maldiciendo y afirmando para sí, que no moriría sin ver otro atardecer.

"Yo vi ese amanecer cubriendo todo el cielo y cubriendo toda la ventana, pero yo sé que afuera había un árbol y sin embargo, yo lo borré y fue esta percepción selectiva la que me permite ahora saber que me encontraba en un estado alterado. No lo hice conscientemente, yo vi el amanecer pero no vi la cerca ni la gran piedra que estaban allí, yo borré todo con excepción del amanecer. Después de que vi el amanecer, perdí la conciencia por tres días y cuando finalmente desperté le pregunté a mi padre ¿por qué habían quitado el árbol, la cerca y la gran piedra?. No me di cuenta de que los desaparecí cuando fijé mi atención tan intensamente en el amanecer... Erickson en (Rossi, 1983)

Al respecto y varios años después Erickson reconoció ésta experiencia como auto hipnótica. Su deseo intenso de lucha por sobrevivir y el sentimiento de desafío fue lo que lo mantuvo vivo para ver el amanecer y lo condujeron a una recuperación sorprendente.

Relativo a su recuperación ofrece toda una descripción que evidencia su templanza, tenacidad y la manera de capitalizar sus recursos internos al máximo; la lejanía del lugar donde residía a un centro hospitalario que le ofreciera atención y/o rehabilitación tras dicho ataque, propició que sus padres contrataran a una enfermera de planta quien junto con su madre le ofrecían ciertos cuidados y un tipo de terapia mediante masajes y calor local.

Aunque lo realmente relevante de su recuperación es lo descrito por el Dr. Milton cuando refiere que en alguna ocasión estando sentado y atado a una silla mecedora como solían dejarlo en ciertos momentos y a diferencia de otros días, lo habían dejado sentado en medio de la habitación en vez de dejarlo cerca de la ventana, lo cual era con la finalidad de tener alguna distracción y mientras permanecía allí inmóvil sintió gran incomodidad y enojo por no lograr al menos ver la granja y ante su frustración se dio cuenta de que la mecedora comenzó a moverse muy lentamente.

Este fue un descubrimiento sorprendente, fue su intenso deseo de estar más cerca de la ventana lo que estimuló un mínimo movimiento corporal y que hizo que la mecedora se moviera. Este mínimo movimiento hizo que desarrollara por su parte un sistema de concentración mental en movimientos mínimos, reviviendo los movimientos una y otra vez.

Sorprendentemente durante las siguientes semanas, se dedicó a buscar entre sus recuerdos y sensaciones, para reaprender a moverse. Se pasaba horas enteras con la vista fija en sus manos y trataba de recordar cómo sentía sus dedos cuando empuñaba un tridente, recordando cómo sus dedos se asían a las ramas al escalar un árbol, como sus pies se tensaban al apoyarse al empujar firme hacia arriba y así poco a poco, sus dedos empezaron a moverse primero en forma incoordinada pero con el tiempo, los movimientos se hicieron más y más precisos en respuesta a las órdenes directas, hasta que pudo finalmente controlarlos conscientemente.

Estos ejercicios eran ejercicios de activación de recuerdos sensoriales reales, recuerdos que estimularon suficientemente su coordinación sensorial y motriz, con lo cual consiguió una recuperación casi total.

Existe otro pasaje descrito por Rossi (1983) advierte que la hermana menor de Milton estaba aprendiendo a caminar y se dio a la tarea de observarla todo el tiempo con el fin de aprender sus patrones de aprendizaje de la marcha, de tal forma que pudiera reconstruirlos conscientemente y con esto obligar a su cuerpo a hacer lo mismo.

Así, reaprendió a pararse observando, practicando para enderezarse, manteniendo el equilibrio, fallando y tratando de nuevo. Se dice que después de once meses de auto-entrenamiento aprendió a caminar, después aprendió a utilizar las muletas y hasta a andar en bicicleta.

También observo con detalle en sus hermanas la comunicación no verbal en el sentido de que cuando decían no, en realidad querían decir si y posteriormente debido a su sordera tonal, centró su atención en los elementos relacionales más

que en el contenido del discurso verbal. Como él mismo testificaba, numerosos patrones del comportamiento en un individuo están reflejados en el modo “como” dice algo, más que por lo que dice.

Tan importante estos momentos como otros que viviría a lo largo de su vida, para advertir la manera que tenía para sobreponerse ante las dificultades o fatalismos que asumían otros en relación a si mismo y la manera como fue desarrollando mediante la observación, habilidades en el conocimiento del lenguaje corporal, formas de aprendizaje, comunicación y patrones de conducta que utilizaría con maestría para desarrollar una manera de trabajar y aliviar el dolor de las personas con una técnica novedosa creada por sus propias experiencias y que encajaban muy bien con la técnica que tiempo después conocería con el nombre de Hipnosis.

Aunque sería injusto señalar que únicamente se dedicaría a la hipnosis, si bien dedicaría gran parte de su vida a la misma llevando a cabo practica e investigación a medida que pasaba el tiempo disminuyó cada vez más su utilización, dándole más relevancia a la metáfora y al lenguaje imperativo.

Sus problemas personales ¿porque no? y de salud que lo acompañarían durante toda su vida siguieron significándole retos que vencía una y otra vez y de los cuales conquistaría un aprendizaje que han quedado como un legado para nuestra disciplina, como ejemplo de esto fue el dolor y confusión que experimentó durante su primer matrimonio, mismo que lo llevaron a concentrarse en el entendimiento de las relaciones entre hombres y mujeres dando como resultado que Erickson fuera pionero en su época en trabajar con parejas y con familias.

Descrito como un hombre sencillo, alegre, observador y disciplinado, si bien llevo a cabo su labor con un técnica poco convencional e innovadora, esto no significa que fue un hombre que carecía de un método, su pasión por el trabajo e investigación lo acompañaron durante toda su vida; a continuación mencionaremos algunas de las actividades sobresalientes que llevo a cabo:

Erickson estuvo como interno en el Hospital General de Colorado y sirvió también como interno de psiquiatría en el departamento de Psicopatología; recibió

simultáneamente su título de Médico y la licenciatura en Psicología y después obtuvo un nombramiento como médico psiquiatra asistente en el Hospital Estatal para enfermedades mentales en Rhode Island (1929, 1930) Su tesis de maestría fue sobre el tema de retraso mental.

Durante los años 1929 y 1931 llevo a investigaciones sobre inteligencia, matrimonio, abandono y crimen sus hallazgos, fueron publicados en diferentes revistas médicas, sociales y legales, en una serie de 7 artículos.

En 1930 se unió al departamento de investigación del Hospital Estatal de Worcester estuvo como jefe del servicio en el área de investigación; durante éste tiempo, publicó su primer artículo en relación con la hipnosis.

En 1934 a la edad de 33 años aceptó el nombramiento de director del departamento de investigación y formación psiquiatría en el Hospital General del Condado de Wayne en Eloisa, Michigan.

Fue profesor de tiempo completo en la Universidad Estatal de Wayne en el área de posgrado, así como profesor asociado de psiquiatría y psicología clínica en la Universidad Estatal de Michigan, escenarios en los cuales realizó sus más importantes investigaciones experimentales sobre la naturaleza y la realidad del fenómeno hipnótico.

En 1940 tuvo contacto con Margaret Mead quien lo consultó para que le ayudara a analizar sus filmaciones de los habitantes de Bali, siendo colaboradores cercanos.

Fue consultor del gobierno de los EE.UU. durante la II guerra mundial, durante este periodo trabajó como psiquiatra junto con Margaret Mead para el "Draft Board" (consejo militar de reclutamiento), también en proyectos gubernamentales investigando la estructura del carácter japonés y los efectos de la propaganda nazi y se incrementó su actividad en forma importante en el Hospital de Eloisa, como clínico y como profesor de los residentes, así como en la facultad de medicina de la Universidad de Wayne.

Fue director clínico en el Hospital Estatal de Arizona en Phoenix durante dos años.

Durante los años 50's el Dr. Erickson comenzó a enseñar en diferentes escuelas locales y comenzó a dar talleres a profesionales de las diferentes disciplinas del área de la salud tanto de E.U. así como de todo el mundo. Durante este periodo conoció, hipnotizó y trabajó con Aldous Huxley; junto con él que realizó investigaciones en torno a la naturaleza de los diversos estados de conciencia.

En 1954 junto con el Dr. Linn diseñan experimentos para estudiar el fenómeno de distorsión del tiempo, Cooper graba los resultados, los juntan con algunas aplicaciones de Erickson en la hipnosis clínica y terapéutica, dando como resultado "La Distorsión del Tiempo en la Hipnosis". Una segunda edición se publica en 1959 en el cual se incluye trabajos hechos por Erickson y su mujer sobre "la expansión del tiempo" y "la condensación del tiempo".

En 1957 la demanda profesional de entrenamiento era tal que entre él y otros colegas suyos, fundaron la American Society of Clinical Hypnosis (Sociedad Americana de Hipnosis Clínica) siendo el primer presidente durante los siguientes tres años y se inicia la publicación ininterrumpida American Journal of Clinical Hypnosis revista que editó durante 10 años y la cual se encuentra vigente publicando investigaciones con el rigor científico requerido.

En 1965 Jay Haley conoció a Erickson presentado por Gregory Bateson quien había sido esposo de Margaret Mead, Haley se interesa en un estudio riguroso de muchos aspectos del enfoque de Erickson sobre las paradojas en la comunicación y la terapia. Haley fue el primer gran difusor de las técnicas de Erickson. También trabajaría con John Weakland en la ampliación de sus trabajos sobre el doble vínculo, parte de su trabajo "marcará el desarrollo de la terapia breve estratégica del Mental Research Institute (MRI)

En 1972 Ernest Rossi comienza a estudiar el trabajo de Erickson y a partir de 1973 Jeffrey Zeig comienza a estudiar con el Dr. Erickson en Palo Alto California y comienzan a desarrollar su enfoque para la solución de problemas.

En 1973 y 1974, nuevamente Erickson se encuentra con Haley y los miembros del Centro de Terapia Breve del MRI y Haley publica Terapia no Convencional.

El Dr. Milton Hyland Erickson llamado el gurú de Arizona por algunos, murió a los 78 años, el 25 de marzo de 1980 en Phoenix Arizona algunos meses antes del primer congreso internacional que se celebra desde esa fecha en torno a las Técnicas Ericksonianas de Hipnosis y Psicoterapia y todos los modelos terapéuticos que actualmente se han desarrollado tomando como base sus enseñanzas.

3.4 LA HIPNOTERAPIA ESTRATÉGICA ERICKSONIANA

El Dr. Milton Erickson como lo describen algunos de los autores que escriben sobre él, fue más práctico que teórico con estudios de Maestría en Psicología y Psiquiatría y en el marco de la efervescencia de la teoría de Sigmund Freud y el nacimiento del neo-conductismo, el doctor Milton no se inclinó en seguir una línea de pensamiento, constructo teórico o escuela a la que siguiera o por la que se sintiera identificado para llevar a cabo su práctica.

Su trabajo tenía características únicas, poco comprendidas y de la que tampoco escribiría como un postulado teórico novedoso en virtud de creía que las teorías eran limitantes para el libre desarrollo de nuevas estrategias y para la indagación de los hechos; lo que sí se sabe es que siendo estudiante se sintió atraído por lo que fue testigo como participante en una conferencia de Hull (1884-1952 y con la que trabajaría de una manera distintiva y brillante por muchos años, esta fue la hipnosis.

“Erickson no era predominantemente teórico, era más clínico, era un terapeuta nato o en otras palabras un artista de la terapia de cambio. Por tanto nunca desarrollo una estructura teórica completa de la personalidad o del aparato psíquico, sino una teoría de la intervención terapéutica, el desarrollo de la estructura teórica de lo que él hacía se lo dejo a sus muchos alumnos...” (Téllez 2007). (pág. 56)

Erickson demostró que los estados alterados de conciencia o el fenómeno hipnótico son una parte normal de la vida diaria. Este enfoque naturalista de la Hipnoterapia es un concepto que fue la base de sus postulados.

