
La hipnosis como auxiliar para el tratamiento acupuntural

Trabajo del Diplomado Acupuntura Medicina Tradicional China



TlahuiEdu A.C.

Estudiante: **Matías Arrizabalaga**
Profesor: **Mario Rojas Alba**

Mérida, Yucatán, a 15 de Julio de 2010

Todos los Derechos Reservados. La edición digitalizada de la tesina, **La hipnosis como técnica auxiliar de la acupuntura** del Diplomado de Acupuntura y Medicina Tradicional China, de TlahuiEdu, del autor Matías Arrizabalaga, es una obra intelectual protegida por los derechos de autor reconocidos internacionalmente, igualmente en lo conducente por la legislación de México y Canadá, © *copyrights* a favor de Tlahui y el autor, quienes detentan los derechos exclusivos para su uso en la Internet, en disquetes, *compact-disk*, o en cualquier otra forma de explotación. Está prohibida y penada su copia, reproducción total o parcial en cualquier forma, esta copia es para el uso gratuito de los estudiantes inscritos a los cursos de TlahuiEdu, para los lectores de Tlahui (www.tlahui.org) y público en general; está penada cualquier copia o uso con fines de lucro, y prohibida la transferencia por cualquier medio que no sea desde el sitio oficial de Tlahui. La inscripción a los cursos y diplomados se puede realizar en: <http://www.tlahui.com/educa7.htm>. Este trabajo puede solicitarse gratuitamente a educa@tlahui.com.

Advertencia / warning / avertissement / warnung: Se advierte al lector que el autor y editor de esta tesina no se responsabilizan de los errores u omisiones, ni tampoco de las consecuencias que pudieran derivarse de la aplicación de la información contenida en esta obra; por esta misma razón, no se emite ninguna garantía, formal o implícita, sobre el uso y contenido de la publicación. Igualmente se informa que este material se edita sin fines de lucro y con el propósito de dar a conocer la medicina tradicional, en todo caso, la responsabilidad es sólo de quien le dé alguna aplicación.

Presentación

Este trabajo está pensado y planteado desde la existencia de dos situaciones fundamentales en la práctica de la acupuntura, como son:

- La presencia de la fobia en el paciente hacia las agujas conocida como belenofobia y/o al pánico a sentir dolor por las mismas.
- En determinados pacientes se presenta la situación que éstos tienen una resistencia muy baja al dolor y que efectivamente una técnica hipnótica de anestesia local conocida como "técnica de guante" puede ser empleada para una acupuntura sin dolor.

En este trabajo se expone una introducción a la hipnosis, un breve recorrido por la historia y el desarrollo de técnicas que un acupunturista puede aplicar en caso de encontrarse con pacientes que presenten las circunstancias anteriormente mencionadas.

Muchas de las fobias o tensiones corporales que impiden un estado de calma se dan por falta de relajación. El estado natural del ser humano cuando no siente dolor y sus necesidades básicas están cubiertas es el de la relajación, prueba de ello es observar durante un rato a un recién nacido que está sano, alimentado, limpio y con una temperatura ambiental adecuada y ver el estado apacible en que se encuentra.

Pero ese estado por desgracia no suele ser el habitual a medida que vamos creciendo. Una manera muy común que tiene la gente de evitar ponerse en contacto con las emociones es tensar, inconscientemente los músculos.

Dedicar unos minutos a la relajación diaria es de suma importancia para mantener la salud física, mental y emocional. A continuación se mencionan algunos de los beneficios que la práctica de la relajación aporta a nuestro organismo:

- Disminución de la ansiedad. - Aumento de la capacidad de enfrentar situaciones estresantes. - Estabilización de las funciones cardíaca y respiratoria. - Aumento de la velocidad de reflejos. - Aumento de la capacidad de concentración y de la memoria. - Aumento de la eficiencia en la capacidad de aprendizaje. - Incremento de la habilidad para relajarse cada vez que lo necesite esté donde esté. - Sintonización armónica de la mente y el cuerpo. - Aumento de la capacidad de reflexión. - Aumento de la tendencia natural de conocerse a sí mismo. - Aumento de la disposición del organismo a curarse a sí mismo. - Incremento de la capacidad creativa. - Mejor disposición para tratar a gente "tóxica" (Personas que nos invitan a sentirnos mal). - Aumento considerable de la capacidad de visualización interna dirigida. - Aumento de la facilidad de pensar en positivo. - Tendencia creciente al mejoramiento de la auto imagen positiva. - Aumento de la confianza en sí mismo. - Aumento de la temperatura cutánea. - Disminución de la tensión arterial. - Mejora en la circulación sanguínea. - Normalización de la respiración. - Modificaciones electroencefalográficas de ondas Beta a ondas Alfa. - Sensación de eliminación de tensiones. - Aumento de la recuperación física y mental. - Aumento de la oxigenación cerebral. - Ensanchamiento del campo de conciencia. - Mejora en la calidad del sueño. - Mayor facilidad para recordar los sueños acontecidos mientras se duerme.

Por todo lo anterior, para un acupunturista, tener al paciente en un estado de relajación profunda o hipnoide durante la sesión será incrementar los beneficios de la terapia es altamente benéfico. Es entonces a tener en cuenta como acupunturista que la aplicación de esta técnica es apta y propia

para todo tipo de pacientes independientemente de su sensibilidad al dolor o de la presentación de alguna fobia a la terapia o los elementos de la misma.

Introducción

Cada saber científico en su origen se encuentra con dos elementos fundamentales para partir del principio de su estudio, que son, el asombro y la superstición como base de todo conocimiento. Si recorremos el camino con el que han evolucionado las ciencias modernas en sentido inverso, es decir, desde la actualidad hasta sus inicios, veremos que todas ellas establecen sus primeras formulaciones sobre la base de creencias, mitos y rituales, que con el transcurso del tiempo fueron progresivamente dejadas de lado y estigmatizadas bajo el rótulo de “ciencias ocultas”. De esta manera la alquimia precedió a la química y la astrología a la astronomía. Con el transcurrir del tiempo, las diferentes disciplinas científicas fueron progresivamente desprendiéndose de tales mitos y prejuicios hasta llegar a constituir hoy en día, los modelos explicativo-predictivos que conocemos, tomados como verdades absolutas que nadie osa criticar.

Otras ideas no siguieron esta evolución: quedaron estancadas o bien siendo relegadas al olvido, o bien continuando su tránsito por la historia bajo la forma esotérica u ocultista, en franca oposición a la tradición racionalista que fue el trampolín para la ciencia moderna. En esta categoría se encuentra, ya desde hace muchos años, la hipnosis y la sofrología.

Lamentablemente es difícil en estos tiempos que vivimos hablar de hipnotismo dentro o con bases en una comunidad totalmente científica ya que aún esta técnica que pertenece al grupo de terapias conductuales no se ha posicionado en las leyes del método científico. Sin embargo es plausible el trabajo que se ha logrado a lo largo de la historia y de los sabios exponentes de la hipnosis que se ha logrado mantener la técnica viva y en el interés tanto de psicólogos humanistas o conductuales, como así también en las personas que al mantener su interés en ella hacen que ésta siga viva.

Cada iniciativa personal de estudio científico aparece y desaparece con su autor, y no alcanza a plasmarse como una modalidad del conocimiento universalmente aceptado. Si hubo algún intento en este sentido, fue desalentado inmediatamente por la iglesia o la comunidad científica de la época cuando se pensaba que el estado de hipnosis era un estado de posesión satánica o espiritualista.

Si estudiamos la línea de tiempo en la historia de la hipnosis, existen suficientes motivos como para pensar que el hipnotismo es tan antiguo como la humanidad, ya que en todos los países y épocas históricas se encuentran documentos, pinturas, bajorrelieves, etc., que prueban la universalidad de su práctica. Por ejemplo, han sido encontrados numerosos grabados en los templos de Isis, diosa egipcia de la naturaleza, en los cuales aparecen sus adoradores en posturas inequívocamente características del trance hipnótico. De hecho, *“los primitivos reyes-sacerdotes utilizaban vírgenes hipnotizadas para que les trajeran los mensajes de los dioses, y en tiempos tan cercanos como los bíblicos, los sumos sacerdotes del Khem utilizaron el hipnotismo en masa para calmar las murmuraciones del pueblo”*.¹

Durante la Edad Media el hipnotismo fue entendido como una práctica ligada a lo demoníaco, y era declarado hereje todo aquel que lo practicara. No obstante, existían ciertos estados enaltecidos por

¹ Apuntes de la Carrera de Parapsicología del Instituto Mexicano de Parapsicología – Mérida México – <http://www.imexpar.com.mx> - 2004. Número 2.

el culto oficial, el cristianismo, que presentan muchas similitudes con el trance hipnótico: **los estados de éxtasis místico**.

Como muchas otras ideas, el hipnotismo permaneció entonces durante mucho tiempo relegado de la consideración pública, e incluso degradado hasta convertirse en artimaña del demonio hasta que llegamos al siglo XVIII, donde floreció como una "nueva ciencia", gozando nuevamente de una respetabilidad temporaria. El hecho de que en esta época comiencen a prevalecer las verdades de la razón sobre las verdades de la fe nos permite entender por qué el hipnotismo dejó de ser una práctica de tono religioso para pasar a ser un instrumento dedicado a la curación "**científica**". En ese entonces la medicina fracasaba enormemente ante el desafío de la nueva era industrial y las enfermedades que a ella acompañaban.

Algunos médicos se apartaron de las terapéuticas ortodoxas en un esfuerzo desesperado por encontrar un nuevo curallotodo que les permitiera recuperar sus pacientes. Algunos llegaron hasta a crear fantásticos artilugios destinados a lograr curaciones igualmente fantásticas.

Entre estos artilugios podemos citar la batea magnética que contenía un fluido que circulaba a través de varillas metálicas hasta los cuerpos de las personas, lo cual les provocaba crisis convulsivas; el "árbol magnetizado" del Marqués de Puységur, más relajante y menos convulsivo; y también ciertos medios mecánicos visuales como por ejemplo los espejos rotativos, las bolas hipnóticas, los hipnodiscos, las sortijas hipnóticas, etc. Por ejemplo, un espejo rotando sobre su eje tiende a hipnotizar en forma suave y gradual.

La impotencia de la medicina fue entonces, en aquella época, el terreno fértil sobre el cual crecieron y se expandieron las prácticas hipnóticas. El hipnotismo irrumpe ganando su propio espacio en detrimento de terrenos cedidos por la medicina oficial de la época. La eficacia de esta medicina, a pesar de su estamento oficial, era harto cuestionable, fundamentalmente por la escasez de recursos con los que contaba y por la estrechez mental de aquellos que la practicaban.

Breve historia de la hipnosis contemporánea

La hipnosis contemporánea empezó con Franz Antón Mesmer, quien introdujo el *magnetismo animal* (hipnosis) en Francia en 1778 y fue desacreditado por una comisión enviada por el rey Luis XVI integrada, entre otros, por Benjamin Franklin. En el siglo XIX en el Reino Unido, dos cirujanos llevaron a cabo cientos de procedimientos quirúrgicos y utilizaron la hipnosis como anestésico, con tasas de morbilidad increíblemente bajas para la época. La hipnosis del siglo XX se vio influenciada por técnicas contrastantes de sugestión indirecta combinada con psicoanálisis y de sugestión directa e inducción al estado de trance profundo mediante regresión a la infancia.

