Universidad de Chile.
Facultad de Ciencias Sociales.
Escuela de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología.

" Aportes de la hipnoterapia ericksoniana en el control y manejo del dolor y sufrimiento de pacientes con cáncer cervicouterino".

Memoria para optar al título de
Psicólogo.

Valeria Andrea Monroy Araya.

Prof. Patrocinante y Guía Metodológico:
Ps. y Mag.(c) Elisabeth Wenk Wehmeyer.

Profesional Colaborador:
Ps. Mario Pacheco León.

Santiago, 2003.

Resumen

"Aportes de la hipnoterapia ericksoniana en el control y manejo del dolor y sufrimiento de pacientes con cáncer cervicouterino".

Memoria para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile. Carrera de Psicología. Autora: Lic. Valeria Monroy Araya. Prof. patrocinante y guía metodológico: Ps. y Mag. (c) Elisabeth Wenk Wehmeyer. Profesional colaborador: Ps. Mario Pacheco León.

La investigación se refiere a un estudio de casos realizado con 6 pacientes con cáncer cervicouterino en estado terminal, atendidas en un hospital público de Santiago. El estudio realizado se define básicamente como un estudio exploratorio y descriptivo, el cual empleó una metodología mixta: cualitativa y cuantitativa.

Desde el punto de vista cuantitativo, se realizó una investigación exploratoria, descriptiva y correlacional que utilizó un diseño pre-experimental. El parámetro utilizado fue la Escala Visual Análoga (EVA) y el reporte individual de las pacientes.

Desde la perspectiva cualitativa se realizó un estudio descriptivo, de tipo investigación - acción. Los resultados obtenidos en esta fase se examinaron a través del análisis de contenido.

En cuanto a los resultados generales de la investigación, se pudo observar una considerable reducción del dolor en las pacientes. Después de cada inducción, todas ellas manifestaron una reducción de la intensidad del dolor. En el transcurso del tiempo, el primer aspecto que se redujo fue la frecuencia, luego su duración y finalmente su intensidad . Junto con la reducción del dolor aumentaron la angustia, el temor, la tristeza y la rabia, por lo que fue necesario llevar a cabo apoyo psicológico. Todas las pacientes consideraron la intervención efectiva y un gran apoyo para sobrellevar su enfermedad.

Las pacientes que obtuvieron los mejores resultados fueron las que practicaron autohipnosis frecuentemente. Y el recurso hipnótico más eficaz fue la disociación. Además las participantes manifestaron interés en los siguientes temas: percepción de la enfermedad, emociones experimentadas, motivación, atención hospitalaria, relación médico-paciente, situación económica, creencias religiosas, autocuidado y vínculos afectivos-red de apoyo

No obstante lo relevante de los hallazgos, resulta importante que los resultados obtenidos reflejan características de un grupo particular, los que, si bien podrían ser de gran utilidad para estudios posteriores que se realicen con muestras similares, no pueden generalizarse a la población.

Una de las mejores cosas de este trabajo fue la fortuna de contar con la valiosa ayuda de nobles personas, para todas ellas mi más profundo agradecimiento.

A las seis pacientes que participaron en este estudio, por su generosidad, confianza y porque su testimonio lleno de humanidad recuerda importantes aspectos de la vida.

Al Dr. Alfredo Saumann por abrirme las puertas que me permitieron realizar este trabajo, además por haber tenido el privilegio de contar en todo momento con sus sabios consejos, su confianza y apoyo.

Al Dr. Fernando Saavedra por su decidido, desinteresado y total apoyo; sobre todo por ayudarme a sortear las dificultades que se presentaron en el camino, pues gracias a esto pude terminar la presente investigación, también por su infinita paciencia, comprensión y gentileza.

A la matrona Srta. Angélica Salas por compartir generosamente su experiencia y sus conocimientos sobre el tema estudiado, además por su apoyo, entusiasmo y amistad.

Al Ps. Mario Pacheco por compartir generosamente sus experiencias y conocimientos, los cuales fueron totalmente necesarios para realizar este trabajo, y por recibir su amistad y permanente apoyo.

A la Ps. Elisabeth Wenk por su apoyo y sabia orientación. Sus opiniones, correcciones y enseñanzas fueron fundamentales en esta investigación.

A Rafael Jiménez por acompañarme en este largo camino y mostrarme en cada momento lo importante que era para mí realizar este trabajo.

A mis amigos les agradezco su grata compañía, ayuda y alegría.

A mi hermano por su cariño e incondicional ayuda. Su generosidad me motivó y acompañó durante todo este trabajo.

A mis padres por su amor incondicional, paciencia, generosidad e infinita comprensión. Ellos fueron mi gran apoyo para finalizar esta etapa.

Con mucho cariño dedico este trabajo:

A mi madre por darme su amor incondicional, compresión y sabiduría.

A mi padre por darme su apoyo, comprensión y cariño.

A mi hermano por su cariño, paciencia y amistad.

Índice

	Página
Introducción	1
I. Planteamiento del problema de investigación	4
1. Formulación del problema de investigación	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Preguntas de investigación	5
2. Justificación.	7
II. Marco teórico	8
1. Psicología de la salud	8
2. El Cáncer	10
2.1. Definición de la enfermedad	10
2.2. Causas de la enfermedad	11
2.2.1. Rol de los factores psicosociales en la patogenia del cáncer.	11
2.2.2. Alteraciones en el material genético.	12
2.3. Desarrollo de la enfermedad	13
2.3.1. Las células transformadas	13
2.3.2. De un tumor en reposo a uno invasivo	14
2.4. Clasificaciones	16
2.4.1. Clasificación biológica	16
2.4.2. Clasificación histológica de los tumores	17
2.5. Epidemiología del cáncer	17
2.5.1. Cáncer en el mundo	18
2.5.2. Cáncer en América	19
2.5.3. Cáncer en Chile	19
2.6. Pronóstico de la enfermedad	21
2.6.1. Factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad	21
2.7. Aspectos culturales, éticos y psicológicos del cáncer.	22
2.7.1. Representación cultural del cáncer.	22
2.7.2. Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer	22
2.7.2.1. Reacciones emocionales en el paciente con cáncer.	23
2.7.2.2. Reacciones emocionales a los tratamientos	26
2.7.3. El enfermo terminal	27
2.7.3.1. Complicaciones psiquiátricas de los pacientes terminales	32
2.7.3.2. La familia del paciente terminal	34
2.7.3.3. Asistencia psicológica al paciente terminal	36
2.7.3.3.1. La psicoterapia del paciente terminal	37
3. Cáncer cervicouterino	40
3.1. Diagnóstico	41
3.2. Clasificación internacional de cáncer de cuello uterino	42
3.3. Tratamiento	43
3.4. Sobrevida	44
3.5. Carcinoma recurrente	45
4. Dolor	46
4.1. Definición del dolor	46
4.2. Modelos Explicativos del dolor	47
4.2.1. Modelo lineal simple	47
4.2.2. Modelos multidimensionales	47
4.2.2.1. Modelo multidimensional	48
4.2.2.2. Modelo de la puerta de control	49
4.2.2.3. Modelo de dolor operante	50
4.3. Características del dolor	51
4.4. Fisiopatología del dolor	54
4.4.1. Los caminos del dolor	54
4.4.1.1. Estructuras periféricas	55

4.4.1.2. Estructuras centrales 56
4.4.1.3. Neurotrasmisores y neuromoduladores 59
4.4.2. Mecanismos neurobiológicos implicados en el control del dolor 60
4.4.2.1. Mecanismos de modulación en el nivel periférico 61
4.4.2.2. Mecanismos de modulación en la médula 61
4.4.2.3. Los controles de origen supramedular 64
4.4.2.4. Controles inhibitorios difusos 65
4.5. Métodos farmacológicos para controlar el dolor 66
4.5.1. Antiinflamatorios no estereoidales 66
4.5.2. Analgésicos de acción central 67
4.5.2.1. La morfina y sus efectos 68
4.5.2.2. Antidepresivos 69
4.5.2.3. Neurolépticos 69
4.5.2.4. Ansiolíticos 69
4.6. Métodos no farmacológicos en el tratamiento del dolor 70
4.7. Aspectos psicológicos y psicosociales del paciente con dolor 74
4.7.1. Factores socioculturales 74
4.7.2. Factores psicológicos 75
4.7.2.1. Rol de la ansiedad y la depresión como parte del dolor 75
4.7.2.2. Significado y contexto 75
4.7.2.3. Estilo cognitivo 76
4.7.2.4. Locus de control 77
4.7.2.5. El dolor como un equivalente funcional de la ansiedad, depresión y otros afectos disfóricos 78
4.7.2.6. Factores ambientales y conductuales 78
4.7.3. Terapias psicológicas 78
4.8. Dolor por cáncer 81
4.8.1. Evaluación del dolor en pacientes con cáncer 82
4.8.1.1. Evaluación psicológica de dolor en pacientes con cáncer 83
4.8.2. Tipos de dolor por cáncer 84
4.8.2.1. Clasificación según el mecanismo fisiopatológico 84
4.8.2.2. Clasificación según el punto de vista clínico y relacionado con el sitio de activación del impulso doloroso. 84
4.8.2.3. Síndromes dolorosos en pacientes con neoplasia 85
4.8.3. Distintos efectos del dolor en los paciente con cáncer 88
4.8.4. El dolor en el paciente oncológico terminal 88
4.8.5. Tratamiento para el alivio del dolor en pacientes con cáncer. 89
4.8.5.1. Distintas aproximaciones en el tratamiento del dolor por cáncer 91
4.8.5.2. Recomendaciones de la OMS para el alivio del dolor en el cáncer 92
4.8.5.3. Uso de analgésicos para aliviar el dolor en el cáncer, según la OMS. 92
4.8.5.4. Alternativas no farmacológicas para el tratamiento del dolor en el cáncer 96

5. Hipnosis en el manejo del dolor 98
5.1. Definición de la experiencia hipnótica 100
5.2. Enfoque "hipnóticos" 101
5.2.1. Enfoque autoritario 101
5.2.2. Enfoque estandarizado 102
5.2.3. Enfoque de utilización 102
5.3. Hipnosis en el control del dolor 109
5.3.1. ¿Qué modifica la hipnosis en la experiencia de dolor? 112
5.3.1.1. ¿Por qué la hipnosis puede influir en la dimensión sensorial? 113
5.3.2. Utilidad de la hipnosis en el control del dolor 115
5.3.3. Consideraciones previas al inicio del tratamiento hipnótico 116
5.3.4. Aspectos que deben ser considerados en la evaluación 117
5.3.4.1. La entrevista psicológica 118
5.3.5. Estrategias para el manejo del dolor crónico o recurrente 119
5.3.6. ¿Qué hacer si durante el trabajo hipnótico el paciente sufre una crisis de dolor? 128

III. Metodología. 129

1. Objetivos 129
1.1. Objetivo general 129
1.2. Objetivos específicos 129

2. Tipo y características del estudio 130

3. Hipótesis de investigación 133

4. Definición de las variables 133
4.1. Variable dependiente 133
4.1.1. Definición conceptual y operacional de la variable dependiente 133
4.2. Variable independiente 134
4.2.1. Definición de la variable independiente (intervención hipnoterapéutica) 134

5. Características del universo y de la muestra 138
5.1. Universo 138
5.1.1. Definición del universo 138
5.1.2. Características del universo 138
5.2. Características de la muestra 141
5.2.1. Características específicas de la muestra 142

6. Instrumentos utilizados 143
6.1. Escala Visual Análoga 143
6.2. Entrevista semiestructurada 143

7. Procedimiento 144

8. Investigaciones sobre hipnosis y dolor 147

IV. Resultados. 151

1. Descripción de las pacientes 151

2. Resultados cuantitativos 164
2.1. Resultados: Gráficos 164
2.2. Resultados: Objetivo Específico 2 (Tablas) 176
2.3. Resultados: Objetivo Específico 3 (Tablas) 188

3. Estudio cualitativo 197
3.1. Definición de categorías 197
3.2. Estudio de casos 199
3.2.1 Estudio de caso. Paciente 1 200
3.2.2. Estudio de caso. Paciente 2 215
3.2.3. Estudio de caso. Paciente 3 241
3.2.4. Estudio de caso. Paciente 4 261
3.2.5. Estudio de caso. Paciente 5 271
3.2.6. Estudio de caso. Paciente 6 278

4. Comparación de las categorías entre las pacientes 287

V. Discusión de los resultados, conclusiones y sugerencias. 297
1. Discusión de los resultados 297
2. Conclusiones 322
3. Sugerencias 326
3.1. Sugerencias para investigaciones futuras 329
4. Fortalezas y debilidades 330

VI. Bibliografía. 332

Introducción.

El hombre siempre ha tratado de evitar el dolor de variadas formas: las primeras evidencias provienen de los sumerios y los egipcios, quienes recurrían al opio; a su vez, la medicina china creó la acupuntura y la moxaterapia, ésta última consistente en suprimir un dolor mediante la producción de otro. La ventosa, tratamiento popular para el dolor, fue utilizada por los griegos, romanos, chinos e hindúes ya en el 400 A.C. aproximadamente; y la aplicación de calor ha sido otra de las prácticas empleadas. También se ha recurrido a la relación entre conciencia y percepción dolorosa, utilizando diversos métodos: intoxicación alcohólica, ritos ceremoniales, e incluso procedimientos tan violentos como el traumatismo encéfalo-craneano (La mente subyuga a la materia, en Los Porqués de la Mente Humana, 1991; Editorial Reader's Digest).

Con el paso del tiempo, los tratamientos farmacológicos se han perfeccionado, logrando grandes éxitos. Además, existe una gama de tratamientos no farmacológicos que permiten combatir el dolor desde la biología. Entonces, ¿por qué abordar el tema del dolor desde la psicología, si gracias a los descubrimientos biológicos, se avanza cada día más en el tratamiento del dolor?

Porque en la actualidad, el dolor no se considera un fenómeno exclusivamente biológico: se aceptan los aportes de distintos ámbitos. Existe consenso en definirlo como una experiencia subjetiva en la que participan distintos aspectos, sensorial, emocional y sociocultural. Es un fenómeno bio-psico-social, por lo tanto, debe abordarse desde una perspectiva multimodal.

El cáncer muchas veces se acompaña de dolor, y éste no está determinado sólo por el daño orgánico; especialmente en esta enfermedad, se deben considerar otros aspectos además del biológico, ya que los pacientes que padecen cáncer reaccionan con mayor intensidad al dolor, le temen y lo consideran un paso obligado; cada episodio representa la cercanía de la muerte, produciendo gran sufrimiento psicológico, lo que afecta su estado general.

Es allí donde la hipnosis, como método de trabajo desarrollado desde la psicología, puede hacer su aporte.

La hipnosis, a primera, vista puede parecer una técnica moderna comúnmente asociada a espectáculos en los cuales una persona se encuentra a merced de los caprichos del hipnotista, quien pareciera tener poderes especiales para hacer lo que quisiera con al persona. Lo anterior son sucesos que sin duda generan recelos sobre la veracidad y lo ético del procedimiento hipnótico. Luego, no se esperaría utilizarlo en una situación tan delicada como el tratamiento de alivio del dolor de personas con cáncer.

Sin embargo, la hipnosis no es un fenómeno moderno, es tan antiguo como el hombre, ha estado presente en los ritos ceremoniales de distintas culturas como "trance místico". En estas ceremonias se aprecian experiencias tan sorprendentes como caminar descalzo sobre piedras candentes o lava fundida, sin lesionarse, rito efectuado hasta hoy por nativos de la isla Fiji. Otro ejemplo, es la habilidad de algunos yoguis para controlar funciones regidas por el sistema nervioso autónomo (pulso cardíaco, metabolismo, temperatura corporal, etc.), hechos que sorprenden a la mayoría de las personas y aparecen rodeados de mitos y misterio.

Actualmente, la ciencia reconoce la existencia del fenómeno hipnótico. Las explicaciones son variadas, ya que ninguna por si sola explica el hecho cabalmente. No obstante, el punto que tienen en común es no considerar la experiencia hipnótica como un acto mágico realizado por un individuo con poderes sobrenaturales.

En relación con el dolor y la hipnosis, la literatura relata la utilidad de estos procedimientos, sobre todo en las personas "sugestionables". Este concepto se refiere a una característica de personalidad que podría estar o no presente en los sujetos, pero la mayoría de las investigaciones mencionan sólo resultados, sin explicar las intervenciones ni cuestionarlas.

Este hecho se debe tener presente, sobre todo si se considera que existen diferentes maneras de considerar la hipnosis. En la práctica, el enfoque utilizado influye en las formas de inducir el estado de trance, interpretación de las respuestas del sujeto, etc. Por lo tanto, es importante considerarlo al plantear las conclusiones.

Para el enfoque ericksoniano, el cómo se lleva a cabo una intervención hipnótica es de vital importancia, porque entiende el trance hipnótico como un fenómeno interaccional entre sujeto y terapeuta, donde ambos se influencian. Considera al cliente como persona única, que tiene experiencias, creencias, valores, etc. El rol del terapeuta es aceptar y utilizar los comportamientos de la persona, presentes en la situación, con el fin de brindar condiciones que le permitan tener un funcionamiento adecuado. Por esto, no se utilizan métodos rígidos o fijos; las intervenciones son individualizadas. Los sujetos no reaccionan de la misma manera en un trance, varían en la velocidad, necesidades, comportamientos exhibidos, etc. Para el enfoque antes mencionado, la "sugestionabilidad" no es una característica permanente del sujeto, ya que dependiendo de la habilidad del terapeuta y de la relación interpersonal creada, cualquier persona podría mostrar sus comportamientos hipnóticos.

En la literatura se presentan casos exitosos de dolores tratados con hipnoterapia ericksoniana en intervenciones dentales, preparación para el parto normal, heridas, quemaduras, cáncer, jaquecas y artritis.

Si bien se ha comprobado que los acercamientos hipnoterapéuticos son efectivos en el control y manejo del dolor, aún se desconoce los mecanismos neurofisiológicos y psicológicos que subyacen al fenómeno.

Este trabajo intenta contribuir desde la psicología al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con cáncer, mediante la hipnoterapia ericksoniana, con el fin de mitigar el dolor y sufrimiento de quienes padecen dicha enfermedad e inferir conocimientos para realizar nuevas investigaciones que permitan utilizar la hipnosis en el área de la salud.

Específicamente, el presente estudio pretende indagar sobre los efectos de la hipnoterapia ericksoniana en la diminución del dolor y sufrimiento de pacientes con cáncer cervicouterino atendidas en un hospital público. Para esto se realizó un investigación límite entre metodología cualitativa y metodología cuantitativa, mediante el estudio de casos. Desde el punto de vista cualitativo, el tipo de estudio realizado es investigación-acción, en que además se describe a través de análisis contenido. Desde el punto de vista cuantitativo, se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y correlacional que utiliza un diseño pre-experimental.

I. Planteamiento del Problema.

1. Formulación del problema de investigación.

1.1. Antecedentes.

Chile no está ajeno a la problemática del cáncer: según el Anuario de Egresos Hospitalarios del Departamento de Coordinación e Informática del Ministerio de Salud de Chile, en 1990 hubo cerca de 35.000 hospitalizaciones y 14.000 defunciones en el año por esta causa (Medina, 1997). En Chile es la segunda causa de muerte. Tal es así que en 1997 fallecieron 17.339 personas por cáncer. Si se piensa que un 80% de ellos pudieron sufrir dolor durante la enfermedad, cerca de 14.000 chilenos padecieron dolor por cáncer. (MINSAL, 1996). Particularmente alarmante es el cáncer cervicouterino, en que el porcentaje de personas afectadas es tan alto, que Chile ocupa el primer lugar en América por este problema (1997, Medina).

En medicina, la atención de cáncer se dirige principalmente al diagnóstico precoz y al tratamiento curativo, basado en métodos preventivos y quirúrgicos, complementados con radioterapia y/o quimioterapia; se conocen los éxitos y fracasos de estos tratamientos. El déficit está en el tratamiento paliativo del dolor y de los síntomas presentes cuando la medicina no puede hacer más para paliar la enfermedad (Felmer, 1997).

En los países en desarrollo, la mayoría de los recursos se destinan a atender los aspectos curativos, y es difícil encontrar planes orientados a los cuidados paliativos, lo cual afecta a los pacientes (Felmer, 1997).

Para la OMS, el dolor en el cáncer es un tema de preocupación: el número de pacientes con esta enfermedad está aumentando en el mundo, y se necesitan medidas para aliviar el dolor en todas las etapas de la

misma. Se estima que éste se presenta en un tercio del total de pacientes que padecen la enfermedad y en un 70 a 90% de los casos de cáncer avanzado. Por otra parte, en casi todos los países la enfermedad se presenta en una fase avanzada, y el único tratamiento posible resulta ser el manejo del dolor y la atención paliativa. Dicho organismo plantea la necesidad de abordar el problema en forma multidisciplinaria, considerando –además de los problemas físicos– los psicológicos, espirituales y sociales, y plantea que no hacerlo puede hacer fracasar el tratamiento (OMS, 1996).

El dolor es un constructo complejo. Por una parte, es un sistema de alarma biológico que permite la sobrevivencia del organismo, donde participa un complejo sistema fisiológico. Por otro, es una experiencia individual, subjetiva, cargada de experiencias previas, un mundo emocional con significados particulares, que se manifiestan en un medio social. En este complejo sistema biopsicosocial es importante el aporte de la psicología.

Es así como mediante el uso de hipnoterapia de utilización (hipnosis ericksoniana) se ha podido manejar exitosamente algunos dolores como los causados por intervenciones dentales, preparación para el parto normal, heridas por accidentes, quemaduras, cáncer, jaquecas y artritis. Entre los beneficios de la hipnoterapia se pueden señalar los siguientes: elimina los dolores o los reduce significativamente; no posee efectos colaterales demostrados; facilita el tratamiento que reciben los pacientes y permite que los enfermos puedan participar activamente en su tratamiento, haciéndolos menos dependientes (Barber, 2000).

1.2. Preguntas de investigación.

Teniendo en cuenta el problema del dolor en el cáncer, es que se formulan las siguientes interrogantes con respecto al problema específico planteado: ¿podría ser útil la aplicación de hipnoterapia de utilización, en pacientes con dolor por cáncer cervicouterino?, ¿será eficaz la hipnoterapia de utilización en el control del dolor de pacientes con cáncer cervicouterino?, ¿disminuirá el sufrimiento de las pacientes?, ¿existirán diferencias entre la disminución del dolor físico y el sufrimiento?, ¿las estrategias utilizadas, influirán por igual en la intensidad del dolor y en el

sufrimiento asociado?, y ¿cuáles serían las intervenciones hipnoterapéuticas más eficaces para atender a estos pacientes?

De lo anterior se desprende la pregunta de investigación general para este trabajo:

¿La aplicación de hipnoterapia ericksoniana, disminuye el dolor y/o el sufrimiento de pacientes que padecen cáncer cervicouterino, atendidas en un hospital público de Santiago de Chile?

2. Justificación.

El cáncer es una enfermedad en aumento, que muchas veces se acompaña de dolor. Según estimaciones, el dolor se presenta en un tercio de las personas que padecen la enfermedad y en el 70-90% de los casos de cáncer avanzado; muchas veces la enfermedad es detectada sólo en esta fase (OMS, 1996).

El cáncer de cuello uterino es un problema relevante. En Chile esta enfermedad ocupa el cuarto lugar como causa de muerte por tumores malignos en la mujer, y es la primera causa de muerte debido a tumores malignos en las mujeres de 30 a 54 años (MINSAL, 1998 a). Además, Chile tiene el riesgo de cáncer de cuello uterino más elevado de América (Medina, 1997).

Disminuir el dolor por cáncer es tan relevante que la OMS ha recomendado tomar medidas al respecto: sugiere brindar una atención integral a los pacientes, abordar el dolor como un fenómeno bio-psico-social y considera muy importante realizar intervenciones orientadas a enfrentar el problema (OMS, 1996).

Por otra parte, se han realizado estudios que muestran la utilidad de las intervenciones de hipnosis ericksoniana en el manejo de dolores.

Por esto se ha considerado importante investigar si es eficaz el procedimiento hipnótico en pacientes que padecen cáncer cervicouterino en nuestro país, de manera de poder disminuir su dolor y/o sufrimiento. De ser así, muchos enfermos se verían beneficiados. Eventualmente el procedimiento se podría aplicar en otro tipo de cáncer o enfermedades dolorosas, y se abrirían campos de investigación y práctica de la psicología de la salud e hipnosis ericksoniana en el país. Por otra parte, realizar la investigación permitiría estudiar las variables dolor–sufrimiento, la relación entre ambas y su comportamiento, después de una intervención hipnótica, evaluando las formas en que son afectadas.

II. Marco Teórico.

1. Psicología de la Salud.

"La psicología de la salud es el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema de salud y a la formación de políticas de salud." (Matarazzo, 1982; citado en Díaz y Pemjean, 1996, p. 4.).

La psicología de la salud surge como un enfoque que trata de dar respuestas a problemas de salud que no pueden solucionarse desde una perspectiva que considera sólo variables biológicas medibles. (Díaz y Pemjean; 1996). Al principio, las enfermedades eran explicadas por el modelo *biomédico*, el cual considera sólo las variables biológicamente medibles (Díaz y Pemjean, 1996). El modelo biomédico ha sido útil, sobre todo, en el tratamiento de las enfermedades virulentas tan comunes en el siglo pasado. Gracias al avance en esta área, en la actualidad las enfermedades infecciosas no son el principal problema de salud.

Actualmente, la mayor dificultad son las enfermedades crónicas y los altos costos de los tratamientos. Las primeras se relacionan con múltilples factores: estilos de vida, dietas inapropiadas, condiciones laborales, contaminación ambiental, características psicológicas.

Frente a esta situación, es necesario contar con modelos alternativos que permitan prevenir y modificar conductas poco sanas y ampliar la mirada de la problemática de la salud.

Como respuesta, surge el modelo *Biopsicosocial*, planteado por Engel (Díaz y Pemjean, 1996), quien propuso aplicar el concepto de "sistemas" desarrollado por Ludwig von Bertalanfy a la problemática de

salud. Es así como Engel plantea: "El médico debe tomar en cuenta al paciente, al contexto social en el que vive y el sistema complementario ideado por la sociedad para luchar contra los efectos perturbadores de la enfermedad, el rol del médico y el sistema de salud" (Engel, 1977 en Díaz y Pemjean, 1996, p. 11.). El modelo Biopsicosocial considera los factores biológico, psicológico y social.

Actualmente, la perspectiva Biopsicosocial está presente en el abordaje de los problemas de salud. La Organización Mundial de la Salud, OMS, considera que los problemas de salud deben tomar en cuenta otros aspectos además de los biológicos.

Específicamente, en el tratamiento del dolor en el cáncer, la Organización Mundial de la Salud tiene el siguiente planteamiento:

"Es importante señalar que las medidas de alivio del dolor en el cáncer deben adoptarse como parte de una atención paliativa general. El alivio de otros síntomas y la solución de problemas psicológicos, sociales y espirituales tiene una importancia decisiva. Todo intento de aliviar el dolor haciendo caso omiso de los problemas del paciente que no son de orden físico, conducirá probablemente al fracaso y la frustración." (OMS, 1996; pág. v).

Cuando la hipnosis se utiliza en problemas de salud, se considera una herramienta de la psicología de la salud, la cual puede ser muy útil en algunas enfermedades y en el manejo del dolor (Matarazzo, 1982; citado en Díaz y Pemjean, 1996).

2. El Cáncer.

2.1. Definición de la enfermedad.

¿Qué es el cáncer?

El cáncer es una enfermedad conocida desde la antigüedad. En el año 400 A.C., Hipócrates describe por primera vez un cáncer gástrico y un cáncer de útero, acuñando el término carcinoma, para referirse a tumores que se extienden y matan al paciente.

Si bien es común asociar al cáncer con una enfermedad humana de difícil tratamiento, no es un padecimiento privativo de nuestra especie. Una de las características del cáncer es ser una enfermedad propia de los organismos multicelulares; así, animales y vegetales pueden tener cáncer.

El cáncer se manifiesta por alteraciones en los mecanismos que regulan la división celular. Desde que el hombre es embrión hasta su muerte es resultado de 10^{x16} divisiones celulares aproximadamente, siendo en partes escasas y en otras abundantes, y a pesar de la gran cantidad de divisiones, el total de células en un individuo permanece constante, existiendo un control armónico del crecimiento celular.

En ocasiones, algunas células se dividen más rápidamente que las vecinas, no sometiéndose a las restricciones de la división celular y provocando una pérdida de la armonía. Si las células se mantienen dentro del territorio original se trata de un tumor benigno, si las células colonizan otros territorios, generan tumores malignos.

2.2. Causas de la enfermedad.

2.2.1. Rol de factores psicosociales en la patogenia del cáncer. ¿ Los factores psicosociales pueden causar cáncer?

El enfoque psicosomático en medicina postula la multicausalidad de la enfermedad, incluye el posible rol etiológico de las variables psicosociales y plantea la atención integral del paciente. Una desviación de tal enfoque es el psicologisismo, planteamiento que afirma que todas las enfermedades serían causadas por problemas psicológicos y, por consiguiente, privilegia las técnicas psicológicas. En el caso del cáncer, tal reduccionismo se detecta en algunos planteamientos sobre la influencia de factores emocionales en la génesis, evolución de la enfermedad y en las técnicas propuestas (Eva, 1997).

Ciertas proposiciones afirman que existiría una personalidad específica predisponente al cáncer, caracterizada por depresión, desesperanza, hiperadaptación social, restringida expresión de necesidades y emociones (rabia, especialmente). Los resultados obtenidos son contradictorios, ya que no se puede establecer claramente si los rasgos mencionados corresponden a una reacción a la enfermedad, o están presentes antes de la enfermedad (Eva, 1997). Por otro lado, estudios epidemiológicos no apoyan la relación entre represión emocional y la incidencia o mortalidad en cáncer (Eva, 1997).

Antecedentes como pérdidas, depresión y eventos vitales estresantes, se han considerado como causantes o agravantes de enfermedades tumorales. Sin embargo, errores metodológicos como el control de las variables, limitaciones en los modelos retrospectivos, no permiten distinguir con claridad causas y consecuencias, lo que resta validez a la información (Eva, 1997). Por otra parte, no se puede conocer con precisión el momento de inicio del proceso tumoral: en este sentido, antecedentes previos de depresión podrían corresponder a una manifestación de la enfermedad aún no detectada (Eva, 1997).

Se ha planteado la hipótesis que los factores psicológicos influirían en la génesis y evolución de la enfermedad, por los efectos que tienen sobre el sistema inmunológico y neuroendocrino. En el caso del cáncer, se

han realizado experimentos en animales a los cuales se les somete a situaciones de estrés y luego se les relaciona con crecimientos neoplásicos; se ha confirmado la disminución de la capacidad defensiva de los organismos sometidos a situaciones estresantes, pero la relación es más compleja, porque también se ha podido demostrar que en iguales circunstancias, los tumores disminuyen. Esto se complica aún más cuando se ha querido extrapolar estos descubrimientos a tumores humanos.

No se pretende descartar en forma total y definitiva la influencia de los factores psicológicos en la oncogénesis. Existen estudios metodológicamente sólidos que sugieren la relación entre eventos psicológicos y tumores, casos en los cuales el cáncer adquiere una dramática evolución con situaciones penosas de la vida, que se han presentado en clara relación temporal con el avance de la enfermedad (Eva, 1997). En la actualidad, no existen pruebas que puedan demostrar en forma contundente el rol causal de los factores psicosociales en el inicio o evolución de la enfermedad (Eva, 1997).

Una de las consecuencias de una mirada que privilegia los factores psicológicos por sobre otros, es realizar técnicas que prometen inhibir el desarrollo tumoral. Desgraciadamente, no existe fundamento científico que permita mostrar un aumento de la sobrevida debido a la utilización de procedimientos psicoterapéuticos (Eva, 1997).

En el caso del cáncer, Biondi (1984) propone un *modelo de riesgo trifactorial* (en Eva, 1997): riesgo genético-celular y riesgo de los cancerígenos ambientales. Esto explicaría el surgimiento de la mayoría de los tumores. A estos factores se podría sumar el factor psicosomático, que contribuiría a superar un cierto nivel crítico, determinando la aparición del cáncer.

2.2.2. Alteraciones en el material genético.

Actualmente, se acepta que el cáncer es una enfermedad genética, producto de alteraciones en el material hereditario. Es decir, cambios estructurales en el ADN, molécula que almacena toda la información genética de cada ser vivo (Venegas, 1997)

Los cambios químicos que se producen en el ADN, producen directa o indirectamente mutaciones y éstas, en algunos casos, se manifiestan en cambios visibles en el individuo. En el desarrollo del cáncer es necesaria la existencia de una o varias mutaciones que afecten en distintos niveles el mecanismo de proliferación celular. Este es el primer paso del cáncer, fenómeno llamado *iniciación*.

La mutación es un cambio heredable, manifestada por una alteración estructural en el ADN que puede ser espontánea o inducida. La primera ocurre por errores en el apareamiento de las hebras durante la replicación del ADN. Las inducidas se producen por la acción de agentes mutagénicos físicos o químicos, como por ejemplo: rayos cósmicos, rayos X, radiaciones gamma, radiaciones α o β, radiaciones ultravioleta. Cuando los agentes mutagénicos son de naturaleza química se denominan carcinógenos. Existen mecanismos de reparación en la célula, por lo tanto, la mutación es el resultado entre alteración y reparación de los daños (Venegas, 1997).

Existe evidencia que los tumores humanos derivan de una célula transformada, hecho que apoya la hipótesis del origen clonal; sin embargo, la teoría no explica por qué cambian las características fenotípicas del tumor a medida que crece, hecho que podría entenderse por la inestabilidad genética de las células tumorales (Venegas, 1997).

2.3. Desarrollo de la enfermedad.

2.3.1. Las células transformadas: ¿cómo se manifiesta la alteración?

Existen diferencias entre el comportamiento biológico de una célula normal y una maligna. Al estudiarlas en cultivos, se ha podido observar que las *células normales* presentan inhibición de su crecimiento y mortalidad; también mantienen comunicación con las células vecinas, deteniendo su crecimiento al establecer contacto con ellas, crecen en monocapas y necesitan adherirse a la superficie que las contiene.

En cambio las *células malignas,* son inmortales; pueden crecer amontonadas, formando apilamientos o focis; no presentan inhibición por

contacto; son incapaces de comunicarse con las células vecinas; presentan alteraciones en la adhesión celular y pérdida de su capacidad de anclaje, no necesitan de éste para crecer, pueden desarrollarse en cultivos líquidos o semisólidos; requieren menos factores de crecimiento para desarrollarse; tienen su morfología alterada; muestran alteraciones cromosomales, y algunas de estas modificaciones aumentan con la edad. (Venegas, 1997)

2.3.2. De un tumor en reposo a uno invasivo.

En los seres humanos, las primeras lesiones malignas detectables se llaman *cáncer in situ*, tumores de pocos milímetros localizados en diferentes tejidos, que sólo pueden detectarse si son visibles directamente. En esta etapa, el tumor no está vascularizado (carece de una red de capilares para alimentarse), recibe nutrientes y oxígeno por difusión, lo que restringe su crecimiento. De esta forma, el tumor puede permanecer por años.

El proceso que transforma a un tumor en reposo en uno invasivo, avanza gradualmente; el proceso va desde un neoplasma primario a una *metástasis*, donde aparecen nuevas células tumorales en tejidos lejanos. Los hechos que se dan en cada etapa no se conocen exactamente. A pesar de esto, se sabe que primero el tumor necesita contar con un suministro sanguíneo. Para esto, induce un proceso de proliferación de capilares, con el fin de vascularizar el tejido, desarrollo conocido como *angiogénesis*. El crecimiento del tumor depende del acceso que tenga al suministro sanguíneo.

Una vez vascularizado, el tumor comienza a crecer rápidamente, invadiendo y comprimiendo tejidos vecinos, infiltrándose a través de la membrana basal, invadiendo otros tejidos, generando metástasis; en algunos tumores esto ocurre tempranamente.

Las células tumorales se pueden extender por dispersión directa a través de las cavidades del cuerpo; también, pueden invadir capilares sanguíneos o conductos linfáticos. Los mecanismos de invasión de las células tumorales a través de las membranas tisulares, para llegar a la sangre o a los vasos linfáticos, no son del todo conocidos; pero se sabe que involucran procesos enzimáticos y mecánicos.

Cuando alcanzan este tipo de conductos, las células tumorales pueden interactuar y agregar plaquetas, linfocitos, neutrófilos, otras células tumorales y fibrina, formando un cúmulo de células llamadas *embolus o trombo*, que pueden viajar por el sistema vascular, pudiendo alojarse en algún órgano distante. Los trombos y la adherencia de células tumorales a otros tejidos son pasos necesarios para formar metástasis.

Luego de establecerse en su nuevo ambiente, las células tumorales proliferan. Existen observaciones clínicas que muestran la tendencia de los tumores primarios a generar metástasis en determinados órganos, siendo variadas las explicaciones para este fenómeno.

Las células metastásicas son genéticamente inestables, pero no todas son iguales; las células con alto potencial metastásico son más inestables, por consiguiente, se pueden adaptar mejor a los nuevos ambientes. Esto explica la dificultad en encontrar métodos simples para atacar a las células cancerosas.

Algunas de las características de las células metastásicas son las mismas de las células trasformadas, mencionadas anteriormente; tienen la capacidad de poder emigrar a tejidos distantes, evadir el sistema inmune del organismo, desarrollar una red vascular, adherirse a superficies endoteliales, invadir a través de la membrana basal, extravasar hacia un tejido distante, etc. Estas características orientan algunos enfoques terapéuticos (Venegas, 1997).

Los estudios en oncología genética más recientes, permiten afirmar que existen dos tipos de genes capaces de producir cáncer: los oncogenes y los genes supresores de tumores. (Venegas, 1997).

Los *oncogenes* son genes asociados directamente a la producción de cáncer y facilitan la transformación maligna de las células, afectando los procesos de crecimiento celular. Los oncogenes son formas mutantes de los *protooncogenes*, que son genes normales encargados de la proliferación y crecimiento celular. Estos pueden activarse, y transformarse en oncogenes mediante distintos mecanismos (mutaciones, traslocaciones, amplificación genética). Los protooncogenes, cuando se "activan", pierden el control de sus funciones, originando células cancerosas. Los oncogenes tienen un efecto dominante.

Los *genes supresores* de tumores son genes cuya función es bloquear o impedir el crecimiento neoplásico, mediante la producción de proteínas. Un cáncer puede progresar por la inactivación de un gen supresor; este fenómeno se produce por una recombinación mitótica, delección[1] estructural o no-disyunción de los cromosomas. De esta forma, el cáncer sería un proceso de sucesivas delecciones de genes supresores que terminan por desbloquear la aparición del carcinoma mortal.

La mayoría de las neoplasias de alta prevalencia tienen una etiología multifactorial, en donde interactúan factores ambientales con genotipos predisponentes. También pueden existir rasgos genéticos normales que pueden ser afectados por agentes ambientales como: radiaciones, sustancias químicas, alimentos y virus.

Posiblemente en el futuro, gracias a los avances en genética, el examen físico incluirá un estudio de ADN que comprenda el análisis de los genes. Tal vez con esto se podría conocer la susceptibilidad de ciertos órganos para contraer cáncer; también se podría estudiar epidemiológicamente la relación entre regímenes alimenticios y hormonas con la producción de ciertos tipos de cáncer; quizás se podría identificar los tumores que fueran locales, los que generarían metástasis y en los órganos en los que podría ocurrir ésta (Venegas, 1997).

2.4. Clasificaciones.

2.4.1. Clasificación biológica, según el comportamiento de los neoplasmas: neoplasmas benignos y malignos.

Esta clasificación, que se basa en el comportamiento biológico del tumor, permite distinguir entre tumores benignos y malignos; la clasificación es útil sobre todo en la prognosis del paciente. Las diferencias entre ambos son relativas, siendo la más notable la formación de metástasis (Venegas, 1997).

[1] Delección: en citogenética, pérdida del material genético de un cromosoma (Diccionario Médico Enciclopédico Taber's, 1997)

a) *Neoplasma benigno*: se encuentra normalmente encapsulado, no invasivo, es muy diferenciado, mitosis escasas, crecimiento lento, escasa o ninguna anaplasia[2], no hay metastasis.

b) *Neoplasma maligno*: se caracteriza por no estar encapsulado, ser invasivo, poco diferenciado, tener mitosis frecuentes, crecimiento rápido, anaplasia en distintos grados con metástasis.

2.4.2. Clasificación histológica de los tumores.

Desde el punto de vista de su origen celular los tumores se clasifican en (Venegas, 1997):

- Carcinomas (de epitelio): externos e internos.
- Sarcomas (tejidos de soporte): huesos, vasos, tejido fibroso, músculos.
- Heterogéneos (tumores líquidos): Linfoma de Hodgkin y linfosarcoma.

La nomenclatura para los diferentes cánceres se basa en el origen embrionario de los tejidos implicados; aunque también existen nombres más descriptivos para los tejidos tumorales, por ejemplo, adenocarcinoma (páncreas o mama); osteosarcoma (del hueso).

2.5. Epidemiología del cáncer.

La epidemiología estudia los problemas de salud colectivamente: mide la frecuencia y variación de los procesos de salud y enfermedad, tratando de identificar las causas (Medina, 1997).

En el caso del cáncer, mide la frecuencia de la enfermedad, variaciones en diversas áreas geográficas, tipos de personas y períodos de tiempo. El análisis cuidadoso de esta información revela los patrones

[2] Anaplasia: (citolog.) Pérdida de la diferenciación celular. Se produce de manera fisiológica en las células germinales y patológicas en los tumores malignos, presentándose como atipia. Criterio de malignidad en histología y citología (Diccionario Médico Enciclopédico Roche, 1993).

generales de ocurrencia, los grupos en los cuales es más frecuente y eventuales factores asociados a la producción o mantención de la enfermedad.

De acuerdo con el número de casos de cáncer, se puede obtener:

- *Incidencia*: número de casos nuevos registrados en períodos de tiempo, generalmente, un año.
- *Prevalencia*: número de casos existentes en un momento dado.

Los casos nuevos y los fallecidos pueden expresarse en cifras absolutas.

- *Morbilidad*: porcentaje que el cáncer representa del total de enfermos.
- *Mortalidad*: porcentaje que el cáncer representa del total de muertes.

También se pueden obtener tasas que relacionan el número de eventos ocurridos (casos nuevos, muertes) con el tamaño de la población, lo que permite conocer los riesgos de enfermar o morir de cáncer.

- *Tasas crudas*: relacionan directamente el número de casos o muertes con el total de la población.
- *Tasas específicas*: la medición se circunscribe a grupos específicos de la población, por ejemplo: sexo, edad, localización u otras variables.
- *Tasas ajustadas*: puede existir un factor distorsionador; los factores de ajuste más usados son sexo y edad. En el caso del cáncer, se utilizan porque la mayoría de los casos y las muertes por esta enfermedad se producen en personas mayores, por lo tanto, los países cuya población ha envejecido tienen incidencias y mortalidades más elevadas por este efecto.

2.5.1. Cáncer en el mundo.

En el mundo, según la OMS se producen de 6 a 7 millones de nuevos casos de cáncer anualmente. Se destaca la elevada frecuencia de tumores de estómago, pulmón, mama, colon y cuello uterino.

La más alta frecuencia de casos de esta enfermedad se da en países desarrollados que pasan por el proceso demográfico del envejecimiento.

En los países en vías de desarrollo, las cifras oficiales de mortalidad por cáncer son menores, por ser poblaciones más jóvenes, tener menos riesgos reales, y existir defectos en los diagnósticos y registros de los casos de muerte por cáncer.

Las localizaciones y frecuencias de cáncer varían mucho entre países, según su estructura poblacional y los factores de riesgo de cada uno. Algunos ejemplos: el cáncer de estómago es más frecuente en Japón, China y Rusia; el cáncer de pulmón es más frecuente en Turquía e Inglaterra; el de cuello uterino en Chile, etc.

2.5.2. Cáncer en América.

Las *tasas crudas* son la mitad de las tasas de los países desarrollados: *83 x 100.000 hbts*; no existen diferencias entre sexos. Durante los últimos 30 años, el cáncer ha adquirido importancia como causa de defunción.

Los cánceres más frecuentes en forma decreciente son: cáncer gástrico, pulmón, linfático hematopoyético, próstata, mama, cuello uterino.

2.5.3. Cáncer en Chile.

No existe un Registro Nacional de Cáncer en Chile, por lo que no se conoce con total precisión la incidencia ni la sobrevida de los pacientes. Se sabe que se producen unas 35.000 hospitalizaciones y unas 14.000 defunciones al año (Medina, 1997).

En 1990, las probabilidades de enfermar y hospitalizarse por cáncer eran:

0,8 % a los 20 años; 2,3 % a los 40 años; 9,3 % a los 60 años; 17,4 % a los 70 años.

La *mortalidad global* por cáncer en Chile es de *104 x 100.000 hbts.* ocupando el undécimo lugar en América; si las tasas se ajustan por edad, ocuparía el octavo lugar en cuanto a riesgo (las tasas de mortalidad iguales o superiores a 100 x 100.000 hbts. se consideran de alto riesgo).

En los últimos 40 años las tasas han aumentado de 86 a 104 x 100.000 hbts. En varones el cáncer ha aumentado de 80 a 104, y en las mujeres ha aumentado de 91 a 105/104 x 100.000 hbts. También se ha incrementado el número total de fallecidos, en los últimos 30 años, de 7 a 16 % de muertes de varones y de 9 a 21 % de fallecimientos en mujeres.

Algunas localizaciones son más frecuentes en Chile que en otros países. El riesgo de *cáncer de cuello uterino* es el más elevado de los países americanos (9 x 100.000. hbts.), y si se ajustan las tasas por edad, ocuparía el 2° lugar en América. El cáncer vesicular triplica el promedio regional. Otras localizaciones tienen riesgos similares al promedio americano (Medina, 1997).

Al comparar la tasa de promedio nacional, se puede apreciar lo siguiente: la mortalidad global por cáncer es superior en la II región, destacando el cáncer del esófago y cánceres vinculados al uso de tabaco: la frecuencia es de 4 a 6 veces superior al promedio chileno, aparentemente, consecuencia del arsenicismo crónico de la I y II regiones. En la región de Valparaíso las tasas son altas debido el envejecimiento de la población. En cambio, en la XI región, son bajas debido a la juventud de la población. El cáncer de estómago y el de vesícula biliar son más frecuentes en el valle central, especialmente en la VII y VIII regiones.

No existen estudios nacionales de sobrevida; se hace una aproximación comparando el número de hospitalizaciones y defunciones en un año calendario, con lo que se construye un *índice de letalidad*. En 1990, de 34.639 egresos, se produjeron 14.163 muertes (41%).

El índice de letalidad es muy alto en el cáncer de páncreas: (91%), vesícula biliar (86%), broncopulmonar (81%), estómago (75%). El índice es bajo en los cánceres de: leucemias (21%), cuello uterino (19%), piel (12%), testículos (8%). Otras localizaciones fluctúan entre 30y 60 % (Medina; 1997).

En Chile, el cáncer es un importante problema de salud pública, siendo el responsable del 21% de las muertes. "En el año 1996 fallecieron algo más de 17 mil personas por esta enfermedad y cada año se diagnostican alrededor de 30.000 casos nuevos. Si el 60% de los enfermos experimentan dolor moderado a severo en cualquier etapa de la

enfermedad y si cerca de un 80% lo manifiesta en etapas avanzadas de la enfermedad, junto a otros síntomas susceptibles de ser tratados, algo más de 12.000 chilenos requieren anualmente de alivio del dolor y tratamiento de otros síntomas" (MINSAL, 1999. p. 14).

Las cifras de consumo de morfina constituyen un buen indicador del desarrollo de sus programas de dolor. En Chile el consumo de morfina ha aumentado gradualmente, lo cual coincide con la implementación formal del Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del MINSAL (MINSAL, 1999).

2.6. Pronóstico de la enfermedad.

2.6.1. Factores que influyen en el pronóstico de la enfermedad (Ristori, 1997).

a) **Órgano de origen**: existen diferencias según la ubicación de la lesión. Por ejemplo, el cáncer epidermoide de la piel es de manejo relativamente fácil y de buen pronóstico, a diferencia de un cáncer epidermoide de cuello uterino, y éste es diferente a un cáncer bronquial.

b) **Variedad histológica**[3]: en un mismo órgano pueden haber variedades histológicas, con distintos pronósticos.

c) **Edad del paciente y estado general**: la edad influye en el tratamiento y pronóstico. Es más determinante la edad fisiológica del paciente que la cronológica. Actúa en dos sentidos: en el caso de algunos tumores que se comportan con mayor agresividad a menor edad, favorece; pero en ciertos casos, la edad avanzada puede ser una desventaja, porque aleja la posibilidad de intentar ciertos tratamientos como la quimioterapia o cirugías muy resectivas. Los factores del estado general que empeoran el pronóstico son: las enfermedades metabólicas, insuficiencias de sistemas, enfermedades que afectan el sistema inmunitario y cuadros psiquiátricos de tipo depresivo.

[3] Histológica: adj. relativo a la histología.
Histología: parte de la anatomía que estudia los tejidos orgánicos (Diccionario Aristos, 1981).

d) **Potencial metastásico del tumor**: se relaciona con factores de biología tumoral. El mayor número de mitosis y de indiferenciación tumoral empeoran el pronóstico.

e) **Extensión de la enfermedad tumoral**: factor muy importante, se relaciona con el tamaño del tumor y presencia de metástasis.

2.7. Aspectos culturales, éticos y psicológicos del cáncer

2.7.1. Representación cultural del cáncer.

El cáncer históricamente se ha revestido de connotaciones negativas, independiente del pronóstico, de la eficacia terapéutica y de los avances científicos. Genera una reacción emocional que no se ve en otras patologías, incluso frente a las que constituyen la principal causa de muerte. El cáncer, en el individuo y en la sociedad evidencia una representación que no se ajusta a la realidad y es difícil de modificar, aún si se presenta nueva información. El desconocimiento de la etiología, las manifestaciones clínicas y el mal pronóstico, no parecen poder explicar esta reacción (Eva, 1997).

El cáncer se presenta como una enfermedad sucia, maloliente, contagiosa, que devora el interior, provoca una muerte inevitable y dolores insoportables que no tienen alivio. La enfermedad se percibe como siniestra, incluso motivo de estigma social. Es necesario considerar esta imagen para comprender las reacciones emocionales de la familia, del paciente y del equipo profesional (Eva, 1997).

2.7.2. Aspectos psicológicos relacionados con el cáncer.

Según Eva (1997) los profesionales de la salud se sienten más cómodos con personas que enfrentan la enfermedad, racional, objetiva y estoicamente; al parecer esperan que todos reaccionen de esta manera, descalificando a quienes no lo hacen. Esta expectativa es poco realista e injusta, ya que no considera las diferencias individuales, ni las emociones de quien enferma.

Cómo reacciona una persona a una enfermedad depende de varios factores: personalidad, biografía, calidad de las relaciones interpersonales, evaluación y actitud de su grupo de pertenencia, sistema de salud, características del ambiente físico donde vive, instrumental diagnóstico y terapéutico, exceso o déficit de *input* sensorial. Estos factores permiten comprender conductas que podrían parecer inaceptables.

Se ha postulado que ciertas partes del cuerpo están cargadas de fuertes significados simbólicos, sobre todo los órganos genitales. El diagnóstico de cáncer en estos órganos tiene un fuerte impacto en los pacientes, ya que independiente del sexo, se observa empobrecimiento de la identidad sexual y fuertes sentimientos de culpa, vergüenza, inferioridad y depresión, lo que tiene un gran impacto en la vida sexual de los pacientes. Incluso en aquellos que se someten a tratamientos conservadores, al parecer existen fantasías de contagiar a la pareja (Gómez, 1998 b).

Los tumores de los genitales masculinos y de mamas se relacionan con el suicidio. Otro tipo de tumor que genera gran impacto emocional es el localizado en el intestino grueso, sobre todo cuando los pacientes deben someterse a una colostomía[4], por el deterioro de la imagen corporal que provoca (Gómez, 1998 b).

2.7.2.1. Reacciones emocionales en el paciente con cáncer.

En el caso del cáncer, cuando el paciente es informado, normalmente responde con una reacción emocional aguda, caracterizada por irritabilidad, insomnio, anorexia, falta de concentración. El alivio gradual comienza cuando se acepta la situación, se produce una alianza con el médico y se inicia el tratamiento (Eva, 1997).

[4] Colostomía: abertura de alguna porción del colón a través de la pared abdominal, hacia la superficie externa. Se practica cuando es imposible que las heces pasen a través del colon y salgan por el ano, por un trastorno o porque se ha extirpado el colon distal. (Diccionario Médico Enciclopédico Taber's, 1997).

Las reacciones emocionales más típicas son las siguientes:

La **negación**: se presenta en forma oscilante a lo largo de la enfermedad y puede referirse a los hechos (diagnóstico), como a las implicaciones (P. ej., desenlace fatal). Permite proteger al paciente de una angustia desestructurante, dando tiempo para elaborar la situación; no debe ser destruida en forma agresiva, se recomienda enfrentarla activamente, aunque con cautela. Tras el período de negación son frecuentes la rabia y la depresión, emociones comprensibles y necesarias, a las cuales se les debe otorgar espacio e intervenir en caso necesario.

Ira: el paciente podría sentir rabia en distinto grado, a lo largo de la enfermedad. La ira la dirigirá contra la medicina, los médicos, el personal de salud, los familiares, etc. Algunos enfermos, independiente de la conducta real de quienes los atienden, se muestran muy exigentes, insatisfechos, descalificadores y culpan a los demás de su enfermedad. Ante esto, es inevitable el desagrado del profesional. Bueno es reconocerlo, pero actuar la propia irritación, puede llevar a actitudes agresivas con el paciente, quien se sentirá maltratado y abandonado, siendo más hostil. La necesaria comprensión es más fácil si se tiene presente que la ira es una reacción normal, y no una agresión personal.

Es útil compartir en reuniones de equipo los sentimientos negativos que pueden generar los pacientes, para que sea allí y no frente al enfermo donde se expresen.

Temor al dolor: es uno de los principales y más desmoralizantes temores de los pacientes. En ocasiones el paciente debe rogar por medicamentos, provocando sentimientos de desvalorización personal y aislamiento social. Luego se abordará con más profundidad este punto (dolor en el cáncer).

Temor a la muerte: al principio se niega, pero luego se manifiesta a través de llanto, angustia y depresión. El paciente teme a la muerte en sí, y a cómo vivirá sus momentos finales, la agonía, los posibles sufrimientos y dolores que, tal vez, deba padecer. Además, provoca gran tristeza percatarse que deberá separarse de lo que quiere: familia, amigos, proyectos vitales, etc. Esto se acrecienta al darse cuenta que las personas no quieren participar de sus problemas e inquietudes. Muchas veces la

familia, los médicos y el personal rehuyen al paciente, evitan preguntas de la enfermedad y especialmente las relacionadas con la muerte, mantienen conductas vacilantes, llegando a marginar al enfermo, lo cual agudiza su angustia e incertidumbre. Para tranquilizarlo, se recomienda ser afectuoso, dar respuestas verdaderas y esperanzadoras; en ocasiones, lo único necesario es escuchar y compartir sus inquietudes y temores.

En un estudio realizado por Kübler-Ross (1993), esta autora observó que las personas que padecían una enfermedad incurable pasaban por un proceso más o menos parecido. Los pacientes no siempre siguen la sucesión descrita a continuación, se pueden detener en una fase para recaer en la anterior o pasar a la siguiente.

1. **Negación**: una vez confirmado el diagnóstico, el paciente rechaza su enfermedad, niega su presencia, por algunos días o semanas. Este mecanismo de defensa no debe ser perturbado. Pasado el impacto inicial, podrá recibir información más precisa y formular preguntas, las cuales deben ser respondidas honestamente sin restar esperanzas. Además, es beneficioso hacer sentir a la persona que, pase lo que pase, no será abandonada.

2. **Fase de irritación**: el paciente considera injusto e inmerecido lo que le ocurre. Está irascible, se enoja y reclama con frecuencia a todas las personas, por motivos banales. También puede sentir envidia de quienes gozan de salud. Necesita expresar su ira.

3. **Fase de negociación**: la enfermedad ha sido aceptada, el enfermo reconoce que la vida es finita, pero intenta negociar un tiempo extra "sí, yo...". Le pide a Dios que postergue el desenlace. Realiza promesas y espera un mayor tiempo de vida.

4. **Fase depresiva**: el paciente reacciona con tristeza, desesperación y sentimientos de inutilidad. También pueden haber sentimientos de culpa y pensar que la enfermedad es un castigo por errores cometidos en el pasado. Se percata de las cosas que está perdiendo. En esta etapa las personas necesitan lamentarse por la pérdida de su propia vida. Si expresan profundamente su angustia, pueden superar de mejor manera esta etapa. Los cuadros depresivos pueden surgir en fases anteriores.

5. **Fase de resignación**: superadas las fases anteriores, el paciente acepta la enfermedad y sus consecuencias, en particular la muerte. No es un momento feliz, necesariamente, pero ha experimentado profundamente la ira y la angustia, ha resuelto asuntos pendientes, por lo que se puede sentir en paz consigo mismo y con el mundo.

A diferencia de lo propuesto por Küber-Ross (1969), Butler y Lewis (1977 en Papalia, 1990), señalan que no todas las personas pasan por los estadios señalados anteriormente. Leviton (en Papalia, 1990) recalca el estilo individual de las personas al morir. Para él es perfectamente normal y aceptable que una persona muera en una fase de negación e ira. Además, plantea que considerar los estadios de manera rígida provoca muchas frustraciones en los profesionales, pues se sienten obligados a lograr que sus pacientes mueran en la etapa 5, es decir, que puedan aceptar su muerte.

2.7.2.2. Reacciones emocionales a los tratamientos.

Los sentimientos motivados por el diagnóstico, generalmente, son aumentados por los procedimientos terapéuticos.

a) **Cirugía**: existe mucho temor a la muerte durante la intervención y a los hallazgos que se pudieran hacer; en algunos pacientes esto genera mucha ansiedad, confusión y desesperación. También, puede presentarse una depresión por la pérdida prevista de una función o de una parte corporal, la que es valorada no sólo en su dimensión concreta, sino según sus *significados* simbólicos. Genera mucho temor una cirugía radical, la cual tiene connotaciones muy negativas. En el período postoperatorio suelen presentarse pérdida del autoestima, aislamiento social, pérdida del interés sexual, miedo al rechazo, depresión reactiva y en algunos pacientes, una invalidez prolongada que no se puede explicar desde el punto de vista físico (Eva, 1997).

b) **Radioterapia**: algunos pacientes perciben el tratamiento como amenazante, los atemoriza la complejidad de los equipos y generalmente, lo asocian con una mala evolución de la enfermedad, reaccionando con angustia y claustrofobia. Es conveniente explicar el

procedimiento al paciente, familiarizarlo con los equipos y corregir ideas erróneas sobre la radioterapia y sus consecuencias.

c) **Quimioterapia**: para el paciente es motivo de estrés y puede considerarlo más como un enemigo que como un aliado en su lucha contra la enfermedad. Muchas veces, el desconocimiento sobre los efectos y la utilidad de los fármacos lleva al paciente a no cumplir con las indicaciones médicas y en ocasiones a abandonar el tratamiento, lo que genera tensión en la relación médico-paciente y en el interior de la familia. Entre el 18 y el 57% de los pacientes, tras las primeras sesiones, presentan vómitos y náuseas anticipadoras que no pueden atribuirse a la medicación, sino son el resultado de procesos psicológicos que ocurren en el contexto del tratamiento. Esto es el resultado de un reflejo condicionado, y su persistencia puede durar varios años. Procedimientos como: relajación, imaginería, biofeedback, desensibilización sistemática e hipnosis son útiles en el tratamiento de este trastorno, que logra alivio en muchos pacientes, pero no en todos (Eva, 1997).

2.7.3. El enfermo terminal.

Un enfermo es considerado terminal cuando el objetivo del tratamiento no es la curación, porque debido al avance de la enfermedad el desenlace fatal es inevitable, no necesariamente inminente; sólo resta tomar medidas para disminuir los síntomas, medidas paliativas (Eva, 1997).

Para atender mejor a estos pacientes nace una atención especializada llama cuidados paliativos, la cual se define como aquellos cuidados destinados a "aliviar el sufrimiento cuando curar es ya imposible". La meta de este tipo de atención es mejorar la calidad de vida que aún les queda a personas que se encuentran enfermas y sin posibilidad médica de curación. Las personas que trabajan en esta área orientan sus conocimientos, habilidades y destrezas para aliviar el sufrimiento y síntomas de estas personas, mediante un cuidado activo, flexible e interdisciplinario (Bejarano y Fontanegra, 1992. p. 1).

En el último tiempo se tiende a entregar información sobre el diagnóstico, evolución y tratamiento al paciente. Cada vez más, la relación

entre los profesionales de la salud y el enfermo se basa en el consentimiento informado; se va dejando el paternalismo característico de años anteriores, presente sobre todo en países latinos en el que familiares y profesionales preferían ocultar la información como una forma de proteger al enfermo; los códigos éticos y legales modernos desaniman continuar con esta práctica (Gómez, 1998 a).

En el paradigma de la *bioética contemporánea*, para considerar ético un acto médico, no basta con ser bien intencionado (beneficencia). Además el profesional debe respetar la autonomía del paciente, considerarlo como un sujeto activo, con derecho a una decisión informada sobre el manejo de su enfermedad (Eva, 1997).

Sin embargo, cuando no se pueden entregar alternativas curativas, las cosas cambian, y mucho. Es diferente la comunicación que se establece con una persona que cursa los estadios tempranos de la enfermedad, que la que se tiene con una persona que se encuentra en la etapa final (Gerlein y Villamizar, 1992).

Cuando no se dispone de un tratamiento eficaz, se crea en la relación médico-paciente una situación de difícil manejo.

Para un profesional, comunicar un fracaso terapéutico, una recidiva o una progresión irreversible, es siempre una situación difícil y desagradable. En algunos lugares, se prefiere que un profesional del área de la salud mental entregue esta información; pero estas estrategias siempre han fracasado, según varios estudios realizados en Estados Unidos. El enfermo necesita recibir la información en el contexto de la relación médico-paciente, percibir el compromiso del profesional en etapas posteriores y recibir respuestas sobre su porvenir, que sólo puede entregar el médico. Él es quien conoce primero el diagnóstico y está profesionalmente capacitado para hablar sobre el pronóstico (Gómez, 1998a).

La situación se complica más, dado que muchas veces el profesional se siente solo y desprovisto de las herramientas para enfrentar una situación tan delicada, pues la mayoría no ha sido preparado para ello, y su educación formal no ha considerado dar las malas noticias (Gómez, 1998a). Es frecuente que cuando el médico se enfrenta a una persona que está

muriendo no sepa qué decir, porque nadie le ha dicho como hacerlo; parte de este desconocimiento es por pertenecer a una sociedad negadora de la muerte, en la cual las pérdidas parecieran no ser parte del vivir cotidiano (Gerlein y Villamizar, 1992).

No es fácil dar malas noticias: de hecho, el profesional se ve sometido a un sufrimiento emocional. El 60% de los oncólogos griegos manifestaron sentir tristeza y el 30% ansiedad, cuando daban este tipo de información (Gómez, M., 1998a). Además, el profesional puede tener temores y ansiedades de ser culpado por lo que le sucederá al paciente más tarde, o no saber controlar reacciones emocionales fuertes e inesperadas (Gerlein y Villamizar, 1992).

Junto con lo anterior, muchas veces el profesional se enfrenta a la presión cultural, especialmente en los países latinos, en que los familiares se oponen a que el enfermo sea informado.

Como resultado, es frecuente encontrar que se opte por omitir información o se engañe al paciente, con el consiguiente deterioro de la relación médico-paciente (Gómez, 1998a).

La comunicación se entorpece. Muchas veces el médico establece una excesiva distancia emocional con el enfermo, ocupándose sólo de los aspectos físicos. El paciente queda aislado con su problema, y al médico no se le permite elaborar su impotencia frente a la muerte y aportar la experiencia personal (Gómez, 1998 a).

No informar no elimina la enfermedad y muchas veces tiene consecuencias prácticas, porque la falta de comunicación influye en muchas de las demandas realizadas contra los médicos.

En una encuesta realizada en Estados Unidos en 1961, el 88% de los médicos oncólogos eran partidarios de no informar al paciente de su estado terminal; el 12% estaba dispuesto a entregar la información, sólo en caso que el paciente fuera inteligente y emocionalmente estable. Todos estaban de acuerdo en informar a la familia. Paradójicamente, si ellos estuvieran en una situación similar a la de sus pacientes, el 60% manifestó su deseo de ser informado (Gómez, 1998a).

Otros estudios arrojan resultados similares: En 1961 en Estados Unidos, el 90% de los médicos preferían ocultar el diagnóstico. En 1977, se observa un cambio, ya que el 97% se muestran inclinados a decir la verdad (Gómez, 1998 a).

Con respecto a la información dada en Centros de Atención Primaria, un estudio realizado a mediados de los años '80 en Gran Bretaña demostró que habitualmente el 75% de los médicos generales no informan a los enfermos y el 56% de los médicos del hospital tampoco lo hacen (Gómez, 1998 a).

En los estudios en los cuales se consulta la opinión de los pacientes, se puede notar el interés por recibir información. En 1962, en Estados Unidos, el 80% de los pacientes querían saber sobre su estado de salud y pronóstico. Y esto aparentemente no ha variado con los años. En 1996, en otro estudio realizado en Escocia, el 79% de los pacientes querían tener la máxima información sobre su estado de salud.

El 75% de los pacientes terminales tiene consciencia de la proximidad de su muerte (Gerlein y Villamizar, 1992). Sin embargo, es necesario indagar sobre la información que manejan y la que necesitan adicionalmente. El hecho de que muy pocos pregunten directamente, no debe interpretarse como que no desean conocer su estado de salud; tarde o temprano se darán cuenta de su situación (Gerlein y Villamizar, 1992). Casi siempre saben el estado en el que se encuentran, y lo que buscan es comprensión y apoyo. Es difícil que puedan ser engañados hasta el final, se dan cuenta por los mensajes que flotan en el ambiente y por los cambios de su organismo (Gerlein y Villamizar, 1992).

Informar no es fácil. Para esto se debe prever la situación emocional y diseñar estrategias complementarias de soporte: en lo primero, se puede investigar las reacciones emocionales anteriores del enfermo y de su familia y la forma en que han enfrentado las situaciones difíciles (Gómez, 1998 b).

El tener que ser cautos con ciertos pacientes al informarles sobre su estado de salud no es una justificación para no hacerlo. En un estudio realizado con pacientes incurables de cáncer, se investigó sobre el beneficio que obtenían los pacientes que consultaban insistentemente sobre su pronóstico y los beneficios de obtener información, y se pudo observar que

los pacientes que eran considerados por los médicos como poco convenientes de ser informados, se beneficiaron más con la información; el problema no era para el enfermo, sino para quienes le cuidaban (Gómez, 1998 b).

Muchas veces se desvaloriza la capacidad de respuesta de los enfermos y existe un temor excesivo. En un estudio realizado en España en 1992, el 62% de los médicos refiere haber obtenido una respuesta mejor a la esperada al informar al enfermo sobre su enfermedad y pronóstico. (Gómez, 1998a).

Negar la información impone una de las peores cargas que debe enfrentar el paciente: la incertidumbre (Gerlein y Villamizar, 1992). Es así como se ve con mayor frecuencia, trastornos severos de depresión y ansiedad en pacientes que no han sido informados de su real estado de salud.

Las verdades incompletas también pueden ser perjudiciales, tal como una falsa esperanza puede ser destructiva y producir más sufrimiento (Gerlein y Villamizar, 1992). De igual forma, cuando se estimula al paciente a luchar, planteando que de este esfuerzo dependerá el resultado final, se lo culpa inadvertidamente por el avance normal de la enfermedad (Gerlein y Villamizar, 1992).

La esperanza de un enfermo en esta condición, es más flexible y resistente de lo que se piensa; el deseo de poder realizar pequeñas cosas puede ser lo único que necesite, y esto lo puede hacer sobre una base realista (Gerlein y Villamizar 1992).

Decir la verdad tiene beneficios: se promueve un estado emocional más fácil de manejar, se cuenta con una base realista que facilita el cuidado integral futuro, se puede comprender mejor los sucesos relativos a la enfermedad y su progreso. Además, se brinda la posibilidad de resolver temas de relación, familiares y compromisos pendientes de toda índole. El no informar priva al paciente de responsabilizarse por su vida hasta el último día (Gerlein, y Villamizar 1992).

Otro autor, P. Eva (1997), comparte lo anteriormente planteado, y da algunas sugerencias para dar la ingrata noticia. Considera que lo mejor es informar en una relación de confianza entre médico y paciente, con un

lenguaje simple y con disponibilidad de tiempo. La información entregada dependerá de cuánta información es capaz de recibir el paciente (se procede en forma tentativa, pero honesta), la tarea corresponde al médico tratante y no es delegable. La actitud del médico debe ser cálida, optimista, honesta, tratando de no ser indiferente, inseguro o totalmente pesimista. Una relación amistosa facilita la recepción de la información y crea buenas condiciones para las tareas futuras (Eva, 1997).

Decir la verdad es una tarea difícil, pero necesaria. Se han mencionado algunas líneas generales, encontradas en la literatura, las cuales pueden servir de guías básicas; no son una revisión exhaustiva del tema, por lo cual pueden parecer insuficientes. Por razones que escapan a esta investigación no se profundizará en las formas de comunicación más adecuadas, pero se considera importante ocuparse del tema teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y las múltiples dificultades que enfrentan los profesionales de la salud. Sería beneficioso contar con estrategias adecuadas a la realidad nacional que faciliten el desempeño de los profesionales que atienden a estos pacientes.

2.7.3.1. Complicaciones psiquiátricas de los pacientes terminales.

En la fase terminal las alteraciones más frecuentes son: estados de ansiedad, síndromes depresivos o delirium.

La ansiedad y depresión son respuestas comunes y apropiadas en personas que padecen una enfermedad grave y se enfrentan a la inminencia de la propia muerte (Villamizar, 1992); pero a veces estos síntomas llegan a un extremo, convirtiéndose en respuestas patológicas.

a) **Ansiedad**: se caracteriza por una sensación de miedo, aprensión, que puede ir desde una intranquilidad o amenaza constante a un ataque de pánico. En el caso de un paciente terminal la ansiedad puede generarse por su condición, factores externos o provenir de antes. (Villamizar, 1992). Su presencia puede relacionarse con la enfermedad al conocer el diagnóstico o un pronóstico poco alentador, como también por la presencia de síntomas poco gratos, efectos de los tratamientos o la incertidumbre personal y/o familiar. Pero no todo se debe al avance de la enfermedad y la cercanía de

la muerte; en ocasiones, el origen de la ansiedad puede tener origen en el pasado, por ejemplo: situaciones anteriores no resueltas. (Villamizar, 1992).

Cuando la ansiedad está presente en pacientes que presentan dolor, dificulta el tratamiento de alivio y hace que se mantenga, sobre todo en casos que el origen del dolor tiene una causa fisiológica poco clara. (Villamizar, 1992).

b) **Delirium**: es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes hospitalizados, que consiste en síndrome confusional agudo causado directamente por la enfermedad somática. En los pacientes terminales se presenta hasta en un 83%.

c) **Depresión**: estudios de prevalencia muestran que entre el 20 y el 50 % de los pacientes con cáncer presentan manifestaciones depresivas clínicamente significativas (Eva, 1997). A pesar de su frecuencia, puede que no sea diagnosticada ni tratada, pues es común que el paciente depresivo no llame la atención, al aceptar pasivamente los tratamientos; no actúe sus síntomas afectivos, por considerarlos una debilidad o por no incomodar y malgastar el tiempo que el médico le dedica (Eva, 1997). Es necesario diferenciar entre depresión, duelos normales y tristeza, producto de la enfermedad. El diagnóstico y tratamiento de la depresión son de gran importancia, pues se asocia con menor tiempo de sobrevida, permanencia prolongada en el hospital, incapacidad en el cuidado de sí mismo, menor cooperación en el tratamiento y disminución en la calidad de vida.

En el paciente con cáncer la posibilidad de presentar un cuadro depresivo se relaciona con el grado de severidad de la enfermedad y amenaza vital. Otros de los factores de riesgo son: aislamiento social, presencia de dolor, dificultades socioeconómicas, antecedentes de alcoholismo, drogadicción o trastornos afectivos previos con ideas suicidas (Eva, 1997).

Muchas personas que no trabajan con pacientes oncológicos, piensan que los suicidios son frecuentes en este tipo de enfermos; pero se ha observado que son pocos los suicidios que se desencadenan por este

motivo, a no ser que estén acompañados de un trastorno depresivo (Gómez, 1998 b).

Los riesgos de suicidio aumentan para un varón mayor de 50 años, viudo o separado, jubilado o desempleado, que vive en un medio rural o en un centro asistencial, que presenta dolor, invalidez, cronicidad, falta de apoyo emocional, miedo a la muerte o a una larga agonía y una reacción depresiva (Gómez, 1998 b). Otra situación de riesgo de conductas autodestructivas son los estados confusionales. (Eva, 1997).

En un estudio realizado por Farberow, et al. (1971 en Gómez, 1998b) se observó las características psicológica y de comportamiento de los pacientes con cáncer, llegándose a la conclusión que el factor determinante es la estructura psicológica de base, más que las condiciones clínicas del paciente.

2.7.3.2. La familia del paciente terminal.

Según Gerlein (1992) cuando la familia debe enfrentar la enfermedad terminal de uno de sus integrantes, hace un recorrido similar a las etapas descritas por Kübler-Ross de los pacientes terminales.

Las respuestas de las familias son diferentes, dependiendo de varios factores, entre los que se encuentran: características de personalidad de los integrantes, recursos internos para enfrentar las crisis, afectos mantenidos con la persona que morirá y con los demás integrantes, historia previa en el manejo de pérdidas y adaptación a ellas, forma de relación preexistente, tipo de enfermedad, tipo de muerte y recursos externos con los que cuenta la familia (capacidad económica, red social de apoyo).

Algunos de los conflictos familiares se presentan porque los integrantes de la familia pasan en distintos momentos por las fases descritas por Kübler-Ross. Por ejemplo, algunos se encuentran en la etapa de *negación,* mientras que otros actúan de forma más realista; ninguno comprende al otro, unos pueden pensar que los integrantes realistas son pesimistas y negativos, mientras que los otros pueden ser intolerantes y críticos.

Después de superar la etapa de *negación* comienzan los *sentimientos* de rabia, miedo, ansiedad; el hecho se percibe como injusto, como que algo así no debería ocurrirle a "gente buena". En esta etapa muchas quejas y hostilidad se dirigen al personal de salud, culpándolos de malos tratos y descuidos.

En la etapa de *negociación*, la familia acepta la enfermedad; aunque guarda la esperanza que el diagnóstico pueda revertirse mágicamente, especialmente si realizan actos que los libren de culpas y que impliquen algún grado de sacrificio.

Otro hecho que se presenta en estas familias es la *conspiración del silencio*, en la cual se acuerda tácitamente no hablar la verdad, aunque todos estén informados. El principal interés es proteger al enfermo del sufrimiento, pero con esto sólo se logra dejar al paciente aislado con sus sentimientos. Esta actitud también se adopta con personas que son percibidas como "débiles": los niños son las principales víctimas de esta actitud, ya que no se les da cabida en la experiencia familiar, pero al igual que cualquiera, no pueden ser engañados. Se recomienda para el beneficio emocional de todos, brindar apoyo y mantener una comunicación franca y abierta (Gerlein, 1992)

La familia debe soportar la muerte de uno de sus miembros, por lo que debe resistir cambios en la estructura y anticipar el dolor que se presentará al perder a un ser querido. A medida que avanza la enfermedad, la familia se enfrenta a distintas pérdidas en su organización, vidas individuales y percepción del enfermo. En este tránsito, la familia encuentra los mecanismos que le permiten adaptarse a la tensión y va renunciando a la posibilidad de curación. Entonces comienza la preparación para anticiparse a la muerte definitiva, proceso que se denomina *duelo anticipatorio* (Gerlein, 1992).

Este duelo es una respuesta normal al prever la muerte. Se presentan una serie de emociones propias del duelo: rabia, miedo, tristeza, tensión, pesar, culpa, desesperación y también alivio. Algunos familiares se apegan al enfermo como una forma de retenerlo, y al mismo tiempo, deben desprenderse paulatinamente del él y distanciarse emocionalmente. La familia comienza a planear el futuro en ausencia del ser querido.

Si bien esta separación es normal, genera culpa, porque muchas veces se piensa que con estas acciones se mata antes de tiempo al enfermo. Además, muchas veces la culpa aumenta porque hay momentos en que la familia puede desear la muerte del paciente, debido a la sobrecarga física y/o emocional (Gerlein, 1992).

El *duelo anticipatorio* se complica cuando la enfermedad es muy lenta o el paciente no puede seguir interactuando con su medio (Gerlein, 1992).

En términos generales, las familias que tienen más dificultades para aceptar la muerte de uno de sus integrantes son: familias desunidas y con problemas entre ellos o con el enfermo, que tienen relaciones distantes o ambivalentes y dependencia emocional o económica con el paciente, conflictos sin resolver, verdades no reveladas y decisiones importantes pendientes (Gerlein, 1992).

En ocasiones se presentan *claudicaciones familiares*, en la cuales los miembros de la familia abandonan al enfermo porque no son capaces de responder a sus demandas y necesidades, lo cual dificulta la comunicación a todo nivel. Estos episodios pueden ser temporales o definitivos. En las causas intervienen diversos factores, como la aparición de nuevos síntomas, agravamiento, sentimientos de pérdida, miedos, incertidumbre, dudas sobre el tratamiento, sobrecarga, problemas familiares, etc. (Gerlein, 1992).

Cuando se presenta una *claudicación* definitiva es muy doloroso para el paciente, ya que experimenta una gran soledad, que termina con sus esperanzas y la razón de su existencia (Gerlein, 1992).

2.7.3.3. Asistencia psicológica al paciente terminal.

Fontanegra (1992), psicoterapeuta experta en pacientes terminales, da algunas recomendaciones para la terapia de estos pacientes.

Según la autora, la intervención debe ser individualizada. Porque si bien la muerte es una experiencia universal, la forma de experimentarla es individual. En ella intervienen distintos factores, como la experiencia familiar, personal, creencias religiosas, cultura, etc. El terapeuta debe dejar

de lado sus esquemas preestablecidos, en lo posible tener una actitud de apertura y neutralidad, permitir que el paciente comparta su experiencia y trabajar con eso, y no con lo que esperaría.

Se puede tratar de realizar una intervención familiar que permita ampliar los canales de comunicación y favorecer un clima afectivo que posibilite compartir la información y evite los problemas que surgen de no hacerlo. Puede ser muy necesario, pues en la práctica clínica es común encontrar pacientes, en la última fase de su enfermedad, que no han sido informados.

También es recomendable no perder de vista que es el paciente quien debe enfrentar su muerte. Las demás personas sólo le pueden proveer los cuidados necesarios, pero no pueden relevarlo de tan dolorosa tarea. Por esto, es conveniente no caer en una excesiva identificación o tener expectativas omnipotentes que pretendan aliviar todo el sufrimiento, ya que tales posturas sólo llevan a la frustración. Es bueno mantener expectativas realistas frente a un paciente terminal, para no favorecer la sensación de culpa y fracaso.

Lo ideal es brindar al enfermo un ambiente adecuado, para que pueda hacer las paces consigo mismo o adaptarse a su muerte, tanto como pueda. El paciente necesita una persona confiable, que lo apoye, que tenga la fortaleza de estar ahí, y también necesita pensar que obtendrá resultados favorables con la intervención.

2.7.3.3.1. La psicoterapia del paciente terminal.

El paciente terminal y su familia se ven sometidos constantemente a situaciones de pérdidas reales y/o simbólicas, las cuales conllevan sentimientos que pueden ser de difícil manejo. Para enfrentar los desafíos, el paciente y su familia utilizan diferentes mecanismos que les permiten adaptarse.

El psicólogo que trabaja con pacientes terminales se desempeña en un ambiente estresante, cargado de emociones. En él se depositan muchas expectativas, por esto, debe ser cuidadoso en su actuar para no dañar más a personas que pasan por una difícil situación.

No existe una fórmula para resolver el problema de la muerte, pero una actitud cálida, responsable e intervenciones adecuadas puedan ayudar al paciente y a su familia a recuperar el control perdido y facilitar la preparación para la muerte.

Respecto de los tipos de intervención psicológica, no existe un modelo definido en el paciente terminal. La intervención surge a partir de la integración de diversos enfoques, depende de las necesidades específicas de cada persona, de la familia y de las limitaciones del terapeuta.

El examen de las formas de intervención con estos pacientes, permite describir algunas de las características que debe tener el trabajo psicoterapéutico (Fontanegra, 1992):

- *Las metas son diferentes*, por el poco tiempo que se dispone. El *insight* no es una meta en sí. Lo que se persigue es que la persona pueda adaptarse lo mejor posible a la situación presente. Se trata de ofrecer apoyo, permitir que el paciente esclarezca sus situaciones pendientes, en la medida de sus posibilidades. En caso necesario, el terapeuta puede actuar como un yo que ofrece respaldo y seguridad emocional.
- *Las reglas son diferentes*: la relación entre paciente y terapeuta es flexible, sin adoptar los patrones rígidos de la psicoterapia tradicional.
- *Puede no ser una psicoterapia propiamente tal*: dado que el tiempo es limitado, pueden realizarse intervenciones cortas, combinadas con la conversación normal, brindar apoyo, etc., respetando las defensas del paciente.
- *El papel del terapeuta debe ser activo*: la labor del terapeuta debe estar orientada al bienestar del paciente. Es conveniente que el enfermo y su familia perciban el interés del terapeuta.
- *La elaboración psicológica no es el fin de la intervención*: el paciente morirá en algún momento, cuenta con poco tiempo, por lo que pueden quedar muchos aspectos sin resolver. La elaboración total no debe ser una meta: es bueno tener presente

que la mayoría de las personas que mueren dejan cosas pendientes.

- *El paciente es quien establece el ritmo*: el paciente es quien define los temas a tratar y el tiempo que tomarán. En estos casos lo importante es el proceso.
- *La negación está siempre presente*: en uno u otro momento la negación aparece; es necesario y deseable que las personas se tomen estos permisos para poder enfrentar su situación.
- *El objetivo es incrementar el bienestar emocional*: toda intervención con pacientes terminales pretende mejorar su calidad de vida; sólo en estos términos se puede considerar el éxito de una intervención.
- *El psicólogo debe relacionarse con médicos y enfermeras que cuidan al paciente*: de esta forma se puede enfrentar integralmente la problemática, al intercambiar información sobre las necesidades y cambios del paciente.
- *Es necesario apoyar al sobreviviente*: las personas cercanas al paciente se pueden convertir en futuros pacientes si no reciben un adecuado apoyo, por eso es beneficioso realizar intervenciones que permitan prevenir problemas futuros. El trabajo con la familia debe extenderse un tiempo prudencial después de sucedido el fallecimiento.
- *Es importante atender las necesidades del terapeuta*: se requiere prestar atención a cualquier señal de sobrecarga. Este trabajo genera duelos y sensación de impotencia. Es conveniente contar con un buen sistema de apoyo, así como tener un trabajo alternativo dedicado a otros temas, con el fin de que no se induzca el burn-out (agotamiento) del terapeuta.

3. Cáncer Cervicouterino.

En Chile esta enfermedad ocupa el cuarto lugar como causa de muerte por tumores malignos en la mujer, y es la primera causa de muerte debido a tumores malignos en las mujeres de 30 a 54 años (MINSAL, 1998a). Además, Chile tiene el riesgo de cáncer de cuello uterino más elevado de América (Medina, 1997).

En nuestro país el análisis de la morbilidad por este tipo de enfermedad se dificulta por la falta de registros adecuados. Se estima que la incidencia anual de cáncer invasor es alrededor de 1.500 casos nuevos (MINSAL, 1998 a).

Se ignoran las causas del cáncer cervical, pero parece relacionarse con múltiples lesiones sufridas por el cuello uterino. Es casi inexistente en la población célibe. Su prevalencia es mayor en mujeres de escasos recursos, que han tenido su primer coito a edades tempranas y múltiples compañeros sexuales; también se ha podido establecer que los maridos de estas pacientes han tenido mayor número de parejas sexuales y enfermedades venéreas. Se piensa que un virus puede estar relacionado con este cáncer, estudiándose como posible agente etiológico al virus herpes simple tipo 2 (VHS-2) (DiSaia y Creasman, 1999). También se consideran entre los factores de riesgo el fumar, mal nutrición y uso prolongado de anticonceptivos orales (MINSAL, 1998a).

La paciente típica que presenta síntomas de cáncer cervical, es una mujer multípara, de 45 a 55 años de edad, que tuvo su primer hijo antes de los 20 años (DiSaia y Creasman, 1999).

La incidencia y la tasa de mortalidad han diminuido en países desarrollados, gracias a una detección precoz de lesiones preinvasoras mediante el Papanicolaou. Pero en los países que carecen de una planificación adecuada no se registran descensos. Para disminuir la incidencia y la severidad de la enfermedad es necesario educar a las pacientes y diagnosticar precozmente (Yazigi, 1998).

3.1. Diagnóstico.

Según Yazigi (1998), la mayoría de las pacientes son asintomáticas, por lo tanto el diagnóstico es sugerido cuando un Papanicolaou detecta células atípicas. Los falsos negativos se observan entre un 10 a 20 %, ya sea por error en la toma de la muestra o en la evaluación realizada en el laboratorio (Yazigi, 1998).

El diagnóstico definitivo es histológico: para tener una adecuada biopsia del cuello uterino se necesita efectuarla bajo visión colposcópica. El colposcopio es un microscopio estereoscópico binocular de bajo poder, que se usa para identificar cambios epiteliales y vasculares indicativos de cáncer preinvasor y/o invasor precoz (Yazigi, 1998).

Cuando no se logra visualizar por el examen coloposcópico, una porción del canal endocervical, se realiza un *curetaje endocervical*, el cual consiste en raspar con una cucharilla una muestra que se analiza. Se recomienda realizarlo en todos los casos.

Si la muestra endocervical revela células anormales, se indica una *conización diagnóstica.* La cual consiste en una escisión quirúrgica de la porción de útero que tiene la zona de transformación, que tiene mayor riesgo. Generalmente está indicada por razones diagnósticas, sin embargo, puede ser considerada terapéutica cuando los márgenes están libres (Yazigi, 1998).

Sin embargo, la paciente puede sentir algunos síntomas. Los primeros pueden ser una secreción vaginal acuosa teñida de sangre que a menudo pasa desapercibida. El síntoma clásico es una metrorragia[5] indolora intermitente, sangrado poscoital o después de la higiene diaria. A medida que crece el tumor las hemorragias son más importantes y frecuentes. La paciente también puede referir un incremento en la cantidad y duración del flujo menstrual regular; finalmente la hemorragia se hace continua. En la mujer posmenopáusica es más probable que la lleve a consultar. Los síntomas indicadores de una enfermedad avanzada incluyen el dolor (DiSaia y Creasman, 1999).

[5] Sangrado genital.

3.2. Clasificación Internacional del Cáncer de Cuello Uterino.

El estadiaje de cáncer de cuello uterino depende de su valoración clínica; no puede modificarse posteriormente, si hallazgos ulteriores revelan un avance de la enfermedad (DiSaia y Creasman, 1999; p. 64). No obstante, en la práctica clínica se observa que se consigna el cambio de estadio con el desarrollo de cuadro.

Clasificación internacional del cáncer de cuello uterino.

Estadio 0: Carcinoma *in situ*, carcinoma intraepitelial.

Estadio I: El carcinoma se limita estrictamente al cuello uterino (debe descartarse extensión al cuerpo uterino).

Estadio Ia: Carcinoma invasivo identificado sólo microscópicamente: todas las lesiones macroscópicas, aún con invasión superficial, corresponden al estadio Ib. La invasión se limita a la medida de la invasión estromal[6] con una profundidad máxima de 5,0 mm y no más ancha de 7,0 mm.

Estadio Ia1: Medida de invasión estromal no mayor a los 3,0 mm de profundidad y no más ancha de 7,0 mm.

Estadio Ia2: Medida de la invasión estromal mayor de 3 mm y no mayor de 5 mm, y no más ancha de 7 mm. La profundidad de la invasión no deberá ser mayor a 5 mm desde la base del epitelio, de superficie o glándula del cual se origina. El compromiso del espacio vascular, venoso o linfático, no altera el estadiaje .

Estadio Ib: Lesiones clínicas limitadas al cérvix o lesiones pre-clínicas mayores al estado Ia.

Estadio Ib1: Lesiones clínicas no mayores de 4,0 cm de tamaño.

Estadio Ib2: Lesiones clínicas mayores de 4 cm de tamaño.

---

[6] Estroma: tejido conjuntivo intersticial de un órgano.// en las neoplasias, porción formada por tejido conjuntivo vascularizado de la zona tumoral; por ejemplo: blando "medular" o duro "escirro". (Diccionario Médico Roche, 1993)

Estadio II: Afectación vaginal excluyendo el tercio inferior o infiltración de los parametrios sin llegar a las paredes laterales.

Estadio IIa: Afectación de la vagina sin evidencia de afectación parametrial.

Estadio IIb: Afectación de los parametrios sin afectación de la pared lateral.

Estadio III: Afectación del tercio inferior de la vagina o extensión a la pared lateral de la pelvis. Deben incluirse todos los casos con hidronefrosis o riñones mudos, a no ser que dichos trastornos nefrológicos puedan atribuirse a otra causa conocida.

Estadio IIIa: Afectación del tercio inferior de la vagina sin llegar a la pared lateral de la pelvis si están afectados los parametrios.

Estadio IIIb: Extensión hacia la pared lateral de la pelvis y/o hidronefrosis o riñones mudos

Estadio IV: Extensión por fuera de los límites del tracto reproductor.

Estadio IVa: Afectación de la mucosa de la vejiga o el recto.

Estadio IVb: Metástasis a distancia o enfermedad por fuera de los límites de la pelvis verdadera.

3.3. Tratamiento.

Luego de establecer el diagnóstico, se debe determinar el mejor tratamiento. Muchas veces no se pueden aplicar ciertas medidas terapéuticas debido a la edad de la paciente, estado de salud, extensión del cáncer y complicaciones (DiSaia y Creasman, 1999).

La elección del tratamiento exige juicio clínico. En la mayoría de los centros, el método de tratamiento inicial de una enfermedad localmente avanzada es la radioterapia. Durante años existe una polémica entre elegir cirugía y radioterapia en el tratamiento de cáncer de cuello I y IIa. En

general en estadios precoces, ambas técnicas tienen resultados similares arrojando índices de supervivencia comparables. La radioterapia tiene la ventaja de poder ser aplicada en casi todas las pacientes, mientras que la cirugía radical excluye a las pacientes que no pueden ser operadas. En muchos casos la operación se considera en los casos de pacientes jóvenes que desean preservar su función ovárica y vaginal. Entre las desventajas de la radioterapia se encuentran: lesión permanente de los tejidos normales del órgano en el que se encuentra el tumor y la posibilidad de desarrollar neoplasias secundarias en estos lugares (DiSaia y Creasman, 1999).

El tratamiento debe considerar tres elementos fundamentales: etapa clínica de la enfermedad o extensión, tamaño del tumor y condiciones generales del paciente (DiSaia y Creasman, 1999).

La radioterapia reduce el tumor, el dolor y el sangrado, desde la 3ª sesión. Se utiliza en las etapas I, II Y III con una intensión curativa. En la etapa IV, tiene una intensión paliativa. En el Hospital San Juan de Dios se utiliza junto a la quimioterapia para obtener mejores resultados (Saavedra, F., 2001).

3.4. Sobrevida.

La sobrevida depende de varios factores: etapa, volumen tumoral y diseminación linfática. Para un carcinoma microinvasor se puede esperar un 100% de curación. Para tumores Ib con cirugía o radioterapia, se puede esperar una sobrevida de 85%. La esperanza disminuye a un 65% para la etapa IIb, 35% para la etapa IIIb, 16% para la etapa IVa y 0% para la etapa IV b.

La disminución de la sobrevida en las etapas avanzadas se debe en parte al aumento de metástasis a los ganglios pélvicos y aórticos (Yazigi, 1998).

3.5. Carcinoma recurrente.

Entre un 40 y 50% de las pacientes desarrollán recidivas después del tratamiento inicial; la mayoría se diagnostica dentro de los dos primeros años después y van a requerir terapia adicional (Yazigi, 1998).

La paciente puede o no presentar síntomas de la enfermedad. En ocasiones la paciente puede referir dolor pelviano y/o edema de una extremidad inferior. Los síntomas de las metástasis a distancia depende del sitio comprometido (Yazigi, 1998).

4. Dolor.

4.1. Definición del dolor.

El dolor es una sensación de malestar de variada intensidad; a pesar de lo desagradable que puede llegar a ser, tiene un sentido vital para la existencia. Su función es avisar sobre una situación peligrosa, para que el organismo se proteja y pueda tomar medidas que eviten complicaciones.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), lo define como: *"el dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar ese término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional"* (MINSAL, 1999; p. 19).

De acuerdo con Díaz y Pemjean (1996), la conceptualización del dolor, planteada por la Asociación Internacional Para El Estudio Del Dolor, permite abordarlo desde una perspectiva multidimensional, al considerar además del aspecto sensorial, el subjetivo. Así, el dolor no es sólo una sensación física, producto de un daño real del organismo.

El enfoque permite la participación de diversas disciplinas, incluyendo la psicología. No se debe confundir esta postura, con el enfoque dualista mente y cuerpo, que plantea una separación entre la mente y el cuerpo; según éste último, un dolor puede ser de origen orgánico o psicológico.

Schwarz (1989), resalta las variables psicológicas del dolor:

1. Es una experiencia subjetiva, mediada por variables idiopáticas del individuo, dentro de su ambiente.

2. Una experiencia somatosensorial nociva es una condición necesaria, pero no suficiente, para que se presente el dolor, el cual puede deberse a una herida real o no.

3. Puede decirse que un individuo "tiene dolor", sólo cuando experimenta sufrimiento (afecto negativo) como consecuencia de la experiencia sensorial.

4.2. Modelos explicativos del dolor.

4.2.1. Modelo lineal simple.

Este modelo plantea una relación directa entre la estimulación y la sensación, de manera que existe una relación proporcionalmente directa, entre la magnitud de la lesión, la sensación y la respuesta a un dolor.

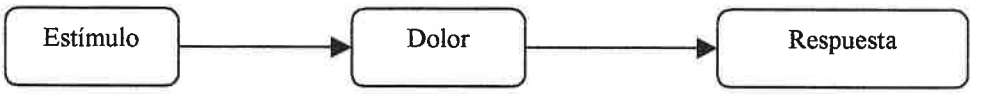

Figura N°1. Modelo Lineal Simple (Díaz y Pemjean, 1996; p. 23).

El anterior es un modelo mecanicista, relacionado con la teoría específica o sensitiva del dolor, fue y es útil en la explicación del dolor agudo; pero tiene limitaciones en la explicación del dolor crónico, dolor del miembro fantasma, mecanismos endógenos de la analgesia y reacciones distintas frente a un mismo estímulo doloroso.

4.2.2. Modelos multidimensionales.

El modelo anterior no puede explicar totalmente el fenómeno doloroso, debido a lo cual surgen otros modelos.

4.2.2.1. Modelo multidimensional.

Modelo planteado por Loeser (citado en Díaz y Pemjean, 1996); el que para entender el dolor, propone cuatro niveles, del más simple al más complejo: nocicepción, dolor, sufrimiento y conductas de dolor.

a) **Nocicepción**: energía térmica o mecánica potencialmente destructiva, tisular, que actúa sobre las terminaciones nerviosas especializadas fibras Aδ y C. La nocicepción es el sistema que detecta el daño periférico.

b) **Sufrimiento**: Según Loeser, el sufrimiento es una respuesta afectiva negativa, que se origina en los centros nerviosos superiores, ya sea producto del dolor u otras situaciones (pérdidas, estrés, ansiedad).

c) **Conductas de dolor**: acciones efectuadas por el individuo que siente dolor, y que pueden ser: expresiones faciales, posturas, medicamentos, etc.

Según Penzo (1989, en Díaz y Pemjean, 1996, p. 25), el modelo de Loeser puede graficarse de la siguiente manera:

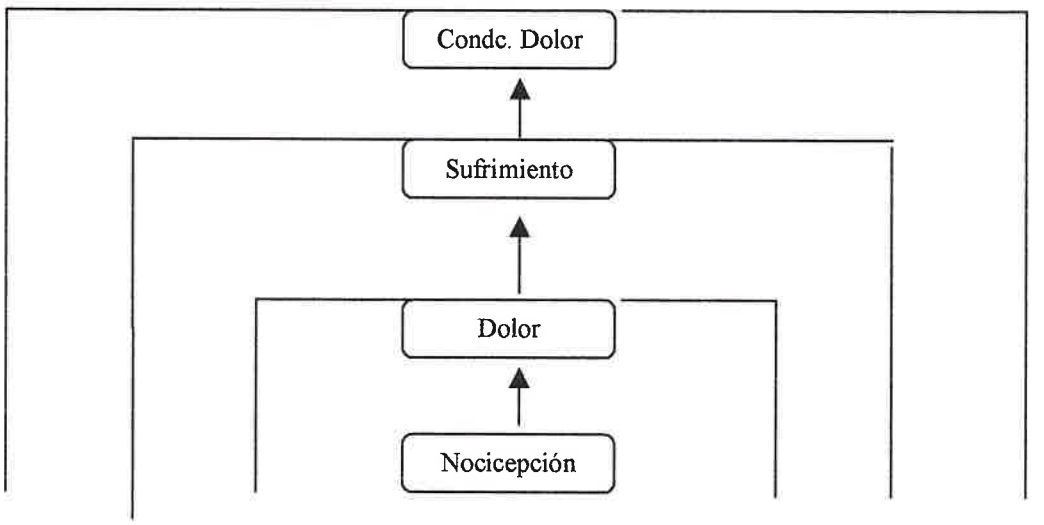

Figura N°2. Modelo Multidimensional (Díaz y Pemjean, 1996, p. 25.)