Erickson transformó el concepto rígido de la hipnosis clásica en un enfoque permisivo y facilitador de las capacidades propias del sujeto; una de sus premisas importantes es que el individuo posee un conocimiento tal, que puede utilizar esos recursos y capacidades para facilitar el proceso de salud.

De ahí que para el doctor Erickson era de suma importancia considerar la utilización de: el lenguaje del paciente, sus intereses y motivaciones, sus creencias y marcos referenciales, su conducta, su síntoma o síntomas y sus resistencias.

Téllez, (2007) menciona los principios fundamentales de la hipnoterapia ericksoniana los cuales vale la pena mencionar según su punto de vista, mismos que a continuación se describen:

1. Orientación naturalista: Erickson tenía la idea de que la hipnosis era un fenómeno psicológico natural, él inducía a la hipnosis en forma casual por lo que sus técnicas se les conoce como -inducción hipnótica por conversación-.
2. Utilización: Por utilización se refiere al material que el paciente incorpora a la sesión desde sus sistemas de creencias, conductas, capacidades, habilidades, características del lenguaje, actividades laborales, pasatiempos, defectos, síntomas y resistencias; ya que todo esto es utilizado como medio para la inducción al trance o para llegar a la meta terapéutica.
3. Orientación a futuro y soluciones: El Dr. Erickson buscaba el cambio terapéutico afirmando que los cambios solo podrían lograrse en el presente y modificando las perspectivas del futuro. Más que compartir el punto de

vista de que el pasado determina el presente, advertía que es nuestra expectativa del futuro es lo que determina nuestra conducta en el presente.

4. Enfoque indirecto y permisivo: (comunicación a niveles múltiples) Erickson utilizaba la comunicación indirecta tanto en el estado de conciencia despierta como en el estado de trance hipnótico con sus pacientes, por lo general hacía uso de analogías, metáforas, narraciones, sugerencias y hasta chistes para ofrecer mensajes en forma indirecta y así eludir la resistencia de sus pacientes. Este encuadre permite ser flexible lo que se determina permisivo, pues es el paciente que recrea su propio trance, su propia experiencia y opciones de solución.
5. Intervención sobre las pautas: Erickson observaba y analizaba las pautas o regularidades sintomáticas tanto cognitivas como conductuales y una vez analizada la secuencia intervenía en ellas de manera que alteraba la regularidad y eliminaba el síntoma.
6. Visión del paciente como un agente activo y con recursos internos para eliminar el síntoma. Advierte que Erickson definió la hipnosis en un simposio como “un estado de predisposición a utilizar lo aprendido” en virtud de este planteamiento sostenía que los pacientes tienen un potencial interno suficiente para resolver sus propios problemas y consideraba a la hipnosis como un estado óptimo para evocar tales potenciales inconscientes. Por lo tanto la habilidad del terapeuta tendría que enfocarse en hacer que el paciente piense por sí mismo y comprenda por sí mismo; luego entonces su rol sería de facilitador para activar el potencial del paciente, el partía de la idea que la persona tiene un conocimiento previo en el que ya sabía, pero que no sabía que sabía.
7. El uso de la paradoja y el de las ordalías: Erickson utilizaba la paradoja mediante la cual sugería a una persona que continuara llevando a cabo un comportamiento, un pensamiento o una emoción problemática para llevar el problema a su resolución. Con dichas intervenciones pretendía anular la

resistencia al cambio y crear una oportunidad para el individuo de construir un equilibrio diferente; por su parte la ordalía consistía en imponer una orden al paciente que fuera más severa que el problema que lo aquejaba, lo cual le ocasionaría más preocupación que el problema que llevaba a consulta.

Estos son principios rectores de las enseñanzas que se derivan del trabajo del Dr. Milton que se siguen como elementos a considerar en el enfoque de la Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana, propuesta por el Dr. Jorge Abia y Mtro. Rafael Núñez cofundadores del Instituto Milton Erickson de la Cd. de México.

Dichos autores consideran la Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana, como una propuesta psicoterapéutica en un modelo de psicoterapia breve que usa el trance hipnótico para ayudar al paciente a utilizar sus propias asociaciones mentales, recuerdos y potenciales de vida para lograr sus propias metas terapéuticas. La sugestión hipnótica puede facilitar la utilización de habilidades y potenciales que ya existen dentro de una persona pero que permanecen dentro del repertorio del paciente sin usarse por una falta de entrenamiento o de conocimiento.

“Durante la hipnosis la atención de la persona se dirige a su interior y se divide en dos partes, con una parte de su atención entra en contacto con la Mente Inconsciente, entendida como el conjunto de experiencias y aprendizajes que la persona no advierte de sí misma, representadas en una lógica distinta. Mientras otra parte de la atención piensa en otros temas, está pendiente del entorno y es la interlocutora con la hipnoterapeuta” (Abia y Núñez, 2012) (p. 4).

Retomando los principios fundamentales de Erickson se plantean los requisitos que se requiere en el contexto hipnoterapéutico según dichos autores, los cuales resumen de la siguiente manera:

1. Los obstáculos son oportunidades del desarrollo, puesto que el desarrollo en su programa natural tiene detenciones o modificaciones, que para ser resueltas precisan del desarrollo de capacidades.

2. Dentro del problema está la solución, o el problema señala el camino para la solución
3. Los problemas implican falta de opciones, así que siempre hay que abrir opciones, señalar diversos caminos de solución y ofrecerlos
4. Entrenar habilidades, adquirir capacidades, reactivar recursos, desplegar talentos, desarrollar potenciales. Todo lo anterior aterrizado en la experiencia práctica, permite en la psicoterapia ahorrar tiempo y dolor. Pero supone un esfuerzo que se reparte, 80% quien consulta y 20% el terapeuta. El mérito de los logros tiene la misma distribución. Los conflictos o recaídas ameritan un esfuerzo de 50% cada cual.
5. Todo lo que ocurre es parte de la vida y puede ser aprovechable para el bienestar saludable. El cambio supone a veces alguna angustia e incomodidad, y es un reentrenamiento o un paso en el desarrollo vital
6. Para resolver en hipnoterapia estratégica los problemas se llevan a una descripción esencial, o mínima. Se hace síntesis describiendo problema y solución
7. Explicar la versión del terapeuta de lo que sucede en terapia y fuera de terapia, como una impresión tentativa: "A mi me parece" "Podría ser que" "Tal vez lo que sucede es.... corrígeme si me equivoco, porque yo no tengo la verdad". Favorece la duda y el acopio de nueva información.
8. Completar la percepción total de los problemas: ventajas y desventajas, utilidad de la luz y utilidad de la oscuridad, dolor y gozo. Conectar diversas versiones en distintos niveles. Esto favorece una apreciación totalizadora de los problemas y recursos y además favorece el aprendizaje totalizador, de donde emergen posibles soluciones.
9. Pedir permiso siempre para intervenir. Otorga liderazgo de la parte terapéutica y aceptación de la relación.
10. Seguir el efecto de las intervenciones, directamente preguntando, indirectamente observando. Permite evaluar eficacia y eficiencia de la terapia". (Abia, 2003) (págs. 68-70)

Estos principios ofrecen el contexto para llevar a cabo la intervención la cual tiene cinco fases:

DIAGNÓSTICO. En las primeras 3 sesiones se investigan los fines que el paciente espera alcanzar con el tratamiento. Así mismo se establecen los diagnósticos nosográfico y nosológico. El diagnóstico nosográfico se refiere a la descripción puntual que hace el paciente de su problemática (tomando en cuenta la percepción del problema, sus emociones, su percepción, actitud, etc.) y diagnóstico nosológico (el diagnóstico según el criterio científico). El paciente se va entrenando en el uso de la hipnosis y va mejorando su desempeño en los ejercicios.

DISEÑO DE ESTRATEGIA. La segunda fase que se lleva a cabo en tres sesiones, inicia cuando se tiene la suficiente información diagnóstica y es el momento en el que el terapeuta hace una hipótesis del diseño estratégico del hipnotratamiento. En la 5ta. sesión se aconseja llevar a cabo una sesión CONTRAPARADOJAL para que el paciente se libere de la situación de atrapamiento en que se encontraba

ALCANCE DE LAS METAS. Se lleva a cabo en 2 sesiones la tercera fase del tratamiento en el cual se abordan directamente con hipnosis los síntomas que trajeron a consulta al paciente, se concretan las metas del tratamiento.

CONSOLIDACIÓN. En esta cuarta fase se consolidan los cambios conseguidos, el paciente tiene la oportunidad de hacer una revisión de las sesiones anteriores, es en este momento que se pueden contestar los “porqués” que fueron surgiendo durante el tratamiento, cumpliendo con un principio básico del enfoque estratégico que consiste en “Definir el problema desde su solución. Esta etapa se lleva a cabo en 1 sesión.

CIERRE Y SEGUIMIENTO. Se lleva a cabo una sesión mediante una metáfora que resuma todo el proceso para facilitar a la Mente Inconsciente del paciente el acceso a las habilidades desarrolladas para que siga disfrutando de los beneficios del hipnotratamiento. Se recomienda un seguimiento de los casos entre 2 a 5 años y verificar que las cosas siguen bien con el paciente.

A continuación se describen las técnicas adecuadas que podrán emplearse en cada una de las fases correspondientes, en función de las necesidades del paciente: (Abia y Nuñez, 2013).

Fase: Diagnóstico (3 sesiones)

CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES TÉCNICAS ESTÁN DISEÑADAS PARA EMPLEARSE DE LA 1ª. A LA 3ª. SESIÓN	
ÁREA CORRESPONDIENTE	TÉCNICAS
Bases técnicas de la Hipnoterapia	Péndulo. Levitación de mano.
Conversación hipnótica	Analogía. Metáfora.
Técnicas paradójales	Catarsis contenida.
Técnicas regresivas	Estimulación de recuerdos.
Depresión y distimia	Contrato para cuidar mi vida. Emociones revueltas. El hubiera.
Manejo de dolor	Diseño de escala para control de dolor emocional o físico. Anestesia de guante inducida. Técnica de inducción de analgesia ultra rápida. Autohipnosis para diseño de escala para control de dolor.
Psicosomáticas	Lo que dice tu cuerpo.
Ansiedad	Manejo de la desconfianza. Autohipnosis de mecanismos de alarma.
Control de hábitos	Realidad interior del hábito.
Estados del yo	Escritura automática.
Núcleos psicóticos	Tu actitud vigilante de tu malestar. La culpa, la condena y el castigo irracionales.

Fase: Diseño de la estrategia (3 sesiones)

TÉCNICAS DISEÑADAS PARA EMPLEARSE DE LA 4ª. A LA 6ª. SESIÓN		
NO. DE SESIÓN	ÁREA CORRESPONDIENTE	TÉCNICAS
4ª sesión	Se puede aplicar cualquiera de la fase de dx.	Una técnica de las 20 técnicas antes sugeridas.
5ª sesión	Técnicas paradójales	Contraparadoja (siempre se aplicará en esta sesión).
6ª sesión	Técnicas paradójales	Catarsis contenida.
	Control de hábitos	La recaída provocada.
	Estados del yo	Hipnosis con polaridades o estados del yo en conflicto.
	Núcleos psicóticos	Tu actitud vigilante de tu malestar. La culpa, la condena y el castigo irracionales.

Fases: Alcance de metas y consolidación (3 sesiones)

TÉCNICAS DISEÑADAS PARA EMPLEARSE EN LA 7ª, 8ª Y 9ª SESIÓN	
ÁREA CORRESPONDIENTE	TÉCNICAS
Técnicas paradójales	Catarsis contenida.
Técnicas regresivas	Estimulación de recuerdos. Autorescate. Auto rescate de un recuerdo traumático o que surge inesperado.
Depresión y distimia	Contrato para cuidar mi vida. Reconciliación con el futuro. Autohipnosis para emociones revueltas.
Manejo de dolor	Autohipnosis para diseño de escala para control de dolor.
Psicosomáticas	Lo que te dice tu cuerpo. Usar las emociones para curarte. Intervención en base de señales ideomotoras.
Ansiedad	Reajustando mecanismos de alarma. Encuentro con tu miedo. Autohipnosis para mecanismos de alarma.
Control de hábitos	La recaída provocada. Contrato para control de hábitos.
Intervención en crisis	Autonomía destructiva del síntoma. Desarmando un trance negativo.
Estados del yo	Hipnosis con polaridades o estados del yo en conflicto. Escritura automática. Hablando directo con un estado del yo.
Núcleos psicóticos	Tu actitud vigilante de tu malestar Núcleo psicótico contenido por un estado del yo. La culpa, la condena y el castigo irracionales.