Aceptación de la hipnosis en medicina

La aceptación de la hipnosis en medicina evolucionó en forma lenta. En 1958, la *American Medical Association* publicó un informe que indicaba que "podrían existir usos definidos y apropiados de la hipnosis en la práctica médica y odontológica". En 1961, la *American Psychiatric Association* reconoció que "la hipnosis tiene aplicaciones definidas en varios campos de la medicina" y que los médicos debían acudir a los especialistas en psiquiatría para recibir educación en este aspecto.

Podemos mencionar a parte de los ya comentados en líneas anteriores un exponente de la hipnosis el doctor **James Braid** (1795-1860), de origen británico, médico cirujano de Manchester, es considerado el padre del estudio científico del hipnotismo. Desde una posición racional y escéptica, Braid fue desestimando desarticulando poco a poco las originales afirmaciones de Mesmer y sus seguidores.

Luego de asistir a una primera demostración pública, rechazó Braid el fenómeno por considerarlo incompatible con la inteligencia científica. No obstante esto, su curiosidad lo obligó a concurrir a una segunda demostración, a partir de la cual Braid comenzó a interesarse francamente en el tema.

Por empezar descartó de plano todas las teorías que hablaban de “fluidos magnéticos”, considerándolas meras fabulaciones sin posibilidad de verificación, y orientó sus investigaciones hacia la búsqueda de causas físicas que motivaran un estado semejante al descrito por el mesmerismo. **Pensó que el cansancio de la vista podría paralizar los nervios ópticos provocando un estado similar al del sueño.** Experimentó con un amigo pidiéndole que fijara su vista sobre el cuello de un florero, y el sujeto respondió desembocando en un sueño liviano.

Braid era un hombre de ciencia y un experimentador que no sustentaba explicaciones de orden mágico o místico. Fue el primero en determinar que el sueño hipnótico puede inducirse por medio de agentes físicos y creó el término “hipnotismo” sobre la base etimológica “hypnos”, que en griego significa sueño.

Las investigaciones y los artículos publicados por Braid no fueron demasiado reconocidos por sus colegas ingleses, pero en cambio despertaron el interés de los investigadores franceses. Así, el Profesor Azam, de burdeos, reprodujo los experimentos de Braid, publicó sus resultados y afirmó que efectivamente era posible producir anestesia durante el sueño hipnótico.

El concepto fisiológico – y no mágico – de hipnotismo fue formulado en el transcurso de todas estas investigaciones como un exceso de energía nerviosa que durante el sueño no es consumida por los procesos mentales habituales y que tiene un efecto acumulativo: así, el sueño hipnótico no era otra cosa que el resultado de una superabundancia de energía nerviosa no utilizada.

En este contexto fue también descrito el mecanismo íntimo que se suponía se ocultaba tras el fenómeno hipnótico. La afirmación consistía en que un sentido excitado provocaba la inhibición de las acciones de una parte determinada del cerebro, y al hacerlo permitía que se produjese una impresión mental por medio de la sugestión, de una intensidad igual a la que recibían los cinco sentidos en circunstancias normales. Con semejantes conceptos, Braid no sólo estaba desterrando la teoría del influjo magnético de Mesmer, sino también la concepción según la cual la hipnosis proviene de un poder personal del hipnotizador: la causa del sueño hipnótico, terminó creyendo Braid, está en el interior del mismo hipnotizado.

Otro rasgo que nos obliga a considerar a Braid como un experimentador científico fue, también, su creencia de que la hipnosis no constituía en modo alguno una panacea universal, siendo para él solamente **un recurso más en la lucha contra la enfermedad y el dolor.**

Dos corrientes muy importantes en el estudio de la hipnosis

LAS ESCUELAS DE NANCY Y DE PARÍS

Poco a poco las experiencias sobre hipnosis comienzan a difundirse cada vez más entre los investigadores médicos y cada vez menos como espectáculo público. La polémica en torno a esta actividad va progresivamente desplazándose: poco a poco deja de centrarse entre una autoridad que no le reconoce verosimilitud ni seriedad y ciertos médicos que realizan furtivamente investigaciones, para instaurarse como discusión entre las distintas corrientes médicas respecto de su naturaleza y su procedimiento, aunque ya no de su utilidad.

En este último sentido tiene genuina importancia la polémica entre las Escuelas de Nancy y de la Salpêtrière de París, fundadas respectivamente por Bernheim y por Charcot, escuelas que centraron sus discrepancias en torno al problema de la interpretación del mecanismo de producción de los fenómenos hipnóticos.

LA ESCUELA DE NANCY (Bernheim)

Hyppolite Marie Bernheim (1840-1919) funda la escuela de Nancy y publica, durante 1886, su obra "De la sugestión y de sus aplicaciones a la terapéutica", obra que fuera traducida por Freud ese mismo año.

Ya en el prólogo de su trabajo desecha Bernheim la palabra magnetismo, dándole prioridad al término sugestión como instancia fundamental del fenómeno hipnótico. Comprendió también que los llamados fenómenos magnéticos o astrales tenían lugar en el terreno exclusivo de lo psíquico: un estado de sugestionabilidad exaltada, producida por la concentración del espíritu en una forma especial en el trance hipnótico, era lo que producía que el fenómeno apareciera. Tal doctrina era también sostenida por Ambroise Liébeault, médico de la escuela de Nancy.

Las primeras investigaciones de Liébeault fueron publicadas en 1886, y reunidas en un volumen titulado "Del sueño y de sus estados análogos considerados sobre todo, bajo el punto de vista de la acción de la parte moral sobre la parte física". En 1881, el profesor Dumont, siguiendo las ideas de Liébeault experimentó con éxito en el asilo de Meréville, presentando posteriormente (1882) a la Sociedad de Medicina de Nancy y a cuatro sujetos sobre los que produjo cierto número de experiencias hipnóticas que fueron notoriamente apreciados por los médicos de la Sociedad.

LA ESCUELA DE PARÍS (Charcot):

Jean Martin Charcot (1825-1893) funda la Escuela de la Salpêtrière (París), en oposición a la escuela de Nancy, inspirado fundamentalmente por las investigaciones de Burqq. Charcot fue también un pionero en la sistematización de los distintos grados de sueño hipnótico, que condensó en uno de sus trabajos titulados "sobre la distinta nosografía de las diferentes fases comprendidas bajo el nombre de hipnotismo".

Fue Charcot ante todo un eminente neurólogo que, interesado por la hipnosis, sin embargo **jamás hipnotizó personalmente**. Todas las pacientes histéricas del Hospital de la Salpêtrière eran hipnotizadas por sus asistentes, y bastaba darles la señal condicionada del sueño para que entraran en trance hipnótico. La circunstancia de tratar con personas histéricas, fácilmente sugestionables, llevó a Charcot a la apresurada conclusión de que el trance hipnótico era una exclusiva manifestación histérica. Por supuesto tal afirmación fue rápidamente desmentida por Liébeault que, apoyado en una práctica de más de 20 años, afirmaba que cualquier persona, histérica o no, y fuera cual fuese su condición psicológica o social, era susceptible de ser hipnotizada.

La poco flexible posición de Charcot generó una polémica que involucró a una gran parte de los neurólogos e hipnólogos de la época. Las conclusiones de Charcot, si bien no perturbaron la evolución de las ideas sobre el hipnotismo, lograron por lo menos desviarlas momentáneamente, ya que el prestigio alcanzado por Charcot en el campo de la neurología lo investía de la autoridad científica necesaria y suficiente como para tornar aceptable cualquiera de sus afirmaciones. Todas las investigaciones ulteriores, incluso la de nuestros días, muestra que, al contrario de lo que Charcot afirmaba, las personas con características histéricas **son las menos influenciadas por la hipnosis**.

Cabe, sin embargo, rescatar a Charcot para la historia del hipnotismo en una fase crucial de su historia, rescatándolo de una muerte casi segura. En efecto. “sus ensayos y conferencias en la Academia francesa de Ciencias merecieron la atención mundial pues era una autoridad demasiado grande en su propia especialidad para que pudieran ignorarlo siquiera los más grandes escépticos. El abrió un camino que dio ímpetu a muchos exploradores de la mente, que siguieron brevemente sus pasos para tomar luego sus propios caminos como precursores”.

Desde Charcot hasta las primeras investigaciones de estos precursores a comienzos del Siglo XX, hubo pocos avances, y siempre en torno a los mismos problemas que se situaban en torno a las concepciones de James Braid. Podemos sintetizar en breves conceptos el estado de las concepciones sobre hipnotismo hasta fines del siglo XIX, tomando como referencia un informe presentado por la *British Medical Association*, donde sumariamente quedaba especificado lo siguiente: los fenómenos hipnóticos son auténticos, lo cual no autoriza a nadie a aceptar la teoría del magnetismo animal. Entre los fenómenos conseguidos bajo hipnosis se encontraron la alteración de la conciencia, la limitación temporal de la voluntad, una mayor receptividad para sugerencias extrañas, ilusiones, alucinaciones, exaltación de la atención y permanencia útil de sugerencias post-hipnóticas.

Asimismo, se consignaban fenómenos físicos como anestesia, hiperestesia, catalepsia, profundidad respiratoria, etc. se concluyó también que el término “hipnotismo” no traducía bien la naturaleza del fenómeno, pues la hipnosis es bien distinta al sueño habitual, y que la hipnosis es un agente terapéutico eficaz en el alivio de dolores, en el tratamiento de la embriaguez y en la posibilidad de realizar actos quirúrgicos sin sufrimiento. Asimismo, se prescribió que podía hipnotizarse a hombres, y a mujeres en presencia de familiares o personas del sexo femenino, y se condenó vehementemente el empleo del hipnotismo para otros fines que no fueran específicamente terapéuticos.

Debido a que la hipnosis se usaba fundamentalmente como medio de anestesiar pacientes, el florecimiento de la anestesia química hizo que la hipnosis entrara en una fase de receso. Antes de referirnos a la obra de Freud en este sentido, y a la evolución ulterior del pensamiento sofrológico, habremos de detenernos brevemente en la obra de Pavlov, desarrollada hacia fines del siglo XIX y comienzos del XX.

Es importante mencionar que en México se crea el 27 de julio de 1992 la Federación Mexicana de Hipnosis A.C. brindando un espacio de divulgación científica para los hipnoterapeutas en sus diferentes áreas enfatizando la atención clínica.

Definiendo la Hipnosis

La hipnosis es un estado natural de concentración y relajación enfocadas. Estar en estado hipnosis, es llevar al paciente a un estado de conciencia natural que el ser humano posee, entendiendo a la hipnosis como un proceso tan humano como el respirar o cualquier otra función fisiológica. La hipnosis es una forma de relajar y hacer a un lado la mente consciente (aquí es donde radica el mecanismo de fuerza de voluntad y resistencias) mientras al mismo tiempo se activa el inconsciente.

El inconsciente es susceptible a ser sugestionado directamente y cada sugestión luego es percibida por la parte de la mente consciente y de esa forma posibilitar al individuo a actuar con mayor facilidad y eficiencia.

Manera de describir la hipnosis – Fórmula
<i>DESVIACIÓN DE LA ATENCIÓN +CREENCIA+EXPECTATIVA=HIPNOSIS</i>

Es un estado natural de conciencia, mediante el cual la persona puede experimentar cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conductas; por medio de sugestiones creadas en el momento de experimentar cierto tipo de profundidad al momento de relajarse. Es decir, es la habilidad para usar las palabras y los gestos de manera particular con el fin de conseguir resultados específicos dependiendo de la situación a tratar.