Se pueden distinguir componentes sensoriales y afectivos del dolor. El componente sensorial se relaciona con las cualidades y localización sensorial del dolor. El componente afectivo corresponde al sufrimiento experimentado por el paciente.

4.2.2.2. Modelo de la puerta de control de Melzack y Wall (1965, en Díaz y Pemjean, 1996).

El dolor se entiende como una serie de interacciones entre procesos neurofisiológicos y neuroquímicos. Esto permite que procesos psicológicos (emociones, cogniciones) modulen la experiencia dolorosa. El modelo comprende 3 dimensiones fundamentales:

a) **Sensorial discriminativa**: trasmite información sensorial básica sobre la localización y cualidad del dolor (dónde, tipo, etc.); conducción rápida por el sistema espinal.

b) **Motivacional afectiva**: corresponde a la dimensión emocional del dolor, depende de sistemas espinales de conducción y de estructuras reticulares y límbicas.

c) **Cognitivo-evaluativa**: se refiere a la significación que se da a la experiencia sensorial dolorosa; se relaciona con las funciones superiores del sistema nervioso central o neocorticales.

El modelo propone que la estimulación periférica es modulada por señales provenientes de la corteza; por lo tanto, la respuesta frente al dolor está determinada por estas 3 dimensiones. El modelo permite entender reacciones como la exageración o ausencia de dolor, o el efecto placebo. Según Penzo (1989, en Díaz y Pemjean, 1996; p. 27), quien recoge el modelo, éste se puede graficar de la siguiente manera:

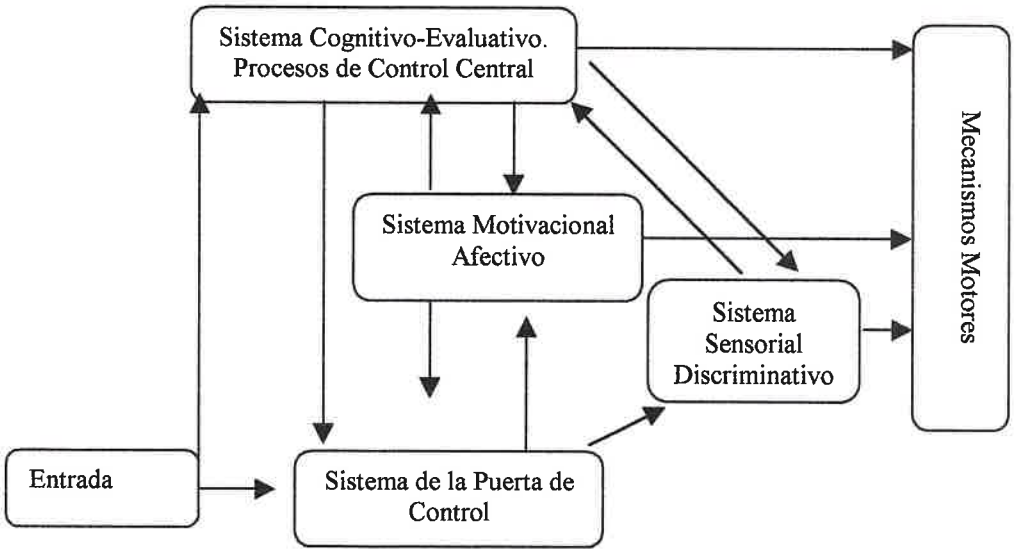

Figura N°3. Modelo de la puerta de control de Melzack y Wall (1965).

De esta teoría, derivó el tratamiento de estimulación eléctrica de fibras nerviosas para controlar dolores profundos. El éxito alcanzado ha permitido darle apoyo (Sacerdote, 1982; Hilgard y Hilgard, 1990).

4.2.2.3. Modelo de dolor operante (Fordyce, 1976).

Modelo complementario al de Melzack y Wall. Su objetivo es explicar las conductas de dolor, observadas en pacientes sin estimulación nociceptiva. Plantea la existencia de dos conductas de dolor, operante y respondiente:

a) **Respondiente**: la conducta de dolor es explicada por la lesión.

b) **Operante**: la conducta de dolor se mantiene por las consecuencias, influencias ambientales y factores de aprendizaje.

Se puede graficar de la siguiente manera (en Díaz y Pemjean, 1996, p. 27):

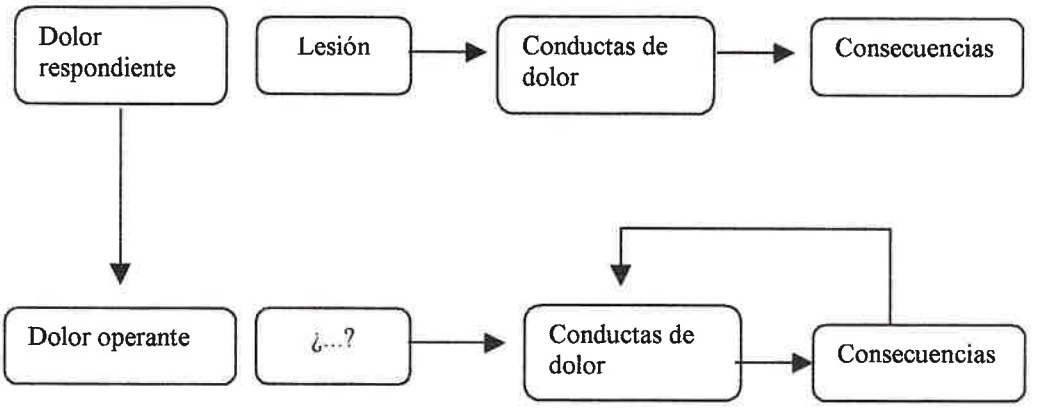

Figura N°4. Modelo de dolor operante (Fordyce, 1976).

Fordyce se basó en su práctica terapéutica para idear este modelo, al aplicar métodos de condicionamiento operante a dolores crónicos refractarios a otros tratamientos.

4.3. Características del dolor.

Dado que el dolor se experimenta en forma personal, es difícil plantear las formas posibles de aparición, no obstante es necesario, Si se realizan diagnósticos adecuados, se pueden implementar tratamientos correctos (Bonica y Loeser, 1996). Lo primero es determinar qué tipo de dolor presenta el paciente (agudo, crónico, recurrente). El dolor según su origen, puede presentarse de distintas maneras y responder a distintas etiologías: enfermedad, una herida o un trastorno psicológico.

De acuerdo con los criterios de localización, distribución y cualidad del dolor, se pueden realizar las siguientes distinciones (Bonica y Loeser, 1996):

Según la localización y distribución:

a) *Dolor localizado:* permanece en su sitio de origen, no irradiándose a otro. Ej: dolores sentidos en la artritis, bursitis, tendinitis, etc.

b) *Dolor proyectado* (transmitido o transferido)*:* es percibido al ser transmitido por el curso de un nervio. Por ejemplo: neuralgia del trigémino, neuralgia del plexus braquial, radiculopatías[7] por herpes zoster.

c) *Dolor referido:* el dolor es referido por una estructura somática o visceral profunda que proyecta a una región distante dentro del mismo segmento, con o sin hiperalgesia[8] e hiperestesia[9], espasmo muscular y perturbaciones autonómicas.

c) *Dolor simpático reflejo:* se caracteriza por no seguir una distribución nerviosa segmentada o periférica, sin patrón reconocible; se asocia con hiperalgesia e hiperestesia y cambios vasomotores Ej. causalgia (síndrome doloroso quemante que sigue a una herida traumática).

d) *Dolor psicológico*: son dolores que no responden a patrones neuroanatómicos normales. La localización y distribución es el resultado de desórdenes psiquiátricos o psicológicos (incluidos los trastornos somatomorfos), de etiología variada y comúnmente relacionada con conflictos no resueltos.

De acuerdo con la cualidad del dolor:

a) Existen dolores agudos, quemantes, bien localizados, los cuales se asocian con lesiones superficiales.

b) También existen dolores pesados difusos, difícilmente localizables, se asocian con enfermedades viscerales o somáticas profundas.

---

[7] Radiculopatía: cualquier afección de las raíces de los nervios raquídeos (Diccionario Médico Enciclopédico Taber's, 1997).

[8] Respuesta normalmente aumentada ante un estímulo doloroso.

[9] Sensibilidad aumentada a la estimulación, excluyendo sentidos especiales. Conviene precisar estímulo y localización.

De acuerdo con la severidad o intensidad:

El dolor no puede ser evaluado objetivamente; por esto, mediante instrumentos (Por. Ej.: Escala Visual Análoga), el paciente determina subjetivamente su intensidad.

Según la duración y la periodicidad:

Se pueden encontrar dolores continuos, intermitentes, pulsantes o caracterizados por alzas o bajas de intensidad. Algunos autores sugieren llevar un registro de la curva tiempo - intensidad del dolor.

La duración del dolor es otro dato importante, ya que puede experimentarse como un breve fogonazo (tic doloroso), pulsos rítmicos (dolor de la pulpa dentaria o jaquecas), pulsos menos rítmicos (dolor de colon irritable), con un aumento gradual o súbito que se mantiene estable (dolor de angina pectoral o quemaduras), o continuo, pero fluctuante en intensidad. Además, es relevante conocer los horarios y condiciones en los cuales se siente el dolor.

Barber (1996 a, p. 10-11); distingue los siguientes tipos de dolor:

a) **Dolor agudo**: el dolor es sentido por una estimulación nociva, que puede ser una herida, un procedimiento médico o como parte del proceso de una enfermedad. Ej.: apendicitis, punción lumbar, fractura ósea, etc.

b) **Dolor recurrente**: este dolor es el resultado de una herida o una enfermedad que produce una estimulación nociva repetida o constante en el tiempo. Algunos ejemplos: dolores por artritis, **cáncer**, cefaleas, miembro fantasma, colon irritable, síndrome talámico.

c) **Síndrome de dolor crónico benigno**: tipo de dolor que persiste, junto con el sufrimiento, más allá de la estimulación producida por una herida o por el curso de una enfermedad. Ejemplos: dolor de espalda y de otras enfermedades que han mejorado y persiste el dolor.

d) **Dolor psicógeno**: no es muy frecuente, y corresponde a una variedad de desorden somatomorfo.

4.4. Fisiopatología del dolor.

¿Qué ocurre en el organismo cuando se experimenta dolor?

Después de realizar un diagnóstico preciso, es necesario efectuar un tratamiento adecuado. Desde el punto de vista médico, es esencial conocer las estructuras, neurotransmisores y neuromoduladores que participan en la conducción del estímulo doloroso (Paeile, 1997a).

En los últimos años, se ha avanzado en el conocimiento de las estructuras y neurotransmisores que participan en la sensación dolorosa, lo cual ha permitido contar con más y mejores alternativas de tratamiento, incluidos los métodos no farmacológicos, y que ha beneficiado a los pacientes. Debido a su importancia, se describen resumidamente las principales vías involucradas en la conducción del impulso doloroso (Paeile, 1997a).

4.4.1. Los caminos del dolor.

Al experimentar dolor se pueden distinguir por lo menos tres componentes (Paeile, 1997a):

a) Capacidad para distinguir el tipo y naturaleza del dolor (discriminación sensorial).

b) Ubicación de la lesión (discriminación espacial).

c) Duración e intensidad del dolor (componente más influido por experiencias previas).

Los componentes antes mencionados pueden correlacionarse con las estructuras implicadas. Un esquema básico podría ser el siguiente:

1. Estructura periférica que actúe como receptor.
2. Sinapsis en la médula espinal.
3. Vías de conducción desde la médula espinal hasta los centros superiores (bulbo, diencéfalo, corteza).
4. Vías descendentes desde los centros superiores (tálamo y núcleos reticulares a la médula).

El esquema anterior es un esquema simple, que permite jerarquizar conceptos desde la periferia a los centros corticales; pero no se debe pensar que el sistema es así de sencillo. Una neurona puede tener más de 1.000 sinapsis, considerando las interrelaciones por medio de botones sinápticos. Si a esto se agrega la cotransmisión, dado que una neurona puede sintetizar y liberar en forma anterógrada o retrógrada, como es el caso de una neurona periférica o primaria, el sistema se vuelve más complejo.

Generalmente, se describen con más detalle los eventos que ocurren en la médula espinal, porque es la región dónde se ha podido obtener mayor información de la función de ciertas neuronas, relativamente menos complejas que las neuronas de los centros superiores (Paeile, 1997 a).

4.4.1.1. Estructuras periféricas.

El dolor comienza al excitarse los nociceptores, los cuales son receptores sensibles a estímulos dañinos o que lo serían si se mantienen en el tiempo. Las neuronas periféricas relacionadas con la transmisión del impulso nervioso son las fibras: Aα, β, Aδ y C.

Las estructuras periféricas relacionadas con el dolor están construidas por neuronas T, neurona primaria de primer orden o **nociceptor**, término útil para diferenciar las fibras A α y β de las fibras Aδ y C, éstas últimas, nociceptores propiamente tales. Dichas fibras tienen un umbral de estimulación más alto que las fibras A α y β, encargadas de transmitir el tacto suave y ligero. Además de lo antes mencionado, las fibras podrían cumplir otras funciones, como regulación de reflejos de la función visceral, vascularización muscular, etc. (Paeile, 1997a).

Las fibras Aδ y C responden a estímulos mecánicos y térmicos. Pueden presentar el fenómeno de sensibilización, por lo tanto, disminuir el umbral de excitabilidad. Las fibras C son por excelencia polimodales, es decir, pueden activarse por estímulos mecánicos, térmicos y/o químicos potentes (Paeile, 1997a).

Estas estructuras no son específicas para un estímulo. Esto ha permitido postular la "teoría de los patrones (patterns) de estimulación",

demostrada por Zander y Weddell en 1951 (Paeile, 1997a). La teoría plantea que, según la intensidad de un estímulo, la percepción puede cambiar de modalidad. Por ejemplo, si se aplica una temperatura superior a los 44°C, comienza a doler; si la temperatura disminuye, no se siente dolor, sino bienestar. De manera que un estímulo de igual naturaleza, pero de distinta intensidad, produce diferentes reacciones. Este hecho, refutó la "teoría de especificidad de estímulo", según la cual existirían terminaciones específicas para la información que transmitían.

La neurona periférica se origina en una arborización plexiforme, carente de mielina, en donde comienza la despolarización; aunque se inicia el proceso, recibe el nombre de terminación libre. Cómo se produce la transducción de un estímulo, no está totalmente claro. Las terminaciones libres abundan en la superficie del cuerpo, en donde generalmente se agrupan en torno a arteriolas y vénulas.

4.4.1.2. *Estructuras centrales.*

A) Eventos sinápticos del asta posterior:

Las fibras A δ y C, después de entrar por el asta posterior en la sustancia gris, se ubican lateralmente con relación a ella y sinaptan con una segunda neurona que puede ser de dos tipos: unas son activadas por estímulos nociceptivos específicos y otras no reaccionan específicamente a estos estímulos; son llamadas neuronas de rango dinámico amplio, convergentes, multirreceptivas o de 2° orden (Paeile, 1997a).

Rexed realizó una clasificación citoarquitectónica de las neuronas de la sustancia gris de la médula espinal, dividiéndola en diez láminas. De la lámina I a la V corresponde al asta posterior propiamente tal; las láminas VI y VII a la región intermedia, las láminas VIII y IX al asta anterior y la lámina X, a la región periependimaria (Paeile, 1997 a).

La sinapsis entre una neurona periférica y neuronas que tienen su soma en el asta posterior se realiza en las láminas II y III (zona gelatinosa y gelatinosa de Rolando) de Rexed. El soma de la segunda neurona puede ubicarse en diferentes zonas del asta posterior (Paeile, 1997 a).

La sinapsis entre una neurona periférica y una segunda neurona, independiente de su distribución, se realiza siempre en la sustancia gelatinosa de Rolando. Esta sinapsis está modulada por neuronas propias de esta región, llamadas interneuronas, neuronas pequeñas de alta densidad. Éstas reciben aferencias de los terminales primarios, de origen central y sinaptan en forma específica con neuronas de segundo orden. El rol de las interneuronas no está tan claro, ya que su estudio se ve limitado por su pequeño tamaño (Paeile, 1997 a).

La segunda neurona puede sinaptar con más de una neurona, por ejemplo, sinaptar con una que inerve la piel y otra que inerve una víscera, como en el caso del corazón y el brazo izquierdo (dolor referido).

A las láminas II y III llegan colaterales de fibras de grueso calibre, $A\alpha$ y β. Ingresan por el asta posterior, recorren la sustancia blanca y pasan a constituir los cordones posteriores o haces de Goll y Burdach. Las colaterales, ingresan a la sustancia gris, sinaptan con interneuronas, las cuales modulan la sinapsis de las fibras $A\delta$ y C con la segunda neurona. Las fibras provenientes de la porción inferior del tronco y de las extremidades forman el fascículo de Goll y terminan en el núcleo homónimo. Las fibras procedentes del cuello, extremidad superior y tronco alto, forman el fascículo de Burdach. Las fibras C, antes de ingresar a la sustancia gris, en la sustancia blanca, emiten colaterales ascendentes y descendentes, constituyendo la parte más medial del haz de Lissauer. Éstas sinaptan entre sí y se pueden prolongar por varios segmentos medulares y llegar la información a raíces vecinas. Las aferencias musculares sinaptan con neuronas de las láminas I, V, VI y las viscerales, con las de las láminas I, V, VII y X (Paeile, 1997 a).

B) Vías ascendentes:

Las segundas neuronas pueden dar origen a uno de los tres haces ascendentes, ubicados contralateralmente, que cruzan la sustancia gris en la región comprendida entre el canal central de la médula o conducto de epéndimo y la comisura gris anterior (Paeile, 1997 a).

El cruce a la vía contralateral no siempre ocurre en la zona que corresponde al soma neuronal, sino puede hacer un recorrido ipsilateral de dos ó más segmentos medulares y luego cruzar. Una pequeña cantidad de

axones asciende ipsilateralmente, otros se incorporan a los cordones posteriores, cruzando a nivel del bulbo mediante la conformación de fibras arciformes internas. Esto explicaría el fracaso a largo plazo de las técnicas de cordotomía[10] (Paeile, 1997a).

Las vías ascendentes, generalmente, se las engloba como vías anterolaterales, y tienen distintas ubicaciones según la región que proyectan hacia los centros superiores. Las vías ascendentes en el ser humano se constituyen por tres haces, en que todos sinaptan en el tálamo (Paeile, 1997a).

1. El haz neo-espinotalámico: filogenéticamente de desarrollo reciente; sus fibras sinaptan en los núcleos específicos del tálamo: ventral posterior y ventral postero-lateral. Estos núcleos se proyectan a la corteza somastésica o corteza parietal en las zonas SI, SII, zonas de la corteza cerebral, cuya función es dar la *ubicación topográfica* del dolor (Paeile, 1997a).

2. El haz paleo-espinotalámico, se proyecta bilateralmente a los núcleos inespecíficos del tálamo: núcleo parafascicular, núcleo reticular, parte del centro mediano, porción media magno celular del geniculado medio. Luego se proyecta a la corteza no específica, preferentemente a la corteza frontal, contribuyendo a la evaluación cualitativa del dolor (Paeile, 1997a).

3. El haz espino-reticulotalámico, está formado por fibras que sinaptan con la formación reticular en distintas partes: bulbo, protuberancia, reticular mesencefálica y sustancia gris periacueductual. Luego se proyecta al tálamo bilateralmente, las sinapsis talámicas ocurren en los núcleos inespecíficos y se difunde a la corteza inespecífica donde se distribuye ampliamente. Por las abundantes relaciones que este haz tiene con la formación reticular, se le relaciona con el componente afectivo del dolor; responsable de las variaciones del estímulo doloroso en y entre individuos. Por medio de este haz se puede controlar voluntariamente el

[10] Cordotomía: sección quirúrgica del tracto espinotalámico contralateral en el cordón anterior de la porción cervical o torácica de la médula espinal para eliminar dolores resistentes al tratamiento; sobre todo en caso de carcinoma de útero, próstata o recto. Efectos ecundarios: trastornos en la percepción de la temperaturas (Diccionario Médico Roche, 1993).

dolor, pues las funciones del sistema reticular y sus núcleos pueden modificarse con ejercicios respiratorios voluntarios y de concentración, técnicas muy utilizadas en Oriente (Paeile, 1997a).

4.4.1.3. Neurotrasmisores y neuromoduladores.

Se mencionan brevemente los principales neurotrasmisores y neuromoduladores que participan en la transmisión del impulso nervioso.

El dolor se inicia con la activación de receptores periféricos, por estímulos de distintos orígenes, los cuales producen liberación de mediadores. La liberación de la *sustancia P* [11] en forma anterógrada o retrógrada es importante en el comienzo del impulso *electroquímico*. Luego se libera *histamina* y *serotonina*, las cuales se encuentran almacenadas en las vesículas de las células cebadas o mastocitos; la liberación de estas sustancias desencadena la síntesis de *prostaglandinas* (Paeile, 1997a).

Las prostaglandinas actúan fundamentalmente sensibilizando neuronas, facilitando la acción de aminoácidos excitatorios, como el glutamato. También estimula la síntesis de bradicinina, una de las sustancias más algógenas[12] de este proceso, junto a los iones potasio e hidrógeno. Se ha demostrado que al estimular fibras aferentes propioceptivas, aumenta el ion K+ extracelular, lo que facilita la excitabilidad (despolarización) de las terminaciones nerviosas, especialmente de las terminaciones libres. Con respecto al aumento de los iones hidrógeno, se ha visto que el descenso de ph tisular facilita el dolor (Paeile, 1997a).

La sinapsis que se realiza en el asta posterior, entre una neurona primaria y una secundaria, está regulada por neuromoduladores liberados por la neurona primaria, las interneuronas y las neuronas de las vías descendentes (Paeile, 1997a).

La *despolarización* de la terminación libre se propaga por el axón de la neurona en T; en la terminación dendrítica se libera *sustancia P* y *glutamato*, neurotrasmisores que despolarizan la segunda neurona.

[11] Péptido relacionado con la transmisión nociceptiva.
[12] Algógenas: Que causa dolor (Diccionario Médico Enciclopédico Taber's, 1997).

Además, la neurona periférica o neurona en T puede liberar otras sustancias, consideradas neuromoduladores. Entre estas se puede mencionar: la somatostatina (SS), péptido vasoactivo intestinal (VIP), colecistocinina (CCK), ocitocina, galanina, angiotensina II y glutamato (Paeile, 1997a).

En las vías ascendentes, el rol de neurotransmisores y neuromoduladores no está totalmente claro. Se han determinado diferentes tipos de péptidos opioides que participan en la sensación dolorosa. En estas sinapsis participan las neuronas del *locus coeruleus* y *subcoeruleus*, las cuales son noradrenérgicas. Este es un neurotrasmisor central con activa participación en el proceso (Paeile, 1997a).

Son muchos los neuromoduladores que participan en el cuadro doloroso, por lo que es difícil lograr un manejo farmacológico total. Sin embargo, se han logrado importantes avances. Todo hace pensar que al bloquear alguno de los neuromoduladores, por acción en cadena se puede impedir la liberación de otros; esto explicaría la efectividad de algunos fármacos (Paeile, 1997a).

4.4.2. Mecanismos neurobiológicos implicados en el control del dolor.

Según Villanueva (1997) los mecanismos de control están presentes en todos los sistemas sensoriales, modulan la intensidad y umbral de las sensaciones, actúan como filtros y amplificadores.

La sensación dolorosa depende de procesos activos y pasivos. Los mecanismos moduladores más estudiados son los que actúan en el ámbito periférico y espinal, lo que no significa que los centros superiores no participen: sólo porque la información es relativamente escasa, se mencionan menos.

4.4.2.1. Mecanismos de modulación en el nivel periférico.

En la periferia ocurre la *transducción*, conjunto de procesos por medio de los cuales un estímulo nociceptivo de cualquier origen, genera un potencial de receptor, una despolarización de las terminaciones aferentes. De manera que las diferentes formas de energía natural se trasforman en una energía única: la *electroquímica*. El primer proceso de codificación de la intensidad y duración del estímulo ocurre en esta etapa, la frecuencia y la duración de los impulsos iniciales constituyen el mensaje inicial. Aunque los mecanismos de la transducción todavía son poco conocidos, se ha podido establecer que muchos fenómenos de modulación intervienen en esta etapa (Villanueva, 1997).

La sensación dolorosa no depende exclusivamente de la fibra periférica y de sus propiedades de transducción. La actividad de los nociceptores es sólo uno de los elementos que considera el sistema nervioso central en el procesamiento de la información. Los sistemas de control de origen espinal y supramedular pueden modificar muchos parámetros como: calidad, umbral, intensidad, extensión y evolución temporal del dolor (Villanueva, 1997).

4.4.2.2. Mecanismos de modulación en la médula.

a) *Controles segmentarios:*

La activación de aferencias cutáneas de gran diámetro responsables de las sensaciones táctiles, pueden provocar efectos inhibitorios importantes al actuar sobre las respuestas nociceptivas de las neuronas espinales (Villanueva, 1997).

Generalmente, se piensa que las respuestas nociceptivas son provocadas solamente por las fibras Aδ; sin embargo, las inhibiciones más intensas son provocadas por estas fibras. Los efectos son principalmente de origen metamérico, como resultado de las propiedades de las regiones receptoras del asta posterior, donde una zona es inhibitoria y otra excitatoria. Cuando se aplica en forma repetida estímulos naturales nociceptivos en la zona inhibitoria, se inhiben las respuestas

desencadenadas, a partir de una estimulación de la parte excitatoria de la región receptora cutánea (Villanueva, 1997).

Se debe tener en cuenta la superposición de las *zonas excitatorias* e *inhibitorias*; esto permite explicar porqué la aplicación de estimulaciones no nociceptivas sobre una gran superficie corporal, no activa a muchas neuronas convergentes, produciendo un "falso mensaje nociceptivo". Esta posibilidad, en condiciones fisiológicas normales, está bloqueada por la activación de numerosas zonas inhibitorias. La aplicación de estimulaciones no-nociceptivas, sobre una gran superficie, no activa sólo el centro de las zonas excitatorias: también se activan las zonas inhibitorias, atenuando la respuesta global. Posiblemente en ciertas patologías este proceso se desorganiza (Villanueva, 1997).

Todos las personas saben poner en marcha estos mecanismos, por ejemplo, al frotar enérgicamente el lugar de una picadura o de un golpe. La interacción de actividades aferentes entre fibras finas y de grueso calibre se conoce desde hace mucho, pero Melzack y Wall (1965 en Villanueva, 1997) propusieron un modelo más claro, la *teoría de la puerta medular.*

La teoría antes mencionada plantea que la transmisión de los mensajes nociceptivos está regulada por un efecto de balanza entre influencias excitatorias e inhibitorias; el dolor se produciría al privilegiar los mensajes excitatorios, por exceso de mensajes dolorosos o por un déficit en los controles inhibitorios. Asimismo, propusieron que las interneuronas inhiben la transmisión de los impulsos nociceptivos hacia las neuronas convergentes (*trigger cells*). Las células de la sustancia gelatinosa actuarían como una especie de puerta, regulando el paso global de la información al sistema nervioso central. La activación de neuronas de gran diámetro aumentaría la actividad de las interneuronas, cerrando la puerta; mientras que la activación de fibras finas deprimiría el tono inhibidor propiciando la apertura de la puerta. De esta manera, las fibras Aδ y C facilitan, a través de una desinhibición, la invasión de neuronas convergentes, y con esto, la llegada de los mensajes generados a nivel periféricos a las estructuras supramedulares. La teoría incluye la posibilidad que estos mecanismos estén influenciados por controles de origen supramedular activados por fibras de grueso calibre.

Muchos aspectos no fueron confirmados experimentalmente, lo que llevó a Wall, en 1978, a modificar el esquema inicial. A pesar de tener muchas controversias, la propuesta ha permitido tener una base científica para la aplicación de métodos terapéuticos de neuroestimulación con fines antiálgicos, al permitir activar selectivamente ciertas vías inhibitorias de manera no invasiva. La teoría de la compuerta permite explicar racionalmente los efectos provocados por las estimulaciones eléctricas de alta frecuencia y baja intensidad de nervios periféricos (Trascutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS; en Villanueva, 1997).

No obstante, muchas observaciones clínicas no pueden ser explicadas sólo por esta hipótesis. Por ejemplo, los efectos anestésicos de la TENS se producen en sólo unos minutos y sus efectos pueden durar más allá del período de estimulación. O puede presentarse el fenómeno inverso, los efectos sobre neuronas espinales son inmediatos y no continúan después de la estimulación. También, se pueden provocar efectos analgésicos extra-segmentarios de menor intensidad que los efectos provocados a nivel segmentario (Villanueva, 1997).

Los opioides endógenos no estarían implicados en los efectos de la TENS, pues estos no son modificables por la naloxona.

b) Los controles desencadenados por estimulación de los cordones posteriores:

En general, se piensa que las fibras de gran diámetro son importantes en los efectos hipoalgésicos[13] producto de estimulaciones eléctricas de los cordones posteriores. Nunca se conoce con exactitud el sitio de la estimulación cordonal, por esta razón, ciertos autores prefieren llamarla estimulación medular.

Para algunos autores, la estimulación medular podría actuar en los mecanismos de control de la actividad del sistema simpático. Se la ha relacionado con la disminución de dolores crónicos de origen neurogénico, sobre todo, los que están asociados a problemas vasculares periféricos. Linderoth y Meyerson (Villanueva, 1997) concluyeron que la estimulación

[13] Respuesta disminuida del dolor ante estímulos normalmente dolorosos.

medular puede inhibir los mecanismos simpáticos de vasocontricción, mediante vías intramedulares directas, sin la participación de fibras aferentes primarias.

4.4.2.3. Los controles de origen supramedular.

Los controles más conocidos actualmente, son los originados en el bulbo raquídeo, aunque probablemente existen otros de origen talámico, hipotalámico o cortical; sin embargo, no han sido completamente estudiados (Villanueva, 1997).

En 1969, Reynolds describió la primera evidencia experimental de control inhibitorio supramedular en (Villanueva, 1997). Demostró que la estimulación eléctrica de la sustancia gris periacueductal (SGPA), permitía efectuar una laparotomía en una rata no anestesiada sin manifestaciones de dolor. Luego de experimentos de estimulación central, se sugirió la existencia de un "sistema de analgesia endógeno", que podía ser activado artificialmente por estimulación eléctrica supramedular. Este tipo de analgesia carece de especificidad anatómica, pues se puede obtener estimulando varias regiones cerebrales, que van desde el bulbo al diencéfalo. Las múltiples reacciones ponen en duda la existencia de zonas "analgésicas", pero sugiere una participación de la SGPA en el desencadenamiento de reacciones de defensa integradas, producto de cambios en la homeostasis, incluyendo las causadas por estímulos nociceptivos.

Luego de realizar estos experimentos en animales, se trató de obtener efectos analgésicos en seres humanos, mediante la estimulación intracerebral. La región bulbar tiene importantes centros relacionados con el control neurovegetativo, por lo tanto, una eventual estimulación tendría consecuencias importantes. Se ha estimulado la región más anterior, específicamente la región de la sustancia gris periventricular a nivel del límite mesencéfalo-diencefálico. Se han obtenido algunos resultados positivos, especialmente en dolores neoplásicos por exceso de nocicepción. La eficacia de los tratamientos ha sido cuestionada, por la variable tasa de éxitos; además, es difícil interpretar los resultados, por la ausencia de

ensayos controlados. Actualmente, no hay consenso respecto a la eficacia real del procedimiento.

Un estímulo nociceptivo, a pesar de ser percibido como doloroso, activa mecanismos de control inhibitorios descendentes que se originan en el bulbo raquídeo. Esto que puede parecer paradojal, es comprensible por la propiedad de las neuronas convergentes de responder a estímulos no-nociceptivos, pudiendo ser activadas por distintos estímulos del medio ambiente, los que serían transmitidos como un "ruido de fondo" que no es interpretado como un mensaje significativamente nociceptivo. Se supone que esta actividad es importante para la elaboración del esquema corporal.

4.4.2.4. Controles inhibitorios difusos.

Anteriormente, se mencionó la presencia de controles inhibitorios descendentes en experimentos realizados con animales; sin embargo, los estudios no permiten entender las circunstancias naturales en las cuales se podrían activar estos controles (Villanueva, 1997).

Se llama controles inhibitorios difusos, CIDN, a la existencia de ciertos controles inhibitorios de origen supramedular que pueden ser activados por estimulaciones nociceptivas de diversas regiones corporales, a diferencia de los mecanismos de control segmentario, que son desencadenados por la estimulación del metámero correspondiente. Los CIDN actuarían como un filtro, que permite que la señal nociceptiva sea extraída (Villanueva, 1997).

Cuando ocurre un foco doloroso, las neuronas nociceptivas espinales se activan y envían un mensaje excitatorio al centro cerebral. Esta señal activa los CIDN, que inhiben un conjunto de neuronas convergentes, que no han sido activadas por el estímulo inicial. Este mecanismo mejora la relación señal-ruido y aumenta el contraste. Se ha demostrado que los CIDN involucran un circuito de retroalimentación espino-bulbo-espinal, incluyendo estructuras reticulares, además de los sistemas de opioides endógenos (Villanueva, 1997).

4.5. Métodos farmacológicos para controlar el dolor.

Lo más importante al utilizar fármacos es hacer un uso racional de ellos, de manera de optimizar su eficacia y disminuir su toxicidad. Los fármacos son entidades químicas, tienen características fisicoquímicas que pueden modificar alguna función celular; además sufren cambios en su trayectoria a través del organismo, pudiendo afectar la respuesta deseada. Para el cuerpo, cualquier fármaco que ingresa, equivale a una sustancia extraña que invade (Contreras, 1997).

En la última década, el tratamiento de dolor se ha enriquecido significativamente, por el mayor conocimiento de los neuromediadores que participan en el cuadro doloroso, lo que ha permitido un mejor manejo de los mecanismos de acción analgésicas, antiinflamatorias y analgésicas opioides, así como la incorporación de fármacos coadyuvantes (Paeile, 1997b).

4.5.1. Antiinflamatorios no esteroidales.

Según Paeile (1997 b), los antiinflamatorios no esteroidales (AINEs) llamados también analgésicos débiles o periféricos, comprenden una gran cantidad de moléculas químicas, diferentes en estructura, pero similares en su acción farmacológica. Destacan sus efectos antiinflamatorios, analgésicos, antipiréticos y antiagregantes plaquetarios. Algunos tienen estas propiedades más acentuadas, mientras que otros la poseen en forma equivalente. Estos fármacos, como consecuencia de esta acción común, comparten algunas reacciones adversas a medicamentos (RAM).

Se conoce a los AINEs como analgésicos débiles, lo que puede llevar a errores, ya que su acción es moderada o media. Su equivalencia aproximada es la mitad de la morfina y en algunos casos puede llegar a ser más, pero nunca semejante. Los AINEs tienen un efecto anestésico techo, llegado un punto, se logra su efecto máximo; después, aumentar la dosis no tiene efecto, incluso puede ser perjudicial.

a) ***Mecanismo antiinflamatorio:*** la mayoría de los AINEs poseen este tipo de acción, el que en algunos casos puede ser intensa y en otras no. Independiente de la causa (traumática, infecciosa, química, etc.), en la inflamación se desarrolla un proceso evolutivo común; los fármacos modifican el proceso en alguna de sus etapas.

b) ***Mecanismos analgésicos***: en la génesis del dolor, las prostaglandinas (PGs) tienen un rol importante, al igual que en los procesos inflamatorios. La acción de los AINEs se debe en parte a la mejoría del proceso inflamatorio, como a una posible analgesia central.

c) ***Mecanismo antipirético:*** el mecanismo no se ha podido precisar, aunque sí se ha podido comprobar que parte de la regulación térmica, anormalmente elevada, se debe a la síntesis en el hipotálamo de ciertas sustancias.

Los AINEs comparten varias acciones farmacocinéticas, lo que ha llevado al error de globalizar sus acciones. Cada molécula tiene características específicas. Además, se debe tener presente las singularidades de cada paciente porque pueden presentar variaciones significativas en sus RAM.

4.5.2. Analgésicos de acción central.

Según Paeile y Saavedra (1997) también se les denomina analgésicos opioides o narcóticos. Según su actividad sobre los receptores se clasifican en:

a) **Agonistas puros**: tienen una acción prácticamente exclusiva sobre el receptor μ, presentando máxima actividad intrínseca. Por ejemplo: la morfina, petidina, metadona, sufetanilo, entre otros.

b) **Agonistas-antagonistas mixtos**: las acciones se realizan preferentemente sobre el receptor kappa; también sobre el receptor μ, pero estas son menos importantes. Ejemplo: butorfanol, nalbufina.

c) **Agonistas parciales**: en este grupo se incluyen moléculas cuya actividad es intrínsecamente inferior a la máxima, por tanto, son menos potentes que la morfina y tienen un efecto techo.

d) **Antagonistas puros**: son opioides que tiene afinidad con todos los receptores, pero que carecen de actividad intrínseca, por ejemplo: la naloxona, naltrexona.

4.5.2.1. La morfina y sus efectos.

La morfina tiene efectos analgésicos, sedantes, antitusígenos[14], eméticos[15], actúa sobre la musculatura del iris, y puede causar depresión respiratoria; también efectos periféricos, como acciones sobre el tracto intestinal y urinario (dificultad en el vaciamiento intestinal y retención urinaria), liberación de histamina (produciendo prurito y broncoconstricción) y efectos cardiovasculares. La analgesia es el efecto más relevante, por lo que se utiliza clínicamente, los demás efectos se consideran como adversos o no deseados.

Su potente acción analgésica central se debe a su efecto agonista en los receptores de μ, k y sus subtipos, los cuales están ubicados en las distintas vías del dolor. En la médula, da origen al llamado control segmentario del dolor. Al actuar sobre algunos receptores, impide la liberación de péptidos excitatorios como sustancia P (SP), glutamato y otros. En los centros superiores, da origen al control suprasegmentario, ya que al unirse con algunos receptores impide la despolarización de neuronas. Su acción sobre los núcleos reticulares y sistema límbico (haz espino reticulotalámico) es lo que confiere la indiferencia afectiva frente a la noxa dolorosa; esto ayuda a la analgesia propiamente tal y a la supresión del cuadro emocional que acompaña al dolor. Se sabe que la morfina se une a receptores de estructura lipoproteíca, existentes en la membrana neuronal, pero se desconoce el efecto que esta unión produce en el metabolismo de la neurona.

[14] Antitusigenos: sustancia que inhibe el reflejo de la tos deprimiendo el centro de la tos; sobre todo la codeína y sus derivados naturales y sintéticos, en especial los no narcóticos. (Diccionario Médico Enciclopédico Taber's, 1997).

[15] Eméticos: cualquiera de las sustancias que, de manera refleja o directamente sobre el sistema nervioso central provocan vómito; y en dosis pequeñas sirven también de expectorantes. (Diccionario Médico Roche, 1993).

4.5.2.2. Antidepresivos.

Son utilizados en el tratamiento del dolor. Si bien se reconoce una relación entre dolor crónico y depresión, según muchos trabajos, el efecto que tienen los antidepresivos sobre el dolor es independiente de su acción antidepresiva. De manera que estos fármacos pueden aliviar el dolor de personas que no están deprimidas, y atenuar el dolor de pacientes deprimidos sin mejorar la depresión. El efecto analgésico es más rápido que el efecto antidepresivo (Pelissier, 1997).

4.5.2.3. Neurolépticos.

Los neurolépticos son utilizados comúnmente en el tratamiento de la esquizofrenia y psicosis orgánicas. Su empleo es controvertido. En el caso del dolor agudo se pueden utilizar asociados a un AINE, en pacientes que presentan agitación, insomnio, ansiedad y son refractarios a otros fármacos. En el dolor crónico se indican para el tratamiento del dolor oncológico y se acompañan de antidepresivos tricíclicos. En el dolor oncológico son útiles para controlar náuseas, vómitos, tenesmo[16] vesical o rectal y espasmo uretral. El uso permanente conlleva el riesgo de toxicidad; además, produce alteraciones endocrinas y , por sobredosis, alteraciones como: parkinsonismo, acatisia, y distonías agudas (Sierralta, 1997).

4.5.2.4. Ansiolíticos.

En la actualidad, los más utilizados son las benzodiazepinas (BZD), por sus múltiples acciones: sedación, disminuir la ansiedad, contrarrestar las convulsiones, relajar la musculatura esquelética e inducir sueño. Su efecto analgésico es muy controvertido. Se utilizan en pacientes con dolores agudos o crónicos y en enfermos terminales. Cumplen una función coadyuvante en la analgesia, por reducir el tono muscular, la agitación, la ansiedad e inducir sueño. Estos beneficios son más evidentes en los dolores

[16] Tenesmo: sensación subjetiva o deseo de defecar u orinar, impresión de recto o vagina ocupados, muchas veces inmediatamente después de haber realizado la defecación o la micción; y sin evidencia real de ocupación rectal o vesical; puede ser dolorosa (Diccionario Médico Roche, 1993).

tensionales o espásticos[17]; también ayudan en el dolor por neuralgia del trigémino. El uso continuado de estos fármacos puede producir tolerancia y dependencia.

4.6. Métodos no farmacológicos en el tratamiento del dolor.

Según Hernández y Peirano (1997), los métodos no farmacológicos van desde la aplicación de frío y calor hasta técnicas de origen psicológico, como la relajación y la hipnosis. Algunos métodos utilizados son:

1) **Crioterapia**: el frío tendría una función antinociceptiva. Estaría mediada por el control segmentario al nivel de la médula espinal, tal vez, por la activación de mecanorreceptores cutáneos sensibles a bajas temperaturas. El frío también tiene efecto directo sobre los nervios y terminaciones nerviosas. Se ha demostrado que reduce la conducción nerviosa y disminuye el flujo sanguíneo. En ciertos casos, puede reducir el dolor, el sangramiento y la formación de edema, por vasoconstricción.

2) **Termoterapia**: el aumento de temperatura produce alivio del dolor al activar el control segmentario. El calor tiene un efecto directo sobre los nervios periféricos y las terminaciones libres, además de efectos terapéuticos como aliviar el espasmo muscular y edema, aumentar el flujo sanguíneo, disminuir la rigidez articular, mejorar la cicatrización, etc. Está contraindicado en tumores malignos, gónadas, feto, áreas anestesiadas, pacientes inconscientes, etc.

3) **Acupuntura**: técnica controvertida por la variedad de métodos utilizados. La analgesia por acupuntura se produce al insertar agujas en puntos apropiados de la piel, según el órgano que se supone origina el problema. En la acupuntura tradicional las agujas son rotadas manualmente cada 10 a 20 minutos, en algunos casos puede ser

[17] Espásticos: perteneciente, similar o caracterizado por espasmos, sinónimo: espasmódico. Semejante o de la naturaleza de espasmos o convulsiones. Producido por espasmos (Diccionario Médico Enciclopédico Taber's, 1997).

doloroso. En China se ha utilizado este método, junto a drogas hipnóticas y analgésicas, para controlar el dolor en cirugías con un éxito del 85-90%, según los chinos. Para los occidentales es efectivo sólo en un tercio de los casos previamente seleccionados. Actualmente, es común reemplazar la estimulación manual por la eléctrica de baja frecuencia, procedimiento llamado "electroacupuntura". Se sugiere que el efecto de la acupuntura involucra el vaciamiento de β-endorfina. Se ha observado los efectos favorables de la acupuntura en afecciones como: distensiones musculares, osteoartritis cervicales, síndrome del hombro doloroso, dolor lumbosacro, cefaleas, neuralgias, etc.

4) **Masaje**: se refiere a la aplicación de tacto o fuerza en los tejidos blandos (músculos, tendones, ligamentos), sin causar un cambio de posición de las articulaciones. Es el método más antiguo y utilizado en el manejo del dolor; tiene efectos reflejos, mecánicos y psicológicos. Los efectos reflejos se producen por una estimulación de los receptores periféricos que transmiten impulsos hasta los centros superiores, produciendo sedación y relajación muscular. También, ayuda al retorno venoso y a la reparación del sistema músculo - esquelético, y mejora drenaje linfático. Está contraindicado en cáncer, heridas abiertas, tromboflebitis e infecciones.

5) **Ejercicio terapéutico**: el ejercicio produce efectos en varios sistemas del organismo y en el metabolismo. Es beneficioso en afecciones del aparato locomotor, principalmente por: reducción del edema, preservación o mejoría del rango articular, aumento de la fuerza y flexibilidad. También aumenta el flujo sanguíneo, la reserva respiratoria y los niveles de endorfina. Se recomienda en pacientes con dolores subagudos o crónicos (se debe considerar la capacidad funcional del paciente).

6) **Rayos láser**: se aplican en puntos cutáneos de acupuntura, o bien, en la región afectada. En los últimos años, se ha evaluado los resultados de la aplicación de rayos láser de bajo poder. La disminución del dolor podría ser producto del calor que se produce o de algún tipo de inhibición central al estimular fibras nerviosas. Los estudios sobre la

técnica son contradictorios, lo que ha generado escepticismo respecto a su utilidad en el alivio del dolor.

7) **Tens**: la estimulación eléctrica transcutánea convecional (TENS), produce alivio del dolor mediante la inhibición de la transmisión nociceptiva en la médula espinal. Existen dos modalidades de aplicación de la TENS: convencional (baja intensidad) y la de tipo acupuntura (de baja frecuencia y alta intensidad). La TENS convencional pone en marcha los mecanismos de control espinal, sin la intervención de opioides endógenos, como la β-endorfina. La analgesia comienza después de la aplicación y desaparece luego que se suspende. Efectos adicionales pueden ocurrir por medio de las vías descendentes del tronco cerebral, liberando serotonina y noradrenalina. Es efectiva en dolor agudo y crónico, postoperatorio, lumbosacro, pancreatitis, neuralgia post-herpética y dolor del miembro fantasma. La TENS tipo acupuntura utiliza una intensidad suficiente para producir contracción muscular. El mecanismo de analgesia opera mediante la liberación de péptidos endógenos como las encefalinas y la β-endorfina. El alivio del dolor se produce después de 20 a 30 minutos y puede durar varias horas e incluso días. Se aplica en los puntos de acupuntura. Es más efectivo en el dolor crónico y artrítico. La TENS es una modalidad efectiva, beneficiosa y segura en el 80% de los casos, cuando es utilizada por personal que cuenta con los conocimientos adecuados.

8) **Estimulación eléctrica percutánea de nervios (PENS)***:* se insertan agujas alrededor del área del dolor o de los nervios periféricos. En algunos pacientes se logra un alivio considerable que puede durar días. Un pequeño grupo no responde a las PENS corrientes, por lo que se debe aplicar mayor intensidad.

9) **Terapia de corriente interferencial**: consiste en dos corrientes alternas de onda sinusoidal de diferentes frecuencias que producen una corriente interferencial. Se aplican cuatro electrodos que generen un pulso rítmico en el área dolorosa. La corriente puede estimular fibras sensitivas, motoras y de dolor. La aplicación más común de esta técnica es en el alivio del dolor por condiciones ortopédicas: puede aliviar el

dolor agudo. Pocas investigaciones han confirmado su beneficio. Está contraindicado en procesos inflamatorios, sangramiento, embarazo, etc.

10) **Tratamiento quirúrgico del dolor**: la cirugía es la intervención más radical, se utiliza cuando han fallado las alternativas de tratamiento. Pero no es un último recurso, como podría pensarse: es una forma más de tratamiento y como tal, tiene indicaciones y contraindicaciones. Los procedimientos destructivos pueden tener consecuencias como: parálisis, alteraciones sensitivas, disfunción vesical o respiratoria. También, puede existir un aumento del dolor producto de las regeneraciones inducidas por la lesión. Existe mucha controversia respecto de los beneficios de este tipo de procedimientos en comparación con otros (Holzer, 1997).

11) **Placebo:** el dolor también puede ser aliviado por un placebo. Al paciente no se le administra una dosis analgésica, o bien, se le da una tan pequeña que no puede causar ningún efecto; sin embargo, el paciente experimenta alivio del dolor. El efecto del placebo es de origen psicológico, ya que depende de la expectativa que tiene el paciente sobre la efectividad del tratamiento analgésico. Los procesos biológicos que subyacen al efecto analgésico del placebo son pocos comprendidos. Algunos estudios señalan la participación de opioides endógenos, probablemente la β-endorfina, pero en algunas circunstancias el efecto no es revertido con naloxona, lo cual señala la participación de neuronas no-opiopeptidérgicas. Cuando sean comprendidos los mecanismos de acción, el placebo pasará a ser una herramienta psicoterapéutica eficaz en el control del dolor y mucho más respetada (Hernández y Peirano, 1997).

Existen concepciones erróneas con respecto al término "efecto placebo". Tradicionalmente ha sido un término prejuiciado, ya que muchas veces se piensa que el dolor es menos real, en vez de pensar que el paciente está controlando el dolor con mecanismos endógenos. Este efecto puede ser utilizado como una forma más de controlar el dolor, haciendo uso de todos los recursos posibles, con el fin de optimizar la terapia y no como un simple engaño al paciente, lo cual enfrenta a una problemática ética importante. El placebo se ve

reflejado en un porcentaje de todos los trabajos realizados con analgésicos y en otros compuestos farmacológicos que tienen otros efectos. Sería importante conocer y comprender este efecto, para evaluar correctamente los resultados obtenidos (Hernández y Peirano, 1997).

4.7. Aspectos psicológicos y psicosociales del paciente con dolor.

4.7.1. Factores socioculturales.

Existen diferencias étnicas referidas a la expresión y significado cultural otorgado al dolor. En algunas culturas la capacidad de tolerarlo es un rito de paso a la edad adulta, como en algunas tribus indígenas norteamericanas, o se asocia a ceremonias religiosas como en Filipinas, el Tibet, etc. Incluso hace poco tiempo, los católicos utilizaban el cilicio (faja áspera o cadenas de puntas con hierro) como un ejercicio espiritual, de autodominio del cuerpo y la sensualidad, que permitía unirse al dolor de Cristo (López, 1997).

Estudios étnicos han reportado que los italianos demandan alivio inmediato del dolor y se sienten más felices cuando esto sucede; los judíos tienden a demandar alivio inmediato del dolor, pero tienden a ser escépticos y suspicaces respecto al futuro; en cambio, los irlandeses tienden a ser más estoicos en la expresión de su dolor (López, 1997).

Para explicar la relación entre dolor y etnicidad, se postuló el *modelo biocultural* (López, 1997). El modelo plantea que los valores etnoculturales determinan las actitudes y atenciones otorgadas a la sensación dolorosa. De modo que los valores influirían en el sistema de control inhibitorio biológico, determinando la respuesta del individuo al estímulo doloroso.

4.7.2. Factores psicológicos.

El rol de las variables psicológicas en la producción y mantención del dolor recibió atención sólo en los años 60. Bonica, junto a Fordyce y Sternbach, investigaron diversos métodos en el tratamiento del dolor (Barber, 1996 b). En 1968, Fordyce y sus colegas demostraron rehabilitaciones efectivas del dolor a través de métodos conductuales en (Barber, 1996 b). Estas experiencias permitieron que los psicólogos fueran incorporándose a las clínicas del dolor (Barber, 1996 b).

4.7.2.1. Rol de la ansiedad y la depresión como parte del dolor.

El proceso de la evaluación psicológica del paciente con dolor es complejo; las variables de personalidad interactúan con variables situacionales, creando una gran variedad de síntomas (Barber, 1996 b).

Los hallazgos indican que mientras más ansiosa o temerosa está la persona, aumentan sus probabilidades de experimentar sufrimiento como consecuencia de la percepción de la experiencia somatosensorial nociva (Schwarz, 1989 a).

4.7.2.2. Significado y contexto.

En un experimento realizado por Schwarz en 1956 (Schwarz, 1989a), comparó a 150 pacientes quirúrgicos con 150 soldados heridos. Los resultados mostraron que los soldados experimentaron menos dolor y requirieron menos narcóticos que los pacientes quirúrgicos, aunque las heridas de los soldados eran mucho peores.

El investigador concluyó que los resultados se explican por las diferencias en el significado y contexto que los grupos daban a la situación. Los pacientes quirúrgicos provenían de un lugar de relativa calma y se sometían a un evento estresante, una cirugía mayor; en cambio los soldados eran enviados desde un ambiente muy aversivo, el frente de batalla, a un ambiente de relativa seguridad, el hospital. Las desigualdades en los niveles de ansiedad explicarían la diferencia en la experiencia de dolor entre los grupos.

Schwarz (Schwarz, 1989a) afirma que las diferencias en el contexto no es la única variable: las personas realizan muchas y diversas evaluaciones y atribuciones. Estos procesos son involuntarios y se dan a nivel no consciente. Además, son diversos los factores contextuales y las atribuciones que otorgan los pacientes, lo que influye en el nivel de ansiedad y depresión. Algunos factores pueden ser los siguientes:

- El grado de peligro asociado al dolor (enfermedades terminales v/s no terminales).
- El grado de pérdida, actual o anticipada (desfiguramiento, pérdida de funcionalidad).
- La intensidad y duración del dolor.
- El grado de emociones distónicas no expresadas (rabia o culpa).
- El grado o pérdida de control percibida.
- El grado de apoyo social v/s aislamiento.
- Asociaciones con experiencias de dolor o enfermedades anteriores y el significado de esas experiencias.

4.7.2.3. Estilo cognitivo.

Ciertos estilos cognitivos, esto es, modos de evaluar e interpretar la realidad, se asocian con depresión y niveles de incapacidad. También se ha demostrado que ciertos pensamientos se asocian con una menor tolerancia al dolor. La manera como la persona procesa la información, sus creencias, capacidad de atención y distracción, las explicaciones que le da al dolor y expectativas del futuro, pueden generar suposiciones erróneas y evaluaciones negativas, que dificultan el tratamiento e influyen en la percepción dolorosa (Muñoz y Tapia, 1998).

Las creencias del paciente respecto a su dolor, influyen en su tratamiento. Por esto, deben ser examinadas, especialmente las referidas al control del dolor, causas y expectativas de mejoría (Muñoz y Tapia, 1998).

Los pacientes que piensan que pueden controlar su dolor, no ven su condición catastróficamente, ni a sí mismos como incapacitados; tienen

mejores respuestas al tratamiento (Muñoz y Tapia, 1998). Asimismo, los pacientes que creen, antes de comenzar el tratamiento, que la terapia será beneficiosa para ellos, obtienen mejores resultados (Muñoz y Tapia, 1998). Las creencias de autoeficacia son importantes en el dolor crónico. El término se refiere a la creencia del sujeto que en una situación determinada, podrá ejecutar un conjunto de conductas con éxito. Los pacientes que tienen creencias de autoeficacia, presentan un mejor funcionamiento incluso en etapas posteriores (Díaz y Pemjean, 1996).

4.7.2.4. Locus de control.

El locus de control, se refiere a la atribución que hace la persona de los factores que influyen en su conducta. Quienes usan *locus de control interno* atribuyen su conducta, fundamentalmente, a factores que dependen de ellos; se benefician más con terapias donde participan activamente en el control del dolor y la dolencia interfiere menos en su vida. Quienes utilizan el *locus de control externo* creen que sus conductas están determinadas desde afuera, por lo tanto, no pueden controlarlas; se sienten más estresados y deprimidos con el dolor (Muñoz y Tapia, 1998).

La creencia de *locus de control de salud*, la capacidad de ejercer un control sobre la enfermedad, se asocia a un tratamiento positivo. Además, los pacientes con dolor crónico y locus de control interno, son más activos en el uso de estrategias y se encuentran menos deprimidos que los pacientes con similares características y con locus de control externo. Mientras más severo y crónico es el dolor, los pacientes tienden a sentirse más frustrados y desamparados (Scovern, 1999)

Cuando las personas experimentan una respuesta cognitiva que influye en la vivencia desagradable, presentan menor sentimiento subjetivo de sufrimiento. Esto se ha definido como *control cognitivo* (Schwarz, 1989a).

4.7.2.5. El dolor como un equivalente funcional de la ansiedad, depresión y otros afectos disfóricos.

El dolor puede ser exacerbado por psicomecanismos del paciente, y en ocasiones, puede responder a un trastorno somatomorfo.

Un trauma físico puede alterar el equilibrio psicológico del paciente. Por ejemplo: una persona con tendencias hipocondríacas, puede volverse obsesiva después de un accidente. O una madre que sufre un accidente donde ella conducía y muere su hijo, puede sentir un dolor rebelde en lugar de culpa. Se ha descrito que el dolor puede funcionar como un equivalente de la rabia consigo mismo no expresada; una forma de aliviar sentimientos culposos excesivos; o una forma de bloquear emociones dolorosas (Swchwarz, 1989a).

4.7.2.6. Factores ambientales y conductuales.

Los refuerzos que recibe el paciente del medio son importantes en la mantención de una conducta dolorosa desadaptativa (atención de la familia, evitación de trabajos poco gratificantes, compensaciones económicas, etc.). Con respecto al apoyo social, Barber (1996 b) destaca el rol del cónyuge, los hijos u otros miembros de la familia en el entrenamiento de los síntomas y en el enfrentamiento del paciente a la experiencia dolorosa.

Por otro lado, sin darse cuenta, la familia y el médico pueden castigar la conducta de bienestar, al dudar sobre la veracidad del dolor o si para no escuchar quejas alientan al paciente a seguir inactivo. Estas acciones puede llegar a extinguir las conductas de bienestar y perjudicar al paciente (Muñoz y Tapia, 1998).

4.7.3. Terapias psicológicas.

En la actualidad existe consenso en el beneficio de utilizar terapias psicológicas. En el caso de dolor crónico es mejor utilizar alguna que no hacerlo. Si bien existen diferencias entre los diferentes enfoques teóricos y las intervenciones realizadas, la mayoría realiza una re-conceptualización del dolor y de los conflictos asociados. En la práctica, la mayoría de los

psicoterapeutas utiliza una mezcla de diferentes técnicas con este tipo de pacientes, muchas veces asociadas a intervenciones específicas como las terapias de pareja, familiar y/o grupo (Díaz y Pemjean, 1996). Dentro de las terapias psicológicas se encuentran:

a) ***Terapias de apoyo***: muchos pacientes con dolor crónico tienen baja autoestima y dificultades para expresar las emociones negativas, especialmente la rabia. Por esto, se trata de fortalecer el autoestima, y el reconocimiento y expresión emocional.

b) ***Terapia conductual***: basados en la teoría del aprendizaje, se pueden modificar las conductas dolorosas. Los objetivos del tratamiento son aumentar los niveles de actividad del paciente, disminuir las conductas desadaptativas y eventualmente, disminuir el consumo de medicamentos.

c) ***Terapias cognitivo-conductuales***: considera además de las conductas de dolor, los aspectos cognitivo y afectivo. Plantea que lo determinante es la interpretación que hace el individuo de la situación, no los acontecimientos en sí, la cual influye directamente en su actuar y sentir. El objetivo es la identificación de pensamientos, creencias y sentimientos implicados en la mantención del dolor, y de ser beneficioso, cambiarlos por otros más útiles. También se entrega información y se maneja el estrés.

d) ***Terapia psicodinámica***: basada en las teorías psicoanalíticas, se asume la realidad del mundo interno y lo determinante de los procesos inconscientes en la conducta humana. Pretende develar los conflictos y necesidades inconscientes que puedan influir en la mantención del dolor. Ha demostrado ser poco útil en los dolores crónicos.

e) ***Terapias psicofísicas***: son técnicas que influyen en el funcionamiento corporal. Tratan de modificar las condiciones que influyen en la mantención del cuadro doloroso. Algunas terapias

de esta línea son: relajación progresiva de E. Jacobson, entrenamiento autógeno de J.H. Schultz y Biorretroalimentación.

f) ***Relajación***: la técnica reduce la ansiedad y la tensión muscular, por lo que logra disminuir la sensación dolorosa; la razón para esto no es bien conocida. Se aplica por medio de distintas técnicas, como: imaginería, meditación, relajación muscular progresiva, respiración profunda. Se ha demostrado que es efectiva tanto en dolores crónicos como agudos. Generalmente, es utilizada con otras terapias. La efectividad reportada es variable y se ha utilizado en: cefalea tensional, lumbago, dolor de la articulación témporo-mandibular y dolor oncológico.

g) ***Biorretroalientación o Biofeedback***: al paciente se presenta una función regulada por el sistema nervioso autónomo para que la controle conscientemente. Ejemplo: frecuencia cardiaca, respiratoria, flujo sanguíneo. La dificultad de este método es de orden práctico, ya que se debe contar con instrumentos especiales para amplificar la respuesta biológica y convertirlas en información fácil de procesar por el paciente. La técnica se ha utilizado para aliviar la cefalea tensional, migraña, dolor del miembro fantasma, etc. Las investigaciones efectuadas a la fecha no permiten objetivar la eficacia de la técnica.

h) ***Hipnosis:*** más adelante se examinan distintas posturas sobre hipnosis como método de manejar el dolor.

Los enfoques más importantes en la evaluación y tratamiento del dolor crónico, han sido los enfoques conductual y cognitivo-conductual, muy utilizados en las clínicas del dolor porque sus características facilitan el trabajo interdisciplinario (Díaz y Pemjean, 1996).

4.8. Dolor por cáncer.

La mayoría de las personas asocia el cáncer con dolor. Éste se considera un aspecto ineludible y temible de la enfermedad. Muchas personas, luego de sobreponerse al impacto de recibir la noticia y de lograr aceptar su enfermedad, enfrentan la dificultad del dolor físico. El paciente con cáncer, por lo general, reacciona con mayor intensidad emocional frente al dolor físico, producto de la ansiedad, el miedo a morir o al abandono. Esto provoca perturbaciones del sueño y anorexia, que lo deterioran físicamente.

La prevalencia del dolor por cáncer aumenta con el avance de la enfermedad. Varía el tipo, intensidad y localización del dolor, según el sitio primario del cáncer, progresión de la enfermedad y tratamientos empleados (Bilbeny y Rico, 1997).

Sin embargo, no toda queja de dolor en pacientes con cáncer se explica por el carácter maligno de la enfermedad; en algunos casos, se presentan fenómenos dolorosos que pueden aliviarse fácilmente, pero no se tratan por considerarlos parte de un síndrome maligno de difícil tratamiento, lo que repercute en la calidad de vida de los pacientes. Por este motivo, es necesario una evaluación individual para tratar de establecer la etiología del dolor y la terapia necesaria (Bejarano y Griego, 1992).

Como se ha mencionado anteriormente, para tener éxito en el control del dolor por cáncer, se debe realizar una cuidadosa evaluación. Es difícil, porque el dolor es una experiencia subjetiva, multifactorial; además, puede existir una falta de claridad en el lenguaje del paciente, dificultades de comunicación entre el enfermo y el equipo médico, ya que por ejemplo, el paciente sobrevalora el dolor y el médico y la enfermera lo subvaloran. Las malas evaluaciones son una causa importante en el fracaso de algunos tratamientos (Bilbeny y Rico, 1997).

4.8.1. Evaluación del dolor en pacientes con cáncer.

Lo primero en tratamiento del dolor por cáncer es efectuar una correcta evaluación. Se debe tener presente que cada episodio doloroso significa para el paciente la cercanía de la muerte a mediano o corto plazo. Por lo tanto, el dolor del paciente con cáncer no está determinado sólo por el daño físico del tumor, sino también por el sufrimiento psicológico y social. Por esto es importante la participación de un equipo multidisciplinario, que dé al paciente y a su familia apoyo médico, emocional y espiritual (Bilbeny y Rico, 1997).

La evaluación debe realizarse con cada reporte nuevo de dolor del paciente; se debe focalizar en identificar la causa de éste y plantear la forma de manejarlo. Luego se debe evaluar la efectividad del plan propuesto; si no funciona, se debe determinar si es producto de una nueva causa de dolor, del tratamiento o del progreso de la enfermedad (Bilbeny y Rico, 1997).

En la evaluación inicial del dolor, se deben considerar aspectos como historia detallada del dolor, examen físico, neurológico, evaluación psicosocial, diagnóstico completo que determine la causa de dolor.

Se recomienda evaluar permanentemente el dolor, a intervalos regulares: una vez comenzado el tratamiento, con cada nuevo reporte y después de nuevas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas (Bilbeny y Rico, 1997).

Instrumentos más utilizados:

Los instrumentos más utilizados para evaluar el dolor por cáncer son: la Escala Visual Análoga (EVA), el Cuestionario Breve de Dolor de Wisconsin y la Tarjeta Memorial Para la Medición del Dolor, desarrollada por el Memorial Sloan Kettering-Cancer Center. Estos instrumentos son utilizados por su simpleza, eficacia y validación (Bilbeny y Rico, 1997).

4.8.1.1. Evaluación psicológica del dolor en pacientes con cáncer.

Además de evaluar la percepción de la intensidad del dolor referida por el paciente, es bueno considerar aspectos directamente relacionados con el dolor, tales como: ansiedad, conductas de dolor, aspectos cognitivos y características generales del comportamiento que pueden determinar la mantención o desarrollo del dolor (MINSAL, 1999; p. 25).

- *Ansiedad*: la ansiedad influye facilitando y potenciando la percepción del dolor. La tolerancia[18] al dolor disminuye significativamente, cuando el paciente presenta un estado de ansiedad.
- *Conductas de dolor*: procedimiento observable por el cual el paciente informa que se encuentra con dolor; se incluyen las quejas verbales y las actividades consecuentes con el alivio del dolor.
- *Aspectos cognitivos*: el paciente evalúa e interpreta su dolor de acuerdo con sus experiencias anteriores o de personas cercanas, además, influye el contexto personal y ambiental en el cual se experimenta el dolor (creencias, expectativas, incertidumbre respecto al curso de la enfermedad y estrategias de afrontamiento). La persistencia del dolor por cáncer hace que el paciente se centre en el dolor, incluso disminuye la valoración de otros aspectos de su vida que podrían ser distractores en la percepción del dolor.
- *Aspectos depresivos*: la depresión en estos pacientes es bastante común, puesto que el dolor induce a la depresión, el paciente se enfrenta a diversas pérdidas en su rol personal y social, y a una muerte inminente, lo cual provoca dolor y sufrimiento.

En una evaluación psicológica sería conveniente considerar algunos aspectos, como los que se mencionan a continuación, y estructurarlos en las siguientes etapas (MINSAL, 1999; p. 25):

a) Identificación de los factores psicosociales que actúan de manera nociva en el curso y pronóstico del dolor, así como las áreas conservadas y las posibilidades de compensación.

[18] Tolerancia: mayor grado de dolor que el sujeto está preparado para tolerar.

b) Caracterización de estos factores en su dinámica e interacciones (personal, familiares y sociales).

c) Integración de los resultados de la evaluación psicológica en el diagnóstico general del dolor.

d) Valoración de la eficacia de los tratamientos y establecimiento de pronósticos.

4.8.2. Tipos de dolor por cáncer.

4.8.2.1. Clasificación según el mecanismo fisiopatológico.

Existen muchas formas de clasificar el dolor por cáncer: una de las clasificaciones más útiles es la de Portenoy (1992, en Bilbeny y Rico, 1997), que ordena según el mecanismo fisiopatológico en:

a) **Dolor nociceptivo**: puede ser de origen somático (cortante, apretado o tipo puñalada), puede provenir de la piel, tejido conectivo y músculos; o puede ser de origen visceral (cólico, calambre, cortante, pulsátil).

b) **Dolor neuropático**: se produce por un trastorno del sistema nervioso periférico o central como consecuencia de un tumor.

Esta clasificación permite definir dos tipos de dolores: los que responden a opioides y los que no responden a opioides. El dolor nociceptivo disminuye con el uso de opioides; el dolor neuropático, no. En la práctica significa que en el caso del dolor neuropático, se necesitan fármacos coadyuvantes pues el dolor será aliviado sólo parcialmente por los opioides.

4.8.2.2. Clasificación según el punto de vista clínico y relacionado con el sitio de activación del impulso doloroso.

Desde el punto de vista clínico y relacionado con el sitio (órgano) de activación del impulso doloroso, existen tres clases de dolor que presentan cuadros diferentes (Bejarano y Griego, 1992):

a) **Dolor somático**: se genera por la activación de nociceptores ubicados en estructuras somáticas (piel, huesos, articulaciones y sus envolturas, músculos y tendones), los cuales producen sensaciones dolorosas bien definidas y localizadas. Los pacientes describen el dolor como: "resentido, sordo, punzante, martillante".

b) **Dolor visceral**: se produce por comprensión, falta de irrigación sanguínea, o estiramiento de estructuras viscerales, las cuales están conectadas principalmente al sistema neurovegetativo. El dolor es de vaga localización, asociado a respuestas autonómicas (náuseas, vómito, sudoración). Los pacientes lo describen como "presión", retorcimiento y cólico.

c) **Dolor neuropático**: este tipo de dolor es producido por anormalidades en el sistema nervioso (por ejemplo, troncos nerviosos, sistema nervioso central); se generan impulsos nerviosos que producen la sensación dolorosa, la cual es descrita como: "destemplada", sensaciones desagradable de frío, ardor que se acompaña de "descargas de corriente o punzadas" en áreas del cuerpo muy sensibles.

4.8.2.3. Síndromes dolorosos en pacientes con neoplasia.

(Bilbeny y Rico, 1997; p. 402- 404).

A) SÍNDROMES DOLOROSOS CRÓNICOS EN PACIENTES CON NEOPLASIA

1. SÍNDROMES NOCICEPTIVOS CRÓNICOS:

a) Causados directamente por el tumor:

i) Daño neoplásico a huesos y articulaciones:
Base del cráneo (síndrome fosa craneana media, síndrome del seno esfenoidal, síndrome del foramen yugular, etc).
Cuerpo vertebral (síndrome altanto-axial, síndrome C7-T1, síndrome T12-L1, síndrome sacral).
Huesos largos.
Dolor óseo generalizado (metástasis múltiples, infiltración difusa de la médula ósea).

ii) Daño neoplásico a vísceras:

Dolor en hombro por infiltración diafragmática.

Dolor epigástrico por cáncer pancreático (o tumor de abdomen superior).

Dolor abdominal en cuadrante superior derecho por distensión de la cápsula hepática.

Dolor abdominal difuso por compromiso peritoneal u obstrucción intestinal.

Dolor suprapúbico por infiltración de la vejiga.

Dolor perineal por infiltración del recto o tejidos perirrectales.

iii) Daño neoplásico a tejidos blandos: infiltración tisular de piel y tejido subcutáneo, infiltración de músculos y fascias en extremidades, infiltración de músculos y fascias en cabeza y cuello, daño crónico a la membrana mucosa oral.

b) Causado por la terapia:

i) Síndrome de dolor postoperatorio por incisión que no cicatriza.

ii) Síndromes dolorosos posradioterapia: daño a piel y tejido subcutáneo, enteritis prolongada.

iii) Síndromes dolorosos posquimioterapia: necrosis aséptica de hueso, pseudorreumatismo estereoideo.

2. SÍNDROMES DE DOLOR NEUROPÁTICO CRÓNICO:

a) Causado directamente por el tumor:

i) Síndrome de nervio periférico: Masa para espinal, masa pared torácica, masa retroperitoneal.

ii) Polineuropatías dolorosas (por efecto a distancia del tumor).

iii) Plexopatías branquial, lumbar y sacro.

iv) Metástasis meníngeas.

v) Compresión epidural de la médula espinal.

b) Causado por la terapia:

i) Síndromes de dolor postoperatorio: posmastectomía, postoracotomía, posdisección radical del cuello, posnefrectomía, postamputación

ii) Síndromes de dolor posradioterapia: fibrosis posradioterapia del plexo branquial o lumbosacro, mielopatía por radiación, inducción de tumores de nervio periférico posradiación.

B) SÍNDROMES DOLOROSOS AGUDOS EN PACIENTES CON NEOPLASIA

1. SÍNDROMES NOCICEPTIVOS AGUDOS:

a) Causados directamente por el tumor:

i) Daño neoplásico a huesos y articulaciones: fractura patológica de huesos largos o vértebra, dolor incidental relacionado con movimiento de hueso dañado (del mismo hueso, tejido conectivo o espasmo muscular).

ii) Daño neoplásico a víscera: obstrucción intestinal aguda, obstrucción del tracto biliar, obstrucción del uréter, compresión o torsión de órganos.

b) Causados por la terapia:

i) Dolor postoperatorio agudo (incisional).

ii) Síndromes dolorosos posradioterpia: dolor incidental asociado con la posición, enteritis o proctitis, mucositis oral.

iii) Síndromes dolorosos posquimioterapia: síndrome meníngeo agudo asociado con metotrexate intratectal, mucositis oral, mialgias asociadas con embolización del tumor, pleurodesis química, inyecciones intramusculares múltiples.

iv) Causado por procedimientos diagnósticos: dolor incidental asociado con posición, punción venosa, aspiración de la médula ósea y biopsia.

C) SÍNDROMES DE DOLOR NEUROPÁTICO AGUDO

a) Causados directamente por el tumor:

i) Exacerbaciones breves de dolores neuropáticos crónicos.

ii) Radiculopatía aguda asociada con colapso vertebral.

b) Causados por la terapia:

i) Dolor por postoperatorio que causa daño de nervio periférico.

ii) Signo de Lhermitte siguiendo a irradiación de médula espinal.

iii) Polineuropatía dolorosa posquimioterapia.

4.8.3. Distintos efectos del dolor en los pacientes con cáncer.

Si en los pacientes con dolor crónico no canceroso se presenta un progresivo deterioro físico, el impacto fisiológico y psicológico en las personas con dolor por cáncer es aún mayor (Torregrosa y Tagle, 1987).

Es recomendable que el problema del dolor se discuta abiertamente con los enfermos para disminuir la angustia anticipatoria. Es normal que el paciente, por temor a enfrentar su muerte, centre su atención y malestar en el dolor aumentándolo (Labarca, 1987).

Intervienen muchos factores en la sensación dolorosa. Se sabe que el estado de ánimo y los factores emocionales influyen directamente en la intensidad del dolor. También los efectos sociales son muy importantes: por causa del dolor los pacientes pueden tener problemas con personas, dejar de trabajar, sentirse inútiles y dependientes (Labarca, 1987).

4.8.4. El dolor en el paciente oncológico terminal.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes: cerca del 80% de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor (MINSAL, 1999). Este síntoma empeora notablemente la calidad de vida del paciente y debe ser tratado (Bilbeny y Silva, 1997).

Para abordarlo, se ha descrito el concepto *dolor total*, el cual no sólo considera la causa orgánica, sino también las situaciones de ansiedad, depresión y rabia que padece el paciente. La comprensión de este concepto puede aplicarse a todos los síntomas que aparecen durante la evolución de una patología terminal, y hace necesario la presencia de un equipo multidiciplinario en su evaluación y tratamiento (Bilbeny y Silva, 1997).

Para una mejor comprensión el concepto *dolor total* puede ser graficado de la siguiente forma:

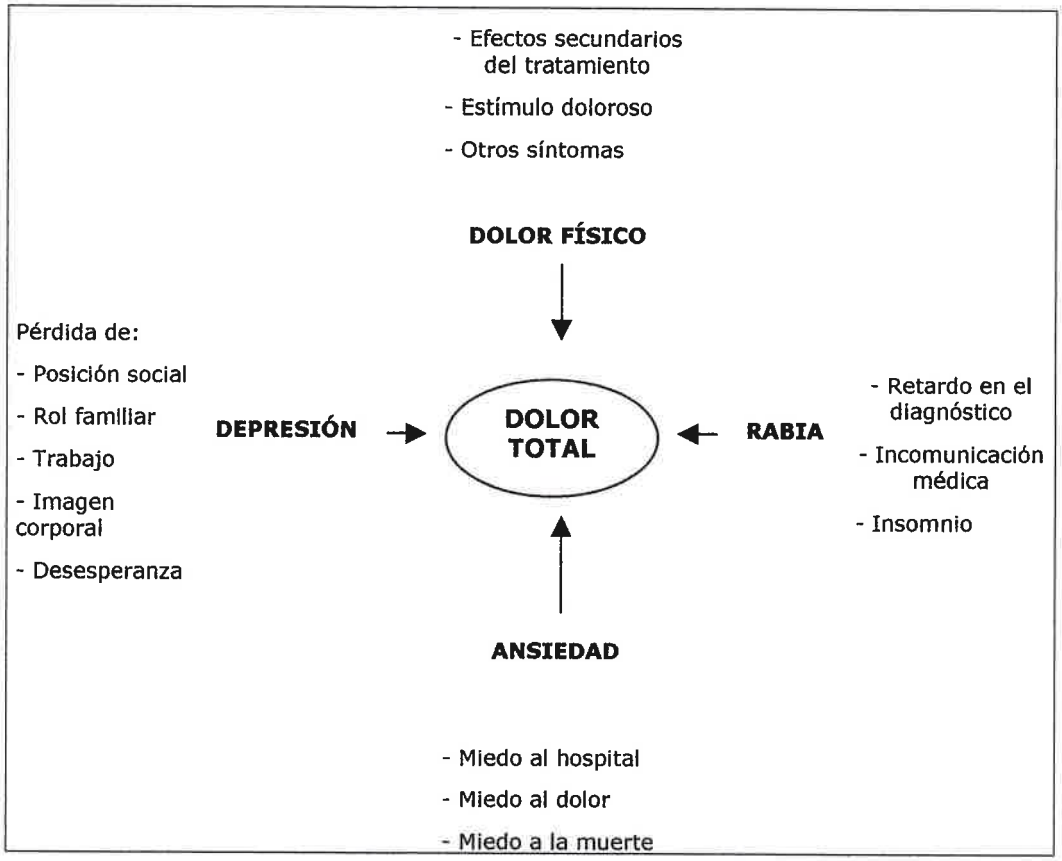

Figura N° 5. Modelo del concepto dolor total (MINSAL, 1999).

4.8.5. Tratamiento para el alivio del dolor en pacientes con cáncer.

La tarea de aliviar el dolor en el cáncer es compleja porque no existe un patrón que se aplique para todos los casos. El tratamiento comienza con una evaluación que considere los problemas del paciente de manera integral. Luego de tener claridad sobre distintos aspectos como: causa del dolor (por el cáncer u otro trastorno), síndrome específico, tipo de dolor, tensión psicológica, consecuencias sobre la familia o personas que se ocupan del enfermo; se plantea una estrategia de tratamiento que comienza con una explicación directa al paciente sobre las causas del dolor.

Ciertas actitudes adoptadas por el equipo de salud suelen ser contraproducentes para lograr este objetivo, actitudes como: cierta desesperanza y frustración provocadas por no poder curar la enfermedad y tener que conformarse con tratamientos de soporte. Esto se debe en parte,

a la poca importancia otorgada a estos tratamientos, en la enseñanza de la medicina como en la práctica diaria. Si a esto se añade el terror del paciente a ser abandonado en una situación de sufrimiento, la situación empeora (Journal of Clinical Oncology, 1992; sin autor).

También es importante educar a la familia de estos pacientes. En Chile se realizó una investigación para conocer cómo manejan el dolor las familias de las pacientes de cáncer cervicouterino. Para cumplir el objetivo se realizó un estudio descriptivo y transversal con 21 familias, seleccionadas aleatoriamente, del Servicio de Ginecología del Hospital Dr. Sotero del Río, entre los meses de septiembre y octubre de 1998. A las familias seleccionadas se les realizó una encuesta que mide conocimientos básicos sobre la enfermedad y el manejo que éstas tienen del dolor de la paciente. Se observó que el 90 por ciento de las familias son capaces de manejar el dolor de la paciente proporcionándole los cuidados que ésta requiere, en su hogar. Sin embargo, las familias sienten que les falta educación y apoyo para cumplir de mejor forma ésta tarea (Infante, M. y Ojeda, V., 1998).

4.8.5.1. Distintas aproximaciones en el tratamiento del dolor por cáncer.

Según Bilbeny y Rico (1997) las distintas aproximaciones en el tratamiento del dolor se pueden esquematizar de la siguiente forma:

FARMACOLÓGICOS	*TÉCNICAS INVASIVAS*	*NO FARMACOLÓGICOS*
1. Analgésicos AINEs Opioides	1. Técnicas anestésicas Bloqueos nerviosos Catéteres	1. Métodos físicos Estimulación cutánea Estimulación eléctrica transcutánea Acupuntura
2. Anestésicos locales	2. Radioterapia paliativa	2. Intervenciones psicosociales Psicoterapia Relajación e imaginería Hipnosis Educación Grupos de apoyo
3. Coadyuvantes Ansiolíticos Antidepresivos Anticonvulsivantes Neurolépticos Corticoides	3. Fármacos radioactivos	
4. Antineoplásicos Quimioterápicos Hormonas	4. Técnicas neuroquirúrgicas Cordotomía Rizotomía Estimulación del sistema nervioso	
5. Bisfosfonatos	5. Cirugía paliativa y ortopédica	

Tabla N° 1. Distintas aproximaciones en el tratamiento del dolor por cáncer.

4.8.5.2. Recomendaciones de la OMS para el alivio del dolor en el cáncer.

La OMS recomienda que las medidas para mitigar el dolor se adopten como parte de una atención paliativa general. Se ha demostrado la eficacia de fármacos relativamente baratos, como la morfina. Además de utilizar medicamentos, es decisiva la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales de los pacientes. Si se ignoran las dificultades que escapan al orden físico, probablemente, los intentos para aliviar el dolor fracasarán. La finalidad es brindar a los pacientes una vida en mejores condiciones o una muerte sin sufrimiento (OMS, 1996). Se recomiendan los siguientes métodos (OMS, 1996):

a) **Métodos psicológicos**: muestra de compresión, compañía, terapia conductual de orden cognitivo.

b) **Modificación de procesos patológicos**: radioterapia, terapéutica hormonal, quimioterapia, cirugía.

c) **Fármacos**: analgésicos, antidepresivos, anticonvulsivos, ansiolíticos, neurolépticos.

d) **Bloqueos de las vías de transmisión del dolor**: anestésicos locales (lidocaína, bupivacaína); agentes neurolíticos (alcohol, fenol, clorocresol, frío, calor); neurocirugía (por ejemplo: cordotomía)

e) **Modificación de la actividad cotidiana**: inmovilización, descanso, collarete cervical o corset, férulas o cabestrillos de plástico, cirugía ortopédica.

4.8.5.3. Uso de analgésicos para aliviar el dolor en el cáncer, según la OMS.

La OMS (1996) recomienda el siguiente método, el cual es considerado relativamente económico y efectivo en el 70-90% de los casos. Este puede resumirse de la siguiente forma:

- *Administración por vía oral*: se dará preferencia a la administración vía oral, la que será reemplazada sólo si existen problemas.
- *Administración "reloj en mano":* los analgésicos se administran a intervalos determinados ("reloj en mano"). La dosis dependerá del dolor del paciente. Se recurrirá a la siguiente, antes que el efecto de la anterior desaparezca. Si es necesario, se aumentarán gradualmente las dosis hasta sentir alivio constante.
- *Escalera analgésica*: los medicamentos se deben administrar de manera secuencial. Primero, se administra un medicamento no opioide. Si no se tiene efecto; se añadirá un opioide para el dolor de leve a moderado. Si no tiene efecto la combinación anterior, se utilizará un fármaco opioide para el dolor de moderado a agudo. No se debe usar más de un medicamento de cada grupo. Si uno deja de ser eficaz, no se aplicarán otros medicamentos de potencia similar: se reemplazará por otro más potente. Si es necesario, se administrarán medicamentos coadyuvantes, los cuales se utilizan para distintos fines, como el tratamiento de posibles efectos adversos de los analgésicos (por ejemplo, laxantes y antieméticos), para mejorar los resultados en el alivio del dolor (por ejemplo, corticosteroide para dolores por compresión nerviosa) o para tratar trastornos psicológicos como insomnio, ansiedad y depresión (por ejemplo, sedantes nocturnos, ansiolíticos y antidepresivos).
- *Administración según el sujeto*: no existen dosis estándar para la administración de los opioides: la correcta será la que alivie el dolor. Los medicamentos para dolores leves a moderados tienen un límite.
- *Atención al detalle*: es necesario administrar regularmente los medicamentos. Se recomienda dar el régimen de medicamentos por escrito, con indicación sobre las horas,

razón, número de tabletas y número de veces al día que debe usarse.

Elección del analgésico.

a) *Analgésicos no opioides*: entre estos analgésicos se encuentran el ácido acetilsalisílico (AAS), anti-inflamatorios no esteroides (ANE) y el paracetamol. Los ANE y AAS son importantes en los dolores causados por metástasis ósea y en el tratamiento de infiltración de tejidos blandos y músculos. Estos medicamentos "tienen un techo", es decir, que el aumento de la dosis por encima de un nivel dado no produce mayor alivio.

Efectos adversos: algunos de los efectos adversos de AAS son: irritación gástrica, dispepsia[19] y sangre en las heces; esto puede disminuir si el paciente toma leche; pero si ingiere más de 4g al día puede tener efectos tóxicos manifestados en: tinitus, sordera y otros síntomas de salicilismo. Los efectos contraproducentes del paracetamol son: toxicidad hepática y renal, por lo que debe utilizarse con precaución. En casos de afección hepática la dosis diaria no deberá exceder de 6g. El ibuprofeno tiene menos efectos gastrointestinales adversos: se recomienda una dosis de 400 mg cada 6 ó 4 hrs. La indometacina tiene mayor probabilidad de producir efectos gastrointestinales no deseados, siendo la dosis máxima recomendada de 200 mg diarios. Otro efecto poco afortunado y ocasional, por el consumo de AAS y ANE, es una hipersensibilidad que se desarrolla después de unos minutos de haber ingerido el fármaco: se puede presentar rinitis vasomotora con secreción acuosa profusa, urticaria, asma bronquial, hipotensión, edema laríngeo y bronquioconstricción, hipotensión, choque, inconsciencia y colapso vasomotor

[19] Dispepsia: término inespecífico que designa un trastorno de la digestión, sobre todo por causas no orgánicas, debido a alteraciones en la producción de enzimas o trastornos en la motilidad del intestino. Puede corresponder a un aumento de la flatulencia, pesadez, meteorismo, diarrea y en ocasiones dolores abdominales, permanentes o tipo cólico (Diccionario Médico Roche, 1993).

completo. Se puede producir incluso con cantidades pequeñas de AAS y ANE.

b) *Analgésicos opioides*: los medicamentos opioides proporcionan un alivio efectivo del dolor y son de fácil administración. Se pueden dividir en: los empleados para el dolor de leve a moderado y los empleados para el dolor de moderado a agudo. La distinción se basa en la existencia de un "techo" y en la manera de prescribirlos. Estudios han demostrado que la morfina no tiene "techo", es decir, se puede administrar grandes cantidades, siempre que se tolere los efectos secundarios, sin tener el riesgo de una sobre dosis.

El uso de estos fármacos se asocia con dependencia física y tolerancia, respuestas normales asociadas con el uso continuado del medicamento.

La *dependencia física* se distingue por síntomas de privación al suspender bruscamente el tratamiento. La *tolerancia* se caracteriza por disminuir el efecto y la duración del fármaco, debiéndose aumentar la dosis para mantener el efecto. *La dependencia psicológica* o *"drogodependencia"* se refiere a un deseo irreprimible y una preocupación constante por obtener la sustancia. Debido a la preocupación por este tipo de dependencia se administran opioides en cantidades insuficientes; pero la experiencia clínica demuestra que los pacientes con cáncer, niños y adultos, no desarrollan "drogodependencia". El desarrollo de tolerancia y dependencia física no impiden hacer uso de estos medicamentos cuando exista dolor. Si la causa de dolor se ha eliminado, los opioides deben suspenderse gradualmente, para evitar los síntomas de privación.

Efectos Adversos: estreñimiento, es el efecto más común. Náuseas y vómitos se producen en la mitad de los pacientes que reciben opioides para dolores moderados-agudos. También se observa embotamiento y confusión,

principalmente en pacientes de edad avanzada. En caso de sedación fuerte o confusión muy marcada puede ser necesario reducir la dosis. La depresión respiratoria es poco común; pero con dosis altas, algunos pacientes pueden desarrollarla. Esto se revierte con la aplicación de un antagonista opioide.

Efectos poco comunes: en ocasiones un paciente producto de la aplicación de opioides puede presentar síntomas psicóticos, prurito, broncoconstricción.

Medicamentos contra dolores neuropáticos.

Al igual que en los dolores nociceptivos, el tratamiento farmacológico es la mejor solución, los fármacos más utilizados son: antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivos, anestésicos locales. Contra los dolores neuropáticos puede ser útil el empleo de opioides, sobre todo en casos de compresión nerviosa; sin embargo, a veces el dolor sólo cede si se aplica junto a un corticosteroide.

El dolor mixto puede ser aliviado con morfina. El dolor urente superficial y el dolor punzante pueden ser tratado efectivamente con el empleo de antidepresivos tricíclicos y anticonvulsivos.

4.8.5.4. Alternativas no farmacológicas para el tratamiento del dolor en el cáncer.

Existe una serie de alternativas no farmacológicas en el alivio del dolor y el control de síntomas de pacientes con cáncer avanzado. La radioterapia paliativa es una alternativa muy importante. Otros procedimientos también han demostrado ser muy útiles: aunque son de carácter invasivo, han permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes. Estos procedimientos se utilizan en el tratamiento de dolores incapacitantes y de difícil manejo, entre los que éstos se puede mencionar: la analgesia regional con agentes neurolíticos, bloqueos neurolíticos de algunos nervios y procedimientos neuroquirúrgicos. Todas las alternativas antes mencionadas, requieren recursos importantes y personal especializado (Saavedra, P., 1992).

La radioterapia consiste en aplicar radiación ionizante en una determinada zona de organismo para erradicar o disminuir el número de células tumorales, sin exceder la tolerancia normal del tejido. La radioterapia paliativa debe estar de acuerdo a las capacidades del paciente: se debe tratar que las visitas hospitalarias sean mínimas y la duración del tratamiento adecuada. En el caso de la radioterapia paliativa el objetivo es restringir el crecimiento del tumor y con esto, abolir o reducir los síntomas ocasionados por éste (Saavedra, P., 1992).

La analgesia regional con agentes neurolíticos se relaciona con la destrucción nerviosa: se interrumpe la vía nociceptiva durante semanas o meses mediante la inyección de un agente neurolítico, siendo los más utilizados el alcohol y el fenol. Este procedimiento está indicado cuando el paciente presenta dolor local y regional, no pude someterse a un procedimiento quirúrgico y su expectativa de vida es menor a tres meses (Saavedra, P., 1992).

Los procedimientos neuroquirúrgicos (ablativos)[20] son procedimientos mayores y se consideran como última alternativa en casos de dolor severo de difícil manejo. Mediante técnicas ablativas se intenta interrumpir las vías nociceptivas. Estos procedimientos no deben adicionar más incapacidad: en lo posible, la analgesia ofrecida se debe mantener por largo tiempo e incluir áreas de posible extensión del dolor debido al progreso de la enfermedad (Saavedra, P., 1992).

Otros métodos utilizados son las técnicas neuroestimuladoras o neuroaumentadoras, muy útiles en el mejoramiento de la calidad de vida de pacientes que poseen un pronóstico vital prolongado. (Journal of Clinical Oncology, 1992; sin autor).

[20] Ablación: separación quirúrgica, extirpación, amputación. (Diccionario Médico Roche, 1993).

5. Hipnosis en el Manejo del Dolor.

La hipnosis es un fenómeno antiguo que ha estado presente en diferentes culturas, de distintas maneras: en ritos ceremoniales, curaciones chamánicas, etc. El interés en occidente surgió hace 200 años aproximadamente, con el trabajo de Franz Anton Mesmer (Hilgard y Hilgard, 1990), quien acuñó el concepto de "magnetismo animal[21]. El Mesmerismo fue desacreditado por científicos encargados de investigar el fenómeno.

Durante el siglo XIX, en Inglaterra y Francia el fenómeno del "magnetismo animal" fue nuevamente estudiado, acuñando el médico escocés James Braid el término "hipnosis" (de *hypnos*, "sueño). El trabajo inicial de Braid en Inglaterra fue proseguido en Francia por Berheim (Escuela de Nancy) y Charcot (Escuela de Salpêtriere). Para Berheim, la hipnosis era un fenómeno normal, relacionado con la "sugestionabilidad" (capacidad para hacer realidad las órdenes del "hipnotista"); mientras que para Charcot la capacidad para experimentar "trance" hipnótico se relacionaba con el carácter patológico del abatimiento de consciencia de la histeria (Rossi; 1986, 1993).

---

[21] Mesmer (1734-1815), a menudo caracterizado como el padre de la hipnosis, creía que la salud humana estaba influenciada por la acción de los planetas y la fuerza lunar sobre un fluido corporal magnético. Sugirió que las enfermedades eran el resultado de un desequilibrio en este fluido. Por consiguiente, al canalizar fuerzas magnéticas hacia la persona enferma, se restablecería el equilibrio a través de crisis convulsivas sanadoras.
Al principio trabajó con magnetismo real, y después descubrió que el magnetismo animal podía ser transferido a otros objetos terapéuticos, las manos, los árboles y el artefacto conocido como "baquet". Mesmer insistió que las curaciones espectaculares que parecían resultar de los rituales que efectuaba, solamente se debían a la energía física del magnetismo. Rechazaba cualquier idea respecto a que había un componente psicológico.
Parecía que sólo él y algunos discípulos poseían la capacidad de canalizar dicho magnetismo, por lo cual su trabajo se transformó en un negocio lucrativo. Aunque la comisión designada por el rey francés desacreditó al magnetismo animal y, por lo tanto, su teoría y su negocio, "ninguno de la comisión parece haber considerado la posibilidad que los efectos dramáticos, innegables del mesmerismo indicaban el potencial terapéutico de la imaginación, la sugestión o la relación interpersonal carismática." (Gilligan, 1987, p. 33).

La conceptualización teórica de la hipnosis no contó con el acuerdo de los teóricos e investigadores en el siglo XX, existiendo distintas perspectivas teóricas.

En la actualidad, los teóricos se dividen entre aquellos que la conciben como un estado especial o alterado de consciencia (teóricos del estado), y aquellos que la entienden como un fenómeno psicosocial o actuación de roles (teóricos del no-estado) (Kirsch, 1997; Yapko, 2001)

También es necesario distinguir entre los investigadores experimentales de la hipnosis y los investigadores clínicos. Entre los investigadores experimentales más destacados se encuentra Ernest Hilgard (Hilgard y Hilgard, 1990, 1994) quien la concibe como un estado alterado de consciencia (*teoría de la neo-disociación*) y T. X. Barber, adscrito a la teoría del no-estado. Entre los investigadores clínicos más destacados se encuentra Milton Erickson, quien la concibe como un estado especial de consciencia (Pacheco, M., 2001).

Los investigadores experimentales de la hipnosis, cuya metodología de trabajo se adscribe al método de las "ciencias duras", presuponen que la hipnosis es un estado al cual pueden acceder un porcentaje de sujetos, los "susceptibles" o "hipnotizables", quienes responden muy bien o medianamente bien a métodos estandarizados de inducción de trance y de uso del trance (Hilgard y LeBaron, 1984). Para estos investigadores, solamente pueden beneficiarse con la hipnosis "clínica" aquellos sujetos "hipnotizables".

En la tradición del uso clínico de la hipnosis, se han hecho populares los conceptos de Erickson, quien propuso que todas las personas pueden experimentar trance hipnótico, siempre y cuando el terapeuta adapte sus métodos a cada sujeto en particular, lo que denominó: enfoque de utilización (Erickson y Rossi, 1979; Erickson, 1980; Yapko, 1990, 1999).

En la concepción tradicional de la hipnosis (y también en la aplicación clínica de los conceptos del enfoque estandarizado), muchos terapeutas conciben a la hipnosis como terapéutica en si misma, y por lo tanto, una técnica que se aplica en los sujetos adecuados. (Yapko, 1990, 2001; Pacheco, 2002).

En cambio, para el enfoque de utilización de la hipnosis o "hipnosis ericksoniana", el trance no es terapéutico en sí mismo, y se lo concibe como un estado acrecentado de disposición a responder inconscientemente a las sugerencias del terapeuta. Yapko (1990, 1992, 2001) ha definido a la "hipnosis" como un modo de influenciar experiencialmente al paciente, resaltando las características interaccionales (comunicacionales) de este proceso.

5.1. Definición de la experiencia hipnótica.

Algunas ideas de Erickson sobre la hipnosis.

Milton H. Erickson fue un clínico que diseñaba experimentos de campo. No quiso formular teorías para la hipnosis y la hipnoterapia que realizaba porque pensaba que las construcciones teóricas en psicoterapia hacían que el terapeuta adaptara al paciente a las teorías, en lugar de trabajar con lo que el paciente le presentaba en el momento (Erickson y Rossi, 1979).

Esto no significa que su procedimiento consista sólo en intuiciones geniales e irrebatibles; al estudiar sus escritos se puede ver que Erickson tenía un modelo de trabajo y estrategias, que no fueron explicitadas formalmente (Pacheco, 2002).

¿Cómo entendía Erickson la hipnosis?

Para él, la hipnosis es un estado especial de consciencia, en el cual ciertos comportamientos de la vida cotidiana se manifiestan directamente. En el estado hipnótico la persona está más abierta a sus recuerdos, aprendizajes, se pueden potenciar habilidades que posee, aunque éstas no sean reconocidas por ella. Al estar más abierto, el sujeto puede explorar sus potenciales corporales, respuestas psicológicas y comportamentales. La hipnosis es un comportamiento normal, y ocurre cuando los procesos de pensamiento y atención son dirigidos a los aprendizajes experienciales adquiridos en la vida. Puede ser facilitada por otra persona o ser auto-inducida.

No es un sueño fisiológico; aunque se le asemeja e incluso puede utilizarse para inducir este tipo de sueño, tampoco es un poder mágico o especial, ni un instrumento capaz de crear nuevas habilidades.

En el trance terapéutico, el marco de referencia usual y las creencias están alteradas, por lo cual se puede ser más receptivo a patrones, asociaciones y funcionamiento que conduzcan a la resolución de problemas, al no interferir la mente consciente.

De estas ideas se desprenden ciertas características del enfoque ericksoniano de la hipnosis:

La hipnosis y la hipnoterapia (terapia realizada mientras el paciente experimenta "trance hipnótico") es naturalista: su ocurrencia es normal, utiliza los procesos mentales y conductuales de los sujetos para evocar el trance y poder usarlos en la terapia. La inducción no necesita de rituales que se apliquen a todos los sujetos por igual.