Fase: Conclusión de tratamiento (1 sesión)

TÉCNICA DISEÑADA PARA SER USADA EN LA 10ª SESIÓN	
ÁREA CORRESPONDIENTE	TÉCNICA
Cierre	Metáfora de cierre

Es así como en el entrenamiento de Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana se propone trabajar con diferentes técnicas hipnoterapéuticas validadas y diseñadas para ser aplicadas en fases específicas del tratamiento; el cual consta de un total de 10 sesiones en cada una de las cuales se aplica alguna de las técnicas enlazándose (una técnica con la otra) sesión a sesión de acuerdo a las necesidades específicas del paciente.

Abia y Nuñez (2013) autores que proponen este modelo de trabajo, advierten que el diseño del hipnotratamiento se llevará a cabo de manera metódica contando siempre con la conformación de un objetivo. Se recomienda que queden cubiertas por lo menos 3 preguntas básicas de un objetivo: 1. ¿Qué quisieras resolver? 2. ¿Cómo lo considerarías resuelto? y 3. ¿Cómo te darías cuenta que en este trance diste un paso importante en la solución que buscas?

3.5 LA HIPNOSIS EN EL CONTROL DE DOLOR

La hipnosis como técnica para reducir el dolor o incluso como uso anestésico en operaciones quirúrgicas históricamente es referida desde hace aproximadamente 200 años, se considera que la primera experiencia registrada en la literatura (González, 2005; Abia, 2006), fue realizada por Récamier en 1820 al anestesiar por sugestión a una joven y someterla posteriormente a diversos estímulos nociceptivos, época en la Cloquet realizaría una mastectomía en París, Hardwood la aplicaría en cirugía dental en Boston y en 1850 Esdaile describiría 250 operaciones con dicho procedimiento.

Actualmente la literatura concerniente a revistas de prestigio mundial (The Lancet, American Journal of Clinical Hypnosis, The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, etc.) publican el uso de la hipnosis en investigaciones científicas, señalan en su acervo una cantidad vasta (miles) de informes que destacan el uso de la misma en el tratamiento del dolor en diversas patologías.

Son varias las Sociedades mundiales que trabajan en esta disciplina como la Society of Clinical Hypnosis fundada por el Dr. Milton Erickson, Society for Clinical and Experimental Hypnosis, European Society of Hypnosis, The Milton H. Erickson Foundation, etc., así como hospitales y Centros de atención principalmente en Estados Unidos, Cuba, Reino Unido, etc., en los cuales hacen uso de la hipnosis como coadyuvante de tratamientos médicos, tal es el caso del Centro de Medicina Integrativa en Stanford, creado por David Spiegel una de las autoridades en hipnosis más conocidas del mundo, Regional Burn Treatment Center de la

Universidad de Washington, Hospital Clínico Quirúrgico Juan Bruno Zayas en Santiago de Cuba, por nombrar algunos; el interés por esta disciplina se ha extendido a todo el mundo son más los distintos investigadores de diferentes países que realizan estudios relativos a este método así como lo mencionan los doctores Lee J-S., MD, and Pyun Y. D. (2012), cuando mencionan lo siguiente:

“Hypnosis is one of the oldest methods used for pain treatment, but had not received much interest or wide use. Especially in our country, South Korea, there are only a few therapists who use hypnosis in the treatment of pain. However, recently, there has been an increase in interest regarding hypnosis abroad. This is due to a growing reports in the importance of brain function during the progress and treatment of chronic pain, evidence of the influence that hypnosis has on the neurophysiology of pain, and continuous reports of hypnosis treatment effects on chronic pain”.(p. 1)

Uno de los mexicanos que se ha distinguido internacionalmente en el trabajo sobre Hipnosis con más de un centenar de investigaciones, ha sido el Dr. Etzel Cardeña quien actualmente sustenta la cátedra Thorsen de Psicología incluyendo parapsicología e hipnosis en la Universidad de Lund, Suecia, en la cual es Director del Centro de Investigación sobre la Conciencia y Psicología Anómala, dentro de su trayectoria ha sido Presidente de la División 30 de la American Psychological Association, de la Sociedad de Hipnosis Clínica y Experimental, ha sido también consultor del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV y del DSM-V. Fue consultor de la Organización Mundial de la Salud en la elaboración de directrices para la Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia.

A propósito de la eficacia de la hipnosis en el campo de la clínica mediante un estudio realizado por González (2005) se puede conocer de la utilidad de la hipnosis como una alternativa complementaria en el tratamiento de enfermedades.

A continuación se comparte la información en la que el autor puntualiza los beneficios de la misma.

...En general, los estudios sobre eficacia clínica revelan que:

1. La hipnosis contribuye a la reducción y el alivio del dolor clínico, especialmente en el caso del dolor agudo y, al menos, con igual eficacia que otros procedimientos cognitivo-conductuales, nunca menos, para el dolor crónico.
2. Así mismo, la hipnosis utilizada combinadamente con otras técnicas médicas y psicológicas permite obtener resultados terapéuticos exitosos en menos tiempo y con un menor esfuerzo por parte de los pacientes.
3. La hipnosis facilita y potencia la efectividad terapéutica de las orientaciones clínicas establecidas debido a que:
 - a) las sugerencias hipnóticas ponen énfasis en favorecer actitudes positivas hacia el afrontamiento y superación de los problemas; así mismo, incrementan las expectativas positivas en el paciente hacia éxito de un determinado procedimiento terapéutico.
 - b) las técnicas de hipnosis facilitan la posibilidad de cambio terapéutico, ya que inciden en que el paciente sea especialmente receptivo y flexible a modificar su conducta.
 - c) implementan las habilidades de imaginación e implicación emocional en los pacientes, habilidades necesarias en muchos de los procedimientos psicológicos utilizados para el afrontamiento y solución de problemas.
 - d) las técnicas de hipnosis en su mayoría favorecen la respuesta de relajación en los pacientes, que puede ser utilizada como una eficaz estrategia antagonista a las reacciones de ansiedad, que comúnmente se aprecian en una amplia gama de problemas psicológicos.
 - e) la hipnosis favorece cambios rápidos en la conducta del paciente que incrementan considerablemente la motivación y adherencia al tratamiento, al no necesitar mucho tiempo (número de sesiones clínicas) para obtener mejorías significativas". (Págs. 119-120)

Sin duda la analgesia hipnótica es uno de los fenómenos más fascinantes que puede lograr el ser humano, ya que reducir el dolor incluso eliminarlo es un menester que requiere una explicación neurofisiológica para que se pueda considerar dentro del terreno de lo que se puede observar, explicar, experimentar y teorizar y no obstante de los vastos estudios que ratifican su eficacia en distintas

patologías, prueba de ello es el informe que elaboran Mendoza, E. y Capafons A., (2009), el que precisamente titulan: “Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica”, y el cual detallan con precisión el análisis de diferentes estudios que se han llevado a cabo relativo al tema, mismos que analizan y de los que concluyen los siguiente:

Informan que diversos estudios señalan la mejora de síntomas intestinales, bienestar psicológico y en la calidad de vida, incluso de aquellos pacientes que no responden a los tratamientos médicos estándar en individuos con síndrome de colon irritable, en los cuales el tratamiento con hipnosis tuvo un impacto importante en la mayoría de los mismos.

Aquí vale la pena comentar de la referencia que hacen de los estudios del equipo de la Universidad de Manchester en el Reino Unido que están investigando el uso de la hipnosis como coadyuvante para el tratamiento del síndrome de colon irritable desde 1980, y la han integrado, al parecer, con éxito al servicio de gastroenterología de su hospital, refiriendo que incluso el tratamiento se encuentra estructurado en 12 sesiones según Gonsalkorale citado por dichos autores.

También indican que la hipnosis se ha utilizado para reducir la cantidad de medicación pre y post cirugía para el dolor, el sangrado y el tiempo de hospitalización, así como para facilitar el post-operatorio y la recuperación de los pacientes.

En otros estudios analizados, se ha utilizado la hipnosis con pacientes de cáncer para ayudarles a manejar el dolor, reducir la ansiedad relacionada con los procedimientos médicos y reducir la emesis (vómito) e hiperémesis posterior a la quimioterapia.

Como resultado de la comparación de los estudios que han llevado a cabo en el campo de la obstetricia en la cual se ha hecho uso de la hipnosis para facilitar el parto se sintetiza como la hipnosis ha favorecido para que el parto sea más corto, un menor uso de medicación y analgésicos durante el mismo logrando una mayor satisfacción en la experiencia de dar a luz, así mismo otros estudios mostraron

evidencia de que la hipnosis facilita el embarazo de mujeres que se someten a intervenciones de fertilización in vitro.

En el ámbito dermatológico informan que existen diversos estudios anecdóticos sobre intervenciones hipnóticas exitosas en diversas condiciones como: eczema (dermatitis), ictiosis (piel seca y escamosa), verrugas y psoriasis.

Comenta que las investigaciones con pacientes asmáticos han comparado la efectividad de tratamientos con hipnosis y bronco-dilatadores y se sabe de reducción de síntomas, así mismo relatan el estudio realizado por la Asociación de Tuberculosis Británica (Research Committee of the British Tuberculosis Society), en el que compararon la eficacia de la hipnosis y la relajación muscular progresiva en el tratamiento de 252 pacientes con asma concluyendo que los pacientes del grupo de hipnosis informaron que sentían significativamente menos resuellos sibilantes, y que usaban menos medicación al finalizar el tratamiento.

Así también comunican de diversos estudios realizados en distintos trastornos tal es el caso de dolor, ansiedad, obesidad, depresión, tabaquismo, trauma y trastornos psicosomáticos.

En otra de las áreas en las que se sabe la hipnosis ha sido de gran apoyo es en pacientes quemados se dice que su valor es inestimable entre las 2 a 4 horas posterior al evento en virtud de que disminuye la respuesta inflamatoria que causa la progresión de la quemadura de primer a segundo grado o de segundo a tercer grado, después ayuda a disminuir el dolor, sobre todo de los pacientes con dolor agudo, la infección es minimizada y favorece una respuesta activa durante la rehabilitación. (Ewin, 2001)

A propósito del uso que se le ha dado a la hipnosis y la importancia que algunos institutos internacionales le conceden, no obstante de que se continua en constante investigación; en nuestro país es escasa la información documentada en revistas científicas que sugiera su uso e investigación, si bien es en algunas revistas de la UNAM en las que se pueden advertir de informes bajo la autoría del

Prof. Benjamín Domínguez que sugieren la importancia de hacer investigación e incluirla como una alternativa que coadyuve en el tratamiento de dolor.

A pesar de los esfuerzos y la cantidad de investigaciones que llevan a cabo los científicos con técnicas de neuroimagen funcional de última generación como la tomografía por emisión de positrones (PET), la tomografía computarizada por emisión de fotones simples (SPECT) y/o la resonancia magnética funcional (RMF) y que son de gran utilidad hoy día para poder advertir la función del sistema nervioso central en general y del cerebro en particular, aún no se pueden demostrar con precisión y de forma consensuada los mecanismos que intervienen en la hipnoanalgesia, empero como intento de explicar lo que sucede en el cerebro revisaremos un informe que analiza diversas investigaciones que se han realizado con la intención de ofrecer una respuesta a tal interrogante.