Procesos de cambio interno-externo en una persona hipnotizada

Cuando una persona está en trance hipnótico, presenta múltiples cambios a nivel fisiológico, motor y cognitivo; éstos dependerán de muchos factores, como profundidad del trance, experiencia que se esté viviendo, características propias de la persona, etc., pero algunos de los más frecuentes que se suelen producir son:

Nivel Fisiológico:

- Cambios en la actividad eléctrica del cerebro, con predominio de ondas alfa en frecuencia e intensidad (entre 7 y 14 Hz.).
- Disminuye la actividad del Sistema Nervioso Simpático.
- Mayor actividad del hemisferio derecho (responsable de la parte emocional, artística, intuitiva...) y estructuras subcorticales, disminuyendo la actividad del hemisferio izquierdo (responsable de la parte lógica, racional, cognitiva...).
- Reducción del consumo de oxígeno.
- Hiperestésias (mayor sensibilidad de la piel: hormigueos, picores, entumecimientos...), analgesia (ausencia de dolor) o anestesia (ausencia de sensibilidad).
- Lagrimeo.
- Cambios en el ritmo respiratorio y cardíaco, en la presión, temperatura (generalmente en todos hay una disminución), en la dilatación pupilar, el color de la piel (generalmente palidez), etc.

Nivel Motor:

- Aplanamiento de la cara.
- Cesa el reflejo de tragar saliva.
- Cambios en la postura, en el movimiento de ojos y párpados
- Movimientos involuntarios, tics, en diversas áreas corporales (dedos, piernas, cabeza...).
- Relajación física en algunas zonas (mandíbula, cuello...) y catalepsia o rigidez en otras (manos, dedos, brazos...)
- Disminución general de movimientos.
- Confluencia ocular o unión de ambos ojos, en un punto superior al entrecejo.

Nivel Cognitivo:

- Desinterés por lo que se sucede en el mundo exterior y focalización de la atención en el interior.
- Distorsión del tiempo (generalmente "condensación" o tener la sensación que ha pasado menos tiempo del real), desorientación espacio-temporal.
- Incremento en la capacidad para recordar, elaborar imágenes y fantasear; amnesias parciales.
- Mayor facilidad para aceptar sugerencias y sugerencias.
- Aumento del tiempo de reacción y retardo en la creación de pensamientos lógico-racionales; somnolencia.
- Disociación de la conciencia o percepción independiente entre el cuerpo y la mente.
- Aumento de la comunicación no verbal.

GRADOS DE PROFUNDIDAD HIPNÓTICA

Una pregunta o duda muy común que aparece con respecto a la hipnosis es el interés de saber hasta qué grado de profundidad o cuánto sueño va a tener la persona hipnotizada. Muchos investigadores y autores de libros han escrito sobre los grados hipnóticos y la variedad es amplia. Metiéndonos en el mundo de la hipnosis y en la profundidad de sus estados podemos encontrar en síntesis los siguientes grados de profundidad hipnótica:

Esta es la clasificación de Eric Barone. Vamos a clasificar los estados de la hipnosis según los "tipos" de sugerencias aceptadas por el sujeto en ese estado. En orden de profundidad son Z1, Z2 y Z3. (El estado normal sería el Z0)

El estado Z1 (leve)

En este estado, el sujeto es consciente de todo lo que ocurre. Duda de su estado de hipnosis, pero cuando despierte, evaluará el tiempo incorrectamente. Creerá que han pasado diez minutos cuando en realidad ha pasado media hora. Las sugerencias que se aceptan en este estado deben ser sugerencias positivas, afirmativas o progresivas. Tomando el ejemplo de un fumador decidido a dejar de fumar. Las sugerencias posibles en Z1 son: siente sus pulmones despejados, su deseo de fumar disminuye, tiene ganas de respirar mejor, etc.

El estado Z2 (profundo)

En este estado, el sujeto tiene adormecidas sus facultades críticas. Continúa comunicándose y sigue recibiendo mensajes del mundo exterior, pero cuando se despierte no recordará nada de lo que ha sucedido.

En comparación con el Z1, este estado permite al sujeto aceptar una inhibición. Una prohibición se incorpora bastante profundamente en su comportamiento. En el caso del fumador, este estado permite sugerencias como: "Cada vez que encienda un cigarrillo sentirá náuseas"

El estado Z3 (Muy profundo)

En este estado, el sujeto pierde la conciencia; ha roto toda relación con el mundo exterior; no escucha nada y se comporta como si estuviera anestesiado.

Este estado se conoce como estado de fuga. Cuando el sujeto rehúsa una sugerencia, o no consigue despertar, se refugia en un estado más profundo, el Z3. En este estado se pueden regular sensaciones de anestesia total y absoluta, sin embargo no es necesario llevar al paciente a este estado para realizar una hipnosis para anestesia.

La sugestión

La sugestión cumple en el campo de la hipnosis un papel muy importante, ya que de ella depende el logro de la técnica. Sugestionar es conducir a una persona a representarse mentalmente en tal o cual estado.

La hipnosis es un estado intermedio entre la vigilia y el sueño, un estado letárgico que contiene un poco de cada uno de los dos mencionados. La diferencia es que en el estado de hipnosis se pueden provocar en el paciente descargas motrices (movimientos), cosa que no se logra en el sueño.

Una persona en un estado hipnótico está abriendo la ventana de su inconsciente bajándonos las barreras del consciente, por lo cual debemos como hipnotizadores muy concentrados y ser muy precavidos, ya que una mínima contradicción o equivocación en el contenido de las frases de inducción pueden frustrar el resultado positivo.

Debemos tener en cuenta que cada persona es diferente y por lo tanto algunas son más propensas que otras a ser hipnotizadas, esto tiene relación con las estructuras psicológicas o la personalidad del individuo, técnicamente se los llama sujetos "SUGESTIONABLES" o "NO SUGESTIONABLES"

PERSONAS A LAS QUE NO SE DEBE HIPNOTIZAR:

- Personas con cualquier grado de epilepsia.
- Personas con síntomas de histeria.
- Personas con trastornos en la personalidad (estructuras psicológicas): Neuróticas (consciente), Psicóticas (inconscientes).
- Personas bajo influencias de emociones violentas.

PERSONAS FÁCILMENTE HIPNOTIZABLES:

- Personas acostumbradas a la disciplina (es decir acostumbrados a recibir órdenes, personas que han participado de la marina, del ejército, de la armada, etc.)
- Los niños y adolescentes (entre 7 y 14 años).
- Los toxicómanos (droga, alcohol, fármacos).
- En general entre el 90 y 95 % de las personas son hipnotizables.

PUNTOS A TENER EN CUENTA ANTES DE EMPEZAR LA HIPNOSIS:

1. – **RELACION PACIENTE – TERAPEUTA:** Importante es permitirle al paciente que deposite toda su confianza en el hipnotizador, ya que esto hace que las barreras inconscientes del paciente que pone como resistencia, lentamente vayan disminuyendo.
2. – **LUGAR IDEAL:** Debe ser un lugar en el cual se puedan reducir al mínimo los estímulos externos. Hay que evitar ruidos, excesos de luz, el frío, el calor, las corrientes de aire, las interrupciones, etc.
3. – **EVACUAR DUDAS:** Es necesario aclarar dudas que el paciente tiene sobre la hipnosis (el miedo al ridículo, o a hacer cosas que vayan en contra a su dignidad) y aclararle al paciente el miedo que a veces se genera a "no regresar".

4. – **POSICION DEL PACIENTE:** Es aconsejable realizar el trabajo hipnótico con el paciente sentado, lo que no impide trabajar parado o acostado, simplemente que la postura sentada es la mejor para que el paciente realmente se encuentre cómodo.

PASOS A SEGUIR POR EL HIPNOTIZADOR:

A parte de tener en cuenta los factores externos (lugar ideal) se deben tener en cuenta como variables muy importantes la voz que se utiliza y el mensaje que se verbaliza:

Se utiliza un tono tranquilo, monótono y acompasado. El estilo autoritario y los contenidos de las órdenes claras y nunca contradictorias. Al hablar no se deben generar pausas intranquilizadoras.

Es conveniente memorizar las frases a usar, para evitar precipitaciones o dudas; cada sugestión que se emite debe ser repetida de 3 a 5 veces.

EL PROCESO HIPNÓTICO SE DIVIDE EN TRES PARTES:

- a. – **Técnicas prehipnóticas:** Constituyen una serie de técnicas para conocer el grado de sugestionabilidad del sujeto.
- b. – **Técnicas hipnóticas propiamente dichas:** Son técnicas destinadas a inducir directamente al paciente al estado hipnótico después de haber comprobado que es una persona sugestionable.
- c. – **Técnicas post-hipnóticas:** Son técnicas para dejar en el paciente órdenes fijadas que harán efecto cuando el paciente regrese al estado de vigilia. Generalmente estas órdenes son activas con palabras claves que el hipnotizador deja fijadas en la mente de la persona, para que al ser pronunciadas en el estado de vigilia, las órdenes hagan efecto.

Las Fobias

¿Qué es una fobia?

Es una reacción ante un estímulo que ordinariamente no representa un peligro real, sin embargo, la persona que la padece suele experimentar una ansiedad irresistible con cambios en su fisiología y la mayor parte de las veces desconoce qué la originó.

Las fobias pueden ser diferentes: miedo a las alturas, a lugares cerrados, a algunos animales, a los espacios abiertos o la que representa interés en este trabajo, la fobia a las agujas.

Las fobias pueden tardar años en curarse si se utilizan métodos convencionales, en cambio por medio de la hipnosis, se pueden obtener cambios en una sola sesión.

Para ayudar en el proceso a la persona con la que estamos trabajando, es necesario que la llevemos a elaborar su recuerdo en forma disociada, pues esto reduce la intensidad de sus sentimientos de ansiedad, lo que le permite evitar las sensaciones asociadas al hecho que dio origen a la fobia en el pasado.

Método para eliminar o reducir los efectos de una fobia

1. La primera sugerencia es comprender que la persona está atravesando un momento difícil y valorar su deseo de trabajar con el acupunturista para reducir las consecuencias de las fobias.
2. Se le puede pedir a la persona que se imagine que está en un cine, y que en la pantalla está la imagen de sí mismo. Cuando logre esto, se le solicita que salga de la escena para contemplarse viendo la pantalla.
3. Se le solicita en la sesión de relajación que el paciente encuentre un recuerdo desagradable o incidente que desencadenó la fobia y espera hasta que pueda lograrlo (cada paciente tiene un ritmo diferente y es necesario respetarlo). A continuación se le solicita que pase una película del incidente justo desde antes de su comienzo, cuando estaba seguro, y que llegue después al momento en que ya ha pasado, en el cual se siente seguro de nuevo. Todo esto lo verá la persona en su estado de doble disociación, viéndose a sí mismo en su estado más joven, y pasando por una experiencia en la pantalla, lo que ayuda a mantenerse en una distancia emocional necesaria.
4. Cuando la película termine, es recomendable felicitar a su paciente por su capacidad de experimentar esto de manera diferente, sin quedarse estancado en sentimientos negativos, y hazlo volver a su cuerpo.
5. En esta parte del ejercicio la persona se imagina entrando a la pantalla para dar a ese YO joven apoyo y valor, utilizando frases como la siguiente: ***“Yo pertenezco al pasado, has sobrevivido, ahora todo está bien, ya no pasarás por lo mismo otra vez, ya no estás solo, ahora yo estoy contigo para cuidarte y protegerte”*** Y está en lo cierto puesto que la persona actual si posee los recursos y la fuerza suficiente para enfrentarse al incidente.
6. Cuando el YO joven comprende, se le solicita al paciente que lo traiga a la pantalla y lo haga reintegrarse nuevamente a su cuerpo, dando el tiempo necesario para que se integren estas partes y la persona se recupere de los cambios realizados.