Para inducir un trance, el terapeuta debe adaptarse a la persona, de manera de poder brindarle las condiciones adecuadas para que pueda utilizar sus recursos. Por esto puede ser experimentada por cualquier persona, existiendo diferencias entre ellas por ser una manifestación individual.

5.2. Enfoques "hipnóticos".

5.2.1. Enfoque autoritario de la hipnosis.

Este enfoque no toma en cuenta la singularidad del sujeto, no le reconoce habilidades que posibiliten el acceso a experiencias hipnóticas. En su versión más extrema, considera que el hipnotizador puede obligar a una persona a entrar en un estado pasivo a merced de él. Un ejemplo serían los espectáculos en los cuales el hipnotizador fuerza a las personas a efectuar comportamientos extravagantes; generalmente los participantes son seleccionados previamente, y se caracterizan por ser complacientes con personas que ejerzan un rol autoritario (Erickson y Rossi, 1979).

Utilizar la hipnosis de esta forma no asegura la cura real de los problemas, y además, contribuye a la formación de creencias erróneas que desacreditan a la hipnosis como herramienta terapéutica.

5.2.2. Enfoque estandarizado.

Considera al sujeto como unidad principal de estudio; supone que la disposición a responder a la hipnosis sería un rasgo perdurable en él, y el comportamiento del investigador no tendría mucha importancia. Este enfoque predomina en los psicólogos experimentales, quienes han realizado procedimientos estandarizados para inducir estados de trance hipnótico empleando comunicaciones semejantes para distintos sujetos, y han construido instrumentos para evaluar la susceptibilidad hipnótica, como por ejemplo, la Escala de Hipnosis Clínica de Stanford, en versiones de adulto y niño, y la Escala Grupal de Susceptibilidad Hipnótica de Harvard (Pacheco, 1996).

La aplicación de los tests ha demostrado que sólo una parte de los sujetos responden a las sugestiones estandarizadas. Los hallazgos se han generalizado, afirmando que las personas tendrían una capacidad para responder hipnóticamente, la cual se mantendría estable en el tiempo. No se ha cuestionado el método utilizado, ni se tiene en cuenta las diferencias individuales. La habilidad hipnótica se considera sólo en términos conductuales, por ejemplo: 15% de los sujetos son muy susceptibles, 65% moderadamente susceptible, y el 20% no son susceptibles (Gilligan, 1987). Sin embargo, la hipnosis es una experiencia que varía de una persona a otra.

5.2.3. Enfoque de utilización.

Este enfoque enfatiza el *contexto relacional* en que ocurre el trance hipnótico. El principal exponente de este enfoque es Milton Erickson. Junto a él, muchos terapeutas contemporáneos plantean que la disposición a responder a la hipnosis refleja una interacción entre las motivaciones e

intereses del cliente, y la flexibilidad y sensibilidad del terapeuta, además del grado de rapport obtenido entre ambos (Gilligan, 1987).

El trance hipnótico siempre se da en un contexto relacional: tanto el terapeuta como el cliente poseen roles y no pueden considerarse aisladamente. M. Erickson pensaba que la hipnosis era el resultado de una situación en la que se desarrollan constructivamente las relaciones inter e intrapersonales para servir a los propósitos de la persona y del terapeuta. El rol del sujeto implica un funcionamiento activo, derivado de todas sus experiencias, aprendizajes y capacidades: de su personalidad total. El terapeuta sólo puede dirigir, supervisar la experiencia y brindar la oportunidad para que las personas realicen el trabajo. Para esto debe comprender la situación, las necesidades, proteger a la persona, aceptar el comportamiento que se presente, y utilizarlo para crear oportunidades de funcionamiento apropiado (Erickson, 1952/1980).

Erickson y Rossi (Erickson, Rossi y Rossi, 1976) han teorizado el siguiente *paradigma de la inducción de trance y la sugestión terapéutica*:

1. Fijación de la atención.
2. Debilitación de los esquemas conscientes.
3. Búsqueda inconsciente.
4. Procesos inconscientes.
5. Respuesta hipnótica.

En el trance hipnótico hay una reducción del foco de atención del paciente en alguna realidad interna; la consciencia ha sido fijada y focalizada en un marco de atención relativamente estrecho. El propósito de la inducción clínica de trance es focalizar la atención hacia adentro y alterar algunos de los patrones habituales de funcionamiento del individuo. (Erickson, Rossi y Rossi; 1976)

En el proceso de la inducción hipnótica no siempre es fácil reconocer y separar esas cinco fases de la inducción y sugestión; la lectura o la observación de una inducción/evocación de trance ericksoniano muestra cómo se van entretejiendo.

Pero inducir trance con fines terapéuticos, no es un asunto de decirle al sujeto: "¡Siéntese, ahora haremos trance!", sino que en la mayoría de los casos se tiene que *preparar* la situación de inducción de trance, o esperar que el paciente muestre indicadores de *trance común de cada día*[22] para profundizar dicho estado.

La *fase de preparación* consiste en un período de cuidadosa observación del paciente, cuyo objetivo es el establecimiento de un firme rapport, es decir, aquel sentimiento mutuo de comprensión positiva y respeto entre el terapeuta y su paciente. A través del rapport se crea un nuevo marco de referencia terapéutico, que sirve como el medio de desarrollo en el cual se desplegarán las respuestas del paciente. (Erickson y Rossi, 1979).

En esta *fase de preparación* se recogen los hechos relevantes del problema del paciente, el repertorio de las experiencias de vida y los aprendizajes que serán usados con propósitos terapéuticos.

El terapeuta ericksoniano puede explorar la historia personal del paciente, su carácter, la dinámica emocional, sus actividades laborales, intereses, pasatiempos, etc., para evaluar el rango de experiencias de vida y capacidades de respuestas que pueden estar disponibles para alcanzar objetivos terapéuticos.

Se trata de crear una actitud óptima hacia el trabajo terapéutico. Un aspecto singularmente importante de esta actitud óptima es la *expectación*. Ésta se refiere por una parte, a la expectación del paciente hacia el cambio terapéutico, lo cual le permite cesar con las limitaciones aprendidas y experiencias de vida negativas, fuente del problema. Y por otra, se refiere a la expectación del terapeuta hacia las posibilidades de respuesta del sujeto. (Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Erickson y Rossi, 1979).

---

[22] Erickson y Rossi denominaron "trance común de cada día" a aquellos momentos en la sesión terapéutica cuando el paciente mostraba comportamientos observables (señales mínimas) similares a los que es frecuente observar cuando alguien está en trance hipnótico. Erickson utilizaba esos momentos para profundizar dicho estado de disposición a atender acrecentada en sus pacientes (Erickson y Rossi, 1979; Rossi, 1982).

1. Fijación de la atención: La fijación de la atención ha sido el acercamiento clásico para iniciar el trabajo hipnoterapéutico.

Además de los acercamientos tradicionales estandarizados para atraer la atención, puede usarse cualquier cosa que fascine, coja o absorba la atención de la persona. Todo ello puede ser descrito como hipnótico. Así, una historia interesante o un hecho fascinante fantaseado pueden fijar la atención.

Una forma de atraer la atención del paciente es focalizarla sobre sus experiencias y comportamientos ordinarios. Erickson, Rossi y Rossi (1976) describen algunas estrategias para fijar la atención:

- Anécdotas que motivan, interesan, fascinan, etc.
- Fijación de ojo estándar.
- Aproximación de pantomima (inducciones de catalepsia no verbales, a través de toques en la muñeca o un apretón de mano).
- Levitación de mano.
- Relajación y todas las formas de experiencia interna (sensorial, perceptual o emocional).

2. Debilitación de los esquemas conscientes: El efecto psicológico más útil de la fijación de la atención, es que tiende a debilitar los esquemas mentales habituales y marcos de referencia comunes. Los sistemas de creencia son interrumpidos y suspendidos de un momento a otro. La consciencia es distraída. Durante esa supresión momentánea, los patrones de asociación y experiencias sensorio-perceptuales tienen la oportunidad de ratificarse por sí mismos en una forma que puede iniciar el estado especial (alterado o alterno) de consciencia descrito como trance.

La interrupción del sistema de creencias común, ha sido descrito por Rossi (Erickson y Rossi, 1979) como un *momento creativo*: aquellos momentos en que puede aparecer lo nuevo y que son la base del pensamiento original, el insight y el cambio de personalidad.

Existen variadas formas de debilitar los marcos de referencia, a saber:

- Shock, sorpresa, lo no real o inusual.
- Cambios en el marco de referencia, desplazamiento de dudas, resistencia y fracaso.
- Distracción.
- Disociación y desequilibrio.
- Sobrecarga cognitiva.
- Confusión, *non sequiturs*.
- Paradoja.
- Coacción (terapéutica).
- Condicionamiento a través de dinámicas vocales.
- Amnesia estructurada.
- No saber, no hacer.
- Pérdida de habilidades; negación; duda.

3. Búsqueda inconsciente: al ser fijada la atención y debilitada las asociaciones habituales, surge una búsqueda inconsciente para reorganizar la situación.

Las *formas de sugestión indirecta* son facilitadoras de asociaciones mentales y procesos inconscientes, ya que inician una búsqueda inconsciente dentro del paciente.

Estas formas lingüísticas son las siguientes:

- Alusiones, chistes, juegos de palabras.
- Metáfora, analogía, lenguaje popular (vulgar).
- Implicación.
- Directiva sugerida.
- Señales ideomotoras.
- Palabras que inician direcciones exploratorias.

- Preguntas y tareas que requieren búsqueda inconsciente.
- Pausa con actitud de expectación del terapeuta.
- Sugestiones de final abierto.
- Sugestiones que cubren todas las posibilidades de respuesta.
- Enunciados compuestos.
- Claves y sugestiones intercontextuales.

4. Procesos inconscientes: La búsqueda inconsciente moviliza procesos internos en el paciente. Erickson, Rossi y Rossi (1976) teorizan que estos procesos son la suma de:

- Sugestiones intercaladas.
- Asociaciones literales.
- Asociaciones individuales.
- Significados múltiples de las palabras.
- Y además:
- Procesos autónomos, sensoriales y perceptuales.
- Procesos freudianos primarios.
- Mecanismos de defensa de la personalidad.
- Efecto Ziegarnick [Tendencia a retomar una tarea inconclusa después de una interrupción, a causa de la tensión o desequilibrio despertado por la tendencia al cierre.]

5. Respuesta hipnótica: la respuesta hipnótica es el resultado natural de la búsqueda de procesos iniciados por el terapeuta.

Consiste en nuevos datos o respuestas conductuales experimentadas como hipnóticas o *sucediendo totalmente por sí mismas*; es decir, el sujeto las reporta como *involuntarias*.

Dichas respuestas pueden ser sugeridas o evocadas por el terapeuta, o pueden darse en forma espontánea (como sucede con muchos fenómenos hipnóticos).

Zeig (1988), en un análisis de la fenomenología de la experiencia hipnótica, afirma que lo que diferencia a una experiencia de trance de otros fenómenos, como la imaginería dirigida, es el reporte que hace el individuo de la *experiencia involuntaria* de fenómenos.

Erickson y Rossi (1979, p. 11) han descrito los siguientes indicadores de la experiencia de trance:

- Sentimientos de ideación autónoma y experiencia interna
- Pérdida o retardo de los reflejos de:
  - pestañeo
  - respiración
  - deglución
  - reflejo de sobresalto
- Inmovilidad del cuerpo
- Ideación impersonal y objetiva
- Reorientación del cuerpo después del trance
- Respuestas psicosomáticas
- Cambios en la calidad de la voz
- Cambios pupilares
- Comodidad, relajación
- Cambios sensoriales, musculares y corporal (parestesias)
- Literalidad
- Economía de movimiento
- Pulso lentificado
- Expectativa
- Fenómenos hipnóticos espontáneos:
  - amnesia
  - ilusiones corporales
  - catalepsia
  - regresión
  - distorsión de tiempo
- Cambio y cierre de ojos
- Rasgos faciales suavizados y relajados
- Sentimientos distanciados o disociados
- Retardo temporal en el comportamiento conceptual y motor
- Sentimientos agradables después del trance

Algunos de estos indicadores corresponden a cambios observables en el comportamiento presente del paciente ("señales mínimas"), mientras que otros son reportados por el individuo una vez que retorna a un estado de consciencia ordinaria.

5.3. Hipnosis en el control del dolor.

En 1980 se publicó un artículo de Erickson (Erickson, 1980, 1998) en el cual analiza y describe su entendimiento de la experiencia de dolor y su manejo a través de la hipnosis.

En este artículo se puede apreciar la "mirada" fenomenológica que tenía Erickson al abordar cualquier terapia (Pacheco, 2002), en la cual, por una parte, aborda al paciente en forma holista, y, por otra, se aprecia su pensamiento *estratégico*.[23]

Una de las características distintivas de todos los abordajes terapéuticos ericksonianos es el concepto de "modificación de la pauta" (Cade y O´Hanlon, 1995; Zeig, 1992, 1999), es decir, la utilización y/o la interrupción de los propios mecanismos sintomáticos para "desarmar" la experiencia del síntoma.

A diferencia de los hipnotistas tradicionales, para los cuales pareciera que la hipnosis es la terapia en sí misma e imponen sus "técnicas" a los pacientes, Erickson usaba sus acercamientos hipnóticos para conseguir una mayor disposición a responder (cooperar) en sus pacientes, e introducir ideas que al usar la propia experiencia del paciente contribuyeran a la modificación de la pauta que mantenía la sintomatología. Por lo tanto, en los abordajes "hipnóticos" del dolor del enfoque de utilización de Erickson, las "técnicas" se van construyendo (co-construyendo) para cada paciente en particular, según la fenomenología de su experiencia dolorosa (la cual se desprende de su discurso).

[23] Se puede describir dos acepciones del concepto "estratégico". Haley denominó en 1973 (Haley, 1980) "estratégicos" a aquellos enfoques en los cuales es terapeuta es muy directivo y asume el control del proceso terapéutico con el objetivo de alcanzar metas terapéuticas, las cuales han sido co-construidas con el paciente y que no implican la búsqueda de "insight".
Otra acepción del término "estratégico" o "terapia breve", es aquella que tiene relación con el supuesto epistemológico que los problemas humanos se mantienen a sí mismos debido a la forma en que los pacientes los enfrentan (soluciones ensayadas). Uno de los objetivos de la terapia estratégica es la alteración de esas pautas (conductas, pensamientos, sentimientos), con la esperanza que sean reemplazadas por comportamientos más adaptativos (Nardone y Watzlawick, 1992).

Para una mejor comprensión de estas ideas (que fueron una guía en el trabajo práctico de esta investigación), se transcriben a continuación extractos de ese artículo:

"La hipnosis es esencialmente una comunicación de ideas y comprensiones al paciente, en aquella forma en la cual será más receptivo para la presentación de ideas y motivarlo para explorar sus propios potenciales corporales para el control de sus respuestas psicológicas, fisiológicas y su comportamiento. La persona normal no se percata de sus capacidades para ese logro, que han sido aprendidas a lo largo de sus experiencias de vida. Para la persona normal, en su pensamiento, el dolor es una experiencia subjetiva inmediata, abarcadora de su atención, angustiosa, una experiencia incontrolable para la persona misma. Sin embargo, como resultado de los eventos experienciales de su vida pasada, se han estructurado dentro del cuerpo -aunque no totalmente reconocidos- ciertos aprendizajes psicológicos, fisiológicos y neurológicos, asociaciones y condicionamientos, que hacen posible que el dolor sea controlado e incluso abolido.

Uno necesita pensar en situaciones cruciales extremas de tensión y ansiedad para darse cuenta que la magnitud severa de dolor desaparece cuando el foco de consciencia del doliente es compelido por otro estímulo más inmediato, intenso o de naturaleza amenazante para la vida. Desde la experiencia común, uno puede pensar en la madre que sufre un dolor extremadamente severo y que está completamente absorta en su experiencia de dolor. Sin embargo, lo olvida sin esfuerzo o intencionalidad cuando ve a su hijo peligrosamente amenazado o seriamente lastimado. Uno puede pensar en el hombre en combate que ha sido herido seriamente, pero que no descubre sus heridas hasta después. Son comunes en la experiencia médica numerosos ejemplos comparables. Esa abolición del dolor ocurre en las situaciones de la vida cotidiana, donde el dolor es sacado de la consciencia por estímulos más poderosos o de otro carácter. El ejemplo más simple de todos ellos es el dolor de muelas olvidado en el trayecto a la consulta del dentista, o la jaqueca perdida durante el drama de suspenso proyectado en el cine. Debido a experiencias semejantes a éstas en el curso de la vida, el cuerpo aprende una riqueza de asociaciones y condicionamientos psicológicos, emocionales, neurológicos y fisiológicos. Este aprendizaje inconsciente, repetidamente reforzado por experiencias de vida adicionales, constituye la fuente de potenciales que pueden ser empleados por medio de la hipnosis para controlar intencionalmente el dolor sin recurrir a drogas.

A la vez que el dolor es una experiencia subjetiva con ciertas manifestaciones y acompañamientos objetivos, no es necesaria o solamente una experiencia consciente. Ocurre sin el percatarse consciente en los estados de sueño, narcosis e incluso bajo ciertos tipos de anestesia química, como lo evidencian los acompañamientos objetivos y como ha sido demostrado por la exploración hipnótica experimental de experiencias pasadas de pacientes. Pero, puesto que el dolor es primariamente un fenómeno subjetivo consciente, con todas las formas de desagrado, amenazante, e incluso con significados y sentimientos emocionales y psicológicos vitalmente peligrosos, puede enfrentársele con frecuencia a través del uso de la

hipnosis, algunas veces con gran facilidad y en otras con gran dificultad. Además, la extensión del dolor no es necesariamente un factor (que juegue un rol en esto).

Para hacer uso de la hipnosis en el tratamiento del dolor, uno necesita observar el dolor en una forma muy analítica. El dolor no es un estímulo nocivo sencillo. Tiene ciertos significados temporales, emocionales, psicológicos y somáticos. Es una fuerza motivacional poderosa en la experiencia de vida. Esta es una razón básica para buscar ayuda médica.

El dolor es un complejo, un constructo, compuesto del dolor anterior recordado, de la experiencia del dolor presente, y de dolor anticipado en el futuro. Así, el dolor inmediato es aumentado por el dolor anterior y acrecentado por las posibilidades de dolor futuro. El estímulo inmediato es solamente un tercio central de la experiencia total. Nada intensifica tanto al dolor como el temor a que se presente en el mañana. Es incrementado igualmente por el reconocimiento que el mismo dolor o uno similar fue experimentado en el pasado; esto y el dolor inmediato vuelven al futuro aun más amenazante. A la inversa, la comprensión que el dolor presente es un evento único, el cual llegará definitivamente a un final agradable, sirve mucho para disminuirlo. Puesto que el dolor es un constructo, es fácilmente vulnerable a la hipnosis como una modalidad de tratamiento exitoso, que si fuera simplemente una experiencia del presente.

El dolor como experiencia se vuelve también más susceptible a la hipnosis debido a que varía en su naturaleza, intensidad y, por consiguiente, a lo largo de las experiencias de vida adquiere significados secundarios resultando en variadas interpretaciones del dolor. De este modo, el paciente puede referirse a su dolor en términos temporales, tales como transitorio, recurrente, persistente, agudo o crónico. Estas cualidades especiales de cada uno ofrecen variadas posibilidades de acercamiento hipnótico.

El dolor también posee ciertos atributos emocionales. Puede ser irritante, inevitable, molesto, incapacitante, amenazante, intratable, o vitalmente peligroso. Cada uno de estos aspectos guía a ciertos marcos psicológicos mentales, con variadas ideas o asociaciones, cada uno ofrece oportunidades especiales para la intervención hipnótica.

Uno tiene que tener en mente otra consideración muy especial. El dolor continuo duradero en una parte del cuerpo puede resultar en un hábito de interpretar automáticamente todas las sensaciones provenientes de esa área como dolorosas. El dolor original puede durar tanto hasta que se vaya, pero la recurrencia de esa experiencia de dolor ha estado conduciendo a la formación de un hábito en el carácter, que puede, a su vez, llevar a desórdenes somáticos dolorosos reales.

[...] El dolor es un mecanismo de protección somática que no debiera ser ignorado como tal. Motiva al paciente a proteger las áreas dolorosas, a evitar los estímulos nocivos y a buscar ayuda. Pero a causa del carácter subjetivo del dolor, se desarrollan reacciones psicológicas y emocionales que eventualmente resultan en perturbaciones psicosomáticas, debido a un mecanismo protector excesivamente prolongado. Estas reacciones psicológicas y emocionales son dóciles para ser modificadas y tratadas a través de la hipnosis en esas perturbaciones psicosomáticas.

Para comprender más al dolor, uno debe pensar en él como un complejo neuro-psico-fisiológico, caracterizado por diversas comprensiones de muchos significados para el doliente. Uno necesita solamente pedir al paciente que describa su dolor para escuchar variadas descripciones, tales como fastidioso, pesado, solapado, agudo, cortante, envolvente, quemante, molesto, lacerante, caliente, fuerte, triturante, palpitante, desgastante, y una riqueza de otros términos adjetivos semejantes.

Esta variedad de interpretaciones subjetivas de la experiencia de dolor posee marcada importancia en el acercamiento hipnótico al paciente. El paciente que interpreta su experiencia subjetiva de dolor en términos de variadas cualidades de diferentes sensaciones, está ofreciendo de este modo una multitud de oportunidades al hipnoterapeuta para tratar el dolor.

Pero es más factible la utilización de la hipnosis primero en relación al aspecto menor del complejo total del dolor, y después tratar progresivamente las cualidades severas y angustiantes. De este modo, el suceso menor establecerá una base para el suceso mayor en relación a los atributos más angustiantes del complejo neuro-psico-fisiológico del dolor, y es más fácilmente extraída la comprensión y cooperación del paciente para la intervención hipnótica. Además, cualquier alteración hipnótica de alguna cualidad simple interpretativa de la sensación de dolor sirve para alterar el complejo total del dolor.

Otra consideración importante en la compresión del complejo del dolor es el reconocimiento del significado experiencial de los variados atributos o cualidades de la sensación subjetiva, y sus diferentes relaciones en cuestiones tales como el dolor recordado, dolor anterior, dolor inmediato, dolor soportado, dolor transitorio, dolor recurrente, dolor persistente soportado, dolor intratable, dolor insoportable, dolor amenazante, etc. Al aplicar estas consideraciones a los variados elementos subjetivos del complejo dolor, la intervención hipnótica se acelera notablemente. Esos análisis ofrecen grandes oportunidades para la intervención hipnótica a nivel más comprensivo. Llega a ser más fácil comunicar ideas y comprensiones a través de la hipnosis y para extraer la receptividad y disposición a responder, tan vital para asegurar una buena respuesta a la intervención hipnótica. Es importante, también, aceptar adecuadamente la fuerza no reconocida de la necesidad emocional humana para exigir la inmediata abolición del dolor, tanto para el paciente mismo y para aquellos que lo atienden. (Erickson, 1980, 1998, p. 71-74)

5.3.1. ¿Qué modifica la hipnosis en la experiencia de dolor?

Al incluir las dimensiones sensorial y afectiva del dolor, surgen distintas interrogantes referentes al mismo. Por ejemplo: ¿la analgesia hipnótica, reduce más la dimensión afectiva que la dimensión sensorial?, ¿la analgesia hipnótica implica la inhibición descendente de la transmisión de dolor en los niveles de la médula espinal o en los mecanismos a nivel intracortical que impiden la percepción del dolor?, ¿la analgesia hipnótica, utiliza un sistema opiáceo endógeno? (Price, 1996).

Se han realizado diversas investigaciones para responder estas interrogantes. En una, se trató de determinar si existían diferencias en los efectos de la hipnosis en las dimensiones afectiva y sensorial del dolor. Dos grupos de sujetos respondieron a través de la Escala Visual Análoga a la intensidad de un estímulo doloroso en la piel, y al desagrado de ese dolor. Se obtuvo una mejor respuesta en la dimensión afectiva, lo que se explicaría por ser más influenciable por el contexto (Price, 1996).

La reducción del desagrado asociado al dolor, más allá de la reducción de la intensidad sensorial, incluso sin la reducción de ésta, tendría relación con el significado del dolor; lo cual implica la participación de mecanismos cognitivos, y por consiguiente, la participación de mecanismos intracerebrales. Si bien la hipnosis tiene mayor influencia en la dimensión afectiva, ambas dimensiones se vieron afectadas.

5.3.1.1.¿ Por qué la hipnosis puede influir en la dimensión sensorial?

Se han descrito dos mecanismos generales a través de los cuales la dimensión sensorial puede ser reducida en intensidad durante la hipnosis.

Una es la *teoría de la neodisociación de Hilgard y Hilgard* (1990). Los autores proponen que la analgesia hipnótica reduce el dolor cuando la persona se percata de él; esto ocurre cuando la información nociceptiva alcanza los centros superiores. Según algunos autores (Watkins y Watkins, 1990) el dolor sería registrado por el cuerpo, ocurriendo un percatarse encubierto, el cual es enmascarado por una amnesia que haría de barrera entre los flujos disociados de la consciencia. Esta disociación ha sido demostrada por los Hilgard y la han denominado "observador oculto". En 1990, estos investigadores indujeron analgesia a un grupo de sujetos mientras mantenían la mano en una cubeta de hielo. Una parte de los sujetos no percibía dolor alguno, mientras que otra parte, sí. De acuerdo con estos resultados, plantean que el fenómeno del "observador oculto" no se da en todos los sujetos, presentándose en circunstancias especiales.

Barber llega a la misma conclusión que los Hilgard, en términos que no se ha demostrado que la analgesia o anestesia hipnótica suspenda la

percepción de estímulo nocivo en un estado particular del yo, mientras que otro estado continúe sufriendo (Barber, 1990).

Cheek reporta un fenómeno parecido, al distinguir entre dolor consciente y dolor inconsciente. Encontró personas que en estado consciente no reportaban dolor, pero sí lo hacían en estados de trance (Rossi y Cheek, 1988).

Un segundo mecanismo general, a través del cual las sugestiones hipnóticas podrían reducir el dolor, sería a través de la activación de un *sistema endógeno inhibitorio del dolor,* que descendería por la médula espinal e impediría la transmisión de la información relacionada con el dolor hacia el cerebro (Price, 1996).

Lo anterior se relaciona con otra interrogante: ¿existe un mecanismo opiáceo que medie la analgesia hipnótica? En 1970, con el descubrimiento de sitios neurales de receptores de opiáceos específicos, se pensó que un opioide endógeno (las endorfinas) podría participar en el control del dolor, pues estas sustancias inhiben la producción de sustancia P, la cual facilita la transmisión del dolor (Hilgard y Hilgard, 1990; Rossi, 1986,1993). En investigaciones posteriores, en las cuales se administró una sustancia antagónica a las endorfinas, se pudo observar que dichas sustancias no influían en la analgesia hipnótica.

Sin embargo, no se excluye la posibilidad de un sistema de control descendente (Price, 1996).

Los estudios realizados permiten apoyar la hipótesis que existe un mecanismo antinociceptivo en la médula espinal. La disminución del componente sensorial, más allá de la acción de ese mecanismo, podría estar relacionado con mecanismos cerebrales, que impiden percatarse del dolor una vez que la nocicepción ha alcanzado los niveles superiores, como lo predice la teoría de la neodisociación.

Un tercer mecanismo implicado tendría relación con la reducción selectiva de la dimensión afectiva del dolor, posiblemente, como una consecuencia de la *reinterpretación del significado* asociado con la sensación dolorosa.

Implicaciones terapéuticas de los mecanismos antes mencionados

Según Price (1996), las implicaciones terapéuticas serían importantes:

a) **Reducción selectiva del afecto relacionado con el dolor**: a través de cambios en el significado de las sensaciones y de los contextos en los cuales ocurren. Para esto se podría necesitar o no un estado hipnótico, el cual podría ser parte de una intervención hipnótica integral.

b) **Reducción del componente sensorial del dolor**: a través de mecanismos que modifican el percatarse consciente del dolor. Una vez que la información nociceptiva ha alcanzado los centros superiores, independiente del grado que se manifieste en las personas, las respuestas asociadas al estrés del dolor continúan, y con esto, la desventaja fisiológica de los sujetos.

c) **Inhibición de las señales en el nivel espinal de procesamiento**: en contraste con lo recién descrito, las consecuencias negativas del dolor serían atenuadas por la *inhibición de las señales en el nivel espinal de procesamiento.* Ésta interrumpiría la activación supraespinal de las estructuras cerebrales implicadas en las respuestas autonómicas y neuroendocrinas del dolor.

5.3.2. Utilidad de la hipnosis en el control del dolor.

Según Barber (1989), la hipnosis en una herramienta útil porque:

1. Puede eliminar o al menos reducir significativamente el dolor.
2. No posee efectos colaterales (demostrados).
3. Facilita los tratamientos que reciben los pacientes.
4. Permite que el paciente pueda participar en su tratamiento, haciéndolo menos dependiente.

Con respecto a dolores psicógenos, el tratamiento hipnótico es menos efectivo que en los dolores orgánicos. Sin embargo, la terapia debiera abarcar todos los aspectos del dolor, incluidos los factores ambientales (Barber, 1989; Hilgard y Hilgard; 1990).

5.3.3. Consideraciones previas al inicio del tratamiento hipnótico.

Antes de realizar un tratamiento hipnótico, el terapeuta debe evaluar cuidadosamente las consecuencias que tendrá la reducción del dolor para el paciente. Este punto es muy importante y a modo de ejemplo, se menciona el siguiente reporte: una persona padecía de un dolor intratable en la espalda, de origen psicógeno. Un médico con buenas intenciones logró eliminar la molestia. Después de dos días, el paciente cayó en una profunda depresión que lo llevó al suicidio. Por esto el autor advierte: la abolición de un dolor muy significativo para el paciente, sea de origen psicógeno o de otra naturaleza, debe realizarse con precaución, tomando en cuenta el rol que desempeña el dolor en la vida del paciente y el significado que le atribuye (Estabrooks, 1967).

Barber (1996a) indica los siguientes criterios:

1. **El paciente no será dañado por el tratamiento**. Se debe tener en cuenta si el paciente realizará actividades que puedan perjudicarlo, por ejemplo: ser negligentes con el régimen de medicamentos, no respetar la señal de alarma del dolor y causarse heridas. La terapia hipnótica se recomienda, especialmente, cuando la persona tiende a tener más efectos colaterales que los usuales con el uso de los medicamentos o tiene complicaciones inexplicables ante los procedimientos quirúrgicos.

2. **El paciente será capaz de acomodarse a la intimidad emocional asociada al tratamiento hipnótico.** Si el paciente no se siente cómodo con la intimidad necesaria para trabajar, pueden ocurrir problemas. En estos casos es importante que el clínico ayude a la persona que presente dicha dificultad.

3. **La condición del paciente mejorará**. Si con la reducción del dolor se producen pérdidas para el paciente, el tratamiento hipnótico deberá ser postergado hasta que sean tratadas las necesidades. Esto se refiere a las pérdidas significativas como: autoestima, compensaciones, ganancias secundarias, estabilidad del sistema familiar, etc.

4. **El paciente está dispuesto a asumir la responsabilidad de su tratamiento**. El uso de métodos hipnóticos requiere de un gran esfuerzo de parte del afectado, a menudo se necesita que practique frecuentemente autohipnosis. La falta de habilidad para iniciar y mantener la practica, disminuye la probabilidad de éxito del tratamiento hipnótico.

5.3.4. Aspectos que deben ser considerados en la evaluación.

Es necesario evaluar los siguientes factores psicológicos (Barber, 1996 b):

1. Depresión, incluidas las tendencias suicidas.
2. Ansiedad, incluido el desorden de estrés postraumático.
3. Estado mental, especialmente, en pacientes ancianos que han sufrido traumas craneanos, y quienes han abusado de alcohol y drogas. La demencia puede dificultar el tratamiento, por la comprensión y memoria que requiere el tratamiento.
4. "Comportamiento de dolor[24]".
5. Presencia de abuso de alcohol y drogas.
6. Desórdenes de personalidad, especialmente, pacientes limítrofes y antisociales, con quienes en más difícil tener éxito en el tratamiento, pues sus metas entran en conflicto con las del clínico.

[24] "Comportamiento de dolor": término acuñado por Fordyce (1976), se refiere a los modos en que el paciente enfrenta su problema y cómo el ambiente refuerza o castiga sus comportamientos.

5.3.4.1. La entrevista psicológica.

Según Barber (1996b) la entrevista puede incluir al paciente, a la familia, y en algunos casos, a los amigos o compañeros de trabajo. Debe abarcar los siguientes tópicos:

a) **¿Dónde, cuánto y cuándo le duele?**

Es necesario diferenciar entre intensidad de dolor y sufrimiento asociado. Puede ayudar que el paciente lleve un diario de dolor para anotar las horas del día en que le duele y las puntuaciones alcanzadas. También le permite percatarse qué eventos alivian o empeoran su situación, y determinar qué medicamentos le sirven para calmar el dolor. Se puede utilizar la Escala Visual Análoga; si un paciente puntúa 10, hay que explorar cuidadosamente qué significa para el paciente la puntuación.

b) **¿Qué significado tiene ese dolor?**

Las implicaciones del dolor determinan el grado de sufrimiento y su disposición para el tratamiento. Es conveniente discutir con el paciente qué implica el dolor, la enfermedad y qué significaría la recuperación. La evaluación que hace el paciente de los componentes afectivos del dolor, permite comprender el significado que tiene para él.

c) **¿Qué medicamentos está tomando?**

Es importante saber qué medicamentos toma el paciente, especialmente, los que afectan el ánimo (relajantes musculares, opioides, tranquilizantes).

d) **¿Cuáles son las posibles consecuencias de la reducción del dolor?**

Hay que explorar cuáles serán las consecuencias futuras, si el dolor cambia, ya sea que aumente o disminuya. Esto permite conocer las expectativas realistas y no realistas del paciente con respecto del tratamiento. Otro aspecto importante, es explorar las fuentes de insatisfacción en la vida del paciente y cuál de esos aspectos lo atribuye al dolor. Esto permitirá comprender cómo será afectado el paciente con la reducción del dolor.

e) **¿Cuál es la actitud del paciente hacia el tratamiento hipnótico?**
Barber sugiere explorar los siguientes aspectos: ¿qué espera la persona de la hipnosis?, ¿sus expectativas son realistas?, ¿ha tenido experiencia con tratamientos hipnóticos?, ¿cómo fue esa experiencia, satisfactoria o no?, ¿está preparado para utilizar métodos autohipnóticos, en caso de necesitarlos?

Algunos autores sugieren utilizar pruebas de susceptibilidad hipnótica (Hilgard y Hilgard, 1990; Hilgard y Le Baron, 1984); Barber lo deja a juicio del clínico; en cambio sugiere realizar en la entrevista clínica, una evaluación psicológica mínima, para lo que propone utilizar el MMPI y algún inventario de depresión como el de Beck.[25]

5.3.5. Estrategias para el manejo del dolor crónico o recurrente.

Son numerosos los procedimientos hipnóticos[26] para controlar el dolor. A continuación se mencionan algunos:

a) **Sugestiones directas para la abolición total del dolor.**
Este tipo de procedimiento es el más practicado, pero útil con pocas personas. Falla con frecuencia, lo que desalienta a la persona y dificulta el uso posterior de hipnosis. Aunque sus efectos puedan ser buenos, su duración es limitada, lo cual puede limitar su efectividad (Erickson, 1980, 1998).

---

[25] En la presente investigación no se usaron instrumentos para evaluar la personalidad de las sujetos, por presentar éstas un cáncer terminal; es decir, existía un evidente correlato biológico que explicaba sus dolores persistentes.

[26] Se describen diversas estrategias que han probado ser útiles en diversos acercamientos clínicos; sin embargo, todas ellas deben ser aplicadas, cuando es conveniente, en una forma individualizada. Ahora bien, al considerar la fenomenología de la experiencia dolorosa del paciente, surgen múltiples "técnicas" no descritas formalmente en la literatura.

b) **Abolición hipnótica permisiva indirecta del dolor.**

Esta modalidad es más efectiva, aunque similar a la sugestión directa, es verbalizada y ofrecida en forma más conducente. (Erickson, 1980, 1998).

c) **Amnesia.**

Todos las personas viven en la vida cotidiana el olvido del dolor cuando otras experiencias son más amenazantes o absorben la atención. La amnesia en relación al dolor puede ser aplicada hipnóticamente en varias formas, así se pueden aplicar amnesias parciales selectivas o totales (Erickson, 1980, 1998).

d) **Analgesia hipnótica.**

Puede ser parcial, total o selectiva; por ejemplo: se puede agregar a la experiencia de dolor del paciente ciertas sensaciones de entumecimiento, sin pérdida de la sensación de presión o tacto. Al ser modificada la experiencia completa de dolor, otorga al paciente la sensación de alivio y satisfacción, aún cuando la analgesia no sea completa. Las modificaciones sensoriales de aquellas sensaciones de entumecimiento aumentan el entusiasmo y la relajación del paciente, útil para intensificar la analgesia hipnótica en un grado creciente (Erickson, 1980, 1998).

e) **Anestesia hipnótica.**

A menudo es difícil de conseguir; algunas veces puede ser obtenida directamente, pero la mejor manera es hacerlo de manera indirecta, mediante la construcción de situaciones emocionales y psicológicas que sean contradictorias con la experiencia de dolor, y que sirvan para establecer una reacción anestésica que puede ser continuada por medio de sugestiones posthipnóticas (Erickson, 1980, 1998).

f) **Reemplazo o sustitución hipnótica de sensaciones.**

Es otro de los procedimientos para manejar el dolor. Un ejemplo en un caso de Erickson: una paciente con cáncer que sufría un dolor intolerable, respondió bien a la sugestión de una increíble picazón, incómoda, en la planta del pie. La debilidad del cuerpo no le permitía

rascar su picazón, por lo que el prurito absorbió totalmente su atención. Luego, se introdujeron hipnóticamente sensaciones de calor, frescura, pesadez y entumecimiento en varias partes del cuerpo donde sufría dolor (Erickson, 1980, 1998).

El procedimiento final fue la sugestión de una sensación de picazón, de quemadura menor, irritante, perdurable, desagradable en el lugar de la masectomía. Este procedimiento de sustitución fue efectivo para los últimos meses de vida de la paciente. La picazón de la planta del pie desapareció gradualmente, pero en el sitio de la masectomía persistió la sensación desagradable de la picazón de quemadura.

g) **Desplazamiento hipnótico del dolor.**

En este tipo de procedimiento se sugiere desplazar el dolor desde un área del cuerpo a otra. Un ejemplo: un hombre agonizante por un cáncer a la próstata, con metástasis, sufría fuerte dolores abdominales, intratables. Se le enseñaron algunos conceptos de medicina como dolor referido y desplazado. En trance hipnótico, aceptó la idea de responder a un dolor similar en su mano izquierda, en vez del dolor abdominal que lo destruía. Llegó a habituarse al dolor y proteger la mano cuidadosamente. Con esto logró que el dolor no interfiriera con su vida familiar en los dos meses que le quedaban de vida. El dolor de la mano izquierda disminuía gradualmente y aumentaba con preguntas inoportunas. Con la posibilidad de desplazar el dolor, se puede desplazar varios atributos del mismo, que no pueden ser controlados de otro modo. De esta forma, el complejo dolor se hace modificable y dócil a la intervención hipnótica (Erickson, 1980;1998).

h) **Disociación hipnótica.**

Es otro de los métodos que pueden ser utilizados en el control del dolor. Los más efectivos son los que desorientan el tiempo y el cuerpo (Erickson, 1980;1998). El paciente que sufre de dolores intratables, mediante el empleo de drogas e hipnosis, puede ser reorientado hipnóticamente a fases tempranas de su enfermedad, a una época en que el dolor no era tan fuerte. La desorientación de las características temporales del dolor puede aparecer como una continuación

posthipnótica en el estado de vigilia. También, la persona que realiza el tratamiento hipnótico puede reorientar al paciente a la época anterior a la enfermedad, y por sugestión posthipnótica, efectuar una restauración de las sensaciones normales existentes antes del padecimiento.

Sin embargo, normalmente en casos de dolor intratable es difícil lograr un resultado total; no obstante, los sentimientos agradables anteriores a la enfermedad pueden revivirse en el presente; en ocasiones, esto logra reducir el dolor.

i) **Desorientación del cuerpo**

Hipnóticamente el paciente es disociado e inducido a experimentarse separado de su cuerpo. Un ejemplo: una mujer al comienzo de un dolor insoportable, como respuesta a las sugestiones posthipnóticas, desarrolla un trance y se experimenta en otra habitación mientras su cuerpo doliente permanece en el lecho de enferma. (Erickson, 1980, 1998).

j) **Reinterpretación hipnótica del dolor**

Es una medida muy usada en el control del dolor. Se pretende reinterpretar al paciente durante la hipnosis su dolor. Por ejemplo: los dolores punzantes, lacerantes, corrosivos, algunas veces pueden ser interpretados como reacciones de susto sorpresivo, momentáneo en duración. Los dolores solapados, desgastantes, pueden ser interpretados como un sentimiento de profunda inercia, y luego, como relajación con comodidad. Un dolor palpitante ha sido reinterpretado con éxito como una experiencia displacentera, pero no angustiante, de sensaciones de balanceo en un bote (Erickson, 1980, 1998).

k) **Distorsión hipnótica del tiempo.**

Un ejemplo: un paciente presentaba ataques de dolor lacerante, intratable, los cuales ocurrían cada 20 ó 30 minutos, noche y día; cada episodio duraba entre 5 a 10 minutos. Por consiguiente, su marco mental era de pavor ante el próximo ataque. Con el uso de hipnosis se le enseñó amnesia para todos los ataques de dolor pasados, luego distorsión de tiempo para que pudiera experimentar los ataques de

dolor de 10 minutos en 10 ó 20 segundos. Se le dieron sugestiones posthipnóticas para que cuando viniera el ataque de dolor desarrollara un trance de 10 ó 20 segundos de duración, donde experimentaría el dolor y luego saldría del trance, sin percatarse que había estado en él o había experimentado dolor. Por ejemplo, el paciente podía estar conversando con su familia, dar un grito de dolor, entrar en trance y 10 segundos después, salir del estado de trance y mirar confuso por un momento y continuar en lo que estaba (Erickson, 1980, 1998).

l) **Sugestiones posthipnóticas que efectúan una disminución del dolor.**

Cuando se ha hecho evidente que el paciente no está lo suficientemente dispuesto a responder, se puede realizar este procedimiento que no es una remoción del dolor. Se le sugiere que el dolor disminuirá imperceptiblemente, horas después, sin que advierta la disminución; sólo se percatará de ésta después de transcurrido algunos días. Con esto, el paciente llegará a ser consciente del dolor total o de las cualidades especiales del dolor. Al sugerir que el dolor pasará imperceptiblemente, el paciente no puede rechazar la sugestión. Su esperanza, a pesar de su desesperación, lo llevarán a anticipar que en algunos días más, puede haber alguna disminución de ciertos atributos de su experiencia de dolor. Esto sirve como una autosugestión para el paciente. En ciertas ocasiones, se le dice que la disminución será un grado menor, esto se puede enfatizar utilizando un plan como el siguiente: se le dice que una disminución de 1% no será advertida, ni un 2%, ni un 3%, etc.; pero que tal aumento, será una disminución; todos estos cambios sumados, a la larga podrían llegar a una disminución de un 10% del dolor original. Esta misma serie de sugestiones puede ser continuada para una reducción del 40%, 70%, 80%, etc. del dolor original. De esta forma, el paciente puede ser guiado progresivamente para un mayor control del dolor (Erickson, 1980, 1998).

m) **Técnica hipnótica de intercalación (interspersal).**

Según Erickson (Erickson, 1966; Haley, 1980) la técnica tiene por objetivo asegurar y fijar la atención del paciente; crea un estado receptivo de disposición a responder, lo que le permite utilizar los beneficios no advertidos. La técnica consiste en atraer la atención del paciente con una historia que resulte interesante, pero irrelevante a la situación médico-paciente, con el fin de distraerlo.

En la historia se introducen sugestiones indirectas, a través de señales no verbales (como entonación de la voz), mensajes que apuntan a la comodidad, descanso, relajación, etc., según el problema presentado.

n) **Técnica de confusión.**

La técnica está diseñada especialmente para inducir trance en pacientes resistentes o muy racionales. Fue descrita y desarrollada por Erickson, y ha sido utilizada con éxito en pacientes con dolor recurrente y crónico. La técnica es muy exigente con el terapeuta, tanto en el uso del lenguaje como en los esfuerzos para no entrar en trance junto con el paciente (Yapko, 1990).

o) **Símil de interrumptor eléctrico.**

Dependiendo del nivel educacional, inteligencia y áreas de interés del paciente, se le ofrece una versión simplificada de la teoría de control de puertas de Melzack y Wall. Se le pide al paciente que demuestre su potencial para encender o apagar ciertos circuitos electrónicos, receptores de radio o televisión, conectar ciertas líneas de preferencia. Además, se le comenta como en muchas ocasiones, una experiencia física o emocional displacentera se apagó, al absorberse en otra experiencia o tarea en (en Sacerdote, 1982 a).

p) **Alucinaciones positivas y negativas** (Sacerdote, 1982 a):

Un tipo de experiencia alucinatoria consiste en usar la regresión de edad, y guiar al paciente a un episodio placentero de la vida, cuando estaba sin dolor y luego, a través de una progresión de edad, llevarlo cuidadosamente a un futuro sin dolor. Otro tipo de experiencia es lo que sacerdote llama *hipnografía alucinada*: en ésta se sugiere que una

mano disociada haga rayas en el papel, espontáneamente; el autor la utiliza para sacar el trasfondo emocional de un dolor persistente, no justificado por una patología real. Otro recurso utilizado es la *hipnoplastía alucinada*, en la cual se le pide al paciente extraer movimientos disociados en ambas manos y unirlas para sentir alguna clase de material moldeable, temperatura, textura, olor, etc. Se le pide que mueva las manos para sentir el dolor alucinado y eventualmente, diseñar algo que pueda representar el dolor, la enfermedad o el ego. Luego se sugiere que las manos detengan, ahoguen o sofoquen el dolor.

q) **Anestesia y analgesia en guante.**

A muchos pacientes se les puede enseñar a aumentar o disminuir la sensibilidad en la punta de uno o más dedos, pidiéndoles que recuerden alguna experiencia de anestesia local o entumecimiento por frío severo. También, se le puede solicitar que recuerde cuanto entorpece el tacto un guante grueso (anestesia en guante). El comienzo de la anestesia puede ser indicado por levitación inconsciente de los dedos. A medida que progresa la analgesia, se le puede pedir que al tocar la cara, el entumecimiento se transfiera a la parte más sensible del cuerpo. Esto conduce a una reducción de la percepción de las áreas dolorosas. Si la aplicación directa de la mano o dedos anestesiados sobre el área dolorosa no es posible, el contacto puede ser alucinado y/o visualizado (Sacerdote, 1982).

r) **Desplazamiento del locus del dolor.**

Se sugiere el desplazamiento del dolor de un área del cuerpo a otra. Esto se realiza con un dolor bien localizado, intolerable a causa de su localización; por ejemplo, un dolor abdominal es más tolerable que un dolor del miembro fantasma. En ocasiones puede desplazarse fuera del cuerpo: según Barber, si se puede cambiar la localización del dolor, también puede afectarse otras dimensiones y hasta ser eliminado completamente (Barber, 1982, 1989, 1996 c).

s) **Sustitución sensorial.**

También se conoce como reinterpretación de las sensaciones. La sensación percibida del dolor puede sustituirse por otra, no necesariamente agradable, como: hormigueo, comezón, entumecimiento. Las ventajas de este procedimiento, según Barber (1996 c) son las siguientes: permite saber al paciente que el dolor aún está presente (necesario en algunos pacientes que al no sentir dolor pueden dejar la atención médica); al no ser agradable, es más plausible; si se obtienen ganancias secundarias, bastaría con la incomodidad en lugar de sufrimiento.

t) **Uso de sugestiones posthipnóticas.**

El uso de esta técnica permitirá que el paciente sea independiente del terapeuta en el control del dolor y pueda disminuir el consumo de medicamentos. Schwarz (1989 b) analiza variadas sugestiones posthipnóticas para que el impacto terapéutico se extienda más allá de las sesiones de hipnoterapia, y las clasifica principalmente en dos grupos:

1. Sugestiones posthipnóticas que apuntan a *variables interperonales*, las cuales la divide a su vez en:

a) Sugestiones posthipnóticas dirigidas a la *percepción del dolor en sí mismo*: pueden encadenarse al dolor como entidad única a la habilidad del paciente para controlar el dolor. Incluye el control inicial del dolor, aumento o continuación del control del dolor, el dolor como señal para entrar en trance y enfrentamiento con el dolor futuro.

b) Sugestiones posthipnóticas dirigidas a variables *psicológicas subyacentes*: se orientan a las variables intrapersonales, que son parte de las respuestas de dolor o que ayudan a soportarlo; por ejemplo, algunos pacientes tienden a unir sus sentimientos disfóricos con la sensación nociva, y con esto empeoran el dolor.

2. Sugestiones posthipnóticas dirigidas a *variables interpersonales*: apuntan a los factores interpersonales del dolor y control hipnótico

de éste; incluye formas en las cuales el terapeuta puede proteger al cliente de las influencias significativas de otros. Ayuda a la re-socialización del paciente, y facilita la cooperación de otras personas significativas para re-inducir el control hipnótico.

u) **Control del dolor a través de la autohipnosis.**

El interés del paciente por aprender y los deseos de usar la autohipnosis, es un índice valioso de su motivación para participar activamente en su recuperación, disposición y habilidad de autocuidado, actitud hacia el dolor, incapacidad, etc. (Barber, 1989).

Barber generalmente da una sugestión posthipnótica contingente con una señal posthipnótica. El comportamiento posthipnótico es el acto para desarrollar un estado hipnótico donde se experimentará analgesia.

En el caso de pacientes terminales, sería conveniente enseñar a quienes cuidan al enfermo cómo inducirles el trance hipnótico utilizando señales posthipnóticas (Pacheco, 2002).

v) **Inducción de sueños.**

Sacerdote (1982) ha desarrollado una estrategia para inducir sueños en el trance. Le explica al paciente que los sueños son una producción dramática, en la cual él está a cargo de todo: es el director, actor, quien enciende las luces, la audiencia y el crítico que trata de comprender la obra. Los sueños repetidos de una o varias noches pueden mostrar conflictos subyacentes y sugieren cómo los enfrenta el paciente. Los factores físicos y emocionales frecuentemente, aparecen y predicen el resultado de la hipnoterapia. Sacerdote indica que los pacientes logran comprender uno o varios significados de sus propios sueños.

w) **Producción de estados místicos.**

La estrategia desarrollada por Sacerdote (1982, 1977, 1990) está combinada con la distorsión de tiempo descrita por Erickson (1980, 1998). Los estados místicos son útiles, por evocar paz y serenidad incluso en pacientes agónicos. Sacerdote recomienda que la técnica

sea utilizada por hipnoterapeutas experimentados y que hayan construido un rapport verdadero con el paciente, y que los pacientes no presenten una patología psicológica severa. Se recomienda no utilizarla en pacientes psicóticos o limítrofes.

x) **Abriéndose al dolor y al placer.**

Según Poncelet (1988), los estudios de dolor crónico muestran que no todos los pacientes pueden ser ayudados efectivamente a transferir el alivio conseguido en las sesiones de terapia a su vida cotidiana. Una de las formas de ayudar al paciente con dolor es contribuir a desarrollar la confianza en los propios recursos para enfrentar el dolor.

Puede sugerírsele que tenga acceso a experiencias placenteras, dirigiendo la atención desde el dolor al placer. A juicio de la creadora, la efectividad de este tipo de acercamiento hipnótico no depende de la severidad del dolor, sino del tiempo individual y de la disposición del paciente para recibir los mensajes después de haber sembrado ideas fundamentales.

5.3.6. ¿Qué hacer si durante el trabajo hipnótico el paciente sufre una crisis de dolor?

Barber (1996 c) aconseja que lo mejor en este caso, es usar las sensaciones dolorosas, en lugar de ofrecer sugestiones de comodidad o distracción. Este procedimiento tiene las siguientes ventajas: le indica al paciente que el terapeuta sabe que está experimentando dolor, que el profesional no le teme al dolor y puede que la molestia cambie al prestarle atención.

Sin embargo, en todos los procedimientos hipnóticos para el control del dolor, se debe tener en mente la gran factibilidad y aceptación del paciente para las formas indirectas, en comparación con las formas directas. Por esto es necesario acercarse con un criterio indirecto, permisivo y emplear varios de los procedimientos metodológicos descritos anteriormente (Pacheco, 1998 b).

III. Metodología.

1. Objetivos.

1.1. Objetivo General.

Evaluar el efecto de la aplicación de una intervención hipnoterapéutica ericksoniana, en el manejo del dolor físico y sufrimiento causado por el cáncer cervicouterino en pacientes atendidas en un hospital público de Santiago de Chile.

1.2. Objetivos Específicos.

1.2.1. Diseñar una estrategia de intervención hipnoterapéutica.

1.2.2. Evaluar si la intervención hipnótica disminuye la intensidad del dolor de pacientes con cáncer cervicouterino.

1.2.3 Determinar la efectividad de la autohipnosis en el control del dolor en las pacientes con cáncer cervicouterino.

2. Tipo y características del estudio.

Considerando que el dolor en los pacientes terminales es complejo, que involucra tanto aspectos físicos como psico-sociales y el problema planteado en la investigación aún está poco estudiado, se utilizó una metodología que permitiera tener una mirada amplia sobre el tema y más especifica en algunos aspectos.

Para esto se realizó una investigación mixta: cuantitativa y cualitativa, basada en estudios de casos. Por eso el estudio tiene características de ambos métodos.

Se usó una metodología cuantitativa para tratar aspectos que podían ser estudiados con más detalle. Desde este punto de vista, se realizó una investigación exploratoria, descriptiva y correlacional que utilizó un diseño pre-experimental.

El estudio realizado es básicamente un estudio exploratorio por ser un tema no abordado anteriormente. En la investigación bibliográfica sólo se pudo encontrar guías relacionadas con la investigación, además, la mayor parte de la literatura hace referencia a casos extranjeros. No existen estudios en el país relacionados con el tema y colectivo investigado. Es importante recordar que el objetivo de los estudios exploratorios es "examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes" (Hernández, Fernández y Baptista, 1993, p. 59). Este tipo de estudio se realiza con el fin de familiarizar un tema poco conocido o novedoso y de esta forma facilitar posteriores estudios.

Si bien el tema está aún poco estudiado, algunos de los aspectos del dolor, como intensidad, frecuencia y duración, permitían realizar un estudio descriptivo, ya que estas variables podían ser medidas con métodos confiables como la Escala Visual Análoga y el reporte individual de las pacientes. Se debe recordar que: "Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades importantes de personas, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis" (Hernández, Fernández y Baptista, 1993; p. 60). En este caso, el fenómeno sometido a análisis fue el dolor en los aspectos mencionados anteriormente.

Además, por la forma en que fueron medidos dichos aspectos se pudo realizar un estudio correlacional. Los estudios de este tipo "tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables" (Hernández, Fernández y Baptista, 1993, p. 63). En este caso se pudo relacionar la variable intensidad del dolor con la intervención hipnoterapéutica, para esto se comparó a cada sujeto consigo mismo antes y después de realizar las intervenciones.

Se trabajó con diseño pre-experimental, el cual se considera útil para realizar un primer acercamiento, pero no permite llegar a conclusiones acabadas sobre el problema estudiado porque su grado de control es mínimo (Hernández, Fernández y Baptista, 1993, p. 139-140). En la investigación realizada no se contó con un grupo control y sólo se midió antes y después de realizar la intervención hipnoterapéutica.

Por otra parte, se consideró importante revelar los detalles ya que el tema de estudio tiene un fuerte componente individual (el dolor es un constructo bio-pisco-social), y la intervención terapéutica propuesta en la presente investigación se basa en captar y utilizar las sutilezas individuales, y aspectos comunes que podrían insinuar tendencias.

Para rescatar las cualidades que permitieran tener una visión más completa se empleó una metodología cualitativa. Desde esta perspectiva, la investigación corresponde a un estudio descriptivo, del tipo investigación-acción, que utilizó el análisis de contenido para evaluar sus resultados.

La metodología cualitativa es: "una investigación interpretativa, referida al individuo, a lo particular. Por lo tanto, es de carácter ideográfico" (Bizquerra, 1989; citado por Cobián, 1995). En este sentido permite atisbar distintos aspectos, privilegia la riqueza y profundidad de la información y no la cantidad y estandarización de ésta (Hernández, Fernández y Baptista, 1993).

Desde la perspectiva cualitativa se realizó un estudio descriptivo, y mediante el análisis de contenido se pudieron establecer categorías que dan cuanta de los temas más relevantes para las pacientes; de esta forma se describió el fenómeno estudiado.

Además, no sólo se quiso obtener información rica y profunda; el acercamiento no pretendía ser indiferente ante el fenómeno estudiado, por

lo que se realizó una intervención con la intención de disminuir el dolor y sufrimiento de las pacientes y ver sus resultados. Considerando que se trató de modificar la realidad observada, el tipo investigación realizada fue un estudio del tipo investigación - acción.

Según el número de participantes, la investigación es un estudio de casos. Se utiliza un número reducido de participantes porque el estudio es principalmente del tipo exploratorio; además, se justifica el pequeño número de participantes por la dificultad para obtener la muestra: no es fácil encontrar muchas personas que cursen dolor por este tipo de cáncer y tengan un pronóstico que les permita contar con una expectativa de vida larga; se debe tener presente que ciertos tratamientos médicos tienen excelentes resultados en el control del dolor, por lo que el tiempo para acceder a la muestra es limitado. No obstante, el dolor es un síntoma presente y de difícil manejo en este tipo de pacientes, y muchas veces sólo pueden recibir un tratamiento paliativo que no logra controlarlo totalmente. Se ha querido rescatar las experiencias de este grupo, por breve que pueda ser el contacto, pero a partir del cual se puede obtener una valiosa información.

Considerando el tipo de estudio realizado, el diseño utilizado y la muestra con la que se realizó la investigación, se puede decir que los datos obtenidos reflejan características y posibles temas de interés de un grupo particular, lo cual podrían ser de gran utilidad para estudios posteriores que se realicen con muestras similares; sin embargo, los resultados no pueden generalizarse a la población.

Como se mencionó anteriormente, el aspecto referido a la intensidad del dolor se abordó con una metodología tradicional (cuantitativa), se realizó un tipo de estudio descriptivo y correlacional. Dadas estas características es necesario definir variables y plantear hipótesis, lo cual no es necesario en los estudios cualitativos, las cuales serán definidas a continuación:

3. Hipótesis de investigación.

Hi: "La intensidad del dolor reportado por las pacientes disminuirá con la intervención hipnoterapéutica".

4. Definición de las variables.

4.1. Variable dependiente.

Reporte subjetivo de la experiencia dolorosa de pacientes con cáncer cervicouterino.

4.1.1. Definición conceptual y operacional de la variable dependiente.

Experiencia dolorosa.

Se refiere al reporte que realiza la paciente sobre el dolor que experimenta. En él se considera: la intensidad, frecuencia, duración, localización y tratamiento para disminuirlo; además, se consideran las emociones, pensamientos y significados relacionados, ya sea porque los últimos aspectos estaban presentes en los momentos en los cuales experimentaba dolor o estaban relacionados en su discurso con el dolor.

Para entender el reporte subjetivo se ha considerado necesario definir en primer lugar lo que se entiende por dolor, para luego dar cuenta de los indicadores con que se trabajó.

a) **Dolor:** "el dolor es una desagradable experiencia sensorial y emocional que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión. El dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende a aplicar ese término a través de sus experiencias traumáticas juveniles. Indudablemente, se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo pero también es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional" Definición de La Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) (MINSAL, 1999, p. 19).

b) **Intensidad del dolor**: grado de dolor reportado por la paciente, según la Escala Visual Análoga (EVA). La intensidad se considero de la siguiente manera:

- Dolor al inicio de la sesión: intensidad de dolor experimentado antes de comenzar la sesión hipnoterapéutica.
- Dolor en la sesión: intensidad de dolor experimentado durante la sesión.
- Dolor al finalizar la sesión: intensidad de dolor experimentado al concluir la sesión hipnoterapéutica.
- Dolor máximo o más intenso: se refiere a la máxima intensidad de dolor experimentado en el último tiempo.
- Dolor promedio: intensidad de dolor experimentado la mayor parte del tiempo, es decir, la intensidad más frecuente.
- Dolor base: intensidad del dolor permanente.

c) **Frecuencia**: cantidad de episodios de dolor máximo experimentados en un tiempo determinado.

d) **Duración**: lapso de tiempo en que la paciente experimentaba un episodio de dolor máximo.

e) **Localización**: lugar del cuerpo donde la paciente siente dolor.

4.2. Variable independiente.

Intervención hipnoterapéutica ericksoniana para el alivio del dolor de pacientes con cáncer cervicouterino.

4.2.1. Definición de la variable independiente (intervención hipnoterapéutica).

En la investigación se realizó una intervención hipnoterapéutica ericksoniana o de utilización para disminuir el dolor y sufrimiento de las pacientes, la cual se detalla a continuación:

En la parte empírica, primero se explicó a las pacientes sobre el trabajo a realizar, que sería parte de una investigación en la cual las sesiones serían grabadas (ver anexo "Consentimiento Informado"). Luego se comenzó la intervención.

El objetivo de la primera sesión era aclarar posibles dudas sobre el trabajo a realizar, obtener información sobre distintos aspectos e inducir trance.

Para obtener la información en el primer encuentro, se realizó una entrevista semi-estructurada tendiente a recabar datos referentes a identificación personal, situación socio-económica, educación, ocupación, actividades previas, gustos personales y fenomenología de la experiencia dolorosa.

Para inducir trance se tuvieron presentes ciertas ideas rectoras:

- El acercamiento hipnoterapéutico de utilización (enfoque ericksoniano), el cual considera el uso de todo lo presente en la situación y trabaja con ello, y busca la disposición a cooperar del paciente.
- El acercamiento es individualizado, y considera distintos aspectos del paciente, como motivación, visión de mundo, necesidades, gustos personales, etc.
- El terapeuta flexibiliza su postura, adaptándose al paciente. Trata de captar su atención, luego haciendo uso de un lenguaje hipnótico y de los aspectos individuales del sujeto, sugiere ciertos estados que al ser experimentados refuerzan la conducta y favorecen la disposición a responder; luego ayuda a profundizarlos, sugiriendo en forma directa o indirecta –según el estilo de respuesta y cooperación del paciente– el uso de sus múltiples recursos que han sido adquiridos en su experiencia de vida.

En la primera sesión, se intentó inducir trance para favorecer la disposición a responder. Si la paciente presentaba dolor, se trató de disminuirlo; el éxito favorecía la credibilidad y aumentaba la motivación.

Para esto, se utilizaron varios recursos. Mediante la entrevista, se obtuvo una herramienta fundamental que guió la intervención: se pudo

captar los significados, la forma de experimentar y las características de la experiencia dolorosa. El objetivo era variar alguno de los aspectos.

La intervención estuvo determinada por las respuestas de cada paciente. De acuerdo con la conducta presente en las sesiones, se pudo deducir cuál de los acercamientos era el más acertado. El éxito de la intervención (experiencia de trance hipnótico) se determinó por la observación del comportamiento no verbal de la paciente y su posterior reporte verbal.

Cuando la paciente experimentaba trance, se utilizaba esa experiencia; a través del relato de metáforas referidas al control del dolor o de variables psicológicas, se intentó influir en el dolor.

Si la paciente experimentaba un gran dolor durante la sesión, se "acompañaba"; es decir, no se entregaban sugerencias para abolirlo inmediatamente, se trataba de tener una actitud de acogida y empatía.

Luego de inducir el primer trance con éxito, se replicaron las formas de inducción y algunas de las palabras utilizadas. Esto con el objetivo de crear una "clave asociativa", que pudiera facilitar una nueva experiencia de trance hipnótico.

El segundo acercamiento fue más pulido, pues se conocía más a la paciente, las formas en que experimentaba el trance, los métodos de inducción y las sugerencias más adecuadas. Se continuó con aquello que mostraba ser efectivo y se abandonó lo ineficaz.

De esta forma, se fue trazando un camino que se recorría cada vez que se inducía trance, cuya meta era disminuir la sensación dolorosa. La repetición de un esquema general especialmente creado para cada paciente, facilita el aprendizaje de la autohipnosis, puesto que las claves asociativas aprendidas facilitan que se alcance un "estado" similar de consciencia (teoría del aprendizaje dependiente del estado de la hipnosis[27]; (Rossi; 1986, 1993).

[27] Lo que es aprendido bajo un estado de activación psicofisiológica, es recuperado bajo el mismo estado de activación. Las palabras, tonos de voz y otros comportamientos no verbales del terapeuta se convierten en claves asociativas que evocarán el estado de activación anterior.

El esquema general que guió una inducción hipnótica, fue el siguiente:

a) Acompañar a la paciente en los primeros momentos, no dar sugerencias de alivio inmediato.

b) Inducir trance mediante lenguaje hipnótico.

c) Dar sugerencias de disociación.

d) Acompañar, profundizar el trance.

e) Construir metáforas para el control del dolor y variables psicológicas que podían influir en la sensación dolorosa.

f) Sugerencias posthipnóticas para autohipnosis y bienestar.

g) Sugerencias para reincorporarse.

Después de la primera sesión, cuando fue posible, se realizaron sesiones como la siguiente:

- Evaluación de la sensación dolorosa y bienestar general, mediante reporte personal. En cada sesión se realizó una entrevista semiestructurada para obtener información sobre el dolor, uso de autohipnosis y bienestar general. En ocasiones, debido al estado general de las pacientes, no se pudo realizar la entrevista
- Inducción de trance.

Si bien se contaba con un esquema general para realizar las intervenciones, la evidencia empírica y experimental (Erickson, 1980) indica que las respuestas a la interacción "hipnótica" pueden variar de una sesión a otra, y están muy relacionadas con los contextos, la motivación y el estado emocional del paciente. Debido a esto, en toda intervención hipnoterapéutica –y especialmente en el tratamiento del dolor– se recomienda la flexibilidad del acercamiento terapéutico, para incorporar esas respuestas idiosincrásicas.

También se intentó que las pacientes practicaran autohipnosis. Para esto se entregaron sugestiones posthipnóticas y se trabajó con asociación de estímulos; otro aspecto que favoreció la práctica, fue la motivación de las pacientes al darse cuenta de la efectividad de la experiencia hipnótica.

No obstante, en algunos casos para favorecer la práctica de la autohipnosis, fue necesario entregar una cinta grabada con la inducción que se había practicado.

Cuando las pacientes aprendieron a controlar el dolor, se dedicó más tiempo a dar apoyo psicoterapéutico. Las enfermas querían hablar de su experiencia y emociones. El apoyo psicoterapéutico se mantuvo hasta el final, incluso después del tiempo considerado para realizar la presente investigación. El término del tratamiento estuvo dado, en algunos casos, por el fallecimiento de las pacientes, y en otros, por el control del dolor, no obstante, a estas pacientes se les dieron las facilidades para contar con el apoyo psicoterapéutico, si lo consideraban necesario.

5. Características del universo y de la muestra.

5.1. Universo.

5.1.1. Definición del universo.

Universo: Todas las pacientes que sufren cáncer cervicouterino, presentan dolor y se controlan o reciben tratamiento en el Hospital San Juan de Dios, área occidente de la Región Metropolitana.

5.1.2. Características del universo.

Las pacientes que participaron el estudio recibían atención médica en el Hospital San Juan de Dios de Santiago de Chile.

La institución es un hospital público dedicado a atender a la población del área occidente de la Región Metropolitana. La mayoría de los usuarios del hospital son personas de escasos recursos. La infraestructura del hospital es inadecuada, sin embargo, atiende a un gran número de personas. Existe sobrecarga de trabajo en el personal de salud; y muchas veces, no cuentan con los medios para facilitar la tarea.

El hospital no cuenta con profesionales del área de la salud mental (psiquiatra o psicólogos) dedicados a la atención de pacientes; los casos que necesitan atención son derivados al Hospital Félix Bulnes.

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente, notificó 75 casos de cáncer de cuello uterino en 1997 (MINSAL, 1998c). Las pacientes afectadas por esta enfermedad son atendidas ambulatoriamente; en ocasiones, se hospitalizan: cuando presentan complicaciones, para realizar estudios que permitan conocer su estado de salud , planear tratamientos o recibirlos.

El hospital cuenta con un Servicio de Ginecología, el cual cuenta con un área dedicada al tratamiento de pacientes con cáncer ginecológico: Ginecología Oncológica, la cual a su vez cuenta con un Policlínico de Dolor.

En dicho Policlínico se atiende a las pacientes que presentan dolor por cáncer ginecológico. En él trabajan médicos especialistas y matronas que atienden las necesidades de las enfermas. La atención básica ofrecida, consiste en derivarlas para tratamientos específicos, en caso necesario, y/o controlar los medicamentos para aliviar el dolor. La intención es citar a las pacientes cada 15 días, una mañana específica; en la práctica, el trato es flexible, dado que también son atendidas en otros días. El médico es quien controla los medicamentos. El Policlínico es una forma de dar respuesta al control del dolor, síntoma común en pacientes con cáncer avanzado.

Se da preferencia a estas enfermas: son las primeras en pasar a la consulta, debido a que se encuentran en malas condiciones, a veces tanto, que no pueden asistir a los controles. En estos casos, los familiares son los encargados de reportar el estado de salud y retirar los medicamentos. También se controla a las pacientes telefónicamente, pero a veces esto es difícil, ya que dada la situación económica de la mayoría de las pacientes, los teléfonos no funcionan, son para recados o no cuentan con ésta alternativa; aunque siempre se deja un número telefónico.

Para las pacientes más deterioradas, es un sacrificio asistir a los controles: deben desplazarse en movilización colectiva y muchas veces ni siquiera cuentan con el dinero para ello, también les cuesta caminar y deben subir a un segundo piso para ser atendidas. En los caso más complicados, reciben ayuda.

Si bien son atendidas con rapidez, existe una sala de espera donde pueden interactuar con otras pacientes, intercambiar experiencias, lo cual genera expectativas al comparar los casos.

La mayoría de las pacientes incluidas en el estudio estaban incorporadas al Policlínico del Dolor o se les sugirió que lo hicieran, pero no todas asistían por no encontrarse en las condiciones adecuadas.

Estas pacientes generalmente se encuentran en la etapa final de su enfermedad, y por más deteriorado que esté su estado de salud, no son hospitalizadas, pues la medicina no puede hacer más por ellas. Se da preferencia en las hospitalizaciones a las pacientes que cuentan con posibilidades de recuperación. Cuando los esfuerzos médicos no pueden mejorar a las pacientes, se las envía a su hogar para que la familia se haga cargo de ellas; se asesora a los familiares sobre los cuidados que deben recibir y el personal del hospital trata de mantener el contacto con los familiares y la enferma. En caso que la familia no pueda asumir esta responsabilidad, y los recursos económicos sean limitados, las pacientes son derivadas a casas de acogida especializadas.

Muchas pacientes con cáncer son derivadas al Hospital Caupolicán Pardo Correa para que reciban radioterapia, la que se acompaña de quimioterapia, la cual se realiza en el Hospital San Juan de Dios. Se utilizan los tratamientos conjuntamente para mejorar los resultados.

Las pacientes que reciben quimioterapia y/o radioterapia con intención paliativa deben esperar más, pues se privilegia a las pacientes que tengan más posibilidades de sobrevida; el servicio cuenta con recursos limitados. Las horas son dadas por el hospital que realiza la radioterapia. Algunas pacientes no pueden recibir la quimioterapia por contraindicaciones médicas o por no contar con los recursos económicos para comprar las drogas.

Las pacientes tienen que esperar largo tiempo para recibir los tratamientos antes mencionados. El dolor en este tiempo es mitigado sólo con medicamentos, y muchas veces no disminuye todo lo que se quisiera.

También existen otras pacientes que ya se han sometido a los tratamientos más agresivos, sin lograr controlar la enfermedad. En estos casos, presentan desagradables síntomas propios del avance de la

enfermedad, los cuales son atendidos en la medida de lo posible. Se brinda un cuidado paliativo que consiste, básicamente, en tratar de controlar los síntomas con ayuda de medicamentos; las pacientes son derivadas a su hogar y quedan a cargo de su familia.

De lo antes expuesto, se puede encontrar pacientes que se encuentran hospitalizadas, otras que pueden asistir a los controles médicos y otras que se encuentran en su hogar. En esta investigación se trabajó en las distintas situaciones mencionadas.

5.2. Características de la muestra.

La muestra fue una muestra no-probabilística (muestra dirigida) de sujetos tipo o estudio de casos.

La muestra fue elegida al azar, la conformaron 6 personas; las primeras personas que quisieran participar en forma voluntaria y que cumplieran con los siguientes requisitos:

- Mujeres que presentaran cáncer cervicouterino y dolor.
- Pertenecientes al Hospital San Juan de Dios.
- Personas que no presentaran alteraciones cognitivas.
- Personas que aceptaran voluntariamente participar en la investigación.

Para seleccionar la muestra se recurrió al listado de pacientes que asistían al Policlínico de Dolor, del Policlínico de Ginecología del Hospital San Juan de Dios; de la lista se seleccionaron las personas que presentaban cáncer cervicouterino y dolor. Sin embargo, se presentaron dificultades para contactarse con las pacientes, ya que muchas no asistían a los controles y no era posible comunicarse con ellas. Por este motivo, se recurrió también a pacientes hospitalizadas que cumplían con los requisitos.

Mediante este procedimiento se pudo ofrecer la intervención a un total de doce personas, de las cuales seis participaron y seis no lo hicieron por las siguientes razones:

- Tres presentaban dolor leve y consideraron innecesario el procedimiento; sin embargo, si su condición empeoraba no descartaban utilizar el procedimiento. Se les dio la posibilidad de contactarse con la terapeuta, en caso necesario, pero no lo hicieron.
- Una de las pacientes, debido a la enfermedad y a su avanzada edad, presentaba problemas cognitivos.
- Una paciente presentaba dolor intenso y no quiso participar, expresando no necesitarlo y desconfiar de la efectividad del procedimiento.
- Una paciente abandonó el tratamiento, se realizó una sesión en la cual se indujo trance exitosamente. La paciente presentaba un dolor moderado y temía al procedimiento, porque disminuía su vigilia al estar en trance y quería estar lo más alerta posible dado que temía por su vida

5.2.1. Características específicas de la muestra.

Las características de las personas que formaron la muestra de esta investigación son las siguientes:

- Mujeres que padecían cáncer cervicouterino.
- Padecían un dolor moderado a intenso causado por la enfermedad.
- Pacientes del Hospital San Juan de Dios.
- Madres.
- Las sujetos eran de nacionalidad chilena y con residencia en la región Metropolitana.
- De 30 a 53 años de edad. La edad media de las pacientes era de 42 años.
- Nivel socio-económico bajo.
- Con un nivel educacional bajo que va desde 2° básico sin terminar hasta 1° año de enseñanza media.
- Que no presentaran alteraciones cognitivas, en términos de restricciones impuestas al colectivo.

6. Instrumentos utilizados.

6.1. Escala Visual Análoga.

Para medir la intensidad del dolor se utilizó la Escala Visual Análoga (EVA), instrumento que se recomienda en la evaluación de pacientes que presentan dolor por cáncer por su eficacia, simpleza y validez. El instrumento es recomendado por El Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud (MINSAL, 1999); además es usado regularmente por el personal del Hospital San Juan de Dios para evaluar el dolor de sus pacientes.

Este consiste en un sistema de medición de termómetro: en una línea horizontal, generalmente de 10 cm, marcada de 0 a 10 que representa el aumento gradual del dolor. La escala va desde "sin dolor" hasta "el peor dolor que haya sentido", aspectos señalados en sus extremos. El paciente debe señalar el dolor que presenta en el momento, indicando un punto en dicha escala.

6.2. Entrevista semiestructurada.

En cada sesión se realizó una entrevista semi-estructurada que buscaba indagar sobre la experiencia dolorosa, uso de autohipnosis y bienestar general de la paciente.

Las áreas indagadas en esta entrevista son las siguientes:

a) Aspectos de dolor considerados: tipo de dolor, localización, frecuencia, duración de los episodios dolorosos, sentimientos presentados durante la experiencia dolorosa, medicamentos utilizados (dosis y alivio obtenido por su uso) y soluciones intentadas para disminuir el dolor.

b) Aspectos relacionados con la intervención hipnoterapéutica tales como: intensidad del dolor después de inducir trance, duración de los efectos de la intervención hipnoterapéutica, uso de autohipnosis, sensaciones experimentadas.

c) Bienestar general: se consultaron aspectos relacionados con el bienestar físico y emocional. En el primero se indagó sobre otros síntomas que pudieran experimentar las pacientes. Respecto del bienestar emocional se realizó una pregunta abierta; al tener el espacio para hablar sobre su experiencia, la mayoría de las personas conversó sobre distintos aspectos como: percepción de la enfermedad, sentimientos experimentados, relación médico-paciente, vínculos afectivos importantes, relaciones familiares, creencias religiosas, motivaciones, etc.

Se intentó que las pacientes tuvieran un registro detallado de la experiencia dolorosa mediante un diario del dolor, pero esto no fue posible, ya que muchas veces su condición no le permitía hacerlo y en la mayoría de los casos no se contaba con la ayuda de un cuidador.

7. Procedimiento.

Por ser una investigación de diseño mixto, en una primera etapa se realizó una revisión bibliográfica que contempló temas relacionados con el estudio; luego se llevó a cabo la parte empírica.

En la parte empírica, se realizó la intervención hipnoterapéutica ericksonina; las sesiones fueron grabadas casi en su totalidad, sólo una paciente solicitó no grabar cuando hablara de temas personales.

Luego el material fue transcrito textualmente. Junto a las transcripciones se incluyeron comentarios, los cuales permiten una mejor comprensión de la intervención hipnoterapéutica (lenguaje hipnótico, estrategias utilizadas y reacciones de las pacientes) (ver Anexos).

En el caso del dolor, se analizó la variación de distintos aspectos de la experiencia, como intensidad, frecuencia y duración, lo que se graficó, sistematizó en términos de valores absolutos y analizó en términos porcentuales. Se pudo observar las diferencias experimentadas después de inducir trance, la duración del efecto, los cambios experimentados al practicar autohipnosis. Todo lo anterior fue comparado con el tratamiento médico que recibían las pacientes.

Luego, utilizando el análisis de contenido, se construyeron categorías que agrupaban los temas más recurrentes no considerados en los objetivos específicos de esta investigación. Las pacientes mencionaron temas (categorías emergentes) como los siguientes: percepción de la enfermedad, estado emocional, vínculos afectivos y red de apoyo, motivaciones, autocuidado, relación médico-paciente, atención hospitalaria, situación económica y creencias religiosas.

Las categorías fueron analizadas mediante un proceso de codificación abierta, en la cual los datos se examinaron, conceptualizaron y agruparon en categorías (Wenk, 2002).

El análisis cualitativo se realizó de acuerdo con los criterios de rigurosidad científica necesarios para validar investigaciones de este tipo. En este sentido la investigación cumple con las siguientes características (Wenk, 2002):

a) Densidad: se describió en forma detallada la información obtenida, los significados y las intenciones, de tal forma que permite al lector experienciar el tema estudiado. El concepto de densidad alude a una descripción detallada de los aspectos antes mencionados con el fin de acercar la experiencia estudiada.

b) Profundidad: los resultados fueron comparados con fuentes teóricas. De esta manera se buscó conexión con otros discursos científicos. Esto permitió cumplir con la exigencia de incluir diversas perspectivas de análisis.

c) Aplicabilidad y utilidad: se logró obtener una cercanía empírica con el fenómeno estudiado: la información lograda insinúa tendencias que permiten futuros usos, pues si bien los resultados obtenidos no se pueden generalizar, estos abren caminos para futuras investigaciones y aplicaciones prácticas beneficiosas.

La confiabilidad y replicabilidad del estudio se basaron en (Wenk, 2002):

d) Transparencia: se describieron en forma detallada los pasos seguidos en el curso de la investigación, lo que satisface las exigencias de este criterio.

e) Contextualidad: el contexto y los procedimientos de la investigación se describieron detalladamente, de tal manera que se relacionaron los resultados obtenidos con el contexto de los cuales se obtuvieron.

La objetividad del trabajo cualitativo estuvo dado por (Wenk, 2002):

f) La intersubjetividad: si bien los datos en su etapa de recolección fueron recogidos por una persona, la entrevista semiestructurada fue construida por dos investigadores y los datos fueron grabados y transcritos textualmente, lo que permite acceder a los datos básicos a partir de los cuales se realizó todo el estudio; además, el análisis de los datos se realizó con la supervisión de tres personas. Con esto se cumple con el criterio de intersubjetividad, que sugiere que más de un investigador participe en estas etapas.

Los datos cualitativos se entregan de la siguiente forma:

Se presentan los datos ordenados inicialmente en términos descriptivos y adicionalmente dándose cuenta de los cambios observados, considerando que se había llevado a cabo un proceso de investigación-acción con cada una de las pacientes. Para esto se describió cada situación, se seleccionaron párrafos textuales del discurso de las pacientes, los cuales se intercalaron con análisis más abstractos de la investigadora, y se relacionaron con aspectos teóricos, en los casos en que se contaba con teorías contingentes para llevar a cabo esta acción.

El procedimiento descrito permitió identificar características comunes entre las pacientes, por lo que, con los datos antes señalados y uniendo estos resultados con los datos obtenidos con la metodología cuantitativa, se estructuraron las conclusiones de esta investigación.

8. Investigaciones sobre hipnosis y dolor.

Se han realizado distintas investigaciones sobre hipnosis y dolor, el tema no es una inquietud reciente. A continuación se revisan algunos estudios que dan cuanta de los beneficios de la hipnosis en el control del dolor. Si bien entregan información sobre los resultados obtenidos, no especifican el tipo de hipnosis utilizada, ni los detalles de las intervenciones realizadas.

Uno de estos estudios es una investigación realizada con adultos, con dolor crónico cuya duración promedio era 4 años y "capacidad de sugestión" moderada a favorable, en que se obtuvo una reducción significativa de la percepción del dolor (Crawford, Knebel, Kaplan, et. al., 1998).

En esta investigación primero se realizó un entrenamiento de analgesia hipnótica mediante frío-presión, y conjuntamente se evaluaron correlaciones entre eventos relacionados (estímulo eléctrico nocivo) y analgesia hipnótica; luego los autores trasladaron las habilidades aprendidas por los participantes en la reducción del dolor experimental a la reducción de su dolor crónico. Después de tres sesiones experimentales, los participantes informaron reducción del dolor crónico, bienestar psicológico aumentado, y mejor calidad de sueño.

La analgesia hipnótica redujo el dolor sensorial percibido. Según los autores, este tipo de analgesia es un proceso activo que requiere esfuerzo inhibitorio, dado que el dolor se disocia del conocimiento; en esto participa la cortex frontal anterior (Crawford, Knebel, Kaplan, et al., 1998).

Los autores sugieren que la región frontal anterior participa en la asignación activa de atención y desatención. Pero considerando que los aspectos espacio-temporal de las percepciones somatosensoriales involucran los sistemas corticales posteriores, los autores reconocen que otros sistemas inhibitorios del dolor, como el sistema límbico y talámico, actuarían recíproca y activamente con el sistema de atencional frontal. También existe evidencia que el proceso inhibitorio puede extenderse hasta los mecanismos antinocioceptivos del cordón espinal (Crawford, Knebel, Kaplan, et al., 1998).

La percepción de dolor y las estrategias de mando de dolor pueden involucrar la corteza del cingular anterior, la cual tiene muchas conexiones con la corteza frontal anterior. Se piensa que esta área organiza las respuestas a los estímulos nocivos (Crawford, Knebel, Kaplan, et al., 1998).

Según los autores, la hipnosis y otras intervenciones psicológicas deben ser introducidas tempranamente y acompañar los tratamientos médicos para el dolor antes que se desarrolle el dolor crónico (Crawford, Knebel, Kaplan, et al., 1998).

Surgen distintas interrogantes referentes al dolor. Por ejemplo: ¿la analgesia hipnótica, reduce más la dimensión afectiva que la dimensión sensorial?, ¿la analgesia hipnótica implica la inhibición descendente de la transmisión de dolor en los niveles de la médula espinal o en los mecanismos a nivel intracortical que impiden la percepción del dolor?, ¿la analgesia hipnótica utiliza un sistema opiáceo endógeno? (Price, 1996).

Se han realizado diversas investigaciones para responder estas interrogantes. En una, se trató de determinar si existían diferencias en los efectos de la hipnosis en las dimensiones afectiva y sensorial del dolor. Dos grupos de sujetos respondieron a través de la Escala Visual Análoga a la intensidad de un estímulo doloroso en la piel, y al desagrado de ese dolor. Se obtuvo una mejor respuesta en la dimensión afectiva, lo que se explicaría por ser más influenciable por el contexto (Price, 1996).

La reducción del desagrado asociado al dolor, más allá de la reducción de la intensidad sensorial, o incluso sin la reducción de ésta, tendría relación con el significado del dolor, lo cual implica la participación de mecanismos cognitivos, y por consiguiente, la participación de mecanismos intracerebrales. Si bien la hipnosis tiene mayor influencia en la dimensión afectiva, ambas dimensiones se vieron afectadas.

Otro estudio interesante también habla de los beneficios de la hipnosis en el control del dolor: Se diseñó un estudio para caracterizar la analgesia hipnótica y en particular para explorar si los efectos son debidos a una alteración selectiva de la percepción del dolor y si se organizan de una forma somatotópica. En este estudio participaron 32 voluntarios sanos a los que se les midió el umbral térmico para frío y calor. Mediante un termotest se midió el umbral de dolor inducido por calor en la extremidad superior e

inferior izquierda. Las mediciones se realizaron antes, durante y después de la sesión de hipnosis. Antes de la sesión, se administró la versión francesa de la escala de susceptibilidad hipnótica de Stanford. Las sugestiones hipnóticas estandarizadas se limitaron al pie izquierdo. Los umbrales para el dolor por calor se incrementaron de forma significativa tanto en el pie como en la mano. Los cambios en el pie se correlacionaron de forma positiva con la susceptibilidad hipnótica, mientras que de forma inesperada los cambios en la mano se correlacionaron de forma negativa con la susceptibilidad hipnótica. Las medias de detección de los estímulos de calor y frío se vieron alterados en ambas extremidades durante la hipnosis, pero estas modificaciones no se correlacionaron ni con la susceptibilidad ni con los cambios en el umbral para el dolor por calor. Estos resultados indican que las sugestiones hipnóticas pueden alterar la sensación dolorosa de forma selectiva y somatotópica en sujetos altamente susceptibles. También se sugiere que las sugestiones analgésicas pueden inducir alteraciones selectivas de la percepción del dolor en sujetos poco susceptibles, mientras que estos efectos no parecen localizarse de una forma "apropiada". (Benhaiem, J.M., Attal, N., Chauvin, M.; Brasseur L. y Bouhassira, D., 2001; citado por Porta, J., 2001).

A pesar de que se dispone suficiente de información sobre la utilidad de la hipnosis analgésica, su uso, al menos en cuidados paliativos, está poco extendido. El trabajo reportado aporta dos informaciones claves, la primera: que la hipnosis no tiene una acción general, sino que es selectiva cuando ello es pretendido, la segunda es que incluso en pacientes poco susceptibles pueden beneficiarse de esta técnica. (Porta, J., 2001).

La literatura de la investigación clínica y experimental indica que la hipnosis es muy útil para el dolor severo y persistente, pero las revisiones sugieren que todavía no se usa ampliamente. Para animar la aplicación clínica más extendida de la hipnosis, Holroyd (1996) repasa estudios clínicos controlados en que compara favorablemente la hipnosis con otras intervenciones.

La hipnosis ha sido más eficaz para el control del dolor que otras intervenciones conductuales cognitivas, en los estudios de: fibromialgia; tratamiento de la quemadura y procedimientos de trasplante de médula por cáncer terminal (Holroyd, 1996).

Según el autor, al entrenar en analgesia hipnótica se pueden reforzar procesos inihibitorios del sistema nervioso que atenúan el dolor (Holroyd, 1996).

La hipnosis permite la amplificación y atenuación de la respuesta cortical, subsecuente al registró sensorial; privilegia la conciencia, por lo tanto, en hipnosis las respuestas dependerán de las sugerencias, si son para aumentar o disminuir el conocimiento (Holroyd, 1996). Este tipo de inhibición incluso puede observarse en el sistema nervioso periférico (Holroyd, 1996).

"El éxito histórico con el dolor clínico, junto con los más nuevos resultados en el neuropsicología, indican debemos ocuparnos en investigar y aprender a mejorar la analgesia. Se debe reconocer que la hipnosis tiene más ventajas que la relajación, un placebo bueno, y/o psicoterapia" (Holroyd, 1996, p. 43).[28]

Como se puede observar, distintas investigaciones concuerdan en la utilidad de la hipnosis en el manejo del dolor; sin embargo, no es común su empleo, sobre todo en cuidados paliativos.

[28] El autor no específica el tipo de psicoterapia. En la presente investigación, se pudo observar los beneficios de la hipnosis y la importancia de la psicoterapia; por esto, durante toda la investigación se habla de hipnoterapia, vale decir, no se realizaron trances sólo por inducir estado hipnótico, se trató de adaptar el trabajo a la visión de mundo de las pacientes.

IV. Resultados.

1. Descripción de las pacientes.

Paciente: 1.

a) Datos Generales:

Ficha N° 1109910.

Tiempo de tratamiento y seguimiento: 49 días.

Fecha de inicio: 28/02/01

Fecha de término: 10/04/01

Motivo de término del tratamiento: la paciente fallece (17/04/01)

EVA al momento de fallecer: 0

b) Datos personales:

Mujer de 33 años, nivel socio económico bajo, 1° Año de Enseñanza Media rendido, dueña de casa, casada, madre de 3 hijos, sin antecedentes familiares ni personales de enfermedades importantes, fumaba un cigarrillo diario.

c) Enfermedad:

Último PAP realizado en 1994, normal. En Octubre de 1999 presentó sinusorragias[29], genitorragias[30] y dolor hipogástrico tipo cólico; consultó y fue derivada al Hospital Félix Bulnes, donde se diagnosticó cáncer IIb, luego fue derivada al Hospital San Juan de Dios. Ingresó a patología cervical del Hospital San Juan de Dios en Febrero de 2000; en Mayo del mismo año se diagnosticó cáncer cervicouterino IIIb, se recomendó tratamiento de quimioterapia y radioterapia. En Junio del 2000 comenzó el tratamiento antes señalado. Realizó 4 ciclos de quimioterapia en el hospital San Juan de Dios y radioterapia en el Hospital Caupolicán Pardo.

[29] Sangrado postcoital
[30] Hemorragia genital

En Enero del 2001, los médicos evaluaron a la paciente y concluyeron que la enfermedad se encontraba fuera del alcance terapéutico. Se continuó con tratamiento paliativo.

d) Dolor:

En Enero del 2001, comenzó un dolor intenso EVA 6-10. Se indicó morfina 3%, 20 gotas cada 6 hrs, dipirona y Diazepam 5 mg en la noche. El dolor no disminuyó. Ingresó al Policlínico del Dolor de Ginecología del hospital.

Debido al aumento del dolor, se cambiaron los medicamentos: morfina, 20 g c/ 3 hrs (catéter subcutáneo), ibuprofeno 400 mg c/6 hrs y diazepam 10 mg en la noche.

Al iniciar el tratamiento hipnoterapéutico la paciente presentaba dos tipos de dolor, uno visceral y otro neuropático. El primero era un dolor permanente de leve a mediana intensidad EVA (3-5) en la región hipogástrica. El segundo era un dolor de origen neuropático, intenso (EVA 8-10), incapacitante, en la región lumbosacra, irradiado a la extremidad izquierda, la cual presentaba edema. Este dolor se presentaba como crisis de comienzo brusco y de larga duración (horas), cedía sólo por períodos de 10 minutos; las crisis eran frecuentes, innumerables, se presentaba preferentemente en la noche.

Según la paciente estos dolores eran insoportables, como "agua hirviendo", se desesperaba, lloraba, gritaba, no sabía qué hacer, incluso pensaba en el suicidio. Nunca había sentido un dolor tan intenso en su vida.

La paciente tomaba medicamentos para el dolor: morfina 20 mg cada 2 hrs inyectable (catéter subcutáneo) y diazepam mg 10, antes de dormir; en algunos momentos tomó irregularmente ibuprofeno, amitriptilina y piroxicam.

Falleció el 17 de Abril del 2001, en el hospital Caupolicán Pardo, sin dolor (EVA 0).

Paciente: 2.

a) Datos Generales:

Ficha N°: 2008648.

Tiempo de tratamiento y seguimiento: 138 días.

Fecha de inicio: 03/01/01

Fecha de término: 30/04/01

Motivo de término del tratamiento: la paciente fallece (2/05/01)

EVA al momento de fallecer: 0

b) Datos personales:

Mujer de 45 años, nivel socio económico muy bajo, sin estudios formales, sabía leer y escribir (poco), se desempeñó como temporera, separada, madre de 9 hijos, sin antecedentes mórbidos importantes, ni hábitos perjudiciales para la salud.

c) Enfermedad:

Último PAP realizado en 1998, aparentemente normal. En el año 2000, consultó en Melipilla por dolor hipogástrico tipo cólico, que cedía con reposo y sinusorragias; luego fue derivada al Hospital San Juan de Dios debido a alteraciones cervicales. En este hospital rápidamente se diagnosticó cáncer IIIb. En Junio del 2000, se recomendó tratamiento de quimioterapia y radioterapia, pero debido a alteraciones hepáticas y complicaciones renales se demoró el inicio del tratamiento.

En Enero del 2001, se recomendó radioterapia paliativa en el Hospital Caupolicán Pardo, la paciente presentaba cáncer cervicouterino IVa; después de agotar todas las alternativas, no se logró solucionar los problemas de salud que impedían el uso de quimioterapia, motivo por el cual no se realizó, además el tratamiento de radioterapia quedó incompleto (sólo se realizaron 4 sesiones).

d) Dolor:

La paciente comenzó con dolor en Julio del año 2000, se indicó codeína 6% 10g c/4hrs. Se mantuvo por largo tiempo con un dolor hipogástrico leve (sin medicamentos). En Diciembre del 2000 comenzó nuevamente con un dolor similar, pero más intenso, se indicó nuevamente codeína.

En Enero del 2001, comenzó el tratamiento hipnoterapéutico. La paciente presentaba cáncer cervicouterino IVa, se mantenía con dolor moderado (EVA 4,5) y un episodio de dolor intenso semanal que aumentó en las semanas siguientes.

Durante el período que tuvo más dolor, .presentó dos tipos de dolor: visceral y neuropático. El primero se localizaba en abdomen inferior. Estos dolores eran intensos, EVA 10, similares a las contracciones de parto, pero más intensos según la paciente; los episodios eran muy frecuentes (innumerables) y de larga duración; podían disminuir a un dolor leve tipo cólico, pero no desaparecer, siempre quedaba un dolor base. Los segundos eran dolores que se localizaban en la zona sacra. También eran dolores intensos EVA 10 menos frecuentes y de menor duración, pero muy molestos; la paciente sentía una especie de quemadura en la zona. Para aliviar el dolor tomó Tramal cada 6 y 4 horas (según la intensidad del dolor) desde Enero hasta Febrero del 2001. Muchas veces no sintió alivio con los medicamentos.

Se realizaron cuatro sesiones de hipnoterapia antes de comenzar el tratamiento de radioterapia paliativa. El tratamiento médico sólo pudo aplicarse en 4 oportunidades; durante ese período el dolor era muy intenso.

A fines de Enero del 2001, debido a una insuficiencia renal que provocó un síndrome urémico y encefalopatía metabólica, la paciente debió ser hospitalizada; al ingresar presentaba alteración de consciencia y desorientación; se suspendió el tratamiento hipnoterapéutico durante ese período. En el hospital se intervino a la paciente se instaló un catéter doble j, días después fue dada de alta en mejores condiciones (el dolor disminuyó notablemente) y derivada al Policlínico del Dolor de Ginecología del Hospital San Juan de Dios (tratamiento paliativo). En Marzo de dicho año, ingresó al policlínico con una intensidad del dolor EVA 8, se indicó: codeína 6%, paracetamol 1 c/6 hrs y Diazepam 5 mg antes de dormir.

La paciente continúo con el mismo tratamiento farmacológico para el dolor y con hipnoterapia hasta que falleció en su casa sin dolor (EVA 0), el 2 de Mayo del 2001.

Paciente: 3.

a) Datos Generales:

Ficha N°: 2053812.

Tiempo de tratamiento y seguimiento: 115 días.

Fecha de inicio: 04/04/01

Fecha de término: 27/07/01

Motivo de término del tratamiento: control del dolor.

b) Datos personales:

Mujer de 41 años, nivel socio económico bajo, octavo año de enseñanza básica; antes de su enfermedad se desempeñaba como cocinera en un importante hotel; casada, madre de 6 hijos, sin antecedentes mórbidos importantes, ni hábitos perjudiciales para la salud.

c) Enfermedad:

La paciente fue derivada del Hospital Félix Bulnes con diagnóstico de cáncer IIIb al Hospital San Juan de Dios. En Junio del año 2001 ingresó al hospital en que se realizó la investigación. La paciente recibió 5 ciclos de tratamiento de quimioterapia y radioterapia entre los meses de Julio y Agosto del 2001 con finalidad paliativa pues la enfermedad se encontraba en etapa terminal.

d) Dolor:

La paciente ingresó al Policlínico del Dolor de Ginecología del Hospital San Juan de Dios en Abril del 2001 en espera del inicio de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. La paciente entre Abril y Mayo tomó morfina oral 3% 20 gotas cada 4 horas, dipirona 1 cada 6 horas y diclofenaco 10 mg en la noche. En Junio estuvo una semana hospitalizada: un día antes de iniciar el tratamiento médico el dolor aumentó, se hospitalizó a la paciente para manejar el dolor e iniciar el

tratamiento de quimioterapia y radioterapia; se indicó morfina 20 mg c/4 horas (catéter subcutáneo), diclofenaco 10 mg c/24 horas. Después del tratamiento de quimioterapia y radioterapia disminuyó el dolor.