Esta es llevada a cabo por González, (2005) mismo que informa de los mecanismos implícitos en el dolor y que según estudios recientes menciona que una de las estructuras cerebrales que tiene un papel importante en el proceso del dolor es el córtex cingulado anterior, una estructura compleja con áreas especializadas mismas que se ha demostrado participan diversas formas, en este proceso las cuales a continuación se detallan:

- área media (asociada a la percepción de la intensidad y umbrales de dolor)
- área posterior (asociada a dimensión sensorial-discriminativa del dolor)
- área perigenual (asociada a la modulación cognitiva y atencional del procesamiento del dolor, la ansiedad y otras respuestas emocionales)

“...De hecho, se ha planteado que el córtex cingulado anterior es una estructura central en el procesamiento del dolor, que serviría como estructura de integración y modulación de la respuesta de otras estructuras cerebrales, ya que las sugerencias de analgesia hipnótica, frente a condiciones de descanso e imaginación dirigida solamente, favorecen la modulación funcional del córtex cingulado medio con otras estructuras corticales y subcorticales en el

procesamiento del dolor contingentemente con reducción en la percepción de intensidad y displacer” (pag. 123)

Opinión que es apoyada por los estudios analizados por Ibáñez, A., Vargas, E., Canales-Johnson, A., Lanfranco, R. (2012) quienes informan que la activación de circuitos entre el córtex cingulado anterior, corteza insular, corteza prefrontal dorsolateral y tálamo se instalan durante la inducción como supresión de dolor mediante hipnosis. (Ver fig.5)

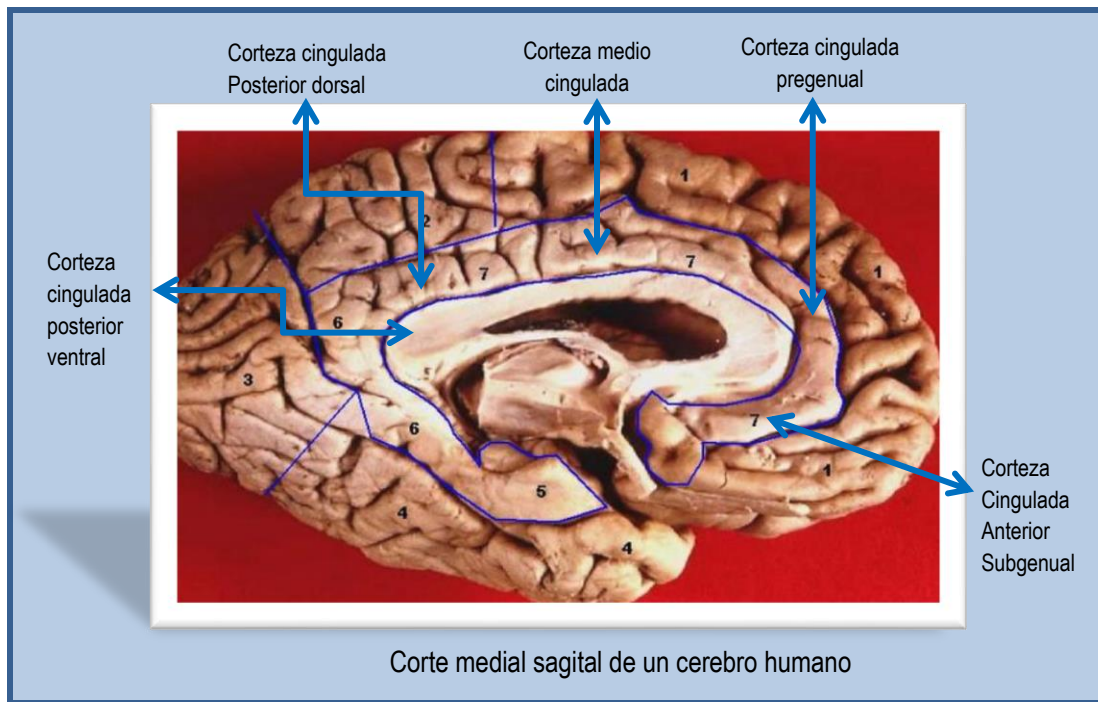


Figura 5. Córtex cingulado

En otro de los estudios a los que hace referencia González, (2005) es en él que se menciona la existencia de efectos inhibitorios de la analgesia hipnótica sobre las vías tálamo-espinales descendentes de control del dolor, observando que las sugerencias de analgesia modulaban la respuesta del reflejo espinal nociceptivo R-III, aunque con dos patrones diferenciados: aunque todos los sujetos manifestaron un incremento de la tolerancia al dolor un subgrupo mostró una

fuerte inhibición del reflejo R-III, los más sugestionables, otro subgrupo mostró un patrón de facilitación del mismo, asociado a una mayor reactividad motora.

Mismo autor ofrece en resumen algunos de los cambios neurofisiológicos asociados a las sugestion de analgesia hipnótica con la aclaración de que los mismos no estarían provocados por la existencia de un supuesto estado hipnótico per se, sino que más bien sería la respuesta del cerebro a los cambios en el procesamiento nociceptivo favorecidos por el contenido de las sugestion hipnóticas. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Cambios neurofisiológicos más relevantes asociados a la analgesia hipnótica. (González, 2005).

Localización	Cambios asociados a la analgesia hipnótica	Funcionalidad
Córtex somato sensorial S1 y S2	Reducción de los potenciales evocados somato sensoriales tardíos elicitados por estimulación nociceptiva ⁵³ y ⁵⁷ .	Reducción de la intensidad percibida del dolor (dimensión sensorial)
Córtex cingulado Anterior	Reducción de la actividad de flujo sanguíneo cerebral regional (PET-SCAN) ante instrucciones de disminución del displacer por la estimulación nociceptiva de inmersión de la mano en agua caliente (47°C) ²⁴ .	Reducción de la valoración displacentera del dolor (dimensión afectiva)
Córtex temporal anterior	Reducción de potenciales evocados somatosensoriales intracraneales a nivel de córtex cingulado anterior y córtex temporal anterior ⁵⁸	

<p>Áreas especializadas del córtex cingulado anterior</p>	<p>Favorece incrementa la modulación funcional entre el córtex cingulado medio y otras estructuras corticales y subcorticales a nivel bilateral como: la ínsula, el córtex cingulado anterior perigenual, áreas motoras, córtex prefrontal y estriado, tálamo y ganglios basales ⁵⁹ y ⁶⁰</p>	<p>Regulación y modulación de las interacciones entre cognición, percepción sensorial y motora en relación a cambios atencionales, motivacionales y emocionales.</p>
<p>Localizaciones del EEG a nivel prefrontal y central</p>	<p>Reducción de la actividad EEG-gamma a nivel prefrontal y central ⁶¹ y ⁶²</p>	<p>Reducción del control atencional y las funciones cognitivo-ejecutivas respecto al dolor</p>
<p>Reflejos espinales periféricos</p>	<p>Efecto inhibitorio en la actividad de los reflejos espinales periféricos. Reducción de la latencia y amplitud en R-III. Reducción de la amplitud en potenciales evocados tardíos incremento en la tolerancia al dolor. Dos patrones diferenciados de hiper e hipo reactividad motora al dolor⁶³</p>	<p>Control cognitivo inhibitorio sobre las vías tálamo-espinales descendentes.</p>
	<p>Los efectos de la analgesia hipnótica no han podido revertirse con el empleo de antagonistas opiáceos (Naloxona). Los opiáceos endógenos no parecen ser responsables, al menos de forma directa, del funcionamiento de la analgesia hipnótica⁵⁷</p>	<p>La analgesia hipnótica actuaría mediante mecanismos subyacentes distintivos de la analgesia producida mediante opiáceos.</p>

Existe un trabajo por demás interesante de Muñoz (2006), en el cual realiza un análisis en la comparación de diversos informes con diferentes técnicas de neuroimagen en los que se aprecia la actividad cerebral en diversas condiciones de dolor y analgesia hipnótica, concluye que la memoria y la atención participan de manera importante en el proceso de cronicidad de dolor.

En relación a la experiencia subjetiva del dolor estaría formada por la expectativa y la información sensorial, a mayor expectativa de dolor aumentaría la activación en estructuras cerebrales implicadas en el mismo (tálamo, ínsula, corteza prefrontal y cíngulada anterior) y la expectativa positiva puede disminuir la severidad del dolor. La presencia de dolor crónico puede afectar la activación frontal anterior.

Con relación a la analgesia hipnótica informa que existe evidencia de un proceso inhibitorio activo que involucra a los sistemas cerebrales que median procesos atencionales, de memoria del dolor y nociceptivos. Como dato interesante advierte que las personas mayormente hipnotizables tendrían un sistema atencional más efectivo mostrando un aumento en la activación del córtex frontal. También refiere que los pacientes con dolor crónico serían mayormente hipnotizables.

PROPUESTA DE TALLER

MANEJO EN EL CONTROL DE DOLOR EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON HERPES ZÓSTER MEDIANTE HIPNOTERAPIA ESTRATÉGICA ERICKSONIANA.

4.1 JUSTIFICACIÓN

El Herpes Zóster como una entidad clínica viral contagiosa que suele presentarse en cualquier etapa de la vida pero con una prevalencia importante con el aumento de la edad, causa gran sufrimiento en la persona que lo padece por las manifestaciones clínicas, el dolor característico que suscita y las preocupantes complicaciones que se pueden derivar de la misma, tal es el caso de la Neuralgia Postherpética.

Cuando se hace hincapié en la etapa de mayor prevalencia sin duda cabe la posibilidad de que una persona después de los 50 años pueda padecer dicho padecimiento además es importante considerar la opinión de Medina-Mora (2003), cuando advierte *“En México, la transición hacia una población con mayor número de ancianos es una realidad. De acuerdo con la OMS, dentro de 25 años la población mayor de 60 años que vive en América Latina y el Caribe pasará de 40 millones a más de 97 millones”*. (p. 76).

Padecer Herpes en esta etapa de la vida en un país como el nuestro representa una desventaja mayor toda vez que según datos proporcionados por Moreno, JM; (2105) el trabajador mexicano vive al día y no dispone de ahorro suficiente para afrontar su retiro, luego entonces se verá obligado a laborar durante casi toda su vida, *‘Según datos de la OCDE, México es el país donde el hombre abandona más tarde el mercado laboral, con 72.3 años, comparado con un promedio de 64.2 años para un los trabajadores de todos los países miembros de la OCDE’* (párr. 27).

Tomando en cuenta esta situación el panorama se advierte difícil para una persona de mayor edad que padece de Herpes Zóster ya que todavía está en una edad productiva y si tiene la ventaja de contar con servicios médicos de seguridad social tendrá una situación más manejable sin embargo no todas las personas cuentan con este beneficio ya que como se mencionó en este estudio un 56.6% de la población, carece de acceso a servicios de salud, la carencia de seguridad social es la que más padece la población.

El Herpes Zóster es una condición que tiene que ser atendida de forma interdisciplinaria desde el inicio de la enfermedad con la finalidad de evitar las complicaciones que puede redundar en una Neuralgia Postherpética ya lo señalan Barutell y Montero (2015), cuando refieren que la incidencia de esta complicación estaría también determinada por factores psicosociales, señalando que existen algunas opiniones que advierten la condición emocional en la fase de dolor prodromico inicial, es un factor predictivo en la generación de Neuralgia Postherpética.

Otro de los aspectos importantes a considerar cuando se sugiere la atención interdisciplinaria en el momento en el que se expresa la enfermedad es en virtud de que en nuestro país, existen condiciones socioculturales y económicas que impiden que las personas busquen atención a sus malestares emocionales por un convencimiento propio, la Dra. Medina-Mora (2013) afirma que México es uno de los países que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención ante problemas emocionales. También menciona que los que acuden a tratamiento solo el 50% recibirán un tratamiento mínimo adecuado consistente en 3 o 4 sesiones de terapia en promedio y/o 2 consultas con un psiquiatra.

4.2 PROPUESTA

Lo anteriormente analizado, nos lleva a plantear una propuesta que representa una opción viable, eficaz, benéfica y de corto tiempo que coadyuve a minar el malestar en pacientes adultos que han sido diagnosticados con Herpes Zóster.