7. A continuación una parte de la experiencia a la que llamo “Experiencia Futura”: En esta parte se le solicita al paciente que se imagine (estado asociado) en un momento venidero en que crea que puede experimentar nuevamente ese temor. Como terapeutas debemos observar detenidamente las reacciones y cambios realizados.

Al finalizar el ejercicio corroboramos cómo está el paciente, le agradecemos por habernos permitido trabajar juntos, por haber confiado en uno y lo invitamos a realizar su cambio.

Es importante tener en cuenta que si en algún momento durante el ejercicio el terapeuta observa que el paciente está con un alto grado de ansiedad, se le recuerde con las sugerencias que éste debe ser un estado de tranquilidad y seguridad. Si en el momento de trabajo se presenta una situación muy intensa, el terapeuta tiene la opción de estabilizar este momento recordando el estado disociado para llevar a la persona a que se sienta que “el que está en la pantalla es quien tiene el problema”, esto mantendrá al paciente en un mejor estado para obtener todos sus recursos.

Este ejemplo de trabajo es una mera demostración del tipo de ejercicios que un hipnoterapeuta realizaría atendiendo a un paciente con la fobia hacia las agujas (belonefobia), sin llegar a ser un tratamiento hipnótico propiamente dicho.

La hipnosis en el tratamiento del dolor

Nada debería ser omitido en un arte que sea de interés para el mundo, que pueda ser benéfico para el sufrimiento humano y que no ponga en riesgo la vida y la comodidad de la persona.
Galeno

El dolor es una percepción difícil de definir por su calidad altamente subjetiva e individual, además de los aspectos socioculturales que influyen en él. Aún así la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo ha definido como: “Una sensación desagradable y una experiencia emocional que asociamos a daño tisular o describimos en términos de daño celular”.²

Función del dolor

El dolor tiene la función de avisarnos de la ocurrencia de un daño en el organismo. El dolor también nos da la oportunidad de localizar el daño, su intensidad y duración. Todo esto nos permite retirarnos o escapar de la situación dañina y/o buscar ayuda o la forma de reparar el daño. El problema está en que una vez que el dolor ya cumplió su misión de avisar, se convierta en crónico y parte de la enfermedad y por tanto incrementa el sufrimiento.

Una vez que el dolor se vuelve crónico, pierde su función de señal de aviso protector, y entonces puede producir depresión grave, daños en corazón y riñones, perturbaciones gástricas y alteración de la presión sanguínea³, por tanto, necesita eliminarse o reducirse.

Tipos de dolor

El dolor puede clasificarse en los siguientes tipos:⁴

1. Dolor **agudo** es el que resulta de la estimulación nociceptiva (ya sea por lesión, procedimiento quirúrgico o enfermedad); ejemplos: apendicitis, fractura, punción lumbar, etc.
2. Dolor **crónico** es el que resulta de una lesión o más probablemente de una enfermedad, la cual produce una estimulación nociceptiva a través del tiempo. Aunque se le llama dolor recurrente, puede también involucrar dolor constante; ejemplos: artritis, dolor por cáncer, migraña, dolor de cabeza, dolor de miembro fantasma, síndrome de dolor talámico, etc.
3. Dolor **crónico benigno** es el que se caracteriza por la persistencia del dolor después de que ocurrió el proceso de sanación, es decir, cuando la estimulación nociceptiva ha cesado, por ejemplo, la lumbalgia.
4. Dolor **psicógeno** es una variante de dolor somato forme, pocas veces visto en las clínicas del dolor.

Aspectos psicológicos del dolor

El dolor es una percepción y como tal es producto de la síntesis de la influencia tanto de las sensaciones nociceptivas periféricas, como del procesamiento psicológico que se da en el cerebro,

² López Vega, 2000

³ Hilgard y Hilgard, 1990

⁴ Barber, 1996

con una gran influencia de este último. A la primera influencia se le llama procesamiento ascendente, y a la segunda, procesamiento descendente. La ciencia psicológica ha demostrado que las experiencias previas influyen en cualquier percepción, y el dolor no es la excepción. Es decir, nuestra percepción es algo más que el acto de estimular nuestros receptores sensoriales.

Los pacientes con heridas en combate reportan menos dolor. Por ejemplo, algunos investigadores han observado que 25% de los hombres con heridas graves de batalla piden un analgésico para disminuir el dolor, esto comparado con 80% de los pacientes que fueron sometidos a una operación quirúrgica mayor. Lo que indica que la percepción al dolor cambia según el contexto. Asimismo, a un grupo de pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente se les explicó en qué consistiría el procedimiento y se le pidió que se relajara para aliviar el dolor; ellos necesitaron menos analgésico y se les dio de lata 2.7 días antes que al grupo al que no se le dio la misma información. Otros datos indican que 35% de los pacientes con dolores patológicos se alivian tomando un placebo.⁵

Aspectos culturales del dolor

La cultura donde nacemos y crecemos influye enormemente en el moldeamiento de nuestros sistemas de creencias y percepciones, que incluyen el dolor. En un estudio realizado en 1980 se aplicaron choques eléctricos a un grupo de occidentales y a un grupo de nepaleses, para observar hasta qué intensidad del estímulo eléctrico podría describirse como “dolor ligero” y “dolor extremo”. Los nepaleses necesitaron estímulos más fuertes para poder catalogar a las descargas eléctricas como dolor ligero o extremo en comparación con los occidentales.⁶

Analgesia inducida por estrés

El umbral al dolor se incrementa significativamente cuando se está en una situación de estrés. Un ejemplo de esto es el testimonio del explorador africano David Livingston, quien en uno de sus viajes tuvo un encuentro dramático con un león:

Oí un grito. Sorprendido, volteé y vi al león justo en el momento que saltaba hacia mí. Me encontraba en una pequeña elevación; me tomó por el hombro y caímos juntos al suelo. Gruñendo horriblemente junto a mi oído, me sacudió como un perro a una rata. El choque me produjo un estupor parecido al que debe sentir un ratón después que lo sacudió la primera vez un gato. Era un estado como de ensoñación en el que no tenía ni sensaciones dolorosas ni de horror; si bien estaba consciente de todo lo que ocurría. Fue como lo que cuentan los pacientes cuando están bajo la influencia parcial del cloroformo, que ven la operación pero no sienten el bisturí... La sacudida suprimió el dolor y eliminó la sensación de horror de verme tan cerca de la bestia. Es probable que este estado peculiar se produzca en todos los animales que son cazados por los carnívoros; de ser cierto, es una provisión misericordiosa de nuestro benevolente creador para mitigar el dolor de la muerte.⁷

Componentes del dolor

El dolor tiene dos componentes: el componente discriminativo-sensorial (o sensorial solamente) y el componente motivacional-afectivo (o afectivo solamente).⁸

5 Goldstein, 1999

6 Goldstein, 1999

7 David Livingston, *Missionarie Travels, 1897; citado por Goldstein, 1999*

⁸ (Barber, 1996)

- **Componente discriminativo-sensorial.** Este componente ofrece a la persona información acerca de la localización y cualidad sensorial del dolor, le informa si el dolor es lacerante, continuo-intermitente, hormigueante, frío-caliente, etc.
- **Componente afectivo-motivacional.** Este componente de información acerca de qué tanto molesta el dolor. Lo molesto del dolor –el sufrimiento que se experimenta- está en función de lo que el dolor significa para nosotros, para nuestra vida y nuestra relación con el mundo.

Barber explica que esto puede entenderse mejor con una metáfora de una pieza musical: la intensidad del volumen correspondería al componente discriminativo-sensorial del dolor, y qué tanto nos desagrada la música o la letra de la canción correspondería al componente afectivo-motivacional. Una melodía puede molestarnos o ponernos tristes aún estando a un volumen bajo. Puedo ofrecer otro ejemplo más real, un dolor de parto puede tener un componente discriminativo-sensorial muy intenso, sin embargo el componente afectivo-motivacional positivo le da un significado al dolor que lo puede hacer más soportable. Lo contrario puede ocurrir con el dolor producido por cáncer, aunque el dolor no sea tan intenso, su significado negativo (dolor de muerte) incrementa el sufrimiento.

Hipnosis y dolor

La hipnosis es un estado alterado de conciencia caracterizado por un marcado incremento en la receptividad de sugerencias, la capacidad de modificar la percepción y la memoria, y el funcionamiento fisiológico autónomo (actividad glandular, vasomotora, etc.) Este estado puede emplearse terapéuticamente para provocar cambios cognoscitivos, conductuales y somáticos.⁹ Podemos decir que es la capacidad de alterar la atención y la percepción, lo que permite la analgesia o anestesia durante la hipnosis.

Teoría de la neo disociación de Hilgard

La teoría de la neo disociación de Hilgard¹⁰ propone que la característica esencial de los procesos cognoscitivos que subyacen a los procesos hipnóticos es la disociación. En lo que respecta a la analgesia hipnótica, esta teoría propone que existe una alteración (disociación) de la información dolorosa en su camino a la mente consciente.

Muchos pacientes, a pesar de que experimentan la reducción o eliminación del dolor, no se sienten hipnotizados porque “no han perdido la conciencia o se han quedado “dormidos””. Por tanto, aunque los cambios cognitivos conscientes pueden ser parte del tratamiento hipnótico para el dolor, no son esenciales ni necesarios para el alivio del dolor.

Ventajas de la analgesia hipnótica

Barber afirma que el uso de la hipnosis, además de reducir o eliminar el dolor, tiene las ventajas de no tener efectos colaterales, potencializar otros tratamientos que el paciente esté recibiendo y capacitar al paciente para usar la técnica por sí solo, lo que incrementa la autoconfianza y disminuye la dependencia.

⁹ (Revenstorf, 1998)

¹⁰ (Hilgard y Hilgard, 1990)

Pacientes que pueden ser buenos candidatos para la analgesia hipnótica

Hammond afirma que la hipnosis, como cualquier otra técnica médica o psicológica, tiene posibilidades de fallar. Opina que habrá pacientes que podrán eliminar el dolor sensorial y emocional totalmente, habrá otros que sólo lograrán una reducción parcial pero significativa en ambos componentes del dolor. También habrá pacientes que experimenten sólo una reducción en el componente emocional del dolor sin afectar el componente físico. En otros pacientes puede ser que estas técnicas no funcionen y haya que buscar otras opciones para el dolor.

No cabe duda que los pacientes con mayor habilidad hipnótica son los que se verán mayormente beneficiados de una analgesia hipnótica. Pero, ¿cómo saber el grado de habilidad hipnótica de la persona? Milton H. Erickson afirmaba que la respuesta de atentividad, el grado en que la persona está atenta y concentrada en lo que uno dice, es un buen pronosticador de la habilidad hipnótica.¹¹

T. X. Barber, uno de los grandes investigadores en el campo de la hipnosis, asegura que existen tres tipos de personas que son excelentes sujetos hipnóticos:

1. Los que tienden a la fantasía, es decir, aquellos que desde niños presentan una tendencia a tener fantasías vívidas y realistas con mucha frecuencia.
2. Los que tienen tendencias amnésicas, en otras palabras, las personas que tienen la habilidad de reprimir o compartimentar los recuerdos, pensamientos y emociones desagradables.
3. Individuos positivamente orientados, aquellos que son muy cooperadores e imaginan lo que se les sugiere con su máxima habilidad.

Existen también muchas pruebas de susceptibilidad hipnótica que son un excelente pronosticador de la habilidad para entrar en trance. Sin embargo, no hay que perder de vista que el trance hipnótico es una habilidad, y como tal puede desarrollarse con la práctica. Esto quiere decir que la habilidad del terapeuta para inducir al trance, así como la efectividad de las técnicas que pueda usar son también factores importantes para el desarrollo y el incremento de la habilidad hipnótica.