Al inicio del tratamiento hipnoterapéutico la paciente presentaba dolor constante de intensidad (7-8) el cual podía disminuir a EVA 3. Presentó dos tipos de dolor, visceral y neuropático. El primero se localizaba en abdomen inferior. Estos dolores eran intensos (EVA 10), similares, pero más intensos que las contracciones de parto. Los episodios eran muy frecuentes (tres episodios semanales) y de larga duración. Podían disminuir a un dolor leve tipo cólico sólo cuando acudía a un centro asistencial, pero no desaparecer: siempre quedaba un dolor base; sin embargo, el alivio conseguido en el último tiempo duraba unas pocas horas.

Los segundos eran dolores que se localizaban en la zona sacra, también eran dolores intensos (EVA 10) que se irradiaban a la extremidad inferior izquierda.

Durante ese período la paciente tomaba morfina 3% 20 gotas cada 4 horas, dipirona 1 cada 6 horas y diclofenaco 10 mg en la noche.

Se realizaron siete sesiones de hipnoterapia y seguimiento telefónico. La paciente comenzó a practicar autohipnosis después de la primera sesión, continuó utilizándola cuando sentía dolor o intranquilidad, pero días antes de iniciar la quimioterapia no pudo hacerlo, según ella, por la angustia que le provocaba el inicio del tratamiento. La paciente obtuvo muy buenos resultados con su práctica.

Después del tratamiento de quimioterapia y radioterapia paliativa el dolor disminuyó casi completamente.

Con esto se dio por finalizado el tratamiento, pero se dieron las facilidades para que la paciente recurriera a la terapeuta en caso necesario.

La paciente dejó de asistir a los controles médicos, regresó cuando comenzó nuevamente el dolor y se manifestaron los últimos síntomas de la enfermedad. Durante esos meses recibió otros

tratamientos. La paciente no buscó ayuda terapéutica durante en este tiempo. Finalmente falleció en Febrero del 2002.

Paciente: 4.

a) Datos Generales:

Ficha N°: 2048324.

Tiempo de tratamiento y seguimiento: 54 días

Fecha de inicio: 26/04/01

Fecha de término: 18/06/01

Motivo de término del tratamiento: control total del dolor.

b) Datos de la paciente:

Mujer de 51 años, nivel socio económico bajo, 8° año Básico, dueña de casa, separada, madre de 3 hijos, sin antecedentes familiares ni personales de enfermedades importantes, fumó 10 cigarrillos por día durante 6 años.

c) Enfermedad:

La paciente fue enviada desde su consultorio al Hospital San Juan de Dios por metrorragias[31] intermitentes desde el año 2000. El último PAP realizado fue en 1996 y no evidenció alteraciones. En Enero del 2001 en el Hospital San Juan de Dios se diagnosticó cáncer cervicouterino IIIb, se recomendó tratamiento de quimioterapia y radioterapia; pero debido a problemas de salud, sólo se realizó radioterapia con intención paliativa.

Durante su enfermedad fue hospitalizada debido a pérdida de conocimiento asociado a una anemia causada por metrorragias.

d) Dolor:

La paciente inició la terapia del dolor en Abril, se recetó codeína 6% 15 gotas cada 6 horas, paracetamol y Diazepam 10 mg antes de dormir. En Mayo del 2001, presentaba un cáncer IVa.

[31] Sangrado genital.

Cuando comenzó el tratamiento hipnótico la paciente presentaba dolor visceral y neuropático, el cual no era fácilmente descrito por la paciente. Éste se ubicaba en la zona hipogástrica y sacra. Según la paciente, los dolores más intensos eran contracciones similares a los dolores de parto que aumentaban cuando se pasaba el efecto del medicamento. El dolor más leve llegaba a EVA 4 y los dolores más intensos podían superar el EVA 20 (el máximo del EVA es 10), éstos se presentaban 3 veces en el día, y duraban 45 minutos.

El tratamiento consistía en medicamentos para el dolor: diclofenaco, paracetamol (ambos cada 5 horas) y diazepam 10 mg en la noche; por problemas estomacales se suspendió por un tiempo la codeína y la morfina.

La paciente practicó autohipnosis después de la primera sesión y en forma ocasional durante el tratamiento. Obtuvo logros con esta herramienta.

Finalmente la paciente recibió tratamiento de quimioterapia y radioterapia, con esto el dolor fue controlado casi por completo.

En el último contacto que se tuvo con la paciente informó que no tenía dolor y que se había recuperado de su enfermedad (su enfermedad se encontraba en etapa terminal), ni siquiera quería hablar del tema, dejó de asistir a los controles médicos y de practicar trance. Consideró útil el tratamiento hipnoterapéutico, se dio la oportunidad para acudir a la terapeuta en caso necesario. Se perdió todo contacto con la enferma.

Paciente: 5

a) Datos generales:

Ficha N°: 2048227

Tiempo de tratamiento y seguimiento: 14 días.

Fecha de inicio: 25/01/01

Fecha de término: 26/01/01

Motivo de término del tratamiento: la paciente fallece (7/02/01)

EVA al momento de fallecer: 9

b) Datos de la paciente:

Mujer de 53 años, nivel socio económico bajo, 2° año Básico, se desempeñaba como asesora del hogar, separada, madre de 8 hijos, sin antecedentes familiares ni personales de enfermedades importantes, fumó 10 cigarrillos por día durante 12 años.

c) Enfermedad:

Último PAP realizado en 1997, anómalo sin control posterior. En Octubre de 1999, la paciente consultó en el Hospital Félix Bulnes por genitorragias; en dicha oportunidad se diagnosticó cáncer III, fue derivada al Hospital San Juan de Dios para tratamiento de quimioterapia. En Enero del año 2000 ingresó al hospital, presentaba cáncer cervicouterino en etapa IV B; quedó hospitalizada para realizar el tratamiento, pero no se realizó debido a una hipercalcemia y diversas complicaciones, estuvo hospitalizada 20 días.

d) Dolor:

A comienzos de Enero del 2001 comenzó un moderado dolor abdominal difuso, no se dieron medicamentos para aliviarlo; cuando el dolor era muy intenso se inyectaba ketoprofeno 100 mg. A fines del mismo mes, los dolores se intensificaron y se recetó codeína 6%, 20 gotas cada 4 hrs; en días posteriores se agregó dipirona. La paciente no logró sentir alivio con los medicamentos.

En esa fecha se comenzó el tratamiento hipnoterapéutico. La paciente presentaba edema en la extremidad inferior derecha y serios problemas de estreñimiento; además, dos tipos de dolor: uno de tipo neuropático, una punzada intensa EVA 8-9 y frecuente en el abdomen

inferior y coxis; otro dolor de tipo visceral, localizado en la zona hipogástrica, permanente, de mediana intensidad (EVA 6).

Mediante hipnoterapia la paciente pudo estar 3 horas aproximadamente sin dolor (EVA 0).

La paciente ingresó al Policlínico del dolor de Ginecología del hospital en Febrero del 2001, se recetó codeína 6% 20 gotas cada 6 horas y haldol antes de dormir. Días después, el 7 de Febrero del 2001, falleció en su casa con dolor intenso (EVA 9).

Paciente: 6.

a) Datos Generales:
Ficha N° 1436440.
Tiempo de tratamiento: 11 días.
Fecha de inicio: 18/06/01
Fecha de término: 28/06/01
Motivo de término del tratamiento: control del dolor.

b) Datos personales:

Mujer de 31 años, nivel socio económico bajo, 8° año básico, dueña de casa, madre de 2 hijos, sin antecedentes familiares ni personales de enfermedades importantes, fumaba un cigarro diario durante diez años.

c) Enfermedad:

Último PAP realizado en 1995, negativo. En 1998 consultó por sinusorragias y metrorragias; se diagnosticó cáncer cervicouterino II B.

Entre Marzo y Mayo de 1998 recibió tratamiento de radioterapia y braquiterapia en la Fundación Arturo López. Terminado el tratamiento se dio el alta, la paciente continuó con controles esporádicos.

En Junio del año 2000 consultó por dolor pélvico y lumbosacro. Se realizan exámenes que hacen pensar en una recidiva: una ecotomografía abdominal de Junio del 2001 da cuenta de "una situación para-aórtica izquierda, se observa formación nodular 83 x 30 x 31 mm. de diámetro y moderada dilatación pielocaliciaria que compromete el

riñón izquierdo" (Hospital San Juan de Dios, ficha clínica). Considerando estos antecedentes, los médicos piensan en una adenopatía lumboaórtica izquierda e hidroureteronefrosis izquierda, lo que significa que la enfermedad queda fuera del alcance médico. Se supone una metástasis que alcanza los ganglios linfáticos.

En Junio del 2001 comienza el tratamiento de quimioterapia: se realizaron 6 ciclos; en Julio de se instaló un catéter doble J por problemas renales.

Se pensó que la paciente presentaba un cáncer terminal. La paciente fue dada de alta porque no se podía hacer más para mejorar sus salud. Continuó con el tratamiento paliativo del dolor, el cual consistía en morfina 20 mg c/6 horas (catéter subcutáneo), dipirona 1 mg c/6 horas y diclofenaco.

Sin embargo, en Mayo del 2002 no se encontró evidencia histológica que demostrara la presencia de una recidiva tumoral. Una de las hipótesis para este sorprendente hecho es un error diagnóstico, que puede haber confundido la evidencia tumoral previa con una pielonefritis.

En Octubre del 2002 la paciente no presentaba evidencias de la enfermedad; si una dependencia a la morfina (en tratamiento).

d) Dolor:

En Junio del 2000, la paciente refiere dolor pélvico y lumbosacro izquierdo. El 18 de Junio la paciente presentaba dos tipos de dolor: visceral y neuropático.

Al iniciar el tratamiento hipnoterapéutico la enferma presentaba un dolor visceral de intensidad EVA 4, localizado en la zona hipogástrica. El otro era un dolor de comienzo brusco que llegaba a EVA 10, eran clavadas intensas localizadas en la zona hipogástrica, zona sacra y extremidades inferiores (dolor neuropático). El dolor se presentaba con más intensidad en la noche y podía estar horas con dolor. El dolor era el peor experimentado durante toda su vida.

La paciente tomaba codeína 6% 20 gotas c/4 hrs y dipirona. Debido al aumento del dolor comenzó a tomar morfina 5 mg c/6 hrs (oral) y 10 mg/ diclofenaco.

La enferma comenzó a practicar autohipnosis después de la primera sesión y continuó practicando esporádicamente cuando sentía dolores moderados. La paciente logró sentir alivio con el procedimiento.

Cuando la paciente recibió tratamiento de quimioterapia y se implantó un catéter doble J, el dolor fue controlado casi por completo. La paciente fue dada de alta con tratamiento paliativo para el dolor, se encontraba en malas condiciones generales y no se podía hacer más para mejorar su estado.

Algunos días después, se mantuvo contacto telefónico con la madre quien informó sobre el precario estado de salud de su hija. La paciente aprendió a practicar autohipnosis y cuando podía practicaba el procedimiento. Se dieron las facilidades para continuar con la sesiones de hipnoterapia si lo consideraba necesario. Pero la paciente no lo solicitó.

Identificación de las Pacientes.

Pacientes	EDAD	N.S.E.	EDUCACIÓN	*DIAGNÓSTICO	DEFUNCIÓN
1	33 años	Bajo	1° Medio	CA CU IV B	17-04-01
2	43 años	Bajo	2°básico, incompleto	CA CU IV A	02-05-01
3	40 años	Bajo	8° Básico	CACU III B	Fallecida
4	51 años	Bajo	8° Básico	CA CU IV B	Sin información
5	53 años	Bajo	2° Básico	CA CU IV B	11-02-2001
6	30 años	Bajo	8° Básico	CACU IV B	Sobrevive

Tabla N° 2. Identificación de las pacientes.

(*) En el cuadro se considera el diagnóstico (etapa) al iniciar el tratamiento hipnoterapéutico, para facilitar la comprensión del estado de las pacientes en el momento de la investigación.

Sin embargo, normalmente la etapa se diagnóstica una vez, cuando se pesquisa la enfermedad, los eventuales avances son una evolución de la etapa diagnosticada.

2. Resultados cuantitativos.

Los resultados cuantitativos se entregan en gráficos y tablas, en términos de valores absolutos, el análisis de estos datos se realizó en términos porcentuales. Para una mejor comprensión gráfica se consideró sólo el dolor máximo, promedio y la disminución después de las sesiones. Las variaciones de los otros tipos de dolor se mencionan en las tablas y en el estudio de casos.

2.1. Resultados gráficos.

Paciente 1.

Mujer de 33 años, al iniciar el tratamiento hipnoterapéutico, padecía cáncer cervicouterino en etapa terminal. Presentaba dolor neuropático, en la región lumbosacra irradiado a una de las extremidades inferiores, el dolor era muy intenso, según la paciente, el peor dolor experimentado en su vida. Además, presentaba dolor visceral en la región hipogástrica de mediana intensidad. Durante el período informado recibió sólo medicamentos (opioide + coadyuvante). La paciente, desde la octava sesión, practicó autohipnosis tres veces al día. El tratamiento hipnoterapéutico duró en total 42 días, período informado.

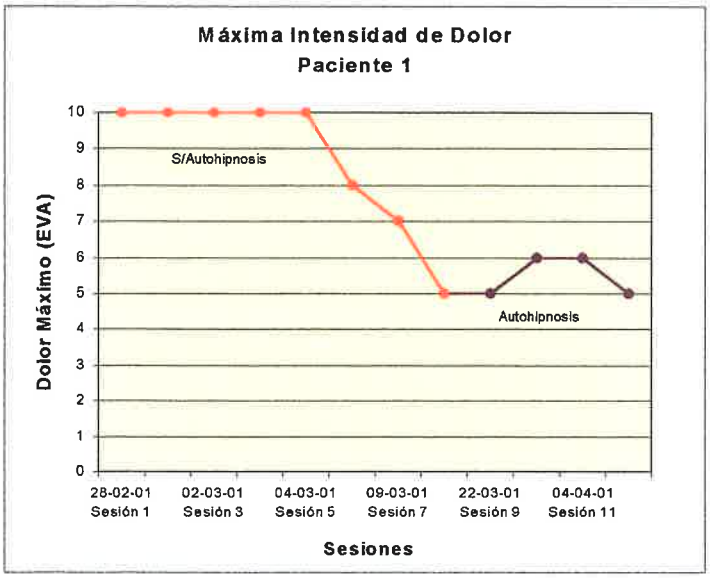

Figura N°6 Máxima intensidad de dolor[32]. (Paciente 1).

El dolor máximo disminuyó desde la 8ª sesión, se redujo entre 40-50% durante 25 días. Los mejores resultados coinciden con la práctica de autohipnosis (Fig.N°6).

[32] Los datos de la 6ª y 11ª sesión fueron interpolados.

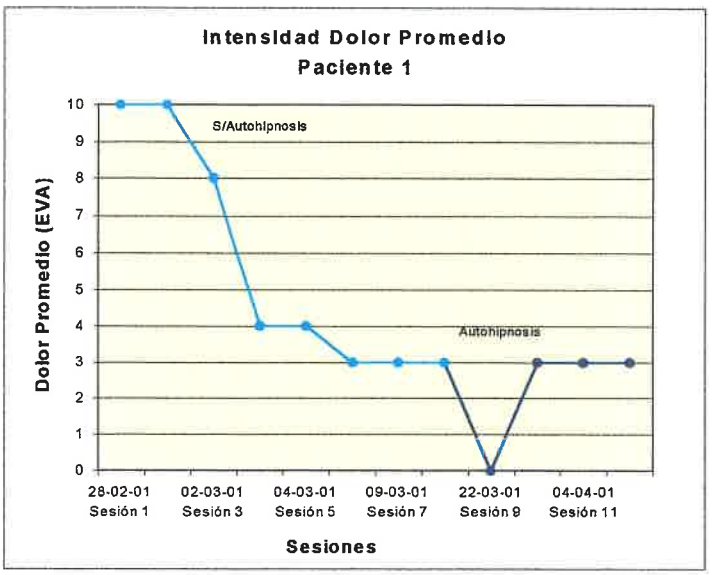

Figura N°7. Intensidad de dolor promedio[33]. (Paciente 1).

La intensidad del dolor más frecuente o promedio comenzó a disminuir desde la tercera sesión. La intensidad se redujo entre 20-100%, y en promedio disminuyó 58%, durante 40 días. El mejor resultado correspondió a una disminución de un 100%, durante 7 días (Fig.N°7).

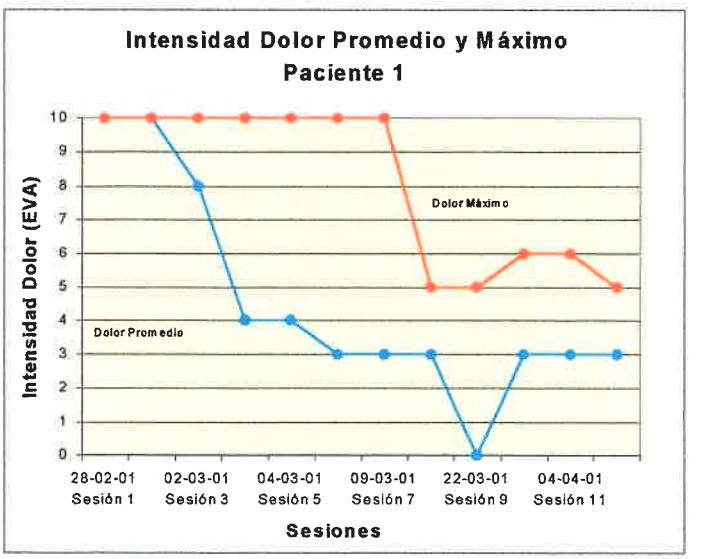

Figura N°8. Intensidad de dolor promedio y máximo. (Paciente 1).

Al comparar las intensidades de dolor máximo y promedio se puede observar que ambos disminuyeron; se redujo primero el dolor promedio (Fig. N°8).

[33] Los datos de la 6ª y 7ª sesión debieron interpolarse por no haber medición.

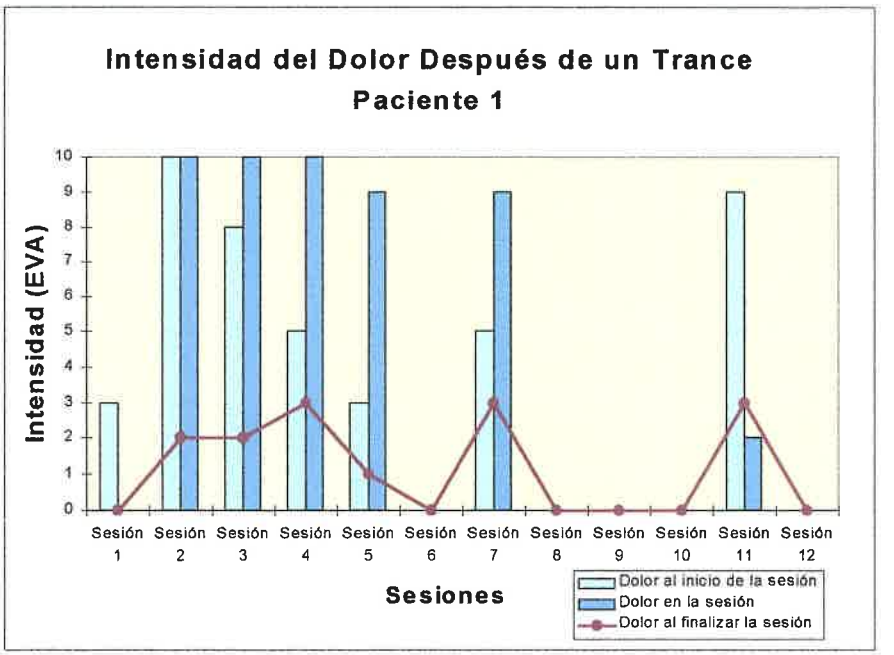

Figura N°9. Intensidad del dolor después de un trance. (Paciente 1).

Como se puede observar la intensidad del dolor disminuyó después de inducir trance, por más intenso que fuera el dolor, en todas las sesiones en las cuales se presentó dolor y se indujo trance. El mejor resultado correspondió a reducciones totales 100% (Fig.N°9).

Paciente 2.

Mujer de 45 años, al iniciar el tratamiento hipnoterapéutico, presentaba cáncer cervicouterino en etapa terminal (IV a). Comenzó con dolores hipogástricos moderados, un año antes. Al comenzar el tratamiento presentaba dolor visceral, similar al parto, pero más intenso, localizado en la región hipogástrica. Además, dolor neuropático localizado en la zona sacra. Durante el período informado recibió medicamentos (opioide), en la quinta sesión radioterapia paliativa. El tratamiento fue interrumpido debido a problemas renales, por los cuales la paciente fue hospitalizada. Se colocó un catéter doble jota; después de la intervención el dolor disminuyó notablemente. La paciente practicó autohipnosis irregularmente, los problemas de salud comprometieron su funcionamiento cognitivo. En la investigación se informa un período de 118 días (tratamiento).

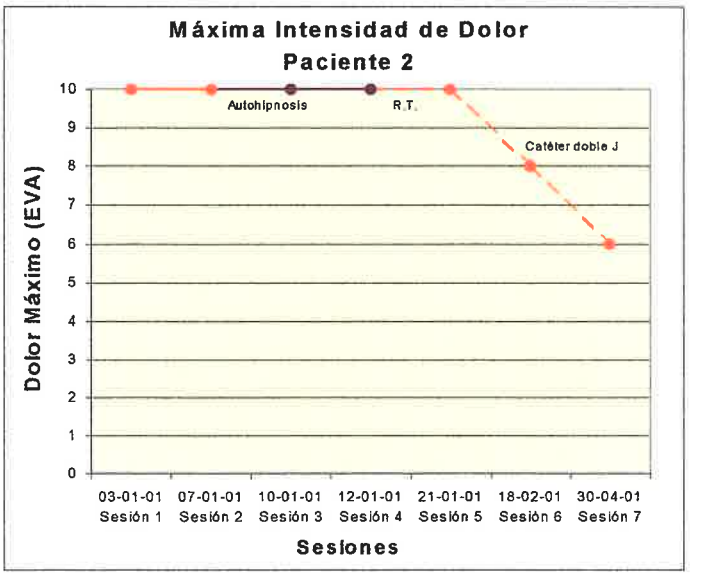

Figura N°10. Máxima intensidad de dolor. (Paciente 2).

La paciente se mantuvo con dolor intenso. La mayor disminución ocurrió después de colocar un catéter doble jota. El mejor resultado fue una disminución de 40% durante 42 días (Fig. 10).

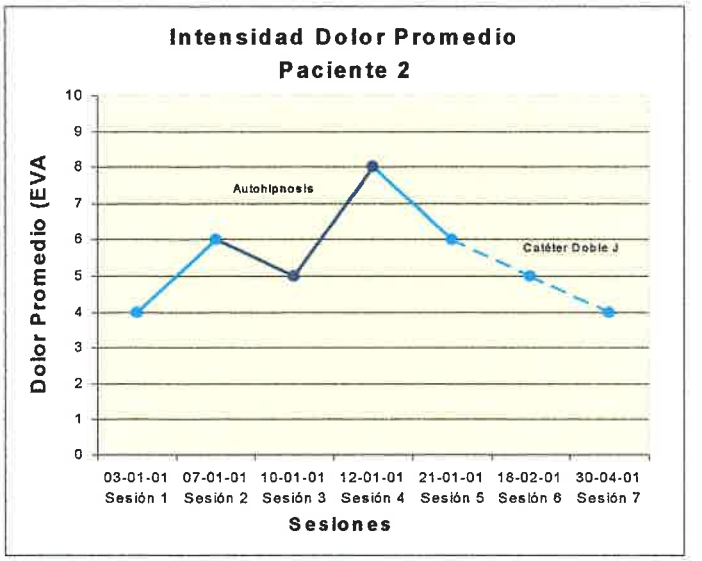

Figura N°11. Intensidad dolor promedio. (Paciente 2).

El dolor promedio aumentó la mayor parte del tiempo, luego de la intervención médica disminuyó a la intensidad inicial (Fig. 11).

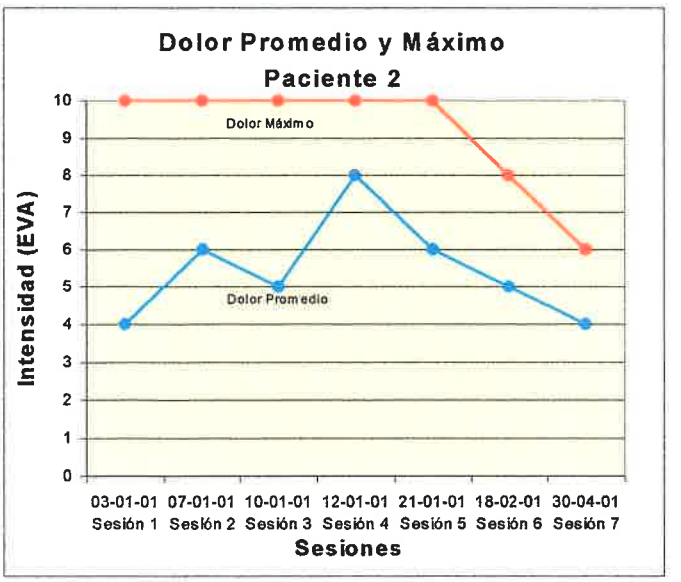

Figura N°12. Intensidad dolor promedio y máximo. (Paciente 2).

El dolor promedio y el dolor máximo disminuyeron notablemente, después de la intervención médica (Fig. N°12).

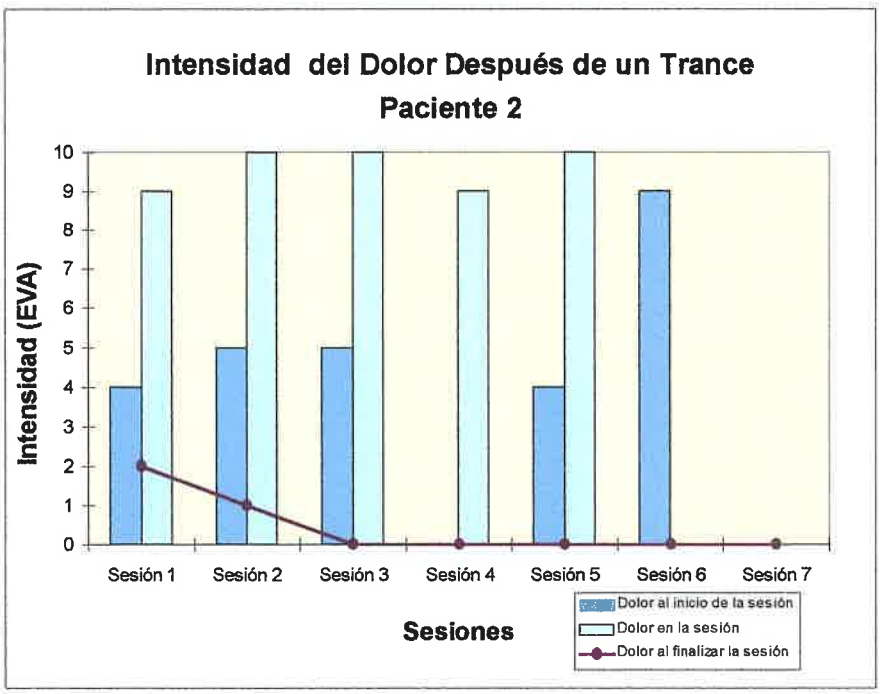

Figura N°13. Intensidad del dolor después de un trance. (Paciente 2).

El dolor disminuyó en todas las sesiones en las cuales se presentó dolor y se indujo trance. La disminución conseguida con los trances fue el mayor alivio experimentado, pues la paciente permanecía con dolor, los únicos momentos sin dolor eran después del trance. El dolor llegó a disminuir 100% en las sesiones 3ª, 4ª, 5ª y 6ª. En la 7ª sesión no se presentó dolor. En las otras sesiones el dolor disminuyó 80-90% (Fig. 13).

Paciente 3.

Mujer de 41 años. Al iniciar el tratamiento hipnoterapéutico presentaba cáncer cervicouterino IIIB. Por este motivo experimentaba 3 episodios semanales de dolor visceral; según la paciente eran similares a los dolores de parto, pero más intensos, esto dolores se localizaban en la región hipogástrica. Además, presentaba dolor neuropático en la zona sacra que se irradiaba a la extremidad izquierda inferior. Durante el período informado recibió medicamentos (opioide) y AINEs. Después de la 6ª sesión, tratamiento de quimioterapia y radioterapia. La duración de la intervención hipnoterapéutica y el seguimiento fueron: 115 días.

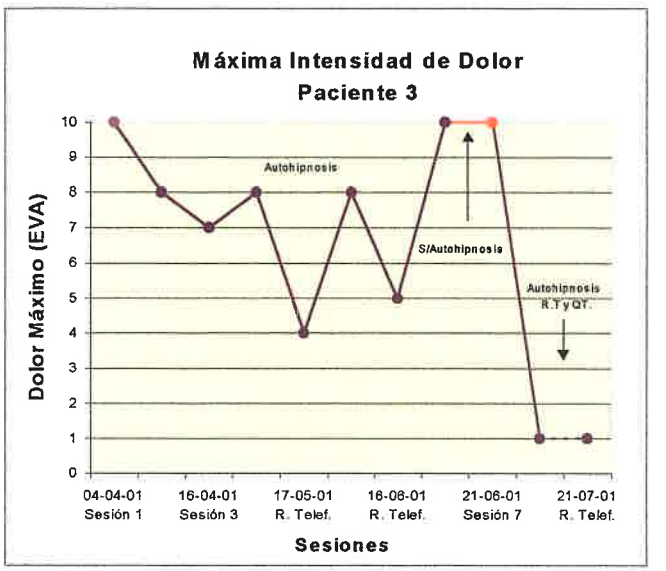

Figura N°14. Máxima intensidad de dolor. (Paciente 3).

Las intensidades máximas de dolor experimentadas por la paciente disminuyeron gran parte del tratamiento. La disminución comenzó después de la primera sesión; disminuyó un 51% en promedio. Cuando la paciente no practicó autohipnosis, se registró un aumento de las intensidades máximas del dolor. El mejor resultado correspondió a una disminución de 90 % durante 30 días. En ese período recibió tratamiento de quimioterapia, radioterapia y practicó autohipnosis (Fig. 14).

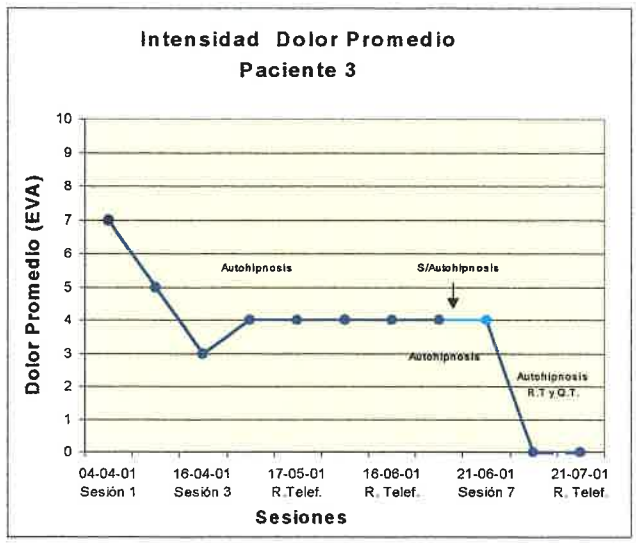

Figura N°15. Intensidad de dolor promedio. (Paciente 3).

Las intensidades del dolor habituales disminuyeron después de la primera sesión, manteniéndose gran parte del tratamiento. El dolor disminuyó entre 38 y 100%. El mejor resultado correspondió a una disminución de 100% durante 30 días. Durante ese período la paciente recibió tratamiento de quimioterapia, radioterapia y autohipnosis (Fig. 15).

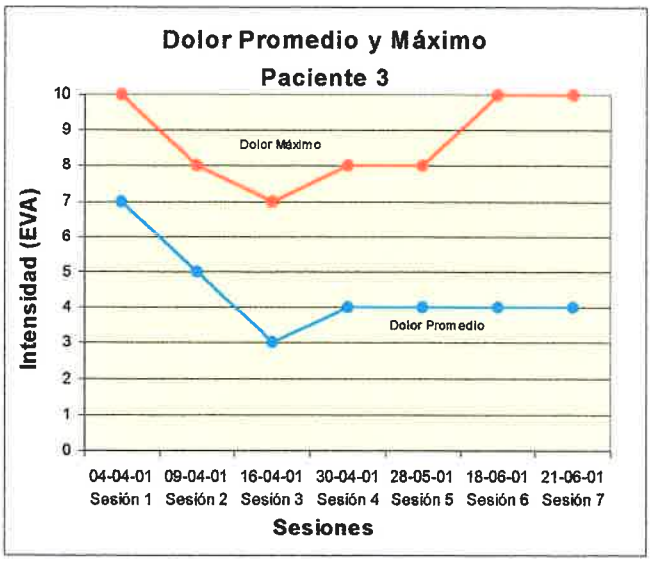

Figura N°16. Intensidad dolor promedio y máximo. (Paciente 3).

El dolor promedio y máximo disminuyeron. Las bajas ocurrieron simultáneamente. El dolor promedio, luego de disminuir evidenció un leve ascenso, estabilizándose hasta el final de tratamiento. El dolor máximo disminuyó gran parte del tratamiento y experimentó mayores alzas.

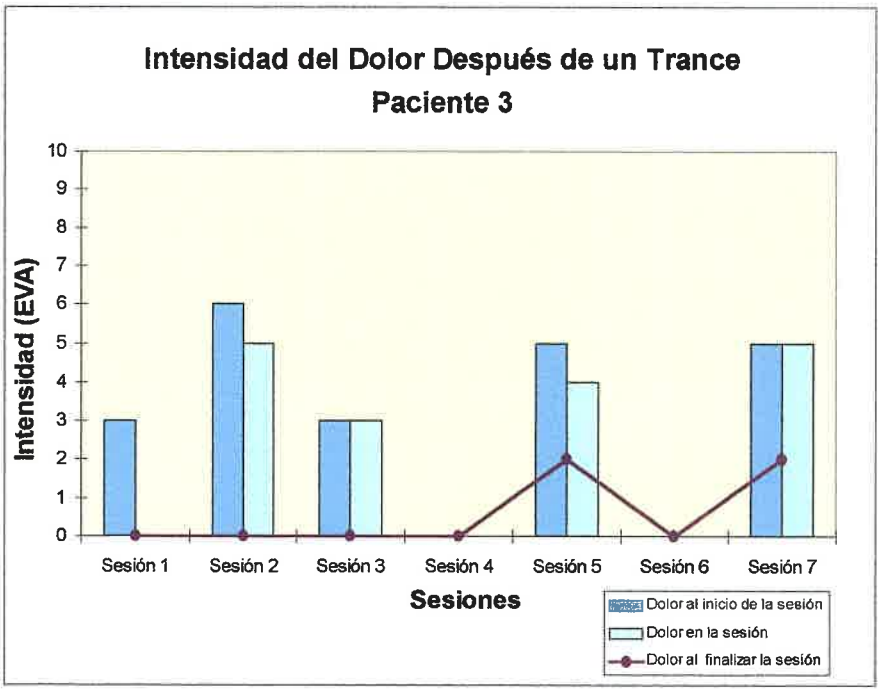

Figura N°17. Intensidad dolor después de un trance. (Paciente 3).

Las intensidades del dolor disminuyeron cada vez que se indujo trance. Los mejores resultados correspondieron a disminuciones de 100% (Fig. 17).

Paciente 4.

Mujer de 51 años, cuando inició el tratamiento hipnoterapéutico, padecía cáncer cervicouterino en etapa terminal (IVA). La paciente presentaba dolor neuropático en la región sacra y abdominal inferior. El dolor era muy intenso, según ella el peor experimentado en su vida. Además, presentaba dolor visceral en la región hipogástrica de mediana intensidad. Durante el período informado recibió medicamentos (opioide + AINEs).

La paciente desde la primera sesión practicó autohipnosis ocasionalmente.

El tratamiento hipnoterapéutico y seguimiento duró en total 54 días, período informado.

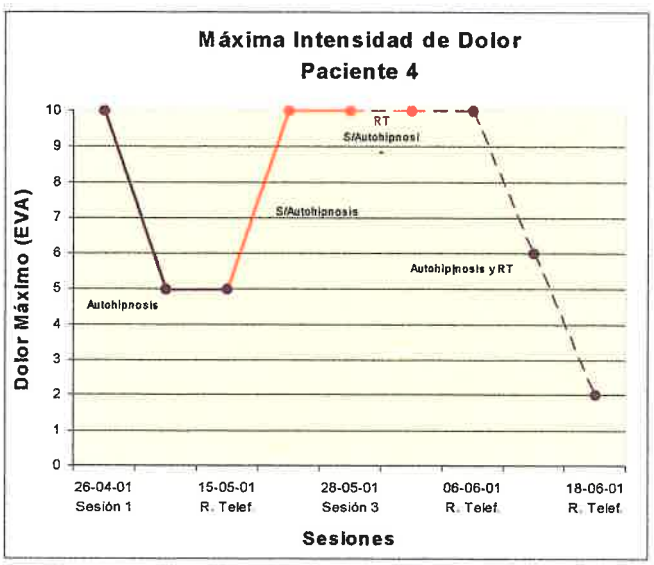

Figura N°18. Máxima intensidad de dolor. (Paciente 4).

Después de la primera sesión, la intensidad máxima de dolor disminuyó en un 50%; el descenso se mantuvo durante 19 días. Luego el dolor aumentó y se mantuvo en la máxima intensidad. Finalmente, el dolor

disminuyó notablemente en 80%, el descenso coincide con el período en que se realizó el tratamiento de radioterapia paliativa y practicó autohipnosis. (Fig. 18).

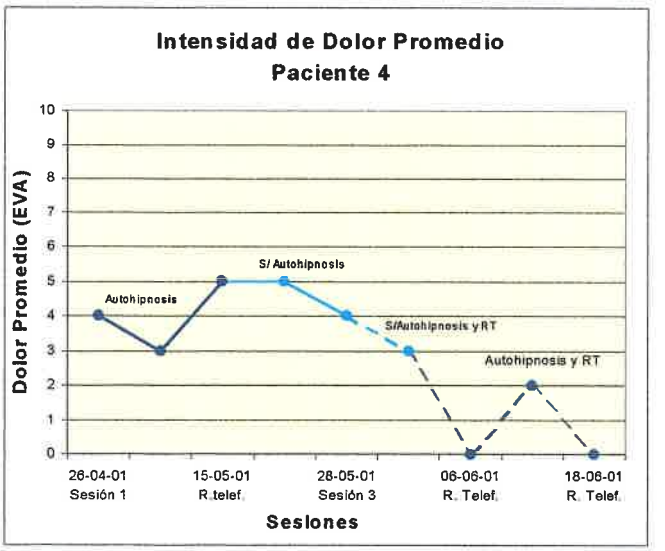

Figura N°19. Intensidad de dolor promedio. (Paciente 4).

La paciente experimentó un descenso del dolor promedio después de la primera sesión, luego aumentó; sólo logró una intensidad menor a la inicial cuando comenzó la quimioterapia y radioterapia (Fig. 19).

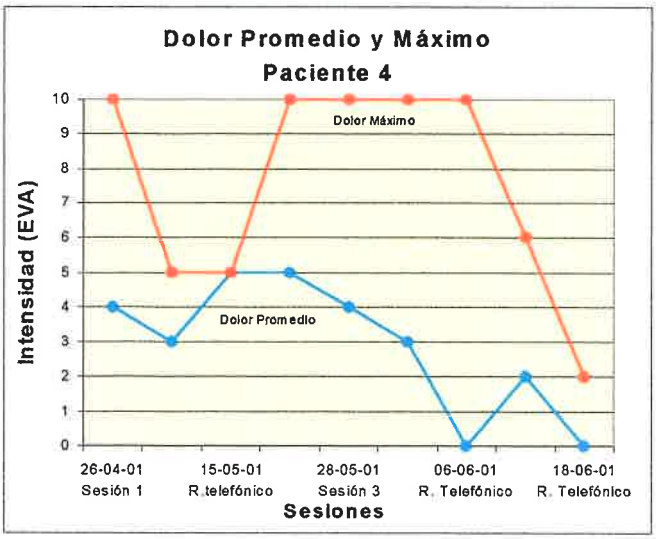

Figura N°20. Intensidad dolor promedio y máximo. (Paciente 4).

Inicialmente el dolor promedio y máximo mostraron un comportamiento similar; pero después fue opuesto, el dolor más intenso aumentó hasta el límite superior, en cambio el dolor promedio disminuyó. Al recibir tratamiento de radioterapia, ambos disminuyeron (Fig.20).

No se realizó un gráfico de la intensidad del dolor después de inducir trance de la paciente N°4, porque casi no presentó dolor durante las sesiones; y las pocas veces que lo experimentó, no quiso experimentar trance.

Paciente 5.

El mejor resultado observado fue la reducción de la intensidad del dolor inmediatamente después de inducir trance. La paciente logró disminuir totalmente la intensidad del dolor (100%) en las dos oportunidades que se indujo trance. No se realizaron gráficos por el reducido número de sesiones.

Paciente 6.

Los mejores resultados observados en la paciente fueron la reducción de la intensidad del dolor inmediatamente después de inducir trance. La paciente logró disminuir la intensidad del dolor en 57%, después de experimentar trance. No se realizaron gráficos por el reducido número de sesiones.

A continuación se presentan los valores absolutos, los cuales son la base de la investigación cuantitativa. Estos datos se entregan en tablas, en las cuales se indican distintos aspectos de la experiencia dolorosa considerados en el estudio, fechas en las cuales se presentaron y tratamientos que recibían las pacientes en esos momentos.

Se presentan unas tablas referidas sólo a la intensidad del dolor, objetivo específico 2, y otras que relacionan la intensidad con intervención hipnoterapéutica (trance y autohipnosis), las cuales están relacionadas con el objetivo específico 3. Las tablas se presentan para cada paciente de acuerdo con el número de sesiones realizadas.

2.2. Resultados Objetivo Específico 2 (Tablas).

Resultados: Intensidad del dolor. Paciente 1.

Respecto al **Objetivo Específico 2**, "Evaluar si la intervención hipnótica disminuye la intensidad del dolor y el sufrimiento de pacientes con cáncer cervicouterino", se encontró lo siguiente:

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	Sesión 1 28-02-01	Sesión 2 01-03-01	Sesión 3 02-03-01	Sesión 4 03-03-01	Sesión 5 04-03-01	Sesión 6 05-03-01
A) Dolor Promedio.	10	10	8	4	4	No se realizó evaluación del dolor
B) Dolor más intenso.	10	10	10	10 y más	10	-------
C) Dolor al inicio de la sesión.	3	10	8	5	3	------
D) Dolor en el transcurso de la sesión.	0	10	10	10	8-9	------
E) Dolor al finalizar la sesión.	0	2	2	3	1	------

Tabla 3. Intensidad del Dolor (Paciente 1).
(Sesiones 1-6)

Tabla 3. Intensidad del Dolor. (Paciente 1)
(Continuación sesiones 7-12)

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	Sesión 7 09-03-01	Sesión 8 14-03-01	Sesión 9 22-03-01	Sesión 10 28-03-01	Sesión 11 04-04-01	Sesión 12 10-04-01
A) Dolor Promedio.	Sin información.	3	0	3-4	3-4	3
B) Dolor más intenso.	10	5-6	5	6	10	5-6
C) Dolor al inicio de la sesión.	5	0	0	0	9	0
D) Dolor en el transcurso de la sesión.	8-9	0	0	0	3	0
E) Dolor al finalizar la sesión.	3	0	0	0	2	0

Resultados: Frecuencia y duración del dolor paciente 1.

	Sesión 1 28-02-01	Sesión 2 01-03-01	Sesión 3 02-03-01	Sesión 4 03-03-01	Sesión 5 04-03-01	Sesión 6 05-03-01
DOLOR FRECUENCIA	Episodios de dolor intenso EVA10: innumerables en un día. Presenta dolor base.	Episodio de dolor intenso EVA 10: innumerables en un día Presenta dolor base.	1 Episodio diario de dolor intenso EVA 10. Presenta dolor base.	1 Episodio diario de EVA 10. Presenta dolor base.	1 Episodio diario de dolor intenso , según la paciente superan EVA 10. Presenta dolor base.	Sin información.
DOLOR DURACIÓN	Dolor intenso: todo el día, sólo 10 min. sin dolor. Dolor base constante.	Dolor intenso: 5 horas sin dolor. Dolor base: constante.	Dolor intenso: 3 hrs. Dolor base constante.	Dolor intenso: toda la noche. Dolor base: constante.	Duración de los episodios de dolor intenso: 3 hrs. Dolor base constante.	Sin información.
DOLOR AL FINALIZAR LA SESIÓN ANTERIOR	Sin información.	EVA 2 Duración del alivio después de la sesión: 5 hrs.	EVA 2 Duración del alivio después de la sesión: 2 hrs.	EVA 2-3 Duración del alivio después de la sesión: 10 hrs.	EVA 3 Duración del alivio después de la sesión: 7 hrs.	EVA 3 Duración del alivio después de la sesión: 7 hrs.
TRATAMIENTOS	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina 20% (catéter) cada 4 hrs. Diazepam 10 mg. piroxicam (no recetado).	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20% (catéter) cada 4 hrs. Diazepam 10 mg, piroxicam (no recetado).	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20% (catéter) cada 4 hrs (c/ 2 hrs. en el día). Diazepam 10 mg, piroxicam (no recetado).	Morfina, 20% (catéter) c/2 hrs. Diazepam 10 mg. (noche), amitriptilina 1 c/ 12 hrs, piroxicam e ibuprofeno 400 mg.	Morfina, 20% (catéter) c/ 4 hrs. (pero lo utiliza c/2 hrs.)Diazepam, amitriptilina, piroxicam e ibuprofeno (no respeta los horarios de los medicamentos)	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20cc inyectable cada 4 hrs. (la utiliza c/ 2 hrs en el día) Diazepam 10 mg.

Tabla 4. Frecuencia y Duración del Dolor. (Paciente 1)

(Sesiones 1-6)

Tabla 4. Frecuencia y Duración del Dolor (Paciente 1)
(Continuación sesiones 7-12)

	Sesión 7 09-03-01	Sesión 8 14-03-01	Sesión 9 22-03-01	Sesión 10 28-03-01	Sesión 11 04-04-01	Sesión 12 10-04-01
DOLOR FRECUENCIA	Episodios EVA 10:1 Presenta dolor base en los últimos días.	2 Episodios de dolor intenso EVA (5-6). Presenta dolor base en los últimos días.	3 Episodio de dolor: EVA 5. No presenta dolor base en los últimos días.	1 Episodios de dolor EVA 6. Presenta dolor base: ocasional en los últimos días.	1 Episodios de dolor intenso EVA 10. Presenta dolor base en los últimos días.	2 Episodios de dolor en una semana EVA 5-6. Presenta dolor base en los últimos días.
DOLOR DURACIÓN	Episodios de dolor intenso: sin información. Dolor base ocasional.	Episodios de dolor intenso: sin información. Dolor base ocasional.	Episodios de dolor más intenso: 5 min. Dolor base: no presenta.	Episodios de dolor más intenso: 5 min. Dolor base ocasional.	Episodios de dolor intenso: 3 hrs. Dolor base ocasional.	Episodios de dolor 5-6: 45 min. Dolor base ocasional.
DOLOR AL FINALIZAR LA SESIÓN ANTERIOR	EVA 1 Duración del alivio después de la sesión: sin información.	EVA 3. Duración del alivio después de la sesión: sin información	EVA 0. Duración del alivio después de la sesión: días.	EVA 0. Duración del alivio después de la sesión: sin información.	EVA 0. Duración del alivio después de la sesión: sin información.	EVA 3. Duración del alivio después de la sesión: sin información.
TRATAMIENTOS	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20% inyectable cada 4 hrs. (la utiliza c/ 2 hrs en el día.) Diazepam 10 mg (noche).	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina 20% inyectable cada 2 hrs, piroxicam e ibuprofeno 400 mg c/ 6 hrs (la paciente no respeta los horarios).	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20% inyectable cada 4 hrs. Diazepam 10 mg (noche).	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20% inyectable c/ 4 hrs Diazepam 10 mg, noche .	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20% inyectable c/ 4 hrs. (no respeta los horarios de los medicamentos).	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina 3% oral cada 4 hrs.

Resultados: Intensidad del dolor. Paciente 2.

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	Sesión 1 03-01-01	Sesión 2 07-01-01	Sesión 3 10-01-01	Sesión 4 12-01-01	Sesión 5 21-01-01	Sesión 6 18-02-01	Sesión 7 30-04-01
A) Dolor Promedio.	4,5	6	5	8	Sin información	5	4-6
B) Dolor más intenso.	10	10	10	10	10	8	6
C) Dolor al inicio de la sesión.	4	5	5	0	4	9	0
D) Dolor en el transcurso de la sesión.	8-9	10	10	8-9	10	No presentó dolor.	0
E) Dolor al finalizar la sesión.	2	1	0	0	0	0	0

Tabla 5. Intensidad del Dolor. (Paciente 2)

Resultados: Frecuencia y duración del dolor. Paciente 2.

	Sesión 1 03-01-01	Sesión 2 07-01-01	Sesión 3 10-01-01	Sesión 4 12-01-01	Sesión 5 21-01-01	Sesión 6 18-02-01	Sesión 7 30-04-01
DOLOR FRECUENCIA	Innumerables episodios de dolor intenso EVA: 10. Presenta dolor base.	Innumerables episodios de dolor intenso EVA:10. Presenta dolor base.	9 episodios de EVA 10. Presenta dolor base.	11 episodios de EVA 10. Presenta dolor base	Sin información.	Episodios de dolor intenso :sin información. Presenta dolor base.	No presenta episodios de dolor intenso EVA 10. Presetna dolor base.
DOLOR DURACIÓN	Dolor intenso 20 min. Dolor base permanente (día y noche).	Dolor intenso, 20 min. Dolor base permanente (día y noche).	Dolor intenso: desde 15 a 60 min. Dolor base permanente (día y noche).	Dolor intenso: 1- 3 hrs. Dolor base la mayor parte del tiempo, pero en ocasiones sin dolor	Episodios de dolor intenso: 2-3 hrs Dolor base: la mayor parte del día y la noche.	Dolor base: la mayor parte del tiempo, pero en ocasiones sin dolor.	Dolor base permanente.
DOLOR AL FINALIZAR LA SESIÓN ANTERIOR	----------	Intensidad: EVA 2 Alivio después de la sesión: sin información.	Intensidad : EVA 1 Alivio después de la sesión: 30 min aprox.	Intensidad: EVA 0 Alivio después de la sesión: sin información	Intensidad: EVA 0 Alivio después de la sesión: sin información.	Intensidad: EVA 0 Alivio después de la sesión: sin información.	Intensidad: EVA 0. Alivio después de la sesión: sin información.
TRATAMIENTOS	Medicamentos: Tramal 100 mg c/ 6 horas y dipirona.	Medicamentos: Tramal 100mg c/6 horas y dipirona.	Tramal y radioterapia paliativa, no realizada por problemas técnicos.	Tramal 100 mg c/4 hrs. y radioterapia paliativa, no realizada por problemas técnicos	4 sesiones de radioterapia paliativa 4 y Tramal 100 mg (c/ 6 horas en lugar de 4, debido a falta de insumos).	Catéter doble J Tramal 100 mg c/ 6 horas, según la indicación, pero la paciente toma cuando tiene dolor.	Medicamentos para aliviar el dolor codeína 6% c/ 4 horas. Diazepam para dormir.

Tabla 6. Frecuencia y Duración del dolor (Paciente 2)

Resultados: Intensidad del dolor. Paciente 3.

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	Sesión 1 04-04-01	Sesión 2 09-04-01	Sesión 3 16-04-01	Sesión 4 30-04-01	Sesión 5 28-05-01	Sesión 6 18-06-01	Sesión 7 21-06-01
A) Dolor promedio.	7-8	5-6	3	4-5	4	4	5
B) Dolor más intenso.	10	8	7	8	8-9	10	10
C) Dolor al inicio de la sesión.	3	6	3	0	5	0	5
D) Dolor en el transcurso de la sesión.	0	5-6	3	0	4	0	5
E) Dolor al finalizar la sesión.	0	0	0	0	2	0	2

Tabla 7. Intensidad del Dolor (Paciente 3)

Resultados: Frecuencia y duración del dolor. Paciente 3.

	Sesión 1 04-04-01	Sesión 2 09-04-01	Sesión 3 16-04-01	Sesión 4 30-04-01	Sesión 5 28-05-01	Sesión 6 18-06-01	Sesión 7 21-06-01
DOLOR FRECUENCIA	3 episodios de dolor intenso EVA10. Presenta dolor base.	1 episodio de dolor intenso EVA 8. Presenta dolor base.	2 episodios de EVA 7. Presenta dolor base.	1 episodio de EVA 8. Presenta dolor base, puede pasar semanas sin dolor.	1 episodio EVA 10. Presenta dolor base ocasional.	2 episodios de dolor EVA:10, Presenta dolor base.	2 episodios de EVA: 10 Presenta dolor base.
DOLOR DURACIÓN	Dolor intenso, horas hasta recibir medicamento. Dolor base permanente (día y noche).	Dolor intenso: 1 hora. Dolor base: experimenta largos períodos sin dolor.	Episodios de dolor intenso: 4hrs. Dolor base permanente.	Episodios de dolor intenso: 1hr.	Episodios de dolor intenso: horas hasta recibir medicamentos. Dolor base: largos períodos sin dolor.	Episodios de dolor intenso: días. Dolor base: puede pasar semanas sin dolor.	Episodios de dolor intenso: horas hasta recibir medicamentos. Dolor base constante.
DOLOR AL FINALIZAR LA SESIÓN ANTERIOR	Sin información.	Intensidad: EVA 0 Duración del alivio después de la sesión: 1 día.	Intensidad: EVA 0 Duración del alivio después de la sesión: 1 día.	Intensidad: EVA 0 Duración del alivio, después de la sesión: una semana.	Intensidad: EVA 0 Duración del alivio, después de la sesión: sin información	Intensidad: EVA 2 Duración del alivio, después de la sesión: sin información.	Intensidad: EVA 0 Duración del alivio, después de la sesión: sin información.
TRATAMIENTOS	Medicamentos: morfina 3%mg 20 gotas c/4 hrs (oral) dipirona 1g c/6 hrs y diclofenaco c/20 hrs.	Medicamentos: morfina 3%mg 20 gotas c/4 hrs (oral) dipirona 1g c/6h y diclofenaco c/20 hrs.	Medicamentos para aliviar el dolor morfina 3%mg c/4 hrs (oral) y dipirona 1g ocasional.	Medicamentos: morfina 3%mg 20 gotas c/ 8 hrs. cambió de la dosis sin prescripción médica.	Morfina 3%mg dipirona 1g.	Morfina 20 mg c/ 6 horas (catéter) y dipirona.	Morfina 20 mg c/ 6 horas (catéter) y dipirona 1g.

Tabla 8. Frecuencia y Duración del Dolor (Paciente 3).

Resultados: Intensidad del dolor. Paciente 4.

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	Sesión 1 26-04-01	Sesión 2 17-05-01	Sesión 3 28-05-01	Sesión 4 29-05-01
A) Dolor promedio.	4	5-6	No se pudo evaluar.	Sólo se pudo realizar una breve evaluación del dolor.
B) Dolor más intenso.	Según la paciente superan EVA 20.	10	Sin información.	10
C) Dolor al inicio de la sesión.	0	5-6	Sin información.	Sin información.
D) Dolor en el transcurso de la sesión.	0	5-6	Sin información.	Sin información.
E) Dolor al finalizar la sesión.	0	5-6 (No se indujo trance)	0	0

Tabla 9. Intensidad del Dolor (Paciente 4).

Resultados: Frecuencia y duración del dolor. Paciente 4.

	Sesión 1 26-04-01	Sesión 2 17-05-01	Sesión 3 28-05-01	Sesión 4 29-05-01
DOLOR FRECUENCIA	3-4 Episodios diarios de dolor EVA:10. Presenta dolor base.	1 Episodio de dolor intenso EVA:10 Presenta dolor base.	Sin información.	1 Episodio de dolor intenso EVA 10. Presenta dolor base.
DOLOR DURACIÓN	Dolor intenso: hasta recibir medicamentos, en ocasiones, se puede mantener por varias horas Dolor base permanente.	Dolor intenso: hasta recibir medicamentos. Dolor base permanente	Sin información.	Dolor intenso: corto, pero lo percibe largo.
DOLOR AL FINALIZAR LA SESIÓN ANTERIOR	Sin información.	Sin información.	Sin información.	EVA 0
TRATAMIENTOS	Espera comenzar el tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Por el momento, recibe medicamentos para el dolor: codeína 6% c/ 6 hrs . paracetamol 1 c/6 hrs., Diazepam 10 mg en la noche. Pero la paciente sólo toma diclofenaco cada 5 hrs.	Espera comenzar el tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Por el momento, medicamentos para aliviar el dolor: morfina 3% oral, 20 gotas c/ 6 hrs, paracetamol 1 c/ 6 hrs, diclofenaco 100 mg c/ 12 hrs., Diazepam 10 mg/en la noche.	Morfina 5 mg c/6 hrs; diclofenaco 50 mg c/ 12 hrs. (supositorio), dromperidona 1 comp. c/ 6hrs.	Comienza tratamiento de radioterapia paliativa. morfina 5 mg c/6 hrs., diclofenaco 50 mg c/ 12 hrs. (supositorio), dromperidona 1 comp. c/ 6hrs.

Tabla 10. Frecuencia y Duración del Dolor (Paciente 4).

Resultados: Intensidad del dolor. Paciente 5.

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	Sesión 1 25-01-01	Sesión 2 26-01-01
a) Dolor Promedio.	6	3
b) Dolor más intenso.	8-9	10
c) Dolor al inicio de la sesión.	6	3
d) Dolor en el transcurso de la sesión.	6	3
e) Dolor al finalizar la sesión.	0	0

Tabla11. Intensidad del Dolor (Paciente 5).

Resultados: Frecuencia y duración del dolor. Paciente 5.

	Sesión 1 25-01-01	Sesión 2 26-01-01
DOLOR FRECUENCIA	Episodios de dolor intenso EVA 8-9: sin información. Presenta dolor base.	1 episodio de dolor intenso EVA 10 Presenta dolor base.
DOLOR DURACIÓN	Dolor intenso: sin información. Dolor base permanente.	Episodios dolor : sin información. Dolor base: en algunos momentos sin dolor.
DOLOR AL FINALIZAR LA SESIÓN ANTERIOR	Sin información	Dolor después de la sesión anterior: EVA 3 Duración del alivio, después de la sesión: 3 hrs aprox.
TRATAMIENTOS	Medicamentos para el alivio del dolor: codeína 6% c/ 4 horas. Efecto sólo 1 hora y media. Espera tratamiento de quimioterapia y radioterapia.	Medicamentos: codeína 6% c/ 4 horas.

Tabla 12. Frecuencia y Duración del Dolor (Paciente 5).

Resultados: Intensidad del dolor. Paciente 6.

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	Sesión 1 18-06-01	Sesión 2 21-06-01
a) Dolor Promedio.	4	Sin información.
b) Dolor más intenso.	10	10
c) Dolor al inicio de la sesión.	4	6
d) Dolor en el transcurso de la sesión.	4-7	Sin información.
e) Dolor al finalizar la sesión.	3	2

Tabla 13. Intensidad del Dolor (Paciente 6).

Resultados: Frecuencia y duración del dolor. Paciente 6.

	Sesión 1 18-06-01	Sesión 2 21-06-01
DOLOR FRECUENCIA	Episodios de dolor intenso EVA 10: diarios Presenta dolor base.	1 episodio de dolor intenso EVA 10 Presenta dolor base.
DOLOR DURACIÓN	Dolor intenso, horas hasta recibir medicamento. Dolor base permanente.	Dolor episodios dolor intenso: horas. Dolor base constante.
DOLOR AL FINALIZAR LA SESIÓN ANTERIOR	Sin información.	Intensidad: EVA 3 Duración del alivio, después de la sesión: sin información.
TRATAMIENTOS	Medicamentos para el alivio del dolor: codeína 6% c/ 4 horas y dipirona 1 g inyectable en caso de dolor intenso. En espera para quimioterapia y radioterapia paliativa.	Medicamentos: morfina 5mg c/ 6 hrs, diclofenaco 10 mg c/24 hrs.

Tabla 14. Frecuencia y Duración del Dolor (Paciente 6).

2.3. Resultados: Objetivo Específico 3 (Tabla–Autohipnosis).

Respecto al **Objetivo Específico 3**, "Determinar la efectividad de la autohipnosis en el control del dolor de pacientes con cáncer cérvicouterino". Se encontró lo siguiente:

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	28-02-01 Sesión 1	01-03-01 Sesión 2	02-03-01 Sesión 3	03-03-01 Sesión 4	04-03-01 Sesión 5	05-03-01 Sesión 6
a) Dolor promedio.	10	10	8	4	4	Sin información.
b) Dolor más intenso.	10	10	10	10 y más.	10	Sin información.
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	Dolor intenso EVA10: innumerables. Dolor base permanente.	Dolor intenso EVA 10: innumerables. Dolor base permanente.	1 Episodio de dolor intenso EVA 10 Sin dolor base.	1 Episodio de dolor intenso EVA 10 Dolor base permanente.	1 Episodio de dolor intenso EVA 10 Dolor base permantente.	Sin información.
d) Duración de los episodios de dolor intenso.	Todo el día, sólo 10 min. sin dolor.	Sólo 5 horas sin dolor.	3 hrs. con dolor.	Toda la noche.	3 hrs.	Sin información.
HIPNOSIS	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Trance en sesión.
AUTOHIPNOSIS	NO.	NO.	NO.	NO.	NO.	NO.
TRATAMIENTOS (Medicamentos para el alivio del dolor).	Morfina 20% catéter c/4 hrs. Diazepam 10 mg (noche) piroxicam s/receta.	Morfina 20% catéter c/4 hrs. (pero utiliza cada 2 hrs. en el día) Diazepam, piroxicam	Igual al anterior.	Igual, además amitriptilina, piroxicam ibuprofeno 400mg c/ 8hrs.	Igual.	Morfina 20% catéter c/4 hrs. (pero lo utiliza cada 2 hrs. en el día) Diazepam.

Tabla 15. Autohipnosis. Paciente 1 (Sesiones 1-6).

Tabla 15. Autohipnosis. Paciente 1 (Continuación sesiones 7-12).

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	09-03-01 Sesión 7	14-03-01 Sesión 8	22-03-01 Sesión 9	28-03-01 Sesión 10	04-04-01 Sesión 11	10-04-01 Sesión 12
a) Dolor promedio.	Sin información.	3	0	3-4	3-4	3
b) Dolor más intenso.	10	5-6	5	6	10	5-6
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	1 Episodio EVA 10. Presenta dolor base ocasional.	2 Episodios de dolor EVA (5-6). Presenta dolor base ocasional.	3 Episodios de dolor EVA 5. No presenta dolor base.	Episodios de dolor EVA 6: sin información. Presenta dolor base ocasional.	1 Episodio de dolor intenso EVA 10. Presenta dolor base ocasional.	2 Episodios de dolor EVA 5-6. Presenta dolor base ocasional.
d) Duración de los episodios de dolor más intenso	Sin información.	Sin información.	5 min.	5 min.	3 hrs.	45 min.
HIPNOSIS	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Sin trance.	Sin trance.	Trance en sesión.	Trance en sesión.
AUTOHIPNOSIS	Se entrega cinta para autohipnosis.	Practica 3 veces al día.	Practica 3 veces al día.	Practica 3 veces al día.	Practica 3 veces al día.	Practica 3 veces al día.
TRATAMIENTOS	Medicamentos: morfina, 20% inyectable c/4 hrs. (lo utiliza cada 2 hr) Diazepam 10 mg.	Medicamentos: morfina 20% inyectable c/2 hrs, piroxicam, ibuprofeno 400 mg c/6 hrs.	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20% inyectable c/4 hrs. Diazepam 10 mg.	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina, 20% inyectable c/4 hrs Diazepam 10 mg.	Medicamentos : morfina, 20% inyectable c/ 4 hrs. (no respeta los horarios).	Medicamentos para el alivio del dolor: morfina 3%, 20cc oral c/4 hrs.

Tabla 16. Autohipnosis (Paciente 2).

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	03-01-01 Sesión 1	07-01-01 Sesión 2	10-01-01 Sesión 3	12-01-01 Sesión 4	21-01-01 Sesión 5	18-02-01 Sesión 6	30-04-01 Sesión 7
a) Dolor promedio.	4,5	6	5	8	Sin información.	5	4-6
b) Dolor más intenso.	10	10	10	10	10	8	6
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	Innumerables episodios de dolor intenso EVA:10. Dolor base constante.	Innumerables episodios de dolor intenso EVA:10. Dolor base constante.	9 episodios de EVA 10. Presenta dolor base constante.	11 episodios de EVA 10. Presenta dolor base ocasional	Sin información. Dolor base gran parte del día.	Sin información. Presenta dolor base ocasional.	Sin información Presenta dolor base permanente
d) Duración de los episodios de dolor más intenso	20 minutos.	20 minutos.	15 a 60 min.	1-3 hrs.	2-3 hrs.	Sin información.	No presenta dolor intenso. Dolor base permanente.
HIPNOSIS	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Trance en sesión.	Trance en sesión.	No hubo trance.
AUTOHIPNOSIS	NO	SI	SI	SI	NO (problemas cognitivos).	NO	SI (ocasional)
TRATAMIENTOS	Tramadol 100 mg c/6 hrs y dipirona 1g.	Igual al anterior.	Tramadol 100 mg c/ 6 hrs.	Tramadol 100 mg c/4 hrs.	Radioterapia paliativa 4 sesiones y tramadol 100 mg c/6 hrs en lugar de 4, debido a falta de insumos).	Tramadol 100 mg c/ 6 horas, según la indicación, pero la paciente lo toma cuando viene los dolores. Sin radioterapia.	Medicamentos para aliviar el dolor codeína 6% c/ 4 hrs. Diazepam 10 mg para dormir.

Tabla 17. Autohipnosis. (Paciente 3).

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	04-04-01 Sesión 1	09-04-01 Sesión 2	16-04-01 Sesión 3	30-04-01 Sesión 4	17-05-01 Reporte telefónico	28-05-01 Sesión 5
a) Dolor promedio.	7-8	5-6	3	4-5	Sin información.	4
b) Dolor más intenso.	10	8	7	8	4	9-10
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	3 episodios de dolor EVA:10 Presenta dolor base constante.	1 episodio de dolor EVA:8 Dolor base ocasional, largos períodos sin dolor.	2 episodios de dolor EVA: 7 Presenta dolor base ocasional.	1 episodio de dolor EVA 8 Presenta dolor base, puede pasar semanas sin dolor.	Todas las noches 1 episodio de dolor intenso EVA: 4,5.	1 episodio EVA 9-10. Presenta dolor base ocasional, largos períodos sin dolor.
d) Duración de los episodios de dolor más intenso	horas hasta recibir medicamento.	1 hora.	4hrs.	1-hr.	40 min.	horas hasta recibir medicamentos.
HIPNOSIS	Trance	Trance	Trance	Trance	NO	NO
AUTOHIPNOSIS	NO	SI	SI	SI	SI (ocasional)	SI
TRATAMIENTO (medicamentos para el alivio del dolor).	Morfina 3% c/ 4 hrs. (oral), dipirona 1 c/6 hrs., diclofenaco 10 mg c/ 20 hrs.	Morfina 3% oral.	Morfina 3% oral y dipirona 1g ocasional.	Morfina 3% oral c/ 8 hrs. (cambió la dosis sin prescripción médica.)	Morfina 3% oral c/ 4 hrs. dipirona y diclofenaco.	Morfina 3% oral c/ 4 horas y dipirona.

Tabla 17. Autohipnosis (Paciente 3)
(Continuación).

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	16-06-01 Reporte telefónico	18-06-01 Sesión 6	21-06-01 Sesión 7	25-06-01 Reporte telefónico	21-07-01 Reporte telefónico.
a) Dolor promedio.	4	4	5	0	0
b) Dolor más intenso.	5	10	10	1	1
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	1 Episodio de dolor EVA 5. Presenta dolor base ocasional.	2 Episodios EVA:10. Presenta dolor base ocasional, puede pasar semanas sin dolor.	2 Episodios de dolor intenso EVA 10. Dolor base constante.	Sin dolor.	Sin dolor.
d) Duración de los episodios de dolor más intenso.	30 min.	Días.	Horas hasta recibir medicamentos.	15 min.	Sin información.
HIPNOSIS	NO.	Trance.	Trance.	NO.	NO.
AUTOHIPNOSIS.	3 veces al día cada 3 días.	SI.	NO (por ruido).	SI (incluso en el hospital).	Ocasional, por no tener dolor.
TRATAMIENTO (Medicamentos para el alivio del dolor).	Morfina 3% oral c/ 6 hrs.	Morfina 20 mg c/6 horas (catéter) y dipirona 1g c/ 6 hrs.	Morfina 20 mg c/ 6 horas (catéter) y dipirona 1g c/6 horas.	Quimioterapia y radioterapia. Morfina 3% oral y dipirona.	Quimioterapia y radioterapia. morfina 3% oral 2 veces al día.

Tabla 18. Autohipnosis (Paciente 4).

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	26-04-01 Sesión 1	02-05-01 Reporte telefónico	15-05-01 Reporte telefónico	17-05-01 Sesión 2	28-05-01 Sesión 3
a) Dolor promedio.	4	3-4	5	5-6	Sin evaluación del dolor.
b) Dolor más intenso.	10 (según la paciente superan EVA 20).	5	5	10	Sin información.
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	3-4 Episodios diarios de dolor intenso (EVA10) Dolor base constante.	Todas las noches.	1 Episodio Eva 5 Dolor base ocasional.	1 Episodio de dolor intenso EVA 10 Dolor base constante.	Sin información.
d) Duración de los episodios de dolor más intenso	Hasta recibir medicamentos.	1 hr.	1 hr.	Hasta recibir medicamentos.	Sin información
HIPNOSIS	Trance	NO.	NO.	NO.	Trance.
AUTOHIPNOSIS	NO	SI (cuando hay dolor).	SI.	NO.	NO.
TRATAMIENTO	Medicamentos para aliviar el dolor: codeína 6% c/ 6 hrs . paracetamol 1 c/6 hrs, Diazepam 10 mg en la noche.	Codeína 6% c/ 6 hrs. paracetamol 1 c/6 hrs., Diazepam 10 mg en la noche.	Radioterapia y quimioterapia. codeína 6% c/ 6 hrs . paracetamol 1 c/6 hrs, Diazepam 10 mg en la noche.	Morfina 3% oral, 20 gotas c/ 6 hrs, paracetamol 1 c/ 6 hrs. diclofenaco 100 mg c/ 12 hrs. Diazepam 10 mg/en la noche.	Morfina 5 mg c/6 hrs; diclofenaco 50 mg c/ 12 hrs (supositorio), dromperidona 1 comp. c/ 6hrs.

Tabla 18. Autohipnosis (Paciente 4)
(Continuación).

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	29-05-01 Sesión 4	06-06-01 Reporte telefónico	13-06-01 Reporte telefónico	18-06-01 Reporte telefónico
a) Dolor promedio.	Sólo se realiza breve evaluación del dolor.	Generalmente no presenta dolor.	2-3	0
b) Dolor más intenso.	10	10	6-7	2
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	1 Episodio EVA 10. Presenta dolor base.	Sin información.	Sin información.	Cada 12 hrs.
d) Duración de los episodios de dolor más intenso.	Corto, pero es percibido como largo.	Sin información.	30 min.	30 min.
HIPNOSIS	Trance	NO	NO	NO
AUTOHIPNOSIS	NO	Practica 3 veces al día.	Practica 3 veces al día.	1 vez al día.
TRATAMIENTO	Reanuda tratamiento de radioterapia paliativa. morfina 5 mg c/6 hrs (catéter); diclofenaco 50 mg c/ 12 hrs (supositorio), dromperidona 1 comp. c/ 6hrs.	Radioterapia y morfina 1mg c/ 6 hrs. (catéter) dipirona, diclofenaco 50mg c/12 hrs y Diazepam 10mg en la noche.	Radioterapia diclofenaco 50 mg c/12 hrs.	Radioterapia y diclofenaco 50 mg c/12 hrs.

Tabla 19. Autohipnosis. (Paciente 5).

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	25-01-01 Sesión 1	26-01-01 Sesión 2
a) Dolor promedio.	6	3
b) Dolor más intenso.	8-9	10
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	Episodios de dolor intenso EVA 8-9 Presenta dolor base constante.	1 Episodio de dolor intenso EVA 10 Presenta dolor base ocasional.
d) Duración de los episodios de dolor más intenso.	Sin información.	Sin información.
HIPNOSIS	Trance.	Trance.
AUTOHIPNOSIS.	NO.	NO.
TRATAMIENTO	Codeína 6% c/ 4 hrs. Efecto sólo 1 hora y media. Espera tratamiento de quimioterapia y radioterapia.	Codeína 6% c/ 4 hrs.

Tabla 20. Autohipnosis (Paciente 6).

DOLOR INTENSIDAD (EVA)	18-06-01 Sesión 1	21-06-01 Sesión 2	28-06-01 Reporte telefónico
a) Dolor promedio.	4	Sin información.	Según la cuidadora, la paciente se mantiene sin dolor.
b) Dolor más intenso.	10	10	
c) Frecuencia del dolor más intenso y dolor base.	Dolor EVA 10: Innumerables episodios diarios Presenta dolor base permanente.	1 episodio de dolor EVA 10 Presenta dolor base permanente.	
d) Duración de los episodios de dolor más intenso	Horas hasta recibir medicamentos.	Dolor intenso horas.	
HIPNOSIS	Trance.	Trance.	NO.
AUTOHIPNOSIS.	NO.	Ocasional.	Ocasional.
TRATAMIENTOS	Codeína 6% c/ 4 horas y dipirona inyectable en caso de dolor intenso. En espera para quimioterapia y radioterapia paliativa.	Morfina 6% c/ 6 hrs.	Quimioterapia y radioterapia; además: morfina 20 mg c/ 6 hrs. (catéter).

3. Estudio cualitativo.

Para realizar el análisis de los datos se trabajó con categorías preestablecidas, las referidas a la experiencia dolorosa, las cuales ya fueron definidas (ver metodología) y también con categorías emergentes (percepción de la enfermedad, estado emocional, vínculos afectivos, motivación, autocuidado, creencias religiosas, atención hospitalaria, relación médico-paciente y situación económica). A continuación se definen estas categorías.

3.1. Definición de categorías.

1. **Percepción de la enfermedad.**
   Se refiere a la representación interna que tienen las pacientes sobre su enfermedad (cáncer cervicouterino), es decir, cómo entiende, vivencia y piensa su enfermedad. Comprende aspectos como: la información sobre la enfermedad, creencias, significados y reacciones asociados.

2. **Estado emocional.**
   Se refiere al estado afectivo de las pacientes durante el tratamiento hipnoterapéutico. Considera emociones más frecuentes y trastornos emocionales.

3. **Vínculos afectivos y red de apoyo.**
   Se refiere a los contactos que mantuvo la paciente, durante el tiempo que duró el tratamiento hipnoterapéutico, con otras personas con quienes sentía una cercanía afectiva (vínculos afectivos) o recibía ayuda material o emocional (red de apoyo).

4. **Motivación.**
   Se refiere a los deseos de la paciente por alcanzar metas, manifestados en su discurso o conducta.

5. **Autocuidado.**

   Se refiere a las conductas relacionadas con el cuidado de la salud física, manifestadas por la paciente en su discurso u observadas por la terapeuta durante el tratamiento hipnoterapéutico.

6. **Creencias religiosas.**

   Se refiere a las ideas manifestadas por la paciente en su discurso relacionadas con Dios, temas espirituales, religiosos y/o trascendentes.

7. **Atención hospitalaria.**

   Considera el discurso de las pacientes referido al trato recibido por parte de las distintas personas que trabajan en el servicio público de salud con las cuales tuvo que interactuar debido a su enfermedad (cáncer cervicouterino), considera aspectos como: atención profesional, burocracia, aspectos afectivos y manejo de síntomas molestos.

8. **Relación médico-paciente.**

   Se refiere a lo mencionado por las pacientes sobre la relación establecida con los médicos. Considera relaciones establecidas con distintos profesionales debido a su enfermedad (cáncer cervicouterino), en los diferentes centros asistenciales.

9. **Situación económica.**

   Se refiere a los temas referidos a dinero y/o recursos materiales mencionados por las pacientes durante el tratamiento hipnoterapéutico.

3.2. Análisis de contenido. Estudio de casos.

A continuación se realiza el análisis de contenido del discurso de las pacientes, el que se separó en categorías, las que se identificaron después de observar cuáles eran los temas más recurrentes de las afectadas y que fueron definidos en el punto anterior.

Para tener una comprensión descriptiva de la experiencia, que permita tener un contacto más cercano, se detallan partes del discurso de las pacientes (comentarios textuales). En algunos casos las citas textuales se presentan en más de una categoría porque ciertas expresiones se refieren a más de un tema. Junto a esto, se agregan comentarios teóricos pertinentes para favorecer la comprensión del fenómeno estudiado.

Se consideró útil dar cuenta de esta experiencia dado el pequeño número de sujetos que formaron la muestra, la forma de intervención utilizada (acercamientos terapéuticos individualizados, tanto para la co-creación de la alianza terapéutica como para la inducción/evocación de trance y trabajo hipnoterapéutico (ver anexo), y la naturaleza de la relación establecida con cada sujeto para ayudar en el manejo del dolor (una relación que abarcó en casi todos los casos temáticas más allá del dolor y que se relacionaban con la enfermedad, estado emocional, vínculos afectivos, motivaciones, atención hospitalaria, relación médico paciente, creencias religiosas, autocuidado, situación económica)[34]. Se realiza así un

[34]En 1952, Erickson escribió lo siguiente respecto al control de las funciones fisiológicas a través de hipnosis, en donde destaca diversas variables que escapan a la "aplicación de técnicas".
«Mi tópico para esta tarde es "Control de las funciones fisiológicas a través de hipnosis". También estoy anotado para una conferencia a realizarse más tarde, denominada "Enfoques hipnóticos a la terapia". Realmente tengo la sensación que es muy difícil hacer una separación, porque en cualquier acercamiento para el control fisiológico uno también hace uso de los acercamientos terapéuticos. [...] Ambos tópicos implican una cuestión de técnicas y tienen relación con el funcionamiento adecuado del individuo como persona y su funcionamiento en una forma deseada.
...Uno debe tener en mente que la apreciación y la comprensión de lo normal o lo usual es un requisito para la comprensión de lo anormal o lo inusual. Así como el conocimiento de la fisiología normal constituye una base para el conocimiento y la comprensión de las condiciones patológicas, en forma similar un conocimiento del enfoque para una comprensión de la fisiología normal constituye un medio para aproximarse y comprender la fisiología anormal. Cualquier acercamiento debe estar basado en el conocimiento o la técnica, quizá fundamental en sus características, pero variado de acuerdo a las condiciones. Quiero amplificar que cuando digo "variado de acuerdo a las condiciones", quiero decir de acuerdo a la personalidad del individuo, a la situación psicológica *de ese momento particular*, y la situación psicológica del hipnotista así como también la del paciente o el sujeto. Uno simplemente no puede manejar esas cosas si no se tiene una comprensión de todas ellas a la vez.» (p. 179) (Erickson, M.

análisis cualitativo que incluye aspectos no considerados en los objetivos específicos originales de esta investigación.

Para un mejor entendimiento, lo primero y lo que se debe tener presente al observar cada una de las experiencias y la evolución de éstas es considerar lo complejo que es abordar el dolor por cáncer: cada episodio de dolor recuerda la posibilidad de la muerte; además al avanzar la enfermedad aumenta la prevalencia de dolor, variando la intensidad, localización y tipo de dolor (Bilbeny y Rico, 1997).

3.2.1. Estudio de caso: Paciente 1.

De acuerdo con los datos, se pudo observar las siguientes variaciones:

1) Variaciones de la experiencia dolorosa

a) En cuanto a la intensidad del dolor:

- La intensidad de dolor disminuyó en todas las ocasiones en las cuales se indujo trance hipnótico.
- La intensidad del dolor promedio disminuyó a la mitad después de la 3ª sesión, luego se mantuvo y experimentó una leve disminución al final del tratamiento.
- La intensidad de los episodios de mayor dolor disminuyó a la mitad desde la 8ª sesión: el descenso se mantuvo hasta el final del tratamiento, con excepción de la sesión 11ª, en la cual experimentó un dolor tan intenso como al principio.

b) *En cuanto a la frecuencia del dolor*:

- La frecuencia de los episodios de dolor intenso disminuyó.

[1952;1980], Control of Physiology Functions by Hypnosis. En *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. II*, Ed. Por E. Rossi. Nueva York: Irvington, p. 179-191).

c) *En cuanto a la duración del dolor:*

- La duración de los episodios de mayor dolor disminuyó desde la segunda sesión; desde la cuarta sesión se redujo a la mitad y en algunas sesiones su duración fue menor.
- La paciente presentaba dolor base, el cual varió de permanente a ocasional.

2) Dolor e hipnoterapia.

a) Con respecto a las sesiones en las cuales se indujo trance y no se practicó autohipnosis:

- El dolor promedio disminuyó a la mitad, desde la 4° sesión el descenso se mantuvo hasta el final y experimentó excepcionales descensos al avanzar el tratamiento.
- La intensidad de los episodios de mayor dolor, se mantuvo.
- La frecuencia de los episodios de mayor dolor disminuyó y no varió hasta el final del tratamiento.

b) *Con respecto al período que practicó autohipnosis*:

- Se obtuvo mejores resultados que al inducir sólo trance.
- Disminuyó el dolor promedio a menos de la mitad, descenso nuca experimentado. Los logros se mantuvieron.
- Disminuyó la intensidad de los episodios de dolor intenso. Desde el comienzo de la autohipnosis los dolores disminuyeron a la mitad, el descenso se mantuvo.
- Disminuyó la duración de episodios de mayor dolor al practicar autohipnosis, el descenso se mantuvo hasta el final.

La paciente experimentó grandes cambios. El dolor pudo ser controlado casi por completo. Esto no ocurrió por arte de magia: se aplicaron ideas de la hipnoterapia ericksoniana, tal como utilización, flexibilidad, recursos internos, interacción con el paciente, etc.

Al comienzo del tratamiento la paciente presentaba un dolor intenso, permanente (día y noche), que sólo disminuía por 10 min. El tratamiento consistía en morfina inyectable 2% cada 4 hrs., pero la utilizaba cada 2 hrs. durante el día y menos en la noche. La paciente no percibía alivio con el medicamento.

En la última sesión, la paciente se encontraba con poco dolor. Los dolores más intensos llegaban a EVA 6 y duraban 45 minutos como máximo. Estos los experimentó sólo en dos oportunidades durante una semana. La paciente percibió la mejoría de su dolor. Dejó la morfina inyectable y tomó morfina oral, por prescripción médica.

A continuación se trata de dar cuenta de este proceso:

Al ser consultada por el dolor en la primera sesión, la paciente los define del siguiente modo: *"Sabe, no sabría explicarle el dolor que tengo... como que me tiraran agua hirviendo... aquí en el riñón... En el riñón acá empieza y de ahí es para abajo... es como agua hirviendo... fuerte el dolor."*

El dolor era muy intenso (EVA 10) y de larga duración, permanente (día y noche); sólo disminuía 10 minutos. Si bien no se duda de lo intenso del dolor, en estos casos, Barber (1996b) recomienda indagar sobre importantes significados asociados.

Ya en la primera sesión, en forma espontánea, la paciente deja ver problemas emocionales: *"...y aquí me pongo a fumar y a pensar en todo lo que me pasa... Y aparte de eso que tengo mucha pena en mi alma..."*

Al ser consultada sobre sus necesidades: *"Cariño. No tengo cariño de nadie, nadie".*

Al iniciar el tratamiento, la paciente tenía dudas acerca de su efectividad: *"¿Y se quitan un poco los dolores con los ejercicios que usted hace?"*

Se indujo el primer trance mediante levitación de manos. La paciente fácilmente, experimentó un trance profundo, permaneció totalmente inmóvil, durante un largo tiempo; se relataron metáforas orientadas al control del dolor y variables psicológicas; además, se entregaron sugerencias para autohipnosis y bienestar.

Al experimentar trance se logró aumentar la disposición a cooperar. La paciente se dio cuenta que experimentó un estado diferente y placentero: *"... De las manos de ahí me quedé dormía, cuando tenía las manos en el aire (la paciente se ríe)... ahí me quedé dormía ... Estaba durmiendo de nuevo no la vi cuando se fue ... Me sentí bien relajada".* (Relata en la 2ª sesión su experiencia del primer trance).

En la segunda sesión se comienza evaluando los efectos de la sesión anterior: la paciente estuvo tranquila, durmió y estuvo sin dolor hasta la noche, aproximadamente 5 horas. Aunque no puede afirmarse que la intervención hipnoterapéutica haya sido la única causa de la disminución del dolor, es necesario mencionar un primer cambio: no era habitual que la paciente experimentara tanto tiempo sin dolor. La intensidad y duración de las crisis de dolor no variaron.

En la tercera sesión sucedieron varias cosas importantes. Primero se evaluaron los resultados de la sesión anterior: la paciente se sintió bien; la disminución del dolor se mantuvo por 1-2 horas, luego el dolor aumentó levemente y se mantuvo por 6 horas aproximadamente. Con esto se puede observar que después de la segunda sesión, la paciente pasó 8 hrs. con dolor moderado; se debe recordar que al inicio, el dolor intenso era lo común.

Hasta ese momento el mayor cambio se aprecia en el mayor tiempo que la paciente no experimentaba dolor intenso; sin embargo, estos continuaban, pero las crisis eran distintas, en algunos momentos no experimentó sufrimiento. Además, por primera vez, la paciente consideró la posibilidad que un dolor intenso pudiera disminuir, aunque sea un poco: *"Lloré... después salí... fui a una Iglesia...y como que se me quitó cuando salí".*

Esta posibilidad fue reforzada en la 3ª sesión, al poder controlar exitosamente, por primera vez, una crisis de dolor. Durante la sesión se presentó un dolor intenso (EVA 10), la paciente estaba desesperada: lloraba, gritaba, tiritaba y transpiraba: *"Ay ¡que terrible! Felipe... No puedo ni moverla... Felipe tráeme una morfina y una inyección... hijo... ay apúrese ay... mi pierna... señorita Valeria si usted supiera el dolor que tengo... (llora)... Mi pierna si me duele tanto... Ah.... (llora)... Supiera*

cuánto me duele... Es fuerte como que me echan agua hirviendo....No aguanto más el dolor no lo aguanto, noooooo (llora) ¿qué hago por favor? ... Mi pierna si me duele tanto... no quiero llorar, pero no puedo... Sí, yo no aguanto el dolor, no aguanto... no quiero llorar más que me vean los niños... (llora). No soporto estar así ... Está fuerte... me dan ganas de matarme cuando estoy con este dolor... Ay, Dios mí, Señor... como tengo mi pierna...Ay... (llora más fuerte) Ay, que me duele tan fuerte... Señor, ayúdame (llora y grita) no aguanto estos dolores.... no aguanto.... noooo...(llora)... Mi pierna... tengo miedo de perderla."

En estas condiciones se trató de inducir trance, siguiendo las recomendaciones de Barber (1996c). Primero se acompañó a la paciente. No se entregaron sugerencias de abolición inmediata del dolor, por ser contraproducentes, lentamente se fue dirigiendo la atención y se logró inducir trance (ver Anexos). El dolor fue controlado en minutos, al principio fue difícil, pero disminuyó de una intensidad EVA 10 a EVA 1.

En la crisis se observaron algunas connotaciones que tenía el dolor intenso para la paciente. Este gatillaba fuertes emociones, por un lado, culpa (sufrir frente a los hijos), temor a perder la pierna, e ideas suicidas como una forma de resolver el conflicto.

Según Schwarz (1989a) el significado y el contexto influyen en mayores niveles de ansiedad, lo que explica el aumento de la experiencia de dolor.

Según el autor, factores contextuales y atribucionales aumentan el grado de ansiedad y depresión, empeorando la experiencia dolorosa. Algunos de los factores mencionados por él, estaban presentes en esta situación: alto grado de peligro asociado al dolor (enfermedad terminal), alto grado de temor a la pérdida (pérdida de la pierna), pérdida de control (la paciente sentía que no podía controlar su dolor) y contexto (le preocupa que sus hijos presencien las crisis).

Sin bien existen significados que aumentarían el dolor, esto no pretende sugerir que el dolor sea inexistente o esté aumentado exclusivamente por factores psicológicos. El tipo de dolor descrito por la paciente es de origen neuropático, generado por comprensión nerviosa,

estos dolores son muy intensos y de difícil tratamiento (Fernádez, R., 2002; Bejarano y Griego, 1992; Bilbeny y Rico, 1997).

En la tercera sesión ocurrieron hechos importantes. Quizá el más destacable sea el haber controlado una crisis. Esto refuerza la conducta, devuelve la sensación de control y aumenta la esperanza.

Otro factor que puede haber influido es la medicación; desde la 4° sesión, la paciente comenzó con amitriptilina e ibuprofeno, y continuó con este tratamiento por dos sesiones más; desde la 6ª sesión dejó los medicamentos debido a: "olvidos", "considerarlos innecesarios", etc. Continuó el tratamiento inicial (morfina inyectable 2%). Nunca informó al médico de los cambios. Por lo tanto, si bien las diferencias se pueden explicar en parte por la acción de los medicamentos, el descenso posterior no se explicaría por éstos.

En la cuarta sesión también se controló un dolor intenso, fácilmente y en menos tiempo, disminuyó de EVA 10 a EVA 3.

En esta sesión la paciente se veía más tranquila, confiada en el procedimiento, pero creía que la terapeuta era quien disminuía el dolor. Pensar de esta manera dificultó la práctica de la autohipnosis. *"Yo creo que más del diez... hágame algo."*

La paciente dio señales de bienestar con el trabajo realizado, pero también de dependencia, favorecida en parte por su sentimiento de soledad: *"Me gusta conversar con usted ... No sé, me siento tranquila... me hace bien conversar con alguien... Porque ayer cuando se fue usted nadie vino..."*

La paciente claramente tenía un locus de control externo, pensaba que su conducta estaba determinada desde afuera. Las personas que padecen dolor y esta característica se sienten más estresadas y deprimidas con el dolor (Muñoz y Tapia, 1998).

Al tener un locus de control externo era más difícil que pudiera independizarse y practicar autohipnosis.

Pero en el tratamiento se consideraba importante que la paciente pudiera independizarse. Porque para un persona que sufre dolor, sentir que puede controlarlo por sí mismo tiene sus beneficios: los pacientes que

presentan dolor crónico, entre más severo el dolor, tienden a sentirse más desamparados y frustrados; sin embargo, cuando experimentan una respuesta que pueda influir en lo aversivo de la situación, presentan menos sufrimiento: esto se ha definido como "control cognitivo" (Schwarz, 1989a).

Hasta ese momento la intervención había tenido éxito, pero quedaba algo pendiente: la paciente no practicaba autohipnosis. En la cuarta sesión se enfatizó este aspecto. Para favorecer la independencia se enseñó el procedimiento a algunos familiares. Cuando ellos aplicaron el procedimiento la paciente logró experimentar trance y todos (paciente, padre y amiga) disfrutaron de la experiencia. Pero la paciente quería que su marido la ayudara en esto. Por eso, en la 5ª sesión se acuerda contar con su presencia.

En la 5ª sesión se evaluaron los resultados del trabajo anterior: la paciente quedó sin dolor por siete horas aproximadamente, luego se desencadenó una crisis que duró tres horas; tuvo dolor intenso, pero también más motivos, que no mencionó espontáneamente, tal que golpes fuertes producto de caídas de las cuales, su marido dio cuenta: *"Se cayó, se cayó en la tarde."* Las caídas fueron por esfuerzos realizados, ninguna por disminución de consciencia.

Durante la sesión se introdujo trance con facilidad; luego el marido la guió, tuvo éxito: *"La dejé dormida."*

Durante la sesión la paciente presentó una crisis de dolor que pudo ser controlada. Al ver sufrir a su esposa, el marido se retiró; esto hizo pensar que posiblemente no podría ayudarla en el futuro. La crisis de dolor se controló en menos tiempo. La paciente se refirió al estado de la siguiente manera: *"Me quedó dormía al tiro, no siento nada."*

Tampoco contó con la ayuda de las personas que habían aprendido la inducción anteriormente. Por esto se intentó nuevamente enseñar autohipnosis, pero la paciente se resistió: *"Es que hágamelo usted. No, no me gusta sola."*

Decía no poder experimentar trance sola, da un ejemplo del día anterior: *"Empecé a hacerlo y lloraba."* Sin embargo, al contar sobre otro episodio, al parecer tuvo éxito: *"Sí, me iban a venir fuertes, y antes que me vinieran fuertes empecé... y se me quitaron."*

En la 6ª sesión la paciente seguía considerando útil la intervención hipnoterapéutica, pero no practicaba autohipnosis: *"Ayer me dejó hasta sin dolor y durmiendo ... Sin dolor y durmiendo. Se reía mi tía y mi papá ... Cerré los ojos y me quedé...Sin dolor. Me hizo bien."* Durante la sesión se indujo trance nuevamente y se controlaron dolores moderados.

En la 7ª sesión, la paciente se había mantenido con menos dolor; los más intensos se presentaban en las noches; lo más preocupante era su estado anímico.

La paciente presentaba un estado depresivo con fuertes sentimientos de minusvalía, desesperanza, angustia, tristeza y pensamientos suicidas con planes muy estructurados. Lo que más la angustiaba era la incertidumbre, no saber si viviría o moriría. Pensaba que el suicidio sólo apresuraría su muerte: *"Es tan terrible que no aguanto más... a la señora "A" le decía... que estaba aburrida, ya que lo único que quería es matarme. Sabe que yo estando sola me voy a matar ... Yo creo que si me dejan sola en la casa... yo me cuelgo... es tan fuerte... No sé qué hacer. Ya no aguanto, no sé si voy a morir, no sé si voy a vivir... no sé... lo único que haría ahorcándome es apresurar mi muerte, nada más".*

El tema del suicidio lo planteó como una solución a la incertidumbre; no mencionó el dolor, éste era mucho menor que al principio.

Lo anterior puede estar relacionado con lo que plantea Schwarz (1989 a), que el dolor puede actuar como un equivalente funcional de la rabia contra sí mismo, no expresada, de la culpa, de emociones dolorosas, y otros afectos negativos que el dolor tiende a bloquear. Al tener menos dolor es probable que se expresen emociones negativas antes bloqueadas. Además, la incertidumbre es una de las peores cargas que debe enfrentar el paciente. Cuando los pacientes no han sido informados de su real estado de salud se ven con mayor frecuencia trastornos severos de depresión y ansiedad. (Gerlein y Villamizar, 1992).

Durante la sesión se dio espacio para hablar ampliamente del tema del suicidio, acogiendo sus sentimientos. Además, se mostraron las posibles consecuencias de tal acción, sobre todo la repercusión que tendría en sus hijos, y los avances en el control del dolor. La paciente estuvo de acuerdo,

pero se quejaba de no poder caminar: creía que quedaría inválida, lo que le provocaba gran temor.

En cuanto a la intervención, se observó una diferencia: el uso de autohipnosis; aunque su empleo era relativo, la practicaba sólo cuando se presentaban los dolores. No pudo realizar los ejercicios con ayuda de terceros.

Como una forma de favorecer la autohipnosis, acompañar y dar apoyo extra, pues la paciente pasaba por un mal momento, se preparó un cassette para practicar autohipnosis. La cinta replicaba los trances que comúnmente se inducían.

Así como después de 3ª sesión se pudo observar un gran cambio, al enfrentar el primer gran obstáculo, controlar una crisis de dolor, después de la 7ª sesión, en la cual se presentó un obstáculo mayor y más preocupante, como fue el estado emocional de la paciente, en la octava sesión se notaron grandes diferencias en la experiencia dolorosa: la intensidad de los episodios de mayor dolor disminuyeron a la mitad, el dolor promedio disminuyó a menos de la mitad (descenso nunca experimentado) y disminuyó la duración de los episodios de mayor dolor. La paciente tomaba los mismos medicamentos para el dolor.

En la sesión 9ª, la paciente presentaba un estado general regular, caminaba con dificultad, habla muy bajo, era difícil entender lo que decía.

En cuanto al dolor, había experimentado poco dolor. El dolor más intenso en el último tiempo llegó a una intensidad EVA 5, el cual duró 5 minutos aproximadamente, y se presentó tres veces en una semana. La paciente percibía la disminución de su dolor. Durante 15 días aproximadamente no presentó crisis de dolor.

Durante ese tiempo escuchó el cassette de hipnosis 2 a 3 veces al día. Se sentía mejor de ánimo. Al parecer, esta forma de ayudarla a realizar autohipnosis la favoreció en el control del dolor.

Durante la sesión también se indujo trance, el que fue muy rápido y corto. Además, se habló de su experiencia en un ambiente informal. La conversación no fue grabada por petición de la paciente.

De la misma manera se trabajó en las sesiones siguientes, se indujo un trance breve y se conversó informalmente sobre distintos temas.

En la sesión 10ª, se pudo observar que la paciente permaneció bastante tiempo sin dolor. El dolor máximo llegó a EVA 6. No tuvo crisis de dolor, ni caídas. La paciente se percató de sus progresos y los valoró.

También dijo estar bien de ánimo; aunque se sentía triste porque no podía realizar sus quehaceres domésticos debido al estado de su pierna, había llorado bastante durante el último tiempo. Su marido también la encontraba mejor de ánimo. No había pensado en el suicidio, pensaba en sus hijos. A veces se presentaban estas ideas; pero no tan frecuentes, ni tan fuertes como antes.

No había informado al médico de los cambios, temía quedar sin medicamentos. Además, no quería consultarle sobre el estado de su pierna por miedo a que se la amputaran.

En la 11ª sesión estaba con un dolor intenso; el día anterior no había practicado autohipnosis.