En la Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana la manera como se aborda el manejo del dolor para generar analgesia, es descrita por Abia y Nuñez (2013) considerando los siguientes aspectos: Se debe ajustar funcionalmente el Miedo (reencuadrando la experiencia de dolor y de miedo, connotar el miedo como útil señal de alarma, transformar al miedo en aliado convirtiéndolo en precaución saludable y entrenar al paciente a usar su respiración para digerir miedos y relajarse).

A si mismo se debe ajustar funcionalmente la Autonomía (fortaleciendo el poder de decisión, aceptación del proceso, reconociendo el paciente que es capaz de usar la recaída en el dolor, con la sensación de frustración y desesperanza que producen, como fuerzas orientadas al control del mismo, para desarrollar autoeficacia, entendida ésta como la sensación de contar consigo mismo, para afrontar con éxito el control del dolor entre lo mejor posible y lo menos mal posible, mejorar la calidad de comunicación y propiciar la responsabilidad de trabajar con el dolor, buscando sana analgesia).

Para llevar a cabo el manejo emocional del mismo se trata teniendo en cuenta el diagnóstico médico preciso, estableciendo el diagnóstico psicológico en las 3 primeras sesiones e ir descubriendo la serie de significaciones biológicas, psicológicas y sociales que respecto del dolor hacen los pacientes, como asociaciones que tienen consecuencias fisiopatológicas que se relacionan directamente, tanto con la producción, intensidad y frecuencia del dolor, como con su posibilidad de control estratégico.

Lo fundamental es colaborar con el paciente para disminuir el dolor y no tanto para abatirlo, porque uno de los principios importantes es considerar al dolor como una alarma saludable con una función fisiológica, por lo que es importante enseñar al paciente que el dolor cumple su función y luego desaparece.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar la técnica de “Autohipnosis para el diseño de escala hipnótica para control de dolor emocional o físico” en pacientes adultos diagnosticados con Herpes Zóster con la finalidad de que logren un manejo en el control del mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Inducir trance hipnótico con la finalidad de reducir el dolor del paciente diagnosticado con Herpes Zóster a un nivel tolerado.
- Desarrollar las habilidades de autocontrol de dolor en el paciente, mediante el audio de “Autohipnosis para el diseño de escala hipnótica para control de dolor emocional o físico”.
- Crear una alianza terapéutica para que continúe el paciente su tratamiento hipnoterapéutico y trabaje con sus aspectos emocionales favoreciendo la reducción del estrés y facilitando una evolución favorable de su enfermedad.

ESCENARIO

La intervención hipnoterapéutica se realizará en una clínica de especialidades médicas, consultorio psicológico, sector salud o privado.

POBLACIÓN

Participarán adultos de ambos sexos diagnosticados con Herpes Zóster canalizados por parte del área médica.

MATERIALES

Hojas blancas, bolígrafo, colores.

TÉCNICAS HIPNOTERAPÉUTICAS

- ▶ “Autohipnosis para el diseño de escala hipnótica para control de dolor emocional o físico”.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Es importante conocer la magnitud del dolor que el paciente refiere respecto a su padecimiento antes de aplicar la técnica con la finalidad de medir el dolor que refiere por lo que se tiene considerado utilizar la **“Escala verbal auditiva”** (adaptación de la “Escala visual analógica”).

Esta escala representa de manera sencilla una opción viable para conocer cómo valora el paciente su experiencia de dolor, por lo que se le pregunta lo siguiente: **“Si usted pudiera situar su dolor y la intensidad de su dolor de cero al diez, considerando que cero sería la inexistencia del dolor y diez el dolor máximo experimentado por usted, ¿Qué valor le asignaría usted a su dolor?”** De esta forma el paciente accede con mayor facilidad a responder y a situar su dolor. *“Es un instrumento simple, sólido, sensible y reproducible, siendo útil para reevaluar el dolor en el mismo paciente en diferentes ocasiones. Su validez para la medición del dolor experimental ha sido demostrada en numerosos estudios y su fiabilidad también ha sido recientemente evaluada, encontrándose satisfactoria. (Serrano-Atero, 2002).*

Posterior a la aplicación de la técnica hipnoterapéutica se procederá a utilizar nuevamente para conocer cuánto ha mejorado la sensación de dolor del paciente.

4.3 PROCEDIMIENTO

El taller propuesto para este trabajo, consta de una única y/o primera sesión en la que se aplicará la técnica de “Autohipnosis para diseño de escala para control de dolor” perteneciente a la fase de diagnóstico, ya que si tomamos en cuenta que en ese primer encuentro con el paciente únicamente se dispone con el diagnóstico médico de “Herpes Zóster” y para llevar a cabo un tratamiento hipnoterapéutico, el diagnóstico nosológico (que advierte las características de personalidad y sus conflictos inherentes del paciente) se lleva a cabo en las tres primeras sesiones de un total de diez, luego entonces el objetivo es llevar a cabo la intervención en ese primer contacto con el paciente con la finalidad de que experimente los beneficios en la reducción del malestar y fomentar en consecuencia la adherencia para que en sesiones posteriores programadas concluya su proceso hipnoterapéutico.

En esta primera sesión se efectúa el contacto inicial con el paciente, se le recibe y se establece el rapport. Posteriormente se le comenta que tanto en la Medicina como en la Psicología se considera que la enfermedad incluye una parte emocional y una física, por lo mismo es conveniente establecer un tratamiento que sea complementario y que incluya tanto la atención médica como la psicológica. Se escucha lo que piensa al respecto y se propone trabajar con el encuadre de Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana.

Es frecuente que los pacientes tengan concepciones erróneas sobre la hipnosis basados en lo que han visto en televisión, cine o en algún espectáculo llevados a cabo con propósitos de entretenimiento, por lo que es conveniente que antes de comenzar con el ejercicio se le aclaren las dudas y mitos que pudiera tener respecto a la hipnosis para resolverlos y favorecer la confianza en el procedimiento.

Se recaban los datos preliminares para apertura de expediente e historia clínica iniciando en esta sesión la cual se completará a lo largo de las dos sesiones subsiguientes de su tratamiento, también se establecen los objetivos generales del hipnotratamiento los cuales se evalúan en una escala tipo liker que van desde el

número 2 al cual se considera deficiente, 4 suficiente, 6 bueno, 8 muy bueno y 10 excelente, así mismo se investiga si existen antecedentes de desmayos, crisis convulsivas o epilepsia en caso afirmativo se hacen los ejercicios de hipnosis con ojos abiertos las primeras cinco sesiones.

En este punto se le aplica la Escala Verbal Auditiva para conocer la magnitud de su dolor, después del trance hipnótico y conocer cómo evalúa su dolor.

Durante la entrevista se van tomando decisiones, según el estilo comunicacional del paciente, ya sea que se utilice una metáfora de acuerdo al contenido del discurso del paciente, o se brindara contención y/o comprensión de una emoción, etc., la información que se recabe es fundamental para conformar el objetivo de esta primera sesión.

Una vez que se tiene el objetivo pasamos a la inducción del trance, en el cual se hace uso de la técnica mencionada para que el paciente ingrese al estado alternativo de consciencia llamado trance hipnótico, verificando las “**señales específicas**” que advierten que el paciente está consiguiendo ingresar en estado de trance hipnótico; posteriormente en trance hipnótico se pide a la Mente Inconsciente del paciente la descripción de la realidad interior del objetivo del trance y se le sugiere una lista de posibilidades con las que la mente inconsciente expresará desde su interior la representación interna que hace del objetivo del trance.

En la siguiente fase del trance hipnótico se van cubriendo los puntos que dirigen la atención del paciente a la solución del problema mediante sugerencias y por último en el cierre se conduce al paciente a un buen puerto, mediante instrucciones post-hipnóticas y tareas enlazándolas con las subsecuentes sesiones durante el tratamiento.

A continuación se describe la técnica propuesta por Abia y Nuñez (2013) “Autohipnosis para el diseño de escala hipnótica para control de dolor emocional o físico”: **(Cabe aclarar que dicha técnica se tiene llevar acabo por un**

profesional entrenado previamente en este modelo terapéutico, apegándose al código ético del uso de la hipnosis).

OBJETIVO DEL TRANCE (Explicación al paciente en voz hipnótica)

Por favor ponte cómod@ y escucha: En esta ocasión yo te voy a plantear un objetivo que sería muy útil abordar en el siguiente ejercicio. El objetivo que pongo a tu consideración es que logres un mejor manejo de tu dolor, y para lograrlo te voy a pedir que trabajemos con una escala para medir tu dolor. Si logramos analgesia sea esta emocional y/o física, tu tendrás grandes ventajas, disminuirá tu estrés además de tu dolor, mejorará tu manejo de tus defensas emocionales y aumentará tu capacidad de autonomía es decir tu propia habilidad para ponerte normas de vida, en el respeto a los derechos humanos...

En hipnosis, consideramos al dolor una alarma saludable, que nos indica que hay algo que no anda bien en nuestro cuerpo y/o en nuestras emociones, y que el dolor sea el puente, que nos lleve exactamente a donde hay que sanar el cuerpo y/o las emociones, como cuando un médico ausculta y donde hay dolor es donde se aplica lo necesario para conseguir el alivio. Por todo lo anterior, con esta técnica buscaremos que tú consigas controlar el dolor, dejando al dolor la decisión espontánea de retirarse, sin ordenarle directamente al dolor que desaparezca. Sin embargo, sí podrás conseguir que el dolor disminuya a su mínimo indispensable saludable, el nivel de dolor que te avisa que hay que seguir resolviendo pendientes, pero noterebasa, se vuelve muy, muy, muy tolerable...

INDUCCIÓN DE TRANCE

Por favor acomódate lo más cómodamente que puedas, en este momento, por dentro y por fuera, protegídamente, ahí donde estás, con tus ojos cerrados o mientras haces un dibujo, Escucha mi voz que te acompaña saludablemente, mi voz que te servirá para cualquier cosa que tú necesites durante este ejercicio...

Tu Mente Consciente, que es la mente con la cual tú adviertes cosas de ti misma (o), está ahora poniendo parte de tu atención en los sonidos, en los silencios, de afuera de ti... poniendo su atención en los pensamientos que te acompañan distrayéndote durante este ejercicio...

Tu Mente Consciente, la mente con la cual reconoces aspectos de ti conscientemente, enjuiciando esta experiencia... observa cómo tu Mente Consciente te está distrayendo con otros asuntos...

Mientras tanto tu Mente Inconsciente... que es el conjunto de aprendizajes y experiencias que tienes perfectamente archivadas, archivados, organizadas, organizados... la información de todo aquello que noadviertes de ti conscientemente, incluso las experiencias y aprendizajes que están en proceso de acomodarse, saludablemente en tu interior... tu Mente Inconsciente donde está todo eso, te lleva a contactarte contigo profundamente... pro-fun-da-men-te... cada vez más pro-fun-do... pero hasta donde saludable para ti... pero hasta donde seas capaz...

Así... mientras tu Mente Inconsciente se va preparando para poder estar utilizando el ejercicio de Autohipnosis para control de dolor que más adelante vas a estar aprendiendo a hacer, tu Mente Inconsciente está haciendo esa labor colocando una parte de tu atención en tu respiración... tu Mente Consciente se distrae con otros asuntos... tu Mente Inconsciente sigue automáticamente con una parte de tu atención... armoniosamente colocada en tu respiración... ampliando tucontacto contigomism@... tu atención en tu interior... tú hasta donde te sea posible en contacto contigo... siguiendo el ritmo de tu respiración... simplemente observando atentamente cómo sientes el paso del aire a través de tu nariz o de tu boca, espontáneamente...

Tu Mente Consciente observando a distancia protegida este ejercicio, sigue pensando... tal vez resistiéndose a entrar en trance hipnótico... resistiéndose saludablemente... tú percibiendo cómo una parte de tu atención va razonando todo cuanto va ocurriendo en este momento percibiendo cómo tu propia Mente

Inconsciente sigue observando... sintiendo... profundizando este trance protegidamente.

La Mente Inconsciente reflexionando subconscientemente... profundizando... ampliando el contacto consigomisma... la Mente Inconsciente fuente de aprendizajes inconscientes, trabajando para ti, saludablemente, protegiéndote... aprendiendo, llevándote en condiciones de protección, comodidad, seguridad a este contacto profundo contigo mism@, mientras que ahí, afuera sigue lo de afuera, tú gratamente adentro de ti... aprendiendo a través de tu respiración... encontrándote contigo saludablemente.