La hipnosis ha resultado ser efectiva en la reducción o eliminación de los siguientes tipos de dolor:¹²

1. Oncológico.
2. Odontológico.
3. Por quemaduras.
4. Por parto.
5. Quirúrgico.
6. Psicosomático.
7. De cabeza y migraña.

Aspectos que necesitan evaluarse en la entrevista

En la primera entrevista con el paciente es necesario aclarar varios aspectos del dolor que son esenciales para el diagnóstico y para el diseño de las estrategias del tratamiento. Tales aspectos son los siguientes:¹³

¹¹ Erickson *et al*, 1976

¹² Hilgard y Hilgard, 1990; Barber, 1996

¹³ Hammond, 1990

1. Descripción del dolor (pulsante, constante, quemante, irritante, cortante, etc.)
2. Historia del dolor.
3. Saber si es agudo o crónico.
4. Tratamientos previos.
5. Nivel de funcionamiento pre mórbido.
6. Posibles ganancias secundarias del dolor.
7. Antecedentes asociados que incrementan o alivian el dolor.
8. Nivel de depresión.

Además es necesario saber el impacto del dolor en las siguientes áreas de la vida del paciente:

1. Actividad social.
2. Relaciones sexuales.
3. Actividad laboral.
4. Actividades de placer (pasatiempos, diversión, etc.).

Estrategias generales para la evocación de la analgesia hipnótica

El estado de trance hipnótico por sí mismo no es suficiente para producir analgesia o anestesia, pero es un estado óptimo e inmejorable para usar ciertas estrategias que hacen posible la reducción o eliminación del dolor. Veamos las principales estrategias generales que se han usado con resultados satisfactorios.

1. ***Reinterpretación de la sensación dolorosa.*** Se refiere a la alteración en la calidad de la sensación del dolor. Un dolor que se percibe como pesado, corrosivo, arrastrante, Erickson lo reinterpretaría como una sensación de debilidad, de profunda inercia y después como una calidez y comodidad que acompañaría la relajación. Un dolor lacerante, acuchillante, lo reinterpretaría en hipnosis como una reacción de sobresalto repentino, de carácter alterador pero momentáneo e indoloro. Erickson opina que para el alivio del dolor con la técnica de reinterpretación es requisito indispensable tener una descripción detallada de cómo el paciente experimenta el dolor.
2. ***Sustitución.*** Esta técnica consiste en sustituir el dolor por otra sensación igual o más intensa provocada hipnóticamente. Erickson utilizó esta estrategia con un paciente con cáncer que sufría dolores intolerables que no podían tratarse. Lo que Erickson hizo fue inducirle hipnóticamente una sensación de comezón intolerable en la planta del pie, y ya que el paciente no podía rascarse por su debilidad, esto lo hacía olvidarse del dolor. Lo anterior funcionó como técnica de distracción; después Erickson provocó la sensación de comezón en el área afectada por el dolor, mientras disminuía progresivamente la comezón en la planta del pie. Eso fue suficiente para que el paciente dejara de sufrir por el dolor en sus últimos seis meses de vida.¹⁴
3. ***Desplazamiento.*** Esta técnica consiste en usar la hipnosis para desplazar el dolor a otra parte del cuerpo de forma que resulte más tolerable y emocionalmente menos amenazador para el paciente. Erickson reportó el caso de un médico de 82 años con cáncer terminal, el cual se quejaba de dolores terribles en el abdomen, que eran producto de una carcinomatosis metastásica de próstata. El médico se refería al dolor como “mortal y matador”. Entonces Erickson le habló al médico del “dolor referido”, fenómeno bien conocido en la práctica médica que consiste en que hay una lesión o un trauma en un sitio del cuerpo y el dolor se siente en otro. Erickson le recordó al médico que cuando se sufre un ataque

¹⁴ Hilgard y Hilgard, 1990

coronario, el brazo izquierdo duele a pesar de que el daño fue en el corazón, y que el brazo duele mucho y ni siquiera puede moverse aunque el daño está en otro lado. Erickson usó un concepto que el paciente, como médico, entendía muy bien.

Posteriormente lo que hizo Erickson fue darle la sugestión de desplazar ese fuerte dolor “matador” a la mano izquierda y dijo que le iba a doler mucho. El paciente le replicó diciéndole que no le importaba tener ese dolor en la mano izquierda: “No, no me importa tener un poco de dolor ahí”. El dolor, aunque igual quizá en intensidad, era más tolerable porque era menos amenazante para el paciente. El paciente protegía y cuidaba mucho su mano izquierda para que no se la fuera a “lastimar”. Esto le permitió al paciente convivir mejor con su familia sus últimos meses de vida, incluso ese mismo día en la noche sus amigos llegaron y estuvieron alrededor de él en la cama. Él tuvo mucho cuidado de mantener su mano izquierda fuera del alcance para que no lo fueran a “lastimar”. Esa noche tomó una cerveza con sus amigos y hablaron de cosas del pasado y se la pasó muy bien. Hasta el día de su muerte mantuvo confinado el dolor en la mano izquierda, sin que a él le importara mucho.¹⁵

Este es un magnífico ejemplo de cómo Erickson usó en forma brillante la técnica de desplazamiento del dolor a una parte del cuerpo menos importante, psicológicamente, para el paciente. Es importante señalar cómo Erickson hace uso de la técnica de “utilización” al emplear un concepto médico como el de “dolor referido”, sabiendo que el paciente era doctor y que estaba dentro de su marco de referencia.

4. **Disociación corporal.** La disociación es parte intrínseca de la hipnosis.¹⁶ Spiegel en el año 2001 considera que la hipnosis está constituida por tres componentes: la absorción de la atención-conciencia, la sugestionabilidad y la disociación. La disociación es un fenómeno psicológico caracterizado por una experiencia subjetiva de separación ya sea corporal o mental. La disociación corporal podemos clasificarla en segmental o total. La disociación segmental se refiere a que una persona percibe alguna parte de su cuerpo como separada del resto cuando está en estado hipnótico. La disociación total se manifiesta cuando el individuo se percibe como si estuviera fuera de su cuerpo. En cuanto a la disociación segmental tengo una experiencia personal. En el invierno del año 2000 sufrí una fuerte quemadura con agua hirviendo en la mano izquierda, justo cuando me preparaba para salir de mi casa a dar un curso sobre hipnosis. Entré en trance hipnótico y llevé a cabo la estrategia de la anestesia de guante, la cual no me dio resultado. Después decidí disociar mi brazo izquierdo “metiéndolo” en una caja metálica, específicamente de aluminio, con agua y hielo, y el dolor desapareció. Sin embargo, cada vez que veía “mi mano real” el dolor volvía, y desaparecía cuando dejaba de verla e imaginaba mi mano disociada en el balde metálico con agua y hielo. Intenté dejar de ver mi mano con una alucinación negativa, pero no fui capaz de evocar esa experiencia y seguía viendo mi mano. Entonces decidí ver mi mano como una prótesis de madera, y resultó, viera o no mi mano, ésta “no era real” porque estaba ahí en el balde de agua con hielo y lo que yo traía en mi brazo era “una prótesis de madera”. Durante 12 horas mi mano se mantuvo ligeramente enrojecida e hinchada, al día siguiente la mano estaba perfectamente normal y sin ampollas. Fue la primera vez que comprobé en mí mismo la efectividad de la hipnosis como analgésico y antiinflamatorio.

Milton Erickson usó la disociación completa con una mujer mormona que tenía cáncer terminal, y quien sufría dolor de huesos. Primero hizo una atrevida demostración de analgesia por disociación con su joven hija, a quien “mandó” al espacio sideral para darle dos o tres fuertes palmadas en los

¹⁵ Rossi *et al*, 1983; Hilgard y Hilgard, 1990

¹⁶ Hilgard y Hilgard, 1990

muslos, ante la mirada atónita de la madre. Posteriormente Erickson indujo al trance a la paciente y le pidió que se quitara la cabeza, la pusiera en la silla de ruedas y la llevara a la habitación contigua para ver una televisión imaginaria que tendría todos los programas que a ella le gustaban. Le pidió que cuando se cansara llevara su cabeza a su recámara y se la pusiera, entonces despertaría, comería algo y dormiría un rato, pero cuando sintiera que volvía el dolor, ella se quitaría la cabeza nuevamente y la trasladaría a ver la televisión. La señora vivió sin dolor el doble de tiempo que los médicos le habían pronosticado.¹⁷

Aunque sin hacer referencia a la hipnosis, A. R. Luria, el padre de la neuropsicología rusa, escribió un libro sobre el caso de un ruso a quien denominó Sch. Esta persona poseía una memoria tipo fotográfica, es decir, una memoria eidética. Además de eso poseía una imaginación sumamente vívida, lo cual le producía cierta dificultad para poder distinguir la realidad. Debido a esta potente e inusual imaginación, Sch podía visualizar que se disociaba y así disminuir el dolor. Veamos este ejemplo en el que, en 1935, le comenta a Luria lo que hizo para evadir el dolor de un tratamiento dental sin anestesia.

*He aquí que voy al dentista. ¿Usted sabe lo agradable que es sentarse en un sillón para que le saquen un diente? Antes, cómo tenía miedo de esto. Pero ahora resulta totalmente sencillo. Vea, a mí me duelen los dientes. Al principio aparece un hilillo rojo-anaranjado... éste me preocupa... yo sé que si lo dejo como está, entonces el hilillo se tornará más ancho y se transformará en una masa espesa... por eso yo lo achico más y más hasta que sólo dejo un puntito, y entonces el dolor desaparece. Después empecé a lograr lo mismo de otra manera... vea, yo estoy sentado en el sillón del dentista... pero no, éste no soy yo, sino cualquier otro, es "él" quien está sentado en el sillón. Y yo Sch, estoy de pie, a un lado y observo que le sacan el diente a "él"... Y bueno, que a él le duela... Ya que a mí no me duele sino a "él". Y yo no siento más el dolor...*¹⁸

Podemos decir que Sch, con su imaginación amplificadas, vivía en un trance constante, y al realizar ciertas estrategias mentales, esto le permitía evocar ciertos fenómenos característicos del estado hipnótico, como en este caso la disociación mental para la eliminación del dolor.

Roxana Erickson, una de las hijas de Milton H. Erickson, cuenta que ella tenía desde niña un esmalte dental relativamente blando, por lo que tenía que visitar al dentista con cierta frecuencia, lo que en ocasiones resultaba muy doloroso. Ella decidió desplazar todo el dolor a una de sus manos, pero siempre con el gran temor de que el dentista pudiera "lastimársela". Se lo comentó a su padre y éste le recomendó mejor que cuando estuviera en el sillón del dentista, se "viera" a sí misma en el extremo opuesto del consultorio observando al dentista por encima de su hombro. Lo anterior le dio mucho éxito para eliminar el dolor en forma más efectiva, puesto que desarrolló la habilidad de entrar y salir de su cuerpo a su antojo.¹⁹ Lo anterior es un ejemplo de disociación para la eliminación del dolor. Como podemos ver, el ruso Sch y Roxana Erickson usaban exitosamente la disociación con fines analgésicos.