Al ser consultada por el dolor, decía que estaba presente desde el día anterior y que no había disminuido; pero al consultar los detalles se pudo observar que el dolor no estuvo permanente, se presentó en la tarde del día anterior, luego disminuyó y regresó horas antes de comenzar la sesión. El retorno del dolor la angustió, pensaba que era un retroceso.

Al conversar se pudo reconocer profundos sentimientos de abandono y soledad que aumentaban su sufrimiento. La paciente se quejaba de no ser visitada por su familia (era visitada por amistades); le afectaba, porque pensaba que moriría y asociaba esta actitud con una total despreocupación por su existencia. Esto sumado al dolor, gatillaban deseos de poner fin a su vida: *"Estoy triste, nadie me viene a ver... no saben que me estoy muriendo y nadie me viene a ver (llora)... Cuando viene el dolor me quiero matar".*

Para disminuir el dolor se indujo trance mediante levitación de manos, sin dificultad la paciente experimentó un trance profundo y logró disminuir el dolor. Finalizó la sesión sin dolor y más tranquila.

Luego de aliviar el dolor, se conversó sobre los temas que la afligían. A pesar de mencionar el suicidio, no lo enfatizó como antes.

Como se puede observar, el dolor se mezcla con profundos temas emocionales. Esto no significa que la paciente experimentara un dolor irreal: desde el punto de vista fisiológico es comprensible el padecimiento de dolores intensos. Pero el dolor no es una sensación aislada, en este caso al experimentar dolor la paciente se conectaba con pensamientos desesperanzadores y tristes. Al parecer la práctica de la autohipnosis le ayudaba a estar menos tiempo en contacto con esos pensamientos.

Dar un espacio para que pudiera hablar de su experiencia permitió que la paciente se sintiera acompañada.

En la sesión 12ª el estado general de la paciente era malo, se encontraba recostada en un sofá, se veía demacrada, hablaba en tono bajo, tenía dificultades para respirar y caminar. Se encontraba con buen ánimo, alegre por la visita y sin dolor.

La paciente había estado con poco dolor. En la última semana había experimentado 2 episodios de intensidad EVA 6 de 45 minutos de duración y dos caídas; la paciente podía percibir la mejoría de su dolor. El médico cambió el tratamiento para el dolor; le indicó morfina oral 3%.

La paciente continuó practicando autohipnosis, escuchaba el cassette diariamente.

Su ánimo mejoró. En la sesión se habló sobre su experiencia y emociones. Esas conversaciones no fueron grabadas por petición de la paciente.

Esa fue la última sesión. La paciente falleció en el transcurso de la semana, un día antes de la sesión siguiente, en el Hospital Caupolicán Pardo. Las matronas consultaron el EVA de la paciente al morir (EVA 0).

3) Percepción de la enfermedad.

La paciente no manejó toda la información sobre su estado de salud. En un principio fue informada de su diagnóstico: cáncer cervicouterino IIIb, pero no entendía lo que era un cáncer IIIb; hasta el final desconoció su

pronóstico (6 meses de vida). La familia estaba enterada, pero no querían por ningún motivo informar a la paciente.

La paciente estaba confundida. Sospechaba que estaba desahuciada, pero no tenía la certeza. No sabía si viviría y si lo hacía por cuánto tiempo y en qué condiciones. Temía a la muerte y a quedar en una situación de invalidez irreversible por largo tiempo: *"Hasta el momento no me han dicho nada, me gustaría que me dijeran la verdad... si estoy desahucia o no. Sé que es etapa tres... Pero con el tiempo yo creo que ha avanzado más, ya debe estar ramificado porque imagínese estas piernas que tengo (tiene un edema en su pierna izquierda) no me puedo sentar, deberían decirme... ser bien sincero... me gustaría que me dijeran: usted está desahucia, va a durar tanto tiempo."*

La paciente decía querer saber sobre su pronóstico; pero no consultaba directamente a los médicos sobre su estado de salud, ni sobre el síntoma más preocupante: el estado de su pierna. Con respecto a esto último, pensaba que si preguntaba le amputarían la pierna porque asumía que el aumento de volumen era porque tenía un tumor del tamaño de su hinchazón: *"Yo creo que la tengo con el tumor."* (Sesión 3).
"Y esa morfina, ¿la dan para toda la vida o no?" (Sesión 4)

¿Por qué no consultaba directamente?, las respuestas no pueden establecerse claramente por medio del análisis del discurso de la paciente. Sólo mencionó una razón: al médico no le importaba, pero ésta puede haber sido una justificación, pues la paciente expresaba mucho temor.

También era difícil que el médico pudiera informarle directamente; muchas veces en la consulta la paciente sólo lloraba, no podía dar cuenta claramente de sus necesidades y síntomas. Además, la familia tomó la decisión de no informarla.

A la terapeuta le formuló preguntas directas, pero sabía que no recibiría respuestas de ésta.

La falta de información sobre su estado de salud fue vivido con gran angustia, temor y rabia por la paciente, quien pensó en poner fin a su vida: *"No sé qué hacer. Ya no aguanto, no sé si voy a morir, no sé si voy a vivir... no sé... lo único que haría ahorcándome es apresurar mi muerte, nada más".*

Para la paciente su enfermedad era un castigo injusto y desconcertante: *"Yo de repente pienso ¿qué he hecho tan mal en mi vida para recibir esta enfermedad?*

La principal queja de la paciente sobre su enfermedad era su invalidez: *"Sí me caigo, me caigo sola, no me puedo bañar, me tienen que bañar. El otro día estaban golpeando, abrí la puerta y me caí, estaba mi amiga golpeando para llevarme al hospital."*

"... Ahora ya no puedo caminar... llevo tres días sin caminar."

La familia exigía que la paciente luchara por su recuperación, según ella su marido le decía: *"Que tengo que luchar, que no puedo dejarlos solo".*

4) Estado emocional.

La paciente experimentó continuos estados de tristeza por estar sola; además, miedo por la posibilidad de morir o perder su pierna; incluso ideas suicidas.

"Paso sola. Sola... me siento mal sola." (Sesión 3).
"Tengo miedo de morirme. Mis hijos..." (Sesión 8).
"Estoy triste, nadie me viene a ver..." (sesión 11).
"Está fuerte... me dan ganas de matarme cuando estoy con este dolor..." (sesión 3).
"Mi pierna si me duele tanto... no quiero llorar, pero no puedo." (sesión 3).
"Mi pierna... tengo miedo de perderla." (sesión 3).

5) Vínculos afectivos y red de apoyo.

Durante el tiempo de la intervención se pudo observar la importancia que tenían los vínculos afectivos en la vida de la paciente. Se sentía sola y no le gustaba la soledad. Era visitada por amigos y algunos familiares. La compañía más importante era la de su esposo e hijos. Su hijos eran su preocupación y motivación. Sufría por la posibilidad de separarse de sus seres queridos y por no poder pasar más tiempo con ellos en mejores condiciones.

La principal demanda de la paciente era recibir cariño. Se quejaba de no haber recibido nunca en su vida el cariño que quería. Esta insatisfacción es anterior a la enfermedad y al parecer recobra fuerza al estar más vulnerable. La paciente quería recibir caricias, atenciones.

"Cariño. El único que me da un poco de ese cariño es mi esposo, pero está medio aburrido... No sé, no sé. No tengo cariño de nadie, nadie ... Que me mimen, nunca ha sido así."

La paciente trataba de acercarse a sus seres queridos para acariciarlos, pero no podía; en su familia no era frecuentes las caricias.

"Me he tratado de acercar, pero no se puede..."

El marido la acompañaba cuando podía, trabajaba durante todo el día y se hacía cargo de los hijos. Él decidió estar a su lado hasta el final; le pedía que luchara por su salud, a pesar de conocer el pronóstico, temía quedar solo con los hijos. La paciente sentía que no tenía fuerzas para hacerlo; sin embargo, se esforzaba, pensaba que su marido estaba cansado por su enfermedad, temía perderlo. Paradójicamente, le pidió reiteradamente que se fuera. Este era uno de los vínculos más importantes para la paciente: *"Nada que tengo que luchar que no puedo dejarlos solo" (sesión 7).*

En cuanto a su relación con sus hijos le preocupaban, quería hacer pequeñas cosas por ellos, pero al no poder se sentía frustrada. Además, se daba cuenta que el comportamiento de sus hijos había cambiado y no podía hacer nada, sentía que tenía menos control. En ocasiones explotaba: *"Estos cabros me hacen rabiar tanto, si tú estuvieras acá... Sabes que a veces me hago la lesa, me hago la loca para no escucharlos, pero hasta que no aguanto... Y me pongo a llorar, lloraba, lloraba. Lo único que quería era morirme. Y se los dije, se los grité a los tres que ya no los aguantaba que prefería morir que estar así con ellos..." (sesión 7)*

"Por qué no trata de cambiar un poquito, yo converso con él. La mamá está enferma hijo, cambie... ayúdeme por favor, yo le converso. Yo no voy a estar con ellos toda la vida, en cualquier momento me puedo morir, le dijo a ellos. Que en cualquier momento me puedo morir que me ayuden (sesión7).

Durante su enfermedad consideró la idea de suicidarse; el pensar en sus hijos le sirvió de freno.

"Me pongo a pensar él que entre y me vea eso nunca se le va a borrar"(sesión 7).

Otro de los vínculos importantes era la compañía de su padre, con quien podía compartir sus sentimientos de pesar: *"Mi papá dice si tenía que ser así... porqué no se la mandó a él ... Aquí es donde se ven los amigos, estando mal, estando enferma".*

Por otro lado, algunos comentarios de familiares la ofendían; también le afectaba que la instaran a luchar por su bienestar: *"Imagínese que tengo una cuñá que dijo que todo lo que hacía yo era para llamar la atención... y estoy sufriendo tanto..."*

"Mis amigos me dicen que tengo que tirar pa'rriba, pero ellos no saben qué es lo que yo siento con por dentro".

La paciente recibió compañía y cariño de sus amigos, eso le agradaba y en ocasiones la incomodaba: *"He recibido más cariño de afuera que de la familia. Sabe que se han portado tan bien, vienen casi todos los días, nos sentamos aquí nosotros porque es más fresquito pu' ... Hasta la mamá de los amigos de mis hijos vienen a verme, en la noche se me llena la casa de gente, pero yo ya no quiero ver a nadie..."*

6) Motivaciones.

Cuando pensaba en el futuro y en sus mayores motivaciones, mencionaba hechos simples y cotidianos, pequeñas cosas que le gustaría hacer con sus hijos y amistades

"Quiero llevarlos al colegio, porque yo voy a dejarlos y a buscarlos al colegio, me juntaba con las chiquillas. Un poco, no importa como esté, enferma como esté, el cáncer ya lo tengo, no tengo nada más que hacer..."

"Me gustaría caminar, salir con los niños."

En estas frases se puede ver la importancia de los cuidados paliativos: la paciente no pedía recuperar su salud, sólo contar con

pequeñas condiciones que le permitieran realizar pequeñas cosas de gran importancia para ella.

7) Creencias religiosas.

La paciente no practicaba activamente una religión. Sin embargo, al estar enferma se acercó más a lo espiritual.

Por un lado cuestionaba a Dios porque le envió una enfermedad injusta y por otro, le pedía ayuda, sobre todo cuando sufría dolor:

¡Ay, Señor ayúdame! ... ¡Ay, Dios mío, Señor... cómo tengo mi pierna!" (Sesión3).

"Yo de repente pienso ¿qué he hecho tan mal en mi vida para recibir esta enfermedad?" (sesión 1).

8) Atención hospitalaria.

La principal queja de la paciente respecto de la atención hospitalaria fue no recibir información ni tratamiento: quería recibir atención para poder caminar. No mencionaba recuperarse del cáncer, sino tener una mejor calidad de vida.

"Como no hacerme un tratamiento, digo yo... quiero que me hagan algo. ... Me gustaría que me hicieran algo para poder caminar, aunque sea un poco." (Sesión 3).

3.2.2. Estudio de caso: Paciente 2.

De acuerdo con los datos, se pudo observar las siguientes variaciones en el reporte de dolor de la paciente.

1) Variaciones de la experiencia dolorosa.

a) *En cuanto a la intensidad del dolor*:

- La intensidad del dolor disminuyó en todas las ocasiones en las cuales se indujo trance hipnótico.

- La paciente logró experimentar el mayor alivio cuando practicó hipnosis; según ella, los únicos momentos que no sentía dolor o uno muy leve era después de un trance.
- La intensidad de dolor promedio se mantuvo más ó menos constante, observándose algunos leves aumentos.
- La intensidad de los episodios de mayor dolor, se mantuvo más o menos constante, observándose un descenso a partir de la sesión 6ª.

b) *En cuanto a la frecuencia del dolor*:

- La frecuencia de los episodios de dolor intenso disminuyó.

c) *En cuanto a la duración del dolor:*

- La duración de los episodios de mayor dolor aumentó.
- La paciente presentaba dolor base que se mantuvo más o menos constante.

2) Dolor e hipnoterapia.

a) *En las sesiones en las cuales se indujo trance y practicó autohipnosis:*

La paciente practicó autohipnosis sólo por una semana. No pudo continuar debido a alteraciones cognitivas; trató de hacerlo, pues la autohipnosis le permitía estar más tranquila.

- La mayor diferencia se presenta en una disminución de la frecuencia de los episodios de mayor dolor y dolor base al practicar autohipnosis.

A continuación se lleva a cabo un análisis de la experiencia dolorosa de la paciente:

En la primera sesión, la paciente se encontraba hospitalizada. Presentaba un dolor promedio moderado (EVA 4,5); y un dolor intenso, palpitante, que se presentaba en forma de crisis que duraban alrededor de 20 minutos (día y noche). La paciente describía el dolor de la siguiente forma: *"punzante, pesado, como contracciones que la marchita, la seca... Ah... es un dolor que punza y pone duro así una cosa, duro, duro si no*

duermo y de ahí descanso ... Es contracciones... Como si uno tiene una guagüita" (superan el EVA 10).

Cuando un paciente refiere intensidades tan altas, Barber (1996b) recomienda explorar el significado del dolor, las implicaciones que tiene para el paciente se relacionan con el grado de sufrimiento y disposición para el tratamiento. El valor que se da a los factores afectivos ayuda en la comprensión del dolor.

La paciente se refiere al dolor de la siguiente manera: *"El dolor me mata, me marchitaría, me secaría. Seca totalmente, seca por el dolor... cuando está solo...".*

En el relato de la paciente se aprecian algunos significados como soledad y desvitalización:

Durante la sesión la paciente presentó un dolor intenso. Se indujo trance y pudo controlarlo; experimentó un trance lúcido en que contó una experiencia laboral (controlaba vehículos). Durante el trabajo hipnótico se acompañó y se sugirieron metáforas relacionadas con la experiencia. Cuando finalizó, la paciente se sintió relajada y sorprendida: *"No me duele. (sonríe y responde un poco sorprendida). Relajada".*

El éxito en un primer acercamiento es favorable, refuerza la conducta. Además, la sorpresa es otro elemento positivo, la hipnoterapia ericksoniana recomienda su uso para favorecer el debilitamiento de los esquemas conscientes. En el caso del dolor, es algo a lo que se aspira, pues es un constructo que debe ser modificado para obtener resultados.

Según Milton Erickson (1980, 1998), producto de la experiencia vital, las personas han aprendido asociaciones de las cuales no son del todo conscientes, que les permiten controlar el dolor, incluso abolirlo. El rol del terapeuta sería permitir la manifestación de estos aprendizajes (Pacheco, 1996).

Un ejemplo de las ideas de Erickson se manifestaron en el trabajo realizado por la paciente. Ella experimentaba un trance peculiar: se quedaba inmóvil, mirando fijamente un lugar y relataba su experiencia.

En un principio la terapeuta intentó otros acercamientos que supuestamente serían "más efectivos en el control del dolor", pero

obviamente fracasaron, porque no estaban de acuerdo con la paciente. Cuando se acompañó, permitiendo que ella guiara el trance, desplegó sus recursos, relatando su experiencia laboral y logrando controlar su dolor.

En la 2ª sesión, al evaluar los cambios no se observó una disminución del dolor; por el contrario, el dolor promedio aumentó levemente.

Se debe considerar que el deterioro de las enfermas aumenta y con ella su dolor. Además en la sesión anterior, la paciente se encontraba hospitalizada, por lo que seguramente el cuidado del dolor era mejor que el realizado en su hogar. La paciente no cumplía con las dosis ni horarios de los medicamentos recomendados; muchas veces su estado no se lo permitía y no contaba con una persona que la ayudara.

Para la paciente su dolor era insoportable. En la sesión aportó nuevos datos que se utilizaron en el trabajo hipnoterapéutico: *"Ese dolor que no se me quita ni un rato, un rato siquiera que terminara... Cuando sube el dolor insoportable... ya se me sube la presión...se me nota cuando se me sube la presión ... En el día ni cuenta llevo cuantas veces... esos ataques de contracciones... que me vienen... si yo no puedo sentarme, si me siento o me muevo me vienen al tiro ... No, no puedo hacer las cosas".*

A pesar del aumento del dolor se observaron otros cambios, que no aparecen al ver sólo los datos cuantificables. La paciente piensa que su dolor puede disminuir, al disociarse o conversar con alguien. Este es un aspecto importante: *"Uno puede tener el cuerpo adolorido... pero a veces uno en la mente se distrae y no puede darse cuenta del dolor ... Sí y conversando una persona con otra persona, trata de olvidar un poco y si el dolor tiene 6 o 5 queda en 4, pero si permanece, sola permanece en 8 ... La mente ya está en otra cosa, ya no está en el dolor ahí".*

Los significados negativos asociados al dolor son: estar sola y no poder hacer sus cosas.

En la sesión se indujo nuevamente trance, logrando la paciente disociarse y disminuir un dolor intenso; nuevamente utilizó una experiencia laboral: *"Sí, recuerdo cuando andaba con la camioneta, cargando la camioneta, después nos íbamos... a veces quedábamos en pana ... En este minuto estoy recordando todo lo que hacía, cargaba la camioneta, salía a*

negociar... Cuando iba la camioneta vacía iba a una velocidad más... fuerte... Ahora llegamos en una curva... hay que ir con más cuidado..."

Durante el trance la paciente dijo experimentar un dolor, pero no mostró gestos, sólo lo verbalizó; con pequeñas indicaciones, pudo superar la crisis en unos minutos sin salir del trance: *"Ya, se me quitó"* (ver anexo).

Como se mencionó anteriormente, uno de los aspectos negativos del dolor para la paciente era la inactividad y la soledad. Ella era una persona que tuvo que trabajar mucho durante su vida, se sentía orgullosa de su esfuerzo. Su trabajo fue una manifestación de amor por sus hijos; además, le dio la posibilidad de interactuar con otras personas y disfrutar de su compañía. Tal vez, el revivir estas experiencias durante el trance sea una forma de suplir las carencias que le provoca el dolor. Es curioso que las principales quejas de la paciente sobre el dolor (soledad e inactividad) estén totalmente cubiertas al "trabajar hipnóticamente". Puede que esto explique en parte la preferencia de controlar el dolor eligiendo actividades laborales.

En la sesión 3ª, la paciente continuaba con dolores intensos en la región hipogástrica y sacra. El dolor promedio no disminuyó, ni la intensidad de las crisis. Estas últimas aumentaron en duración, sin embargo, los dolores disminuyeron en frecuencia: de innumerables episodios diarios, se presentaron 9 episodios en los últimos días. El cambio no fue significativo para la paciente.

En la sesión entregó nuevos antecedentes sobre el dolor: podía anticipar las crisis. *"Yo lo sé cuando va llegar, me empieza a doler los huesos, los brazos, las piernas".*

Antes del tratamiento hipnoterapéutico, la paciente intentaba controlar el dolor de la siguiente manera:

"Tomo leche, pujo. Pujo me viene, después voy al baño voy al baño y pujo pasan 2 minutos y el dolor a otro rato voy al baño otra vez, me siento me hecho agua. Me echo agüita ahí se me quita un poquito, pueden ser cuatro minutos que se me quiten, pero luego voy al baño, por eso, me preguntan a que voy al baño, ahí puedo descansar. Me revuelco en la cama".

Luego de iniciado el tratamiento hipnoterapéutico, intentó nuevas soluciones para controlar el dolor:

"Sí, a veces viene mi compañera de trabajo viene a verme aquí... si está sus 20 minutos, los 20 minutos se me pilla un poco el dolor"

La compañía de adultos ayudó a la paciente en el control del dolor, le agradaba; se encontraba muy sola. Sin embargo, prefería la soledad cuando la compañía eran niños, no quería que la vieran en esas condiciones: *"A veces, yo estaba con un dolor y le decía al niñito, que saliera pa' fuera porque no... Mejor sola".*

Al parecer, la paciente quería la compañía de las personas, pero no cualquier compañía; en los momentos de dolor prefería estar con alguien con quien pudiera interactuar y sentirse apoyada; prefería la soledad a la compañía de un persona más desvalida (por ejemplo, un niño). Además la soledad le permitía practicar autohipnosis: *"Cuando me vienen los dolores estoy solita aquí, quiero la soledad, sí. Yo no puedo tener a alguien que esté así... o jugando, saltando, los niños me ponen más nerviosa y solita me relajo y converso, sola ... No, no me ha costado (la autohipnosis) porque yo cada vez que vienen los dolores, yo pienso al tiro sola yo me imagino y al final se me quita un poco el dolor, y conversar con alguien igual... Sí, porque todo lo que uno hace dónde uno ha trabajao, uno va hablando así... Yo en veces converso sola. ...Trabajé harto... y cuando me llegan los dolores yo empiezo dónde trabajaba, cosas así yo empiezo y me relajo al final".*

"Sí, sí, pero como yo no lo sabía, pero como me empezaron a decirme, me empezó a decir usted... que hay que imaginase, pensar en otra cosa (lo dice utilizando el tono de voz usado por la terapeuta) *así lo he hecho... Y si veo otro enfermo sufriendo así soy capaz de decirle: hazlo así, no pienses en tu dolor, piensa en otra cosa, piensa en los trabajos que he hecho: si era costurera... yo no hice el curso pa' costurera, pero aprendí, así..."*

"Confiar de vencer el dolor".

En el transcurso de sesión se presentó una crisis de dolor, que pudo ser controlada, se indujo trance mediante fijación de ojos y se intentaron varias estrategias orientadas al control del dolor, entre ellas: Símil de interruptor eléctrico, anestesia mediante alucinación de sensaciones de frío,

fueron efectivas; sin embargo, las estrategias más exitosas fueron las metáforas orientadas a favorecer la disociación construidas a partir de las experiencias previas de la paciente. En esa oportunidad, también se presentaron náuseas, las cuales pudieron ser controladas mediante procedimientos hipnóticos. La paciente finalizó la sesión con una intensidad de dolor EVA 0, sintiéndose cómoda y tranquila. En el último tiempo, nunca había estado sin dolor, podía disminuir, pero siempre se mantenía con un dolor base. Estar sin dolor, aunque fuera por un momento fue muy gratificante para la paciente.

En la 4ª sesión se observó a la paciente muy ansiosa y asustada porque había tenido pseudo-alucinaciones:

"Cuando estoy durmiendo y cuando me viene los dolores me dan pesadillas, pesadillas fuertes, ya tengo miedo a dormir sola ... Veo una cosa así veo gente, gente... gente que ya se han ido...2.

La paciente continuaba con dolor: *"Dolor a la cola, me apreta así, un dolor, un descozor, me llega a la pierna..."*

La paciente había presentado problemas de concentración, buscó ayuda religiosa para sus dolores. Durante la 4ª sesión un pastor estuvo presente gran parte de la sesión:

"No, ayer estaba jodía en la mañana... Y vino el caballero, que está presente, me hizo una imposición de manos vino, a ungir, porque las piernas no podía ni moverlas, ayer cuando llegó que cara tendría... ni siquiera había comido. Hoy día tomé desayuno y no lo boté, y los brazos... no me han dolido los huesos, estuve lavando, lavé sábanas, pero anoche...."

Durante la sesión se indujo trance con éxito. La paciente nuevamente experimentó una disociación recurriendo a una actividad laboral.

El pastor tuvo algunos reparos al respecto, él explicaba el dolor y sufrimiento de la paciente como una forma de limpieza que le permitiría una mejor vida, ese era el precio que debía pagar por sus pecados.

En un discurso como éste ¿qué lugar ocupa una intervención destinada a aliviar el dolor?, ¿sería contraproducente con la vida espiritual?

Sin querer caer en un debate religioso, se debe señalar que estos mensajes aumentan la culpa y no facilitan el alivio del dolor. Independiente de la postura que se tenga al respecto, debe ser considerado, pues éste es uno de los significados que tiene el dolor para algunas personas, y como tal, debe ser integrado en la intervención hipnoterapéutica.

El apoyo espiritual es importante para las personas, tiene mucho peso. No son sólo comentarios, sobre todo si viene de una autoridad religiosa:

Pastor: "pero hay una cosa que usted no ha comprendido, la persona cuando tiene mucho pecao y no ha vuelto el arrepentimiento a Dios dice que la tribulación vuelve a ella para ser más limpio, para que pueda irse más limpia, ya no es tiempo que trabaje tanto. Está pagando lo malo, esa es la tribulación... en mal estado está ella... y el demonio lleva a la persona a matarla, al suicidio, a la muerte, a la condenación, esas cosas."

A pesar de las dificultades, la paciente continuó con la autohipnosis logró controlar algunos dolores, pero no pudo utilizarla durante las crisis:

"Sí, después que terminé de lavar me vine a la cama y hice el ejercicio".

"Sí, el otro día cuando vino una compañera de trabajo a verme tenía un dolor, pero caballo de grande y cuando llegó me empezó a conversar ella y se me quitó el dolor, estuve una hora con ella aquí, era un dolor que no soportaba, pero al final conversando con ella me iba imaginando, tenía en mi mente y se me quitó, se me quitó."

"No lo he usado, no lo he usado, cuando ya se va calmando se puede (se refiere a los dolores intensos). Es un dolor que no... pierdo hasta la cabeza."

Si bien la paciente utilizaba la autohipnosis, no practicaba frecuentemente, sólo cuando experimentaba dolores moderados que podían llegar a ser intensos.

Hasta la cuarta sesión, el tratamiento médico del dolor no varió, la paciente tomó medicamentos para aliviarlo (Tramal 100 mg c/ 6 hrs).

Después de esta sesión, inicia el tratamiento de radioterapia paliativa. En la 5ª sesión había realizado 4 sesiones. Tenía muchas esperanzas en el tratamiento.

En la quinta sesión, el estado general de la paciente era malo, se encontraba en cama. En el momento de la evaluación tenía dolor de cabeza y durante la semana había tenido bastante dolor, no sentía alivio con el medicamento (Tramadol) ni con la radioterapia.

Durante ese tiempo no practicó autohipnosis por dificultades cognitivas. Se encontraba muy angustiada y temerosa, sobre todo por ver "cosas" y estar sola. Se pudo observar que en ciertos momentos la paciente presentó dificultades de concentración y memoria, pseudoalucinaciones, embotamiento, y conductas regresivas (abrazaba una muñeca, la cuida). Durante esa semana la paciente había estado hospitalizada en Melilpilla por problemas de deshidratación.

La paciente tuvo dolores intensos en la zona hipogástrica y sacra, algunos dolores los asemejaba a los de parto. Los dolores más intensos, según ella, eran superiores a EVA 10 y podían durar de 2-3 hrs. También presentó dolor constante que podía durar todo el día:

"Parece que me voy a acabar, no era mujer de pararme... parece que se me iba a caer todo de aquí, todo".

"Parece que tengo una herida como algo que se me va reventar adentro, usted señorita a lo mejor me va a entender... como es la molestia que tengo ahora... parece que se me va a reventar el bolsa de agua cuando uno va a tener la guagüita... cuando la guagüita viene para abajo ya va bajando, eso siento ahora, la bolsa de agua se me va a pinchar... si se revienta la bolsa de agua se muere la guagua... por eso yo me apuntalo un poco porque si se revienta el agua va a destruir a la mamá y al niño, por eso le dije a ella que me ayudara (se refiere a la hija)... por eso tiene que ayudarme, pero que guagua voy a tener yo."

"Sí, a veces el día entero señorita, el día entero, parece que se me va a caer todo... cuando pasan de un rato esos dolores ya no los soporto... sabe que es un dolor caballo, no entiendo, es el día entero. Si me tomo las gotas ni siquiera se me quita."

Durante la sesión se indujo trance fácilmente, pudo alucinar una sensación de frío en los lugares que sentía dolor, mediante este procedimiento pudo controlar una crisis de dolor y la sensación de náuseas. Durante la inducción, manifestó temor de cerrar los ojos por tener

alucinaciones. Debido al estado de la paciente, la inducción fue directiva, se trató que permaneciera con los ojos abiertos y no evocar eventos pasados, la paciente dijo no tener "memoria" para ellos:

"Sí, pero ahora como estamos con la memoria mala... es mucho el dolor... No puedo señorita con los ojos cerrados... Vi un refrigerador que iba pasando por ahí..."

Como se contaba con la ayuda de su hija, se le enseñó a inducir trance a su madre, mediante una clave: tocar la mano. En la sesión, pudo hacerlo varias veces.

A la paciente le gustó que su hija indujera el trance *"Sí, cuando me encuentre en un apuro que me tomen la mano y que me pregunten qué necesita..."* Si bien fue agradable para la paciente, y la hija pudo realizar con éxito el trance, no puso en práctica los conocimientos.

La paciente había sido una persona activa en los trances, prefería guiar el proceso; pero en este caso necesitaba una sesión directiva. Se debe tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a los distintos momentos, hubiese sido un error replicar los trances pasados, ya que la situación era distinta.

Al comparar la sesión anterior, se observa que las crisis aumentaron en intensidad y duración.

Se debe considerar el avance de la enfermedad, la imposibilidad de practicar autohipnosis, la falta de recursos y el abandono.

El estado de salud de la paciente era tan malo, que el día siguiente quedó hospitalizada. Estuvo en el hospital debido a insuficiencia renal, síndrome urémico y encefalopatía metabólica.

En esa oportunidad el médico le informó a la familia que la salud de la paciente era médicamente irrecuperable. La familia tomó con pesar y tranquilidad la noticia; después de esto los hijos se ocuparon más de la enferma.

En la 6ª sesión, la paciente se encontraba en su casa. Hacía pocos días había sido dada de alta. En el hospital recibió tratamiento (se instaló un catéter doble jota). En aquella oportunidad, se veía mejor de ánimo, podía realizar algunos quehaceres domésticos, caminar cortas distancias y

dormir; estaba más tranquila, sin problemas cognitivos; la mayor molestia eran las náuseas.

Estaba enojada porque no supo lo sucedido en las últimas intervenciones a las que debió someterse, las cuales disminuyeron notablemente el dolor.

La paciente estuvo hospitalizada en Aislamiento de Ginecología durante 4 días. Durante ese tiempo se suspendieron las sesiones de hipnosis y de radioterapia.

Cuando estuvo hospitalizada fue visitada por la terapeuta; la paciente presentaba capacidades cognitivas disminuidas, embotamiento, temor y desorientación. La visita no pretendía realizar una sesión hipnótica, sólo conocer el estado de salud y apoyar a la enferma, por esto no se grabó el encuentro que duró pocos minutos.

En el hospital, la paciente pudo reconocer a la matrona y a la terapeuta. Saludó amablemente, se veía agradada por la visita; dijo no saber qué le había sucedido, no se acordaba de nada (esto la angustiaba); se quejaba por tener la boca dañada, no haber conocido a sus familiares y estar amarrada.

La terapeuta no mencionó las sesiones de hipnosis; sin embargo, la paciente dijo estar triste por no poder continuar los ejercicios; se trató de calmar tal preocupación, en términos de expresarle que si ella quería, después continuarían. También mencionó que estaba luchando contra la muerte y el diablo para que no se la llevaran; estaba muy asustada y no podía dormir.

La terapeuta trató de tranquilizarla, le preguntó: ¿quiere dormir ahora?, la paciente accedió. Se le dijo que mirará un punto, que cada vez que mirara un punto, un punto blanco, se sentiría relajada... que pensara en una luz blanca, esa luz la cubriría y la protegería para dormir, la contactaría con las mejores cosas; siempre que tuviera miedo pensara en la luz blanca. Si se sentía protegida podría dormir tranquila, al finalizar el encuentro la señora quedó relajada y dormida.

El comentario trató de calmarla, dándole un elemento que le diera seguridad. Lo más apropiado: una ayuda divina. Ella estaba luchando con el

mal, una tranquilidad terrenal podía no ser suficiente. Se trató de entregar este elemento de una manera sutil, sin contradecir ni cuestionar las creencias de la paciente, por esto se recurre a un elemento que sin nombrarlo directamente, hace pensar en lo divino, en lo bueno. El blanco es un color arquetípico que conecta con estos significados.

Durante la 6ª sesión el episodio fue recordado por la paciente, comentó que utilizaba el punto blanco para dormir tranquila desde que estuvo en el hospital. Cuando estuvo en el hospital las auxiliares se dieron cuenta que miraba de forma "extraña". La paciente se sentía muy bien haciendo este pequeño gesto, el cual tenía una fuerte carga emocional:

"Lo que he hecho sobre todo cuando quiero quedarme dormía, del punto blanco y ahí ya me quedo dormía, me quedo dormía, el punto blanco así y me quedo dormía..."

"En el hospital, la enfermera me decía ¿qué estay haciendo?, ¿qué estay mirando?, ¿con qué estay jugando? (se ríe). Señorita, le dije yo, estoy jugando con un punto blanco para poder quedarme dormía – y dime ¿quién te enseñó eso?- yo le dije la señorita que vino, ella es la que me enseñó eso, eso le dije es importante pa' mí –ah me dijo- lo encuentro bueno."

Lo anterior remite a la importancia de la palabra, sobre todo en el caso de personas que se encuentran en situaciones extremas, asustadas, confundidas y vulnerables. Los comentarios pueden ayudar o dificultar la experiencia.

Muchas veces se piensa que lo que se diga en estas circunstancias no tiene impacto, pues la persona presenta un estado confusional, no entiende nada. La experiencia relatada por la paciente es un ejemplo de la importancia de lo que se dice en estos casos. El impacto de unas frases se extendió incluso después de estar en el hospital y no se utilizó hipnosis para ello.

Diversos estudios sugieren lo mismo: es importante lo que se dice en esos momentos. Las sugestiones pre-quirúrgicas y las entregadas mientras el paciente se encuentra anestesiado, en la sala de recuperaciones puede reducir el dolor post-operatorio, disminuir las complicaciones y acelerar la recuperación (Hammond, 1990).

Erickson, ya en 1932 (Erickson 1963, 1980) menciona que los pacientes anestesiados podían percibir conversaciones de alguna manera. Después otros investigadores llegaron a conclusiones similares, Cheek (Rossi y Cheek, 1988) afirma que los comentarios desagradables sobre el paciente quedan registrados en el inconsciente, pudiendo ocasionar problemas psicosomáticos.

Para Benke (1996, p. 125) las conversaciones casuales pueden actuar como poderosas sugestiones, las palabras usadas sin cuidado pueden ser dañinas, provocando respuestas no deseadas, sobre todo las que tienen una connotación negativa; las palabras con connotaciones positivas pueden promover mejores resultados. También es importante el lenguaje corporal.

Según Benke (1996) cuando se utiliza el lenguaje adecuadamente, se observan resultados positivos, como: los pacientes aprensivos se calman, son más cooperadores, sienten que tienen más control, necesitan menos medicamentos y se recuperan más rápido.

Para ese autor, los pacientes sometidos a procedimientos médicos dolorosos o que esperan cirugía tienen las siguientes características: son muy susceptibles a las sugestiones desde el momento de la intervención hasta la recuperación total. Las palabras escuchadas en ese estado son tan poderosas como las sugestiones entregadas en estado de trance hipnótico; las personas parecen reaccionar principalmente a los comentarios realizados por personas que tienen autoridad.

Como se puede ver, las palabras tiene un efecto que puede tener consecuencias negativas; pero si son bien utilizadas pueden tener efectos positivos. Esto se pudo observar en la paciente

El dolor en la 6ª sesión era diferente: de menor intensidad. No era similar a los dolores de parto (dolores viscerales), podía ser aliviado con el medicamento (tramadol 100 mg). La paciente lo tomaba cuando sentía dolor intenso. Pensaba que el dolor era producto de una infección, el dolor se presentaba antes y después de ir al baño, consultaría al médico del Hospital Caupolicán Pardo, el día siguiente a la sesión: *"No las contracciones se me terminaron, ese no lo he sentido. "Ojalá que nunca más me vuelvan esos dolores de contracciones, porque sufrí tanto con eso."*

"El único que tengo es un dolor, un escozor, se me escuece... entonces cuando me viene esos escozores y ahí ya me aplica las gotas, me dan las gotitas. No el otro era un dolor caballo, ni yo lo entendía porque eran contracciones y a la cola el dolor, esos ya se me terminaron."

Durante la sesión no se intentó disminuir el dolor (podía ser producto de una infección). Se indujo trance para facilitar la autohipnosis. El trance se realizó fácilmente y se le enseñó a uno de sus hijos.

En la sesión 7ª, la paciente podía realizar algunos quehaceres domésticos, caminar cortas distancias; no tenía problemas para dormir, estaba más tranquila. Fue informada de su pronóstico, su angustia disminuyó notablemente, se sentía triste, pensaba en el futuro de su hijo menor. No obstante, mantenía la esperanza de recuperarse.

Luego de conocer el pronóstico, mejoró la opinión de la atención médica recibida, entendía que no podía someterse a todos los tratamientos; sin embargo, pensaba que una intervención quirúrgica podría devolverle la salud. Creía que debido a su situación económica no recibió atención médica adecuada a su debido tiempo.

La paciente se mantenía con un dolor promedio EVA 4-6, le consultó a la terapeuta si podía tomar menos medicamentos, se le recomendó consultar al médico. Tomaba codeína 2% cada 4 horas y diazepam 10 mg para dormir: *"Yo me hago la valiente, pero he tenido un dolor cuatro o seis y el dolor de contracciones no ha habido más".*

Referente a la autohipnosis, paciente la consideraba un procedimiento útil y la practicaba ocasionalmente.

En el último período la familia se acercó a la paciente. Sus hijos la visitaban, la ayudan con los quehaceres domésticos, dinero y alimentos. Esto agradaba a la paciente, quien quería estar con sus seres queridos.

En la sesión no se indujo trance, se conversó informalmente sobre distintos temas, sobre todo lo referido a su pronóstico.

La 7ª sesión fue la última, unos días después, la paciente falleció en su hogar rodeada de su familia y sin dolor (EVA 0).

3) Percepción de la enfermedad.

La paciente conocía su diagnóstico, pero por mucho tiempo desconoció su pronóstico; quería estar informada, conocer su estado de salud, el resultado de sus exámenes, etc. No recibir respuestas le provocaba angustia y rabia:

"Y me vio la matrona y me dijo: Usted tiene cáncer. Y me trajeron ... Yo tuve que hospitalizarme porque se me hinchó así esta pierna y me tomaban todos los días exámenes, todos y nunca supe el resultado."(Sesión 1).

"Me gustaría saber por qué se tapa ... Entonces a uno le da miedo preguntar después. Uno quiere saber como es en realidad" (Sesión 1).

"Como no sé qué enfermedad, nunca supieron lo que era... Me gustaría saber para que me hagan un tratamiento" (Sesión 2).

"Pero yo quiero saber allá que clase de enfermedad que tengo realmente..." (sesión 5).

"Yo no sé de qué me vino la enfermedad (se refiere a su estado confusional)... ¿Será de la misma enfermedad que tengo? ¿será del cáncer?" (Sesión 6).

"Pero la sufrí harto con la sonda... Dios mío, Señor... no sé, me hacían preguntas. No sé qué hicieron conmigo, no entiendo, no entiendo." (Sesión 6).

La paciente quería saber las causas de su dolor:*"Sabe que le haría una pregunta yo, ¿de qué vienen esas contracciones?, ¿será el tumor?"*

También quería recibir un tratamiento más agresivo, pensaba que con esto se recuperaría, no entendía por qué no lo recibía. Para ella, la enfermedad era un mal que avanzaba diariamente, había que tomar medidas radicales:

"Y así se va pasando la enfermedad, cada día se va pasando más, es como la cizaña, usted va matando las espinas grandes, pero las cizañas va dando, las cizañas chicas van naciendo, porque es una espina la cizaña es una espina. Cada día va creciendo, si llega a entrar a la sangre... con la enfermedad que tengo yo me voy cortá".

"¿Por qué me exigieron tanto examen?, ¿por qué? Eso es lo que me dicen... al tiro me dijeron los doctores allá... que no tenía derecho de operarme ¿por qué no tenía derecho?" (Sesión 5).

La paciente pensaba que no recibía un tratamiento más agresivo por tener escasos recursos:

"¿Será porque uno no anda con la plata?...así no la atiende nunca. A mí desde cuando que me ha hecho radiografías... ya no sé más."(Sesión 4)

La paciente trataba de informarse de su estado escuchando conversaciones de los médicos y comparando su situación con la de otras pacientes, esto la confundía más:

"La señora que me vio dijo debieran operarla a usted sacarle todo. Esa pelotita que tiene camina ahí, camina y llega al útero y le viene las contracciones. Yo escuchaba cuando conversaban..." (Sesión 7).

"Habían una señora que conversó conmigo y me dijo que se le reventó el tumor, se le reventó y tuvieron que lavarle la tripa, le sacaron todo. No le querían operar porque es aventurao y como se reventó de la noche a la mañana me operaron, ahora van a ser cuatro años que estoy viva y no me muero, estoy trabajando ahora, me dijo."

La paciente fue informada de su pronóstico en el Hospital Caupolicán Pardo, después de la 6ª sesión. Cuando se enteró de su pronostico, reaccionó con tristeza, disminuyó su angustia, no perdió las esperanzas, pensaba que un tratamiento agresivo podría mejorar su pronóstico:

"Sí. Yo le dije al médico del San Juan de Dios lo que me habían dicho (que su enfermedad era terminal). Ya pu' mija -me dijo- yo voy a decirte lo mismo. ¡que pena! me dijo, pero no se puede... Pero como puede ser... de repente unos tumores..."

Al conocer su pronostico la paciente mejoró su opinión de la atención médica recibida, comprendió que no podía acceder a algunos tratamientos debido a su estado de salud:

"Así que no puedo decir que me trataron mal, hicieron harto conmigo. No me pudieron colocar nada ni la quimio y eso que la compré, el remedio que compré lo dejé en el hospital, le servirá a otro enfermo. La droga no,

porque tenía un riñón bueno y el otro tapado así que me dijeron que no" (Sesión 7).

Cuando se enteró de su pronóstico, se ocupó del futuro de sus hijos menores, esa era su principal preocupación. La asistente le sugirió que diera en adopción a su hijo menor; la paciente no quería, estaba muy angustiada porque pensaba que podían obligarla. Pensaba que lo mejor era que su hijo menor quedara a cargo de su hijo mayor:

"A mí me lo iban a quitar me lo iban a adoptarle." (Sesión 7).

"La asistente me dijo usted debiera internarlo porque usted está muy débil de salud... pero si me separan del chiquito... él me dice que no se quiere ir... y cuando usted ya no esté me quedo con mi hermano el mayor. Ellos lo vieron de guagua" (Sesión 7).

Cuando la paciente falleció el niño quedó a cargo de su hermano mayor.

4) Estado emocional.

La paciente experimentó distintos estados emocionales, siendo los más comunes la tristeza y la rabia; no llegó a presentar un trastorno emocional.

La paciente pensaba que sería feliz si pudiera experimentar episodios de dolor más cortos, pero al disminuir el dolor, no hubo gran diferencia:

"Yo lo aguantaría si fueran más cortos estaría feliz" (Sesión 1).

Uno de los principales motivos de su tristeza era su soledad. Gran parte de su enfermedad estuvo sola, a pesar de tener hijos que vivían muy cerca; sólo recibía visitas esporádicas de una amiga. Agradecía mucho la compañía y la preocupación, por esto valoró mucho la compañía de quienes estuvieron con ella cuando estuvo enferma, el trato del personal que la atendió, la primera vez que estuvo hospitalizada, y el tratamiento psicoterapéutico.

"Sí, pero no tanto, no tanto... Porque uno conversando con otra persona se olvida, pero cuando está solo... solo, triste, pensando cuando van a venir a verme, pero aquí son muy buenas personas".(Sesión 1).

"Como le digo una persona es como las plantas, como una planta porque si usted no le da cariño, no va a visitar esa planta, la deja, la deja botá no más y qué pasa, se seca se pone triste, la soledad, se pone triste, se marchita se pone amarilla, si no hay cariño de nada, ni tampoco alguien que lo proteja a lo mejor está mucho en el sol, a lo mejor que necesita agüita y no lo tiene cerca..." (Sesión 4).

"Estoy muy sola..." (Sesión 4).

5) Vínculos afectivos y red de apoyo.

Para la paciente los vínculos afectivos eran de vital importancia. Sufría por no poder contar con la compañía de sus seres queridos. Los vínculos más fuertes (sus hijos menores) eran su principal motivación para querer seguir viviendo.

"No, yo no pierdo las esperanza, no pierdo la esperanza porque creo en Dios. Sabe porqué estoy aquí, por mis hijos". (Sesión 1).

La paciente pasó gran parte de su enfermedad sola, durante este tiempo contó con el apoyo de pocas personas, algunas estaban relacionadas con su tratamiento, valoró la compañía.

"Por lo menos no hay nadie que venga a hacer aseo, tengo mi yerna, pero no viene, tengo a mi yerna al ladito ahí, pero no viene" (Sesión 2).

"Estoy muy sola me falta comunicación con alguien, no tengo a nadie a veces viene una amiga, pero viene en la noche..." (Sesión 4).

"Sí, pero no tanto, no tanto... Porque uno conversando con otra persona se olvida, pero cuando está solo.. pero aquí son muy buenas personas" (personal médico).

"Ayer estuve acordándome de usted, la llamé calladita no más. Sí me acordé ayer, usted sabe que uno nunca olvida a la persona que cuando uno necesita está cerca de uno. Yo me acuerdo de todas las personas que tuve

cerca cuando estuve tan grave. Nadie está seguro en esta vida..." (Sesión 7).

Una amiga y su hijo menor, un niño de 5 años, fueron quienes se ocuparon el mayor tiempo de la paciente:

"Tengo una amiga ahí, trabaja ahí y me viene a ver, ayer ... Tiene 5 años ese, él me anda cuidando, ese me anda cuidando" (Sesión 2).

Para disminuir su soledad se intentó incorporar a uno de sus hijos al tratamiento, explicándole la situación de la paciente y pidiéndole que se ocupara de los medicamentos. La sugerencia dio resultado, el hijo se ocupó de los medicamentos, esto hizo sentir mejor a la paciente:

"Está bien, porque cuando ellos fueron chicos yo les daba el remedio a la hora que le tocaba y ahora... por lo menos que me den el remedio, por lo menos ahora... ellos tienen que darme el remedio, porque yo ya tengo edad, se me olvida, la enfermedad me tiene así".(Sesión 4).

"Mi hijo me trajeron frutas en estos días la tengo guardadita."(Sesión 4).

Si bien la paciente no contaba con ayuda de su familia, no se mostró abiertamente este comportamiento para no aumentar su malestar; sin embargo, recibía comentarios al respecto:

"Pastor: No la vienen a ver... necesita personas que le conversen que vayan a la palabra a conversar cualquier cosa... una cosa buena... yo creo que es falta de preocupación de la gente, de los mismos hijos, no tenemos esa amabilidad ... Se ha perdido el respeto hacia la madre... hacia el hijo no hay nada. Está todo cambiado no hay cariño para la madre." (Sesión 4).

La paciente pensaba que el abandono se explicaba porque no podía seguir cumpliendo el rol de proveedora; por otro lado, justificaba a sus hijos por sus responsabilidades familiares:

"Pero cuando yo estaba sana, llegaban todos los hijos, llegaban todos porque la mamá tenía almuerzo, la mamá tenía desayuno, la mamá tenía el pedazo de pan y ahora me ven aquí... ¿Es raro no cierto? Ese chiquicoco que ven ahí ese me cuida: ¿Mami tiene hambre?, le sirvo algo ... Tengo una hija también, pero van a ser 2 días que no la veo, tiene 26 años, no es niña"(Sesión 4).

"Pero ellos también tienen sus cosas... tienen su hijo, tiene su mujer, me ayuda; pero lo que gana no es mucho." (Sesión 3).

La paciente también extrañaba la compañía de sus compañeras de trabajo: *"En el trabajo con las compañeras se ríe, conversa ¿a quién no le gusta reírse?, pasa el día volando, cuando nos dábamos cuenta estamos en la hora para salir, ya; y sobre todo cuando estábamos controlando los vehículos, tenemos un rato, no faltaba quien hablara un chiste... y ahora yo acostá...." (Sesión 4).*

Compartir con personas adultas, le ayudaba en el control del dolor: *"Cuando converso con otras personas se me olvidan los dolores, donde estoy sola peor, peor".*

La paciente recibía visitas esporádicas de un pastor y un sacerdote con quienes tenía vínculos afectivos:

"Un curita también viene a verme. Me viene a ver. Viene a visitar a todo aquí, cuando no puede pasar por aquí de afuera me grita: Señora Rosita... ¿cómo está?" (Sesión 7).

"Y vino el caballero, que está presente, me hizo una imposición de manos vino a ungir" (Sesión 4).

La red de apoyo de la paciente era deficiente. Si bien tenía familiares cercanos (hijos) que vivían casi en el mismo lugar; gran parte de la enfermedad no contó con su ayuda, sólo cuando la familia fue comunicada del mal pronóstico se acercó y ayudó a la paciente, quien sólo recibía visitas esporádicas de amistades.

6) Motivaciones.

La principal motivación de la paciente era recuperarse para poder estar con sus cuatro hijos menores, quienes dependían económicamente de ella. Tres de sus hijos debieron ser internados debido a la enfermedad de la madre, sólo el menor vivía con ella.

"No, yo no pierdo las esperanza, no pierdo la esperanza porque creo en Dios. Sabe porqué estoy aquí, por mis hijos". (Sesión 1)

"Y cómo sería mi desesperación... que le rogué a Dios... Necesito nuevamente caminar.... yo quería ir caminando y cuando se hizo fui, caminando y ahora camino"(Sesión 1).

"Lo único que yo quiero es mejorar porque yo no soy mujer vieja para no trabajar, tengo cuatro hijos...".(Sesión 3).

7) Creencias religiosas.

La paciente tenía fuertes sentimientos religiosos que le sirvieron de apoyo para enfrentar su situación:

"La fe de Dios no más, Dios sabe si se lleva o no..." (Sesión 4).

"Yo le pedía a Dios que me recuperara para ir a la Iglesia, porque dos de mis hijos no estaban bautizados... Quería ir yo caminando y ahora camino"(Sesión 1).

La paciente se encontraba muy sola, pero sus sentimientos de soledad no eran tan fuertes por sentir que contaba con la presencia de Dios:

"Ahora pienso, no sé... ahora pienso ... No sé... Ojalá Dios quisiera... si me está escuchando ahora que estoy sola aquí, porque nadie está solo..." (voz entrecortada, lágrimas en los ojos) (Sesión 1).

Por otra parte, la paciente era asistida espiritualmente por un pastor que trasmitía ideas que hablan del dolor como una forma de purificación, el mensaje trasmitía culpa:

Pastor: "Está pagando lo malo, esa es la tribulación..." (Sesión 4).

Pastor: "Dios es pa' todo, están las puertas abiertas de la Iglesia y a la hora que se cerraron... no las puede abrir, ni el Señor las abre, están cerradas." (Sesión 4).

8) Atención hospitalaria.

Uno de los aspectos más importantes considerados por la paciente al referirse a la atención hospitalaria fue el trato recibido por el personal, consideró que fue atendida con humanidad y cariño. Este aspecto fue el que

determinó su opinión; calificando la atención como muy buena. Pero en el relato, mencionó otros aspectos que parece no integrarlos: ella se quejaba del sistema de salud, de los aspectos burocráticos, incluso de atención negligente y de la poca información recibida, esta apreciación pareciera no incluirla en su calificación. La paciente separaba los aspectos emocionales de los aspectos técnicos y burocráticos; basó su evaluación sólo en términos emocionales.

"La atención de los hospitales... Sí las enfermeras son muy buenas... No tengo nada que decir, ellas la tratan como un familiar, le dan cariño a uno, cuando uno está con dolor, le dan cariño". (Sesión 1).

"Yo tuve que hospitalizarme porque se me hinchó así esta pierna y me tomaban todos los días exámenes, todos y nunca supe el resultado. Yo preguntaba y me decían que no había llegado, que no había llegado y se les perdió los exámenes, la ficha las radiografías... Yo tenía que trabajar y no me encontraron nada. Y así historias y al tiempo ya andaba en silla de ruedas, después andaba en muletas". (Sesión 1).

La paciente pensaba que si se hubiera atendido con un determinado médico podría haber recibido tratamiento más rápido:

"A mí el doctor me dijo: usted no va a salir del hospital hasta hacerle el tratamiento, pero lo primero que llegó otro médico dijo: usted se va hoy día, ya está bien... Con la enfermedad que tengo yo me voy cortá y ahí no van hacer na', si hace un mes sin tratamiento con puro calmante".

"Otra niña le dijo igual, pero el doctor X le dijo: discúlpeme, pero a ella la veo yo, y no se va hasta que tome su tratamiento ya le van hacer radioterapia; al otro día la marcaron y la llevaron. Y ese doctor, era mi doctor, pero ese día no estaba de turno, si hubiera estado de turno me estarían tratando, ya tendría radioterapia. Como está otro doctor, me dieron el alta, me vine, ahora no sé cuando va estar la hora para poder radiarme y ahí uno se siente mal." (Sesión 4).

La paciente tenía que recibir un tratamiento de radioterapia paliativa el cual fue aplazado por desperfectos técnicos:

"Sabe que le voy a hacer un encargo antes que por favor se comunicaran allá en Caupolicán Pardo, cuándo tengo que ir a radiarme, acaso está buena la máquina... que estaba mala yo tengo que ir al hospital..." (Sesión 2).

La paciente se queja de las demoras en los exámenes:

"Después últimamente, cuando pedí que me podían poner las drogas ya no daba más, ya me llevaron otra vez a sacarme radiografías y la niña que me sacó la radiografía no era la doctora, ella estaba con un cabro más joven, entonces ella salía con el cabro más joven, estaba en la otra pieza con el joven, entonces me iba a mirar no más y cambiaba la placa y se iba para allá y no se quedaba ni un rato ni miraba... decía: respire y no respirar, bote la respiración y después de nuevo no respire, hice esa cosa y después se fueron y no lo vi más. Estuve dos horas esperando, no era la doctora, esa niña... así que son enfermeras, ellas no saben... la doctora tiene que estar ahí... la doctora no está, los otros exámenes salieron buenos porque la doctora los tomó, pero los únicos exámenes que no me tomó salieron malos".(Sesión 4).

La paciente dijo haber cumplido con las fechas de sus controles, pero en el hospital de Melipilla decían lo contrario:

"Pero como me dijo... yo le dije que nunca me llamaron a exámenes... a eso del control y la ficha venía diciendo que yo no iba a los controles que faltaba a los controles, pero si no me llamaban a control cómo iba a ir, porque si a usted lo citan a los control, si usted no lo asiste ahí no más queda, pero si ellos me citaron a un examen, yo fui, me los hice todos y después me perdieron los exámenes no sé, lo buscan y después piden otros exámenes y cuanto demoran 10 días. Una vez fui 4 veces seguidos" (Sesión 4).

La paciente relató un ejemplo para reafirmar lo dicho: *"Tenía que ir a preguntar para cuando está la hora, ir al Consultorio y quedó de venir a verme hoy día la matrona y no llegó (la matrona del consultorio). Quedó de venir antes de 12... pertenezco al consultorio, bueno en caso grave al Hospital de Melipilla".(Sesión 4).*

También se quejó por no recibir más ayuda para poder continuar con su tratamiento, no podía movilizarse por falta de medios:

"Sabe lo que encontraron muy mal allá que me manden sola... porque si hay ambulancia, si hay asistente, pa' hablar, usted ve como es la asistente de allá... me atendió una matrona que me mandó un papel para acá... El doctor de aquí (Melipilla) está haciendo todo lo posible para que me puedan llevar y traer..." (Sesión 5).

La paciente se quejó por no recibir tratamiento:

"Ya no me queda nada de las gotas... si allá me dieron para taparme la boca, andaba toda asolea, acalorá así que me dieron eso siquiera." (Sesión 5).

"Estoy mal y eso que me dijeron en el Caupolicán, si no podían operarme, ¿por qué te hicieron tanto examen?... ¿por qué? Si allá en el Caupolicán... ¡ay!... no. En San Juan de Dios ¿por qué me exigieron tanto examen?, ¿por qué? Eso es lo que me dicen... al tiro me dijeron los doctores allá..." (Sesión 5).

"Ya, pero acá en el Hospital (Hospital de Melipilla) nunca me dieron dipirona, allá sí (Hospital San Juan de Dios), inyectá y pa' tomar también, pero aquí no me han dado, el otro día le dije: señorita... dejo dicho que si viniera alguien que le diera dipirona, tampoco me dieron, sin receta ellos no pueden dar remedios, eso digo yo, porque a mí me han inyectado y me han dado dipirona con agüita, después que me he tomado mis gotas. Debían darme esos remedios... después de las gotas me daban dipirona para tomarla con agüita y ahí ya mataba el dolor, pero eso digo yo debería conseguir, pero no puedo..." (Sesión 5).

La paciente quería saber de su estado de salud, le molestaba no saber qué tratamientos recibía:

"No sé qué hicieron conmigo, no entiendo, no entiendo."

"Después llegó la doctora y ya, cuando me dejaron en una sala sola yo le dije: porque no me sacaban una amarrita de una mano para poder taparme porque tengo tanto frío -ya me dijo- le van a sacar y le van a acomodar, eso. Tenía la mano así de hinchá, aquí todavía tengo seña" (Sesión 6).

Al conocer su pronóstico la opinión de atención recibida mejoró:

"Así que no puedo decir que me trataron mal, hicieron harto conmigo. No me pudieron colocar nada ni la quimio y eso que la compré, el remedio que

compré lo dejé en el hospital, le servirá a otro enfermo. La droga no, porque tenía un riñón bueno y el otro tapado así que me dijeron que no" (Sesión 7).

9) Relación médico-paciente.

La paciente tenía buena relación con su médico tratante, pero no con otros médicos que la trataban de vez en cuando. La principal queja era la falta de información. Consultaba sobre su estado al médico, pero no recibía respuestas, esto la molestaba y le provocaba inseguridad para consultar nuevamente:

"Según él me dijo yo tenía tapado un riñón entonces. Me gustaría saber porqué se tapa ... le pregunté. El médico me dijo: no sé como se tapa. Entonces a uno le da miedo preguntar después. Uno quiere saber cómo es en realidad".

"La otra vez un médico me dijo... y me preguntó ¿Qué calmante estás tomando? No sé doctor, nadie me ha dicho nada; primeramente, me dijo, debes saber qué calmante estás tomando, para qué. Tienes que preguntar, entonces ahora me he puesto preguntona"(Sesión 1).

"No, no y en la hoja que escribió la pusieron encima así, se fueron al tiro y terminaron la visita y se fueron, tampoco dicen." (Sesión 1).

La paciente tenía buena relación con su médico tratante, pensaba que si él hubiera estado en momentos claves, su tratamiento habría sido distinto:

"A mí el doctor me dijo: usted no va a salir del hospital hasta hacerle el tratamiento, pero lo primero que llegó otro médico dijo: usted se va hoy día ya está bien." (Sesión 4).

La paciente pensaba que estar en desacuerdo con el médico tenía consecuencias:

"Al otro día el médico me dio de alta por reclamar...." (Sesión 4).

10) Situación económica.

La paciente contaba con una precaria situación económica. Por desconocimiento, no pudo hacer todos los trámites para obtener una jubilación; sólo contó con una pequeña ayuda de sus hijos mayores y amistades:

"Lo único que yo quiero es mejorar porque yo no soy mujer vieja para no trabajar, tengo cuatro hijos... Imagínese ahora no tengo ni gas siquiera para cocinar, porque los medios no lo tengo ni pa' comprarme la receta no me da".(Sesión 3).

Pensaba que no recibía un tratamiento más agresivo por no tener recursos económicos:

"¿Será porque uno no anda con la plata?... así no la atiende nunca." (Sesión 4).

"Pero un pobre nunca tiene buena medicina..." (Sesión 7).

"Cuando yo estuve en el hospital había una señora que era dueña de una farmacia grande, persona que tiene plata, le sacaron así un tumor. ¡Cuanta plata gastó! pero la mejoraron, el otro día la vi me dijo que estaba sanita, se le cayó todo el pelo, sí." (Sesión 7).

La paciente realizó un gran esfuerzo para asistir a los tratamientos:

"Pobre no puedo hacer nada, yo no tengo plata para viajar consigo plata, después la devuelvo".(Sesión 4).

"Todos los días, dejo de comprar pan para mis hijos, dejo de comer, pero voy para allá." (Sesión 5).

La paciente recibió ayuda de amistades para poder sobrevivir: *"La otra vez estaba hasta sin gas y una señora me regaló un galón de gas..." (Sesión 7).*

La paciente nunca pudo contar con una pensión que aliviara su situación económica. Estuvo más protegida económicamente, cuando la familia se enteró que la enfermedad era terminal. Sus hijos también eran personas de escasos recursos.

"Yo hablé con la asistente de allá también. Y me dijo que ellos me ayudaban para estar con licencia hasta que me llegue la pensión (se refiere

a los jefes de su anterior trabajo), pero lo que pasa que yo donde trabajaba ya se fueron, ya terminaron... no teniendo un patrón que me llene una licencia yo no puedo cobrar la licencia, no puedo cobrar" (Sesión7).

3.2.3. Estudio de caso: Paciente 3.

De acuerdo con los datos, se puedo observar variaciones en el reporte de dolor de la paciente.

1) Variaciones en la experiencia dolorosa.

a) *En cuanto a la intensidad del dolor*:

- La intensidad de dolor disminuyó en todas las ocasiones en las cuales se indujo trance hipnótico.
- El dolor promedio disminuyó en intensidad, después de 1ª sesión y se mantuvo hasta el final de la intervención.
- Disminuyó la intensidad de los episodios de mayor dolor.

b) *En cuanto a la frecuencia del dolor:*

- La frecuencia de los episodios de dolor intenso disminuyó.

c) *En cuanto a la duración del dolor:*

- La duración del dolor base disminuyó de permanente a ocasional, logró largos períodos sin dolor.

2) Dolor e hipnoterapia.

a) *Al practicar autohipnosis*

- La paciente comienza a practicar autohipnosis después de la 1ª sesión continuó hasta el fin del tratamiento (con breves recesos); cuando experimentaba menos dolor practicaba menos autohipnosis.
- El dolor promedio disminuyó en intensidad, después de la 1ª sesión y se mantuvo hasta el final de la intervención.
- Disminuyó la intensidad de los episodios de mayor dolor.

- La frecuencia de los episodios de dolor intenso disminuyó.
- La duración del dolor base disminuyó de permanente a ocasional, logró largos períodos sin dolor.

b) *Al no practicar autohipnosis:*

Al no practicar autohipnosis, durante el período en el cual se encontraba sólo con medicamentos para aliviar dolor, se pudo observar lo siguiente:

- Aumentó la intensidad de los episodios de mayor dolor.
- Aumentó la frecuencia de los episodios de mayor dolor.
- Aumentó la duración de las crisis de dolor.
- Presentó dolor base permanente.

La paciente estuvo tres días sin poder practicar autohipnosis por problemas emocionales relacionados con el inicio del tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

c) *Al recibir tratamiento de quimioterapia y radioterapia:*

- Se observaron grandes descensos del dolor.
- Se logró disminuir el dolor casi completamente.
- Al disminuir el dolor, disminuyó la práctica de autohipnosis.
- La paciente practicó ocasionalmente autohipnosis para tranquilizarse.

A continuación se comentan los cambios de la experiencia dolorosa. Durante el período que se informa no hubo variación en el tratamiento médico, el cual consistía en medicamentos para aliviar el dolor. Sólo en la 6ª sesión cambió la forma de administración de la morfina (catéter) y la frecuencia de la dosis.

La paciente no siguió los horarios ni las dosis de los medicamentos recomendadas; si se sentía mejor los suspendía o reducía las dosis. En ocasiones informó a su médico de los cambios.

Al inicio del tratamiento, presentaba un dolor constante de intensidad EVA 7-8 que podía bajar a EVA 3. Además, crisis dolorosas que

eran dolores intensos EVA 10 que se iniciaban como contracciones, similares a los dolores de parto, pero más intensos; este dolor se localizaba en la zona hipogástrica, irradiándose a las extremidades inferiores (dolor visceral y neuropático). Cuando se presentaba, la paciente lloraba, se desesperaba, cambiaba de posición, caminaba, trataba de relajarse. Este dolor la afectaba en promedio tres veces por semana. Era de larga duración, podía permanecer todo un día con dolor intenso, sólo disminuía después de ser atendida en un centro asistencial; pero en el último tiempo incluso esta solución era momentánea.

"Como un pinchanzo, como un ardor... un dolor... no lo puedo explicar y un dolorcito... está permanentemente el dolorcito aunque tome remedios... no se me pasa el dolor. Si me toca a las tres el remedio y me lo tomo a las tres diez, me cuesta que se me pase el dolor. Tengo que saber tomármelo a las horas que me toca" (Sesión 1).

"Yo creo que el siete el ocho que está permanente aunque tome pastilla está el dolorcito... pero cuando me dan grandes es 10. No puedo estar pará, sentá, acostá. Es un dolor igual como cuando uno va a tener un hijo, una cosa... más fuerte, más fuerte." (Sesión 1).

"Empieza de a poquitito... igual de una contracción y después viene otra contracción y de repente y da y da. Y cuando me pongo nerviosa parece que más me duele." (Sesión 1).

"Es todo, todo... toda la zona. Es la pierna, pero no es la pierna hasta la rodilla; sino que es una parte de la pierna. No es aquí atrás tampoco" (Sesión 1).

"Le dije llévame a la posta. Ahí me trajeron acá, llegamos a la una y media a la casa y a las cuatro estaba con dolor otra vez." (Sesión 1).

La paciente creía que factores emocionales influían en el dolor, porque cuando pensaba en la posibilidad de morir o de quedar inválida el dolor aumentaba, según ella:

"Pero como he dicho, yo creo que últimamente yo me estoy causando el dolor... como puedo explicarle... yo sé que tengo un dolorcito... una pequeña molestia... Tres más o menos, por ejemplo; pero cuando estoy pensando en el dolor yo me... agrando" (Sesión 1).

"Y ahí me empiezo a relajarme... no, no... y me olvido. Yo me he notado. Ayer empecé a hacer las cosas y no me dolía. Cuando empiezo a pensar... ahí me duele. No como los dolores salvajes que me dan, pero no sé porque tengo ese dolor continuamente. Pero ya empiezo a pensar en el dolor que no me quiero morir que me quiero sanar, que éste y este otro. Y llega un momento... yo me doy cuenta que no me duele. Tengo esa pequeña molestia, sí" (Sesión 1).

La sensación dolorosa se acompañaba de pensamientos y emociones que aumentaban la molestia. El dolor recordaba la enfermedad y posibles consecuencias negativas (muerte e invalidez).

Lo anterior es comprensible si se considera al dolor un constructo bio-psico-social. Por esto, se debe tener en cuenta distintos aspectos para planear una intervención que pueda disminuirlo.

Para disminuir el dolor intenso, la paciente trataba de relajarse; pero no lo lograba, debía acudir a la posta para recibir atención médica para disminuirlo.

"Trato de relajarme y respiro... a veces siento que viene el dolor. No me va a doler, ay por favor... y corro para allá y corro para acá... ay viejito, le digo yo, no aguanto más... y ahí jodo no más. Corren todos, uno me da agua el otro aire, mi marido me soba las piernas." (Sesión 1).

"Esta semana estuve del Viernes hasta el Lunes que iba a la posta y me pinchaban ... Tengo que ir a la posta. A veces he estado toda la noche... para no molestar a mi marido y ya no aguanto más y ligerito parto porque la posta me queda cerquita." (Sesión 1).

En la primera sesión, se indujo trance mediante levitación de manos. Se disoció a la paciente fácilmente, dio señales de experimentar un trance profundo; luego se contaron metáforas orientadas al control del dolor y variables psicológicas (ver anexos); la paciente se reincorporó sintiéndose relajada, y feliz por haber experimentado una sensación de libertad y salud.

"Era una sensación tan alejá de todo" (Sesión 1).

"Como que es uno no más. Estuve en el mar... arriba de unas rocas y el agua me llegaba a las piernas... había una brisa tan rica... Me relajé tan

bien... era como que estaba al lado del mar... era como la misma Mary de antes." (Sesión 1).

"Me sentí la Mary que reía con libertad, que sentía las cosas con libertad... esa sensación sentí... Me levantaba así... Y cuando dijo que subiera la escala... no me costaba subir... Subía libremente. Sin pensar que si piso me va a doler... Me gustó." (Sesión 1).

Cuando finalizó la sesión, la paciente se sintió más tranquila y con menos temor; además, se mostró muy interesada en continuar el tratamiento, consideraba beneficioso hablar de sus temores con alguien que no fuera de su familia.

"Me siento bien, estoy más tranquila. Venía... y el miedo me queda ahí (señala un poco con la mano) y espero que en tres, cuatro día, me quede ahí... Porque tengo terror, tengo miedo y esa inseguridad creo que se va a pasar..." (Sesión 1).

"En realidad yo estoy contenta con usted porque a uno le hace falta algo así. Porque muchas personas la ayudan a uno. Mi marido me dice: no te preocupis. Pero hace falta algo más... concentrarse en algo... una orientación algo más. Ir a un psicólogo o ir a una iglesia... Yo dos veces me arranqué a la playa, escondía de mi marido" (Sesión 1).

En la 2ª sesión, se observaron grandes cambios: en la última semana no presentó dolores intensos (EVA 10). El dolor más fuerte llegó a una intensidad EVA 8, se localizó en el mismo lugar, fue aliviado con los medicamentos que tomaba habitualmente: morfina 3 % 20 gotas c/4hrs y una dosis extra de dipirona inyectable. Este cambio fue muy importante para la paciente, porque a pesar de lo intenso de la molestia, distó mucho de los dolores que experimentó la semana pasada. Otro cambio fue la disminución del dolor base a EVA 5, el cual se presentó ocasionalmente; la paciente estuvo largos períodos sin dolor:

"Me sentí bien. Llegué a mi casa relajadita, me sentía bien." (Sesión 2).

"Porque al menos yo. No sé la demás gente. Me siento bien y me gustó porque... porque uno se relaja... se olvida de todos los problemas... Soy yo no más... y no tengo nada más que hacer." (Sesión 2).

"Desde ahí (1º sesión) nunca más... a la posta... ese tipo de cosas."

Los cambios observados en la segunda sesión se mantuvieron por bastante tiempo (4 meses aprox.). El dolor promedio disminuyó casi a la mitad; el dolor más intenso sólo en una oportunidad llegó a EVA 9-10; la frecuencia de los episodios de mayor dolor disminuyó a un tercio aprox.; y la duración también se redujo, incluso en ocasiones no presentó dolor.

Desde la 1ª sesión, la paciente comenzó a practicar autohipnosis, lo hizo por iniciativa propia; no se le recomendó hacerlo en la primera sesión para protegerla de un posible fracaso. A la señora le agradó su primera experiencia y decidió ponerla en práctica cuando comenzaran los dolores o se sintiera intranquila. La paciente se iba a su habitación y comenzaba una autohipnosis mediante levitación de manos; evitaba el ruido o escuchaba una música suave. Por el relato, se deduce que logró disociarse con mucho éxito: su dolor disminuyó, lo mismo que su angustia:

"Y al menos cuando me siento un poco incómoda me voy al dormitorio porque nadie se mete, me meto yo no más. Cierro la puerta y me concentro y trato de no sentir ruidos de autos, ruido de gente... nada o poco, en el radio música suavecita... pura música no más..." (Sesión 2).

"Y en la casa cuando yo he sentido esa molestia me siento en la cama. Le digo a los niños vayan a jugar y yo me pongo así (la paciente levanta sus manos sobre su falda y las mira tal como se comienza la inducción) y trato de concentrarme... solita me concentró... subo y bajo la escala. Trato de ser yo no más... trato de no sentir radio, de no sentir que mis hijos hablan... trato de que nada exista al lado mío. Y me relajo, sí." (Sesión 2).

"Sí o lo hago así cuando quiero estar tranquila, lo hago igual, no solamente para el dolor. Porque digo si lo hago así voy a estar más tranquila y no me va a venir tan largo el dolor." (sesión 2).

"El otro día estaba en un salón bailando con una música linda... iba y venía... y no hay más dolor. Mi hija se reía porque dice que yo soy... ¿cómo que me dice?... me olvide... que soy... eso que sueño despierta..." (Sesión 2).

La hipnosis contó con el respaldo de algunos miembros de la familia; otros dudaban de su eficacia. A pesar de algunas criticas veladas, la paciente se sentía tan bien que continuó practicando, incluso recomendó la hipnosis a otras personas:

"Sirve bastante, bastante... Incluso yo tengo una vecina que se le cayó una puerta, tenía un TEC cerrao y dice que le duele tanto. Hoy día estuve con ella. Le dije enciérrate en tu mundo, no más. Olvídate de tus niños que te hacen pasar rabias, olvídate de tu marido que llega peleando contigo. Date el tiempo para ti. A mí me gusta." (Sesión 2).

"Yo como le decía yo... antes en vez de concentrarme me ponía nerviosa, empezaba a batir la mano... que no venga, que no venga... y en vez que no viniera me venía más fuerte. Ahora no, yo ya sé controlarme. Más encima yo rabeo mucho, porque la manera mía, es así; soy muy ligera de genio... me molesta algo, los dejo no más y trato de concentrarme y que no me afecte tanto." (Sesión 2).

"No yo antes me desesperaba... lo único que quería es estar en la cama y dormir, dormir." (Sesión 2).

"Además es bonito (se refiere a la autohipnosis) y yo creo que con la enfermedad que tengo yo, a cualquier persona le hace bien... uno piensa de otra manera, ya. Ese susto tan grande que tenía, ya no está en mí, tenía miedo." (Sesión 2).

Durante la sesión, se reforzó la conducta y se prescribieron posibles recaídas, a fin de proteger y mantener los logros de la paciente. La paciente se sentía más tranquilla y tenía menos temor a la muerte. Estaba decidida a recuperarse, creía que era la única alternativa pues pensar en la muerte la perjudicaba y a sus seres queridos también:

"Pienso en la enfermedad mía eso sí, pero no como antes... no pienso en mi enfermedad, no pienso en morirme, no. Yo digo que voy a vivir y voy a seguir viviendo, voy a ser la misma de ante: la mujer alegre y trabajadora." (Sesión 2).

Dijo sentirse más responsable de su enfermedad, pero esto significaba para ella no mostrar sentimientos egodistónicos. Lo anterior puede haber sido potenciado por la presión que sentía proveniente de su familiar por estar bien, según ella querían que fuera la misma de antes. Para complacerlos la paciente se esforzaba, pero no siempre podía estar todo lo bien que ella quería y que los demás esperaban. Para disminuir la presión y posibles sentimientos de culpa producto de la frustración de

expectativas, se le explicó que las emociones que experimentaba eran frecuentes en personas que pasaban por su situación.

Dos días antes de la sesión sintió angustia (menos que antes), tristeza y ganas de llorar. La familia le permitió realizar quehaceres domésticos que requerían poco esfuerzo, esto contribuyó a disminuir su sentimiento de inutilidad.

Schwarz (1989 a) plantea que el dolor puede bloquear emociones dolorosas. Estas ideas pueden servir para explicar en parte la situación de la paciente: disminuyó el dolor y la angustia; pero aumentó la conciencia de la enfermedad y la tristeza.

Durante la segunda sesión se indujo trance mediante levitación de manos, sin ninguna dificultad la señora experimentó un trance profundo. En este estado se contaron algunas metáforas orientadas al control del dolor y a variables psicológicas e intrapersonales que posiblemente influían en la sensación dolorosa y en el sufrimiento de la paciente (ver Anexos).

En la 3ª sesión, se evaluó el dolor nuevamente. En el tiempo que transcurrió desde la segunda sesión hasta la tercera evaluación, la paciente sintió dolor cuando realizó actividades que demandaban gran esfuerzo. Los dolores más intensos llegaron a EVA 7. Dolores de esta intensidad los experimentó en dos oportunidades y duraron 4 horas en promedio.

Si se compara la intensidad de dolor antes mencionadas con las experimentadas al inicio del tratamiento, existe una evidente diferencia; pero si se compara estos resultados con los logros obtenidos en la sesión anterior, son menos exitosos, pues aumentó la intensidad; no obstante, el dolor base disminuyó a EVA 3 y menos, en algunas ocasiones. La paciente atribuyó el aumento de dolor a su estado emocional.

Durante ese período la paciente practicaba autohipnosis cuando sentía un poco de dolor o intranquilidad:

"Relajarme no más. Pensar en otras cosas, no pensar en lo que me duele... en lo que tengo."

"Se disminuye. Como que se olvida. Yo me olvido del dolor. Y cada vez es menos. Yo sé que siempre está el dolor, cuando pienso en él, el dolor está. Pero cuando yo trato de olvidarme de todo, ya no está."

"Claro. Ahora lo controlo solita, cuando veo que va a venir me voy a la pieza me siento, me relajo... me acuesto... y me relajo y al final no viene."

En la tercera sesión, la paciente presentó un ánimo depresivo y sentimientos de inutilidad; para disminuir éste último se exigió tareas que estaban fuera de su alcance, lo que profundizó dichos sentimientos:

"Y ese a veces me da cuando hago las cosas en la casa... Cuando me paso el límite que tengo que hacer las cosas, me vienen los dolores" (Sesión 3).

"Parece que ellos se acostumbraron a mi forma. Yo nunca dije me duele la cabeza ni nada."

Durante la sesión se indujo trance con el objetivo de reforzar el aprendizaje y eventualmente, aliviar las molestias presentes en el momento. En este estado se contaron algunas metáforas orientadas al control del dolor y a variables psicológicas e intrapersonales relacionadas con la experiencia dolorosa. Con el trabajo hipnótico se logró disminuir la sensación de pesadez corporal y náuseas que presentaba la paciente al inicio de la sesión; la paciente no presentó dolor antes ni durante el trabajo hipnoterapéutico. Finalizó la sesión con agrado y un poco de sueño.

La 4ª sesión se realizó después de 15 días. En aquella ocasión, la paciente se veía debilitada, cansada, preocupada por no haber asistido a las sesiones anteriores, triste, desanimada; se observó con más claridad una sintomatología depresiva.

Durante el período entre la tercera y cuarta sesión, estuvo con poco dolor y menos náuseas. Lo último se pude explicar, en parte, porque redujo el consumo de morfina (las náuseas son un efecto no deseado del fármaco), pero la reducción no contó con autorización médica. La paciente encontraba que el medicamento le provocaba náuseas y por eso disminuyó su consumo. La paciente tomaba morfina cada 8 horas, no lo indicado cada cuatro, tomaba dipirona o se inyectaba cuando sentía mucho dolor o no quería sentir ninguna molestia (en dos oportunidades recurrió a esto). No tomaba diazepam porque no tenía problemas para dormir.

Ante esto, se le explicó lo importante que era informar al médico de estas variaciones: *"Y trato de no tomar la morfina, de esquivarla. Porque la*

morfina me hace mal. Prefiero aguantarme un dolorcito, y después si es necesario pincharme, porque la morfina me hace mal."

El dolor se mantuvo controlado totalmente por una semana, la paciente podía pasar días sin dolor. Luego, en una ocasión, se presentó un dolor más intenso que llegó a una intensidad de EVA 8, el cual fue aliviado con una inyección de dipirona. Desde el comienzo del tratamiento, no recurrió a centros asistenciales para controlar los dolores intensos. Ella creía que su estado anímico influía en la sensación dolorosa:

"No ese dolor está siempre. Pero cuando me tomo los remedios no me duele, como que me relajo. Pero como últimamente estoy como le dijera... muy eh.... como pudiera decirle... muy sensible... como que me agarra más fuerte... Es a veces no más, cuando me da esa nostalgia... o me pongo no sé. Hoy mismo amanecía bien, pero cuando ando en micro me duele."

En esa fecha uno de los motivos de estrés agregados era el inicio del tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Con respecto a éste, la paciente fue informada por su médico y no tenía dudas. Sin embargo, manifestó cierta intranquilidad, no quería estar sola, lloraba mucho. Curiosamente, el estado fue gatillado al conocer la fecha de inicio del tratamiento. Una posible explicación para la reacción que coincide con este evento, puede estar dada por el significado que le otorgaba la paciente al tratamiento, el cual era visto como la única alternativa que le permitiría continuar viviendo; el posible fracaso la enfrentaba nuevamente con la posibilidad de una muerte cercana, y con ello, a sentimientos de tristeza, desesperanza y temor.

La paciente continuó practicando autohipnosis, dos veces por semana aproximadamente; menos que en semanas anteriores. Según ella, esto le ayudaba a disminuir el dolor y estar más tranquila.

Debido al estado de la paciente, se le dieron las facilidades para fijar las próximas sesiones cuando ella lo estimara conveniente. En esa fecha la paciente había logrado aprender autohipnosis y controlar el dolor. La señora quería continuar con la hipnoterapia, la encontraba efectiva, tanto que deseaba que su experiencia pudiera ser útil para otras personas.

Quince días después de la última sesión, se evaluó el estado de la paciente mediante un reporte telefónico. La señora continuaba con poco

dolor, el más intenso en la última semana llegó a una intensidad EVA 4-5 y duró 45 minutos; la molestia se presentó casi todas las noches. Durante ese tiempo el tratamiento médico no varió. Continuaba con un estado depresivo. Practicaba ocasionalmente hipnosis.

La 5ª sesión se realizó en el Policlínico de Ginecología, después de un control médico. La paciente se veía fatigada, agradada por el encuentro, cooperadora y tranquila; pero la tranquilidad la perdía cuando se refería a al comienzo del tratamiento de quimioterapia y radioterapia:

"Sí, incluso en la noche cuando he estado mal en la noche que he dormido poco, donde he estado inquieta por esta fecha... no sé cuando irá a llegar el día... o en la mañana a veces despierto..." (la fecha a la cual se refiere es el inicio del tratamiento de quimioterapia y radioterapia).

Durante ese tiempo la paciente permanecía casi sin dolor; sólo había tenido un episodio de dolor intenso (EVA 8-9) en el último tiempo, este fue de larga duración y debió concurrir a un centro médico:

"Sin crisis de dolor. Tenía sí, pero era manejable. Pero ese día fue por haberme bañado y no me abrigué al tiro."

Practicó autohipnosis diariamente, según ella, esto la ayudaba a sentirse mejor, la tranquilizaba y manejaba el dolor. También utilizó otro recurso: escuchar música suave. La paciente informó con entusiasmo su nuevo descubrimiento y generosamente lo compartió, pues quería que su experiencia pudiera ayudar a otras personas:

"Sí, sabe que un día también que me sentía mal, me sentía con dolores. El Miércoles parece que fue... al fin me acosté y puse radio. Sabe que la música me relajó harto y sabe que cuando me siento mal, me siento depresiva así, sabe que pongo la radio, así me pongo a escuchar música."

"O a veces voy y me acuesto. Sabe lo que también me ha servido harto es la música ... Así que si algún día viene gente enferma como yo, para que usted le diga".

"Yo me doy cuenta de cuando empecé... ahora que debería estar peor, pienso yo, porque la enfermedad va avanzando, van avanzando los dolores, debería estar peor que antes... pero yo me encuentro que estoy mejor ...

Menos remedios. Ahora me las arreglo con la morfina y la dipirona... Ahora no tengo ningún dolor."

Cuatro días antes de la 6ª sesión, se evaluó el estado de la paciente mediante reporte telefónico. La paciente se encontraba con poco dolor, el más intenso durante ese periodo llegó a EVA 5 y duró alrededor de media hora. Practicaba autohipnosis tres veces al día, cada tres días.

En la 6ª sesión, la paciente se encontraba hospitalizada. había tenido bastante dolor, dos crisis de dolor, los dolores eran distintos a los anteriores, eran urentes en la región anal; el primer episodio (EVA 10) se prolongó toda la noche, no pudo dormir; el segundo fue menos intenso (EVA8).

En el hospital para controlar el dolor se administraron los medicamentos mediante un catéter, se aumentó la dosis de dipirona y se continuó con morfina; como resultado la paciente experimentó alivio. Se mantenía con un dolor promedio (EVA 5).

Con respecto a la autohipnosis, continuaba motivada, considera útil el procedimiento, le servía para aliviar el dolor y mejorar su estado anímico. Pero durante el último tiempo; aunque lo intentara no podía practicar, no lograba concentrarse con el ruido del hospital, especialmente, con los quejidos de otras pacientes; hay que recordar que la paciente estaba acostumbrada a realizar la autohipnosis en silencio:

"El ruido de las señoras, de las mismas señoras que se quejan. No puedo, no puedo, me pongo nerviosa."

"A veces cierro los ojos así y no siento nada, nada... pero de repente siento que se queja alguien por ahí y como que reacciono. El otro día, la señora me decía porque yo me sentaba y cerraba los ojos -me gusta, le dije yo -. No le dije nada."

En esta sesión se indujo trance en dos oportunidades, mediante levitación de manos. Se pretendía que la paciente pudiera retomar la practica de la autohipnosis en un ambiente distinto con ruidos (el hospital), disminuir el dolor, tranquilizarla y preparar un cassette de ayuda para la practica de autohipnosis. El procedimiento fue exitoso, pudo experimentar trance y sortear las dificultades del ruido, incluso presentó un recurso muy adecuado

para situación: alucinación auditiva negativa. Después de la inducción el dolor disminuyó de EVA 5 a EVA 2. La paciente finalizó la sesión sintiéndose tranquila y segura:

"Me quedé tan bien ni a usted la escuchaba... ¿está mal?... No escuchaba, me quedé así no más... no me hacía empeño no me esforzaba... solamente me dejaba guiar... Cambié. Bien. Incluso ese dolor se bajó."

Pocos días antes de estar hospitalizada la paciente podía practicar autohipnosis sin dificultad y no había experimentado episodios de dolor intenso. La paciente atribuyó los cambios en su condición al comienzo del tratamiento (radioterapia y quimioterapia), según ella, esto la angustió de tal manera, que no pudo continuar con la autohipnosis:

"Cuando me dijeron que me tenía que hacer la... la... el asunto de las drogas... de ahí como que me descontrolé..."

Una vez más, se puede ver la relación entre eventos emocionales y la experiencia dolorosa.

Después de la sesión, la paciente pudo retomar la practica de la autohipnosis en el hospital, y más tarde, en su casa. Se sintió más tranquila y con menos dolor.

La paciente se sometió al tratamiento médico propuesto, (quimioterapia y radioterapia), con intención paliativa. Al finalizarlo el dolor disminuyó casi por completo. La autohipnosis la continuó, ocasionalmente, para relajarse.

La paciente finalizó el tratamiento hipnoterapéutico con una opinión muy favorable, cuando concluyó se dieron las facilidades para recurrir a la terapeuta en caso necesario.

3) Percepción de la enfermedad.

La paciente conocía su estado de salud. Estaba informada de su diagnóstico (cáncer IIIb), del pronóstico (6 meses) y de las razones por las cuales se realizaban determinados tratamientos:

"Me dijeron que tenía que operarme el 20 de Mayo. Y yo por económicamente... por trabajar no me operé... No le di mucha importancia.

Me dijeron que era importante, pero yo nunca pensé que era tan importante como lo que me está pasando ahora" (Sesión 1).

- Tú por tu enfermedad, si lo hubieras hecho, le hubieras podido durar más años a tus hijos, pero por tu enfermedad podí durar un año, dos años más. Está complicado, pasó el tiempo – dijo el médico -. El 18 de Enero estaba lista para que me operaran"(Sesión 1).

"El 18 fui con mi marido y toda la onda y todo lo que le piden a uno y estaba con la bata y todo... lista, lista... y me dijeron no te podemos operar gorda porque está muy complicado tu tumor... está tomando como no sé que me dijo... algo de las piernas. Te vamos a mandar al Instituto Nacional del Cáncer. Y ahí me dio pánico. Pucha, dije yo, ¡qué hice con mi vida! Tampoco le di mucha importancia.". (Sesión 1).

"Fui, me vieron los médicos, me dieron 6 meses de vida. Me examinaron y me dijeron: niñita no te podemos operar, porque si te operamos... mejor no, déjate así. Lo que vamos hacer contigo es algo de radioterapia. Bien explicao que eso quemaba y achicaba y que a lo mejor más adelante me operaban. Me hicieron todos los exámenes y en todos los exámenes, bien. No tengo nada dañado. Solamente el cuello del útero..." (Sesión 1).

Durante la mayor parte de la enfermedad la paciente presentó una fuerte negación; lo cual influyó en su pronóstico, debido a que pospuso su tratamiento en momentos importantes.

En la interacción con la paciente se pudo observar que si bien conocía su estado de salud, sólo en algunas ocasiones se contactó emocionalmente con ello. Cuando esto ocurría se desencadenaba una angustia casi desestructurante. Uno de los principales temores de la paciente era morir y separarse de sus seres queridos.

Cuando contó con apoyo psicoterapéutico enfrentó de mejor manera su enfermedad, lo que se tradujo en una mayor responsabilidad por el tratamiento, fe en su recuperación y la calma necesaria para iniciar el tratamiento.

"Pienso en la enfermedad mía, eso sí, pero no como antes... no pienso en mi enfermedad, no pienso en morirme. No...." (Sesión 2).

"No. De primera sí lo veía remalo todo... mi enfermedad que nunca me voy a mejorarme, que me voy a morir... miles de cosas en la cabeza. Y ahora no. Estoy más tranquila." (Sesión 3).

"No, yo antes me desesperaba... lo único que quería es estar en la cama y dormir, dormir." (Sesión 2).

En momentos importantes como el inicio de la quimioterapia y radioterapia, la angustia se presentó nuevamente, coincidiendo con un aumento del dolor:

"Cuando me dijeron que me tenía que hacer la... la... el asunto de las drogas... Un desorden de todo... mi pensamiento, ya no más..."(Sesión 6).

La paciente se sintió presionada durante su enfermedad por recuperarse y soportar con buen ánimo su experiencia, la exigencia provenía de ella misma, en primer lugar, y de su familia. En momentos esta situación fue muy difícil porque temía perder el cariño de sus seres queridos si no se comportaba según lo esperado:

"A ellos no le gusta verme enferma. Ellos quieren la mamá de antes la mamá alegre entretenida ... A veces yo quiero hacer lo que ellos quieren, pero uno flaquea y llega hasta ahí no más." (Sesión 2).

"Uno en ese momento piensa que por la enfermedad... como yo era antes... a como soy ahora... soy una carga para ellos" (Sesión 3).

"Porque yo estoy acostá porque el cuerpo lo pide. Antes estaba enferma iba en cuatro patas, pero igual iba a trabajar. Ahora no, porque mi cuerpo pide estar acostá. Mis ojos necesitan estar cerrados porque si tengo los ojos cerrados un rato, yo descanso" (Sesión 3).

Cuando comenzó a sentirse enferma sus prioridades cambiaron, los vínculos afectivos se hicieron más importantes:

"Hay cambios. Uno está enferma y lo único que más se preocupa es regalonear a los hijos." (Sesión 4).

La paciente consideraba la posibilidad de una muerte cercana; pero se rebelaba, esto no podía suceder, era injusto, pues tenía hijos que dependían de ella:

"Por qué tengo que morirme ahora". (Sesión 1).

4) Estado emocional.

Algunas de las emociones más notorias fueron: la angustia y la tristeza, provocadas por la posibilidad de una muerte cercana. La paciente presentó una sintomatología depresiva a mediados del tratamiento:

"Sí estoy buena para llorar, cualquier cosa lloro... soy sensible, pero parece que me hace bien llorar".(Sesión1).

"Lo que más tengo es susto, lo que más me afecta es el susto, nada más".(Sesión 1).

"Y de repente ando llorando, que me da como una depresión." (Sesión 1).

La rabia también estuvo presente, pero era menos notoria y estaba relacionada con la incapacidad causada por la enfermedad:

"Por qué yo no puedo hacer las cosas que hacían antes..." (Sesión 1).

5) Vínculos afectivos.

Los vínculos eran un aspecto muy importante para la paciente. El vínculo con sus hijos era su motivación para seguir viviendo; su esposo le daba el apoyo para enfrentar su enfermedad. En ocasiones, temía cansar a sus seres queridos y ser en estorbo, por esto se esforzaba al máximo para realizar sus actividades:

"Le pido a Dios porque no quiero morirme, no me puedo morir por mis hijos..." (Sesión 1).

"Uno en ese momento piensa que por la enfermedad... como yo era antes... a como soy ahora... soy una carga para ellos." (Sesión 3).

"Yo le digo a mi marido, no vay a trabajar, no me dejís solita..." (sesión 4).

"Ahora... por ejemplo, esta semana mi hija, ha estado mal, donde me ven a mí que estado así, se pone mal." (Sesión 5).

6)Motivaciones.

La principal motivación de la paciente era recuperar su salud para estar con sus hijos:

"No quiero morirme, no me puedo morir por mis hijos... yo le he dado todo y por qué tengo que morirme ahora". (Sesión 1).

"Yo digo que voy a vivir, y voy a seguir viviendo, voy a ser la misma de ante, la mujer alegre y trabajadora" (Sesión 2).

7) Autocuidado.

De acuerdo con el relato y la historia médica de la paciente, antes de la enfermedad carecía de conductas de autocuidado, lo cual empeoró su pronóstico, puesto que pospuso el tratamiento en momentos claves. Sin embargo, en el transcurso de la psicoterapia se convenció de la importancia del cuidado de la salud. El cambio puede haber ocurrido porque la paciente comenzó a sentir los síntomas de su enfermedad, lo cual favoreció la toma de consciencia: la enfermedad ya no era un mito, estaba presente y se hacía sentir; por otro lado, poder manejar aunque fuera en parte, la angustia que le provocaba tal situación, le permitió tener más dominio y poder actuar en favor de salud, incluso trató de trasmitir este conocimiento a sus hijos para favorecer las conductas de autocuidado de ellos:

"Antes sí, pero después tuve al niño... y dije para qué si yo estoy bien... No, no me lo hice, me operaron para no tener más familia y todo (se refiere al Papanicolaou)" (Sesión 1).

"No me quise operar, tenía la hora y todo" (Sesión 1).

"Si ahora estoy tomando consciencia de lo que me está pasando... desde el principio yo tomé consciencia, pero por mis hijos..." (Sesión 1).

"La niña de 15 años... conversamos de mujer a mujer... yo le digo que ni Dios quiera lo que te está pasando lo que a mí, el día de mañana te casí anda a los médico, cuando te citen vaya... no te dejes estar... y si tienes un dolor dígame: Mamá me duele tal cosa, yo te llevo al médico." (Sesión 1).

"Que se cuide que su salud es lo más importante... su salud es más importante que los estudios. – Tú puedes perder un año de estudio, pero si estás enferma ella o los niños que se sanen ellos. Eso entiendo yo" (Sesión 1).

8) Creencias religiosas.

La paciente tenía fuertes creencias religiosas, se sentía cerca de Dios, era un gran apoyo, recurría a Él frecuentemente, sobre todo en momentos de dolor; no obstante, a veces reclamaba por lo injusto de su enfermedad, después se sentía culpable.

"Yo converso con Dios, cuando estoy sola converso con Dios y digo: por qué tantas cosas lindas que hiciste en este mundo... ¿por qué dejaste esta enfermedad? Dejaste la diabetes, dejaste gente inválida, dejaste gente herida... y tantas cosas lindas dejaste ¿por qué dejaste las cosas malas? Eso pienso... después le pido perdón porque como que lo estoy acusando a Él. Le digo perdóname si te estoy acusando porque por tu culpa estoy enferma. Le digo todas esas cosa, después le pido disculpas." (Sesión 1).

"Como que me hace bien conversar. En el día me levanto le pido a Dios que me ayude en este día tan lindo, me de fuerzas que si tengo que hacer algo que Él me ayude. Y en la noche le doy gracias por haber tenido un día difícil, pero bonito." (Sesión 1).

"Yo ayer iba a la iglesia iba con la Biblia y todo, iba con mi marido...Yo no voy a la iglesia, a misa no voy, pero yo a Dios se que si... estoy en el baño o estoy sentá en la pieza... yo sé que Él está conmigo." (Sesión 1).

"Ahora mismo yo sé que si hablo con Él... Él me escucha. Él me responde o si yo le digo ¿qué puedo hacer mañana?. Yo sé que Él me orienta" (Sesión 1).

La paciente respetaba diversas religiones y simpatizaba más con una, aunque no era una practicante activa. En ciertos momentos experimentó dudas, temores, se sentía muy confundida y obligada a participar en un credo diferente. Esto, motivado por exigencias de personas cercanas que le imponían practicar una religión específica; le decían que si no lo hacía, su situación podía empeorar, pues su enfermedad era un castigo divino por no haberlo hecho antes:

"Y lo que me está pasando últimamente, que me llega gente evangélica a la casa. Y quiere que yo por obligación sea evangélica, por mi enfermedad. Y yo le digo, no. Eso me tiene mal" (Sesión 1).

"Para mí hay un solo Dios y si Dios quiere darme vida me va a dar vida. No porque me haga evangélica" (Sesión 1).

"A mí me gusta más... yo soy católica. Lo evangélico me gusta, yo lo respeto, pero no me hace sentir ir a la iglesia. Ir a los puntos de la calle a predicar... Me dicen que me da vergüenza, pero no es vergüenza, no es para mí." (Sesión 1).

"Claro. Ayer llegó José y me decía: Mary Dios te está castigando, quiere que lo sigai a Él. Yo le decía José yo creo en Dios, yo lo sigo a Él, pero a mi manera ... Yo lo estoy siguiendo, pero a mi manera. Yo soy católica y siempre he creído en Dios... al que más respeto es a Dios." (Sesión 1).