Cada vez que tomas aire vas siendo llevad@ a un lugar seguro, amplio, confiable... que está adentro de ti mism@... ese lugar del cual tú tienes control saludable...

Cada vez que a través de tu respiración (nombres)... saca el aire de adentro de ti... va saliendo por fin... lo que estorbaba tu entrada a este trance hipnótico... eso que sale nolastima... simplemente es saludable que salga, encontrando su lugar saludable, afuera de ti... eso que adentro estorbaría porque su lugar saludable de eso que sale, con el aire de tu respiración, está afuera de ti, y afuera encuentra, el lugar saludable que le corresponde, reciclándose en la naturaleza, estorbos desarmados sanamente...

Tú disfrutando igual, como tu respiración hace entrar en ti, con el aire que entra, lo que necesitas para seguir evolucionando saludablemente, aprendiendo, automáticamente... entrando el aire con los elementos que transformas en recursos saludables, colocados en su lugar saludable, adentro de ti, tú los usas saludablemente...

Ahora en donde estás adentro de ti mism@ estás viviendo la experiencia característica de la hipnosis (nombres), estás en un doble nivel de atención, en uno enjuicias, observas y piensas... en el otro nivel sientes, vives y exploras emocionalmente, descubriendo, cambiando, saludablemente, aprendiendo, automáticamente, disfrutando resolver saludablemente.

Imagina una escala de control de dolor, no sé si sea un termómetro, una escalera, una regla, es una herramienta que te va a estar permitiendo, ir controlando saludablemente tus sensaciones de dolor físico o emocional, no sé si se vaya a representar en tu escala imaginaria de control de dolor, el máximo de dolor como un 10, o un 100 ó un mil emocional o físico, imagina por favor esa escala de control de dolor, tal vez sea un termómetro, una escalera, una regla... no sé si se vaya a representar el máximo de dolor como un 10, o un 100 ó un mil, imagina una escala de control de dolor, no sé si sea un termómetro, una escalera, una regla, es una herramienta que te va a estar permitiendo, ir controlando saludablemente tus sensaciones de dolor físico o emocional, no sé si se vaya a representar en tu escala imaginaria de control de dolor, el máximo de dolor como un 10, o un 100 ó un mil emocional o físico.

REALIDAD INTERIOR DEL PROBLEMA.

Ahora te voy a pedir que abras tus ojos o que permanezcas con tus ojos abiertos, observa a distancia protegida, como en tu escala imaginaria de control de dolor, se va representando a distancia protegida, el máximo de dolor emocional o físico, no sé si se vaya a representar como un 10, un 100 ó un mil; se va representando cómo tu Mente Inconsciente lo considere más propicio para irlo controlando saludablemente, ve por favor dibujando con un color que noteguste una carita fea y desagradable con mucho dolor, con mucha molestia, ve haciendo esa carita fea y desagradable con mucha molestia, con mucho dolor.

Percibe a distancia protegida cómo era estar en ese máximo de dolor. Dibuja esa carita fea y desagradable del máximo de dolor, tú vas saludablemente... aprendiendo... automáticamente...

¿Podrías enseñarme la carita que dibujaste de máximo de dolor? ¿Cómo describirías esa carita de dolor? (realidad interior del máximo de dolor, está en 10 o en 100 o en 500 u otra escala)

SUGESTIONES DE SOLUCIÓN

Cierra tus ojos o permanece con tus ojos abiertos haciendo un dibujo en otra hoja de papel. Ahora te voy a solicitar que dejes que tu respiración vaya digiriendo esa experiencia de haber llegado antes a ese nivel máximo de dolor y poco a poco o rápidamente, cada vez que tomas aire te vas nutriendo de esa experiencia, vas aprendiendo el mensaje y enseñanza saludables del nivel máximo de dolor y cada vez que sale aire con tu respiración va saliendo por fin lo que ya dejaste de necesitar de esa experiencia de máximo dolor, que antes tenías...

Y el dolor va disminuyendo del máximo de dolor, no sé de 10, 100 ó mil, a un intermedio de dolor, quizás un 5, 50 ó 500 o como tu Mente Inconsciente lo considere más manejable; porque tu Mente Inconsciente está comprendiendo que el dolor es una alar-ma sa-lu-da-ble que in-di-ca que hay al-go que noan-da-ba bien en tu cuer-po y/o en tus e-mo-cio-nes, y que el do-lor es el puen-te sa-lu-da-ble que te lle-va exac-ta-men-te a do-nde hay que sa-nar en tu cuer-po y/o en tus e-mo-cio-nes, co-mo cuan-do un mé-di-co te aus-cul-ta y do-nde hay do-lor es don-de a-pli-ca lo ne-ce-sa-rio pa-ra con-se-guir tu a-li-vio y tu cu-ra-ción. Disminuyendo del máximo de dolor, no sé de 10, 100 ó mil, a un intermedio de dolor, quizás un 5, 50 ó 500 o como tu Mente Inconsciente lo considere más manejable; disminuyendo del máximo de dolor, no sé de 10, 100 ó mil, a un intermedio de dolor, quizás un 5, 50 ó 500 o como tu Mente Inconsciente lo considere más manejable.

Disminuyendo el dolor de su máximo a su intermedio, de 10 á 5; ó de 100 á 50; ó de mil a 500; ó como lo considere más manejable tu Mente Inconsciente. Disminuyendo el dolor de su máximo a su intermedio, de 10 á 5; ó de 100 á 50; ó de mil a 500; ó como lo considere más manejable tu Mente Inconsciente.

Ahora te voy a pedir que abras tus ojos, o que sigas con tus ojos abiertos y que vayas dibujando una carita con otro color diferente, con un intermedio de dolor, un intermedio de molestia, con menos dolor.

A distancia protegida ve dibujando una carita del nivel intermedio de dolor, del intermedio de molestia, de la mitad de la molestia y tú vas saludablemente... aprendiendo... automáticamente... portegidamente...

¿Me podrías mostrar y describir la Realidad Interior de tu intermedio de dolor? (realidad interior del intermedio de dolor, con su escala 5, 50 ó 500 o en otra escala aritmética)

Cierra tus ojos o permanece con tus ojos abiertos haciendo un dibujo en otra hoja de papel. Ahora te voy a solicitar que dejes que tu respiración vaya digiriendo esa experiencia de haber llegado antes a ese nivel intermedio de dolor y poco a poco o rápidamente, cada vez que tomas aire te vas nutriendo de esa experiencia, vas aprendiendo el mensaje y la enseñanza saludables del nivel intermedio de dolor y cada vez que sale aire, va saliendo por fin lo que ya dejaste de necesitar de esa experiencia de dolor.

Y el dolor va disminuyendo del intermedio de dolor a un mínimo indispensable de dolor, quizás de un 5 á un 3 ó 2, ó de un 50 á un 30 ó 20 ó de un 500 á un 300 ó 200 o como tu Mente Inconsciente lo considere más manejable porque tu Mente Inconsciente está comprendiendo que el dolor es una a-lar-ma sa-lu-da-ble que in-di-ca que hay al-go que noan-da-ba bien en tu cuer-po y/o en tus emo-cio-nes, y que el do-lor es el puen-te sa-lu-da-ble que te lle-va exac-ta-men-te a don-de hay que sa-nar en tu cuer-po y/o en tus emo-cio-nes, co-mo cuan-do un mé-di-co te aus-cul-ta y don-de hay do-lor es donde a-pli-ca lo ne-ce-sa-rio pa-ra con-se-guir tu a-li-vio y tu cu-ra-ción.

El dolor va disminuyendo automáticamente del intermedio de dolor a un mínimo indispensable de dolor, quizás un de un 5 á un 3 ó 2, ó de un 50 á un 30 ó 20 ó de un 500 á un 300 ó 200 o como tu Mente Inconsciente lo considere más manejable.

El dolor va disminuyendo automáticamente del intermedio de dolor a un mínimo indispensable de dolor, quizás un de un 5 á un 3 ó 2, ó de un 50 á un 30 ó 20 ó de un 500 á un 300 ó 200 o como tu Mente Inconsciente lo considere más manejable.

Ahora te voy a pedir que abras tus ojos o permanezcas con tus ojos abiertos, ve dibujando una carita con otro color que represente el mínimo de dolor y observes cómo este proceso continúa automáticamente y cómo poco a poco o rápidamente vas dejando que tu respiración te lleve al Mínimo indispensable Saludable de Dolor... que se va representando en esa carita de mínimo dolor indispensable.

Ve haciendo esa carita con mínimo dolor indispensable, en la que el dolor es una alarma saludable que te está indicando en dónde estabas lastimad@ para que te vayas atendiendo y te vayas aliviando por ti mism@. En este mínimo de dolor vas reconociendo ese puente saludable que te lleva exactamente ahí donde tienes que aliviarte a ti mism@.

¿Me podrías mostrar y describir la Realidad Interior de tu mínimo indispensable saludable de dolor? (realidad interior del mínimo indispensable de dolor y su escala aritmética 5 ó 50 ó 500 ú otra)

Cierra tus ojos por favor o continúa con tus ojos abiertos, tu Mente Inconsciente ya sabe que el mínimo dolor indispensable saludable es una alarma saludable que te indica que ya se está aliviando ese algo que en tu cuerpo y/o en tus emociones necesitaba ser atendido, y tu Mente Inconsciente ya reconoce que el dolor es el puente saludable que te hizo llegar exactamente a donde hay que sanar lo que se necesite, tanto en tu cuerpo como en tus emociones, como cuando un médico te ausculta y donde había dolor es donde tu Mente Inconsciente va aplicando todos tus recursos internos, lo necesario para ir consiguiendo el alivio que ahora ya estás experimentando, curándote saludablemente, hoy mejor que ayer y mañana mejor que hoy, saludablemente con ausencia de necesidad de complicaciones, con ausencia de necesidad de complicaciones innecesarias, con ausencia de necesidad de lastimarte o lastimar o lastimarse o lastimando, y en cambio con presencia de éxito saludable.

CIERRE.

Ahora, para cerrar este ejercicio, vamos a escuchar el CD para Control de Dolor, si tuvieras alguna molestia me interrumpes y lo trabajamos, pero de estar todo bien

continúa por favor hasta el final con este ejercicio. De tarea, de aquí a la próxima sesión, vas a escuchar por lo menos dos veces este CD de autohipnosis y posteriormente cuando sientas que los estás necesitando. Vamos a escuchar el audio.

Una vez que se concluye la técnica, se le ofrece el CD y se le aplica nuevamente la escala verbal auditiva, para conocer en qué nivel sitúa su dolor posterior a la técnica después se le sugiere que concluya su tratamiento de Hipnoterapia, con la finalidad de que revise los componentes involucrados en su dolor y evitar que en el curso de su enfermedad tenga complicaciones innecesarias.

4.4 CARTA DESCRIPTIVA

CARTA DESCRIPTIVA	
NOMBRE DEL CURSO-TALLER: MANEJO EN EL CONTROL DE DOLOR EN PACIENTES ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON HERPES ZOSTER.	
TIPO DE CURSO: VIVENCIAL	DURACIÓN: 1 SESIÓN DE 1 HR. 30 MIN. APROXIMADAMENTE.
DIRIGIDO A: PACIENTES ADULTOS CON DX. DE HERPES ZÓSTER	SEDE: CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA.

OBJETIVO GENERAL: EL PACIENTE ADULTO DIAGNOSTICADO CON HERPES ZÓSTER EXPERIMENTARÁ LA TÉCNICA DE HIPNOSIS ESTRATÉGICA ERICKSONIANA PARA LOGRAR UN MANEJO ADECUADO EN EL CONTROL DE SU DOLOR A UN MÍNIMO TOLERABLE Y QUE ATIENDA OTROS ASPECTOS EMOCIONALES IMPORTANTES EN SU PROCESO DE TRATAMIENTO.