5. **Distracción de la atención.** Un método muy efectivo de eliminación del dolor es la distracción de la atención en otro estímulo no doloroso, ya sea interno o externo. Yo recuerdo un acostumbrado viaje familiar de Semana Santa a un rancho de mis padres en Montemorelos. En esa ocasión mi hijo Marcos pisó con sus pies descalzos las cenizas de la fogata que prendimos la noche anterior, pero desafortunadamente bajo las cenizas había quedado carbón al rojo vivo. Él se quemó la mayor parte de la planta del pie, una

¹⁷ Zeig, 1985

¹⁸ Observación realizada el 30 de enero de 1935 (Luria, 1983)

¹⁹ Erickson-Klein, 1990

quemadura muy dolorosa. Metimos su pie en agua helada para mitigar el dolor en forma efectiva mientras lo llevábamos al pueblo. En el trayecto observé que no toleraba más de 10 segundos con el pie fuera del agua fría y pedía a gritos que metiera su pie nuevamente en el agua. Al pasar por una huerta de naranjos le pedí a mi esposa que detuviera el auto y le dije al niño: “Mira, vamos a cortar naranjas en esta huerta, no son nuestras y si nos sorprenden entonces nos llevarán a la cárcel a ti y a mí. Listo.” Lo cargué y estuvimos cortando naranjas durante casi tres minutos sin que reportara la más mínima molestia, ya que estaba sumamente preocupado de que nos fueran a sorprender. Cuando volvimos al carro volvió a reportar dolor y a pedir que sumergiéramos su pie en hielo, hasta que pudimos llegar al hospital. Este es un ejemplo de cómo la distracción incluso consciente puede ser efectiva para mitigar el dolor. El uso de la distracción en hipnosis es todavía más potente y duradero.

Erickson relata el caso de un joven veterano de guerra que en un accidente tuvo una fractura de columna con corte de médula que lo dejó inválido y con convulsiones dolorosas cada cinco minutos. Al paciente ya lo habían operado varias veces con la finalidad de eliminar el dolor, pero sin resultados. En la consulta Erickson hizo que la joven esposa se parara en medio del consultorio, le dio al paciente un bastón de madera y le dijo: “Si hago algo indebido me pegas con este bastón”. Entonces le dijo a la esposa que iba a hacer algo que no le iba a gustar pero que lo iba a dejar de hacer tan pronto entrara en trance, le dijo: “Usted no sabe lo que es la hipnosis ni cómo entrar en trance, pero en el fondo de su mente sí lo sabe”. Después de esto Erickson empezó a tratar de desabrochar la blusa de la joven mujer con su bastón y ella entró en trance rápidamente. El paciente no le quitó la vista de encima con el bastón en mano. Después de eso Erickson hizo una serie de demostraciones hipnóticas con la señora, como levitación de mano, disociación, etc., que mantenían completamente absorto y atónito al esposo. Después de esto Erickson le hizo notar al paciente que ya había pasado media hora y que no había tenido más que una sola convulsión, y en ese momento el paciente tuvo una convulsión dolorosa. Lo que hizo Erickson fue mantener la atención sumamente concentrada en lo que él hacía y fuera de su dolor. Después Erickson enseñó a la señora a inducir a trance a su esposo, de manera que en un tiempo llegó a deshacerse del dolor casi por completo.²⁰

Paul Sacerdote (citado por Hammond, 1990) desarrolló una inducción hipnótica que consiste en “irse” o “refugiarse” mentalmente en un lugar muy agradable, ya sea interno o externo. Esto lo denominó trance místico, el cual puede ser muy útil en el alivio del dolor por la estrategia de distracción de la atención. Existen dos tipos de técnicas para esto, una para personas orientadas externamente que denominó “trance místico extravertido”, y otra para orientadas internamente que denominó “trance místico introvertido”. Es importante mencionar que cada inducción necesita ir precedida de un procedimiento de inducción hipnótica. Veamos las inducciones de Sacerdote.

Experiencia mística introvertida

Ahora con cada palabra que viaje de mis labios a tus oídos, para después llegar a tu mente, tu cuerpo podrá disfrutar más y más una relajación completa, en cada músculo y célula, y tu mente destella en calma, claridad y serenidad. Tú estás ahora rodeado de una suave atmósfera de absoluta calma... protegido del peligro, de la alteración y del miedo. Y mientras la relajación y la tranquila serenidad penetran profundamente en cada célula de tu cuerpo, empiezas a estar rodeado en forma segura, en cada dirección, de amplias y transparentes esferas concéntricas de serenidad luminosa... de una feliz serenidad... Estás bañado de seguridad respirando cómodamente en el centro de estas esferas transparentes, mientras la tranquilidad luminosa de tu alrededor penetra aún más profundamente dentro de tu cuerpo y permea tu mente. Todas las reacciones voluntarias e

²⁰ Zeig, 1985.

involuntarias gradualmente se desvanecen y desaparecen. Poco a poco llegas a estar libre de miedos, ansiedades, pensamientos, sensaciones.

Experiencia mística extravertida

Al paciente que ha sido llevado a un estado de disociación y relajación corporal importante, se le guía para escalar imaginariamente la cima de una montaña:

Finalmente estás en la cima, en lo alto de la montaña. Y puedes mirar el lado soleado de la montaña. Tú puedes notar el azul del cielo... y el brillo del sol... puedes disfrutar el agradable calorcito de la luz del sol... en tus hombros... en tu espalda... en tus brazos y manos... en tus piernas y pies... puedes respirar lenta y profundamente... el aire fresco y puro... y ante tus ojos... bajo el tranquilo azul del cielo puedes ver la belleza y grandiosidad de un verde valle... y más allá del valle... una bella cadena de montañas... y más allá de esa bella hilera de montañas... tú puedes distinguir otro valle. Y más allá otras montañas. Y más allá... más y más valles... y más y más montañas. Planicies... ríos y montañas... lagos y océanos extendiéndose y expandiéndose más y más en cada dirección en los horizontes. Y conforme esa vista continúe expandiéndose... tus oídos se regocijarán con la música natural del viento, el susurro del movimiento de las hojas y ramas de los árboles, el canto de los pájaros, el cantar de los grillos... puedes oler la fragancia de los árboles... de la hierba mojada... de plantas y flores... tus ojos pueden ver esa maravillosa y continua expansión.

Esta técnica hipnótica de distracción al estar absorto en algo agradable es más útil en pacientes no ambulatorios, es decir, en pacientes que están postrados en cama, como los pacientes con cáncer terminal, dolor por quemaduras, etc. Como orden pos hipnótica se le puede decir al paciente que “y puedes volver a ese lugar cuando necesites estar a gusto y cuantas veces sea necesario. Y regresar de él también cuando lo necesites”.

6. **Distorsión del tiempo.** La distorsión de tiempo es un fenómeno hipnótico representativo, que puede usarse para mitigar el dolor físico. Esta estrategia puede ser más útil para dolores de tipo recurrente, por ejemplo, en las contracciones dolorosas de parto. Puede sugerirse que “las contracciones dolorosas parecen durar mucho menos tiempo y los lapsos libres de dolor entre las contracciones entre más cortos sean parecerán mucho más largos”.

Erickson trató exitosamente a una paciente con cáncer con la estrategia de sustitución de sensaciones; después le dio una sugestión pos hipnótica con distorsión de tiempo: “Usted puede deformar el tiempo hipnóticamente para que cada día le parezca muy breve. Le parecerá que de una a otra visita mía transcurre un tiempo muy breve”.

7. **Amnesia.** La amnesia es un fenómeno que puede evocarse mediante hipnosis y que puede ser sumamente útil, en especial si se combina con la técnica de distorsión de tiempo en un tipo de dolor: el dolor recurrente. Este tipo de dolor se presenta a intervalos regulares, como puede ser el dolor producido por contracciones dolorosas del trabajo de parto o cualquier otro dolor que se presente en forma repetitiva a intervalos de tiempo. En un dolor de este tipo, cuando se experimenta un episodio de dolor y después termina, uno continúa recordando la sensación del dolor hasta la llegada del siguiente episodio de dolor, lo cual da una percepción aparente de un dolor casi continuo. Lo que puede hacerse, por ejemplo en un trabajo de parto, es producir amnesia para cada episodio doloroso que acaba de experimentarse, esto para percibir claramente el período sin dolor entre contracción y contracción. Y como la percepción del tiempo es puramente subjetiva, puede utilizarse la técnica de distorsión del tiempo es puramente subjetiva, puede utilizarse la técnica de

distorsión del tiempo para ayudar al paciente a percibir el tiempo de duración de la contracción más corta, y el período libre de dolor entre contracción y contracción, más largo.

Erickson reporta el caso de un paciente que sufría ataques de un dolor oncológico que se repetía cada 20 minutos. El dolor era lacerante, cortante y terrible. Erickson le comentó acerca del concepto de amnesia y le dijo:

Tú no necesitas recordar los ataques del dolor lacerante de ayer. Es suficiente con experimentar los lacerantes ataques de dolor que estás sintiendo ahora. Eso es suficiente. Por qué preocuparse en recordar los dolores de ayer, y los dolores de la semana pasada y ¡los dolores de hace dos semanas! No me parece que tenga sentido para mí. Pon atención en lo que estás sintiendo en este momento.

¿Y realmente necesitas recordar que ayer tuviste un dolor lacerante, cortante, agudo cada 20 minutos? Yo creo que puedes mantenerte muy ocupado tan sólo sintiendo el dolor que tienes hoy. No tienes que pensar en el dolor que tuviste ayer. No necesitas recordar que mañana tendrás más ataques. Y una vez que hayas tenido un ataque de dolor; pienso que sería muy agradable tan sólo olvidarse de él, poniéndolo en el pasado olvidado.

Ahora aunque estas sugerencias (de amnesia) eran buenas en sí mismas, aún no hacían nada con el lacerante, cortante y agudo dolor que se presentaba cada 20 minutos. Para lidiar con este problema le pedí que desarrollara una distorsión de tiempo, de manera que pudiera seguir sintiendo esos dolores pero más brevemente. Yo había tomado el tiempo de la duración de los ataques de dolor, y duraban de 5 a 10 minutos, pero después de aprender a distorsionar el tiempo, los ataques cayeron de 5 a 10 segundos de duración. Y en lugar de que los ataques ocurrieran cada 20 minutos, ahora ocurrían cada 30 a 40 minutos o más. Cuando el ataque empezaba él daba un fuerte grito de dolor, después entraba en un trance hipnótico, abría sus ojos, despertaba, se miraba confuso por un momento y después continuaba con su conversación, ¡con una completa inconsciencia del hecho de que se había recuperado de un ataque de dolor que había durado de 5 a 10 segundos!²¹

8. **Regresión o progresión en edad.** Chávez en 1993 reporta que las técnicas de regresión y progresión en edad pueden ser de mucha utilidad en el alivio del dolor cuando se planifican de manera que permitan al paciente estar concentrado y absorto en pensamientos, ideas y/o sensaciones de tranquilidad, gozo, etc., que se hayan disfrutado en el pasado o cuando se den sugerencias que puedan disfrutarse en el futuro.
9. **Entumecimiento o anestesia psicológica.** Cuando se usa esta técnica se sugiere la evocación de una sensación de entumecimiento o insensibilidad directamente en el área adolorida, o en alguna otra parte del cuerpo, para después trasladar esa sensación de entumecimiento al área donde se encuentra el dolor, como si se hubiera aplicado un anestésico local.