"Pero eso me deja mal... yo digo ¿será verdad?, ¿me estará castigando Dios? Mi hija me dice: te está llamando, te está llamando y tú soy la porfía, te puede venir una más grande o se te le puede enfermar los niños. Como que me meten miedo una cosa así." (Sesión 1).

"–Si tú no lo seguí en este momento te vay a poner más mal, te vas a decaer más. Yo digo que no. – Mira José, hay tanta gente mormona, sabatista o qué se yo. Yo soy católica, yo creo en Dios. Yo le dije que a mí creencia Él me tiene que sanar. Yo siempre le digo: que sea Tú voluntad Señor. Y van pastores a la casa me urgen y todo y me hacen sentir mal. Me confunden." (Sesión 1).

"O cuando yo tengo esos dolores grandes yo digo: Diosito yo sé que Tú estás sintiendo mi dolor. Como cuando Tú sentiste en la cruz, ayúdame. O la Virgen... a Santa Teresita... a todas las Virgen le pido. Porque yo sé que más de alguna me escucha o a lo mejor me escuchan todas, porque yo creo en Ella. – Me dicen que no – porque yo estoy pecando a Dios". (Sesión 1).

9) Atención hospitalaria.

La paciente consideró muy buena la atención hospitalaria, no mencionó quejas sobre ningún aspecto. Posiblemente debido a que contó con toda la información necesaria y contó con oportunidades para comenzar su tratamiento; las cuales no aprovechó antes por decisión propia. Por todo lo anterior la paciente se sentía responsable por el avance de su enfermedad. Mantuvo siempre una muy buena relación con los médicos.

10) Relación médico-paciente.

La paciente consideró muy buena la relación con todos los médicos, especialmente, con su médico tratante porque podía confiar en él, se sentía apoyada y confiaba en su capacidad profesional:

"Y el doctor se enojó conmigo; y me dio hora para el 18 de Enero. Se enojó me retó, yo le encuentro toda la razón. Me dijo: que si no pensaba en lo que tenía yo..." (Sesión 1).

"Hasta la mañana, que llegué llorando acá... pidiendo auxilio al doctor... Y el doctor me puso el catéter, me puso morfina y me dio un calmante para los nervios... y ahí ya quede... con las antenas paradas otra vez" (Sesión 6)

"El doctor me dice que me tengo que hacer bien todo... que soy activa y tengo ganas de hacer el tratamiento y todo... lo más importante es cuando las personas tienen ganas de hacer las cosas. Porque hay pacientes que lo hacen porque están enfermas, no más; yo no, yo estoy con ganas de salir adelante." (Sesión 6).

"La sufrí sí, si cuando llegó el doctor, a la primera que me hizo pasar la niña fue a mí. – Doctorcito lindo, le decía... – No, yo no soy lindo me decía. – Ayúdeme le decía... – Yo te voy a ayudar me decía... De ahí que no estoy con dolor." (Sesión 6).

11) Situación económica.

Según la paciente, la difícil situación económica era una de las razones que tuvo para posponer el inicio de su tratamiento médico:

"Pedí hora de nuevo, para Noviembre... y no me quise operar porque mi marido estaba sin trabajo. Sino trabajaba ¿quién alimentaba a mis hijos? Yo siempre pensaba en ellos. No darle riquezas, darle bienestar que no pasen hambre esas cosas." (Sesión 1).

"Me gustaba (trabajar) porque sabía que estaba ganando para mis hijos, no me importaba sacrificarme a mí, pero a mis hijos que no les faltara na'. No les doy grandes comodidades, ni al gusto de ello, lo que quieren un par de zapatillas, no. No me gusta a mí que les falte la comida. Teniendo la comida

de mis hijos yo soy la mujer más feliz. Yo puedo andar a pies pelao o pobre, pobre; pero que a mis hijos nunca les falte." (Sesión 1).

La situación económica fue motivo de angustia para la paciente, pensaba que no tendría los recursos para solventar los gastos del tratamiento médico. Ante la falta, la familia se unió para obtener lo necesario; es así como la paciente contó con el apoyo familiar y pudo solventar los gastos del tratamiento médico; pero ver el esfuerzo que significó para su marido e hijos, también le provocó angustia:

"Cuando me dijeron que me tenía que hacer la... la... el asunto de las drogas... que me habían dicho que costaban como sesenta mil pesos cada una... y eso no está al alcance de uno... y me pasaba rollos, rollos... De ahí como que me descontrolé... Un desorden de todo... mi pensamiento, ya no más .... No es miedo, es la intranquilidad... de no saber si iba estar a mi alcance comprar la droga ... Que no las iba a tener, eso me preocupaba. Yo pensaba... he luchado tanto yo; y ahora por la plata no voy a poder comprarlas..." (Sesión 6).

"La plata y las drogas. Mi marido me decía: no importa vieja, yo pido un préstamo para pagar las drogas. Además los niños trabajan Sábado y Domingo en el supermercado... y ellos me dicen no te preocupí... yo puedo comprar el azúcar... el otro dice yo puedo comprar otra cosa... Y así ellos se organizan bien con la casa. Incluso la niña va a trabajar y ayuda en lo que pueda a los niños...Todas esas cositas." (Sesión 6).

3.2.4. Estudio de caso: Paciente 4.

De acuerdo con los datos, se pudo observar las siguientes variaciones:

1) Variaciones de la experiencia dolorosa.

a) En cuanto a la intensidad del dolor:

- No se pudo observar cambios en la intensidad del dolor después de una inducción hipnótica, porque al inicio de las sesiones la paciente no presentó dolor y cuando lo hizo no quiso experimentar trance.
- La intensidad de los episodios de mayor disminuyó a la mitad después de la 1ª sesión, luego aumentó a la intensidad inicial.

b) En cuanto a la frecuencia:

- El mayor cambio se observó en la disminución de la frecuencia de los dolores intensos.

c) En cuanto a la duración:

- La duración de los episodios de dolor intenso disminuyeron.
- El dolor base no varió.

2) Hipnoterapia y dolor.

a) Respecto del uso de autohipnosis.

La paciente comenzó a utilizar autohipnosis después de la 1° sesión, su uso fue esporádico. En el período que recibió sólo tratamiento farmacológico para el dolor y practicó autohipnosis, se observó lo siguiente:

- Los dolores más intensos disminuyeron a la mitad de su intensidad.
- La frecuencia de los dolores más intensos disminuyeron en un 75%.
- El dolor base disminuyó de constante a ocasional.
- La duración de los episodios de mayor dolor se mantuvieron.

A continuación se describe el proceso de la paciente. En este caso no se puede observar con toda claridad la relación entre el dolor y la hipnoterapia como en casos anteriores, pues la paciente practicó esporádicamente autohipnosis, las sesiones no fueron tan frecuentes y en medio del tratamiento hipnótico comenzó con el tratamiento de radioterapia, el cual fue muy efectivo en el control del dolor. Sin embargo, durante el tiempo de espera de inicio del tratamiento médico, se pueden observar logros que merecen ser mencionados.

Para la paciente el tratamiento hipnoterapéutico era una posibilidad que le podía ayudar a disminuir el dolor. En el inicio tuvo muchas dudas respecto de la efectividad de éste, pues pensaba que su dolor era fisiológico, por lo tanto, sólo el tratamiento médico podría lograr eliminarlo: *"Por ejemplo, que me tomo una pastilla cada cinco horas. Si yo me paso de las cinco horas, porque es automático; es un dolor que parece que... yo digo no puede ser psicológico..."*

Como esa idea era tan fuerte, exigía y esperaba de los tratamientos la eliminación total del dolor; si éste sólo disminuía, pensaba que el tratamiento que recibía era deficitario y negligente. Esta concepción era compartida por su familia; pero a medida que recibió educación sobre el dolor comprendió que el tratamiento del dolor es complejo, que los medicamentos tienen limitaciones y muchas veces disminuir la molestia es lo único que se puede hacer. Cuando se dio cuanta de los beneficios de la hipnoterapia tuvo una mejor disposición.

Al inicio del tratamiento hipnoterapéutico presentaba dolor, el cual no era fácilmente descrito por la paciente. Éste se ubicaba en la zona hipogástrica y sacra, los dolores más intensos eran contracciones, similares a los dolores de parto, graduales, a veces leves y otras intensos; aumentaban cuando se pasaba el efecto del medicamento. El dolor más leve llegaba a EVA 4 y los dolores más intensos podían superar el EVA 20. Según la paciente, estos se presentaban 3 veces en el día, y duraban 45 minutos. El tratamiento consistía en medicamentos para el dolor: codeína 6% 15 gotas cada 6 horas, paracetamol y diazepam 10 mg antes de dormir; por problemas estomacales se suspendió la codeína y la morfina:

"Es lo que dice el doctor. Pero es que no lo puedo describir (se refiere al dolor) ... Como que siento un pequeño aroma de dolor. Como para explicar algo ... Es un dolor, cuando uno está con las contracciones para mejorarse, para tener un bebe ... Me venían dolores como para... de parto, en el útero. Me dolía el útero como dolor de parto ... En el cuello del útero. Aquí debajito ... Entonces eran pura punzadas... punzadas, punzadas, punzadas ... Es ese dolor que me da... que parece es el mismo dolor del útero... me da hacia la cola."

"Los de contracción. Pero el doctor me dice que son del uno al diez, pero yo le digo que es del uno al veinte mi dolor."

"Es que van pausados más fuertes, más despacio, medios graduados."

"Podría ser un ocho, nueve. Porque como que se me cae la cola, como si tuviera algo a los riñones... no sé. Es como una confusión de dolores. Yo no sé si me duele aquí, o el dolor es más fuerte acá."

Para evitar el dolor, la paciente no realizaba esfuerzos que pudieran gatillarlo, tomaba los medicamentos a las horas indicadas y cambiaba de posición durante una crisis:

"Para que no me duela, evito que me duela... evito esforzarme para que no me duela."

"Me acuesto, me paro ... Y lo que noté el Martes recién, levanté una pierna con una rodilla en alto y como que levanté un poco la cola y ahí como que se me anduvo calmando... más bajo el dolor."

En la primera sesión se realizó una intervención hipnótica, al comienzo no fue fácil, porque no se encontraban actividades que fueran gratificantes para la paciente. Sin embargo, pudo experimentar un trance profundo, se disoció imaginando un paseo en tren y visitas a centros comerciales. Durante la inducción se mencionaron metáforas orientadas al control del dolor y variables psicológicas que pudieran influir en la experiencia dolorosa. La paciente se reincorporó sintiéndose relajada, sorprendida y agradada:

"Algo que... cuando voy a vitrinear... Ahora no me dejaban vitrinear... el paseo Ahumada con el pasaje Matías Concha."

"En tren y fui a la estación Mapocho. No sé, he viajado sólo dos veces en tren no más ... Bien".

La experiencia fue una sorpresa porque pudo ver imágenes; según ella, no tenia imaginación ni siquiera podía recordar sus sueños

Después de la 1ª sesión, la paciente comenzó a practicar autohipnosis cuando se presentaba el dolor. En esa semana la intensidad de las crisis de dolor disminuyeron a la mitad y su duración también se redujo; sólo la frecuencia de los episodios no experimentó variación.

Después se realizó una evaluación por teléfono, cuando la paciente fue consultada por la autohipnosis, su sorpresa continuaba: veía imágenes relacionadas con el mar y no sabía si las había visto en una postal o en otra parte; quería saber dónde había visto esas imágenes. Este deseo le sirvió para practicar autohipnosis, pues cada vez se concentraba más tratando de encontrar algún sentido lógico. Además, le gustaba porque podía "viajar gratis".

Curiosamente una de las quejas de la paciente era no haber tenido tiempo ni recursos para salir y divertirse durante su vida. Este anhelo se cumplía cada vez que practicaba autohipnosis.

En la 3ª semana de tratamiento la paciente continuaba practicando autohipnosis. La frecuencia de las crisis dolorosas disminuyó; en un comienzo los episodios eran 3-4 diarios, en la 3ª semana presentó 1 episodio semanal y dolor base ocasional.

Después de la tercera semana la paciente comenzó el tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Debido a problemas de salud no continuó, sólo asistió a cuatro sesiones.

Después de esto, la paciente fue atendida de urgencia y quedó hospitalizada por una anemia aguda.

La 2ª sesión se realizó en el hospital. En aquella oportunidad la paciente se encontraba asustada, con dolor y rabia; consideraba que había recibido una atención tardía y sin consideración porque había soportado procedimientos médicos dolorosos. En el encuentro se contuvo a la paciente, no se pudo realizar una evaluación de la experiencia dolorosa, ni trance; porque quería estar lo más alerta posible, tenía miedo de morir. Por todo lo anterior, había dejado de practicar autohipnosis.

En la 3ª sesión, la paciente continuaba hospitalizada. Mejoró su disposición a cooperar cuando la terapeuta le explicó las fundadas razones por las cuales se realizó el procedimiento que le causó dolor. Los motivos fueron informados por el médico a la terapeuta.

Para controlar el dolor se utilizó morfina 5 mg c/6 hrs; diclofenaco 50 mg c/ 12 hrs (supositorio), dromperidona 1 comp. c/ 6hrs.

Luego de la explicación, la disposición de la paciente mejoró. Quiso practicar trance, como se encontraba acompañada por su hija, se le invitó a participar para que aprendiera a inducirle trance; la hija aceptó gustosa y se desempeñó exitosamente. La experiencia fue muy emocionante para ambas. La enferma se reincorporó con un dolor leve, agradada y sorprendida por haber sido ayudada por su hija de quien tenía una imagen de "persona fría". Nuevamente, la paciente se sorprende, en este caso, por la amabilidad con que fue tratada y también, porque vio a un niño jugando

con agua, escena que se repetía en sus trances; la paciente pensaba que se trataba de un nieto que nacería pronto:

"Sí un niñito como de un año y medio que me tira agüita... ayer también me apareció... ahora igual, lo vi solito... El guagüito me tiraba y me tiraba agua con un lavatorio... y siempre en la playa ... Sí. Aunque no tenga dolor voy a empezar a practicar".

Después de esta sesión, la paciente reanudó el tratamiento de radioterapia paliativa, por razones de salud no continuó la quimioterapia.

En días posteriores, se mantuvo contacto telefónico. La paciente siguió practicando autohipnosis tres veces al día, el dolor disminuyó paulatinamente; diez días después el dolor fue controlado casi por completo, la intensidad máxima EVA 2, este dolor se presentaba cada 12 horas; tomaba diclofenaco cada 12 hrs.

La paciente no sabía que su enfermedad se encontraba en la etapa terminal, nunca manifestó deseos de conocer su pronóstico, por lo menos a la terapeuta.

Después de terminar la radioterapia y no sentir dolor ni otros síntomas, la paciente consideró que su enfermedad era un asunto del pasado, ni siquiera quería hablar de lo sucedido porque le traía malos recuerdos.

Con esto se dio por finalizado el tratamiento hipnoterapéutico, no obstante, se dieron las facilidades a la paciente para continuar con la atención psicológica, si lo necesitaba en algún momento.

3) Percepción de la enfermedad.

Desde el inicio del tratamiento hipnoterapéutico, la paciente conocía su diagnóstico y los tratamientos a los cuales se sometería, pero desconoció su pronóstico, no manifestó claras intenciones de saberlo.

Sin embargo, consideró la posibilidad de una muerte cercana. Con respecto a lo último, la consolaba el hecho de tener hijos mayores; pero de todas maneras la situación la afectaba, sentía ganas de llorar, pero no podía hacerlo, según ella, por falta de espacio. Pensaba que darle libre

curso a sus emociones perjudicaba a sus hijos. En el transcurso del tratamiento hipnoterapéutico se permitió experimentar estas emociones.

La paciente se sintió responsable por su enfermedad y nunca abandonó las ganas de recuperarse, por más difícil que fuera.

"El 28 de Diciembre el médico me diagnosticó cáncer al útero."

"Que sé de mi enfermedad.... Que tengo un cáncer al útero. Y.. no me operaron, sino que mi tratamiento va a quimioterapia y radioterapia."

"Yo sé que es mi enfermedad, yo no culpo a nadie. No reniego en contra de Dios, No. Es mi enfermedad. Yo tengo que luchar para sacarme esta enfermedad. Sacando fuerzas ¿de dónde?... ni idea, pero tengo que luchar. porque es mi enfermedad, es mía."

"Yo acepté que es mi enfermedad. Pero no me la he llorado."

La paciente quería proteger a sus hijos del sufrimiento, por eso no mostraba sus sentimientos dolorosos:

"Me da pena verlo llorar."

La paciente se conformaba con saber el nombre de los tratamientos, no consultaba detalles a los médicos, pero sí a otras enfermas:

"Claro, que la meten a una máquina y por un rayo le van quemando.... bueno le ponen el rayo donde está marcado y eso va quemando. Y eso es para que no expanda más."

"Y la quimio es para arrasar con... esa es la parte terapéutica, arrasa con cosas buenas y cosas malas, por eso tengo que tener una alimentación con proteínas. Eso es lo sé."

"Eso es lo que yo tengo entendido y que la quimio a uno la deja como un estropajo. La deja con náuseas, vómitos, la deja mal... Y ahí uno tiene que ser igual que el ave Fénix, salir de las cenizas y volver a... emprender el vuelo no más. Eso es lo que yo tengo entendido, porque ningún médico se me ha acercado así, y me ha dicho, mira tu enfermedad es aquí, tu enfermedad es allá. Sino que por puras de uno, por conclusión, por lo que escucha y por lo que leyó en la ficha de uno."

Cuando se le consultó si quería que los médicos le dieran más información al respecto, dijo lo siguiente:

"A esta alturas ya no, porque yo sé lo que tengo. Tengo un cáncer III b, y que ya voy a una radioterapia".

Con respecto a la información se mostró ambivalente. Por una parte, criticó el no ser informada y por otro, se manifestó conforme con la información recibida.

4) Estado emocional.

Durante el tratamiento, se observaron distintas emocionales comunes en personas que pasan por esta situación. La tristeza estuvo presente y contenida, la paciente tenía dificultades para expresarla, pensaba que hacerlo perjudicaba a sus hijos; la rabia era una de las emociones más frecuentes.

"Yo acepté que es mi enfermedad. Pero no me la he llorado. En ciertas ocasiones, un poquito lloro, un poquito lloro." (Sesión 1).

"Mi matrona, la señora Victoria, me dijo: que era normal. Que me las tenia que llorar todas. Es como llorar un duelo y después volver a renacer. Pero no podía llorármelo, porque como que no tengo espacio para llorar." (Sesión 1).

5) Vínculos afectivos y red de apoyo.

La paciente contaba con pocas relaciones cercanas, sólo con sus tres hijos. Creía que su rol de madre la absorbió de tal manera, que no pudo cultivar otras relaciones en su vida. Sus hijos eran sus vínculos afectivos más importantes, por una parte recibía cuidados; y por otra, no podía apoyarse emocionalmente en ellos, pensaba que si manifestaba sus sentimientos dolorosos los perjudicaría. Otro vínculo era una vecina que la visitaba esporádicamente.

"No tengo espacio, porque siempre estoy con un hijo, estoy con mi hija. Son super buenos hijos." (Sesión 1).

"Pero mi hija es muy... no sé, si es el trabajo de ella... la vida de ella. La cosa es que... Ella es la que se encarga de la casa, entonces es bien dura." (Sesión 1).

"Con él que vivo. Él se las lloró todas. El quería morirse cuando supo que tenía cáncer al útero, quería morirse..." (Sesión 1).

"Me da pena verlo llorar. Y que yo los críe solos, ellos son mi vida, no me gusta verlos llorar." (Sesión 1).

"Ellos siempre vieron que yo fui la fuerte, yo los crié, eduqué. Cumplí los dos roles." (Sesión 1).

"Para ellos soy.... No mi mamá... no se lo imaginan porque siempre ellos hacen programa: mamita vamos a hacer esto, esto y esto otro. A largo plazo... pero yo estoy viviendo el día..." (Sesión 1).

"Y allí yo me di cuenta: yo no tengo amigas. Porque me dijo. – Usted dio toda su vida por sus hijos. Usted no tiene a nadie – me dijo (Se refiera a una vecina). Y yo me pongo a pensar... yo no tengo a nadie. Yo no tengo amigas. Vecinas, claro porque son los que viven ahí." (Sesión 1).

6) Motivaciones.

Para la paciente la principal motivación era recuperar su salud. No especificó razones. Según ella su vida antes de la enfermedad era muy triste. Algunos comentarios sugieren que el nacimiento de un nieto era un motivo para seguir viviendo.

"Yo tengo que luchar para sacarme esta enfermedad. Sacando fuerzas ¿de dónde?... ni idea, pero tengo que luchar." (Sesión 1).

"Entonces desde que tengo razón, conocimiento... puro sufrimiento." (Sesión 1).

"Puede ser mi guagüita que estamos esperando." (Sesión 4).

7) Creencias religiosas.

La paciente creía en Dios. No manifestó conflictos religiosos durante el tratamiento hipnoterapéutico:

"No reniego en contra de Dios, No. Es mi enfermedad." (Sesión 1).

"Y no, tengo no sé, desde un principio dije: que Dios haga lo mejor. Me entregué a Dios. y tengo fe que voy a salir adelante....Y por último digo,

por lo menos, estoy con mis hijos grandes. Lo peor que esto me hubiera dado cuando mis hijos eran chiquitos. Ahora no, porque la menor tiene 19. Queda al menos ese consuelo." (Sesión 1).

8) Atención hospitalaria.

En un principio, la paciente consideró muy buena la atención hospitalaria, sobre todo eficiente por realizar un diagnóstico preciso y rápido; a diferencia de las equivocaciones y demoras que sufrió en la atención privada:

"Y me derivaron pa'...El 3 de Enero y me hospitalizaron, y ahí me hicieron todos los exámenes..." (Sesión 1).

La paciente esperaba iniciar el tratamiento médico lo más rápido posible para recuperar su salud; no sabía que los procedimientos médicos tenían una intención paliativa. Los tratamientos no comenzaron de inmediato como ella quería. Estuvo muy molesta por eso, lo que provocó un cambió de opinión sobre la atención recibida. La paciente pensaba que la demora se debía a favoritismos particulares que explicaban la atención más pronta de otras personas. (Las horas de radioterapia las daba otra institución y se privilegia a las personas que pueden recuperar la salud con los tratamientos). Otro aspecto que molestó a la paciente fue el dolor producido por ciertos procedimientos médicos, pero al ser explicadas las razones comprendió lo sucedido.

9) Relación médico-paciente.

La paciente confiaba mucho en la capacidad profesional de su médico tratante:

"Bueno el doctor X, dijo de un principio, al tiro dijo: es cáncer al útero. Y lo corroboraron con otros médicos, que dijeron que no se equivocan. Y ahí me mandaron al Caupolicán" (Sesión 1).

También se quejó por no estar informada; sin embargo, no consultaba y decía estar conforme con la información que manejaba:

"Eso es lo que yo tengo entendido, porque ningún médico se me ha acercado así, y me ha dicho: mira tu enfermedad es aquí, tu enfermedad es allá. (Sesión 1).

Antes de ser atendida en el hospital la paciente fue atendida por dos médicos particulares, el primero no diagnosticó la enfermedad, el segundo detectó el cáncer y la derivó al sistema público por la situación económica de la paciente. En el hospital el diagnóstico fue confirmado y se planificó el tratamiento:

"Y el médico cometió la negligencia de no revisarme (médico privado). No me revisó porque dijo: hace una semana que está tomado esto... Entonces me dijo: mire yo le voy a dar este remedio y en Enero los vemos" (Sesión 1).

3.2.5. Estudio de caso: Paciente 5.

La paciente falleció días después de la segunda sesión. De acuerdo con los datos, se puede observar lo siguiente:

1) Variación en la experiencia dolorosa.

a) En cuanto a la intensidad del dolor:

- La intensidad de dolor disminuyó después de la inducción hipnótica.
- La disminución se mantuvo por unas horas.
- La intensidad del dolor promedio disminuyó a la mitad.
- La intensidad de los episodios de mayor dolor aumentó.
- La paciente presentaba dolor base, sin embargo, en algunos momentos no experimentó dolor.

b) Uso de autohipnosis:

- La paciente no logró aprender ni practicar autohipnosis.

  (Sólo se realizaron dos sesiones).

2) Dolor e hipnoterapia.

A continuación se mencionan los detalles de la intervención hipnoterapéutica, durante el período informado no hubo variación en el tratamiento médico, el cual consistía en medicamentos para aliviar el dolor. La paciente cumplió con las recomendaciones médicas.

La paciente describía su dolor de la siguiente manera: clavadas desde el vientre hasta el ano, cuya intensidad llegaba a EVA 8-9. El dolor disminuía con los medicamentos, pero sólo por una hora y media. La paciente tomaba codeína 6% c/4 hrs, tenía estreñimiento y náuseas. Para disminuir el dolor realizaba respiraciones cortas y rápidas, con esto lograba un alivio momentáneo y dormir. Cuando estaba con dolor sentía ganas de llorar, a veces lloraba; otras no podía:

"Lloro, me dan ganas de llorar fuerte; no puedo llorar".

"Se me pasa un poco, después puedo tomar agua y me duermo, después despierto otra vez con el maldito dolor."

"Sí, se me pasa el dolor, pero poquito ahora, antes me lo daban cada 6 horas, ahora aguanto una hora y media no más" (se refiere a los medicamentos).

"Se me va pasando y duermo un ratito y de ahí vuelve otra vez. El ibuprofeno lo vomité, entonces no lo estoy tomando hasta que vaya al Hospital del Cáncer a hacerme un raspao quizá pueda tomar ... Pero aquí tratan de ponerme calmantes para que yo me sienta bien, sí."

La paciente consultaba a una compañera de sala sobre la quimioterapia especialmente sobre los posibles dolores sufridos por el tratamiento: *"Ahora le pregunté a la Margarita: Margarita y ¿la quimio duele?"*

En la primera sesión se realizó una intervención hipnótica. Fue difícil encontrar algún lugar o actividad agradable para la paciente que favoreciera la relajación. La paciente tenía problemas de concentración, pensamiento concreto y se focalizaba en los aspectos negativos.

En la intervención primero se intentó realizar una inducción por fijación de ojos, porque la paciente contó que siempre miraba una mancha en el techo, por lo que se trató de trabajar con este recurso; pero la

paciente atendió sólo por algunos momentos y no dio señales mínimas de trance; aunque no experimentó un estado hipnótico, logró disminuir un poco su dolor:

"Empiezo a mirarlo. Yo no quiero pensar en mi casa... y ahí lo veo... yo le encuentro a veces más cara de caballo. Y allá cuando me llevaron ayer a un escáner, parece que era... ese no lo puedo ver... y así me llevo distría."

Finalmente, la inducción se consiguió mediante un trance conversacional, se buscó la disociación para esto se sugirió desenrollar una madeja de lana para tejer algo en el futuro, la actividad era conocida, poco grata, requería tiempo y trabajo. La inducción fue exitosa, la paciente dio señales de estar en un trance profundo, se mantuvo inmóvil en una posición incómoda: recostada de lado con un riñón en la mano durante varios minutos. Se reincorporó por petición de la terapeuta (se acercaba el horario de visita), esto tomó varios minutos. Cuando se reincorporó se evaluaron las molestias, la paciente no refirió dolor ni náuseas; el dolor disminuyó de EVA 6 a EVA 0, le gustó la experiencia y manifestó su interés por continuar. El bienestar se mantuvo por tres horas aproximadamente.

Al día siguiente se realizó la 2ª sesión. La paciente se refirió al trabajo realizado el día anterior del siguiente modo:

"Bien, hasta como las seis y media... Ayer le dije (se refiere a su hija) vino una señorita me habló tan bien, me relajó harto... Que me hizo bien conversar con la señorita..." (se refiere a la terapeuta) (Sesión 2).

Después de la sesión no practicó autohipnosis, sólo había mirado el techo (disociación espontánea). En la sesión anterior no se le sugirió que practicara autohipnosis para proteger a la paciente de un posible fracaso, pero en algunos casos sin la recomendación de la terapeuta las pacientes toman la iniciativa y comienzan a practicar trance solas: *"No, no he practicado. Sólo esa maña que tengo, no sé" (mirar el techo).*

Después de la primera sesión, la paciente tuvo tres horas de alivio; más tarde experimentó un dolor intenso EVA 10. Se debe recordar lo difícil que es controlar el dolor en estos casos:

"Ah... el diez, yo creo. Porque ya tuve que pararme, gritar a la señorita ya no daba más ya... y ahí la matrona vino a inyectarme."

En la 2ª sesión tampoco fue fácil inducir trance: se intentó seguir las mismas estrategias utilizadas el día anterior, pero no tuvieron el mismo efecto; la paciente logró sólo relajarse, sin dar señales de estar en trance. El error estuvo en pensar que los mismos elementos darían los mismos resultados. Actuar de esta manera facilitó que se dejaran de lado los pequeños detalles que hacen que una situación, aunque sea parecida, no sea la misma. Con esto se ve una vez más lo importante que es adecuar la intervención a la persona y a su circunstancia.

Si bien los contenidos eran familiares, en esa oportunidad la paciente no quería relajarse, lo más importante para ella en ese momento era dar respuesta a sus problemas familiares. Le preocupaba dejar a algunos integrantes de su familia sin protección, la mayor parte del tiempo pensaba en esto. La intervención fue efectiva cuando se dio el espacio para pensar en el problema, se incluyeron ciertos elementos que permitieron "pensar hipnóticamente". Con esto la paciente pudo experimentar un trance profundo, similar al anterior.

En días posteriores, fue dada de alta. Se acordó una cita en la casa de la paciente, pero no se pudo concretar. Días después de ser dada de alta, la paciente falleció con dolor (EVA 9) en su casa rodeada de su familia.

Es importante señalar que según los criterios estandarizados, la persona no era el sujeto "ideal" para realizar un trance hipnótico; lo anterior, sumado a condiciones ambientales desfavorables (ruido e interrupciones) dificultaron el procedimiento, pero no lo impidieron. La paciente pudo experimentar trances profundos. Los obstáculos fueron sorteados por la aplicación de los principios de utilización, lo que permitió que afloraran los recursos de la paciente necesarios para controlar el dolor en cada sesión. Posiblemente, debido a las pocas sesiones que se realizaron, la paciente no pudo aprender autohipnosis.

Se debe tener presente que los recursos no se refieren sólo a capacidades intelectuales o culturales, como se podría suponer, son todas las experiencias de vida que tiene una persona, por más comunes y corrientes que puedan parecer. Estos recursos son utilizados en el trabajo hipnótico.

3) Percepción de la enfermedad.

La paciente no contó con toda la información referente a su estado de salud; conocía el diagnóstico y algunos de los tratamientos a los cuales se sometería; pero desconocía el pronóstico. No se mostró interesada en recibir información detallada al respecto. Tal vez porque estaba segura que moriría, además dijo no tener ganas de seguir viviendo. Se sometía a los tratamientos para tranquilizar a su familia, pero los consideraba innecesarios:

"Tengo cáncer, me lo detectaron el 97..."

"Y lo que no sé si tengo mejoría, no sé."

"Me dijo (el médico): usted tiene grado tres. ¿Qué es grado?. Si yo no sé de eso."

"Los chiquillos me compran la droga... me dicen mamá... mejórate queremos verte en la casa. Ellos están preocupados de mí y yo no pongo nada de mí parte."

4) Estado emocional.

Las emociones más comunes experimentadas por la paciente eran la tristeza y la rabia. La primera relacionada con la posibilidad de morir y dejar a algunos seres queridos sin protección. Sufría y sentía rabia cuando se presentaban los episodios de dolor intenso. Los consideraba innecesarios, pues intuía una muerte cercana; también sentía rabia por tener que someterse a continuos exámenes y estar hospitalizada. Las emociones fueron intensas, pero no llegaron a ser parte de trastornos emocionales.

"Me preocupa la casa... Es tan complicado...". (Sesión 1).

5) Vínculos afectivos y red de apoyo.

La paciente contaba con el apoyo de su familia (hijos). Los vínculos más importantes eran sus hijos y nietos. Le preocupaba el futuro familiar, pensaba que moriría en poco tiempo y algunos integrantes quedarían desvalidos, pues tenían una fuerte dependencia económica y afectiva con

ella. Sólo para tranquilizar a sus hijos, se sometía a los tratamientos médicos:

"Ellos (hijos) están preocupados de mí" (Sesión 1).

"Me preocupa la casa... Es tan complicado, tengo problemas con la otra hija mayor, me dice: a todo le day la razón al cabro chico... ¿No entiende?... si es mi hija... que todo le molestaba del chico... ella ponía un cassette de Chayanne, y el niño se sabe todas las canciones y cantaba y ella decía que no le dejaba escuchar el cassette de Chayanne y prendía la tele y también cantaba... Tiene cuatro años el niño... Le tomó tanta mala al sobrino, mala, pero tanta mala. La mamá lo dejó botao a los dos años... Sí, va ir al colegio este año, tiene cuatro años. Entonces eso me preocupa a mí... ¿A un guagüito de cuatro años, se le puede tener mala, tan chiquitito? Tan chiquitito... ¿no cierto que no?". (Sesión 1).

"A más tengo un hijo flojo que no le trabaja un día a nadie, tiene 33 años y no trabaja... se queda en la pura casa no más." (Sesión 1).

6) Motivaciones.

La paciente no manifestó tener deseos de algo. Sólo esperaba morir rápidamente y librarse de las molestias producto de su enfermedad.

"Tengo ganas de morirme no más." (Sesión 1).

7) Autocuidado.

Se pudo deducir del relato de la paciente que las conducta de autocuidado no eran comunes en ella. Esto se refleja en ciertas acciones como dejar pasar mucho tiempo desde el primer examen alterado hasta iniciar el tratamiento médico, según ella debido a dificultades laborales, económicas y olvidos:

"Tengo cáncer, me lo detectaron el 97, pero dónde yo trabajaba no me dieron permiso, me vinieron a buscar los médicos del Consultorio Carlos Urzúa y... me dijo el jefe... ya... tení todo el invierno pa' tratarte ahora que es verano vení a lesiar... Trabajaba en una fábrica, por eso no... después se me olvidó, de verdad que se me olvidó, se me olvidó a mí" (Sesión 1).

8) Atención hospitalaria.

La paciente consideraba que había recibido una buena atención porque el personal se preocupaba de aliviar su dolor. No obstante, se quejaba por ciertas cosas como: estar mucho tiempo en el hospital, saber de otros problemas de salud, producto de nuevos hallazgo, y también no estaba conforme con algunos procedimientos dolorosos o molestos. Para ella era muy difícil estar hospitalizada porque era su primera vez:

"Pero aquí tratan de ponerme calmantes para que yo me sienta bien, sí." (Sesión 1).

"Es que me encontraron todo lo que no tenía, señorita; si yo venía a hacerme una quimioterapia y me encontraron todo lo que yo no tenía." (Sesión 1).

"En mi casa me tomo los remedios puntuales y paso bien. Aquí donde me han pinchao... me dio hasta una trombosis en una pierna... estar aquí... si un nunca he estado hospitaliza... yo decía voy a la quimioterapia me voy a mejorar, voy a seguir trabajando... me salió todo el tiro por la culata... tengo ganas de morirme no más." (Sesión 1).

9) Relación médico-paciente.

La paciente no se refirió extensamente a la relación con el médico. Sólo mencionó algunas explicaciones dadas por el profesional, las cuales no entendió y no quiso clarificar:

"Me dijo: usted tiene grado tres. ¿Qué es grado?. No, si yo no sé de eso." (Sesión 1).

10) Situación económica.

La paciente era una persona de escasos recursos que contaba con el apoyo de su familia para afrontar los gastos de su enfermedad. Su situación económica fue una de las razones que tuvo para no iniciar el tratamiento en un momento adecuado. Además, le preocupaba el esfuerzo económico realizado por sus hijos, lo consideraba innecesario porque estaba segura que no viviría mucho tiempo más:

"Trabajaba en una fábrica, por eso no... después se me olvidó." (Sesión 1).

"Los chiquillos me compran la droga... me dicen mamá... mejórate queremos verte en la casa. Ellos están preocupados de mí y yo no pongo nada de mí parte." (Sesión 1).

3.2.6. Estudio de caso: Paciente 6.

Se pueden observar variaciones en el reporte de dolor de la paciente como las siguientes:

1) Variaciones en la experiencia dolorosa.

a) Respecto de la intensidad:

- La intensidad de dolor disminuyó, después de inducir trance hipnótico. Este es el efecto más claro de la influencia de la hipnoterapia en el dolor, pues los medicamentos de la paciente fueron cambiados después de la 1ª sesión.

b) Respecto de la frecuencia:

- La frecuencia de los episodios de dolor intenso disminuyó.

c) .Respecto de la duración del dolor:

- La paciente presentaba dolor base que se mantuvo sin variación.

2) Dolor e hipnoterapia.

La paciente comenzó la practica de autohipnosis, después de la 1ª sesión.

- La práctica de autohipnosis fue ocasional.
- La paciente practicó autohipnosis cuando tenía dolor moderado.
- La paciente no pudo practicar autohipnosis durante las crisis de dolor.
- La paciente pudo permanecer con un dolor moderado más tiempo, pero no pudo controlar las crisis de dolor.
- Disminuyó la frecuencia de los episodios de mayor dolor.

Al recibir quimioterapia y radioterapia:

- Se produjo una notable disminución del dolor.
- Al disminuir el dolor la paciente practicó autohipnosis ocasionalmente.

A continuación se examina la experiencia dolorosa de la paciente. Se debe tener presente que después de la 1ª sesión, se cambiaron los medicamentos, comenzó la administración de fármacos opioides (morfina 5 mg c/ 6 horas oral). La paciente no cumplió con las sugerencias médicas para aliviar el dolor, sin informar al personal médico, aumentaba las dosis de los medicamentos para controlar el dolor.

Durante el tratamiento hipnoterapéutico, la paciente fue atendida en dos oportunidades, luego se realizó un seguimiento mediante llamadas telefónicas. El tratamiento finalizó cuando el dolor fue controlado casi por completo, gracias al tratamiento paliativo de quimioterapia. Al no tener dolor la paciente consideró innecesario continuar las sesiones, se sentía mejor y anímicamente muy bien. De todas maneras, se dieron las facilidades para que la paciente pudiera recurrir a la terapeuta en el futuro si lo consideraba necesario.

En las dos sesiones que se realizaron la paciente estaba hospitalizada. En la primera se evaluó la experiencia dolorosa y se indujo trance. La paciente presentaba dos tipos de dolor: uno base de intensidad EVA 4, localizado en la zona hipogástrica; el otro era un dolor que comenzaba bruscamente, cuya intensidad llegaba a EVA 10, eran clavadas intensas localizadas en la zona hipogástrica, zona sacra y extremidades inferiores (dolor neuropático):

"Es que yo diría que diez es lo máximo... pero yo diría que si es diez... ahí es cuando lloro... cuando no lo aguanto, no lo soporto."

"Yo diría como estoy ahora que sé que está el dolor, pero se que lo aguanto. Yo diría que hasta el seis por ahí soy capaz de soportarlo... pero como el siete al diez sube demasiado el dolor y ya no..."

"Claro, ahí me punzan las piernas todo... pero soy capaz de aguantarlo... no me complica mucho. Y me vienen de repente que me punza fuerte... Pero cuando me viene fuerte es constante y duele y duele... Sí, porque me

pega un zapatazo fuerte a todo, todo junto la pelvis, las piernas todo aquí arriba."

"Incluso me complica porque no como. Porque me dan los vómitos y prefiero no comer... y en la mañana tomé la pura leche porque amanezco bien. Pero en el almuerzo ya me complica comer porque por los dolores en seis no como... porque viene los dolores fuertes... una por el dolor y la otra por los vómitos".

Cuando experimentaba dolores intensos, se desesperaba, lloraba, se golpeaba, respiraba, trataba de relajarse, pero no lo lograba. Los dolores se presentaban comúnmente por las noches, incluso podían durar desde las seis de la tarde a las cuatro de la mañana, el dolor sólo cedía si tomaba más codeína y solicitaba que le inyectaran dipirona.

A la paciente se le había indicado codeína 6% y dipirona 1 mg; la dosis de codeína, 20 gotas cada 4 hrs; pero la paciente por su cuenta, estando hospitalizada, tomaba más dosis de medicamento. Nunca informó al personal médico de esto. Los medicamentos no disminuían totalmente el dolor y cada vez duraba menos su efecto. La paciente decía cumplir con los horarios de los medicamentos, pero según ella, en el hospital no le daban los medicamentos a las horas debidas; sólo recibía atención cuando reclamaba; esto le causaba mucha rabia.

"Me desespero... camino me acuesto, me siento, me paro... me tiro... me golpeo... Si es verdad, me pego así... paso para allá para acá y respiro... Trato de relajarme, pero no puedo... Por mí meterme la mano y sacarme todo... es un dolor que no sé."

"Me las dieron por ahí por el Miércoles o Jueves. Primero me las habían dado cada seis horas, pero como ven que me dura muy poco el lapso, me la dieron cada cuatro horas."

"Pero yo también pido una inyectable, porque sino tampoco se me quitan los dolores."

"Cuando me tomo la codeína de las cuatro de la tarde, se me calman por un ratito y como a las seis de tarde estoy con los dolores ya máximo."

"Sí. Porque se me quita ya... cuando tomo más gotas... porque sin que se den cuenta, yo tomo más gotas. Tomo más para que se me calmen y

después pido el pinchazo. Me disminuye un poco, después me quedo dormía. Y después en la mañana despierto con el dolor más suave."

Durante la 1ª sesión se indujo fácilmente trance mediante levitación de manos. En el trabajo hipnótico se incorporó el ruido ambiental y se disoció a la paciente; ella dio señales de experimentar un trance profundo. El dolor disminuyó de EVA 4 a EVA 2. La experiencia fue agradable y sorprendente para la paciente.

Después de una hora, se realizó una segunda inducción porque presentaba un dolor más intenso (EVA 7). Se procedió de manera similar. La paciente experimentó un trance más profundo. En la ocasión pudo disminuir su molestia de EVA 7 a EVA 3. La paciente quedó gratamente sorprendida y aliviada, incluso motivada para realizar autohipnosis.

"El brazo como que se me iba cayendo solo... Como que quería afirmarla, pero se me iba para allá".

"Estabamos(con los hijos) en la casa haciendo las tareas..."

"Sentía que el cuerpo se me hacían así en la cama (se hundía). Quedé bien."

"Relajá. Yo diría que dos suavecito. Tres."

"¿Yo lo puedo hacer las veces que quiera?"

"Claro, donde le pongo atención a la mano... si con el ejemplo se me pasa a mí el dolor..."

En la 2ª sesión, la paciente lucía cansada, debilitada, con dificultades para conversar, hablaba en tono lento, presentaba embotamiento. Por esta razón, la sesión fue lo más breve posible, se indagó sólo aspectos centrales y no en detalles que pudieran confundir a la paciente.

Había tenido dolores intensos. Los medicamentos fueron cambiados por morfina 20 mg cada 6 horas, pero según ella no recibía los medicamentos en el horario indicado:

"Estaba bien, como a la una me vino un dolor fuerte y vómitos hasta ahora que había despertado con dolor."

"Me la ponen cada seis, pero no me pinchan cada seis."

Con respecto a la autohipnosis, durante ese período practicó diariamente, tres veces al día. No pudo hacerlo cuando experimentó dolores intensos:

"Sí practiqué varias veces y estuve bien hasta que me vino el dolor fuerte ahí no pude... Varias veces, pero cuando avanza demasiado el dolor no logro hacerlo. Me cuesta mucho cuando tengo dolores fuertes".

En los momentos en que no experimentó dolor intenso, la paciente se sintió bien, este dolor no se presentó todas las noches, como antes.

En la 2ª sesión también se realizó una inducción hipnótica para reforzar el aprendizaje y favorecer la autohipnosis. La paciente pudo experimentar un trance profundo muy fácilmente, logró disminuir la molestia que presentaba y finalizar la sesión sintiéndose tranquila y agradada.

"Está suave... Un dos."

Después de la 2ª sesión la paciente fue dada de alta, continuó practicando autohipnosis. En días posteriores comenzó con el tratamiento de quimioterapia y radioterapia paliativa; con este tratamiento el dolor fue controlado casi por completo.

3) Percepción de la enfermedad.

La enfermedad había sido diagnosticada años atrás cáncer cervicouterino II b. En aquella oportunidad, la paciente se sometió a los tratamientos médicos sugeridos (radioterapia y braquiterapia). Pensaba que estaba totalmente recuperada.

Pero se pensó en un retorno de la enfermedad y debió someterse por segunda vez a los tratamientos (quimioterapia). En esta oportunidad el cáncer se encontraba supuestamente en etapa terminal y los tratamientos tenían una intención paliativa[35].

La paciente desconocía su real estado. Pensaba que era una recaída de la cual podría recuperarse, pero tenía dudas al respecto. El no saber,

provocaba gran angustia, por esto consultaba constantemente sobre su estado de salud a las personas indicadas. Quería estar bien informada, según ella, debía ser muy insistente en ello de lo contrario, no recibía información.

La paciente estaba muy molesta con los médicos, creía que su enfermedad se presentó nuevamente por negligencia, según ella le dijo a los profesionales que sentía dolor, pero no fue tomada en cuenta. Esto generó una actitud de desconfianza en el personal de salud.

"Sí, porque los jodo porque usted sabe que no dicen, que no informan...."

La familia no quería que la paciente fuera informada de su pronóstico porque temían su reacción.

4) Estado emocional.

Las emociones más frecuentes fueron: rabia, ansiedad y tristeza. Emociones comunes dada la situación.

"Yo digo que no me importa cuánto yo sufra... a mí lo que me preocupa son ellos..(Se refiere a sus hijos)." (Sesión 1).

5) Vínculos afectivos y red de apoyo.

Los vínculos más importantes para la paciente eran sus hijos, trató de protegerlos tratando de ocultarles su enfermedad el mayor tiempo posible, no mostrando su sufrimiento, esforzándose por estar mejor y. Sus hijos eran su motivación para recuperarse, quería pasar más tiempo con ellos:

"Y me puse a contarle al padre lo que tenía... Él me dio la unción de enfermos todo. Y cuando se fue, me dijo: que es mentirosa usted mamí... él estaba despierto (el hijo) y escuchó todo."

[35] Con el paso del tiempo la paciente se recuperó, se piensa que hubo un error diagnóstico que confundió la metástasis con una pielonefritis.

"No a mis hijos porque no quería achacarlos, porque como la otra vez tuvieron el mismo drama..." (Sesión 1).

"Que no me vean sufrir, porque ellos saben cuanto sufrí con el otro cáncer... saben que es lo mismo... y saben que es más grande... A las finales le tuvimos que decir." (Sesión 1).

"Todos los días me llaman por teléfono, me preguntan si dormí bien. Yo le digo que sí, pero el grande no es tonto, sabe como es..." (Sesión 1).

"Por eso yo les digo que me hagan lo que me tiene que hacer... Porque una semana que estoy acá y no me hacen nada. Si es por eso, mejor estoy en la casa... estoy con ellos..." (Sesión 1).

"El Viernes subieron a verme y creo que el mayor salió llorando de aquí".

También eran importantes para la paciente, su pareja, su familia (padres y hermanos) de ellos recibía apoyo y cuidados; su madre se ocupaba de su atención; además recibía visitas de amistades, vecinos y grupos religiosos:

"Me gusta salir harto con los hijos. Porque decimos que los más bonitos recuerdos que tiene uno cuando adulto es decir mis papás me sacaban a pasear... íbamos a la quinta, jugábamos con la pelota, todo eso. Y cuando hay y se puede y están los días bonitos salimos con ellos a cualquier parte, aunque sea andar en micro en metro... siempre salimos. Compartimos harto con mi familia." (Sesión 1).

"Siempre estamos todos ahí. Incluso fue como un balde triple de agua fría porque ninguno pensaba que otra vez iba a tener la enfermedad y más grande... y que me tenga tomá la columna con el riñón todo." (Sesión 1).

6) Motivaciones.

La principal motivación de la paciente era recuperarse para poder pasar más tiempo con sus hijos:

"Me gusta la cocina. A mis hijos le hago torta, queque, galletas, alfajores, de todo les hago... si me gusta hacer cosas..." (Sesión 1).

"Me gusta salir harto con los hijos...." (Sesión 1).

"Por eso yo les digo que me hagan lo que me tiene que hacer... Porque una semana que estoy acá y no me hacen nada. Si es por eso mejor estoy en la casa... estoy con ellos..." (Sesión 1).

7) Autocuidado.

De acuerdo con el discurso de la paciente, se pueden apreciar conductas de autocuidado. Según ella, antes del tratamiento hipnoterapéutico, asistía a los controles y daba a conocer sus síntomas. No se puede inferir el comportamiento anterior, cuando presentó por primera vez la enfermedad:

"Yo le decía al médico y a la doctora de la Arturo López Pérez. Incluso, la doctora en el último control, me dijo que era psicológico lo mío. Que estaba bien y que era psicológico lo mío... que seguramente, yo me producía los dolores. Cuando le llevé los exámenes el otro día, casi se fue de espalda porque tengo el inmenso tumor de nuevo."(Sesión 1).

8) Creencias religiosas.

La paciente era católica, practicante activa. Se sentía apoyada por su creencias religiosas:

"Pero el día Lunes en la noche... veinte para las doce de la noche llegó a verme el sacerdote, el padre de la parroquia donde asistimos nosotros ... y me puse a contarle al padre lo que tenía... Él me dio la unción de enfermos todo." (Sesión 1).

9) Atención hospitalaria.

La paciente consideraba que la atención recibida en los hospitales era deficiente. En primer lugar debido a una "negligencia" no se reconoció a tiempo el retorno de la enfermedad; también se quejó por la falta de atención para disminuir el dolor:

"Yo le decía al médico y a la doctora de la Arturo López Pérez. Incluso la doctora en el último control, me dijo que era psicológico lo mío. Que estaba bien y que era psicológico lo mío... que seguramente, yo me producía los

dolores. Cuando le llevé los exámenes el otro día, casi se fue de espalda porque tengo el inmenso tumor de nuevo." (Sesión 1).

"Depende... porque usted sabe que aquí no son muy este... No se preocupan mucho porque... porque yo las picoteo me pinchan." (Sesión 1).

"Me la ponen cada seis, pero no me pinchan cada seis." (Sesión 2).

10) Relación médico-paciente.

La paciente no se sentía a gusto con los médicos; fue atendida en distintos centros. En su relato se refirió a varios de los profesionales que la atendieron durante su enfermedad, no sólo a los profesionales del Hospital San Juan de Dios. Sus principales quejas fueron falta de información y negligencia. Se debe recordar que la paciente no manejaba toda la información, no sabía que su enfermedad era terminal:

"Sí, porque los jodo porque usted sabe que no dicen, que no informan... no dicen: usted tiene esto y lo otro... los cateteo hasta que me dice al final." (Sesión 1).

"Entonces como que no me creían mucho porque como al tacto vaginal estaba bien y todo. Pero yo le decía que no era ahí que tenía que ser en otro lado..." (Sesión 1).

"Y ese día poco menos que se lo reflejé en la cara, porque yo tenía razón que tenía algo. Y desde el Martes hasta que me hospitalicé como que me ha aumentado más el dolor." (Sesión 1).

"Sí. Y el doctor aquí también me decía que no, que estaba bien y todo. Incluso el otro día vino y también le dije: ve usted me dijo que no tenía na' y todo. Y también quedó para dentro cuando vio el este. Porque mide 83 cm o mm o algo así... Uno no entiende mucho. Y ahora me llega como aquí arriba el dolor." (Sesión 1).

4. Comparación de las categorías entre las pacientes.

A continuación se presenta una síntesis e integración de lo observado en cada paciente en relación con los temas emergentes.

4.1. Percepción de la enfermedad.

Percepción de la enfermedad	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Información manejada	Incompleta	Incompleta	Completa	Incompleta	Incompleta	Incompleta
Actitud ante la información	Ambivalente	Quiere estar totalmente informada	Indiferente	Ambivalente	Indiferente	Quiere estar totalmente informada
Significados	Futuro incierto	Avance rápido y destructivo	Lucha	Lucha	Desenlace inminente	Segunda lucha
Reacción	Activa	Activa	Activa	Activa	Pasiva	Activa

Tabla N°21. Percepción de la enfermedad.

Con respecto a percepción de la enfermedad, ésta se categorizó de la siguiente manera:

a) Información manejada:

Se refiere al grado de conocimiento que tenían las pacientes sobre su estado de salud. Se consideraron los siguientes aspectos: diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

La información manejada podía ser de dos tipos

- Completa: se considera que la paciente recibió una información completa, si la mayor parte del tiempo estuvo informada sobre su estado de salud, conocía su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- Incompleta: Se considera que la paciente recibió una información incompleta, si la mayor parte del tiempo no contó con toda la información referida a su diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b) Actitud ante la información:

Se refiere a la forma de actuar de las pacientes al recibir o no recibir información sobre su estado de salud. Las reacciones de las paciente podían ser de tres tipos:

- Ambivalente: la paciente por una parte quería recibir más información y por otra no.
- Quiere estar totalmente informada: la paciente siempre quiso contar con toda la información; si no era proporcionada consultaba para obtenerla.
- Indiferente: la paciente no cuestionó el grado de información que manejaba, fuera completa o incompleta, tenía una actitud pasiva, sólo recibía la información que se le entregaba.

c) Significado:

Se refiere a un concepto que engloba la experiencia de enfermedad de la paciente; el concepto es el más repetido en su discurso y resume el pensamiento más frecuente.

d) Reacción:

Se refiere a la conducta que manifestó la paciente durante su enfermedad, relacionada específicamente a la búsqueda de tratamiento con el fin de mejorar. La conducta podían ser activa o pasiva.

- Activa: la paciente realizaba acciones concretas tendientes recuperar su salud, por ejemplo: acudir a las citas con el médico, someterse a los tratamientos y buscar alternativas de recuperación.
- Pasiva: la paciente no realizó acciones concretas para recuperar su salud. También considera a las pacientes que realizaron tratamientos o acudieron a las citas médicas con motivaciones distintas a la de recuperar su salud, por ejemplo: someterse a los tratamientos para tranquilizar a su familia y no con el fin de recuperarse.

4.2. Estado Emocional.

Estado Emocional	Paciente 1	Paciente 2	Paciente3	Paciente4	Paciente 5	Paciente6
Emociones Más Frecuentes	Tristeza, melancolía, rabia y angustia	Tristeza y rabia	Tristeza, melancolía, angustia, culpa, rabia	Rabia, tristeza y melancolía.	Tristeza, melancolía, rabia, angustia	Rabia, tristeza y melancolía
Trastorno Emocional	Depresión	No presentó	Depresión	No presentó	No presentó	No presentó

Tabla N°22. Estado emocional.

a) Emociones más frecuentes: se refiere a los sentimientos más comunes observados por la terapeuta o comentados por la paciente.

b) Trastorno emocional: se refiere a alteraciones afectivas.

4.3. Vínculos afectivos y red de apoyo.

Vínculos Afectivos Y Red De Apoyo	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Calidad	Buena	Deficiente	Muy Buena	Buena	Buena	Buena
Necesidad	Ser Protegida	Ser Protegida	Ser Protegida	Expresar emociones	No ser presionada	-------

Tabla N°23. Vínculos afectivos y red de apoyo.

Con relación a los vínculos afectivos y la red de apoyo, se los evaluó en términos de su calidad y de las necesidades expresadas por las pacientes.

a) La calidad de los vínculos afectivos y red de apoyo:
Se refiere a las cualidades de la ayuda recibida de parte de las personas del medio donde se desenvolvía normalmente la paciente. Consideró a

la familia cercana, familiares, grupos religiosos y amigos; no se consideró la ayuda recibida por servicios relacionados con la atención médica. La cualidad se clasificó de la siguiente manera:

- Deficiente: la mayor parte del tiempo, la paciente no contó con ayuda mínima en los momentos necesarios para quehaceres domésticos, cuidado personal y compañía para tratamientos médicos.
- Regular: la paciente contó con ayuda esporádica para quehaceres domésticos, cuidado personal y compañía para tratamientos médicos.
- Buena: la mayor parte del tiempo la paciente contó con ayuda para quehaceres domésticos, cuidado personal, compañía para tratamientos médicos y compañía diaria.
- Muy buena: la mayor parte del tiempo la paciente contó con personas preocupadas de su salud (cuidador), recibió ayuda para quehaceres domésticos, cuidado personal, compañía en todo horario (incluye la compañía para los tratamiento médicos) y apoyo emocional.

b) Necesidad: se refiere a las principales carencias en las relaciones afectivas, planteadas por las pacientes en el discurso.

4.4. Motivación.

Motivación	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Deseo	Vivir y caminar.	Recuperar la salud y trabajar	Recuperar la salud y trabajar.	Recuperar la salud.	Descansar, morir.	Recuperar la salud y trabajar.
Razón	Estar con seres queridos (marido e hijos)	Proteger a hijos pequeños.	Estar con seres queridos (marido e hijos)	Estar con seres queridos (hijos y nietos).	Cree que la muerte es inevitable.	Estar con seres queridos (hijos).

Tabla N°24. Motivación.

En lo que respecta a la motivación, ésta se evaluó considerando los deseos manifestados por las pacientes y las razones expresadas.

a) Deseos: se refiere a los hechos que más le gustaría conseguir en el mediano plazo.

b) Razón: se refiere al fundamento dado por la paciente que explica la importancia de conseguir las metas deseadas.

4.5. Autocuidado.

Autocuidado	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Antes	No	No	No	No	No	S/ información
Durante	A veces.	Sí	Sí	Sí	No	Sí

Tabla N°25. Autocuidado.

En lo que respecta al autocuidado, se lo evaluó en términos temporales tal que:

a) Antes: se refiere a las conductas, mencionadas por las pacientes en su discurso, anteriores a las primeras manifestaciones de la enfermedad considera: prevención y controles médicos oportunos.

b) Durante: se refiere a las conductas mencionadas por las pacientes u observadas en el transcurso del tratamiento que tienen relación con el cuidado de la salud física.

En tanto las indicaciones al interior de las casillas indican:

- No: no presentó conductas de autocuidado.
- Sí: presentó conductas de autocuidado.
- A veces: presentaba en algunas ocasiones conductas de autocuidado.

4.6. Creencias religiosas.

Creencias Religiosas	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Creyente	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Practicante observante	No	No	No	No	No	Católica
Conflicto	apoyo/culpa	apoyo/culpa	apoyo/culpa	apoyo/culpa	Apoyo	Apoyo

Tabla N°26. Creencias religiosas.

Alude a la presencia de algún referente religioso o trascendente en las pacientes, el que se clasificó en:

a) Creyente: la paciente creía en un Ser superior.

b) Practicante observante: la paciente seguía y practicaba una religión determinada.

c) Conflicto: durante el período observado, la paciente expresó sentimientos y/o pensamientos contrapuestos en relación con lo espiritual.

- Apoyo: la paciente manifestó que sus creencias le ayudaron a sobre llevar su enfermedad.
- Culpa: la paciente manifestó sentimientos de culpa producto de ideas religiosas.

4.7. Atención hospitalaria.

Atención Hospitalaria	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Calidad de la atención profesional	*Mala	Mala	*Muy Buena	*Muy Buena	No lo considera	*Mala
Burocracia	Mala	*Mala	No lo considera	Mala	No lo considera	No lo considera
Aspectos Afectivos	Mala	*Muy Buena	Muy Buena	No lo considera	No lo considera	No lo considera
Manejo del dolor	Mala	Mala	Muy Buena	*Mala	Regular	Mala

Tabla N°27. Atención hospitalaria.

Alude a distinguir aspectos de la atención hospitalaria, tal como:

a) Calidad de la atención profesional: se refiere a la percepción de las pacientes de la calidad de la atención médica recibida durante su enfermedad en la red pública de salud. Específicamente, considera la precisión de los diagnósticos y decisiones de tratamiento.

b) Burocracia: se refiere principalmente a tardanzas en exámenes y tratamientos, trámites poco expeditos y otras dificultades administrativas.

c) Aspectos afectivos: se refiere al trato afectuoso percibido por las pacientes de parte de enfermeras, matronas y personal auxiliar, cuando estuvieron hospitalizadas.

d) Manejo del dolor: se refiere a la efectividad para controlar el dolor cuando estuvieron hospitalizadas.

(*) Aspecto más importante para calificar la atención en términos generales.

4.8. Relación médico-paciente.

Relación Médico Paciente	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6
Confianza	No	ambivalente	Sí	ambivalente	No	No
Valoración	No	No	Sí	ambivalente	ambivalente	No
Apoyo	No	No	Sí	ambivalente	No	No

Tabla N°28. Relación médico paciente.

Alude al vínculo establecido con los médicos que la trataron durante su enfermedad:

a) Confianza: se refiere a la sensación de seguridad de ser acogidas cuando consultaban sobre su estado de salud, expresaban sentimientos y/o vivencias relacionados con la enfermedad.

b) Valoración: importancia otorgada por los médicos a la experiencia de la paciente (según la afectada); es decir, sensación de la paciente de ser una persona importante para el médico.

c) Apoyo: se refiere a la sensación de la paciente de recibir soporte emocional de parte de los médicos.

Para finalizar el análisis, a continuación se entrega un esquema de flujo que grafica distintos hechos importantes que enfrentaron las pacientes en el transcurso de su enfermedad y los comportamientos asociados.

Conductas de las Pacientes Estudiadas.

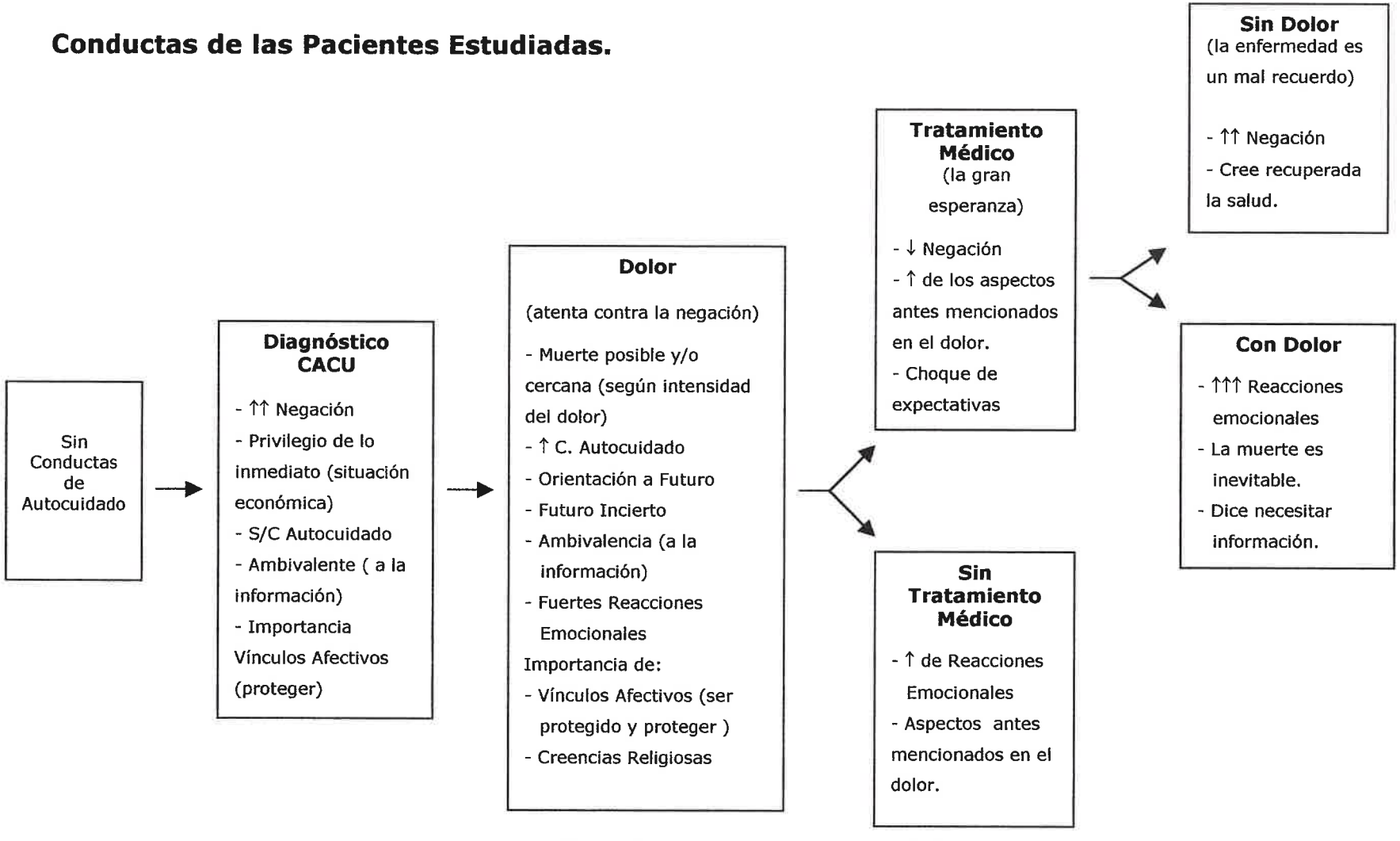

Fig. 21. Conductas de las pacientes estudiadas.

A continuación se explican los conceptos que fueron resumidos anteriormente en el esquema presentado.

Generalmente las pacientes, antes de la enfermedad, carecían de conductas de autocuidado.

Cuando recibieron el diagnóstico de su enfermedad, la negación fue intensa. Por ejemplo, algunas de las pacientes, luego de ser informadas, privilegiaron su situación inmediata, sin considerar la gravedad de su enfermedad, es así como en la mayoría de los casos las afectadas en vez de cuidar su salud trataron de proteger económicamente a su familia.

Si bien la negación fue intensa en un comienzo, ésta se manifestó a lo largo de la enfermedad en distintos grados. Considerando lo antes señalado, se puede comprender el impacto que provocó la sensación dolorosa en las pacientes. El dolor era una especie de mensajero que les recordaba que padecían una enfermedad grave, que podía ser mortal. Al parecer, el dolor atentó contra el mecanismo de negación.

Al sentir las molestias y comenzar a percibirse enfermas, las pacientes querían ser atendidas con rapidez, pensaban que los tratamientos médicos más agresivos (radioterapia, operación y/o quimioterapia) podrían solucionar sus problemas de salud.

Sin embargo, este hecho generó un choque de expectativas. Pues las pacientes esperaban un tratamiento médico rápido que les permita recuperar su salud, y la ciencia médica sólo podía ofrecer un tratamiento paliativo. Por esto, no siempre pudieron recibir el tratamiento. También en esta etapa, aumentaron las conductas de autocuidado, las creencias religiosas, y la importancia de sus relaciones afectivas.

El hecho de no recibir la solución tan esperada aumentó las reacciones emocionales, las cuales podían ser más intensas si la paciente permanecía con dolor y no contaba con la información necesaria. En esta etapa la muerte era un desenlace más probable.

Si la paciente recibía el tratamiento médico esperado y después no sentía dolor, pensaba que su salud estaba recuperada, no obstante tener una enfermedad en etapa terminal.

V. Discusión de los resultados, conclusiones y sugerencias.

1. Discusión de los resultados.

Primero se considera conveniente tener presente ciertos aspectos que permitan contextualizar los resultados que se dan a conocer.

En este sentido es importante recordar que se realizó una investigación exploratoria y descriptiva, cuyo objetivo principal era mostrar ciertas tendencias y familiarizar con un tema poco conocido.

Específicamente, el objetivo de la investigación era evaluar el efecto de la hipnoterapia ericksoniana en la disminución del dolor y/o sufrimiento de pacientes afectadas de cáncer cervicouterino.

Para cumplir con lo propuesto se realizó un estudio que privilegió la calidad de la información. Por este motivo se analizaron casos tipo mediante una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa, última que realza la cualidad, riqueza y profundidad de la información obtenida.

Dicho método permitió obtener más información de la esperada, pues surgieron otros aspectos no considerados inicialmente, lo cual está de acuerdo con la decisión de optar por la calidad.

Es así como esta investigación permite aproximarse al fenómeno estudiado y sus resultados pueden ser de mucha utilidad para futuras investigaciones que se realicen con muestras similares. Esto último debe ser destacado, pues los resultados reflejan características de unas personas en particular, por lo que no pueden generalizarse a la población.

Para tener una mirada más general que posibilite la comprensión de los resultados obtenidos, a continuación se comentan las conclusiones, las cuales se detallan posteriormente, luego se entregan algunas sugerencias para posteriores trabajos y finalmente se da cuenta de los alcances, logros y falencias del presente estudio.

1.1. El dolor producido por el cáncer debe considerar distintos aspectos más allá del físico.

De acuerdo con la OMS, (OMS, 1996) no considerar los problemas sociales, psicológicos y espirituales del paciente hará que los intentos para controlar el dolor fracasen. Las pacientes de la investigación en forma espontánea se refirieron a distintos aspectos (psicológicos, sociales, espirituales y económicos), no sólo al dolor físico, lo que es una pequeña muestra que respalda con hechos dicho planteamiento.

1.2. Es conveniente realizar una evaluación detallada sobre distintos aspectos del dolor.

Se intentó que las pacientes llevaran un registro diario del dolor; pero dado su estado y por no contar en la mayoría de los casos con un cuidador, no se pudo realizar este registro, por lo que se hizo necesario una evaluación detallada de la experiencia dolorosa. Esta evaluación resultó muy beneficiosa por las diferencias encontradas: en el primer reporte de dolor no se observaron cambios, las pacientes relataron el dolor de la misma manera y dijeron cumplir con las indicaciones dadas; pero, al consultar detalles y pedir mayor concreción en los hechos, las horas etc., se pudo observar grandes diferencias, como no cumplimiento de las indicaciones médicas y cambios en la sensación dolorosa.

1.3. Existen prejuicios respecto al uso de la hipnoterapia como tratamiento coadyuvante en el manejo del dolor.

Los prejuicios se pudieron observar en especialistas y pacientes. Algunos profesionales mostraron ciertas aprensiones para realizar el trabajo por considéralo "arriesgado". También una paciente no quiso participar en el tratamiento por las razones antes mencionadas y aprensiones religiosas. Todo lo cual refleja un desconocimiento del uso de la hipnosis como herramienta clínica, posiblemente porque el contacto más familiar es el visto en espectáculos de televisión, en los cuales no se ve ningún beneficio y contribuye a los mitos, incredulidad y reparos éticos.

En la ejecución práctica de la investigación, la terapeuta, por indicaciones de la autoridad del hospital, tuvo que informar a las pacientes detalladamente acerca del tratamiento que se iba a efectuar (Consentimiento Informado). Esto, que desde un punto de vista ético es lo adecuado, puede ser contraproducente desde un punto de vista clínico, considerando que en Chile los medios de comunicación se han encargado de difundir una visión mal informada de la hipnosis y su utilidad.

Existen decenas de publicaciones que indican que la hipnosis en sí misma no es terapéutica, aunque no ha sido demostrado que dañe a los pacientes (Barber, 1996; Erickson, 1980; Hammond, 1990; Yapko, 1992, 2001). Por lo tanto, bien pudiera ofrecerse el tratamiento como un método que usa la relajación y la imaginería para obtener beneficio corporal. Esa definición es congruente con la definición de la APA respecto a la hipnosis clínica:

"La hipnosis es un procedimiento durante el cual los profesionales de la salud o los investigadores sugieren al cliente, paciente o sujeto, cambios en la experiencia sensorial, percepción, pensamiento o comportamiento. El contexto hipnótico es establecido generalmente a través de un procedimiento de inducción. Aunque hay muchas formas diferentes de inducción hipnótica, la mayoría incluye sugestiones de relajación, calma y bienestar. Las instrucciones para imaginar o pensar respecto a experiencias placenteras se incluyen comúnmente en las inducciones hipnóticas.

Las personas responden a la hipnosis en diferentes formas. Algunos describen su experiencia como un estado alterado de consciencia. Otros describen la hipnosis como un estado normal de consciencia con focalización de la atención, en la cual es sienten muy calmados y relajados. Sin importar cómo y el grado de respuesta, la mayoría de las personas describen la experiencia como muy placentera.

Algunas personas responden muy bien a las sugestiones hipnóticas y otras responden menos. La habilidad de una persona para experimentar las sugestiones hipnóticas puede ser inhibida por los temores y preocupaciones que surgen de creencias erróneas comunes. Contrariamente a como se muestra en libros, películas o en la televisión,

las personas que han sido hipnotizadas no pierden el control de su comportamiento. En forma típica son conscientes de quiénes son y dónde están, y a menos que se haya sugerido específicamente amnesia, generalmente recuerdan lo ocurrido durante la hipnosis. La hipnosis hace que las personas experimenten con mayor facilidad las sugestiones, pero no los obliga a tener esas experiencias.

La hipnosis no es un tipo de terapia, como el psicoanálisis o la terapia conductual. Por el contrario, es un procedimiento que puede ser usado para facilitar la terapia. Debido a que no es un tratamiento en sí mismo, el entrenamiento en hipnosis no es suficiente para llevar a cabo una terapia. La hipnosis clínica debiera ser usada por profesionales de la salud entrenados apropiadamente y acreditados como tales (v.g, psicólogos clínicos), que también hayan sido entrenados en el uso clínico de la hipnosis y estén trabajando dentro de las área de su pericia profesional.

La hipnosis ha sido usada en el tratamiento del dolor, la depresión, la ansiedad, el estrés, los desórdenes de hábitos, y muchos otros problemas psicológicos y médicos. Sin embargo, puede no ser útil en todos los problemas psicológicos o para todos los pacientes o clientes. La decisión de usar hipnosis como un coadyuvante en el tratamiento sólo puede ser hecha en consulta a un profesional calificado que ha sido entrenado en el uso y las limitaciones de la hipnosis.

Además de su uso en contextos clínicos, la hipnosis es usada en la investigación, con la meta de aprender más acerca de la naturaleza de la hipnosis en sí misma, así como también el impacto sobre las sensaciones, la percepción, el aprendizaje, la memoria y la fisiología. Los investigadores también estudian el valor de la hipnosis en el tratamiento de problemas físicos y psicológicos." (en Kirsch, 1997, p. 106-107).

Sólo las personas informadas o con un espíritu científico e innovador dan cabida a trabajos que utilizan hipnosis, lo cual, si bien es adecuado, puede a su vez resultar limitante para la hipnosis, en la medida que también se podrían obtener importantes beneficios comunes si la hipnoterapia es bien utilizada por personas competentes.

1.4. El enfoque de utilización de la hipnosis tiene un amplio rango de aplicación, ya que sus principios básicos posibilitan el trabajo con distintos tipos de pacientes y en distintos ambientes.

Las personas que participaron en la investigación no fueron seleccionadas por características personales que favorecieran la hipnoterapia, como respuestas a un test de susceptibilidad hipnótica, o un nivel educacional mínimo.

Aunque existen enfoques de hipnoterapia que indican que sólo las pacientes que obtienen puntuaciones moderadas a altas en los tests de susceptibilidad hipnótica se benefician con los tratamientos hipnóticos, (Hilgard y LeBaron, 1984) esto no fue un hecho relevante en la presente investigación, pues todas la pacientes obtuvieron logros con la hipnosis. En el estudio no se preseleccionaron a las pacientes según sus "habilidades naturales para experimentar trance", no se aplicaron tests de susceptibilidad hipnótica, el procedimiento fue ofrecido a todas las personas por igual, incluso algunas pacientes presentaban características que de acuerdo con el enfoque de susceptibilidad hipnótica, serían personas poco aptas para trabajar con hipnosis. Sin embargo, todas las pacientes pudieron experimentar trance desde la primera sesión, en distintos ambientes (algunos con muchos distractores) y obtener logros con la experiencia. Tampoco fueron factores relevantes en la experiencia de trance, el nivel educacional e intelectual de las pacientes. Lo único que se pudo apreciar como determinante, fue contar con las capacidades cognitivas adecuadas, es decir, que la paciente no presentara alteraciones graves que no le permitieran mantener contacto con la realidad.

Que ciertas características que se suponen desfavorables para el trabajo hipnótico no tuvieran relevancia en este caso, se puede comprender porque el trabajo hipnoterapéutico efectuado puso en práctica los principios de utilización: flexibilidad del terapeuta para adaptar el tratamiento a las características idiosincrásicas del paciente, utilizando las características y las experiencias vitales de los pacientes.

Es decir, el éxito del tratamiento dependerá tanto de las habilidades del terapeuta para acomodarse a su paciente, como la capacidad que tengan ambos para construir una relación de colaboración.

Plantear un trabajo de esta manera le da al trabajo hipnótico una plasticidad que le permite superar obstáculos, lo hace muy práctico y permite que la hipnosis sea una alternativa para muchas personas, incluso para quienes se suponía no podían acceder a ella.

1.5. Las pacientes que se sometieron a terapia de utilización expresaron haber experimentado una disminución del dolor.

El dolor es un constructo de difícil evaluación por su naturaleza eminentemente subjetiva. Sólo se puede contar con el reporte del afectado, y aunque se utilice un instrumento, como en este caso la Escala Visual Análoga, la magnitud del dolor está determinada por el informe individual. Por esto sólo se puede dar cuenta en esta investigación acerca de las variaciones observadas por cada paciente. Para esto se establecieron parámetros como: intensidad, duración y frecuencia de la experiencia dolorosa, los cuales fueron comparados posteriormente.

En todos los casos, se observó que las pacientes que experimentaban dolor lograron disminuirlo mediante la inducción hipnótica. No influyó la intensidad ni el número de sesiones realizadas, incluso ya en la primera sesión realizada se observó una disminución de la intensidad del dolor.

Sin embargo, con la información que se dispone hoy en día aún no es posible explicar las causas del descenso de dolor de las pacientes. Otras investigaciones sobre disminución del dolor por hipnosis hablan de la efectividad de ésta, pero los mecanismos involucrados son aún un misterio (Barber, 1996; Hammond, 1990; Yapko, 1998).

Hay que hacer hincapié en lo difícil que es controlar el dolor en pacientes con cáncer. Cada episodio recuerda la posibilidad de la muerte. La enfermedad avanza cada día, aumentando la prevalencia del dolor, su tipo, variando la intensidad o localización. Por lo tanto, que el dolor se mantenga o disminuya es un logro.

Hay que recordar que en el paciente con cáncer, el dolor no sólo se circunscribe al daño orgánico causado por la enfermedad, sino también al producido por el sufrimiento psicológico y social (Bilbeny y Rico, 1997).

1.6. A medida que aumentó la práctica de trance inducido o autoinducido, las pacientes lograron entrar en trance más rápido.

Con la práctica regular de la hipnosis, las pacientes lograron experimentar trances profundos en menos tiempo, al punto de necesitar sólo unas claves para evocar el estado. Este fenómeno está ampliamente reportado en la literatura (Hammond, 1990) y puede explicarse desde un punto de vista psicobiológico: la experiencia de la hipnosis, como un estado especial de consciencia, es un tipo de aprendizaje dependiente del estado psicofisiológico, es decir, es un estado que se reexperimenta cuando se presentan las claves distintivas (externas o internas) que estuvieron presentes en el evento original (Rossi, 1986;1993).

Este aspecto es muy útil en el tratamiento del dolor, porque personas cercanas pueden aprender a inducir trance utilizando unas cuantas claves que han sido condicionadas previamente. Pero en los casos de la investigación no se pudo contar con otra persona que ayudara a las pacientes a experimentar trance de nuevo. Si bien se pudo enseñar el procedimiento de inducción a algunos familiares, sólo uno indujo trance esporádicamente a una paciente. Generalmente, las personas cercanas a las enfermas evitaron las crisis de dolor debido a que el sufrimiento las incomodaba o dudaban de sus capacidades para ayudar a las pacientes en crisis de dolor intenso.

Esto pone de manifiesto la necesidad de apoyar y educar a la familia de pacientes terminales para que enfrenten de mejor manera la enfermedad y cooperen en los tratamientos.

1.7. Consignación del método más eficaz y utilizado para controlar crisis de dolor en pacientes que contaban con capacidades cognitivas adecuadas.

Las pacientes recibieron una intervención hipnoterapéutica ericksoniana que siguió los pasos que se detallan a continuación:

a) Acompañar a la enferma en los primeros momentos y no dar sugerencias de alivio inmediato.

b) Inducir trance.

c) Dar sugerencias de disociación.

d) Acompañar y profundizar el trance.

e) Construir metáforas para el control del dolor y variables psicológicas que podrían influir en la sensación dolorosa.

f) Sugerencias posthipnóticas para autohipnosis y bienestar.

g) Sugerencias para reincorporarse.

1.8. Es conveniente acompañar a los pacientes cuando experimentan dolor, sin exigirles que el dolor disminuya.

Durante el trabajo, se pudo observar que en los momentos en que las pacientes experimentaban un dolor intenso, acompañarlas fue útil. Ellas se sintieron acogidas, confiadas y deseosas de ser ayudadas, lo que mejoró su disposición para el trabajo.

1.9. El fenómeno hipnótico más útil en el control del dolor fue la disociación.

Las intervenciones hipnóticas se construyeron tomando en cuenta las singularidades de las pacientes y los significados de la experiencia dolorosa de cada una de ellas. Las sugerencias buscaron aliviar el dolor y controlar variables psicológicas que estuvieran relacionadas.

La forma de experimentar el trance fue diferente en cada caso. El aspecto común entre las pacientes fue la efectividad de la disociación en el

control del dolor. Si bien se trabajó con distintos fenómenos orientados a la disminución del dolor, la disociación fue el recurso de mayor efectividad, lo que es congruente con los reportes de la literatura (Barber, 1996; 1999).

1.10. Después de las sesiones hipnóticas se pudo observar la disminución de otros síntomas aparte del dolor.

En algunas pacientes se pudo observar la disminución de las náuseas; en otros casos este síntoma no varió. Se debe recordar que las intervenciones privilegiaron el control del dolor.

Este fue un efecto colateral positivo no buscado explícitamente en la investigación. Quizás se explique por el aumento del bienestar general experimentado por las pacientes al tener un mayor control sobre el dolor, antes incontrolable.

1.11. Se obtuvieron mejores resultados cuando las pacientes practicaron autohipnosis.

Las personas que reportaron mayor disminución del dolor y mejoraron su ánimo fueron aquellas que practicaron autohipnosis con mayor frecuencia.

Algunos de los aspectos que influyeron en la práctica de la autohipnosis fueron los siguientes: *locus* de control, intensidad del dolor y capacidades cognitivas.

Si bien las pacientes que presentaban un *locus* de control interno comenzaron a practicar de inmediato la autohipnosis (después de disminuir su dolor en el primer trance), no fueron muy regulares en su práctica posterior; ésta dependía de su sensación de dolor o estado de ánimo. Las pacientes practicaban sólo cuando sentían algún dolor o necesitaban mejorar su estado anímico.

En cambio las pacientes más dependientes (*locus* de control externo), presentaron mayores dificultades para practicar autohipnosis porque mantenían una relación de dependencia con la terapeuta. Sin embargo, cuando lograron practicarlo por sí mismas fueron más regulares,

y no lo utilizaron sólo cuando experimentaban molestias. Para facilitar su desempeño y acoger su tendencia a apoyarse en un elemento externo se recurrió a una cinta grabada con las intervenciones que se realizaban frecuentemente, con lo que consiguieron excelentes resultados.

Otro aspecto que influyó en el trabajo con autohipnosis fue la intensidad de dolor. Las pacientes que presentaron dolores más intensos, mostraron una mejor disposición para el trabajo hipnótico y para la práctica de autohipnosis.

También influyeron en la práctica hipnótica las capacidades cognitivas de la paciente. Una de las pacientes, debido a un deterioro cognitivo manifestado en el transcurso de la enfermedad, practicó ocasionalmente autohipnosis por este motivo.

El mejor desempeño lo logró una paciente que practicaba tres veces por día. Hay que destacar que la enferma se encontraba en peores condiciones que el resto. Sus dolores eran intensos (neuropáticos), se manejaba con un locus de control externo y su tratamiento médico no varió. Sólo al final de la terapia disminuyeron las dosis de calmantes por presentar menos dolor.

1.12. La hipnoterapia de utilización disminuyó el sufrimiento producido directamente por el dolor, pero no el sufrimiento debido a su experiencia vital.

Muchas pacientes experimentaban sufrimiento intenso en los momentos que experimentaban dolor. Este tipo de sufrimiento fue disminuido al experimentar menos episodios de gran dolor. Pero éste no era el único factor de sufrimiento: ellas se enfrentaban a distintos temas que les provocaban sufrimiento como miedo a morir, no querer separarse de sus seres queridos, vivir en precarias condiciones, etc.

Muchas veces el sufrimiento causado por su experiencia vital en conjunto, superó al experimentado por la sensación dolorosa. En un principio las pacientes pensaban que al disminuir el dolor se sentirían felices, pero al disminuir el dolor no se sintieron todo lo bien que esperaban. Se daban cuenta de sus avances, estaban con menos dolor,

sufrían menos por experimentar menos momentos con dolor, pero se hizo evidente que lo que realmente querían era recuperar su salud y la vida que tenían antes de enfermarse.

Aunque el tratamiento hipnoterapéutico construido para el control del dolor mostró efectos positivos en las pacientes, las necesidades personales de éstas obligaron a acercamientos terapéuticos de apoyo. Por cierto que muchas de las necesidades emocionales de este tipo de pacientes pueden ser abordados en un tratamiento hipnoterapéutico de apoyo (especialmente a través del uso de metáforas terapéuticas). En esta investigación, la terapeuta, según el tipo de paciente, integró el apoyo emocional a través de la conversación directa con las pacientes y el uso de metáforas relatadas cuando ellas se encontraban en trance hipnótico (un estado acrecentado de disposición a responder).

Puede concluirse al respecto que un tratamiento hipnoterapéutico para este tipo de pacientes debe ser realizado por un profesional empático que considere a la paciente como una *persona total*; es poco probable que un tratamiento de este tipo sea exitoso si el terapeuta es sólo un "operador" que pretenda la aplicación ritualizada de un tratamiento que se supone eficaz.

1.13. Las pacientes, al reportar mayor alivio del dolor, se refirieron menos a la sensación dolorosa y más a sus sentimientos de tristeza y angustia.

A medida que las pacientes reportaron un mayor alivio (sin la intervención de tratamientos médicos como quimioterapia o radioterapia), se refirieron menos a la sensación dolorosa. En cambio hablaron más de sus sentimientos de tristeza, angustia, rabia, miedo, soledad, incapacidad, problemas económicos, conflictos religiosos, relaciones afectivas y dudas acerca de su pronóstico.

Esto se podría explicar porque el dolor es una experiencia tan abrumadora que al experimentar menos episodios y/o menos intensidad de dolor, la atención de las pacientes se enfoca en su condición de enfermas. En este caso, la enfermedad implica el dolor propio de la enfermedad;

retardo en el diagnóstico e incomunicación con los médicos (emoción de rabia); ansiedad y miedo que toda persona hospitalizada puede experimentar; miedo al dolor (una realidad innegable en estas pacientes); temor a la muerte y, por último, las distintas pérdidas sociales y familiares derivadas de la enfermedad.

Lo sucedido con las pacientes es congruente con los modelos del dolor en pacientes terminales, tal que "dolor total". (MINSAL, 1999).

Algunas de las pacientes presentaban síntomas depresivos antes del inicio del tratamiento hipnoterapéutico. Con la disminución del dolor se apreció un aumento de la sintomatología depresiva. En los casos en que la angustia era la característica central, se pudo observar un descenso de ella y aumento de la tristeza, culpa y rabia.

1.14. Fue preciso brindar una atención psicoterapéutica a las pacientes: la hipnoterapia no se utilizó como una simple técnica que siguió ciertos pasos lógicos.

La literatura reporta que en el tratamiento de pacientes con dolor, y especialmente en las enfermedades terminales, el terapeuta debe considerar las necesidades personales de los pacientes (que también son componentes del "dolor total"). Para aumentar la eficacia del tratamiento hipnoterapéutico del dolor crónico, el terapeuta debe estar atento a las necesidades psicológicas de los pacientes, e incorporar éstas al tratamiento. Esto requiere de una mirada amplia y flexible, y de la adaptación de las estrategias para dar respuesta a esas necesidades.

En esta investigación las pacientes valoraron el hecho de poder conversar abiertamente sobre los temas que le preocupaban, y esto puede haber sido un factor crucial en el éxito de las intervenciones terapéuticas. Desde el punto de vista de las investigaciones de los factores que contribuyen a la eficacia de la psicoterapia (Duncan et al., 1998; Duncan y Miller, 2000; Duncan et al., en prensa) se ha asignado al factor de la alianza terapéutica un 30% en la varianza de los resultados. El hecho de haber creado un espacio para las necesidades emocionales de las pacientes,

obviamente les indicaba que la terapeuta estaba interesada en ellas y que serían comprendidas, lo cual contribuyó a la alianza terapéutica.

1.15. En el trabajo psicoterapéutico con pacientes terminales es recomendable adoptar una posición flexible.

Las pacientes investigadas se enfrentaban a la posibilidad real de una muerte cercana. La forma de experimentar esta etapa es muy personal: en ella están presentes emociones diversas, creencias religiosas, motivaciones, etc. que pueden ser muy diferentes a las del terapeuta. Para no afectar el vínculo terapéutico es aconsejable adoptar una actitud flexible y muchas veces actuar indirectamente. En este sentido, los principios de la hipnoterapia ericksoniana permitieron guiar el trabajo y salvar muchos de los obstáculos inherentes a la situación. En este tipo de pacientes no es necesario realizar una terapia profunda, no existe tiempo para ello, más bien requieren apoyo, y los principios de utilización permitieron hacerlo (Fontanegra, 1992).

1.16. Si se establece un vínculo terapéutico con pacientes terminales es importante no abandonarlo.

Las pacientes estaban afectivamente muy necesitadas, se enfrentaban a continuas pérdidas: disminución de sus capacidades físicas, autonomía, roles familiares, contacto con seres amados, etc. Al establecer un vínculo de confianza con ellas resulta vital la permanencia. El abandono terapéutico hubiera causado un impacto perjudicial.

1.17. Percepción de la enfermedad.

Todas las pacientes percibían su enfermedad como algo peligroso que avanzaba cada vez más, con posibles consecuencias fatales.

Las consecuencias de la enfermedad (muerte o invalidez) variaron entre las pacientes, y en ellas mismas a lo largo del tratamiento. Esto se debió en parte a la información manejada y al mecanismo de negación.

La negación se presentó en forma intermitente a lo largo de la enfermedad en todas la pacientes.

En la mayoría de los casos las pacientes no contaron con toda la información sobre su estado de salud. Conocían su diagnóstico, pero no su pronóstico; esto les provocaba mucha angustia (la pacientes querían saber si podrían recuperarse de esta enfermedad y en qué condiciones). Sólo una de las pacientes estuvo completamente informada y otra de las pacientes fue informada al final. La paciente que manejó toda la información cuando contó con apoyo psicoterapéutico pudo enfrentar sus emociones, responsabilizarse por su tratamiento, tuvo una mejor opinión de la atención hospitalaria recibida y una mejor relación con su médico. La paciente que fue informada al final de su enfermedad, después de conocer su condición, disminuyó su angustia y mejoró la opinión sobre la atención médica recibida.

Si bien todas las pacientes manifestaron deseos de ser informadas sobre todos los aspectos de su enfermedad, existieron algunas diferencias: las pacientes más jóvenes se mostraron más interesadas en conocer su estado de salud que las pacientes de mayor edad.

Específicamente, dos de las seis pacientes manifestaron una actitud clara sobre su deseo de conocer su estado de salud. Para esto consultaban directa y frecuentemente a las personas adecuadas; una de estas pacientes recibió la información solicitada después de un largo tiempo.

Del resto, una paciente estuvo informada desde el principio; las otras señoras tuvieron una actitud ambivalente frente al tema: si bien se quejaban de no contar con toda la información, no consultaban directamente a las personas que podían aclarar sus dudas o, a pesar de sus quejas, decían estar conforme con la información que manejaban.

En los casos que no se realizaron consultas directas, algunas pacientes intuían la cercanía de la muerte. Puede que el temor a confirmar sus sospechas las desalentara para consultar sobre su estado, en otros casos, no se pudo establecer las razones para no consultar a los médicos. Preferían informarse con otras pacientes que habían pasado por una situación similar.

Las pacientes que contaron con información más completa contaron con más beneficios. Al parecer el tema de la información es un aspecto importante. En los casos observados se pudo ver una relación entre la necesidad de información y el estado emocional: las pacientes que presentaron mayor necesidad de conocer los detalles de su tratamiento, principalmente su pronóstico, y no fueron informadas, presentaron emociones egodistónicas más intensas y en algunos casos trastornos emocionales más graves (depresión). Esto concuerda con la literatura recopilada: según Gerlein y Villamizar (1992) la incertidumbre es una de las peores cargas que enfrentan los pacientes terminales. En las personas no informadas se ve con mayor frecuencia trastornos severos de depresión y ansiedad.

Si bien informar es relevante y necesario, tal vez se pueda comprender la desinformación de las pacientes si se considera que entregar este tipo de noticias es difícil para cualquier persona, incluso para profesionales que trabajan con estos pacientes en distintas partes del mundo (Gerlein y Villamizar, 1992). Además, la mayoría de las familias de las pacientes que participaron en la investigación, no querían que las pacientes fueran informadas, lo que es una presión más para los médicos. Si a todo lo anterior se suma que el hospital no cuenta con un equipo profesional de salud mental que brinde apoyo psicoterapéutico, hay motivos suficientes para pensar que la tarea de informar para los médicos que trabajan con estas pacientes es muy difícil, cargan con todo el peso y enfrentan distintas presiones.

Por no ser uno de los objetivos de este estudio, no se profundizó en el tema, sólo se da cuenta del reporte de la experiencia de las pacientes, pero no se entrevistó a los médicos.

Otro aspecto significativo con respecto a la visión que manejaban las pacientes de su enfermedad eran las expectativas: ellas pensaban que el cáncer podía ser curado si se sometían a tratamientos médicos agresivos (quimioterapia, radioterapia u operación).

Como no contaban con toda la información sobre su estado de salud, no sabían que los tratamientos tenían una intención paliativa, no curativa.

Dado que los médicos sólo puedan aspirar a disminuir los síntomas de las pacientes terminales y los recursos son escasos, se da preferencia en las horas de atención para tratamientos más agresivos a las pacientes que tienen posibilidades de recuperarse; además, debido al avance de la enfermedad, el estado de salud se deteriora y no siempre las pacientes que se encuentran en la última etapa de su enfermedad pueden resistir estos tratamientos.

Por esto, las pacientes deben esperar mucho tiempo para el inicio de los tratamientos o no pueden recibirlos. Esto no significa que no recibieran atención, generalmente, se trata de disminuir sus síntomas con medicamentos. No obstante, la situación les causaba mucha frustración, rabia y sentimientos de abandono. Ellas se explicaban estos hechos con prejuicios: todo era motivado por su condición económica, dado que no contaban con los recursos necesarios, ni amistades que facilitaran los tratamientos, por lo que debían esperar más o no podían acceder a ellos.

Dependiendo de las expectativas (si pensaban que existía alguna alternativa de recuperación), síntomas y motivaciones, las pacientes podían adoptar una actitud activa o pasiva frente a su enfermedad.

Cuando las pacientes se enfrentaban con los síntomas propios de la enfermedad, especialmente el dolor, la negación disminuía. Con esto, la realidad de padecer una enfermedad grave adquiría presencia, la sensación no podía ser desconocida. Pero la negación no fue totalmente anulada, se manifestó de otra manera: en algunos momentos la preocupación por salvar la vida se postergaba por la necesidad de disminuir el dolor, de manera tal que la paciente pensaba que al disminuir el dolor volvería el bienestar.

De una u otra forma, para salvar la vida o para disminuir el dolor, las pacientes buscaban rápidamente tratamiento.

Las pacientes podían reaccionar ante su enfermedad de dos formas distintas: activa o pasiva. Si presentaban síntomas, y además, tenían la expectativa de recuperarse y la motivación para seguir viviendo; enfrentaban su enfermedad activamente, esto es, se movilizaban para realizar los tratamientos para recuperar su salud y, según el caso, trataban

de mantenerse informadas. La mayoría de las pacientes reaccionó de esta manera.

Por el contrario, cuando la paciente presentaba síntomas de la enfermedad, pero no esperaba recuperarse, su actitud era pasiva: no realizaba los tratamientos para mejorarse, pensaba que eran innecesarios; a lo más esperaban disminuir el dolor. Sólo una de las pacientes reaccionó de esta manera.

La forma de percibir la enfermedad estuvo íntimamente ligada con el estado emocional.

1.18. Estado emocional.

Si bien la forma de experimentar y vivir las experiencias es algo muy particular, en especial las emociones, se pudo encontrar algunas semejanzas. Distintas emociones se alternaron durante el tiempo en que se observó a las pacientes, siendo las más comunes: tristeza, angustia, rabia y culpa. En muchos casos se consideran normales, dada la situación por las cuales atravesaban las pacientes; pero en otros formaron parte de trastornos emocionales (depresión).

Los motivos de sufrimiento de las pacientes fueron cambiando a lo largo de su enfermedad, dependiendo de la presencia de la negación y de síntomas importantes como el dolor. En un principio el foco principal de sufrimiento fue el dolor. Cuando éste fue controlado, afloró el sufrimiento relacionado con los distintos aspectos de su experiencia total. Lo anterior concuerda con el concepto de dolor total (MINSAL, 1999), e integra distintos aspectos, entre éstos, los emocionales.

La incertidumbre sobre su futuro, la posibilidad de morir y separarse de sus seres queridos, quedar incapacitada, estar sola y contar con escasos recursos económicos, eran las principales razones de sufrimiento que manifestaron las pacientes.

Las pacientes que fueron activas en el enfrentamiento de la enfermedad, que no recibieron tratamientos agresivos rápidamente y que no contaron con toda la información referente a su estado, reaccionaron

con mucha angustia y rabia. Estas emociones también estuvieron presentes cuando percibían cualquier situación como injusta.

Los sentimientos de tristeza, desesperanza y temor eran más comunes cuando la paciente se enfrentaba o anticipaba situaciones de pérdida.

Las pacientes se sentían culpables cuando sufrían frente a personas percibidas como débiles o cuando se enfrentaban conflictos religiosos.

Las pacientes valoraron el espacio psicoterapéutico porque se sentían apoyadas y podían manifestar con mayor libertad sus emociones. Además, la contención les ayudó a enfrentar su situación. Esto no significa que no experimentaran sus sentimientos: la psicoterapia fue un apoyo, no un instrumento que las relevó de experimentar su sufrimiento.