DÍA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO TEMÁTICO	TÉCNICA	AUX. DIDÁCTICO	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
UNO	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el dolor del paciente diagnosticado con Herpes Zóster a un nivel tolerado. • Desarrollar las habilidades de autocontrol de dolor del paciente, mediante la técnica de "Autohipnosis para el diseño de escala hipnótica para control de dolor emocional o físico". • Crear una alianza terapéutica para que continúe el paciente su tratamiento hipnoterapéutico y trabaje con sus aspectos emocionales favoreciendo la reducción del estrés y facilitando una evolución favorable de su enfermedad. 	Control de dolor	"Autohipnosis para el diseño de escala hipnótica para control de dolor emocional o físico".	<p>Guion de la técnica.</p> <p>Cd (audio)</p> <p>hojas blancas, colores y bolígrafo.</p>	Escala verbal auditiva	Licenciada en psicología con formación en Hipnoterapia Estratégica Ericksoniana diplomada por la UNAM Dolores Patricia Martínez Méndez

CONCLUSIONES

El dolor es una entidad compleja en sí misma no solo por el sufrimiento que causa a la persona que lo sufre, sino por todos los componentes implícitos que están presentes en él, factores que determinan la percepción y el significado que la persona le suele otorgar y que moldean la forma de afrontamiento al mismo, sin embargo las consecuencias que genera el padecerlo trasciende a la individualidad del ser humano porque afecta al grupo cercano de convivencia (padres, pareja, hijos), al grupo social (amigos), al entorno laboral e impacta tanto a la economía individual como a la macroeconomía por los costos que la enfermedad representa; el dolor bajo estas circunstancias es en sí, una dificultad pero cuando es producto de una enfermedad infecto-contagiosa como lo es el Herpes Zóster con características que plantean un panorama de gran sufrimiento por el tipo de lesiones y la “forma” que adquiere el dolor, resulta una complicación que se torna más preocupante cuando la misma se adquiere con mayor probabilidad en la edad adulta (senectud) y con lo que implica ser un anciano hoy día en nuestra sociedad en la cual, las personas mayores aún se encuentran en una vida laboral activa. Con este panorama y con las deficiencias en la seguridad social y en la que se desempeña una actividad preponderantemente ceñida al modelo médico biológico- reduccionista con exclusión de la interdisciplinariedad la perspectiva se advierte simplemente complicada. En otro sentido la atención psicológica que aun en nuestros días advierte una estigma social, contraria a ser vista como un espacio de crecimiento personal limita el encuentro del paciente con esta disciplina y no se diga aun con un modelo como lo es La Hipnoterapia Estrategica Ericksoniana que hace uso de la Hipnosis en la psicoterapia la cual es escasamente entendida por los prejuicios y mala fama que le ha otorgado “la hipnosis de espectáculo” sin embargo es una técnica con orígenes tan antiguos como la existencia misma que ha transcurrido en un devenir zigzagueante pero que sin duda ha sido retomada y empleada por los científicos más renombrados de todos los tiempos, hoy día desmitificada cada vez más por el mismo desarrollo de la tecnología tan evolucionada y apta para develar los secretos más complejos que conforman al ser humano, probando cada vez más su eficacia en el

tratamiento del dolor de diversas patologías descrita como útil, eficaz y/o benéfica es una alternativa que si bien falta todavía mucho por investigarla y lograr consenso en los mismos teóricos que la investigan, resulta una opción viable para eficientar el tratamiento de los pacientes que padecen Herpes Zóster.

ALCANCES

Proponer un modelo de atención escasamente explorado y usado, para que pueda ser contemplado como una alternativa útil en el quehacer del psicólogo y que coadyuve a mejorar de manera precisa y en un periodo breve tiempo la atención al paciente.

Reducir el dolor de los pacientes adultos diagnosticados con Herpes Zóster y logren un manejo adecuado del mismo.

LIMITACIONES

No obstante de que la hipnosis ericksoniana es empleada e investigada en diversos círculos de prestigio mundial tal es el caso de Universidades, Hospitales, Asociaciones, etc., el desarrollo de este modelo terapéutico en México es escasamente considerado como una alternativa científica a investigar o a considerar como una especialización que represente para los estudiantes y profesionales de Psicología una opción viable para ser incluida dentro de su quehacer profesional.

REFERENCIAS

- American Psychological Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta. Ed. Adaptada para el español por la editorial Manual Moderno). México: El Manual Moderno. Morrison, J.
- Abia, J. Núñez R. (Ed.). (2012). Bases de hipnoterapia individual para adultos ericksoniana estratégica. (Disponible en Instituto Milton Erickson de la Ciudad de México. Tejocotes #43 Depto. 101, Col. Del Valle, 03100 México).
- Abia, J. Núñez R. (Ed.). (2013). Manejo estratégico del dolor físico y/o emocional con hipnosis. (Disponible en Instituto Milton Erickson de la Ciudad de México. Tejocotes #43 Depto. 101, Col. Del Valle, 03100 México).
- Abia, J. Núñez R. (Ed.). (2013). Supervisión de casos y proceso hipnoterapéutico (Disponible en Instituto Milton Erickson de la Ciudad de México. Tejocotes # 43 Depto. 101, Col. Del Valle, 03100 México).
- Alberto, D. (1999). Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 8 (2), 103-112.
- Ayala, E. (2009) Psiconeuroinmunología. Revista ámbito farmacéutico inmunología. 28 (6), 110-116.
- Barragán-Berlanga, A. Mejía-Arango, S. Gutiérrez-Robledo, L. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: Prevalencia y factores asociados. [Versión electrónica] Salud Pública de México, 49, 488-494. Recuperado en 24 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000008&lng=es&tlng=es.
- Barragán Solís, A. (2005). La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia

posherpética. Cuicuilco. Revista De Ciencias Antropológicas, 12(33), 61-78.
Recuperado de <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/4346/4300>

Barutell, C. & Montero, J. (2015). Neuralgia Post Herpética. En Cisterna, R. (Ed.). Documento de Consenso sobre Prevención de Herpes Zóster y Neuralgia Post-Herpética (pp.53-61). Bizkaia-España: Asociación de Microbiología y Salud (AMYS).

Berenzon, S; Lara, MA; Robles, R; Medina-Mora, ME. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública México, 55:74-80.

Biro, D. (2010) Is There Such a Thing as Psychological Pain? and Why It Matters. Culture, Medicine and Psychiatry, 34(4), 658–667. <http://doi.org/10.1007/s11013-010-9190-y>

Breivik H, Collett B, Ventafridda V. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. European Journal Pain. 10, 287-333.

Boníca, J., Loeser J., (S.F.) Historia de los conceptos y tratamientos del dolor. En Boníca Terapéutica de dolor. (2003) 3ra. Ed. 3-18 Mcgraw-Hill Interamericana de México.

Borja Hernández, Felipe (2013) La hipnosis actual y su relación con la terapia cognitivo conductual: una propuesta de intervención. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Cabral, A. (1993) Conceptos históricos, teorías del dolor. Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de la Nutrición, Salvador Zubirán. N. 31 Julio 1993

Cánovas M. A. B; Rodríguez R. M; Castro B. L; Pérez. A. C; López S; Román N. (2012) Tratamiento del dolor irruptivo. Revista Sociedad Española. 19(6), 318-324.

- Cañada, J.L. (2015). Tratamiento del Herpes Zóster. En Cisterna, R. (Ed.). Documento de Consenso sobre Prevención de Herpes Zóster y Neuralgia Post-Herpética (pp.63-70). Bizkaia-España: Asociación de Microbiología y Salud (AMYS).
- Cardeña, E., & Maldonado, J., & Galdón, M., & Spiegel, D. (1999). La hipnosis y los trastornos posttraumáticos.. *Anales de Psicología*, 15 (1), 147-155.
- Cardeña, E. (2014). Hypnos and psyche: How hypnosis has contributed to the study of consciousness. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 1(2), 123-138. <http://dx.doi.org/10.1037/cns0000017>
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Catalá, E. & Ferrándiz, M. (2015). Dolor neuropático II. Herpes Zóster, neuralgia postherpética. Miembro fantasma. Polineuropatía diabética. En Catalá, Elena (ed). *Manual de Tratamiento del Dolor*. (3ª. ed.) [en línea] Barcelona, España: Permanyer. Recuperado en https://www.researchgate.net/publication/290805183_Manual_del_tratamiento_del_dolor
- Carroy, J. (1991): L'invention d'un sujet expérimental: hypnose, suggestion et expérimentation. En *Hypnose, suggestion et psychologie. L'invention des sujets* 157-178, París: PUF. Traducción: Pablo Pavesi y María Victoria Sánchez. Facultad de Psicología, UBA, 2012. Recuperado http://www.elseminario.com.ar/biblioteca/Carroy_La%20invencion%20de%20un%20sujeto%20experimental.pdf
- Cerrillo, A; Gil de Miguel, A y Álvarez, M. J. (2014). Situación Actual y Epidemiología del Virus Varicela-Zóster. En Cisterna, R. (Ed.). *Documento de Consenso sobre Prevención de Herpes Zóster y Neuralgia Post-Herpética* (pp. 19-33). Bizkaia-España: Asociación de Microbiología y Salud (AMYS).

- Cisterna, R; Macho, M; Madariaga, L. (2014) Objetivos e Introducción. En Cisterna, R. (Ed.). *Documento de Consenso sobre Prevención de Herpes Zóster y Neuralgia Post-Herpética* (pp. 5-17). Bizkaia-España: Asociación de Microbiología y Salud (AMYS).
- Charcot, Jean-Martin. (2001). La fe que cura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Sin mes, 99-111. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019674007>> ISSN 0211-5735
- Chaves J. F. (1994) Recent advances in the application of hypnosis to pain management. *Am J Clin Hypn*; 37, 117-29.
- Chen, M; Wei, H; Su, T; Li, Ch; Lin, W; Chang, W; Chen, T. & Bai, Y. (2014). Risk of depressive disorder among patients with Herpes Zóster: a nation wide population-based prospective study. *Psychosom Med*. 76(4): 285–291. doi: 10.1097/PSY.0000000000000051
- Chihu Larabarragan, S. Pérez Paniagua G. (2001). Herpes Zóster en pacientes geriátricos. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Odontología.
- Crawford H. J; Knebel, T; Vendemia J. M. C; Horton J. E; Lamas, J. R. (1999) La naturaleza de la analgesia hipnótica: bases y evidencias neurofisiológicas. *Anal Psicología*, 15 (1), 133-146.
- Covarrubias-Gómez, A; Guevara-López, U; Gutiérrez-Salmerón, C; Betancour-Sandoval, J. y Córdova-Domínguez, J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 33 (4), 207-213.
- De la Portilla, N. (2005) Los Idiomas de Freud. *Revista Medigraphic Artemisa en línea*. Vol. VII Núm. 1 <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg052i.pdf>

- Del Río Portilla Y. (2006) Estrés y Sueño. Laboratorio de Sueño, Depto. de Psicología Fisiológica, Facultad de Psicología, UNAM. Revista Mexicana de Neurociencia. 7(1), 15-20.
- Drolet, M., Oxman, M. N., Levin, M. J., Schmader, K. E., Johnson, R. W., Patrick, D., Brisson, M. (2013). Vaccination against Herpes Zóster in developed countries: State of the evidence. Human Vaccines & Immunotherapeutics, 9(5), 1177–1184. <http://doi.org/10.4161/hv.23491>
- Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 55(3), 275–287. <http://doi.org/10.1080/00207140701338621>
- Erickson. H. M. (1980). La hipnosis: su renacimiento como modalidad de tratamiento. En Procter, H. (compilador) ESCRITOS ESENCIALES DE MILTON H. ERICKSON Volumen II Terapia psicológica. México: Paidós
- Etchebarne I. (2005) Hipnosis y Sugestión: desde sus orígenes hasta el surgimiento de la psicoterapia. Tesina. Universidad de Belgrano. Buenos aires-Argentina. http://hc.rediris.es/pub/bscw.cgi/4416060?client_size=1295x651
- Ewin, D. (2001) The Use of Hypnosis in the Treatment of Burns Patients. International Handbook of Clinical Hypnosis. Edit. By G.D. Burrows Stanley and P.B. Bloom.
- Fernández, J. (2006) Aspectos biopsicosociales del dolor. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas, UNAH. Tegucigalpa, Honduras.
- Freud, S. (1917) *Duelo y Melancolía*. Obras Completas. T. XIV. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