Erickson trató a una paciente con fuertes dolores causados por un cáncer terminal que le había invadido varias partes del cuerpo. Primero trató de aliviarle el dolor originándole hipnóticamente la sensación de una fuerte picadura de mosquito (alivio del dolor por distracción) en el pie. Sin embargo, la paciente le replicó que no le era posible sentir esa picadura de mosquito porque el pie lo tenía entumecido. Erickson aprovechó ese entumecimiento espontáneo para decirle: "Está bien. Ahora se le va durmiendo el tobillo, la pierna y la pantorrilla; lentamente se va durmiendo la pierna hasta la rodilla. Ahora el sopor sube por el muslo, casi llega hasta la mitad del muslo, ahora le llega

²¹ Rossi *et al*, 1983

hasta la cadera y pasa al lado izquierdo, y ahora baja por el muslo izquierdo, lentamente baja hasta la rodilla izquierda y sigue bajando hasta la planta del pie izquierdo, y ahora tiene usted dormido todo el cuerpo desde la cadera para abajo. Y ahora el sopor va a subir por el costado izquierdo, lentamente, lentamente hasta su hombro, hasta su cuello, y bajará por el brazo, todo el brazo hasta la yema de los dedos”.

La paciente eliminó su dolor y pudo vivir sin él el resto de sus días.

Técnicas hipnoanalgésicas específicas

Anestesia de guante

La técnica de anestesia de guante consiste básicamente en los siguientes pasos:²²

1. Sugerir anestesia en una mano que esté libre de dolor. Las sugerencias podrían ser de pérdida de la sensibilidad por entumecimiento producido por frío (por ejemplo, sugerir que se meta la mano a una cubeta con agua helada o “frotándole” un anestésico imaginario). Cuando la anestesia ya se haya producido se pasa al siguiente paso.
2. Una vez producida la anestesia se prueba pellizcándole o pinchándole la mano, de manera que quede en evidencia para el paciente que tiene cierto control sobre la sensibilidad al dolor.
3. Ahora se le pide al paciente que transfiera ese entumecimiento o insensibilidad de la mano anestesiada a la zona del cuerpo con dolor, frotándola con esa misma mano. Se espera que la anestesia de la mano pueda irradiarse o transferirse al frotar la región adolorida para aliviar el dolor.

Técnica del interruptor

Leslie LeCron en 1970 recomienda el método de analgesia hipnótica al cual podemos llamar “el método interruptor”. Después de un período de inducción hipnótica breve, se le sugiere al paciente lo siguiente:

Una casa grande o un edificio tiene una caja de interruptores eléctricos. Cada interruptor controla una parte de la casa o una habitación o un piso del edificio. Cada interruptor surte de energía eléctrica a los equipos y aparatos eléctricos y electrónicos de cada área en cuestión. De este modo, si apagamos un interruptor la luz de una habitación se apagará, al igual que dejará de funcionar la TV, el estéreo y la computadora. Si apago otro interruptor la cocina se oscurecerá, el refrigerador y el horno de microondas dejarán de funcionar. Y así, conforme voy apagando otros interruptores se deja de surtir energía eléctrica a otras áreas que van quedándose sin luz.

Algo parecido pasa con el cuerpo humano. El dolor es una señal que se manda a través de impulsos nerviosos de tipo bioeléctrico, y al alcanzar la parte superior del cerebro se registra efectivamente como dolor, pero si no llega a esa parte del cerebro sólo se siente como sensación táctil, pero no como dolor.

Ahora puedes visualizar o imaginar en tu interior una caja de control con varios interruptores. Cada interruptor tiene un color; uno tiene el color azul, otro el color verde, amarillo, rojo, etc. Cada color controla alguna área del cuerpo. Un interruptor regula los impulsos nerviosos de dolor de la pierna

²² Hilgard y Hilgard, 1990

izquierda, otro de distinto color regula los de la pierna derecha, otros los del brazo izquierdo y así sucesivamente. Ahora, tú puedes apagar el interruptor del color que controla la mano izquierda. No es necesario que sientas entumecimiento para que el dolor se apague, aunque también puede presentarse. Ahora te voy a pellizcar la mano y vas a sentir una sensación táctil, pero no dolor. Y cada vez que te pellizque la mano te darás cuenta de que sólo percibes esa sensación y cuanto más te pellizque sentirás menos sensación táctil, como si tu mano estuviera protegida con un guante de gamuza.

Ahora quiero que puedas apagar el interruptor de una pierna. Voy a pellizcarla y observa qué pasa. Recuerda que cada vez que la pellizque la sensación cada vez será menor.

Ahora voy a pellizcarte un área cuyo interruptor está prendido: observa la diferencia. Tú has probado la eficacia de usar tus propios recursos, tú podrás apagar cualquier interruptor de cualquier parte del cuerpo cuando lo necesites. Sólo tendrás que cerrar los ojos, respirar profundamente y retener la respiración. Conforme dejas escapar el aire tu cuerpo se relajará, esto lo harás varias veces hasta que puedas entrar en un estado de conciencia cómodo para que puedas visualizar la caja de control de interruptores y “desconectar” la parte del cuerpo que tú necesites en ese momento. Recuerda prender nuevamente el interruptor cuando ya no necesites la analgesia o anestesia.

Cuando el paciente siente dolor durante la inducción

Cuando uno está realizando una inducción y el paciente experimenta dolor, no suele ser de gran utilidad darle sugerencias de distracción, ya que seguramente la intensidad del dolor le impedirá concentrarse en ellas. Lo mejor que podemos hacer es centrar la atención del paciente en sus propias sensaciones dolorosas. Esto puede permitir una mayor posibilidad de que el dolor cambie, además de que le implicamos al paciente que no ignoramos su dolor, pero que tampoco nos asusta.²³

¿Qué hacer primero?

Hammond opina que antes de aplicar una técnica específica para el alivio del dolor, es necesario investigar la implicación de causas inconscientes que estén desencadenando, manteniendo o amplificando dicho dolor. Entre las causas psicológicas del dolor puede estar un acontecimiento traumático del pasado no resuelto, por ejemplo la experiencia de un abuso sexual o un accidente automovilístico trágico, etc., o una motivación inconsciente, por ejemplo un auto castigo, la obtención de una ganancia secundaria, etc.

Una técnica de investigación hipnótica puede ser “el señalamiento ideo motor” de Cheek y Rossi. Una modalidad de esta técnica consiste en concentrar la atención sobre las palmas de las manos durante un momento, entonces se le dice al paciente: “Mira tus manos por un momento, mira las líneas de la mano. Hay unas líneas cortas y otras largas. Hay unas líneas que se cruzan... tan sólo deja descansar tus manos... y obsévalas detenidamente... observa los puntos rojos en la palma de la mano... observa los puntos blancos... observa los dedos... su posición... sus pliegues... (si acaso hay movimientos de los dedos)... observa esos pequeños movimientos. Ahora... mientras observas esas manos... por un momento... tan sólo por un momento imagina que no son tuyas... o que no están conectadas a tu cuerpo... ahora voy a preguntar a tu mente inconsciente si quiere contestarme una pregunta que le haga con un movimiento de dedo... qué dedo moverías para contestarme “sí”... (una vez que el dedo del “sí” se movió por sí solo, se pasa a la siguiente

²³ Barber, 1996

pregunta)... y qué dedo moverías para contestarme “no” cuando tu respuesta a mi pregunta sea no...” (se espera que la mente inconsciente elija el dedo del “no”, y después de establecida claramente la forma de contestar de la mente inconsciente se pasa al siguiente patrón de cuestionamiento).

Pongamos un ejemplo real. En cierta ocasión el maestro Ruperto Charles me pidió que supervisara a un grupo en entrenamiento en terapia familiar sistémica, en el caso de un paciente que tenía dolores muy intensos en el vientre. El paciente de 53 años se quejaba de crisis periódicas de dolor intenso e insoportable en el vientre, tanto que tenía que ser hospitalizado y recibir una dosis de analgésicos. Los médicos no encontraron una patología subyacente.

Cuando lo entrevisté junto con su esposa, yo estaba acompañado por cuatro terapeutas familiares en entrenamiento. Le hablé un poco de la mente subconsciente y sus capacidades. También le hablé de los mitos de la hipnosis. Después le dije: “Muy bien, ponga sus manos sobre sus piernas, con las palmas hacia arriba, y obsérvelas detenidamente”. En ese momento el paciente se sonrió y dijo: “Yo creo que esto no funciona conmigo, no creo que me duerma”, y seguimos con el ejercicio. Le pregunté a la mente inconsciente: -Mente inconsciente, como lo conoces muy bien a él, desde que era un niño chiquito, dime, ¿él tiene dolor en este momento? -El dedo del “no” se movió. -Ahora dime, ¿él está casado? -El dedo del “sí” se movió. -¿Tiene hijos? -Sí, contestó su inconsciente.

De esta manera fui haciendo varias preguntas obvias y clínicamente irrelevantes para establecer bien el patrón de respuestas de la mente inconsciente. Al inicio el paciente estaba sorprendido del movimiento automático de los dedos, pero después pareció pasar a un estado de trance ligero o moderado. Posteriormente se le hicieron las preguntas clave.

-El dolor que a veces padece, ¿tiene una causa emocional? -El dedo del “sí” se movió. -Y esa causa emocional, ¿es por algo que sucedió en el pasado? -Sí. -¿Fue por algo que sucedió entre los 50 y 53 años? -No. -¿Entre los 40 y los 49 años? -No. -¿Es algo que pasó entre los 30 y 39 años? -No. -¿Entre los 20 y 29 años? -El dedo del “sí” se contrajo. -¿Eso ocurrió entre los 20 y 25 años? -Sí.

Después le fui preguntando año por año desde los 20 hasta los 24 años. Al llegar a los 25 el dedo del “sí” se movió. Entonces le pregunté: -¿Eso ocurrió cuando estaba en casa? -No. -¿Cuando estaba trabajando? -Sí.

En ese momento el paciente empezó a narrar que cuando tenía unos 25 años, trabajaba de chofer en una mueblería, y que un día al ir manejando por la carretera repentinamente perdió el control del vehículo, volcándose fuera de la carretera. El paciente salió ileso. Sin embargo, recordó que en una ocasión había visto un accidente en el que el conductor había salido supuestamente ileso, para que unos momentos después empezara con dolores en el abdomen y después muriera por estallamiento de vísceras. Recordó que fue en ese momento cuando él empezó a sentirse mal. Parece que esa memoria somática se almacenó y por algún motivo se evocaba en forma regular. Se le preguntó al inconsciente: -Después de recordar esto, ¿puedes ayudarlo a liberarse en forma definitiva de ese dolor? -Se movió el dedo del “sí”.

Un mes después de esta sesión él seguía libre de dolor. Él y su esposa siguieron tomando varias sesiones de terapia familiar. Se le dio una cita abierta para el mes de diciembre, ya que en ese mes se le presentaba con más frecuencia ese dolor. No acudió a la cita. A través de la psicóloga Argelia Castilla, la persona que lo canalizó con nosotros y que trabaja en la misma institución donde trabaja el paciente, me informé que había conversado con él, y que dos años después él seguía libre de dolor.

Otro ejemplo del uso de la hipnoanestesia

Barber (1996), un experto en el uso de la hipnosis para el alivio del dolor crónico, nos sugiere los siguientes pasos generales para el uso de la hipnoanestesia. Hay que aclarar que el contenido puede cambiar dependiendo de las características de personalidad del paciente, tipo y característica del dolor, etc. Veamos la secuencia que sugiere Barber.