1.19. Las paciente valoraron las muestras de afecto.

En el estado de las pacientes, el recibir un trato cálido es ampliamente valorado. Las pacientes agradecen el cariño brindado por personas desconocidas, amistades, personal médico y sobre todo necesitan la compañía, cuidado y caricias que le pude brindar su familia. El tener que separarse de los seres queridos es uno de sus principales sufrimientos; sentir su ausencia en esta etapa es más doloroso, porque atenta contra una de sus principales motivaciones para seguir viviendo: no separarse.

1.20. Vínculos afectivos y red de apoyo.

Se refiere a las personas pertenecientes al medio natural de las pacientes que les brindaron ayuda durante su enfermedad. No considera la atención del personal de los servicios de salud.

La mayoría de las pacientes contó con vínculos afectivos y red de apoyo. En cuanto a la calidad de éstos, entendida como las cualidades de la ayuda recibida durante el tiempo necesario: la mitad de la pacientes recibió cooperación de otras personas para realizar quehaceres domésticos, cuidado personal y compañía para tratamientos médicos; pero no contaron con apoyo emocional (calidad de vínculos afectivos y red de apoyo buena).

De las otras pacientes, dos contaron con los cuidados antes mencionados y además, con apoyo emocional (calidad de vínculos afectivos y red de apoyo muy buena); la otra paciente durante gran parte de la enfermedad no contó con la ayuda mínima (calidad de vínculos afectivos y red de apoyo deficiente).

Las pacientes que recibieron la ayuda de más personas se sintieron más protegidas y cuidadas. Las atenciones más valoradas eran las que provenían de la familia directa.

Generalmente las personas más cercanas se ocupaban de las pacientes: parejas, hijos, madres (familia directa); sólo una no contó con la ayuda de personas cercanas durante gran parte de su tratamiento.

Se observó que los vínculos afectivos eran un aspecto muy importante para todas las pacientes. Las relaciones más queridas les daban, por una parte, la motivación para seguir viviendo y por otra, eran causa de tristeza por la posibilidad de perderlos debido a la muerte o el abandono.

Las pacientes protegían a las personas que percibían más débiles (niños, ancianos y enfermos), tratando de ocultar sus síntomas, y se sentían culpables si no lo lograban; idealmente querían estar acompañadas por adultos con los cuales pudieran interactuar, sentirse protegidas y apoyadas.

En este sentido, el apoyo emocional entregado por un profesional competente puede ayudar a las pacientes que no cuentan con redes en su entorno natural. Como ya se dijo anteriormente, un tratamiento hipnoterapéutico para el manejo del dolor en este tipo de pacientes, debe incorporar este aspecto para contribuir al bienestar general del paciente terminal.

También es necesario educar a la familia de estas pacientes: la gran falta notada por la mayoría de las pacientes fue la falta de apoyo emocional. Se debe tratar de crear un clima que invite a la comunicación.

Todas las familias que estuvieron enteradas del pronóstico de las enfermas, mientras las pacientes desconocían su situación, optaron por ocultarle la información a las enfermas; y cuando todos estaban informados, no hablaban de las posibles consecuencias.

La conspiración del silencio en que se acuerda tácitamente no hablar de la verdad, aunque estén todos informados (Gerlein, 1992), puede haber sido uno de los factores que contribuyó a la falta de apoyo emocional de que se quejaron las pacientes, pues quedaron solas con la incertidumbre y sin espacio para compartir sus sentimientos. Gerlein (1992) menciona lo mismo: los pacientes desinformados quedan solos con sus sentimientos, lo que aumenta su sufrimiento.

No se trata de dar plazos definitivos que no pueden ser calculados con presión y que más que una verdad, pueden parecer una sentencia. De lo que se trata es aclarar las dudas planteadas por las pacientes, dar espacio para hablar sobre lo que les pasa. Si creen que están muriendo, poder hablar al respecto.

Por lo tanto, el abordaje de una enfermedad terminal como la que presentaban las pacientes de este estudio, debiera considerar un trabajo de duelo con las pacientes y sus familias.

Se debe considerar que cada familia vive esta experiencia en forma particular; sin embargo, se sabe que pasan por etapas similares a las vividas por el paciente terminal, descritas por Kübler-Ross (1993), además, en el caso de enfermedades largas como la estudiada, las familias enfrentan un *duelo anticipatorio* y en ocasiones pueden *claudicar* temporal o definitivamente (Gerlein, 1992).

Y en el caso que la enferma no conozca el pronóstico de su enfermedad, el apoyo psicológico para ella y sus familias continúa siendo igualmente necesario, por la pérdida de roles acostumbrados en la vida familiar.

1.21. Las principales motivaciones se relacionaban con sus vínculos afectivos y con pequeñas actividades comunes.

La principal motivación de las pacientes se relacionó con los vínculos afectivos. Las pacientes querían vivir para proteger a los seres que consideraban necesitados, principalmente los hijos. Querían permanecer porque su presencia la consideraban útil y/o querían disfrutar de la

compañía de la pareja, hijos, familiares y amistades. Sólo una paciente no manifestó motivación por algo.

En algunos casos, realizar pequeñas actividades cotidianas a corto plazo, acompañadas por sus seres queridos, eran una fuente de motivación importante.

1.22. Autocuidado.

Algunas pacientes se refirieron al tema. Las que lo hicieron descuidaron su salud. Algunas se refirieron a etapas previas a su enfermedad, en que, de acuerdo a lo comentado, no realizaron estudios preventivos por considerarlos innecesarios. Para ellas, exámenes como el PAP eran necesarios sólo en épocas de maternidad, después no tenían sentido; de alguna manera asociaban los eventos antes mencionados.

Este aspecto puede ser interesante para futuros estudios, ya que quizás más personas asocien estos hechos. Si se tiene más claridad sobre los aspectos que retrasan las consultas precoces se podría mejorar los programas preventivos con estrategias de educación adecuadas a los significados y realidades sociales de este tipo de paciente.

Muchas pacientes, después de recibir el diagnóstico de la enfermedad, dejaron pasar mucho tiempo antes de iniciar el tratamiento. Todas las pacientes dieron razones económicas.

Las personas sólo se interesaron más por su salud cuando presentaron síntomas de la enfermedad, especialmente dolor.

Esta conducta concuerda con la imagen que tienen algunos de los médicos que atienden a estas pacientes. Generalmente las enfermas no realizan los exámenes recomendados, dejan pasar el tiempo, etc. Las pacientes, por lo general, deben ser hospitalizadas para que se les practiquen todos los exámenes necesarios y comenzar lo antes posible sus tratamientos, contrarrestando los posibles efectos de su descuido. Según los expertos en el tema, un cáncer de este tipo se encuentra en una etapa terminal al cabo de 10 años.

Al sufrir síntomas de la enfermedad, las prioridades de las personas cambiaron: le dieron más importancia al autocuidado. Incluso, una de las pacientes enseñó a sus hijos sobre la importancia de cuidar la salud. Es más, tomaron conciencia de que sus razones para no haber iniciado los tratamientos oportunamente no eran tan válidas como habían pensado.

Sin embargo, algunas personas, si bien continúan preocupándose de su estado de salud, realizaron actividades que las perjudicaron, como esfuerzos que sobrepasaban sus capacidades. Es el caso de una de las pacientes que al disminuir el dolor producto de su enfermedad lo aumentó como consecuencias de continuas caídas.

1.23. Creencias religiosas.

Las creencias religiosas fueron un tema abordado e importante para todas las pacientes. Todas las pacientes creían en Dios. Sólo una de las pacientes era una practicante activa de una religión.

La mayoría de las pacientes, cuatro de las seis pacientes, experimentó conflictos religiosos (apoyo/culpa); las otras dos pacientes se sintieron siempre apoyadas por sus creencias religiosas.

Las pacientes que experimentaron conflicto, por una parte, se sentían apoyadas por sus creencias pues le servían de apoyo para enfrentar su situación, sobre todo en los momentos de dolor intenso y de tristeza.

Por otra, las creencias religiosas las conectaban con la culpa. Buscaban razones espirituales que explicaran por qué estaban enfrentado una situación tan difícil. Muchas veces estos cuestionamientos las llevaron a pensar que vivían una situación injusta y a rebelarse contra la voluntad de Dios, lo que las hizo sentir más culpables.

También experimentaban culpa, al recibir mensajes de personas cercanas que interpretaban su situación como un castigo divino por los pecados cometidos. Si bien no creían haber cometido pecados tan graves, dudaban, y a veces pensaban que los comentarios podían tener razón.

En la investigación se respetaron las creencias religiosas de las personas y estas creencias fueron usadas en el trabajo terapéutico para

proporcionar alivio a las pacientes. Con respecto al sentimiento de culpa, la investigadora aceptó lo que las pacientes afirmaban e intervino en forma indirecta entregando otros puntos de vista al respecto. Si se hubiera intervenido refutando sus creencias es probable que se hubiera alterado el vínculo terapéutico.

1.24. Atención hospitalaria.

Con respecto a la atención hospitalaria recibida, las pacientes se refirieron a los distintos lugares que fueron atendidas durante su enfermedad, no sólo al hospital donde se realizó la investigación.

Consideraron cuatro aspectos: afectivo, calidad de la atención profesional, manejo del dolor y burocracia del sistema. Algunas le dieron más importancia a ciertos aspectos que a otros. Un aspecto considerado por todas fue la atención del dolor.

Las pacientes, en general, percibieron un trato bueno y humano en la atención hospitalaria, siendo las pacientes que estaban solas las que le dieron más importancia a este aspecto (afectivo).

Las principales quejas se centraron en los trámites burocráticos (burocracia del sistema), la lentitud en la atención, falta de información, falta de tratamientos adecuados (calidad de la atención profesional) y desatención en momentos de dolor (manejo del dolor).

Es importante mencionar, nuevamente, que muchas de las pacientes no sabían que su enfermedad no podía ser curada. La mayoría de estas pacientes esperaba recibir un tratamiento curativo.

En parte la mala opinión sobre la atención hospitalaria, —específicamente la referida al aspecto de la calidad profesional se puede explicar por un choque de expectativas—. Las pacientes esperaban recuperarse, y el hospital sólo les podía ofrecer disminuir sus síntomas, y no siempre con los tratamientos esperados, lo que generaba cierto resentimiento con el personal de salud. Lo anterior se ve apoyado con el siguiente hecho: cuando las pacientes conocieron su pronóstico, la percepción sobre la atención mejoró.

Al parecer la información adecuada y oportuna a las pacientes facilita su disposición para los tratamientos, mejora el estado emocional y la opinión sobre la atención recibida.

1.25. Relación médico-paciente.

Las pacientes se refirieron tanto a los médicos del hospital en el cual se realizó la investigación como a los profesionales que las atendieron durante todo su tratamiento.

Por el hecho de haber sido atendidas por profesionales distintos, establecieron relaciones particulares con cada uno de ellos.

Con algunos tuvieron una relación óptima, al punto que hubieran querido que sólo este profesional se hubiera encargado de ellas durante todo el proceso de su enfermedad. Con otros se sintieron incomprendidas, sin posibilidad de preguntar y con miedo.

El único aspecto común encontrado en las pacientes es que todas querían recibir más información con respecto a su salud.

Las pacientes se sintieron mejor con los profesionales que les explicaban sobre su enfermedad y le daban espacio para preguntar, incluso las estimulaban a hacerlo.

Las pacientes que recibieron información de sus médicos confiaban más en ellos, se sentían apoyadas y entendían que se realizaban esfuerzos para su bienestar.

Otro aspecto relacionado eran las conductas de medicación que tenían las pacientes y la información que le daban al médico respecto de ésta. Ninguna de las pacientes tomaba los medicamentos siguiendo las recomendaciones dadas por el profesional y no le informaban de los cambios que realizaban. Estos cambios podían ser tomar más de la dosis recomendada, tomar menos, agregar otros medicamentos no recetados o no tomar los medicamentos en las dosis ni en los horarios indicados. Los cambios sólo podían ser advertidos si se consultaba en detalles por su hábitos, pues la mayoría de las pacientes pensaba y decía cumplir con todas las recomendaciones dadas por el médico.

1.26. Situación económica.

Las pacientes que pasaban por una mala situación económica, se refirieron a este aspecto. El contar con recursos escasos era motivo de angustia.

Se encontraron vínculos entre situación económica, conductas de autocuidado y vínculos afectivos. En muchos casos se postergó el inicio del tratamiento para proteger económicamente a seres queridos: las pacientes continuaban trabajando para sustentar a sus familias.

Todas las pacientes que mencionaron este aspecto tuvieron dificultades para comenzar o continuar con los tratamientos, dado que les preocupaba su costo. Las pacientes se sentían tristes por su condición, se angustiaban por los esfuerzos familiares que éstos suponían y se sentían discriminadas porque pensaban que la falta de atención era por no tener el dinero suficiente para pagarlo.

Además, vivir una enfermedad de tanto sufrimiento en un entorno sin recursos, carente de las más mínimas comodidades, aumentaba su sufrimiento.

1.27. Es conveniente informar a las pacientes sobre su estado de salud.

Si bien éticamente no se cuestiona la conveniencia de informar a las pacientes sobre su estado de salud. Muchas veces no reciben toda la información. Según la literatura es frecuente que esto ocurra, aunque la tendencia disminuye. El hacerlo no es fácil, pero necesario, favorece un mejor estado emocional y se evita la incertidumbre (Gerlein, C. y Villamizar, 1992; Fontanegra, 1992).

Se pudo observar que las pacientes que fueron informadas oportunamente presentaron mejor salud emocional, lo cual coincide con la información de la literatura. Además, al manejar datos concretos sobre su enfermedad pudieron ajustar sus expectativas y mejorar la opinión de la atención médica recibida.

Si bien se piensa que informar es recomendable, no se debe adoptar como una ley o una práctica uniforme. También es conveniente proceder con flexibilidad para respetar distintas posturas y características individuales, como por ejemplo, que el paciente no quiera saber.

Pero cuando un paciente necesita información, debería recibirla para disminuir su angustia. En los casos estudiados las afectadas querían conocer su pronóstico. Esto en palabras simples implicaba saber si sobrevivirían a la enfermedad y en qué condiciones. Lo anterior se puede responder sin tener que asumir fechas perentorias.

Por lo tanto, se considera importante la información eficaz y oportuna a los enfermos y apoyar al personal médico para esta difícil tarea.

2. Conclusiones.

Después de tener en consideración los distintos aspectos antes mencionados, se puede concluir lo siguiente:

- *El tratamiento del dolor producido por el cáncer debe considerar distintos aspectos, no sólo el físico.*

- *Es conveniente realizar una evaluación detallada sobre distintos aspectos del dolor.*

- *La mayoría de las pacientes no cumple con el tratamiento farmacológico recomendado.*

- *Existen y persisten prejuicios respecto al uso de la hipnoterapia como tratamiento coadyuvante en el manejo del dolor.*

- *El enfoque de utilización de la hipnosis tiene un amplio rango de aplicación, ya que sus principios básicos posibilita el trabajo con distintos tipos de pacientes y en distintos ambientes.*

- *A medida que aumentó la práctica de trance inducido o autoinducido, las pacientes lograron entrar en trance más rápido, sólo necesitaron unas claves para evocar el estado.*

- *Las pacientes que se sometieron a terapia de utilización expresaron haber experimentado una disminución del dolor.*

En todos los casos en que las pacientes presentaron dolor al inicio o durante las sesiones y se les indujo trance, el dolor disminuyó. En promedio, aún cuando las pacientes no constituyen un grupo, el dolor se redujo en ellas un 85%. Los mejores resultados correspondieron a disminuciones del 100% en algunas pacientes.

Después de cada una de las sesiones hipnóticas, la sensación de dolor de las enfermas se disipó por dos horas en promedio, aproximadamente. En un caso en que terminada la sesión la paciente practicó autohipnosis, el alivio se mantuvo por 24 horas.

Los resultados muestran una disminución de la intensidad del dolor máximo y promedio. Los mejores resultados los obtuvieron las pacientes que practicaron autohipnosis regularmente, quienes obtuvieron descensos mayores al promedio del grupo. La disminución en promedio de las pacientes fue de un 50% para episodios de dolor máximo y de un 52% para el dolor promedio (intensidad de dolor más frecuente).

En las pacientes que se sometieron esporádicamente a autohipnosis, los episodios de mayor dolor se mantuvieron o experimentaron un leve descenso.

El primer logro de la hipnosis fue disminuir la frecuencia de los episodios de mayor dolor, lo que se mantuvo constantemente a la baja durante todo el tratamiento.

En algunos casos la frecuencia disminuyó en 90%; por ejemplo, de innumerables episodios diarios de dolor intenso, las pacientes llegaron a experimentar un par de estos episodios de dolor en una o dos semanas. Estos resultados se observaron en las pacientes que practicaron regularmente autohipnosis. Las pacientes que no pudieron practicar

autohipnosis o que lo hicieron ocasionalmente, no variaron la frecuencia del dolor o lo hicieron en un porcentaje menor que el primer grupo.

También se pudo observar un notable descenso de la duración del dolor en las pacientes que practicaron regularmente autohipnosis. En general, la duración de los episodios intensos de dolor se redujo de largas horas de duración a una hora. El mejor resultado lo logró una paciente que redujo la duración de las crisis de dolor a 5 minutos (practicó en forma regular autohipnosis).

A su vez es posible sistematizar otras conclusiones:

- *El fenómeno hipnótico más útil en el control del dolor de las pacientes estudiadas fue la disociación.*

- *Es conveniente acompañar a las pacientes en los momentos que experimentan dolor, sin exigirles que el dolor disminuya.*

- *Se observó que las pacientes que practicaron con más frecuencia la autohipnosis reportaron mayores disminuciones de dolor, independiente de su condición física.*

- *La hipnoterapia de utilización disminuyó el sufrimiento producido directamente por el dolor, pero no el sufrimiento debido a su experiencia vital.*

- *Las pacientes, al reportar mayor alivio del dolor, se refirieron menos a la sensación dolorosa y más a sus sentimientos de tristeza y angustia. Al disminuir el dolor, éste dejó de ser el foco principal y experimentaron fuertes emociones al enfrentarse con la muerte.*

- *Es necesario brindar una atención psicoterapéutica a las pacientes: la hipnoterapia no debe ser utilizada como una simple técnica que sigue ciertos pasos lógicos.*

- *La terapia hipnótica también fue efectiva en la disminución de otros síntomas molestos además del dolor.*

- *La negación fue un mecanismo psicológico que se mantuvo en distintos grados a lo largo de la enfermedad.*

- *Los pacientes terminales necesitan una atención integral.*

- *En el trabajo psicoterapéutico con pacientes terminales es preferible adoptar una posición flexible.*

- *Si se establece un vínculo terapéutico con pacientes terminales es importante no abandonarlo.*

- *Las pacientes valoraron las muestras de afecto.*

- *Los vínculos afectivos son de gran importancia para este tipo de pacientes.*

- *Las principales motivaciones se relacionaban con sus vínculos afectivos y con pequeñas actividades comunes.*

- *Las pacientes se sintieron mejor con los médicos que les explicaban sobre su enfermedad y les daban espacio para preguntar, incluso las estimulaban a hacerlo.*

- *Es necesario educar a la familia de los pacientes sobre la condición de las enfermas.*

- *Informar adecuada y oportunamente a las pacientes sobre su estado de salud facilita su disposición para los tratamientos, mejora su estado emocional y la opinión sobre la atención recibida.*

Luego de revisar las conclusiones obtenidas en este trabajo, se entregan algunas sugerencias generales.

3. Sugerencias.

A continuación se plantean algunas recomendaciones que podrían ser de utilidad para realizar futuras investigaciones al trabajar con este tipo de pacientes, mejorar su atención y cuidar al personal a cargo.

- *Para que alumnos de la universidad realicen trabajos de psicología en el ámbito hospitalario público se necesita de convenios que lo permitan, de otra manera, es casi imposible llevarlos a cabo debido a las trabas burocráticas de los Servicios Médicos y de la universidad.*

El no contar con convenios que permitan realizar trabajos de la Carrera de Psicología de la Universidad de Chile en hospitales, fue una dificultad que puso en riesgo la parte práctica de este trabajo.

Sólo gracias a la cooperación y acogida de algunos profesionales del Hospital San Juan de Dios, que contaban con cualidades personales tan importantes como compromiso con el servicio público, interés científico, compresión y calidad humana, se pudo realizar la parte práctica de la investigación. Si bien la disposición de estas personas fue notable y una verdadera lección de vocación, no se puede depender de estas muy excepcionales fortunas.

Es importante recalcar este punto por las futuras investigaciones que en este ámbito o similares se quieran realizar. Porque se constató en terreno una limitación que puede perjudicar enormemente un campo con proyecciones, que puede ser un aporte en la atención de los enfermos de nuestro país en el área de psicología de la salud. Si la universidad ayuda o da las condiciones para que sus alumnos se capaciten en esta área, sin duda se ampliarán los conocimientos de muchos futuros profesionales y se podrá mejorar el servicio.

La investigación universitaria no puede depender del azar, pues genera una situación de incertidumbre que limita el conocimiento y la práctica clínica. Si se tiene en cuenta que la psicología de la salud es un campo que se está consolidando en el país, y que sin duda hará aportes al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, sería recomendable

aunar esfuerzos entre instituciones que están fuertemente comprometidas en lo social.

- *Utilizar hipnoterapia como complemento al alivio del dolor sería de utilidad.*

Se pudo observar en este estudio, y también como se explica en algunas publicaciones, que el uso de hipnosis se relaciona con la disminución del reporte de los pacientes de su experiencia dolorosa. Es una alternativa que no induce dolor, sin riesgo conocido, que permite al enfermo el manejo del dolor.

- *En el caso de pacientes que experimenten una crisis de dolor, es recomendable no dar sugerencias para abolirlo inmediatamente.*

Cuando se presenta un dolor intenso, se recomienda guiar al paciente indirectamente para que experimente trance y utilizar en este estado la disociación. Este procedimiento utilizado con éxito en el presente trabajo, también es recomendado por otros autores (Barber, 1996).

- *Si se utiliza hipnosis como tratamiento de apoyo para aliviar dolores recurrentes, es recomendable utilizar la autohipnosis.*

Como se pudo establecer en esta investigación y en otros estudios realizados, el empleo frecuente de trances autoinducidos es muy importante, pues permite obtener mejores resultados en el control de dolor, y le da al afectado mayor autonomía y sensación de control.

- *Junto con disminuir la experiencia dolorosa en pacientes terminales mediante hipnoterapia, es necesario brindar apoyo psicoterapéutico.*

La hipnoterapia no es una técnica que sólo disminuye el dolor, para que sea realmente efectiva debe realizarla alguien que pueda brindar apoyo al paciente cuando su dolor disminuya.

- *Se recomienda la flexibilidad en el trabajo con pacientes terminales.*

Esta recomendación surge al tener presente que la persona en esta situación experimenta, en un tiempo relativamente corto, emociones, creencias y necesidades encontradas. Pretender que el paciente logre determinadas cosas en plazos determinados , no siempre es posible.

- *Es aconsejable no tener metas exageradas sobre la posibilidad de disminuir el sufrimiento de estas pacientes.*

Se debe considerar que las pacientes experimentan una situación triste, pues enfrentan continuas pérdidas. No considerar esto puede generar exigencias desmedidas y frustración. Según Fontanegra (1992) las personas que rodean al paciente terminal pueden brindarle los cuidados necesarios, pero no pueden evitarle el dolor propio de experimentar una situación tan penosa.

- *Aparece conveniente educar a la familia.*

Si se prepara a la familia del enfermo, podría ser de gran utilidad. Por una parte se otorgaría una ayuda que le permitiría a la familia enfrentar de mejor manera la enfermedad de uno de sus integrantes. Y por otra, facilitaría que el afectado recibiera el apoyo de sus seres más cercanos. La importancia de esto se puede entender si se considera que los vínculos afectivos son lo más valorado por los pacientes. Además, en el caso de tratamientos hipnoterapéuticos, el poder contar con la cooperación de terceras personas cercanas facilita el proceso, permite que el paciente experimente trances con mayor facilidad, otorga un espacio de cercanía y la experiencia de una ayuda concreta que reconforta a quienes participan.

- *Es necesario contar con un equipo multidisciplinario para trabajar con pacientes terminales.*

Tener alternativas eficientes que mitiguen el dolor y sufrimiento de los pacientes, además de beneficiar a los afectados directos, tendría un impacto en sus familias, redes de apoyo y personal médico.

Se ha abordado en distintos puntos las necesidades y beneficios de otorgar una atención integral al paciente y a su familia. En cuanto al equipo de salud, también podría verse beneficiado con la atención multidisciplinaria. Porque las personas que trabajan con pacientes terminales podrían compartir experiencias, disminuir tensiones, apoyarse mutuamente, etc., lo que probablemente mejoraría la motivación para esta labor.

Esto es importante, porque es una actividad agotadora, que está constantemente conectada con el sufrimiento y con las pérdidas, por lo tanto, necesita de gratificaciones. El trabajo multidisciplinario podría ser una de las tantas medidas de cuidado de equipo que se podrían adoptar.

3.1. Sugerencias para investigaciones futuras.

A continuación se sugieren algunos temas relacionados cuyo estudio podría ser de interés.

- Determinar el grado de información, con respecto a su enfermedad, que manejan los pacientes terminales y las dificultades para acceder a ella.
- Evaluar la información entregada por los profesionales de la salud, determinar las necesidades y dificultades que enfrentan al trabajar con pacientes terminales.
- Investigar el efecto de la hipnoterapia en la experiencia dolorosa de otras enfermedades.
- Investigar el efecto de la hipnoterapia en el manejo de otros síntomas.
- Investigar cuál es la percepción que tienen los pacientes de su enfermedad.
- Investigar sobre la dinámica familiar de pacientes terminales.
- Determinar el impacto que tendría la atención psicológica en los enfermos.

4. Fortalezas y debilidades.

Una vez obtenidas las conclusiones de esta investigación se puede mirar el trabajo desde una nueva perspectiva que permite evaluar lo realizado y determinar sus alcances.

En este sentido, se debe mencionar que los objetivos propuestos se cumplieron cabalmente. Pues se logró una información que puede ser de mucha utilidad para estudios posteriores que se realicen con muestras similares.

Es importante recordar que la investigación se planteó como un primer acercamiento a un tema poco estudiado, con la finalidad de darlo a conocer y develar tendencias que permitieran futuras investigaciones. Para esto se realizó un trabajo serio, que utilizó una metodología que permitió obtener una información rica y profunda del fenómeno estudiado.

Si bien el estudio realizado es básicamente un estudio exploratorio, algunos aspectos del fenómeno investigado permitieron realizar un estudio descriptivo y correlacional.

En relación al estudio descriptivo, se logró medir con métodos confiables ciertos aspectos del dolor (intensidad, duración y frecuencia). Y en cuanto al estudio correlacional, se compararon algunas variables, específicamente se relacionó la intervención hipnoterapéutica con la intensidad del dolor, para esto se utilizó a los sujetos como sus propios controles, antes y después de someterse a las intervenciones hipnóticas.

El método empleado permitió dar respuesta a las preguntas iniciales y verificar las hipótesis propuestas. Es así como se observó el efecto de la hipnosis en el control del dolor y sufrimiento de pacientes con cáncer cervicouterino, y la eficacia de ciertas estrategias hipnoterapéuticas en el manejo del dolor. De acuerdo con los resultados, se pudo deducir que con el uso de la hipnoterapia se lograron muy buenos resultados en la disminución del dolor, sobre todo cuando se empleó la disociación y la autohipnosis. Sin embargo, la hipnoterapia no logró disminuir el sufrimiento de las pacientes, pues esta enfermedad es una experiencia más compleja, que en la mayoría de los casos, se vive con tristeza por las fuertes pérdidas asociadas.

Una de la mayores fortalezas de esta investigación es haber recogido el testimonio directo de las afectadas, lo cual permitió enriquecer el estudio y reflejar la realidad de las afectadas. Un ejemplo de esto fue la incorporación de temas que no fueron considerados inicialmente y que surgieron del análisis del discurso.

Otro aporte no menos significativo, es la contribución pedagógica de este trabajo. Pues se anexan las transcripción textual de todas las sesiones efectuadas, la cual se acompaña de comentarios teóricos y prácticos que explican lo realizado. Este material, además de mostrar la realidad estudiada, pretende ser un claro ejemplo de las intervenciones realizadas, lo cual puede ser de gran utilidad pedagógica para conocer su efectividad y cómo fueron co-construidas.

Además, esto último es relevante sobre todo en el enfoque de la hipnoterapia ericksoniana, pues se basa en la interacción de los participantes, y ésta no puede ser conocida si se entregan sólo los datos finales. Para el enfoque de utilización lo que se dice tiene relevancia en los resultados.

Una vez examinadas las ventajas de esta investigación, también es conveniente entregar las limitaciones que se observan en el estudio, con el fin de tener una visión general. Dentro de esta perspectiva una de las mayores debilidades que presenta el trabajo, es el reducido número de sujetos que conformaron la muestra. Esto limita la generalización de las conclusiones, las cuales deben entenderse como las variaciones que experimentaron unas personas en particular, por lo que no pueden extenderse a la población.

VI. Bibliografía.

Aristos (1981). *Diccionario Ilustrado de la Lengua Española*. Editorial Ramón Sopena. Barcelona. España.

Arraztoa, J. (1997). *Cáncer Diagnóstico y Tratamiento*. Segunda Edición. Ed. Mediterráneo, Santiago. p 71-77.

Barber, J. (1982a). Incorporating Hypnosis in the Management of Chronic Pain. In J. Barber and C. Adrian, *Psychological Approaches to the Management of Pain*. Nueva York: Brunner/Mazel, p. 40-59.

Barber, J. (1982b). Managing Acute Pain. In J. Barber and C. Adrian, *Psychological Approaches to the Management of Pain*. Nueva York: Brunner/Mazel, p. 168-185.

Barber, J. (1989). Hypnotic Analgesia. In W. Larbig y W. Miltner, *Chronischer Schmerz*. Weinheim: Edition Medizin.

Barber, J. (1990). Invited Discussion of Watkins and Watkins's paper, "Dissociation and Displacement: Where goes the "Ouch"? *American Journal of Clinical Hypnosis, 33(1)*, 11-12.

Barber, J. (1996a). A Brief Introduction to Hypnotic Analgesia. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A clinical guide.* Nueva York: Norton, p. 3-32.

Barber, J. (1996b). Psychological Evaluation of the Patient With Pain. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A clinical guide.* Nueva York: Norton, p. 50-66.

Barber, J. (1996c). Hypnotic Analgesia: Clinical Considerations. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A clinical guide.* Nueva York: Norton, p. 85-118.

Barber, J. (1998). The mysterious persistence of hypnotic analgesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 46* (1), 28-43. E.U.A.

Barber, J. (1999). Hipnoterapia y control del dolor, conferencia dictada por Joseph Barber, Ph.D., Centro Milton H. Erickson de Buenos Aires, Octubre de 1999.

Barber, J. (2000). *Incorporando la Hipnosis en el Tratamiento del Dolor Crónico.* www.desclee.com.

Bejarano, P.; Fontanegra, I. (1992). Del "cuidado con amor" al cuidado paliativo de los años 90. Perspectiva histórica y definición del cuidado paliativo como nueva especialidad. En P. Bejarano e I. de Jaramillo, *Morir con Dignidad.*

Fundamentos del cuidado paliativo. Atención interdisciplinaria del paciente terminal. Fundación Omega, Bogotá. p.17-26.

Bejarano, P.; Griego, J. (1992). Mecanismos y evaluación del dolor por cáncer. En P. Bejarano e I. de Jaramillo; *Morir con Dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo. Atención interdisciplinaria del paciente terminal.* Fundación Omega, Bogotá. p. 77-84.

Bejenke, C. (1996). Painful Medical Procedures. In J. Barber (Ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain*. A clinical guide. Nueva York: Norton, p. 209-266.

Bello, M. (1995). *Aspectos psicopatológicos en el paciente oncológico con dolor. Dolor y actitud ante el dolor en el paciente oncológico.* Instituto de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Artículo de revisión. *Cuad. Cir.* 1995; 9: 55-60.

Berríos, X.; Pierotic, M.; Morage, V. (1987). Aspectos epidemiológicos del cáncer en Chile. *Boletín Escuela de Medicina*, P. Universidad Católica de Chile, Vol. 17 (4): 13-21.

Bilbeny, N.; Rico, M. (1997). Dolor por Cáncer. En Paeile, J; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición. Ed. Mediterráneo. Santiago. p. 385-404.

Bilbeny, N.; Silva, M. (1997). Cuidados paliativos. En Paeile, J., Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición. Ed. Mediterráneo. Santiago. p. 405-415.

Bonica, J. y Loeser, J. (1996). Medical Evaluation of the Patient with Pain. In J Barber (Ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A clinical guide*. Nueva York: Norton, p. 209-266.

Caponni, R. (1998). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica.* Quinta edicición. Editotorial Universitaria, S. A. Santiago, Chile.

Cade, B. y O´Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Ed. Paidós, Barcelona.

Crawford, Helen J.; Knebel, Timothy; Kaplan, Lyla; Vendemia, Jennifer M. C.; Xie, Min; Jamison, Scott; Pribram, Karl H. (1998). Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event-related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 46* (1), 92-132 (www.hypnosis-research.org/index.htlm)

Cobián, P. (1995). *Aportes de la Hipnoterapia Ericksoniana en el Control y Manejo del dolor Agudo en el parto normal, un estudio de casos*; Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad de Chile. Santiago.

Contreras, S. (1997). Tratamiento farmacológico del dolor. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos.* Segunda edición. Ed. Mediterráneo, Santiago. p. 164-195.

Díaz, M.; Pemjean, A. (1996). *Aportes del enfoque cognitivo-conductual a la conceptualización y manejo del dolor crónico lumbar, revisión bibliográfica*; Memoria para optar al título de Psicólogo; Universidad de Chile. Santiago.

DiSaia, P.; Creasman, W. (1999). Cáncer cervical invasor. En DiSaia, P; Creasman, W. *Oncología Ginecológica Clínica,* Quinta edición. Harcourt Brace, Madrid. p. 51- 100.

Duncan, L.; Miller, S.; and Hubble, M. (1998) An Uncommonly Common Therapy: Focusing on What Works. In W. Matthews and J. Edgette (Eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy. Solutions, Strategies, Narratives*. Vol. 2. Nueva York: Brunner/Mazel, 1998, p. 203-235.

Duncan, L. y Miller, S. (2000) *The Heroic Client. Doing Cliented-Directed, Outcome-Informed Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Duncan, L.; Miller, S. y Hubble, M. (en prensa) Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work: Directing Attention to "What Works" in Treatment (www.talkingcure.com).

Easwood, J.; Gaskaski, P.; Bowers, K. (1995). *Frecuency of pain reporting and analgesia: Exploration of a possible interation*. Presentado en the annual meeting of the Society for Clinical and experimental Hypnosis, San Antonio, TX, E.U.A.

Erickson, M. (1952/1980). Deep Hypnosis and Its Induction. En *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol. 1: The Nature of Hypnosis and Suggestion*. Ed. por E. Rossi (1980). Nueva York: Irvington, p. 139-167.

Erickson, M (1963/1980). Chemo-Anaesthesia in Relation to Hearing and Memory. En E. Rossi (Ed. 1980). *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. II: Hypnotic Alteration of Sensory, Perceptual and Psychophysiological Processes.* Nueva York: Irvinton, p. 114-120.

Erickson, M. (1964/1980). The Confusion Technique in Hypnosis. En E. Rossi (Ed. 1980), *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. I: The nature of Hypnosis and Suggestion*, Nueva York: Irvington, p. 258-291.

Erickson, M. (1966/1980). The Interpersonal Hypnotic Technique for Symptom Correction and pain Control. En E. Rossi (Ed. 1980), *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. IV: Innovative Hypnotherapy*, New York: Irvington, p. 262-278.

Erickson, M. (1980a). *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol. 1. The Nature of Hypnosis and Suggestion*. Ed. (1980) por E. Rossi. Nueva York: Irvington.

Erickson, M. (1980b). *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol. IV. The Nature of Hypnosis and Suggestion*. Ed. (1980) por E. Rossi. Nueva York: Irvington.

Erickson, M. (1980/1998). Una introducción al estudio y aplicación de la hipnosis para el control del dolor. En M. Pacheco (1998), *Manejo hipnótico del dolor*. Instituto Milton H. Erickson de Santiago. Segunda Edición. Santiago, p. 71-79.

Erickson, M.; Rossi, E. y Rossi, S. (1976) *Hypnotic Realities*. Nueva York: Irvington.

Erickson, M. and Rossi, E. (1979) *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. Nueva York: Irvington.

Estabrooks, G. (Comp.) (1967) *Problemas actuales de la hipnosis*. Fondo de Cultura Económica, México.

Eva, P. (1997). Aspectos psicológicos y éticos del cáncer. En M. Arraztoa, *Cáncer diagnóstico y tratamiento.* Editorial Mediterráneo, Santiago. p. 299- 342.

Felmer, A. (1997). Dolor y calidad de vida en paciente terminal. En M. Arraztoa, *Cáncer diagnóstico y tratamiento.* Editorial Mediterráneo, Santiago. p. 266-285.

Fernández, R. (2002) Comunicación personal.

Fontanegra, I. (1992). Asistencia psicológica al paciente terminal. En P. Bejarano e I. de Jaramillo; *Morir con Dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo. Atención interdisciplinaria del paciente terminal.* Fundación Omega, Bogotá. p. 221-241.

Gilligan, S. (1987) *Therapeutic Trances. The Cooperation Principle in Ericksonian Hypnotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Gerlein, C. (1992). La familia del paciente que muere: duelo antcipatorio. En P. Bejarano e I. de Jaramillo; *Morir con Dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo. Atención interdisciplinaria del paciente terminal.* Fundación Omega, Bogotá. p. 309-319.

Gómez, M. (1998 a). Cómo dar las malas noticias I: Analisis del problema. En M, Gómez, *Cuidados Paliativos: Atencion integral a Enfermos Terminales (Vol. II).* ICEPSS Editores Canarias, Las Palmas, España. p 701-714.

Gómez, M (1998 b). Cómo dar las malas noticias II: Orientaciones básicas. En M. Gómez, *Cuidados Paliativos: Atencion integral a Enfermos Terminales (Vol. II).* ICEPSS Editores Canarias, Las Palmas, España. p. 717-734.

Goñi, P. (1996) *Eficacia del Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva e Imaginería Mental Guíada, para reducir los Efectos Secundarios en pacientes sometidos a Quimioterapia,* Memoria para optar al título de Psicólogo. Universidad Diego Portales, Facultad de Cs. Humanas, Esc. de Psicología, Santiago.

Haley, J. (1980) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Hammond, D (Ed) (1990) *Handbook of Hypnotic Suggestion and Metaphors.* Nueva York: Norton.

Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (1993). *Metodología de la Investigación.* Ed. Mc Graw Hill Interamericana de México S.A., México.

Henández, A. y Peirano, C. (1997). Métodos no farmacológicos en el tratamiento del dolor. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición. Ed. Mediterráneo. Santiago. p. 248-266.

Herreros, M.; Venegas, A. (1994). *Utilidad y Eficacia de Técnicas Hipnóticas en el Manejo y Control del dolor en pacientes oncológicos infantiles y juveniles,* Memoria para optar al título de Psicólogo; Universidad de Chile. Facultad de Cs. Sociales. Carrera de Psicología. Santiago, Chile.

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

Hilgard, E. y Hilgard, J. (1994). *Hypnosis in the Relief of Pain*. Revised Edition. Nueva York: Brunner/Mazel

Hilgard, J. y LeBaron, S. (1984). *Hypnotherapy of pain in children with cancer*. Los Altos, CA: W. Kaufman.

Holroyd, Jean (1996). Hypnosis treatment of clinical pain: Understanding why hypnosis is useful. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33-51. (www.hypnosis-research.org/index.htlm).

Holzer, F. (1997). Tratamiento quirúrgico del dolor. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor. Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición. Ed. Mediterráneo, Santiago. p. 259-279.

Infante, M.; Ojeda, V. (1998). *Manejo del dolor por parte de la familia de la mujer con cáncer cérvico uterino;* Tesis para obtención del grado de Profesional. Escuela de Enfermería. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

Journal of Clinical Oncology (1992). El dolor en el paciente con cáncer. *Revista Medical Mag* N° 13, Vol. 2: 18-22.

Kirsch, I. (1997). What We Know and Do Not Know About Hypnosis. En W. Matthews and J. Edgette (Eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy. Solutions, Strategies, Narratives*. Vol. 1. Nueva York: Brunner/Mazel, p. 105-112.

Kirsch, I. (1997). The State of the Altered State Debate. En W. Matthews and J. Edgette (Eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy. Solutions, Strategies, Narratives*. Vol. 1. Nueva York: Brunner/Mazel, p. 91-99.

Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Ed. Grijalbo, Barcelona.

Kroger, W. (1980). Clinical Hypnosis in Medicine (1980). Editado por Wain, Harold. Year book Medical Publishers. p. 51-67. Chicago E.U.A.

Labarca, R. (1987). *Aspectos psicológicos del paciente con cáncer.* Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, Vol. 17(4): 27-30.

López, S. (1997). Evaluación psicológica, psicosocial y terapéutica del paciente con dolor. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos*. Ed. Mediterráneo, Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Segunda edición. Santiago, Chile. p. 268-279.

Medina, E (1997). Epidemiología del cáncer. En M. Arraztoa, *Cáncer diagnóstico y tratamiento.* Editorial Mediterráneo. Santiago. p. 47-56.

Ministerio de Salud (1996). *Anuario de Enfermedades de Notificación Obligatoria*. Ministerio de Salud. Dpto. de Coordinación e Informática. Chile.

Ministerio de Salud (1998a). *Orientaciones para la pesquisa y control de cáncer cervicouterino en Chile,* División de Salud de las Personas, Departamento de Programas; 2ª edición. Chile.

Ministerio de Salud (1998 b). *Norma de Enfermería, Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos*. Chile.

Ministerio de Salud (1998 c). *Anuario de Enfermedades de Notificación Obligatoria* Departamento de Coordinación e Informática, Chile.

Ministerio de Salud (1999). *Norma Programa Nacional Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos a Pacientes con cáncer*. Serie 01, Chile.

Muñoz, A.; Tapia, P. (1998). *Dolor agudo y crónico.* Ed. Universitaria S.A. Primera edición. Santiago, Chile.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992) *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Ed. Herder, Barcelona.

Organización Mundial de la Salud, Ginebra (1996). *Alivio del dolor en el cáncer con una guía sobre la disponibilidad de opioides.* Oficina de Publicaciones, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Segunda Edición.

Paeile, J. (1997a). Fisiopatología del dolor. Vías de conducción del estímulo doloroso. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición, Ed. Mediterráneo, Santiago. p. 28-40.

Paeile, J. (1997b). Tratamiento farmacológico del dolor. Antiinflamatorios no esteroidales. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición, Ed. Mediterráneo, Santiago. p. 176-195.

Paeile, J. y Saavedra, H. (1997). Tratamiento farmacológico del dolor. Analgésicos de acción central. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición, Ed. Mediterráneo, Santiago. p .218-230.

Pacheco, M. (1996). *Hipnoterapia Ericksoniana, Nivel Básico*. Instituto Milton H. Erickson de Santiago. Segunda Edición. Santiago, Chile.

Pacheco, M. (Ed.) (1998a). *Hipnoterapia Ericksoniana, Nivel Intermedio: Fenómenos hipnóticos.* Instituto Milton H. Erickson de Santiago. Segunda Edición. Santiago.

Pacheco, M. (1998b). *Manejo hipnótico del dolor.* Instituto Milton H. Erickson de Santiago. Segunda Edición. Santiago.

Pacheco, M. (2002) *Psicoterapia Ericksoniana: El legado de Milton H. Erickson a la psicoterapia actual.* (en prensa).

Pacheco, M. (2001) Comunicación personal.

Papalia, D.; Wendkos, O. (1990). *Desarrollo Humano.* Ed. Mc Graw-Hill Interamericana de México, S.A. Segunda edición. México, D.F.; México.

Patterson, D. (1996). Burn Pain. En J. Barber (Ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A clinical guide.* Nueva York: Norton.

Pelissier, T. (1997). Tratamiento farmacológico del dolor. antidepresivos. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos.* Segunda Edición, Ed. Mediterráneo, Santiago. p. 231-240.

Price, D. (1996). Hypnotic Analgesia: Psychological and Neural Mechanisms. En J. Barber (Ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain. A clinical guide.* Nueva York: Norton, p. 67-84.

Porta, J. (2001). *Efectos local y remoto de la sugestión hipnótica analgésica.* Servicio de Cuidados Paliativos, Institut. Català d'Oncologia, L'Hospitalet L. Barcelona (www.secpal.com).

Poncelet, N. (1988). Pain and Pleasure: Awareness and Trust. En S. Lankton y J. Zeig (Eds.), *Treatment of Special Populations with Ericksonian Approaches. Ericksonian Monographs N° 3.* Nueva York: Brunner/Mazel, p. 25-43.

Reader's Digest (1991). La mente subyuga a la materia en *Los Porqués de la Mente Humana.* Editorial Reader's Digest México, S.A. México, D.F. p. 52-53.

Ristori, L. (1997). Diagnóstico del cáncer. En M. Arraztoa, *Cáncer diagnóstico y tratamiento.* Editorial Mediterráneo, Santiago. p. 80-85.

Roche (1993) *Diccionario Médico Enciclopédico.* Ediciones Doyma S.A. Barcelona. España.

Rossi, E. (1982). Hypnosis and Ultradian Cycles: A New State(s) Theory of Hypnosis? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25(1), 21-32.

Rossi, E. (1986/1993) *The Psychobiology of Mind-Body Therapy.* New York: Norton

Rossi, E. y Cheek, D. (1988). *Mind-Body Therapy.* Nueva York: Norton.

Saavedra, F. (2001). Comunicación personal.

Saavedra, P. (1992). Métodos no farmacológicos en el manejo del dolor. En P. Bejarano e I. de Jaramillo; *Morir con Dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo. Atención interdisciplinaria del paciente terminal.* Fundación Omega, Bogotá. p. 137-145.

Sacerdote, P. (1982a). Techniques of Hypnotic Intervention with Pain Patients. En J. Barber y C. Adrian, *Psychological Approaches to the Management of Pain*. Nueva York: Brunner/Mazel, p. 60-83.

Sacerdote, P. (1982b). Erickson's Contribution to Pain Control in Cancer. En J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. Nueva York: Brunne/Mazel, p. 281-302.

Sacerdote, P. (1977/1990). Hypnotically Elicted Mystical States in Treating Physical and Emotional Pain. En D. Hammond (Ed.) *Handbook of Hypnotic Suggestion and Metaphors*. Nueva York: Norton, p. 63-66.

Sierralta, F. (1997). Tratamiento farmacológico del dolor. Neurolépticos y ansiolíticos. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor. Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición, Ed. Mediterráneo, Santiago. p. 242-247.

Soto, S. (1987). Semiología y Cáncer. *Boletín Escuela de Medicina*, P. Universidad Católica de Chile, Vol. 17(4): 22-26.

Schwarz, R. (1989a). The Treatment of Anxiety and Depression in Pain States. En M.Yapko (Ed.), *Brief Therapy Approaches to Treating Anxiety and Depression*. Nueva York: Brunner/Mazel, p. 281-302.

Schwarz, R. (1989 b). The Use of Posthypnosis Suggestions in the Hypnotherapy of Pain. En R., Lankton (Ed.), *Ericksonian Hypnosis: Aplication, Preparation and Reseach*. Ericksonian Monographs, N°5. Nueva York: Brunner/Mazel, p. 85-104.

Scovern, A. (1999). From Placebo to Alliance: The Role of Common Factors in Medicine. En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.) *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Whashington: American Psychological Association, p. 259-295.

Taber's (1997). Diccionario Médico Enciclopédico. Editorial el manual moderno S.A. de C.V.; México D.F.

Torregrosa, S.; Bugedo, G. (1994). Medición del dolor. *Boletín Escuela Medicina*, P. Universidad Católica de Chile; 23: 155-158.

Torregrosa, S. y Tagle, P. (1987). *Boletín Escuela Medicina*, P. Universidad Católica de Chile; Vol. 17 (4): 48-54.

Venegas, A. (1997). Principios de la biología del cáncer. En M. Arraztoa, *Cáncer diagnóstico y tratamiento*. Editorial Mediterráneo, Santiago. p. 1-12.

Villamizar, E. (1992). Enfoque médico de síntomas psicológicos: ansiedad, depresión, confusión. En Bejarano, P. e I de Jaramillo. *Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo. Atención interdisciplinaria del paciente terminal*. Fundación Omega, Bogotá. p. 191-209.

Villamizar, E.; Gerlein, C. (1992). La comunicación con el paciente terminal y su familia. En Bejarano, P. e I de Jaramillo. *Morir con dignidad. Fundamentos del*

cuidado paliativo. Atención interdisciplinaria del paciente terminal. Fundación Omega, Bogotá. p. 279-293.

Villanueva, L. (1997). Fisiopatología del dolor. Mecanismos neurobiológicos implicados en el control del dolor. En Paeile, J.; Bilbeny, N. *El dolor Aspectos básicos y Clínicos*. Segunda Edición, Ed. Mediterráneo, Santiago. p. 41-58.

Walsh, F. y McGoldrick, M. (Eds.) (1991) *Living Beyond Loss. Death in the Family*. Nueva York: Norton.

Watkins, J. y Watkins, H. (1990). Dissociation and Displacement: Where Goes the "Ouch"? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(1), 1-10.

Yapko, M. (1998). Curso-Taller "Hipnosis en el control del dolor", Universidad Nacional de San Luis y Centro de Estudios de Hipnosis Clínica de San Luis y Mendoza, Rep. Argentina, 8 y 9 de Mayo de 1998.

Yapko, M. (1990). *Trancework. An introduction to the Practice of Clinical Hypnosis*. Second Edition. Nueva York: Brunner/Mazel.

Yapko, M. (1992)-*Hypnosis and the Treatment of Depressions. Strategies for Change*. Nueva York: Brunner/Mazel.

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

Yapko, M. (2001). *Treating Depression With Hypnosis. Integrating Cognitive-Behavioral and Strategic Approaches*. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Yazigi, R. (1998). Cáncer de cuello uterino. En Arraztoa, J. *Cáncer Diagnóstico Y Tratamiento Genitourinario – Genital femenino.* Ed. Mediterraneo, Santiago. p. 145-154.

Zeig, J. (1988). An Ericksonian Phenomenological Approach to the Therapeutic Hypnotic Induction and Symptom Utilization. En J. Zeig y S. Lankton, (Eds.), *Developing Ericksonian Therapy. The State of the Art.* Nueva York: Brunner/Mazel, p. 353-375.

Zeig, J. (1992/1999). Las virtudes de nuestros defectos. En G. Nardone y P. Watzlawick (Eds.), *Terapia breve: Filosofía y arte*. Ed. Herder, Barcelona, p. 147-175.

Universidad de Chile.
Facultad de Ciencias Sociales.
Escuela de Ciencias Sociales
Carrera de Psicología.

" Aportes de la hipnoterapia ericksoniana en el control y manejo del dolor y sufrimiento de pacientes con cáncer cervicouterino".

Anexos

Memoria para optar al título de
Psicólogo.

Valeria Andrea Monroy Araya.

Prof. Patrocinante y Guía Metodológico:
Ps. y Mag.(c) Elisabeth Wenk Wehmeyer.

Profesional Colaborador:
Ps. Mario Pacheco León.

Santiago, 2003.

INDICE

Paciente 1	Página
Sesión 1	1
Sesión 2	20
Sesión 3	35
Sesión 4	63
Sesión 5	79
Sesión 6	92
Sesión 7	99
Sesión 8	111
Sesión 9	126
Sesión 10	131
Sesión 11	138
Sesión 12	145
Paciente 2	
Sesión 1	150
Sesión 2	171
Sesión 3	187
Sesión 4	212
Sesión 5	236
Sesión 6	255
Sesión 7	272
Paciente 3	
Sesión 1	282
Sesión 2	306
Sesión 3	324
Sesión 4	344
Sesión 5	351
Sesión 6	358
Sesión 7	371
Paciente 4	
Sesión 1	378
Sesión 2	401
Sesión 3	405
Sesión 4	409
Paciente 5	
Sesión 1	413
Sesión 2	429
Paciente 6	
Sesión 1	437
Sesión 2	455
Consentimiento informado	459

SESIÓN: 1.

PACIENTE: 1.

LUGAR. Domicilio de la paciente, Cerro Navia Santiago.

FECHA : 28 de Febrero 2001.

ESTADO FÍSICO : la paciente no podía desplazarse, caminaba con la ayuda de bastones, tenía problemas para dormir y se veía demacrada.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia, pensamiento, orientación o psicomotricidad. Sin embargo, la paciente presentaba alteraciones en su afectividad: pensamientos suicidas, labilidad afectiva, irritabilidad, tristeza, sentimientos de minusvalía, miedo y ansiedad, síntomas de un síndrome depresivo.

HIPNOSIS: en esta sesión se pudo inducir un trance profundo mediante levitación de manos, la paciente pudo experimentar trance fácilmente. Se trabajó con metáforas para controlar el dolor y contrarrestar la influencia de variables psicológicas que pudieran aumentar la experiencia de dolor.

RED DE APOYO: Buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 10.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 3.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 0.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): innumerables.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: todo el día, sólo 10 min. sin dolor.
b) Dolor base: constante.

TRATAMIENTOS: medicamentos para aliviar el dolor: morfina, 20% catéter c/4 hrs. Diazepam 10 mg (noche).

RESUMEN:

La entrevista fue realizada en el domicilio de la paciente. En el momento de la evaluación la paciente presentaba problemas para caminar y un dolor moderado.

En cuanto a su estado afectivo, presentaba síntomas de un cuadro depresivo: pensamientos suicidas, sentimientos de minusvalía, de desamparo y tristeza. En el contacto con la terapeuta se mostró en un principio desconfiada y curiosa, luego pudo hablar abiertamente de su situación, mostrándose cooperadora, cordial, compartió su experiencia y sentimientos.

En primer lugar la terapeuta explica a la paciente sobre el trabajo a realizar: un trabajo de seis sesiones de hipnoterapia ericksoniana para disminuir el dolor. El objetivo de las sesiones es darle una herramienta, que eventualmente, le ayude a disminuir el dolor. La terapeuta explica en qué consiste la hipnoterapia ericksoniana, da algunos ejemplos y consulta posibles dudas sobre el tratamiento hipnoterapéutico. Además, se informa que el trabajo será parte de una investigación que tratará de evaluar posibles ventajas del procedimiento. Para esto, las sesiones serán grabadas y transcritas, sin embrago, su identidad permanecerá en reserva.

Luego de explicar, se pide la autorización de la paciente quien acepta con agrado, es más, dice no tener problemas para revelar su identidad; no obstante, ésta se mantendrá en reserva, por decisión de la autora.

Cumplido con lo anterior, se realiza una entrevista que tiene por objetivo tener información referente a distintos puntos como: datos personales, red de apoyo, fenomenología de la experiencia dolorosa, repercusión de enfermedad en la vida de la paciente, gustos personales y actividades previas.

Luego se realizó un trance para familiarizar a la paciente con el procedimiento, tener información sobre las facilidades de la paciente para efectuar dicho procedimiento, estrategias adecuadas, efectos inmediatos y reforzar su cooperación para la continuación del trabajo hipnótico.

La paciente puede ser identificada como una persona joven, madre de tres hijos pequeños, separada, de nivel socioeconómico y cultural bajo. Ha vivido siempre en la ciudad (Santiago). Antes se desempeñaba como dueña de casa, actividad que no pudo continuar. Actualmente vive con sus hijos y un hermano en su casa, es atendida por una amiga de la familia, recibe el apoyo de su padre, y las visitas de su marido y amistades.

La paciente se siente sola, se queja de no recibir el cariño necesario ni ahora ni antes, piensa que es un estorbo que aburre y cansa a las personas. Las personas más importantes para la paciente son su marido e hijos, además se siente apoyada por su padre con quien puede compartir sus sentimientos de tristeza. Le gustaría seguir atendiendo a sus hijos, pero no puede, esto aumenta su pesar y sus sentimientos de minusvalía.

Con respecto a la enfermedad sabe que tiene cáncer cervicouterino III B, cree que la enfermedad ha avanzado desde que fue diagnosticada porque ha pasado mucho tiempo y no ha recibido más tratamiento. La paciente cree que su enfermedad es terminal y no le quieren decir la lamentable noticia. La sospechas de la paciente son correctas, su pronóstico de vida es

inferior a 6 meses. La familia ha sido informada al respecto, pero han decidido ocultarle la información.

En el transcurso de la sesión, plantea a la terapeuta su deseo de conocer su estado de salud, pero la terapeuta no puede darle esa información por no ser la persona indicada; se le mostró la alternativa de plantear sus inquietudes al médico, quien puede responder las consultas referidas a su salud. Según la paciente lo ha hecho, pero no ha recibido respuesta. Sin embargo, por los datos entregados por la enferma no se puede saber con claridad si ha consultado directamente o ha esperado pasivamente la noticia.

A lo anterior se suma una incapacidad para realizara actividades, incluso las más mínimas, no puede valerse por sí misma, necesita ayuda hasta para trasladarse al baño, no puede bañarse sola, ni realizar quehaceres domésticos, le cuesta caminar, lo hace apoyada en unas muletas. A pesar de su estado, trata de hacerlo, no quiere permanecer en cama y ha rechazado tajantemente la posibilidad de utilizar una silla de ruedas, la cual es necesaria para mejorar su calidad de vida y evitar las numerosas caídas que aumentan el dolor.

La paciente se resiste a estar en este estado, a parte de la posibilidad de una muerte cercana, le preocupa el estado de su pierna, la cual está muy hinchada y le duele. Dice conformarse con recibir un tratamiento que le permitiera desplazarse, cree que si no se muere por la enfermedad, tal vez quede postrada para siempre y sintiendo dolores insoportables.

La paciente no quiere morir, considera injusto tener que pasar por esta experiencia, se cuestiona el mal que ha causado durante su vida y cree no haber procedido de una forma que la hiciera merecedora del momento por el que pasa. Su sentimiento más frecuente es una tristeza profunda, no quiere separarse de sus seres queridos, también son frecuentes las explosiones de rabia y demandas exigentes de preocupación y cariño, piensa frecuentemente en su situación, se siente angustiada, fuma constantemente y ha considerado quitarse la vida. Esto sumado a su impulsividad provocan una alarma que ha sido comunicada a su familia para que tome ciertas precauciones.

En cuanto al dolor la paciente sufre bastante dolor (EVA 10), lo describe como intenso, desesperante y permanente, sólo puede estar 10 min. sin dolor.

El tratamiento recomendado para aliviarlo consiste en: morfina 20% cada 4 hrs, inyectable por medio de un catéter subcutáneo y medicamentos coadyuvantes. Pero la paciente se coloca una ampolla de morfina de 20cc cada dos horas o cuando se presenta el dolor. En la noche no cumple el horario porque se queda dormida y nadie se ocupa de sus medicamentos.

La paciente disfrutaba realizando sus actividades domésticas, acompañando a sus hijos, jugando básquetbol y compartiendo con su familia y amistades.

Durante la sesión se indujo trance. En un principio la paciente manifestó ciertas dudas sobre el éxito del tratamiento hipnótico, pero al ver los resultados su opinión mejoró considerablemente. Pues la paciente pudo experimentar un trance profundo fácilmente, el cual se indujo mediante levitación de manos y se reincorporó sin señales de dolor lo que le permitió dormir tranquilamente.

A continuación se presenta las transcripciones de la sesión, el texto en el lado derecho de la página corresponde a los comentarios de la autora de la investigación.

P: Paciente.

T: Terapeuta.

N.E: Al escuchar la grabación no se entiende.

T: ¿Entonces tiene inconveniente que grabe la sesión?
P: No.

T: ¿No?

P: ¿Esto es como práctica suya?

T: No, yo ya hice mi práctica, egresé hice mi práctica, estoy haciendo la tesis ahora. Este trabajo se ha hecho en otras partes y ahora lo estamos haciendo acá. ¿Hasta que curso estudió?

Se responde las dudas de la paciente y se consulta por la escolaridad de la paciente.

P: 1° medio.

T: ¿Cuántos hijos tiene?

Se consulta por sus hijos para conocer su situación familiar.

P: Tres

T: ¿Qué edad tienen?

P: (N.E)

T: Y ¿alguien la visita?

Se evalúa la red de apoyo.

P: A veces estoy todo el día sola. Yo fumo, la doctora me dio permiso para fumar tres o cuatro cigarros.

La paciente dice pasar gran parte del día sola y fuma bastante.

T: Ya.

P: Porque no es tanto - me dijo- y aquí me pongo a fumar y a pensar en todo lo que me pasa... Y aparte de eso que tengo mucha pena en mi alma.

T: Ya ¿Qué la apena más?

Se consulta por su tristeza, se consulta por los detalles para dar un espacio para expresarse.

P: ¿Qué me apena más?... que no quiero morirme.

La paciente se resiste a la posibilidad de morir.

T: ¿Qué sabe usted de su enfermedad?

P: Hasta el momento no me han dicho nada, me gustaría que me dijeran la verdad... si estoy desahucia o no.

Aparentemente a la paciente le gustaría saber si su enfermedad es terminal.

T: Ah. No sabe en qué etapa está su enfermedad.

P: Sé que es etapa tres.

La paciente maneja la

	información del estado de su cáncer al comenzar su tratamiento, pero quiere saber sobre su pronóstico vital.
T: Ya.	
P: Pero con el tiempo yo creo que ha avanzado más, ya debe estar ramificado porque imagínese estas piernas que tengo [la paciente tiene su pierna izquierda muy hinchada] no me puedo sentar, deberían decirme... ser bien sincero... me gustaría que me dijeran: usted está desahucia, va a durar tanto tiempo.	Al parecer le gustaría contar con información sobre el tiempo esperado de sobre vida, ella sabe que padece una enfermedad grave. No se encuentra en el estado de negación descrito por Elizabeth Kübler-Ross, si bien la paciente no quiere morir, habla del tema, no desconoce la posibilidad de morir. En la negación la persona reacciona con desconcierto, no cree que lo que ocurre es cierto, no habla sobre el tema.
T: ¿Usted ha hablado con su médico?	Se consulta para saber si la paciente ha tratado de clarificar sus dudas con las personas adecuadas.
P: Sí.	
T: ¿Lo que más la preocupa es no saber de su enfermedad?	
P: Sí.	La paciente dice que el no saber de su enfermedad es lo que más la preocupa, esto pude tener muy angustiada a la paciente.
T: Y el dolor señora Sandra ¿cómo ha estado el dolor?	Se intenta evaluar el dolor.
P: Sabe no sabría explicarle el dolor que tengo... como que me tiraran agua hirviendo... aquí en el riñón...	La paciente tiene un dolor quemante en la parte inferior de la espalda (dolor neuropático).
T: Acá [la terapeuta señala su espalda]	
P: En el riñón acá empieza y de ahí es para abajo... es como agua hirviendo... fuerte el dolor.	
T: Y ese dolor ¿le dura durante todo el día?	Se consulta por la duración del dolor.
P: [Afirma con un movimiento de cabeza].	Dolor permanente.
T: ¿Se quita en algún minuto?	Las pacientes con dolor crónico piensan que el dolor es permanente, se consulta por episodios sin dolor, por si la persona no se hubiera dado cuenta que hay momentos que el dolor es menos.
P: Sí.	

T: ¿Cuándo se quita?

P: Un ratito.

T: Como ¿cuánto?

P: Unos diez minutos.

T: Unos diez minutos... Con algo que haga, con una posición que se coloque... ¿o se quita sin darse cuenta?

Se consulta para saber si el dolor disminuye con algo que pueda hacer.

P: No, me tengo que poner cojines plumones.

T: Ya.. y ahí...

P: Sí.

Al dolor disminuye al parecer, pero por pocos minutos.

T: A ver el dolor que usted tiene normalmente... esto es cero nada de dolor y este es diez, el dolor más grande que usted podría soportar. El dolor que usted siente normalmente en este último período, en este último tiempo ¿cuánto es?.

Se consulta por el dolor promedio, no por las crisis de dolor. La persona responde EVA 10, el dolor más alto que pudiera soportar. Según Barber en este caso hay que explorar cuidadosamente los significados que el dolor tiene para la paciente.

P: Diez, yo creo.

T: El diez y ese dolor, ese diez usted me dice que lo siente casi todo el día.

Se le explica nuevamente que la pregunta se refiere al dolor que siente casi todo el día.

P: Sí, no casi todo el día hay días que amanezco super bien, super bien y días que amanezco super mal, ahora ya no puedo caminar... llevo tres días sin caminar.

La paciente responde que este dolor lo siente habitualmente. Aunque hay días que se siente muy bien.

Papá ¿por qué no me trae dos cojincitos? Dos cojincitos tráigame... [la paciente le pide cojines a su papá, se trata de acomodar en el asiento]

T: ¿Ahora tiene molestia?

Se consulta por la molestia actual.

P: Muy poquito.

T: ¿Cuánto tendría ahora?

P: Yo creo que un tres.

Se refiere a la medición EVA.

T: Y ¿hasta que dolor sería para usted tolerable?
P: ¿Cómo tolerable?

La pregunta la desconcierta, al parecer ella no quiere tener nada de dolor.

T: O sea que uno sintiera un dolor, pero que no fuera desesperante. Cuando uno no lo aguanta más.

P: Hasta un seis, siete.

Piensa que podría ser un dolor 6 ó 7 EVA.

T: Hasta ahí tiene un dolor, pero ¿lo puedo aguantar?

Es un dolor fuerte, al parecer responde por el dolor que puede soportar.

P: Lo puedo aguantar.

T: Que no le afecte mucho.

P: Hay momentos que no aguanto no...

T: ¿Hasta seis digamos?

P: Claro. Gracias - le dice a su padre- [llega el padre con los cojines y la paciente se acomoda]

T: ¿Usted cómo se está sintiendo?... Recién me estaba hablando como se estaba sintiendo internamente con esto de su enfermedad.

Se vuelve al tema de la enfermedad.

P: Sabe que ha veces me dan ganas de matarme... un cacho... yo siempre he pensado que los enfermos de cáncer son un cacho...

La paciente plantea ideas suicidas.

T: Eso pensaba usted ¿ha tenido antes enfermos de cáncer o es por lo que ha escuchado no más?

¿Por qué piensa que los enfermos son un estorbo?. Esta duda se quiere despejar con la pregunta.

P: No.

Al parecer se siente así por su experiencia actual.

T: Y ¿usted se siente así?

P: Sí.. [tiene lágrimas en los ojos]

T: ¿Tiene dolor en otra parte del cuerpo, a parte del riñón?

P: No.

T: Le voy a ir preguntando cuando nos juntemos como está su dolor y como está usted también. Esto parece que la pone triste.

P: ¿Y se va ir, ya?

T: No, le voy a pasar un pañuelo.

P: Tan largo el pique y se va ir ya - dije yo-

T: ¿Para dormir tiene problemas?

Se consulta para saber si el dolor ha dificultado el sueño de la paciente.

P: No, porque tengo que despertar cada dos horas a ponerme la morfina y a veces paso derecho y ahí es cuando me la pongo.

La paciente no tiene problemas para dormir y al parecer no cumple de manera estricta los horarios de los medicamentos en la noche.

T: Ya, está durmiendo bien.

P: Claro, paso de largo.

T: ¿El es su papá?

P: Sí, llorando me ha dicho porque Dios no me dio la enfermedad a mí... [la paciente lo dice llorando] y él no

La paciente cuenta con el apoyo de su padre, él la

vive aquí conmigo, vive aquí a la vuelta, pero viene aquí siempre... Aquí es donde se ven los amigos, estando mal estando enferma...

acompaña, no niega su enfermedad.

T: Él la acompaña.

P: Sí, le cuento mis cosas... Imagínese que tengo una cuñá que digo que todo lo que hacía yo era para llamar la atención... (N.E) y estoy sufriendo tanto...

Puede conversar con su padre de sus sufrimientos.

T: ¿Qué le hace falta?

P: Cariño.

T: ¿Cariño? ¿Sí?

P: (N.E) el único que me da un poco de ese cariño es mi esposo, pero está medio aburrido...

T: Usted lo nota medio aburrido... Pero uno puede estar aburrido y seguir queriendo a alguien, no es excluyente.

P: No sé, no sé. No tengo cariño de nadie, nadie [está llorando] ella fue pareja de mi papá, ahora son amigos [se refiere a la señora A].
T: ¿Sí?

P: Aprendió a quererme a cuidarme y sin ningún interés ahora me viene a hacer las cosas.

T: ¿Ve?

P: Ve esas casas que se ve la punta allá [la paciente indica unos techos vecinos que se ven desde donde ella está sentada]

T: Sí.

P: Ahí vive mi tía, la hermana de mi mamá, al lado, en la esquina, vive un hermano de mi mamá, al ladito, al ladito vive un primo hermano mío que es hijo de la hermana de mi mamá, al fondo vive otra hermana de mi mamá, allá a la vuelta la otra hermana de mi mamá...

Muestra casas que se ven desde el patio de la casa de la paciente.

T: Ya.

P: ¿Usted cree que me han venido a ver?... La tía muñeca, no. La tía pasa conmigo... Me voy a fumar un cigarro ¿fuma usted? [la paciente enciende un cigarro]

La paciente se queja por sentir el abandono de sus familiares maternos.

T: No, no. ¿Sin dolor qué cosas podría hacer que ahora no hace?

Se consulta para saber las cosas que la paciente podría hacer sin dolor, una forma de motivarla.

P: Podría disfrutar a mis hijos.

T: ¿Eso la podría motivar?

P: Me gustaría que me hicieran algo para poder caminar, aunque sea un poco.

La sufre por no poder valerse por sí misma, lo que más le gustaría es caminar.

Sí me caigo, me caigo sola, no me puedo bañar, me tiene que bañar. El otro día estaban golpeando abrí la puerta y me caí, estaba mi amiga golpeando para llevarme al hospital. He recibido más cariño de afuera que de la

familia. Sabe que se han portado tan bien, vienen casi todos los días, todos los días vienen, nos sentamos aquí nosotros porque es más fresquito pu'.	
T: Claro.	
P: Prendimos la luz y nos sentamos acá. Me dicen tení que tirar pa' rriba pu' guachi (N.E)	
T: ¿Qué cosas le gustaba hacer antes?	Se pregunta para conocer recursos de la paciente.
P: Jugaba básquetbol.	
T: Antes jugaba básquetbol y ¿le gustaba jugar básquetbol?	
P: Los llevaba a ellos [se refiere a sus hijos] iba con la media tracalá... mi marido juega a la pelota y yo jugaba básquetbol... y nos juntábamos todas las familias y tomábamos once todos. Acostábamos a los niños... era bien bonito toda la familia...	Al parecer lo que más le gustaba del básquetbol era el contacto social.
T: Ya, ¿su marido y sus hijos iban a los partidos de básquetbol? Y ¿qué otras cosas le gustaba hacer?	
P: Ir al centro con ellos llevarlos a los juegos... siempre con ellos si, ir a paseo... había un paseo, los primeros inscritos nosotros.	Le gustaba salir con sus hijos.
T: Ya.	
P: Hace unas dos semanas hubo un paseo y me dijeron que fuera con ellos me ponían una silla y me sentaba con ellos. Sabe que no pude, me rogaban - nana vamos- no me siento mal, me sentía mal no podía ir, anda con los niños y fue con los niños...	La paciente no puede salir con su familia eso la entristece.
Señora A ¿quién está de los niños? ¿quién está de los niños?	
Señora A: ¿Cómo? no entiendo.	
P: ¿Quién está de los niños? ¿No está ninguno? Para que me vaya a comprar una bebida.	
Señora A: Si está el P donde la C [llega el padre de la paciente]	
P: Papi anda a comprarme cigarros y medio de leche, me la tomo en la bolsa.	La paciente trata de ocultar que fuma porque su familia se enoja. Envía a sus hijos a comprar cigarros junto con otra cosa.
T: ¿Siempre has vivido acá, Sandra?	Se consulta para conocer el espacio donde creció la paciente.
P: Siempre, desde que tengo uso de razón. ¿Tomaron desayuno los niños?	La paciente se preocupa por sus hijos.
Papá: Sí, tomaron. El que no quiso fue el R se tomó un jugo no más, después se comió dos huevos a la copa.	
P: Se aprovechan donde estoy enferma salen a la calle y	Al estar enferma siente que

como yo no los puedo salir a buscar... salen donde quieren, pero siempre están alrededor... donde mi tía, donde la Tere - de mi tía al pasaje- ese es un pasaje. No me preocupan tanto, lo ven mi tía, mí papá lo sale a mirar cuando andan en bicicleta... antes lo hacía yo... ahora no, ahora no se puede...

tiene menos control de sus hijos, pero no se preocupa porque otras personas le ayudan en el cuidado de los niños.

T: ¿Y su marido la viene a ver a veces?

Sandra ha dicho que está separada; se consulta para saber si el padre se preocupa del cuidado de sus hijos.

P: Sí.

T: Y ¿conversan de sus hijos?

P: Tení que tirar pa'rriba nana, me dice. Es bien preocupado, viene casi todos los días... a veces viene a comer aquí y se va, otras veces no viene... y está aburrido con todo lo que me pasa...

T: Claro, es entendible.

P: No, si yo lo entiendo si no importa. Yo lo quiero harto a él, lo quiero harto. Pero si las cosas son así... Muchas veces hasta un compañero del trabajo de él me acompaña al hospital, las cosas son así..

T: Hay mucha gente que la quiere.

Se muestra que la paciente está recibiendo cariño.

P: Sí, pero no es el cariño que yo necesito.

T: ¿Qué cariño necesitas?

P: Que me mimen, nunca ha sido así.

T: Te propongo que hagamos un ejercicio. ¿No se si te acuerdas de lo que hablamos la otra vez?

Antes se trató de entrevistar a la paciente en el Hospital San Juan de Dios, pero sólo pudo estar por muy pocos minutos.

P: Sí, algo. Pero estaba con tanto dolor que no podía, por eso ahora puedo.

T: Claro. Un ejercicio para que el cuerpo se pueda relajar porque el cuerpo tiene muchas sustancias que te pueden ayudar para que tú te sientas mejor... El cuerpo tiene unas sustancias que ayudan a disminuir el dolor y son sustancias naturales...

Muchas veces uno se ha pegado y no se ha dado cuenta, por ejemplo, tú que eras deportista a lo mejor te pegaban y mientras estabas jugando no sentías tanto el dolor y después que...

El conocimiento que tiene la paciente permite decir que el cuerpo tiene sustancias que funcionarán para controlar el dolor, la paciente no cuestionará la información que se entrega. Esto se hace para que pueda tener una mejor disposición a responder en el trabajo de hipnosis y por ser una metáfora fácil de comprender. En realidad no se ha podido comprobar que se liberen sustancias que ayuden a disminuir el dolor al utilizar la hipnosis. Además se da un ejemplo de la vida cotidiana que muestra que puede tener un dolor y no darse cuenta del mismo.

P: Claro... ay que me pegaron ¡chanchas!

T: Ja, ja y te pegaron aquí, acá y fueron muchos golpes y no te diste cuenta de muchos de esos golpes.

P: Claro, uno jugaba.

T: Claro y es porque el cuerpo en ese minuto está funcionando de esa manera, porque necesita jugar, estar jugando y estar preocupada de lo que tienes que estar haciendo... como que el cuerpo se acostumbra porque tiene que estar en eso... y hay sustancias que circulan para eso ¿mmm?.

El juego es una metáfora de la vida, el juego a la vez es un aspecto familiar y agradable para la paciente.

Ahora también hay molestias de un órgano que uno las siente en otro lado... por ejemplo, cuando una persona va a tener un ataque al corazón, no le duele el corazón, le duele el brazo ¿sabías eso? Y la molestia es de acá (señala el corazón) entonces el dolor... el cuerpo tiene muchas formas en que se las puede arreglar...

También se explica muy simplemente sobre un dolor referido; por si es necesario desplazar hipnóticamente el dolor, esto es sentir un dolor, pero en otra área del cuerpo que sea menos amenazante para la paciente.

Ahora la mente también puede gatillar que las sustancias se liberen y recorran tu cuerpo y te ayuden, porque muchos de los medicamentos que te dan son parecidos a las sustancias que tiene el cuerpo humano, porque el cuerpo tiene sustancias para todo...

Se menciona que las sustancias pueden ayudar a la paciente en la depresión por si en el futuro es necesario utilizar metáforas que puedan ayudar a mejorar el estado de ánimo de la paciente.

Lo mismo cuando uno está deprimida te dan pastillas para la depresión esas pastillas tiene unas sustancias que uno tiene en el cerebro, entonces puedes ayudar a que se liberen y esto puede funcionar... como lo siguiente...

En este minuto yo te digo: piensa en un limón, estás exprimiendo un limón y a lo mejor vas a sentir algo en tu cuerpo.. ¿cuándo mencioné el limón sentiste algo?

Se menciona el ejemplo del limón porque es exitoso en la mayoría de los casos y ayuda a la paciente en sus disposición a responder. Al poder comprobar que un pensamiento puede generar cambios en su organismo.

P: Sí.

Al parecer la sugerencia fue satisfactoria.

T: Entonces eso es el trabajo y es ayudarte a relajar y a descubrir estas nuevas cosas, ha descubrir porque son cosas que ya las tienes, que todos las tenemos... es a usarlas solamente ¿mmm?

Con esto se le explica a la paciente en lo que consiste el trabajo a realizar favoreciendo sus disposición a responder.

Te puedes relajar, te puede dar sueño... como sea tu forma y cuando uno se relaja se va sintiendo el cuerpo más cómodo y como tú me dices, tal vez puedas disfrutar este tiempo con tus hijos... estar con la gente que quieres... buscar otra forma, viendo cual va a ser el curso de tu enfermedad nadie sabe cómo se van a dar las cosas.

Se trata de enmarcar el trabajo a realizar teniendo en cuenta las necesidades y preocupaciones de la paciente de manera de acogerlas y mejorar su disposición para el tratamiento.

P: Mis amigos me dicen que tengo que tirar pa'rriba, pero ellos no saben que es lo que yo siento con por dentro ...

T: Claro, es difícil y con esta dificultad que tú tienes, con esta pena que tú tienes... física y del alma, tal vez tratar de aprovechar el tiempo en lo que tú quieres tener... que tal vez, es tiempo con tus hijos... ¿me entiendes? Independiente de cómo vaya evolucionado.

P: Quiero llevarlos al colegio, porque yo voy a dejarlos y a buscarlos al colegio, me juntaba con las chiquillas. Un poco, no importa como esté, enferma como esté, el cáncer ya lo tengo no tengo nada más que hacer...

T: Por último para el dolor, para el dolor ¿me entiendes? No implica el pronóstico de tu enfermedad, eso tienes que hablarlo con el médico. A lo mejor es tiempo para eso... para la situación como se encuentra y como con lo que esté... a veces cuando uno se encuentra en situaciones tan extremas como la tuya... el tiempo tiene otro valor y otra importancia, valoras otras cosas, muchas de las mujeres no se dan cuenta de lo importante que es ir a buscar a sus hijos al colegio [la paciente interrumpe]

P: Claro es super importante... llegar allá yo iba caminando.

T: Y que te dijeron de esto ¿viste al médico por la pierna?

Trombosis venosa profunda y adenopatía.

P: Me dieron hora para tres meses más.

La paciente tiene hora en tres meses más para ser tratada por los problemas de su pierna.

T: Mmm. Además como tú has sido deportista tu cuerpo está acostumbrado a ciertas cosas y esos pueden ser recursos que tú tienes, muchas cosas que uno ha hecho en la vida en estos momentos le pueden ser útil...

P: Yo de repente pienso ¿qué he hecho tan mal en mi vida para recibir esta enfermedad? Mi papá dice si tenía que ser así... porqué no se la mandó a él...

Para ella su enfermedad es un castigo injusto, no sabe por qué .

T: Tienes hora para tres meses más.

P: Con el médico... yo creo que sigo así voy a tener que andar en una silla de ruedas [la paciente enciende un cigarro]

T: Después que te fumes el cigarro vamos a hacer un ejercicio para que tu veas de que se trata.

Se refiere a un ejercicio hipnótico.

T: Sí.

P: Antes no estaba usted, sí.

T: No, es que yo soy de la Chile, de la Universidad de Chile y estoy para hacer esta investigación, trabajando con personas que tengan tu enfermedad y dolor.

P: ¿Y se quitan un poco los dolores con los ejercicios que usted hace?

La paciente duda de la eficacia de la técnica.

T: Yo las personas que he visto se les han disminuido sus dolores, depende de la persona... depende de la persona.

Se dan esperanzas, pero se deja una duda razonable, se responsabiliza a la paciente de los resultados, tratando de motivar a la paciente para el trabajo y hacerla sentir responsable de eventuales logros.

P: (N.E)

T: Y ¿cuándo supiste de tu enfermedad Sandra?

P: En Septiembre del año pasado, me vino una hemorragia yo pensé que era una pérdida [entra la señora Angélica, la paciente deja de hablar]

Sra. A: ¿Y cómo se vino? [de pronto llega la Sra. A y pregunta a la terapeuta]

T: En micro, la tomé en Pedro de Valdivia y llegué bastante bien.

P: Lejos, bastante lejos.

T: Sí.

P: Mi hermano trabaja por ahí en Pedro de Valdivia con (N.E)

T: Sí ah, claro hay varias calles que no ubico.

P: Igual debe ser una buena calle. Eso se lo trajeron para la pascua a mis niños [señala un scuter que esta en la pared]

T: ¿Sí?

P: Pero ese es del F también, porque para la pascua llegaron todos los niños con scuter para la pascua... todos los niños... R quería scuter, se lo compró al R primero, el F quería bicicleta, le compró la bicicleta, el P es grande quería plata para ropa no más... entonces hace como una semana atrás no sabemos dónde lo dejo, lo perdió el R.

El otro usted cree que me pregunta como he amanecido [se refiere a un hermano que vive en la casa y pasa a lo lejos en ese momento]

T: Hay personas que les cuesta mucho relacionarse con personas enfermas y no es que no sientan cariño, puede que les de pena... y eso le puede pasar a sus tías, a su hermano.

Se da una explicación posible para la conducta de su hermano y familiares como una forma de aliviar el sufrimiento con una explicación diferente a la falta de cariño.
Algunas personas sufren de "aflicción anticipadora" al tener personas que han estado enfermas por largo tiempo, familiares y amigos se preparan para la pérdida pasando por los síntomas de la pérdida, mientras la personas está viva, esto les facilita enfrentar la muerte cuando esta ocurra en realidad; sin embargo, esto lleva a que las personas se desvinculen del enfermo, generando un gran sentimiento de soledad en el paciente terminal. (Papalia, 1990).

P: Hasta la mamá de los amigos mis hijos vienen a

verme, en la noche se me llena la casa de gente, pero yo ya no quiero ver a nadie... [termina de fumar].

T: Ya Sandra puedes poner tus manos, ¿te duelen las manos?

Levitación de manos.

P: No.

T: Casi chocando tus piernas (la terapeuta muestra a la paciente como hacerlo, colocando sus manos en la posición solicitada)... puedes mirar tus manos o puedes cerrar tus ojos... [la paciente tiene sus manos levitando sobre su falda y se encuentra con los ojos abiertos].

La terapeuta muestra a la paciente la forma de hacerlo para facilitar el trance.

Como te sientas más cómoda... lo que vamos hacer es buscar las maneras que sean más fáciles para que estés cómoda... y para eso... no tienes que esforzarte, no tienes que hacer nada que tú no quieras hacer... vamos a hacer un ejercicio que va a hacer una relajación profunda... que va a hacer a tu ritmo... yo te voy a hablar ciertas cosas... y tu vas a ir escuchando o puede que a veces no me escuches... (se comienza a hablar en tono hipnótico)

Se invita a al paciente a acomodarse se dan sugestiones de no hacer por ser fáciles de seguir.

Y te vayas a otro lugar y piensen otras cosas, pero eso no tiene que preocuparte porque eso no es lo importante... lo importante es que estés consciente de esta experiencia... que la disfrutes que veas de qué se trata... que veas de que se trata y que sepas que hay una mente... que es la mente inconsciente que es la que tú... muchas veces a lo mejor has escuchado hablar que todos hemos escuchado y que muchas veces no sabemos

Se comienza a dar sugestiones que llevan a la confusión y a la disociación.

Y no importa lo que suceda, Sandra con nuestra mano lo que interesa es que esta es la llave que tenemos para abrir esta puerta que nos conecta directamente con nuestro inconsciente y con nuestro inconsciente podemos hacer muchas cosas...

Podemos dejar programado nuestro cerebro de tal manera que no sintamos las molestias que éstas vayan disminuyendo... que se liberen las sustancias para que nuestro organismo se sienta bien... porque no necesitamos incomodarnos a cada minuto, constantemente... todo el tiempo... tal vez, puedan venir futuras incomodidades m-o-m-e-n-t-á-n-e-a-s de minutos... no necesitamos pasar mucho tiempo incómodas... ¿sí?...

Se mencionan metáforas para ayudar a la paciente a controlar el dolor. La paciente no cuenta con información que le permita invalidar la sugerencia.

Entonces estás ahí... y junto con lo que te acomodas por fuera [la paciente se está acomodando]... Apoyas tu mano en la pierna... casi sin darte cuenta tu mano ha bajado [la mano de la paciente está más debajo]... No sabes con certeza cuan alta estaba al comienzo del ejercicio y cuánto ha bajado... Eso no interesa... porque ella baja de manera imperceptible... así como de manera imperceptible pueden bajar tus molestias, que pueden bajar de distintas formas....

Sugerencias orientadas al control del dolor, por cubrir todas las posibilidades de repuesta, protegen a la paciente de fracasar en el cumplimiento de la sugestión.

Y yo no sé cómo va a elegir tu organismo que estas molestias vayan bajando... que bajen en intensidad... o tal vez en duración... o tal vez, en frecuencia... porque realmente no lo sabemos... o puede que se mantengan o que haya elegido que no siga empeorando...

Lo que sí debemos estar tranquilos, porque nuestra mente inconsciente va a ir trabando para nosotros en el control de nuestras molestias... ella que se comunica directamente con la fuente de nuestro cerebro... para que nosotros nos vamos sintiendo cómodos agradados relajados... incluso estando despiertos...

Porque eso no es lo importante, Sandra; lo importante es que muchas veces hay cambios positivos a nuestro favor que no lo percibimos... y hay momentos en que vamos a canalizar lo negativo... y lo vamos a canalizar de manera distinta... sabiendo que contamos con nuestros recursos aprendidos... que tal vez, no los conocemos total y absolutamente...

O una parte de nosotras tal vez, no se ha convencido... Pero eso no es lo importante, Sandra... lo importante no es convencer o no convencerse, creer o no creer... lo importante puede ser sólo disfrutar esta experiencia [la paciente permanece inmóvil con sus manos apoyadas en la falda]... estos segundos que lo podemos ampliar, lo podemos amplificar todo lo que queramos... porque muchas veces estar absolutamente tranquilo... en un momento es una cosa muy valiosa, impagable... podemos disfrutar de esta tranquilidad y esta paz... sin esforzarnos para eso, sin obligarnos... aceptando como son nuestras formas, nuestras costumbres...

Sugerencias que protegen de las dudas de la persona respecto al procedimiento.

Dando cabida a las sorpresas agradables, a lo nuevo... sabiendo que como todas las cosas tienen un receso, este es el tiempo que se ha señalado para que tomes un descanso... tal vez para que aproveches para colocar las cosas en orden, para que te acomodes, para que disfrutes de la tranquilidad de estar, de permanecer, de disfrutar de tu presencia que está en este lugar... a veces no importando las condiciones y valorando eso ampliamente, extensamente... Muchas veces esa es una de las cosas más importantes en la vida...

Utilización de la sorpresa para debilitar patrones habituales de pensamiento.

Porque que importante es estar presente... podemos dar cabida a nuestro cuidado... ver cómo hacemos las cosas con cuidado para nosotros... con cuidado para los demás... Porque en el cuidado hay un mensaje de amor... (la paciente dice necesitar cariño)

Y muchas veces nos podemos sentir angustiados... y puede ser que nuestra angustia... lo único que necesita es un poco de amor...y qué mejor que nosotros podamos abrir esa puerta que nos comunica con el amor... sumergirnos en ese amor... y muchas veces para sumergirse en ese amor hay que hacer presencia...

Sugerencias orientadas a las necesidades de cariño de la paciente. Se dan estas sugerencias por si no se pueden contar con el apoyo emocional de su familia.

Hay que estar, permanecer sentir el amor que te puede dar el aire cuando acaricia tu pelo cuando acaricia tus brazos [en el lugar corre una brisa] y eso que puede parecer tan inanimado y tan insensible, cuando uno se conecta y hace presencia y se conecta con el amor... puede sentir que el amor flota en el aire... en el sonido de los pájaros [se escucha a unos pájaros cantar] al ver a alguien trabajar [se escucha unos martillazos] en el aire que llega a tu cara...

Y simplemente vasta con prestar atención para sentirnos en este amor... Y nos podemos sentir envueltas en este amor y que cosa más agradable puede ser sentirse envuelta en amor... por el hecho de estar... ese amor que

brota de vida que viene de Dios y que está en todas partes... y solamente tenemos que abrir nuestros ojos, verlo, sentirlo... (la paciente cree en Dios en su relato lo ha mencionado varias veces)

Tomar la distancia necesaria, porque cuando uno está en situaciones en que puede estar confundida, viendo las cosas de una manera... y llena de cosas... no puedes ver la hermosura, la tranquilidad... Como cuando los árboles no nos dejan ver el bosque... vemos lo más inmediato solamente y perdemos toda la perspectiva...

Y como tú bien sabes, Sandra como en el básquetbol uno tiene que tener control en la situación actual... y no perder la perspectiva de quién está más adelante para darle un pase... como tiene que ser la jugada... saber que los minutos pasan y que hay que hacer las cosas en pocos minutos y bien... pueden haber situaciones complicadas... y eso es parte de la emoción de juego, de la energía...

Metáfora orientada a controlar el dolor y tomar decisiones vitales importantes.

Y tal vez, en algún momento de la existencia cosas simples no fueron tan valoradas y puede que en el futuro sea valorado... Puede que te encuentres con la sabiduría que da el ver las cosas con perspectiva... Darte cuenta como pudiste sortear dificultades que en un minuto pueden parecer grandes, pero que las pudiste solucionar... Y como dicen hay una parte tuya que puede ayudarte a salir de esta dificultad de una manera sana, bien... puede ser que tú tengas los recursos necesarios para salir de esta situación y que otra persona no lo tuviera...

Metáfora para ayudar al sufrimiento de la paciente.

Que eso que puede ser una castigo, tal vez no sea tal, porque uno no sabe como son las cosas... una vez escuche una historia de una hombre que tuvo un accidente en un caballo, este hombre iba galopando y se cayó... y por su accidente quedó herido, con dolor y con dificultades para caminar...

Él era hijo de una mujer... y él y su madre vivían solos en una casa... Su madre era anciana y sólo dependía de él... En esos momentos todos los jóvenes que tenían su edad fueron reclutados para la guerra... Todos los hombres sanos fueron a esta guerra y el único hombre que no pudo ir fue este joven porque estaba enfermo, antes cuando vieron a este joven que se cayó y tuvo este accidente, decían que mala suerte... ¿por qué? a él tan joven... Mala suerte...

Después cuando todos se fueron a la guerra... las otras madres estaban preocupadas... Y lamentablemente, los jóvenes que fueron a pelear... fallecieron o quedaron más heridos que él... Y todos, después le decían a la misma mujer... que antes le dijeron que mala suerte tienes, le decían que fortuna la tuya... porque si ese joven hubiera estado sano en ese momento... hubiera tenido que partir... Y la única mujer que quedó con su hijo fue esta mujer mayor... Entonces muchas veces lo que puede parecer una desgracia... mirada en la perspectiva que da el tiempo no es tal.

Y este hombre estando con su madre en el tiempo en que estuvo ahí aprendió otras cosas... aprendió a ver a su madre a dedicarle cariño... aprendió a mirarla a los ojos, no podía caminar, pero su corazón estaba más abierto... podía conocerla mejor, podía disfrutar de estas cosas que

La metáfora se dirige a ayudar a la paciente a aprovechar sus recursos a pesar de su enfermedad.

no todo el mundo tiene... que es tener un corazón abierto... el muchas veces pensaba... estando en su silla... es que por esto que se abrió mi corazón.

Ahora ese joven puede compartir de manera más intensa, más profunda... con quienes quiere eso que nunca antes hizo, pudiendo hacerlo físicamente, no lo podía hacer...

Porque la naturaleza es muy sabia... a veces nos quita una parte, uno de nuestros órganos no funciona muy bien, pero hay otro órgano que funciona mejor... Así como los ciegos, los que no ven... escuchan mejor... Y a veces pueden conocer mejor a las personas, percibirlas mejor, pueden tocar mejor las cosas... Y es por que otros sentidos se van abriendo... Es como una flor que va abriendo sus pétalos, abre uno y abre otro y eso a lo que estamos acostumbrados ahora... Puede que la vida nos depare cosas que vistas desde otro punto de vista son mejores... porque a veces uno puede quedar dañada físicamente, pero no dañada en su corazón... Y con él puede ver, disfrutar y aprender otras cosas...

Y este joven, Sandra que estaba en este lugar siguió... y lo que fue una mala suerte, después fue una buena suerte... Y es porque lo malo y lo bueno es tan relativo...

Porque no tenemos la perspectiva del tiempo y del espacio... total y absoluto... Y muchas veces con las cosas que nos ha tocado vivir y que han sido cosas dolorosas en la vida... de las cuales tal vez, no nos hemos recuperado... Hemos visto que tales cosas nos han dejado algo... Porque muchas veces esas penas grandes, dejan algo grande también... Y lo importante no es perder el regalo que nos deja, darnos cuenta de esos pequeños detalles... ver las cosas de otra manera... Tal vez en este tiempo podamos abrirnos a nuevas cosas como la buena y mala suerte... Y lo que para nosotros absoluta y totalmente es una mala suerte... puede que nos abra otras oportunidades, otra gente... Hay gente que nos viene a ver, tal vez... podamos sentir y percibir su amistad...

Esto le sirvió a este joven para abrir su corazón, a parte de eso, al tener que quedarse en casa sin poder hacer cosas, dependiendo de su madre...

Metáfora para que la paciente desarrolle otras actividades.

A ella también le pasaron cosas, se sintió más cerca de él... se dio cuenta del cariño que sentía por él... se sintió más útil.

Además el joven permitió que ella le ayudará... también aprendió leer... aprendió nuevos mundos en la lectura... aprendió a hacer cosas con sus manos... aprendió a pintar y hasta se dio cuenta que tenía esa habilidad y pudo hacer cosas con sus manos para regalar... y la vida comenzó a cambiar...

Después de esta tormenta, vino la calma el nuevo orden... una vida con una perspectiva mucho más amplia... nosotros a veces nos aferramos con fuerza a ciertas cosas, Sandra... y a veces el aferrarnos nos lleva justamente al lugar que no queremos... y si nos

Metáfora para ayudar a la paciente a flexibilizar sus

aferramos a las cosas equivocadas... al dolor al sufrimiento, incluso a cosas que nos gustan...

Por ejemplo, en África, una vez me contó un hombre como ellos cazaban los monos... el mono es un animal muy ágil que trepa, salta y a la vez es inteligente... Es tan inteligente que hace las mismas cosas que hacen los seres humanos...

Muchas veces... los nativos le colocan en el interior de un coco una cosa para que suene al moverlo... y al sonar le agrada al mono... Lo mueve y juega hasta que quiere sacar lo que tiene dentro y su obsesión es sacar lo que tiene dentro, no quieren soltar el coco, no quieren dejarlo... Los nativos le hacen un pequeño orifico a este coco y como los monos son tan inteligentes , meten su mano y tratan de sacar esto, quieren esto no quieren dejarlo y como meten su mano... su mano queda atrapada dentro de este coco... y después no pueden sacar su mano... y es así como los atrapan...

Muchas veces de la misma forma nosotros nos aferramos y nos atrapan ciertas emociones... por un acto de voluntad de querer cierta cosa, quedamos atrapados en cosas que pueden ser más negativas para nosotras...

Otra historia que recuerdo en este momento es la historia de un hombre que fue encarcelado por un rey, y este rey lo encarceló porque supuestamente, este hombre tenía poder para ver cosas que no son de este mundo... ver el futuro, adivinar... Este rey quería ver estos poderes y lo que hizo fue encarcelar, y este hombre que tenía poderes que a veces venían a él, pero como las cosas de la vida... viene están un momento y se van...

Pero el rey quería ver los poderes inmediatamente, entonces le dijo: si no me muestras tus poderes ahora, vas a morir... Inmediatamente el hombre comenzó a ver fantasmas, empezó a ver dioses, empezó a ver demonios... empezó a ver muchas cosas a adivinar el futuro... Entonces el rey le consultó ¿cómo pudiste hacer eso?... y el dijo con miedo uno puede ver dioses y demonios...

Muchas veces el miedo nos lleva a ver cosas que no son... a no estar presente y nos arrastra a situaciones en que nos podemos ver atrapadas, situaciones que podemos pensar que son lo más negativo...
pero a veces podemos ver dioses...

Y Dios nos puede mostrar el camino con una amplitud... que solamente la podemos ver si nos centramos en la existencia...

Y algo que puede ser dramático, triste y doloroso a veces sólo puede ser... un recuerdo dramático, triste y doloroso que a demás, nos ha traído otras cosas que superan lo físico... un regalo...

Nos ha traído apertura, se han desarrollado otros sentidos o nos podemos dedicar a otras cosas nuevas... cosas que tal vez, siempre quisimos hacer y nunca hicimos por falta de tiempo... Porque ahora tenemos tiempo para investigar para pensar... aprovechar los recursos que tenemos... Porque ¿quién sabe si en una parte de nuestro ser contamos con la fortaleza que nos permita hacer lo que

ideas. Para ella está siendo difícil aceptar su muerte la metáfora pretende ayudarla en este punto.

Metáfora orientada a ayudar a la paciente a no dejarse llevar por ideas nacidas de temores que pueden empeorar su vivencia.

tenemos que hacer?... Y hacerlo con generosidad con perspectiva...

Se da esta sugerencia porque la paciente se queja de falta de cariño.