- Fisher, B. J., Haythornthwaite, J. A., Heinberg, L. J., Clark, M., & Reed, J. (2002). Intención de suicidio en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9(3), 146-156.
- Gallardo, J. (2008). La inervación sensitiva segmentaria. Dermatomas, miotomas y esclerotomas. [Versión electrónica] *Revista Chilena Anestesia*, 37, 26-38.
- Gálvez, R., Marsal, J., Vidal, J., del Real, M. A., Ruiz, M. & Rejas, J. (2006). Dolor neuropático como causa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en condiciones de práctica médica habitual: resultados del estudio naturalístico DONEGA. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 2, 81-95.
- Gary R. Elkins, Arreed F. Barabasz, James R. Council & David Spiegel (2015) Advancing Research and Practice: The Revised APA Division 30 Definition of Hypnosis, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63:1, 1-9, DOI: 10.1080/00207144.2014.961870
- Gater, A., Uhart, M., McCool, R., & Préaud, E. (2015). The humanistic, economic and societal burden of Herpes Zóster in Europe: a critical review. *BMC Public Health*, 15, 193. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1514-y>
- Gershon, A. A; Gershon, M. D; Breuer, J; Levin, M. J; Oaklander, A. L & Griffiths, P.D. (2010). Advances in the understanding of the pathogenesis and epidemiology of Herpes Zóster. *Journal of Clinical Virology*, S2-S7.
- Gondra, J. (2005) La influencia de la Hipnosis en la teoría neoconductista de C. L. Hull. 26 (2-3), 132-141.
- González, H; Miguel, J. J. (1994) Datos experimentales versus clínicos en la investigación sobre hipnosis. *Psicothema [en línea]* Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72706103>> ISSN 0214-9915
- González H. (1999) Sugestionabilidad e Hipnosis: Aspectos cognitivo-subjetivos y psicofisiológicos. Tesis de doctorado. Universidad Complutense de Madrid. <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/S/4/S4014801.pdf>

- González H. (2005) El empleo de la técnica de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor implicaciones para la psicooncología. 2 (1), 117-130.
- Guala, S. (2005) De la perturbación psíquica a la adaptación: neurobiología de la Resiliencia. En J. Moizeszowicz (Ed). "*Psicofarmacología Psicodinámica IV*" Buenos Aires: Argentina. 47-67.
- Guevara-López, U; Covarrubias-Gómez, A; García-Ramos, G; y Hernández-Jiménez, S. (2006). Parámetros de práctica para el manejo del dolor neuropático. *Revista de investigación clínica*, 58(2), 126-138. Recuperado en 07 de octubre de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003483762006000200006&lng=es&tlng=es.
- Heap, Alden y otros (2001) The nature of Hypnosis. A report prepared by a Working Party at the request of The Professional Affairs Board of The British Psychological Society. Recuperado de http://academyl.org/files/The%20Nature%20of%20Hypnosis_0.pdf
- Ibáñez, A; Vargas, E; Canales-Johnson, A; Lanfranco, R. (2012). Neurobiología de la hipnosis y su contribución a la comprensión de la cognición y la conciencia. *Anales de Psicología*. 1003-1010.
- Infante P. y Moix J. (2005) ¿Sienten el dolor del mismo modo los diferentes grupos étnicos? Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.
- Jaén, O. P y Rodríguez, P. C. (2014). Clínica y Afectación de la Calidad de Vida en Herpes Zóster. En Cisterna, R. (Ed.). *Documento de Consenso sobre Prevención de Herpes Zóster y Neuralgia Post-Herpética* (pp. 5-17). Bizkaia-España: Asociación de Microbiología y Salud (AMYS).
- Jones, E. (1981) *Vida y obra de Sigmund Freud*. edic abreviada. Barcelona, España: Anagrama. disponible en <http://psikolibro.blogspot.com>

- Karlin R. Hypnosis in the Management of Pain and Stress. Mechanisms, Findings, and Procedures In Principles and Practice of Stress Management 3^o ed. (Edis) Paul M. Lehrer Robert L. Woolfolk Wesley E. Sime
- Kim, E. K., Kim, H. O., Park, Y. M., Park, C. J., Yu, D. S., & Lee, J. Y. (2013). Prevalence and Risk Factors of Depression in Geriatric Patients with Dermatological Diseases. *Annals of Dermatology*, 25(3), 278–284. <http://doi.org/10.5021/ad.2013.25.3.278>
- Klinger, J. C; Herrera, J; Díaz, M. L; Jhann, A. A; Ávila, G. I; & Tobar, C. I. (2005). La Psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 36(2), 120-129.
- Kopf, A., Patel, N. (2010). Guide to Pain Management in Low-Resource Settings. International Association for the Study of Pain. Seattle: USA disponible en: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Guide_to_Pain_Management_in_Low-Resource_Settings.pdf
- Lanfranco, R. (2010). Hipnosis clínica y psicoterapia: Una propuesta integrativa para el tratamiento de la depresión unipolar. *Trast Ánimo*, 6, 37-48.
- Lee J. S; Pyun Y. D. (2012) Use of Hypnosis in the Treatment of Pain. *Korean Journal Pain*. 25(2) 75-80. <http://dx.doi.org/10.3344/kjp.2012.25.2.75>
- López, F. A; Iturralde, G. de D. F; Clerencia, S. M. & Galindo O. de L. J. (2006). Dolor. En (Varios autores). *'Tratado de Geriatria para residentes'*. Madrid-España. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 721-731.
- López, T. (1996). Definición y clasificación de dolor. [Versión electrónica] servicio de Publicaciones UCM-Madrid. (4), 49-55.
- Marin, M., Harpaz, R., Zhang, J., Wollan, P. C., Bialek, S. R., & Yawn, B. P. (2016). Risk Factors for Herpes Zóster Among Adults. *Open Forum Infectious Diseases*, 3(3), 119. <http://doi.org/10.1093/ofid/ofw119>

Medicamentos Caseros Historia de Remedios de Nuestros Abuelos Recetas
http://historiaybiografias.com/remedios_antes/

Medina, ME; Borges, G; Lara, C; Benjet, C; Blanco, J; Fleiz, C; Villatoro, J; Rojas, E; Zambrano, J; Casanova, L; Aguilar, S. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México Salud Mental, 26 (4), agosto, , pp. 1-16 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>

Mendoza, M; Capafons, A. (2009). Eficacia de la Hipnosis Clínica: Resumen de su evidencia empírica. Papeles del Psicólogo, 98-116.

Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 9, 525-532.

Moix J. (2005) Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. [Versión electrónica] Facultad de Psicología Universidad de Barcelona. Anuario de Psicología, 36(1), 37-60.

Montgomery, H; Schnur, J. B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. Papeles del Psicólogo. 25, (89), 3-8.

Moreno, J. M. (4 de Mayo, 2015). Mexicanos trabajan mucho, gana mal y se retiran tarde. Excelsior, recuperado de <http://www.dineroenimagen.com/2015-05-04/54940>

Moya, M. S. Mascias, C. (2005) Herpes Zóster en urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Centro de Salud de las Matas. Madrid, 17: 75-84.

Muñoz E. (2006) Dolor Crónico y Analgesia Hipnótica. Boletín El Dolor. 15 (45), 34-40.

- Nalamachu, S., & Morley-Forster, P. (2012). Diagnosing and Managing Postherpetic Neuralgia. *Drugs & Aging*, 29(11), 863–869. <http://doi.org/10.1007/s40266-012-0014-3>
- Nardone, G. Lorigo, G. Zeig, J. & Watzlawick, P. (2008) *Hipnosis y terapias hipnóticas*. Barcelona, España: Novagrafik
- Neira, F & Ortega J. L. (1998). La neuralgia postherpética. ¿Un problema sin resolver? *Revista Sociedad Española Dolor*. 5 (2), 128-143.
- Pacheco, M. (2002) LA “HIPNOSIS ERICKSONIANA” 22 AÑOS DESPUÉS (DE LA MUERTE DE ERICKSON) Trabajo presentado en el 3er. Encuentro de Psicoterapeutas Ericksonianos de América Latina; Florianópolis, recuperado
- Pérez-Cajaraville, J., Abejón, D., Ortiz, J. R., & Pérez, J. R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(6), 373-384.
- Puebla F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 33-37. Recuperado en 10 de enero de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es&tlng=es.
- Revenstorf, D., “Hipnoterapia: Su Estado Empírico y Teórico” en *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 3 (2), 1998.
- Rivera, A. (01 de marzo, 2017). Disminuye carencias sociales en cinco años. *El Universal*, Recuperado de <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/03/1/disminuy-en-carencias-sociales-en-cinco-anos>
- Rocamora G.-Valls (2011) Freud y la Hipnosis. *Hipnológica*, 4:4-14 disponible en http://www.hipnologica.org/articulos_pdf/numero4/Freud_y_la_Hipnosis.pdf

Rodríguez, P. (2011) "Hipnosis: fundamentos fisiológicos e investigativos". Tesis presentada en opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas. Santiago: Cuba <http://tesis.repo.sld.cu/571/>

Rodríguez, P. M. y Rodríguez, M. (2011). Argumentación de la teoría científica: modo de funcionamiento subconsciente del cerebro en estado hipnótico. MEDISAN, 15(7), 975-991. Recuperado en 07 de noviembre de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000700013&tlng=es.

Samano, A. Abia, J. (1996) El Recurso de la Hipnosis Ericksoniana en Anestesiología. Medigraphis-Artemisa [en línea] <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-1996/cma961i.pdf>

Sánchez-Barranco, A. (1993) "El caso Ana O" Una reconstrucción histórica. Revista de historia de la Psicología 1993. 14 (3-4), 445-450. [En línea] www.revistahistoriapsicologia.es/app/.../41.+SÁNCHEZ-BARRANCO.pd...

Serrano-Atero M. S, Caballero, J; Cañas, A; García-Saura, P. L; Serrano-Álvarez, C. & Prieto, J. (2002) Pain assessment. Rev Soc Esp Dolor. (9) 94-108.

The Nature of Hypnosis (2001). A report prepared by a Working Party at the request of The Professional Affairs Board of The British Psychological Society. *The British Psychological Society. (1-15)*.

Téllez, A. *Hipnosis Clínica: Un Enfoque Ericksoniano*. México: Trillas, 2007.

Truyols, M. M; Pérez, J; Medinas, M. M; Palmer Pol, A; Sesé Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. Clínica y Salud. 19 (3), 295-320 disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617473003>

Yapko, M.D. (1999) *Lo esencial de la hipnosis*. Barcelona: Paidós.

- Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M., & Bech, P. (2016). Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7, (108). <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00108>
- Walker, W. (2016) Guidelines for the Use of Hypnosis: When to Use Hypnosis and When not to Use. *Australian Journal*, 41. Recuperado http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/10330_AJCEH_2016_FINAL.pdf#page=45
- Williamson, A. (2004), A case of post-herpetic neuralgia treated with self-hypnosis and imagery. *Contemp. Hypnosis*, (21) 146–149. doi:10.1002/ch.299
- Zevallos, J. (2011) Hipnoterapia Ericksoniana. *Temát. psicol.* 7(1) en http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/revista_tematica_psicologia_2011/quezada_zevallos.pdf

ANEXO

EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

NOMBRE DEL PACIENTE	F. DE NACIMIENTO
ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
EDO. CIVIL	RELIGIÓN
TELÉFONO	DIRECCIÓN

OBJETIVOS QUE BUSCA ALCANZAR EL PACIENTE CON ESTAS SESIONES DE HIPNOTERAPIA

2 DEFICIENTE	4 SUFICIENTE	6 BUENO	8 MUY BUENO	10 EXCELENTE
---------------------	---------------------	----------------	--------------------	---------------------

OBJETIVOS DEL PACIENTE	INICIO DEL TX	FINAL DEL TX