- 1. Captar la atención, el interés y la cooperación del paciente.** “Ahora tú puedes sentir lo fácil que es empezar a usar algunas de las habilidades de las que ya hemos hablado, con la intención de reentrenar tu sistema nervioso. Por qué no te recargas en el respaldo de tu silla y le permites a tu cuerpo ponerse tan cómodo como él sabe hacerlo. Correcto”.
- 2. Reducir el alcance de atención del paciente.** “Cierre sus ojos y tome una respiración muy profunda y relajante y... deténgala ahí... deténgala... y ahora que salga el aire mientras usted se relaja más y más en su silla”.
- 3. Sugerir un foco concentrado de atención y dirigir la atención hacia adentro.** “Conforme continúas permitiéndote a ti mismo respirar cómoda y descansadamente, notarás que la pesadez está empezando a extenderse más en una parte de tu conciencia, y conforme te des cuenta de estas cosas, yo te estaré hablando y notarás con qué facilidad oyes el sonido de mi voz sin haberla escuchado, y podrás entender lo que te estoy diciendo sin ningún esfuerzo. Y mientras tanto, los sonidos alrededor de ti... todos los sonidos que puedes oír... empezarán a estar más y más lejos... de tu experiencia de comodidad y bienestar... sin nada que te moleste... y nada que te altere. Tan sólo date cuenta de tu respiración, pon atención a tu respiración y date cuenta de la felicidad con que puedes descubrir que ninguna otra cosa importa... nada... sólo tu comodidad”.
- 4. Sugerir disociación.** “Conforme te permites a ti mismo estar más y más absorto por lo cómodo de tu respiración, también puedes descubrir que es más y más interesante continuar... continuar sintiendo cada respiración... conforme inhalas y conforme exhalas. Es casi como si tu respiración y la conciencia de tu respiración fueron todo lo que importara. Es como si realmente no hubiera nada más... sólo tu respiración y tu bienestar. Podrías también haber notado la sugestiva sensación de hormigueo en las puntas de tus dedos. Una sensación placentera de calor... y esta sugestiva sensación puede subir por tus dedos y tus manos... hasta tus muñecas. Una sensación de hormigueo que parece recordarte qué tan profundamente estás absorto... qué tan profundamente cómodo puedes estar. Y puedes notar una sensación de hormigueo similar alrededor de tu boca y labios... y quizá, también en tu cintura. Pudieras darte cuenta de esta placentera sensación de hormigueo en la planta del pie. Pudieras empezar a sentir casi como si estuvieras radiante de energía. Irradiando hormigueo, respirando todo en un ritmo reconfortante. Permitiendo que el sonido de mi voz continúe siendo parte de tu bienestar”. En el supuesto de que el paciente ya esté en estado hipnótico, se puede continuar con lo siguiente.
- 5. Da sugerencias terapéuticas.** “Conforme continúes sintiéndote más y más absorto por las sensaciones de tu respiración, voy a hablarle a esa parte de ti que controla las sensaciones de tus nervios. Puedes escuchar lo que digo, o tan sólo puedes flotar tan cómodamente sabiendo que tu sistema nervioso está escuchando todo lo que te estoy diciendo. Es tan curioso y tan interesante... tú puedes tener la capacidad de incrementar o disminuir las sensaciones a través de tu cuerpo. E imagino que te sentirás muy interesado en la forma en que disminuyes las sensaciones tan sólo en una parte de tu cara (brazos, piernas, etc.). Tú realmente no sabrás cómo lo hiciste... cuando menos por ahora. Puedes estar intrigado, sorprendido... y puedes simplemente darte cuenta de que esas sensaciones eléctricas empiezan a apagarse en tu cara (brazos, piernas, etc.)... por alguna razón se detuvieron. Casi como un estornudo que nunca ocurrió. Las primeras veces tendrás la sensación de que

va a venir un dolor, pero, algo... tú no sabes qué, algo detiene la sensación casi antes de que empiece. Es como si tu sistema nervioso estuviera empezando, ya, a reentrenar esos nervios para no mandar más esos mensajes dolorosos a tu cara (brazos, piernas, etc.). Y más tarde el día de hoy... no sé realmente cuándo es que sucederá... pueden ser 10 minutos antes de las cinco de esta tarde... o puede ser más probable 10 minutos después de las cinco... pero no sé exactamente cuándo ocurrirá... y puede que te des cuenta de repente... qué tan bien te estás sintiendo... pero realmente no lo sé. Y puede ser que no sea el tiempo del reloj lo que sea importante aquí. Puede ser lo que tu mente inconsciente esté haciendo en ese tiempo lo que en verdad sea importante. Puede ser que tú estés llevando una taza a los labios o no lo sé... puede que estés hojeando un libro... en realidad no sé lo que estarás haciendo, cuando tú en forma repentina... voltees tu cabeza ligeramente, como si estuvieras tratando de captar con tu mirada algo fuera de tu conciencia... y al mismo tiempo te des cuenta de lo bien que te estás sintiendo, muy bien, más de lo que esperabas sentirte. Y no sabrás realmente cómo... no sabrás por qué. Sólo sabrás lo bien que te sientes. Mejor... mucho mejor. Y mañana en la mañana, después de despertar, podrás sentirte realmente sorprendido de qué bien dormiste, de qué tan descansado te sientes... nada que te moleste, nada que te altere”.

- 6. Dar sugerencias para terminar la experiencia.** “Por tanto, en un momento, cuando yo te pida que puedas darte cuenta de lo fácil que es encontrarte respirando un poco diferente, como si cada respiración empezara a sentirse más y más refrescante, más energizante. Entonces, conforme tus ojos se abran, notarás qué tan despierto y tan lúcido te encuentras... y quizá qué tan listo te sientas para sentirte sorprendido. Eso es, respiraciones profundas... más y más refrescantes. Nota cómo ahora conforme tus ojos se abren... qué tan alerta... qué tan descansado estás. Como si acabaras de tomarte una siesta”.

Mecanismos neurofisiológicos de la analgesia hipnótica

Varios estudios han mostrado que el lóbulo prefrontal desempeña una función muy importante en el estado de trance hipnótico.²⁴ En lo que respecta al fenómeno de analgesia y anestesia hipnótica, varias investigaciones con resonancia magnética funcional y de flujo sanguíneo cerebral han mostrado que la inhibición dolorosa se asocia con un incremento en la activación de la corteza orbito frontal. Parece ser que esta activación pone en marcha un proceso de inhibición sensorial a través de mecanismos descendentes talámico-espinales.²⁵ Asimismo, se observó simultáneamente una reducción en la actividad metabólica del giro del cíngulo anterior. Estas áreas están relacionadas con el proceso de atención-conciencia y procesos emocionales de la información.

Crawford propone que la analgesia hipnótica es resultado de cambios que afectan la distribución activa de la atención y la desatención asociada con la región frontal anterior, así como con aspectos espacio-temporales de la percepción del dolor asociado con sistemas corticales posteriores.

Por lo que respecta a la bioquímica de la analgesia hipnótica vale la pena mencionar que la mayoría de los anestésicos químicos son de origen opiáceo, como en el caso de la morfina. Hace un par de décadas se descubrieron las endorfinas, sustancias generadas endógenamente y con las mismas funciones que la morfina. Se pensó que la analgesia hipnótica era mediada por las endorfinas, ya que la analgesia producida por acupuntura y la analgesia por estrés se producen por la liberación de endorfinas. Sin embargo, la inyección de naloxona, sustancia que inhibe el efecto

²⁴ Gruzlier, 1999

²⁵ Crawford *et al*, 1999; Gruzlier, 1999

de las endorfinas y la morfina, y por tanto revierte los efectos analgésicos y anestésicos de los anestésicos químicos, la acupuntura y el placebo, no tiene ningún efecto en la analgesia hipnótica.

Lo anterior sugiere que otros mecanismos bioquímicos diferentes a los opiáceos participan en el control del dolor en la hipnosis.

Conclusión

La hipnosis ha comprobado ser una herramienta sumamente útil en la reducción o eliminación del dolor físico en diferentes tipos de problemas de salud, como el dolor en pacientes con cáncer, dolor quirúrgico, dolor de cabeza y migraña, dolor dental, dolor por quemadura, dolor en el parto, dolor psicossomático. Con estas líneas se pretende demostrar que estas mismas técnicas son susceptibles a ser utilizadas en el planteamiento inicial en este trabajo, es decir, de su aplicación como herramienta del tratamiento acupuntural para pacientes con un umbral de dolor muy pequeño o con pacientes con fobia a la aplicación de agujas en el cuerpo.

En un estudio realizado por Montgomery *et al.* (2000) en el cual llevaron a cabo un meta-análisis de 18 investigaciones publicadas acerca del uso de la hipnosis en el alivio del dolor, se encontró que la hipnosis era útil en la reducción o eliminación del dolor en 75% de las personas tratadas, ya sea en dolor clínico o experimental. Estos autores concluyeron que la hipnosis debe considerarse un tratamiento bien establecido y con reconocimiento oficial en el alivio del dolor, además que debe alentarse su uso por los profesionales relacionados con ella. En vista de lo anterior podemos considerar que aunque la hipnosis no es una panacea infalible, sí es un legítimo método psicológico para el tratamiento del sufrimiento producido por el dolor físico, y resulta indispensable que los psicólogos clínicos que trabajan en el medio hospitalario tengan la opción de entrenarse en este campo.

Bibliografía

[1] Manual de Hipnosis y PNL de la carrera de parapsicología del Instituto Mexicano de Parapsicología. Apunte #2 – 2004 – pag 3-7 <http://www.imexpar.com.mx>

[2] Comentarios sobre hipnosis de investigaciones del laboratorio médico Bagó. <http://www.bago.com/BagoArg>

[3] Resumen objetivo elaborado por el Comité de Redacción Científica de SIIC en base al artículo original completo publicado por la fuente editorial. Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) 2002 – Bagó S.A.

[4] Guía práctica de autohipnosis – Bruce Goldberg – Editorial Selector 2003 – p.19

[5] Hipnosis – Dr. Roberto N. Kleiner – Editorial Omeba 1993 – p. 10, 11,12,13

[6] Hipnotismo y Bioenergía – Eric Barone – Editorial Esmeralda

[7] Hipnosis Clínica – Un enfoque Ericksionano – Arnoldo Tellez – Editorial Trillas 2007.

[8] Curso de Hipnosis en 13 lecciones – Oberto Airaudi – Editorial Edaf 1992

ÍNDICE

TEMA	PAGINA
Presentación	2
Introducción	3
Breve historia de la hipnosis contemporánea	4
Aceptación de la hipnosis en medicina	4
Dos corrientes muy importantes en el estudio de la hipnosis - las escuelas de nancy y de parís	5
Definiendo la hipnosis	7
Procesos de cambio interno-externo en una persona hipnotizada	8
Grados de profundidad hipnótica	9
La sugestión	10
Personas a las que no se debe hipnotizar	10
Personas fácilmente hipnotizables	10
Puntos a tener en cuenta antes de empezar la hipnosis	10
Pasos a seguir por el hipnotizador	11
El proceso hipnótico se divide en tres partes	11
Las fobias - ¿qué es una fobia?	12
Método para eliminar o reducir los efectos de una fobia	12
La Hipnosis en el tratamiento del dolor	14
La función del dolor	14
Tipos de dolor	14
Aspectos psicológicos del dolor	14
Aspectos culturales del dolor	15
Analgesia inducida por estrés	15
Componentes del dolor	15
Hipnosis y dolor	16
Teoría de la Neo Disociación de Hilgard	16
Ventajas de la analgesia hipnótica	16
Pacientes que pueden ser buenos candidatos para la analgesia hipnótica	17
Aspectos que necesitan evaluarse en la entrevista	17
Estrategias generales para la evocación de la analgesia hipnótica	18
Experiencia mística introvertida	21
Experiencia mística extravertida	22
Técnicas hipnoanalgésicas específicas	24
Anestesia de guante	24
Técnica del interruptor	24
Cuando el paciente siente dolor durante la inducción	25
¿Qué hacer primero?	25
Otro ejemplo del uso de la hipnoanestesia	27
Mecanismos neurofisiológicos de la analgesia hipnótica	28
Conclusión	29
Bibliografía	30