Recibiendo hasta el cariño que te da el viento... los seres que te quieren... también... el viento también te puede acompañar en estos caminos... Es como irte a ese lugar que yo no sé dónde estará y como lo sentirás, Sandra...
Elegir los momentos, los lugares... sentirte como una rosa que abre sus pétalos... con el cuidado que brota de los más profundo de ti hacia ti...

Sugestiones para reincorporarse.

Cuando tú sientas que esta experiencia es beneficiosa, te sientas más tranquila con una nueva perspectiva... Trayendo los regalos... lentamente puedes ir volviendo...

Metáfora para controlar el dolor.

Sabiendo que tu has accedido al centro de tu organismo que controla el dolor... puedes disminuirlo... y puede que este dolor, Sandra... se quiera alejar cuando esté seguro que tu estás teniendo una actitud absolutamente cuidadosa contigo... que no te dañas ni con el pensamiento... y cada pensamiento que nos haga sufrir es también un daño....

Tratar con cariño nuestra pierna como una muestra de cariño... Y tal vez, cuando sepas que estas conductas no son tan necesarias... puedes acceder a otro nivel de tu consciencia... pueden estos dolores ir disminuyendo y hasta desaparecer...

Metáfora para controlar el dolor y sufrimiento.

Porque el dolor es una alarma y cuando lo atendemos no es necesario que siga sonando... es necesario apagarla y esto nos puede tomar unos minutos... y cuando la apaguemos...

Metáfora para dedicar la atención a pasatiempos.

Sabemos que podemos dedicar nuestra consciencia a otra cosa... y yo no sé qué ni cómo... tu consciencia se va dedicar a aprender otra cosa que te puedan gustar que puedas hacer... Que por ahora tal vez no son del orden físico... porque ahora vas a tener que tener un tiempo de reposo... pero puedes aprovechar ese momento... explorar otras actividades, otros pasatiempos...

Sugestiones para autohipnosis.

Y así, Sandra cada vez que te concentras en esta mano y no te aferras, no pierdes la perspectiva y dejas que tus manos se queden unos minutos en el aire... y la dejas ahí... ella sola hará su trabajo y sin darte cuenta tu dolor por muy inmenso que sea va a disminuir... No inmediatamente, porque las cosas no se pueden disminuir inmediatamente... Porque como los autos no se pueden frenar bruscamente... se tiene que ir frenando de a poco, lentamente...

Sugestiones de amnesia para la experiencia dolorosa.

Primero sin darte cuenta... luego va a llegar un momento en que ese dolor se va detener, tu puedes respirar, traer nueva sabiduría a tu vida... recuerdes nuevas experiencias... olvides las desagradables... porque para qué traer esos recuerdos... si hemos olvidado tantas cosas antes... [la paciente se reincorpora, luego pide dormir].

SESIÓN 2

PACIENTE: 1.

LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia, Santiago.

FECHA: 1 de Marzo de 2001.

MEDICAMENTO: morfina, 20% catéter c/4 hrs. (pero utiliza c/ 2 hrs. en el día), diazepam 10 mg, piroxicam.

ESTADO FÍSICO: la paciente no podía desplazarse, caminaba sólo con la ayuda de bastones, se veía demacrada y fatigada.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia; continuaba la sintomatología depresiva presentaba: tristeza, sentimientos de minusvalía, miedo y ansiedad.

HIPNOSIS: en esta sesión se pudo inducir un trance profundo mediante levitación de manos, la paciente pudo experimentar trance fácilmente en dos oportunidades. Se trabajó con metáforas para controlar el dolor y otras metáforas dirigidas a variables psicológicas.

RED DE APOYO: Buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 10.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 10.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 10.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 2 .

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): innumerables.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 5 horas sin dolor, el resto con dolor.
b) Dolor base: constante.

RESUMEN:

La paciente se ve muy fatigada, no han mejorado sus problemas para movilizarse, tiene una pierna muy hinchada y le duele.

La actitud de la paciente hacia el tratamiento hipnótico es más favorable, pues se percató de los efectos positivos después de la sesión pasada la paciente quedó tranquila y sin dolor desde la tarde hasta la noche, aproximadamente 5 horas. Luego se presentaron tres crisis de dolor, la molestia se mantuvo hasta que la paciente se durmió.

Con respecto a los medicamentos la paciente continúa con morfina cada 2 hrs y cuando se presenta el dolor, no ha informado al médico de estos cambios, lo recomendado por el profesional fue morfina cada 4 hrs. La paciente no cumple con los horarios de los medicamentos.

La enferma manifestó nuevamente su incertidumbre sobre su futuro, para ella es importante conocer su pronóstico, cree que esta información le permitiría disfrutar más a sus hijos. Como una forma de aliviar esta angustia se le planteó la posibilidad de hacerlo de todas maneras, pero ella quiere realizar algunas actividades que por su condición no puede, por ejemplo salir a caminar con sus hijos.

Durante la sesión se indujo trance fácilmente, mediante levitación de manos. La paciente experimentó un trance profundo que la mantuvo inmóvil por una hora aproximadamente.

Se realizaron dos trances hipnóticos, al inicio presentaba un dolor EVA 10 en la zona sacra. Durante el trance se contaron metáforas orientadas a controlar el dolor y variables psicológicas que en el caso de la paciente tienen una gran influencia. En estado hipnótico dijo tener una "depresión grande". Al finalizar la inducción la paciente logró disminuir su molestia a EVA 2 y quedó durmiendo.

T: ¿Cuánto está tomando?

P: Una ampolla cada 2 horas.

T: Una ampolla cada 2 horas.

P: Debería ser cada 4 horas, pero no puedo.

T: ¿Qué pasó ayer Sandra, cuando me fui?	Se evalúan los resultados de la sesión anterior.
P: Me sentí bien relajada [la paciente habla con un tono de voz muy bajo]	
T: ¿Se sintió bien? ¿Se sintió relajada? Y ¿el dolor?	La intervención logró relajar a la paciente, se pregunta por aspectos específicos del dolor para evaluar los efectos de la sesión.
P: En la noche me viene.	
T: Ya, pero después que hablamos ¿cuánto tiempo estuvo	Se hacen preguntas

sin dolor?	específicas para poder tener información más precisa.
P: Como una hora más ó menos, dos horas...	
T: Ya. Después en la noche le volvió el dolor, un dolor fuerte.	
P: N.E.	
T: ¿En la noche hay alguien acá o usted está sola?	Se pregunta para saber si la paciente podría recurrir a otras personas que la pudieran ayudar a realizar futuros acercamientos hipnóticos.
P: No, están todos.	
T: Ya y ¿se coloca morfina?	Se consulta para saber si el aumento del dolor pudiera ser causado por no colocarse las dosis necesarias del medicamento.
P: Sí.	
T: Y a las 2 horas vuelve de nuevo el dolor.	
P: Sí.	
T: Cuando me fui se sintió relajada, me decía ¿pudo conversar con su hermano?	Al finalizar la sesión pasada la paciente se quedó en compañía de un hermano .
P: Sí. Ahora estoy comiendo... antes no comía nada.	
T: ¿Sí?	
P: Está comiendo más.	La paciente esta tolerando mejor los alimentos.
T: ¿Desde cuándo que está comiendo más?	
P: Hace como una semana.	
T: El dolor tan fuerte... sobre todo en la noche que usted me dice... ¿cuántas veces en la noche le da ese dolor?	Se está tratando de precisar la ocurrencia del de los episodios de dolor nocturnos.
P: Todos los días.	La paciente tiene dolores nocturnos diariamente.
T: Todos los días, pero en una noche ¿cuántas veces le da? Anoche ¿cuántas veces le dio?	Se hacen preguntas específicas para ayudar a la descripción del dolor. La paciente ni su familia han podido llevar un diario de dolor por eso se piden detalles.
P: Como tres veces.	
T: Y ese dolor ¿cuánto dura?	
P: Dura harto, hasta que me quedo dormía	

T: ¿Cuánto usted cree que dura? Una hora, dos horas ¿cuánto?

P: Una hora, yo creo.

T: Una hora y durante el día ¿no le viene ese dolor?

Actualmente, la paciente sufre crisis de dolor por las noches solamente.

P: Muy poco.

T: Entonces en la noche... ¿tiene mucho sueño?

La paciente se ve cansada, con sueño.

P: Sí.

T: Bueno igual vamos a hacer un ejercicio para que se relaje y aproveche de descansar...
¿mmm? ¿qué le pareció el ejercicio de ayer?
P: Bueno.

T: ¿Cree que le puede servir?

P: Sí.

T: ¿Qué se acuerdo del ejercicio de ayer?

P: De las manos de ahí me quedé dormía, cuando tenía las manos en el aire [la paciente se ríe]... ahí me quedé dormía.

Al recordar la sesión anterior la paciente se predispone para realizar el trabajo hipnótico anterior, además disminuyen los temores por ser una experiencia conocida y agradable.

T: Ahí se quedó... ¿tiene alguna molestia ahora?

Se consulta por el siguiente motivo: si tiene alguna molestia puede aumentar su motivación para un trance hipnótico, además si se logra disminuir el dolor, la paciente tendrá una prueba de efectividad que reforzará su conducta.

P: Me duele el pie.

T: El pie ¿está igual el pie?

La paciente tiene su pie izquierdo muy hinchado.

P: Igual.

T: El otro no. Problemas para hacer pipí ¿ha tenido?

P: Si, hago poco... no era así yo

Duelo por la pérdida de la vida anterior.

T: Ya.
La idea de ejercicio es que lo podamos ocupar cuando a usted le viene ese dolor fuerte. ¿Usted siente algo antes que vaya a venir ese dolor fuerte?

Se retoma la idea de realizar el trance hipnótico; además se le explica las posibles utilidades para motivarla y favorecer su autonomía.

P: Siento unas punzadas.

Si la paciente tiene signos que anuncien una crisis de dolor

	puede tener más elementos que ayuden a evitarlo.
T: ¿Dónde?	Se trata de precisar la ocurrencia del dolor para contar con más elementos que permitan realizar una mejor intervención.
P: En el pie.	
T: Y ¿cuánto tiempo pasa hasta que se desencadena el dolor?	Se consulta para saber cuánto tiempo dispone la persona para reaccionar ante una crisis de dolor.
P: llega al tiro.	
T: y ¿dónde es la punzada?... en la planta del pie... ¿dónde?	Se trata de tener información más específica sobre los primeros síntomas de los dolores más fuertes.
P: No, en el pie... en el empeine.	
T: Ya ¿qué haces ahí, Sandra? cuando viene ese dolor.	Se trata de tener información específica.
P: Me hago la lesa.	Es una respuesta muy general.
T: ¿Cómo?	Se trata de saber los detalles.
P: Morfina cuando me toca y a veces se me pasa la hora durmiendo en la noche	Al parecer la paciente no cumple estrictamente los horarios de los medicamentos en la noche, esto tal vez explicaría el aumento de dolor por las noches.
T: Ya.	
P: Y ahí me la pongo... voy a ir al baño [la paciente va al baño, se para con dificultad y se traslada con la ayuda de unas muletas]	
T: ¿Necesite que la ayude? (la terapeuta ayuda a la paciente a pararse).	La paciente va al baño, luego regresa y se retoma la sesión.
[la paciente regresa del baño y enciende un cigarrillo] Fume, luego continuamos para que tenga las manos desocupadas.	
P: ¿Usted ha trabajo de psicóloga o no?	Al establecer un clima coloquial al esperar que ella fume su cigarrillo para continuar, la paciente trata de esclarecer dudas e incertidumbres que tiene respecto a la experiencia de la terapeuta, todavía no confía en ella, trata de evaluarla.
T: Sí ¿Me preguntas por atención en general o por el dolor?	

P: No, del dolor.	Al parecer la paciente le preocupa que la terapeuta tenga experiencia con el manejo del dolor con otras pacientes.
T: Sí, he visto a otras señoras.	
P: Y cómo están N.E	Al parecer a la paciente le preocupa más, saber que le pasará a ella.
T: Claro, cambia, pero es relativo... a veces con los tratamientos se ponen bien... a veces en el tratamiento se ponen mal, pero después se ven mejor.	
P: N.E.	
T: A una señora de Melipilla, yo veía.	
P: Pero usted no fue para allá.	
T: Sí.	
P: Medio pique... !guaui ¿Por qué no cobra?	La paciente quiere saber por qué la terapeuta no cobra ¿cuál es el pago?
T: Porque este es un trabajo que estoy haciendo, una investigación. Mi interés está en hacer esto y hacerlo bien, yo soy de la Universidad.	Se le explica que al ser una investigación se recibe una gratificación, que en este caso no es una cantidad de dinero, es una investigación; por lo tanto, no se le pedirá nada más.
P: Es su práctica.	
T: Sí, me sirve de práctica, pero no es mi práctica profesional, esa ya la hice... la hice en otra cosa... también con señoras, pero de otros dolores en violencia intrafamiliar... otro tema, otra cosa.	Se dan estas explicaciones para que la paciente tenga una respuesta a sus inquietudes sobre quien y por qué se realiza este trabajo.
P: Anoche estaba con mi marido, me viene a ver.	La paciente está separada y dice que su marido la visita continuamente.
T: Ah si, pero por lo menos acompañadita. ¿Está adolorida la pierna? ¿Está viendo médico en le Caupolicán Pardo, también?	Algunas pacientes reciben tratamiento en el Hospital Caupolicán Pardo.
P: No, me pusieron suero no más la otra vez.	
T: Ya.	
P: No sé que tengo.	Pregunta sobre su estado de salud, la paciente no sabe que su enfermedad ha quedado fuera del alcance de la medicina.
T: Y usted ¿les ha preguntado, Sandra?	La terapeuta no puede contestar preguntas sobre el estado de salud de la

	paciente, por eso se devuelve la pregunta, además se consulta para saber si ella ha preguntado por su estado de salud a los médicos.
P: No, me dicen nada.	La paciente dice no recibir respuesta a sus consultas sobre su estado de salud.
T: ¿En qué crees tú que cambiaría que te dieran esa respuesta?	Si la paciente no ha recibido respuestas, tal vez, se ha decido no informar sobre su estado de salud; su familia está enterada.
P: N.E	
T: No habría cambio, te gustaría que lo dijeran, pero ¿por qué te gustarían que te lo dijeran?	Piensa que su situación actual no cambiaría.
P: Para saber... para aprovechar a mis hijos...	
T: Pero eso igual lo puedes hacer. ¿Tu crees que si te lo dijeran harías más vida familiar estarías con los tuyos? Cuando le planteas a los médicos eso ellos no...	
P: [Responde que no ha recibido información, con un movimiento de cabeza]	
T: O puede ser que no lo sepan, también.	
T: Y ahora sin que te digan nada, ¿tú crees que podrías disfrutar más a tus hijos estar con los tuyos?...	La paciente no sabe sobre su pronóstico de vida. No se sabe si tendrá información al respecto, por eso se le plantea que puede hacer lo que quiere sin tener esa información.
P: Sí.	No lo dice muy convencida, lo dice en tono dudoso.
T: Su esposo la viene a ver siempre, me dijo.	
P: Por los niños viene...	Justifica la presencia de su esposo porque ha dicho que están separados.
T: Claro, ustedes están separados... y ¿estás tratando de disfrutar a tus hijos, a tu marido?	Se busca que la paciente haga las cosas que quiere hacer sin necesidad de tener claridad con respecto a su diagnóstico.
A veces es bueno decir las cosa sin esperar nada, para la tranquilidad de uno de decir las cosa que tiene que decir, hacer las cosa que tiene que hacer. A veces cuando las personas están enfermas se empieza a comportar de manera distinta, se muestran más los cariños, se dicen las cosas que no se habían dicho, independiente que la persona después se recupere. Sabiendo como estas tú ahora ¿qué cosas te dan ganas de hacer?	
P: Me gustaría caminar, salir con los niños.	La paciente quiere hacer las cosas que hacía antes.
T: Sí, pero ahora no lo puedes hacer.	Se trata de encontrar actividades que pueda hacer ahora.

P: Yo los iba a dejar al colegio a buscar al colegio...	Duelo por su vida anterior.
T: Y mientras tanto... Después les puedes ayudar a hacer las tareas... y ¿pasas con ellos?	Se plantea una actividad que eventualmente podría realizar.
P: Sí, paso con ellos no más.	
T: ¿Has estado muy triste?	Se indaga sobre su sufrimiento, la paciente se ve triste. El darle la oportunidad de expresar sus sentimientos de pesar puede aliviarla.
P: N.E	
T: ¿Qué otras cosas puedes hacer estando acá?. En este minuto porque a veces uno está enfermo, tiene que guardar cama, hasta en el trabajo te dan licencia porque uno tiene que tener reposo, tiene que cuidarse.	Se continúan buscando alternativas.
P: No me gusta estar en cama, por eso me vengo para acá (la paciente se sienta en un sofá en el patio).	
T: Sí, mejor que estés acá que cosas podrías hacer que no te complique mucho estando acá, que pudieras sentirte un poco mejor.	
P: Si lo único es la pierna [llega el papá de Sandra].	La paciente no encuentra más alternativas gratificantes.
Papá: ¿cómo está?	
T: Bien y usted.	
P: Estaba durmiendo de nuevo no la vi cuando se fue.	Se refiere a la sesión anterior.
Señora A: ¿estaba durmiendo cuando llegó?	Señora que ayuda a la paciente a hacer los quehaceres domésticos, amiga de la familia.
T: La desperté otra vez.	
Papá: ¿No se perdió?	
T: No, no me perdí incluso lo encontré más corto.	
Papá: oiga, sabe que ayer le trajeron una silla de ruedas se puso a pelear con la niña, la niña se fue llorando, se ha puesto más peleadora... a veces tiene que bajarse porque está sola... se a caído como 4 veces, 3 ó 4.	El papá confía en la influencia de la terapeuta, le pide ayuda. Al parecer la paciente se encuentra en uno de los cinco estadios por lo que pasa el paciente terminal, el estadio de ira (Kübler-Ross), aunque la paciente no tiene claro su pronóstico, la autora plantea que la mayoría de las personas tienen claridad de la cercanía de la muerte, aunque no se lo digan.
T: Ah, ya. ¿Te gusta hacer otras cosas, pintar, escribir?	Se le dan alternativas para que pueda desarrollar otras actividades, pero ella parece no interesarse.

P: No.

T: ¿En los dolores fuertes antes de la puntada percibes algo?

P: No.

T: El dolor a veces dura todo el día y qué haces en esos momentos.

P: Lloro, me desespero.

T: Después cómo se te pasa ¿tú crees que sería mucho pedirte que hicieras una cosa antes que te viniera ese dolor? Yo sé que cuando viene el dolor, uno se desespera y llora, pero tal vez... ¿pudieras darte unos cinco minutos para intentar algo distinto?

Se busca disposición para cooperar al comienzo de una crisis de dolor para intentar intervenir en la pauta del dolor, validando sus reacciones espontáneas cuando comienza una crisis de dolor.

P: [Dice que sí con un gesto, moviendo su cabeza].

Se consiguió la disposición para responder.

T: ¿Sí? Vamos a tratar de hacer las relajaciones que ayer hicimos te quedaste dormida, vamos a tratar que la aprendas a hacerlas y cómo casi siempre tú estás con alguien... que esa persona te ayude a hacerlo ¿me entiendes? Para que en caso necesario lo aprendas a hacer, por ejemplo, en la noche o cuando venga el dolor fuerte ¿tienes alguna molestia ahora?

P: Sí, la cola.

T: La colita. Ya dónde te duele.

P: Aquí [señala el coxis, se comienza a quejar]

T: del 0 al 10 ¿cuánto dolor tienes ahora?

Se mide el dolor con EVA.

P: [Señala 10]

T: ¿Ahora tienes un 10? Ahora tienes un dolor fuerte...

Ahora levanta esta mano... tu sabes que esta mano ha hecho muchas cosas para ti antes...

Y esta mano, Sandra te conecta con tu mente sabia... con tu inconsciente... tu tienes un cuerpo y una mente... y con tu mente muy alerta... vamos a respirar profundo... vamos a respirar... y vamos a tratar de hacer cosas para que esta molestia pueda tal vez permanecer, pero de manera distinta... [la paciente mantiene su mano izquierda en el aire] nos podemos concentrar en tu mano...

Y no sabemos en qué momento esta molestia va a empezar a desaparecer, puede que en este minuto sea imperceptible, pero sabemos que estamos haciendo un tipo de trabajo... que puede ser sorprendente...

Y nos vamos concentrando en nuestra mente porque sabemos que muchos partidos se ganan estando con la mente bien alerta (la paciente jugó básquetbol deporte

Comienza una crisis de dolor, la paciente experimenta uno de los dolores más intensos. Se intenta inducir trance mediante levitación de mano, con el fin de disociar a la paciente. Para esto se comienza a hablar en tono hipnótico y se construyen frases que llevan a la paciente a vivirse de manera separada. Se utiliza la metáfora de la mano que controla porque a la paciente le gusta controlar las situaciones, además si siente que puede controlar el dolor, su angustia disminuirá. Al no precisar el tiempo en el cual la molestia desaparecerá se entrega una sugestión que está protegida del fracaso.

que le gustaba)

[hasta el momento no refleja en sus gestos dolor intenso, se ha quedado inmóvil con sus manos apoyadas en la falda]

Sintiendo que tú llevas el control con tu mano es como darle botes a la pelota... puedes ir imaginado cierto lugar... podemos pedirle a tu mente inconsciente que te lleve a un lugar en el cual te sientas a gusto... vamos a ir contando mentalmente de 20 a 1 y cuando tu mano llegue abajo siente que te protege te cuida...

Estamos haciendo la preparación... y cuando tu mano llegue abajo... en una posición... te sientes en control de la situación con el gran respaldo que es tu mente inconsciente y siempre tenemos que recordar que tenemos ese gran respaldo... saber que tenemos dolores...

Molestias unos son de nuestro cuerpo... otros son de nuestra alma... y los dos son muy importantes... vamos a tratar de hacer cosas con él... para tratar de cuidar esos aspectos de nosotras... son aspectos que necesitan cuidado (sugestiones dirigidas a variables intrapersonales diferenciación del dolor emocional del dolor físico), atención...

Sugestiones que apuntan al control de variables intrapersonales. Diferenciación del dolor emocional del dolor físico.

El cuerpo tiene sustancias que pueden ser liberadas por tu mente inconscientes... y los vamos a ir mandando a esos lugares... donde sientas dolor... donde sientas molestia y eso se puede ir cambiando... algo que quema o algo que es muy frió... porque algo que quema o es muy frío también se confunde... calor... hielo... (sustitución sensorial)

Metáfora para aliviar el dolor. Además se entrega una sugestión de sustitución sensorial.

Y va cambiando se va degradando y va cambiando de postura... puede irse a nuestras manos a nuestras palmas (se intenta desplazar el dolor) y podemos llevar la molestia a nuestra manos a nuestras palmas y darnos cuenta cómo podemos tener control... podemos imaginar, podemos sentir o podemos oír... como nuestra mente libera esta sustancia que recorre nuestro cuerpo... se toma su tiempo y lo hace de manera cuidadosa y lo hace en las partes que más lo necesita...

Sustitución sensorial y desplazamiento de la sensación dolorosa.

Cuando uno toma un agradable baño... porque hay sensaciones agradables que nos han recorrido entero nuestro cuerpo... Siempre Sandra, después de una gran molestia viene una gran calma... una tranquilidad...

Sabemos cuando las cosas van a venir, pero nada es permanente... incluso en nuestros peores ratos... pero después viene la calma...

Tal vez, lo único que quiera nuestra mente inconsciente en esos momentos es acompañarnos... y sacar los mejores recursos... [se acerca uno de sus hijos y le dice que va a salir y la paciente no se mueve no hace ni un gesto desde que dejo sus manos sobre la falda] podemos estar bien... dejando que estas sustancias recorran nuestro cuerpo...

Maravillándonos y puede ser muy sorprendente... que esto lo hacemos con la intención de aprovechar los grandes momentos que tenemos en nuestra vida

Sugestiones dirigidas a variables interpersonales.

cotidiana...

Podemos estar con las personas que queremos... haciendo las cosas que queremos... incluso en las situaciones más extremas... el ser humano se las arregla para hacer cosas que son tan importantes...

Sugestiones para autohipnosis.

Por eso puede ser una ventaja... cuando sentimos esta molestia esta dolor... y ya sabemos poner en circulación, poner a correr nuestras sustancias naturales que funcionará de una manera tan armónica tan certera...

También podemos darnos tiempo para estar con nuestra mente inconsciente para sentir que nuestro cuerpo cobra armonía para sentirnos frescos atentos... darnos cuenta de las cosas que son importantes para el alma... y compartirlas con quienes queremos... también tenemos el espacio para traer a nosotros la sabiduría que nos guía...

Porque todos sabemos, como en el básquetbol, que el tiempo es corto... pero se tiene que hacer grandes cosas en corto tiempo... correcto... entonces cuando nos tomamos un minuto que mejor que sentir el apoyo de nuestra mente inconsciente... que nos llevara ayuda donde la necesitemos...

Sugestiones posthipnóticas para autohipnosis.

Solamente concentrándonos en nuestra mano... que puede que la levantes por ti misma o que alguien te la levante... y que tú tengas la intención de conectarte con tu mente inconsciente y con el control que puede tener tu mano que es comandado por tu mente...

Sugestiones autohipnóticas, dirigidas a entrar en trance en los momentos iniciales de una crisis de dolor.

Y como en un buen partido... es absolutamente necesario hacer los cambios que consideres pertinentes... como liberar sustancias que recorran tu cuerpo... soltar las partes que están tensas... desatar nudos... solamente darte el tiempo que pueden ser unos minutos...

Sugerencia para aprovechar el momento presente.

Y ver como esas sensaciones lentamente van cambiando... cambian y cambia... hasta que podemos mirar las cosas con distancias con sabiduría para luego integrarnos y aprovechar todos los minutos... todos los momentos...

A veces no nos damos cuenta que es lo más importante y dándonos un minuto podemos saber qué es lo más importante y ahora que hemos aprendido esto... Sandra que tú sabes muy bien como es...

Sugestiones para reincorporarse. Sugestiones dirigidas a variables intrapersonales, emociones relacionadas con el dolor. Además, se entregan sugerencias para aprovechar el momento presente y relaciones afectivas.

Puedes ir volviendo lentamente... sabiendo que tus dolores del alma pueden ubicarse también en tu mano... y puedes tener la sabiduría para poder manifestar y hacer las cosas que necesites hacer, decir lo que tienes que decir, recibir lo que recibas... darte cuenta del amor y del cariño que puede haber a tu alrededor... la gente tiene maneras tan distintas de manifestar el amor... porque cada ser es distinto... un saludo, una presencia, unos buenos deseos... la pena del otro...

Metáfora para flexibilizar juicios.

Uno tiene una forma de ver las cosas, pero existen otras formas... es importante a veces ver la vida como una águila... ver todas esas formas todos esos detalles... tu mano que te ha entregado tantas satisfacciones en la vida ahora te muestra como entrar a tu mente inconsciente, es

un regalo que te da tu mente inconsciente (fin primera parte de cassette)

Sugestiones posthipnóticas para autohipnosis.

Y cada vez Sandra que levante tu mano o que otra persona te levanta tu mano... y te guíe a tu mente inconsciente... cada vez será más fácil para ti entrar en este estado... y puede ser sorprendente... casi un juego...

Sugestiones para reincorporarse con sensaciones de bienestar. Se evalúa la condición de la paciente

Sandra lentamente puedes ir volviendo... te puedes ir reincorporando cómoda, agradada, tranquila... llegando... ¿cómo estás?

P: Queda poquita.

Ha disminuido el dolor.

T: Despertando de esta relajación profunda y lo que vamos hacer Sandra ahora, te puedes ir reincorporando, vamos a volverlo hacer para que tú te des cuenta que lo puedes hacer rápidamente... para que lo puedas utilizar cuando necesites hacerlo ¿O.K?

Se le pide a la paciente que se reincorpore, luego se intentará que experimente otro para que pueda hacerlo con más facilidad en el futuro.

Cuándo tu levantes esta mano es la señal que te has reincorporado (se señala la mano derecha) [la paciente sube su mano derecha] que estás más alerta porque a veces uno sale un poco atontada de esta relajación.

Y los remedios están bien te los tomaste un cuarto para las doce. ¿cómo te siente ahora? (se habla en tono normal).

P: Un poco.

T: Y cuando estabas en ese estado ¿qué sentías?

P: N.E.

T: Y ¿no se pasó nunca ese dolor? Y te hacía sufrir ese dolor?

P: Sí [señala moviendo su cabeza]

T: Sí. Vamos a volver para que este dolor no te haga sufrir tanto ¿ya?

Inducción del trance mediante levitación de mano.

Entonces cada vez que te concentras en la mano la puedes mirar (la terapeuta toma la mano de la paciente y la levanta)

[Sandra se ve un poco confundida sin gestos de dolor mira tranquilamente su mano]

Puedes cerrar tus ojos [la paciente cierra sus ojos]

Correcto y te vas a tu mente inconsciente que es tu mente cuidadora... y vamos a pedirle a tu mente inconsciente que es tu mente cuidadora y es la que sabe más que nosotros... más que yo y más que tú... porque es la que siempre ha estado contigo... que vaya señalando los caminos, las formas a esta mano que tiene el control...

Como irnos alejarnos de este sufrimiento y de esta molestia o como irlo trasladando... cambiando... ¿qué es lo que irá a hacer tu mente inconsciente?... para que te sientas bien... y seguramente cuando tu mano llegue a tu falda... tu mente inconsciente habrá hecho algo...

Sugerencias de disociación y desplazamiento de la sensación dolorosa.

Puede que cuando llegue tu mano a tu falda... las molestias se cambien... o quiera que empieces a desconectar los circuitos que llevan la información de dolor, porque ya se ha recibido la información del dolor [las manos llegan a la falda de la paciente]... ¿cuál será tu manera, Sandra? La que estamos investigando en este momento... y es la razón por la cual converso contigo...	Sugerencia que evoca múltiples alternativas.
P: Me dijo la señorita... G que había una psicóloga que conversara con ella porque me hacía falta porque depresión muy grande [la paciente abre los ojos y permanece inmóvil y habla lentamente]	La paciente habla en estado de trance, al parecer los problemas emocionales son importantes, los ha mencionado anteriormente.
T: Que tenías una depresión muy grande, ya..	Se acompaña a la paciente.
P: Una depresión angustiosa muy grande (pasa un avión no se entiende la grabación)	
T: Ya, ¿entonces tu mente inconsciente querrá que nos preocupemos de esa angustia esa depresión tan grande? Y eso, también lo podemos manejar con nuestra mano, Sandra... Con nuestro inconsciente pidiéndole ayuda... podemos pedir traer la información que necesitemos saber para nuestra depresión para nuestra angustia... como ese medicamento para esa depresión para esa angustia... muchos veces cuando nos sentimos deprimidos, nos sentimos como en un hoyo...	Se utilizan las mismas palabras de la paciente, parece ser el aspecto más importante para ella en este momento, por eso se ofrece una manera de trabajarlos "hipnóticamente".
Algún motivo una necesidad que no está siendo cubierta o tal vez está siendo cubierta, pero nosotros no nos hemos dado cuenta... porque tal vez, queremos que sea de una manera y la vida nos está entregando lo que necesitamos de otra manera... En este minuto que tú te das tiempo vamos a darle espacio a esa depresión...	Sugerencias dirigidas al control de variables intrapersonales que pueden influir en la sensación dolorosa.
La vamos a mirar con la vista del águila, con la sabiduría del águila... quién mejor que nosotros sabemos lo que necesitamos... podemos ver... como cada cosa en la naturaleza tiene su ciclo tiene su ritmo... el árbol recibe su agua, el sol... no de la manera que él quiera... sino de la manera de que la naturaleza se la entrega en forma armónica...	
Y... podemos pedirle consejo a la mejor parte de nosotros mismos... porque hay una parte que está muy triste... muy enojada... lo cual es válido... pero esas penas, enojos y tristezas las vamos a dejar en nuestra mano... no es justo que recibamos más cosas de parte de nosotros mismos...	
En orden nos ocuparemos de cada cosa en su lugar y en su minuto... de nuestros dolores físicos, de nuestros dolores del alma... compartir con otras personas y algunos de estos dolores que pueden ser tan profundos, Sandra lo generamos nosotros mismos...	Separación de los dolores físicos de los emocionales.
Y también tenemos otro aspecto de nosotros mismos que es nuestro aspecto más sabio... más eterno... que está presente en este minuto, lo puedes pensar, al respirar lo puedes sentir o lo puedes haber visto con esta vista de águila y estas necesidades pueden ser atendidas con protección con amor, con respeto... podemos dar un	

regalo a ese sufrimiento que no signifique que se va a olvidar de él, sino un regalo que simbolice el respeto... y el ver las cosas de distintos puntos da una amplitud, en las manos podemos poner nuestras emociones... y de lo que se trata es que estas emociones estén a nuestro servicio y no castigándonos...	
Como cada día puedo ser más amorosa conmigo misma... como me puedo sentar de manera amorosa... como puedo respirar de manera amorosa... como puedo percibir el amor que está en el aire en la naturaleza... a mis seres queridos... cada vez que uno percibe esto puede ir contagiando a la gente con esto... esto que es tan etéreo que está en el aire... tal vez... tienes la capacidad, más que nadie de darte cuenta de las cosas que son importantes... cuando estamos deprimidos es porque hemos visto las cosas de una manera inapropiada... correcto [respira profundamente]	Sugerencias para autocuidado.
Estamos viendo las cosas como cuando a los caballos les colocan cosas en sus ojos para que vean las cosas de una sola manera, para que no vean la vida le ponen esas anteojeras... pero la naturaleza del caballo es ver la vida... es estar sin esas anteojeras... ver la cosa de manera más amplia...	Metáfora que pretende flexibilizar juicios.
Hay muchas maneras... esa parte de nosotras que se siente deprimida y que seguramente va a estar por un tiempo... se puede sentir más cómoda al sentir que la estamos respetando... que le estamos dando un lugar... un espacio y ahora que tiene un espacio... las sensaciones físicas de desagrado podemos irlas desconectando con confianza...	Sugerencia para disminuir el dolor al separar el dolor físico del emocional.
El cuerpo tiene unas luces con colores que las podemos ir apagando... podemos ver el color de esas áreas que te resulten incómodas y uno sabe que estando en un lugar puede que se empiece a adormecer y las sensaciones sean incómodas, pero no dolorosas... Podemos desconectar los alambres...	Sugestión del control del síntoma en luces; además se entregan sugerencias de cambio de la sensación dolorosa.
Y puede que haya una parte que no crea, pero eso no importa a la parte que no crea le vamos a dar su espacio... la vamos a dejar ahí nos puede mirar... incluso nos puede dar sugerencias... cómo hacemos la desconexión... Como un observador que mira...	Sugerencias que protegen de la duda.
Y ocuparnos de las cosas que tenemos que ocuparnos... podemos compartir los sentimientos más profundos, nuestra sabiduría más profunda... cuando desenchufamos es una muestra de amor y cuidado y por eso, solo por eso lo hacemos... desconectando todo lo que tienes que desconectar para que tú no sientas las molestias...	Sugerencia que une la necesidad afectiva de la paciente con la estrategia del "símil del interruptor eléctrico" en la cual se le pide a la paciente que desconecte cables, apague receptores, etc.
Puedes subir una de tus manos... abriendo los ojitos reincorporándote lentamente, sintiéndote tranquila.	Sugestiones para reincorporarse con sensaciones de bienestar.
P: [Despierta se le ha pasado el dolor de la espalda ahora le duele la pierna].	El dolor disminuyó, la paciente no experimenta una crisis de dolor. Ahora siente un dolor

T: Ahora Sandra te voy a pedir que tu trates de sentir, de imaginarte que tu metes tu pierna en el agua fría... Estamos en la playa, en la piscina, en el río... puedes sentir como el agua fría... puedes sentir la sensación... [la paciente se encuentra inmóvil con los ojos cerrados] Puedes sentir las piedras y tu pie en el agua fría... y con el agua fría uno comienza a perder la sensación y eso puede ir subiendo desde tu tobillo... hasta que llegue a la mitad de nuestra pierna... más agua fría en la pierna y liberamos sustancias y la vamos a meter en el agua fría...

Y recordando que tenemos sustancias en nuestro corazón y en nuestra cabeza que saben como hacer su trabajo... lentamente esas sustancias comienzan a bajar, junto cuando baja la temperatura... baja la sensación podemos ir bajando los números a 6 a 4... Mientras miramos el agua fría en nuestro pie... van bajando los números... correcto...

Las sensaciones en nuestra pierna una sensación de entumecimiento nuestra pierna se acostumbra a al nueva temperatura... correcto...

Uno puede ser... correcto... nuestras sustancias internas... hayan hecho su trabajo... sabiendo que puedan existir una mínima molestia... vamos a tener nuestro pie en el agua cuanto necesitemos... sabiendo incluso que puedes tener la sensación de agua fría por el tiempo que lo necesites... puedes poner tu pie en el agua fría incluso estando sentada [la paciente se encuentra sentada inmóvil] y puedes reincorporarte [la paciente está totalmente inmóvil].

en su pierna.

Se intenta inducir analgesia mediante la evocación de una alucinación positiva de frío intenso en la pierna. Para esto se recurre a una escena común, introducir el pie en agua fría.

SESIÓN 3.

PACIENTE: 1.

FECHA: 2 de Marzo de 2001.

LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia, Stgo.

ESTADO FÍSICO: la paciente camina con dificultad ayudada por unas muletas, ha tenido problemas de estreñimiento y dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia. En su afectividad continúa la sintomatología depresiva: tristeza, miedo y ansiedad.

HIPNOTERAPIA: en esta sesión se pudo inducir un trance, en tres oportunidades, la paciente pudo disminuir un dolor intenso. Fue difícil inducir trance durante la crisis dolorosa, pero lo logró y disminuyeron sus molestias.

RED DE APOYO: Buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 8.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 8.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 10.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 2.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 1.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 3 horas.
b) Dolor base: constante.

SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA3-2.
b) Duración del alivio de la sesión anterior: 2 horas.

TRATAMIENTOS: medicamentos para aliviar el dolor morfina, 20% catéter c/4 hrs. (pero utiliza cada 2 hrs. en el día) Diazepam 10 mg en la noche, Piroxicam (no recetado).

RESUMEN:

La paciente se sintió bien después de la sesión anterior, la disminución del dolor se mantuvo por 1-2 horas, luego aumentó levemente y se mantuvo por seis horas, después se presentó una crisis de dolor (EVA 10) que se prolongó por tres horas y que por momentos no le causó sufrimiento, esto último según ella, por haber asistido a un templo evangélico.

La paciente no practica autohipnosis, dice haberlo intentado, pero no puede hacerlo sola; tal vez tenga tanta dificultad porque sólo intenta experimentar el estado hipnótico cuando experimenta las crisis de dolor.

Durante la sesión se indujo trance. En un principio para mejorar el aprendizaje de la autohipnosis, se trató de realizar una inducción menos directiva, pero a la paciente no le gustó, prefería ser guiada; si bien la paciente se relajó no dio señales de estar en un trance profundo.

Luego se indujo un nuevo trance que tenía por finalidad controlar una crisis de dolor (EVA 10). La inducción durante ese momento fue difícil, pues el dolor no le permitía concentrarse, sin embargo, la paciente logró experimentar trance y disminuir el dolor .

Luego de bajar el dolor, la paciente presentó un dolor moderado, por lo que se indujo trance por tercera vez, esto permitió que finalizara la sesión con un dolor leve (EVA 2).

T: ¿Te estás moviendo así no más?	La paciente se para con dificultad para ir al baño, la terapeuta pregunta si no tiene nada para ayudarse a caminar.
P: Con esto y con las manos.	La paciente señala una muleta que está más lejos.
T: Ya, tienes que buscar maneras que te ayuden.	
P: Sí, para ir al baño.	
T: Me voy a sentar más acá.	
P: Corra la silla no más.	
T: Así que te has sentido más ó menos, dices.	
P: Sí.	
T: ¿Sí? Ayer después que me fui ¿cómo te sentiste?	La terapeuta evalúa los resultados de la sesión anterior.
P: Bien.	
T: Bien... ¿Qué hiciste ayer?	
P: Quedé toda la tarde acostá ahí donde estaba, dormí toda la tarde.	La paciente durmió después de la sesión anterior.
T: Dormiste toda la tarde. Y el dolor ¿cómo anduvo, Sandra?	Se evalúa el dolor.
P: Más ó menos.	

T: ¿Poquito, moderado?

P: Sí, sí... si es la pierna la que me jode.

T: Mmm.

P: Como no hacerme un tratamiento, digo yo... quiero que me hagan algo.

T: Yo hablé con la matrona y le dije también a G como estabas... y la señora A me dio la recomendación que colocaras tu pierna en alto... que no te hicieras masajes porque el medicamento que estás tomando Neocintrón es una anticoagulante.

P: Sí.

T: Es para disolver... porque a veces se forman pequeños coágulos de sangre.

P: Sí.

T: Pelotitas... entonces si tú te haces masajes esas pelotitas se pueden ir a otra lugar y puedes tener problemas, entonces por eso tienes que tratar de poner tu pierna en alto y tener reposo absoluto, no tienes que andar caminando. La forma de cuidarte es cuidar la pierna de esa manera, en este tiempo no andar caminando, no hacer cosas.

Se le entregan a la paciente las recomendaciones dadas por la matrona; su marido le frota las piernas cuando tiene crisis de dolor, por este motivo se enfatiza dicha recomendación.

Porque uno de espíritu y de fuerza... aunque le cueste le gustaría andar caminando y todo... pero para que te sientas mejor vas a tener que guardar un tiempo de reposo.

P: Sí, si sé... pero es que no puedo tampoco. Por ejemplo, la necesidad de ir al baño.

T: Está bien, tienes que ir al baño, pero trata de hacer las cosas de manera que tu pierna trabaje lo menos posible, usa las muletas y que esté lo menos posible abajo.

P: Sí, voy al baño ¿me espera un ratito?

La paciente va al baño.

T: Sí. (silencio)

T: Tienes que tomar harta agua ¿estás tomando agua?

Recomendación dada por la matrona.

P: Sí.

T: Tienes que tomar mínimo dos litros.

Recomendaciones dadas por la matrona.

P: Sí, mucha agua.

T: Comer frutas, comer verduras.

Recomendaciones dadas por la matrona.

P: Ya.

T: Y puedes usar un laxante que se llama Bilaxil

Recomendación dada por la matrona.

P: Bilaxil ¿anótemelo?

T: Ya y otro que se llama Dufalac cualquiera de los dos.

P: Ese se toma.

T: Pregunte en la farmacia. A mí me dieron el nombre solamente. Aquí te voy a anotar todo ¿ya?

Todas las recomendaciones se le dan escritas.

Estos son los laxantes... tomar agua mínimo 2 litros... porque con la morfina vas a perder líquido y te va a costar hacer pipi (explicación dada por la matrona)

P: Sí, me cuesta.

T: Ya... y para ir al baño... comer frutas y verduras... eso te va a ayudar para la digestión, aprovecha de comer ciruelas, todas esas cosas... la pierna en alto... y no hacer masajes.

P: Bilaxil y Dufalac... ya.

La paciente lee las recomendaciones escritas.

T: Y el Neocintrón ¿lo tomas hace muchos días?

P: Sí, hoy no tenía que tomarlo, tengo que tomarlo en tres días más y de ahí tengo que tomarme la cuarta parte.

T: Ya. Lo otro que me consultaste... para cambiarse al Hospital Caupolicán Pardo, no te pueden dar el informe desde el hospital, creo que el doctor había hablado contigo... si te reciben está bien, pero no pueden ellos hacer el trámite de enviar pacientes que les correspondería atender a otro hospital ¿Ya?

La paciente le había pedido a la terapeuta que preguntara si podían darle un documento para cambiarse de hospital para ser atendida por su dolor.

Y respecto a las horas no me dijeron nada, les dije que tenías hora para tres meses más y no me dijeron nada (la terapeuta informó a las matronas del estado de la paciente y para cuando tenía hora pare el médico que la trata por la pierna)

La inquietud fue comunicada a la matrona quien explicó las razones de la negativa, además tenía conocimiento de la petición de la paciente, pues se la había manifestado a ella y al médico en una oportunidad anterior. En aquella ocasión se le dieron los mismos motivos.

P: Por la pierna.

T: No sé a lo mejor tu puedes consultar. Querías ver médico particular ¿me dijiste?

La paciente quería ver un médico particular para tratar su pierna. Esta inquietud también fue comunicada a la matrona del hospital.

P: Sí, no aguanto más.

T: Yo no conozco a ningún médico, les pregunté y no me dijeron nada... eso lo tienes que ver tú.

P: Yo no conozco a nadie, ¿me puede averiguar algo...?

T: Voy a seguir averiguando...

Sandra ¿Cuál es tu otro apellido?

P: Responde no se anota el nombre por razones de privacidad.

T: Ya. Entonces ¿ayer cómo te sentiste cuando me fui?

P: Bien.

T: ¿Bien? ¿Has tenido los dolores grandes?

P: En la tarde.

T: ¿ A qué hora?

P: Como las ocho y media.

T: Ayer desde que me fui ¿hasta qué hora estuviste bien?

P: Como una hora dos horas.

La paciente piensa que tuvo un alivio de un par de horas, pero al consultarle por los horarios de la aparición del dolor se evidencia que la paciente estuvo aproximadamente 6 horas sin dolor intenso.

T: Ya.. ¿a qué hora empezaron a venir fuertes?

P: A las ocho más, menos.

T: Como las ocho... porque yo me fui de aquí a las dos.

Como a las ocho de la noche la paciente tuvo una crisis de dolor.

P: Sí, pero eran punzá suavecitas... después como a las ocho vinieron las punza fuertes.

T: Ya.

P: Lloraba de dolor.

T: Ya y ¿trataste de hacer el ejercicio que hicimos?

Se pregunta para saber si la paciente ha intentado la autohipnosis.

P: Sí.
T: ¿Y?

P: No me resultó sola.

La paciente dice que no puede realizar autohipnosis.

T: No le resultó. Ya y ¿qué hiciste?

P: Lloré... después salí... fui a una Iglesia, la señora Angélica me llevó y como que se me quitó cuando salí.

Al parecer el dolor disminuyó un poco cuando la paciente salió.

T: Ya ahí se te quitó un poco y ¿cuánto te duró, Sandra?

Se consulta para saber la duración de la crisis de dolor.

P: De vuelta ya no tenía nada.

T: Ya, salir te hace bien, también... si puedes, entonces vas a tener que salir...

Y lo otro es una sugerencia... velo tú, lo que te había ofrecido no sé quién, una silla que te habían ofrecido, tal vez sería bueno que lo

Se muestra a la paciente que salir es una ayuda para disminuir el dolor. Además se sugiere utilizar una silla de ruedas para que la paciente pueda desplazarse más fácilmente. Esta fue ofrecida anteriormente por una amiga,

hicieras... porque a veces hay situaciones en la vida que debe usarlo, como uno usa una bota de yeso... eso no significa que no vas caminar nunca, ni eso es para siempre... Lo que pasa es que tú ahora necesitas más cuidado con tu pierna y estar esforzándote a lo mejor te va a perjudicar... necesitas hacer cosas que te hagan bien ¿podría ser?	cuando esto sucedió la paciente reaccionó con mucha rabia, negándose rotundamente, e insultando a las personas que se la trajeron. Por esto se hace la sugerencia con cuidado.
P: Sí.	Parece tener mejor disposición para aceptarla.
T: A lo mejor podrías tener más movilidad hacer otras cosas.	
Ya ayer me dijiste que lo intentaste hacer, pero no te resultó y estabas sola ayer o había alguien más acá.	Se consulta sobre el intento de autohipnosis.
P: No, estaba sola.	
T: Estabas sola.	
P: Paso sola.	
T: Ya... y mientras estás acá, Sandra ¿cómo has estado?	
P: Sola... me siento mal sola.	La paciente sufre por estar sola.
T: Te sientes mal... y de tu depresión ¿cómo estás?	Se le pregunta por la depresión porque es la paciente ha dicho que tiene una depresión angustiosa.
P: Igual.	Al parecer el sufrimiento de la paciente no ha disminuido.
T: Bueno tú dices que pasas sola... y en la tarde ¿te vienen a ver?	La paciente había relatado que en la tarde recibe la visita de amigas que la vienen a ver.
P: En la noche... cuando yo quiero acostarme, ya.	Al parecer le molesta el horario en que es visitada, por otra parte, se queja de soledad en que se encuentra.
T: Todos trabajando vienen a esa hora y ¿otra cosa que te entretenga que puedas hacer?	
P: Nada.	
T: Leer.	
P: No. [la paciente se queda en silencio mirando fijamente].	
T: ¿En qué piensas?	
P: En todo lo que me pasa.	
T: Y ¿qué te dices a ti misma sobre lo que te pasa?	Se trata de explorar los pensamientos de la paciente.
P: Qué porque a mí...	Fase de irritación (Klüber- Ross).
T: Ya... lamentable lo que pasa... ¿qué piensas	

ahora? [la paciente mira fijamente].

P: Nada estoy mirando el árbol.

T: Ayer cuándo vino el dolor ¿vino cómo siempre? ¿ayer te dio una crisis de dolor?

Se evalúa las posibles crisis de dolor.

P: Sí.

T: Una en la tarde y ¿en la noche no tuviste?

La paciente tuvo sólo una crisis de dolor en la tarde.

P: A veces no duermo nada.

T: ¿Anoche dormiste bien?

P: Sí.

T: Tuviste esa crisis fuerte como a las ocho y después dormiste bien en la noche. Y en otras oportunidades has tenido que despertar varias veces en la noche porque has tenido varias crisis de dolor.

Antes la paciente tenía que despertar varias veces en la noche porque tenía varias crisis de dolor en una noche.

P: Sí.

T: Ya y ¿este dolor, Sandra te dura una hora, quince minutos, no sé? A ver a las ocho más ó menos vino ese dolor ¿cierto? y ¿a qué hora se...?

Se trata de evaluar la duración del dolor.

P: Quitó... llegué como a las once y media.

La paciente reporta que el dolor disminuyó muy poco hasta las once y media. Durando la crisis de dolor tres horas y media aproximadamente.

T: Pero antes ¿ya se te había pasado?

P: Un poco... muy poco.

T: Y ¿hubo un cambio? Porque a lo mejor estando en la Iglesia el dolor era el mismo, pero a lo mejor, lo percibías de otra manera.

Se trata de buscar eventuales cambios en la sensación dolorosa.

P: (N.E)

La sensación continúo sin cambios importantes durante tres horas y media aproximadamente, pero no provocó un sufrimiento intenso como en otras oportunidades.

T: Sí, sufrías menos ahí... una cosa es sentir el dolor y la otra es sufrir mucho por el dolor.

Entonces pueden haber dolores que tu puedas sufrir un poco menos aunque estén muy intensos... ¿sí? Y hoy en la mañana ¿no has tenido dolor?

P: No.

T: Y en estos días ¿qué dolor has tenido? 0 es nada de dolor 10 es el dolor máximo dolor.

Se consulta por el dolor promedio.

P: Ocho.

T: ¿Un ocho? ¿es el que has tenido

permanentemente? Y tienes dolor ¿sólo en la pierna?

P: En la colita.

T: También y ¿son de los mismos o hay uno que duela más que el otro?

P: No, casi igual...

T: ¿Acá en la colita y en la pierna? ¿ahora qué dolor tienes?

P: Debe ser por debajo de los más fuerte.

Se evalúa el dolor actual de la paciente.

T: ¿Es ocho el dolor que tienes?

P: Más ó menos.

T: Entonces este dolor baja... y ¿baja sólo hasta ocho?

P: Sí.

T: Ayer cuando trabajamos... ¿con cuánto dolor te quedaste?

Se evalúa el dolor al finalizar la sesión anterior.

P: Tenía como un dos más ó menos.

T: Un dos... oh... super y otras veces... ¿tú sientes que se bajó hasta dos?

P: Sí.

T: Entonces ¿hay momentos en el día que se puede bajar hasta dos sin hacer nada?

P: Ah, No.

T: ¿No? Cuando trabajamos solamente baja hasta dos.

El dolor puede bajar hasta dos con hipnosis.

P: Sí.

T: Sólo cuando trabajamos... cuando hacemos los trabajos ahí baja hasta dos .

P: Sí.

T: Ya. ¿ Tú sabes si va a venir tu papá más tarde?

Se consulta porque se quiere enseñar al papá de la paciente técnicas que le permitan ayudar a la paciente a entrar en trance.

P: No creo.

T: Ya, otro día que venga ojalá esté tu papá o alguien para que aprenda hacer lo que hago... no es difícil, para que te ayude ¿Ya?

Entonces la próxima vez vamos a tratar de hacerla con alguien más... como tu estás recién empezando lo más probable es que no te resulte, como pasó ayer, ¿ya? Pero es parte de lo que está empezando a aprender... y como estás mucho tiempo sola en momentos en que se te

ocurra puedes hacerlo para ver qué sucede... que te pasa... que parte no entiendes... o para que me digas que todavía te cuesta... ¿Me entiendes? Empezar a practicarlo... como un juego... para ver cómo puede ser ¿Ya?

Sugestiones para autohipnosis.

Tú lo puedes hacer... levantas tu mano y cuando sientas que tu mano está flotando en el aire tú te concentras solamente en tu mano, Sandra ¿me entiendes? No tienes que esforzarte mucho, tienes que concentrarte en esta sensación que produce el aire ¿no cierto? Cuando te envuelve tu mano... y tu cuerpo se acostumbró a esta sensación y va a empezar a hacer muchas cosas sin que te des cuenta.

Sugestiones para autohipnosis se da énfasis a la autonomía de la paciente para evitar dependencia.

Al principio puede que no te des cuenta porque es algo nuevo, pero si lo practicas, lo practicas... va a ver un momento que es igual que encontrar una puerta, tú vas a saber cómo entrar a este estado que accedes a tu mente más inconsciente ¿ya?. Porque lo que yo hago es ayudarte, pero la capacidad es tuya ¿me entiendes? O sea, tu cuerpo, tu organismo tiene la capacidad de hacer esto de poder relajarte de hacer todas esas cosa y te puedes ir acordando de ciertas frases que dijimos.

Inducción de trance mediante levitación de mano.

Entonces tu vas a levantar tu manito (la terapeuta levanta la mano izquierda de la paciente)... y vas a sentir esa sensación, puedes cerrar tus ojos porque parece que para ti es más fácil con los ojos cerrados [la paciente cierra sus ojos] y vas a comenzar a respirar... es como cuando aprendes a manejar ¿tú sabes manejar?

P: No [la paciente baja las manos].

T: Bueno, esto al principio uno piensa que tiene que hacer... esto lo otro... después se va automatizando, se va haciendo de forma rápida... uno no tiene que pensar mucho es como... cuando uno cocina de forma automática... y de repente uno lo hace rápidamente porque está apurada.

Todo se dice en tono normal, como una explicación no se utiliza tono hipnótico.

Esto de colocar al mano es lo primero, es decir sí vamos a empezar a hacer un trabajo.... Tú levantas tu manito la colocas en el aire, te concentras en tu mano y cuando te concentres en tu mano tal vez, también vas a tener molestias... ¿me entiendes? Lo importante es que empieces a hacer el trabajo antes que vengan esas crisis grandes que lo practiques con dolores que no sean tan molesto, para ver que pasa no más...

Siempre a lo mejor va estar la molestia, pero tú tienes que optar en ese minuto, si tú te concentras en tu mano (levanta al mano nuevamente) o en la molestia, porque la molestia igual va estar y va a permanecer por algunos momentos y a lo mejor... no va a bajar todo lo que queremos que baje...

Pero lo importante Sandra, es que llegues a este espacio para tener un poco de tranquilidad

contigo misma ¿me entiendes? Porque hay un espacio en el que uno puede estar más tranquila con uno y los dolores no te pueden afectar tanto, y a veces sucede que también pueden ir disminuyendo ¿Sí? ¿tienes alguna duda?

P: Me da sueño cuando me habla.

La paciente comienza a entrar en trance fácilmente al hablarle.

T: Te da sueño. Está bien, está bien. Te estás empezando a relajar (silencio).

Sandra, ahora quiero que empecemos... aprovechando que tienes sueño... quiero que hagas lo que te dije recién... yo te voy a estar mirando... toma tu mano con la otra mano [la paciente toma su mano con la otra mano, pero la tiene en el aire antes de empezar, se corrige para que pueda levantar la mano].

Se intenta que la paciente realice el ejercicio con la menor ayuda posible.

No, todo de nuevo, la mano abajo, la mano abajo, pon tu mano en tu falda o en un lugar apoyada... [la paciente sigue las instrucciones].

Ya, entonces mira tu mano, Sandra es importante que tú la mires [la paciente mira su mano].

¿Estás despierta? ¿Estás lucida?... entonces la tomas con cuidado porque vamos a hacer un trabajo de cariño... tomas tu mano y la suspendes en el aire... ¿ya?

Toma tu mano [la paciente toma su mano].

Ya... suelta tu mano... mírala un momento... puedes cerrar tus ojos y concentrarte en esa sensación

[la paciente cierra sus ojos] (silencio).

Ya y vas a respirar... y en este momento lo más importante para ti es concentrarte en tu mano y es solamente ir sintiendo tu mano... Ya y puedes permitir que esta mano esté ahí... sentir como flota y vas sintiendo que estás preparada para algo...

Abres la puerta exacta en la que comienzas a hacer tu trabajo y empiezas a flotar... y después dejas...

Te concentras en tu mano en esa sensación de liviandad de relajación que da el aire... y puedes querer que tu mano siga ahí que permanezca... o tu mano lentamente puede ir bajando... y cuando tu mano baje....

Será la señal que están bajando a tu cuerpo las sustancias que están en tu cerebro y que te van a permitir llevar lo que necesite tu organismo...

Y las cosas que necesites... pueden ser muchas o variadas, eso no importa... Puede ser que necesitemos disolver algunas pelotitas que tengamos... que andan por nuestra sangre... y este tiempo lo vamos a utilizar... para entregar a

nuestro cuerpo las cosas que necesite, nuestra mente sabia se encargará de esto...

Y aprovechando este momento puedes descansar profundamente... de manera que ahora que descansas puedas acomodarte... [la paciente baja sus manos y se relaja].

Correcto... puedas respirar profundo... Correcto [la paciente inspira]

Llevar a nuestro cuerpo el oxígeno que necesita... la respiración nos puede ir limpiando... botando las angustias que tenemos incorporando las cosas buenas...

Porque tal vez lo que no sabemos en este tiempo que nuestro cuerpo y nosotras mismas nos hemos tomado un minuto para preocuparnos de nuestro cuidado, de todos nuestros detalles... y le vamos enviando luz a todas estas partes del cuerpo... Porque estamos en un espacio, Sandra que está más allá del dolor y el sufrimiento....

Un espacio... es un espacio que tenemos toda la sabiduría, todo el amor y que nos puede ayudar cuando volvamos a reincorporarnos... Podemos ir sintiendo esa luz... vamos sintiendo esta luz que llena nuestro cuerpo que le entrega la energía que necesita... que nos da la sabiduría para hacer los cambios que necesitemos hacer y para aceptar las cosas que no podemos cambiar... porque uno no sabe cuales son los misterios de la vida... y podemos quedarnos confiando en esta luz blanca... sintiendo las cosas que le dice a nuestro corazón... nuestro corazón se abre... van saliendo los temores las angustias...

Porque en este espacio en que estás, estás más allá de tus emociones... Puedes respetar, todas las emociones, se respetan... Puedes darle su lugar, lo mismo que nuestras molestias, pero es conveniente que sepamos... rescatar y dejarnos en este espacio...

Yo me pregunto que si tu mente inconsciente ¿considera que es apropiado que llegues ahí o si habrás llegado a este espacio?... Puede querer darnos una señal que puede ser que uno de tus dedos se mueva... como señal de... (la paciente mueve su dedo índice).

¿Sí?... Correcto... Está disfrutando este espacio... Correcto... y eso a sucedido sin que tú hagas nada... que estés en este espacio vamos a dejar que estés ahí... y que tu mente inconsciente traiga a ti las cosas que necesita... que necesitan tus emociones... que necesita tu cuerpo... que necesita tu razón para tomar las mejores decisiones... todo lo que necesitas... rodeado de esta luz que nos da paz... nos da tranquilidad, nos da un bienestar absolutamente... tal vez, antes desconocido... pero muy real... Porque tú lo estás aprovechando... Puedes quedarte otro momento... Traer las cosas que tú necesitas... (silencio) [la paciente se encuentra inmóvil].

Y cuando estamos en este espacio, Sandra... No es necesario acordarnos de nuestras molestias, porque podemos acordarnos... Seguir disfrutando esta luz... sintiendo esta luz y sabiendo que nuestras molestias, también la están recibiendo y que ellas sobre todo las reciben de manera receptiva, porque tal vez, más lo necesitan... Acomodarnos colocar la pierna arriba si queremos (la paciente coloca su pierna sobre una silla)

P: Ay... me duele.

T: ¿Quieres subir la pierna? ¿duele?

La paciente presenta una crisis de dolor.

P: Ay.

T: Ya, ahora vamos a hacer un ejercicio para la molestia ¿En cuánto está el dolor, Sandra?

P: Harto.

T: Harto, ya. En este momento que sabemos que es bastante el dolor en que ha aumentado, vamos a acomodarnos y concentrarnos más que nada... dónde más lo necesitamos... en nuestra respiración... en nuestra mano.

P: Se queja ah.

T: Y va a venir, estar y sabemos que se a ir... lo que necesitamos en este momento es solamente... ¿quieres poner la pierna en alto? (la paciente se está acomodando)

P: Se queja ah.

T: acomódate que vamos a hacer un ejercicio.

P: Ah... me duele mucho.

T: ¿Te colocaste la morfina a las 11?

P: No sé que hora es ¿qué hora es?

T: La una.

P: Felipe [llama a su hijo para que le traiga el medicamento, se va a colocar una dosis de morfina].

T: Sandra vamos a aprovechar ahora que tienes bastante dolor...

P: Se queja ay ¡que terrible! Felipe... No puedo ni moverla... Felipe tráeme una morfina y una inyección... hijo... ay apúrese ay... mi pierna... señorita Valeria si usted supiera el dolor que tengo... [llora].

T: Sí, debe ser Sandra por eso estoy acá.

P: [paciente llora] Mi pierna si me duele tanto... Aaaaaa.... llora... Supiera cuánto me duele...

La paciente llora desesperada.

T: Y ¿cómo es el dolor?

P: Es fuerte como que me echan agua hirviendo...

T: Como que te echan agua hirviendo...

P: Dios mío... me duele... (llora) Ay mi pierna... Señor por favor...

T: Este... ¿es de los dolores grandes, Sandra?

P: [Dice que sí con la cabeza].

Ay no aguanto más... [llora].
T: A ver trae la morfina (la terapeuta ayuda a la paciente a abrir una apoya de morfina) ya desahógate un poquito desahógate, Sandra [la paciente llora]

P: Ayyyy... ya no aguanto mi pierna... es desesperante el dolor ya no aguanto mi pierna... Señorita Valeria... [llora] Ay mi pierna

T: Vamos a tratar de ayudar la pierna que necesita ayuda.

P: Llora... mi pierna.

T: Vamos a meter la pierna en un balde de agua... cuando uno mete la pierna en un balde de agua fría... tan fría Sandra que puede... ser tan fría que te no la sientas... relajarte... Y a medida que vas llorando te vas desahogando y por otra parte estamos haciendo las mejores cosas para tu pierna... [llora] tu pierna se sumerge en agua helada en agua fría y puede que no te des cuenta.

Se intenta realizar una analgesia mediante la alucinación positiva de sensaciones de frío.

P: No aguanto más el dolor no lo aguanto, noooooo [llora] ¿qué hago por favor?

T: Pone la pierna arriba.

P: Si no sé que hacer...

T: Ya vamos hacer algo ahora te estás desahogando.

P: Sí. Esto es doloroso.

T: Me imagino, desahógate no más...

P: Ya no aguanto el dolor [llora] si no aguanto, no puedo...

T: No importa, Sandra si esto no se trata de aguantar el dolor... no se trata que lo tengas que aguantar... desahógate... te estoy acompañando, Sandra [llora]

Se acompaña a la paciente.

P: Es desesperante, señorita.

T: ¿Y si la colocamos arriba?

P: No, me duele más...[llora]

T: Te duele más.

P: Estar así con mi pierna ya no aguanto, no aguanto... aaaaa [llora] Ay Señor ayúdame.... ay ¿qué hago? ¿qué hago?

T: Tienes que moverla, muévela un poquito [la paciente mueve la pierna] ya... respira Sandra respira...

P: No puedo... si usted supiera... señorita Valeria... si es desesperante... no aguanto más, no aguanto más [llora]

T: Ay Sandra.

P: Mi pierna... tengo miedo de perderla.

La paciente tiene miedo de perder la pierna.

T: Sandra no vas a perder la pierna.

Se trata de calmar el miedo de la paciente.

P: Llora no puedo moverla... trato de moverla y no puedo...

T: A ver trata de moverla [la paciente mueve la pierna] se está moviendo ¿viste? Es que está adolorida, Sandra [llora].

P: No, puedo.

T: Está adolorida hay que darle su tiempo a la pierna. [Llora].

P: Ay ay que me duele la pierna... no aguanto... señorita...

T: Hasta abajo.

P: Abajo, todo.

T: Ya ponte tus manitos ahí [la paciente pone sus manos en la falda].

Se intenta inducir trance mediante levitación de manos.

P: Ay no aguanto.

T: No se trata de aguantar...

P: Mi pierna si me duele tanto... no quiero llorar, pero no puedo.

T: Pero llora no más, llora no más, llora... yo no te digo que no llores.

P: Es tan fuerte este dolor que tengo... mi pierna... [llora] ¿qué hago Señor? ¿qué hago?

T: Qué hago, que hago... a ver tratemos de hacer el ejercicio... pone la mano ahí.

P: Ya, me voy a poner la morfina.

T: Ya.

P: ¿A qué hora me la voy a poner?

T: A la una.

P: Por favor ayúdame.

T: Sí... Vamos a tratar de hacerlo.

P: Sí, yo no aguanto el dolor, no aguanto... no quiero llorar más que me vean los niños... [llora]. no soporto estar así.

T: Ya colócate la morfina y vamos a hacer algo.

P: Ay por favor ayúdeme.

T: Ya. Siéntate un poquito atrás...¿ya? pone la manito ahí... aunque estés llorando... no importa que duela.

P: Sí no aguanto.

T: Sólo llora y mira tu manito... llora y mira la mano... llora y mira la mano [la paciente tiene sus mano levantada] estos son momentos... llora sabemos que está fuerte...

P: Está fuerte... me dan ganas de matarme cuando estoy con este dolor...

Ideas suicidas.

T: Pero es justo en estos momentos cuando vamos a mirar nuestra mano... mira tu mano no más, Sandra... es lo único que puedes hacer en estos momentos... porque el dolor es tan fuerte que lo único que puedes hacer es mirar tu mano... o por último sentirla [llora].

Se intenta nuevamente inducir trance.

Entonces van a haber momentos en que sentirás el dolor y otros en que sentirás tu mano flotando... dolor fuerte, mano flotando... dolor fuerte mano flotando... y ahora que la mano está flotando... tu mano que te ha ayudado tantas veces te ayudará otra vez...

P: No aguanto el dolor... que me ayuden.

T: A lo mejor nos vamos a demoran un poquito... pero a medida que llores tu mano hará el trabajo sola... puedes sentir tu mano cuando tu mano vaya bajando lentamente...

La paciente deja de llorar.

Sin darte cuenta se liberarán de tu cerebro... sustancias que ayudarán a tu pierna... que ayudan a tu dolor... a lo mejor se demoren un poco... pero es cosa de minutos es cosa de tiempo... entonces te vas relajando [la paciente deja de llorar, se queja].

Es fácil o difícil.. pero vamos a seguir haciendo las cosas de la mejor manera posible y vamos sintiendo tu mano... dejando que la mano haga el trabajo por ella sola...

P: Ay me duele tanto.

La paciente se queja, pero se ve más tranquila que al inicio.

T: Sí, a medida que tu mano esta ahí puedes ir a ese lugar en el que está más allá del dolor y del sufrimiento, Sandra... Porque no es necesario

que en este momento que más lo necesitas... que estás sufriendo más dolor y sufrimiento.

P: Ya no aguanto.

T: Y porque no se aguanta y entre menos se aguanta... todos tenemos esa capacidad de irnos a ese lugar... puede que te recuerdes de un lugar o que mires un árbol, puedes mirar un lugar... puedes cerrar los ojos acordarte de ayer cuando fuiste a la Iglesia... puedes acordarte de esos momentos... [la paciente no llora ni se queja].

Se intenta disociar a la paciente.

Y saber que son momentos... Tu cuerpo cuenta con sustancia que puedes irlas liberando de a poco... muy de apoco... a veces en los dolores más fuertes se necesita más tiempo para liberar estas sustancia... y te vas a dar cuenta...

Y no es necesario que recuerdes estos momentos... puedes ir a otro lugar, Sandra... imagínate otro lugar... lo único que tienes que hacer es imagínate otro lugar... recordar tu sesión de hipnosis ayer... recordar a la gente... recordar lo que hablaron... como estabas vestida... quienes estaban... que te dijeron... [la paciente se ve más calmada] que sentiste cuando entraste... era un lugar nuevo... era un lugar distinto... y a medida que estás ahí...

Amnesia para la sensación dolorosa. Se continua con la disociación, la paciente se ve más calmada.

Haces un trabajo que lo está haciendo tu mente inconsciente en este momento y te está ayudando a su manera... muchas veces el llorar no es malo, es bueno nos ayuda a desahogarnos a desahogar nuestras penas... Podemos dejar en nuestra mano los dolores del alma (frase utilizada en la primera sesión por la paciente) Podemos incluso darnos cuenta que nos podemos olvidar cosas tan desagradables...

Sugestiones que apuntan a variables intrapersonales de la paciente.

Sandra ahora estás más allá del dolor y el sufrimiento... porque pude que la molestia permanezca, pero puedes irte a ese lugar de luz... [la paciente se queda tranquila no se queja ni llora].

La paciente está tranquila.

Desde este lugar que estamos más tranquila podemos desconectar... podemos mandar el mensaje a tu pierna que la vamos a cuidar... en este momento tu lo desconectas... desconectas los cables que llevan la información dolorosa...

"Símil del interruptor eléctrico". Además se entregan sugestiones para el cambio de la sensación dolorosa.

Y eso que fue tan fuerte... puede empezar a adormecerse... o cambiarse a una sensación de frío intenso... mucho frío que cubre nuestros pies... los dedos de nuestro pie... sobre nuestros tobillos como pisar sobre nieve... como pisar sobre suelo helado... como pisar sobre agua y esta sensación de entumecimiento va subiendo...

Sugestiones posthipnóticas para autohipnosis.

Y lo bueno es que estamos más preparadas para estos dolores, los conocemos bien cómo son... Pero nosotros tenemos la alternativa de abrir nuestra puerta... y de irnos a nuestro lugar que está más allá del dolor y del sufrimiento... nos podemos ir... nos podemos quedar ahí...

Podemos liberar las sustancias para que nuestra pierna se sienta cómoda... podemos desconectarla y después de un desagradable momento siempre viene la tranquilidad... Siempre después de los momentos más oscuros viene el amanecer...

Sugerencias para distorsión de tiempo y amnesia.

Sólo en unos minutos podemos vivir esta crisis de dolor... No es necesario que dure mucho tiempo... y podemos olvidarlo... Porque tal vez, ya no sabemos cómo fue exactamente y no es necesario que lo recordemos... Para que tener recuerdos tan desagradables en tu mente inconsciente porque muchas veces... Para olvidar tiene que recordar y para recordar tiene que olvidar... ¿Ya? Puedes ir olvidando este dolor...

Junto a tu mente inconsciente puedes ir acompañando tu molestia... Ella sabe como son tus molestias, como son tus dolores... y confiamos en ella... Tenemos tal vez, nuestra mente atenta nos vamos relajando... vamos sintiendo el cojín la silla... escuchando los ruidos dejando que todo fluya... sabiendo que seguramente has descubierto o vas a descubrir las capacidades... para seguir o para pasar de la mejor manera esta situación...

Ya no te preocupes por llorar, por sentirte triste... lo puedes hacer... Pero ahora que estás en este espacio... estás en un espacio más allá del dolor... más allá del sufrimiento...

Vamos a imaginar este cuerpo proyectado lo vamos introducir en un agua fría... Los pies... luego hasta la rodilla... hasta la cintura... vamos sintiendo lo frío que está... caminamos sobre piedras que pueden estar duras, pero no sentimos... porque hay golpes tan duros físicos y golpes de la vida que a veces no sentimos...

A veces es bueno que esas molestias no estén porque tenemos cosas que hacer o cosas agradables en la que pensar... Tal vez, esas crisis intensas las necesitamos en el día, aunque sea sólo unos minutos... para volcar nuestras penas, angustias... nuestro dolor físico... desahogarnos... Unos minutos solamente, no necesitamos que esto se prolongue por horas...

Luego de desahogarnos nos tranquilizamos... Miramos profundamente... colocamos los pies en el agua los sumergimos... quedamos ahí en el agua muchas cosas se sienten de manera distinta... Hasta que nuestro cuerpo se acostumbra a la temperatura del agua, sin embargo, cuando nos tocamos no sentimos...

Podemos ver el paisaje... elegir el paisaje que queramos... Andar por él ... sentir la brisa y a medida que sentimos la brisa más nos relajamos... Seguimos el camino y siempre que uno va caminando va dejando pasos atrás... A lo mejor tuvimos que pasar por lugares difíciles que nos pidieron gran esfuerzo... Pero no todo el camino es así... llega un momento en que uno

empieza a caminar por lugares más descansados y cómodos... eligiendo por dónde va y por dónde sigue. Va llegar un momento en que bajas y cada paso que des al bajar vas a sentir que entras más en este estado de trance de tranquilidad... comienzas a bajar y acomodas todo...

Te entregas a la experiencia te conviertes en un águila que comienza a subir, puedes ver las cosas con distancia... no necesitas preocuparte puedes mirar tantos campos, tantos lugares... puedes flotar no necesitas incomodarte con nada..

Sandra ni siquiera con alguna de las molestias que puedas tener... porque esas molestias... son de la tierra y estás en el aire y del aire puedes mandar ayuda para que las molestias disminuyan o no estén ...

Porque desde el aire las cosas toman otra perspectiva, Sandra... que importante es ver las cosas desde otro punto de vista y ahora que te tomas un minuto para ver las cosas de otra manera... vamos a irnos este lugar de tu mente inconsciente para saber que es lo que necesita este cuerpo para que el dolor de esta pierna se vaya transformando y el de la colita también...

Porque a veces las cosas entre el dolor y las molestias... tienen un límite tan difícil de establecer... y lo que antes era molestia puede ahora no serlo... y puede que lo que antes dolía ahora sea un entumecimiento...

Mientras tu mente divaga en esta vista de estar como un águila que ve las cosas desde lo alto... y puedes bañarte en un agua fría caminar... dejar atrás caminos... buscar nuevos caminos...

Sabiendo que hay momentos difíciles, pero que son sólo eso, sólo momentos y que hay que continuar buscar los caminos que sean más fáciles de transitar... o tal vez, tu mente divague en otro tipo de cosas...

Pero lo importante, Sandra, es cómo en estos paseos que tú das... en estos campos maravillosos en estos terrenos agradables puedes contactarte con este aspecto... y traer cosas beneficiosas para tu vida...

Desconectar lo que tienes que desconectar... hacer este trabajo... simplemente y puede ser sorprendente como se va logrando porque en estos mundo...

[la paciente se reincorpora súbitamente del trance].

¿Cómo te sientes? ¿Te duele la pierna arriba?

P: No.

T: ¿Te vas a cambiar de postura?

La paciente cambia de postura, ha permanecido sin moverse desde que puso sus manos en la falda.

P: Ay, Ay Dios mío, Señor.	La paciente se cambia de postura y se comienza a quejar.
T: ¿Qué vas a hacer? Yo te voy a ayudar (la terapeuta trata de ayudarla)	La paciente trata de moverse.
P: Ay, Dios mío señor... como tengo mi pierna...	Se queja por la pierna se ve inquieta.
T: ¿Estos dolores son muy fuertes?	
P: Sí.	
T: Acomódese.	
P: Si la muevo un poco me duele...	
T: Entonces parece que no quiere que la movamos mucho...	
P: Ay... pero igual tengo que moverla.	
T: ¿Dónde la quiere poner?	
P: Quiero meter la chala más adentro, yo la levanto y usted la mete más adentro...	
T: Ya (la terapeuta ayuda a la paciente a colocarse una zapatilla de levantarse) ¿ahí?	
P: Ya.	
T: Tenemos que regalonear la pierna (silencio).	
P: Ay Señor no sé que hacer con la pierna... estoy despeará...	La paciente llora.
T: Me imagino, Sandra.	Se acompaña.
P: Nunca me había pasado esto antes...	
T: No importa que te pase, es mejor porque si son dolores más fuertes a lo mejor podemos hacer algo... ¿está igual que antes?	
P: [Indica que le duele la pierna].	
P: Por que no llama a Ricardo, diga Ricardo fuerte.	
T: Ya ¿qué quiere de Ricardo? (el hijo)	
P: Señor ayúdame ...ay	La paciente continua llorando.
T: ¿Aquí estamos? ¿la colita pasó?	
P: Sí, pero poquito si es abajo... [la paciente empieza a llorar]	
T: Abajo, ya.	
P: Ay... [llora más fuerte] Ay que me duele tan fuerte... Señor ayúdame [llora y grita] no aguanto estos dolores.... no aguanto.... noooo...[llora]	La paciente es encuentra muy desesperada por el dolor.

T: Ya aquí está, aquí abajo... coloca tu mano aquí, Sandrita... vamos a tratar de hace algo para estos dolores que son tan fuertes... ¿Ya?	Se trata de acompañar a la paciente. La terapeuta se sienta a su lado la abraza y le habla en el oído en tono hipnótico.
Mira tu mano no más Sandrita [la paciente llora y mira su mano] trata de ponerte en una postura en que tu mano pueda estar arriba.... levanta tu mano, levanta tu mano [la paciente levanta su mano]	Se intenta realizar una inducción mediante levitación de mano.
Y sigue sintiéndote así no más y levanta tu mano... y no te vas a dar ni cuenta cuando... tu igual puedes seguir llorando [la paciente continúa llorando] no tienes que hacer nada y tu mano... y ni siquiera tienes que escucharme porque tu inconsciente me puede escuchar.... y tu mano va a ir haciendo un trabajo...	
P: Ay, Señor ayúdame...	La paciente llora, pero ha dejado de gritar.
T: Y a medida, Sandra... que tu mano va ir bajando... o esté flotando [la paciente continúa llorando].	
P: Señor, ayúdame....	
T: Tu pie está en agua... en agua fría y lo único que tienes que hacer, Sandra en este momento que más lo necesitas... es encontrar la puerta para entrar... a ese lugar que comienzas a relajarte a medida que tus lágrimas van cayendo... vas respirando más profundo....	
P: Ay, Señor, por favor ayúdame... te lo suplico [la paciente llora].	La paciente llora con más intensidad.
T: (la terapeuta habla sin parar aunque la paciente se queje)	
Vas respirando más profundo... vas respirando más profundo... y tú sabes que el Señor te puede ayudar, Sandra... Solamente tienes que darle un tiempo... y tu mano se baja y se va a apoyar [la paciente está bajando la mano, sigue llorando] y va estar ahí tu pierna... [la paciente sigue llorando] y en este momento que te vas a dar tiempo para...	
P: Señor, ayúdame que se me quite mi pierna por favor...	
T: Ya, desahógate no más, Sandra... desahógate...	
P: No aguanto, no aguanto [la paciente llora] ayyy... Ayúdame por favor. Mi pierna que me duele tanto [lo dice sin llorar en otro tono de voz]	La paciente llora con menos intensidad.
T: Ya ¿tratemos de hacer algo, Sandra? (se pregunta en tono normal, no en tono hipnótico)	
P: [Afirma con un movimiento de cabeza, no llora].	
T: ¿Si? Este es un período que tu tienes que	Se le dice en tono normal que llore

llorar para desahogarte... para relajarte y ahora que tomes un poco de agua un poco de jugo... te puedes quedar ahí en esa postura... busca una postura que te sientas cómoda (se deja de hablar en tono hipnótico) y cuando llores te va a ir relajando... te vas a ir desahogando... hace bien llorar... estás en una posición, te sientes tranquila [la paciente deja de llorar] eligiendo cual va a ser el camino que vamos a hacer en esta oportunidad...

porque le hará bien cuando se sienta bien comenzaremos el trabajo, la paciente deja de llorar y presta atención. Al parecer se sorprende por cambio brusco de la situación.

Porque esto es como un ritmo es como un ciclo... como el día la noche... un momento de energía, un momento de pasividad... un momento de intranquilidad... un momento de quietud... todas las cosas van... así viene un momento y viene otro momento... es como las olas del mar y ahora... Sandra esta ola fuerte la hemos dejado atrás y siempre de la tormenta viene la calma... y vamos a aprovechar el momento de calma y este momento de calma lo vamos a amplificar tanto como sea posible... vamos a descansar en él...

Se realiza una inducción conversacional. Lentamente se comienza a hablar en tono hipnótico. La paciente se tranquiliza.
Se cuenta una metáfora de los ciclos de la naturaleza (acción y pasividad) representando los estado en que siente dolores intensos y otros en que el dolor disminuye como una forma de disminuir la angustia porque su padecimiento en algún momento tendrá fin.

Sabemos que a lo mejor van a venir otros momentos... en que van a venir molestias, pero le vamos a mandar toda nuestro amor toda nuestra atención a esta parte de nuestro cuerpo [la paciente se encuentra tranquila, no llora se ve relajada] que tal vez tiene complicaciones y lo vamos a tener ahí... y vamos respetarlo, vamos a mandarle toda nuestra energía...

Se invita a relajarse porque la paciente se ve relajada.

Mientras tanto nosotros descansamos... tal vez sentimos un poco de sueño... vamos permitiendo que nuestro cuerpo se relaje... que nuestros ojos se vayan cerrando... y de esta forma nuestro organismo puede ir descansando... porque todo lo que está tan encendido, lentamente puede ir bajando, puede ir disminuyendo de manera casi imperceptible... todos tenemos cosas ingratas a veces... y lo bueno en esos momentos es estar con esos dolores con esas ingratitudes...

Sugestiones de bienestar.

Saber que duran sólo un momento... son momentos en los que explotamos, botamos fuera esas emociones... nuestras angustias... nuestras penas intensas... en esos minutos y luego volvemos a disfrutar de una calma... y son parte normal y cada ser viviente... puede tener una complicación...

Podemos sentir el aire que llega a nuestra cara... que respiras... centrándonos más profundamente en este bienestar... y a veces después de las peores cosas, vienen los mejores alivios y los aprendizajes mejores en las situaciones más extremas...

Y vamos a comunicarnos con nuestro Dios interior (se menciona porque durante su dolor la paciente se dirige a Dios) vamos a descubrir el amor, vamos a recoger la sabiduría...

Porque estamos en este espacio que está más allá de todo, Sandra... está más allá del dolor, más allá del sufrimiento y todos nosotros

sabemos que ese espacio existe... porque lo hemos experimentado sin darnos cuenta en más de una ocasión de nuestra vida [la paciente continúa tranquila].

Por unos momentos, por unos instantes... y Vamos abrir nuestros ojos, por unos instantes... Ver como están las cosas... [la paciente abre los ojos, aún se encuentra en trance] ver que estamos en un mismo lugar, pero en... a lo mejor, en distinto espacio...

Se le pide a la paciente que abra sus ojos, para mostrarle que en su medio natural puede experimentar el alivio del dolor. Esto puede aumentar su sorpresa. Se intenta reforzar el control interno de la situación.

Porque el espacio lo definimos nosotros... desde dentro y nos vamos a quedar en este espacio interior... [la paciente cierra los ojos].

Para estar más recuperados... para tomar la fuerza que se necesita... para comprender lo agradable que puede ser sólo dejarse estar en este lugar.... caminar por nuevos lugares... hacer nuevas cosas... dejar a un lado las preocupaciones... y saber que hacemos lo mejor que podemos hacer... confiar...

¿Qué es lo mejor que podemos hacer en estas circunstancias para mí... para los que quiero? Es cuidar esos espacios y darle gran importancia a esos momentos de calma... de tranquilidad en el que podemos ordenar nuestras cosas, buscar nuevos lugares... hacer nuevas cosas descansar... Estando en este estado que está más allá de dolor... de tantas cosas que nos permite disfrutar de ese estado de tranquilidad...

Y es bien sabido que la tranquilidad y el relajarse ayudan a nuestro organismo... Porque a lo mejor lo que nosotros podemos hacer en estos momentos es descansar... porque es lo que nuestro organismo necesita... y van a haber momentos que vendrán momentos dolorosos y nos vamos a desahogar...

Sugestión dirigida a variables intrapersonales, pensamiento negativos que pueden estar aumentando la sensación dolorosa.

Y luego casi sin darnos cuenta.... cuando nuestra mano esté de ésta misma forma sobre nuestra cabeza, después de haber llorado después que han caído algunas lágrimas [la paciente tiene su mano en su frente] Podemos descansar... y esta mano que estaba suspendida en el aire...

Y que puede estar ahora sobre tu frente... te puede ir transmitiendo tranquilidad... porque tal vez, tu mano esté ahora sobre tu frente para mostrarte y mostrarle a tu cabeza a tus pensamientos... para llevarle la tranquilidad que tus pensamientos necesitan... Correcto [la paciente inspira]

Ayudar desde tu cabeza... que se liberen esas sustancias... que te dejen libre del dolor... de cualquier situación molesta... y tal vez tu mano, ha elegido estar en tu cabeza... porque es la posición en que más te puede ayudar... más cómoda... en que te puede afirmar...

Puedes disfrutar de cómo tu cabeza descansa en tu mano, sintiendo el apoyo que recibes... total,

absoluto de tu mente inconsciente que está haciendo maravillas en este momento y que lo hace a su ritmo... [la paciente se reincorpora]

¿Cómo te sientes?

P: Sí... uno [EVA 1].

El dolor se ha disminuido casi completamente.

T: Me voy a cambiar de ubicación (la terapeuta se sienta en otro lugar donde queda más cómoda) ¿Su papá vive acá, Sandra?

Se habla de otro tema al estar controlado el dolor. Se quiere saber si la paciente vive con el padre para que pueda ayudarla a controlar los dolores intensos.

P: No.

T: ¿No?

T: Y tú antes vivías acá ¿con tu marido y con tus hijos?

La paciente explica a la terapeuta que su marido vive con ella, no están separados. Por razones económicas dio esa versión en el hospital.

P: Sí.

T: Tu papá te viene a ver ¿el está jubilado, trabaja?

P: No, hace pololos no más, se siente mal [lo dice en tono triste].

T: Debe ser muy difícil para un papá tener a una hija enferma. Tú eres mamá, tú debes imaginarte eso mejor. Imagínate ni Dios quiera un hijo tuyo estuviera enfermo, también te sentirías triste... a lo mejor te sentirías más triste...

P: Sí. ¿Usted es casada? [la paciente enciende un cigarrillo]

T: Soltera.

P: ¿Vive con sus papás?

T: Sola. ¿Llevas muchos años viviendo acá?

Se hacen distintas consultas para saber de la vida familiar de la paciente.

P: Desde que nací.

T: Desde que naciste. ¿Ustedes cuántos hermanos son?

P: El que anda por aquí y uno gordito.

T: Ah... conozco a los dos ¿entonces tú eres la única mujer... la princesa?

P: Sí.

T: Tu papá por eso debe estar tan triste, imagínate.

P: La regalona, la menor...

T: Ah... Están golpeando ¿están tus hijos ahí o

no? (golpean al puerta)

P: Sí, y la menor...

T: ¿Tu mamí, Sandra?

P: Falleció.

T: ¿Ella falleció hace mucho tiempo?

P: Hace tiempo

T: ¿Qué edad tenías tú?

P: Como 19 años

T: Eras lolita.

Hermano: Hola.

T y Padre: Hola.

Hermano: ¿Cómo estay, oye?

P: Bien.

Hermano: ¿ el Pato no está? [el hermano se va].

P: Se enoja que fume.

T: Claro, eso influyó algo en tu enfermedad por eso se enojan y no te dejan fumar.

P: Yo nunca he sido fumadora [la paciente fuma por lo menos cuatros cigarrillos por sesión]

T: ¿Nunca? ¿ahora estás fumando más o no?

P: El pobre como llora (un perro cachorro llora). ¿cómo se llama el perrito?

P: Nicky.

T: ¿Pasó la crisis de dolor? Y ahora ... ¿qué dolor tienes?

P: Un poquitito.

T: Un poquitito, pero de 0 a 10 ¿Cuánto te queda?

P: Un cinco.

T: Vamos en la mitad que teníamos. ¿Te viene a ver tus amigas?

P: Sí. Me llevaron a la Iglesia el otro día... no pude ir.

T: De todas maneras tienes que tener reposo, aunque no tengas dolor porque tienes que cuidarte la pierna.

P: Yo creo que la tengo con el tumor.

T: Esto no es tumor (se indica la pierna

Se dan explicaciones sobre la

hinchada)

Esto está hinchado no es el tumor lo que tienes ahí, por eso te mandan al médico vascular... porque tienes problemas en tus venas en el retorno de la sangre... tienes problemas de circulación... no significa que todo lo hinchado es tumor. No te pases esas películas ¿ya?.

hinchazón de la pierna de la paciente. Ella cree que el aumento de volumen se debe a una invasión del tumor, todo lo aumentado es el tumor que se expande por la pierna.
La matrona le explicó a la terapeuta que debido a una posible compresión de las venas la pierna aumenta de volumen.

Ahora tienes que ver cual es el tratamiento para esto... esto puede ser una consecuencia del tumor, pero no significa que el tumor esté en toda la pierna ¿Sí?

P: N.E

T: Y es bastante común en las personas que tienen tu enfermedad.

P: ¿Sí?

T: Yo vi una señora por esto del dolor, tenía la pierna así y después se le pasó, cuando la vi se el había pasado.

La paciente está muy angustiada por su pierna por eso se trata de tranquilizarla al contarle un caso similar, en el que la paciente contó que había disminuido una hinchazón de su pierna.

Esto de la pierna no es que a ti no más te pase ¿me entiendes?, muchas personas que tienen tu enfermedad les ha pasado.

Si te pones ha pensar que cada parte que te duele es porque tu enfermedad se ha ramificado, lo único que consigues es tirarte más para abajo, no más. Y eso no siempre es así. Estás con una cosa que es complicada no necesitas tirarte más pa' abajo... ¿quieres dormir un rato?

P: No [la paciente se ve tranquila, se quiere fumar un cigarrillo] la paciente mueve la pierna.

T: ¿La puedes mover más?

P: Sí.

T: No tienes que abusar sí, Sandra. Sabes que tienes que estar en reposo.

P: Encendedor papá me lo pasa.

T: Tiene que estar en reposo. La diferencia de lo de antes con lo de ahora es que tienes más recursos que antes y que no te vas a dar cuenta, pero tienes más recursos para enfrentar esos dolores, porque uno realmente no sabe que hacer en esos momentos.

Recomendaciones para no realizar más actividades que las necesarias. Recomendaciones dadas por la matrona.

P: Eso sí, mi marido no sabe que hacer en la noche, no sabe que hacer se desespera él.

T: Cuando quieras podemos empezar (se inducirá trance nuevamente)... levanta tu mano... (la terapeuta toma la mano de la paciente).

Se induce trance nuevamente para que la paciente pueda aprender con más facilidad.

Y la suelto muy lentamente... vas respirando... y abres una puerta y te vas concentrando en tu mano, Sandra... tu mano que ahora nos está ayudando a hacerlo de esta manera... pero cada

vez que nos acordemos de ella y pensemos y la sintamos... vamos a saber que la mano en esa ocasión en que hemos elegido está trabajando para nosotros... está trabajando a sus manera... podemos irle dando las gracias por lo que ha hecho por nosotros, darle las oportunidades para todo lo que pueda hacer en el futuro... y podemos ir respirando...

Irnos concentrando en la mano... viendo las sorpresas que nos está mostrando esta mano que pueden ser tan distintas... puede ser que esta mano nos ayude a relajarnos más... a que se mantenga unos segundos ahí... mientras tu mente inconsciente decide que hacer... cómo hacerlo tratando de disfrutar... de no preocuparse en estos minutos que sacas nuevas energías haciendo los ajustes necesarios de manera armónica...

Vemos como una piedra que tiramos a un lago cae, cae, cae ... lentamente hasta llegar al fondo (profundización del trance) [la paciente se encuentra tranquila con sus mano elevada y los ojos cerrados] (fin del segundo cassette, la terapeuta se queda en silencio) [la paciente se reincorpora].

P: Me duele un poco.

T: Entonces vamos a levantar la manito ya... y mientras la ves la puedes ir sintiendo... porque tú ya sabes... la vamos a sentir y vamos a sentir esta molestia que tal vez puede ir cambiando... vamos a tomar distancia nos vamos a ir al lugar de la mente inconsciente... de esta mente que nos cuida... de esta mente que nos ha dado sorpresas... yo no sé si en esta oportunidad nos dará alguna sorpresa...

Inducción por levitación de mano.

Pero lo importante es dejarse descansar en este lugar que no hay lugar para el dolor y el sufrimiento... tus manos tal vez quieran descansar sobre tu pierna [la mano de la paciente baja lentamente]

Relajación.

Esa será la señal de que tú comienzas tu vuelo y yo no sé en esta oportunidad qué necesita tu pierna para que tu molestia disminuya... o puede cambiar porque muchas veces los puntos no son tan claros y las cosas pueden cambiar

Y lo importante es que tú estés en este lugar en que no hay sufrimiento y no hay dolor y ahí... con tu sabio vamos a hacer los arreglos pidiéndole a tu cerebro tal vez... que envíe todas las sustancias que tu pierna necesita para que las molestias diminuyan... puede que no se pasen completamente, pero si pueden disminuir un poco...

Disociación.

Porque tal vez sin que te incomodes estando en este estado puedes ir más alto... puedes sentir los ruidos (se sienten ruidos) [la paciente está inmóvil, relajada].

Que suceden a tu alrededor... y sin dejar de estar en lugar que es más agradable para ti, en ese lugar que sólo tú puedes ir... y sentirte acompañada, grata... es el lugar más profundo de ti...

Y desde este lugar más profundo de ti vamos a hacer los arreglos necesarios para que estas molestias disminuyan... que pueden ser varios... porque como bien sabes pueden haber muchas estrategias para lograrlo... puede ser que le enviemos estas sustancias que circulan por tu cuerpo a tu pierna o puede ser que tu pierna necesite sentir... desde la planta del pie una sensación de entumecimiento como cuando colocas el pie en el agua fría [la paciente mueve muy poco su pie] Correcto...

Yo me pregunto si tu mente inconsciente querrá decirnos si es apropiado utilizar el método anterior... y además meter tu pierna en agua fría... de sentir la frescura que lentamente va subiendo o habrá llegado a los tobillos...

P: Dice sí, con un movimiento de cabeza.

T: ¿Sí? Y tal vez puede ir subiendo y llegar a nuestra rodilla... ¿Sí? Y puede ir subiendo... y junto con esto nuestra primera molestia...

Que tal vez no la recordemos con total claridad... porque eso no es lo importante... haya disminuido en algo... o haya cambiado... Puede que ahora se nos confunda... entre esta sensación dolorosa con un entumecimiento... con otro sentir... como cuando a uno se le duerme el pie... y claro que es una sensación que pude ser molesta, pero no dolorosa y a veces si...

Amnesia para la sensación dolorosa y cambio de la sensación dolorosa.

Y sabemos que pasa que sólo es un tiempo... y nuestra pierna y nuestro cuerpo saben que desde este lugar en que vemos las cosas con altura... estamos haciendo cosas para que nuestro cuerpo responda haga las cosas que queremos...

Disociación.

También podemos ir desconectando los nervios que llevan la información del dolor de la pierna... los podemos ir desconectando desenchufando... los cables que llevan la información que hay una situación molesta... sólo lo desenchufamos lo apagamos...

"Símil del interruptor eléctrico para controlar el dolor".

Es como soplar una vela... y lo vamos apagando... eso junto con lo anterior...

Metáfora para el control del dolor.

o hasta tal vez nos acordemos de una situación agradable con nuestra pierna... ella sabe cuando ha recibido un cariñito... o sensaciones gratas... pero no sabemos que va a suceder mientras estamos en este espacio que está entre el placer y el dolor se conectan...

Sugestiones de bienestar.

tal vez tu mente inconsciente quiera que la pierna cambie de colores... y la podemos ver iluminar con ciertos colores... y nosotros podemos cambiar esos colores y colocar el color que a

Acceso del síntoma en luces.

nosotros nos gusta...

Metáfora para el control del dolor.

Podemos ir sacando las cosas que no queremos... como internamente vamos ayudando para que circule... Como los ríos que fluyen... y cuando fluyen a veces suenan...

Al principio pueden sonar y llevar muchas piedras, pero llega un momento, Sandra que el río empieza a fluir con un agua transparente con un agradable sonido... que nos calma y así como fluye ese río... Puede estar fluyendo tu pierna... encontrando los mecanismos para que aquello que puede estar incomodándote pueda encontrar su curso y llegar al mar... Porque el agua siempre busca por donde fluir...

Y si existen impedimentos... desde la altura... con tu vista de águila... lo puedes sacar y ayudar a esos cambios, lentamente y si no lo puedes sacar... no te preocupes... porque siempre un río encuentra su cauce que lo lleva al mar...

Y cuando despiertes... seguramente tu sensación será distinta, Sandra... o a lo mejor no lo sabes... Porque no es bueno quedarse con los malos recuerdos...

Y lentamente te puedes sentir despierta relajada... sabiendo que tu cuerpo está encontrando la mejor postura... puedes dejarlo que trabaje a su manera...

Y tu puedes irte a recorrer nuevos lugares, buenos momentos... Desde lo alto... (silencio)...

Puedes despertar tranquila sabiendo que puedes volver a este estado cuantas veces tu quieras... sintiéndote lucida... Con las mejores cosas que tu quieras volver... [la paciente está inmóvil, con la cabeza para atrás] Sandra, Sandra ¿Cómo te sientes?

Sugestiones posthipnóticas de bienestar.

P: Bien.

T: ¿Te duele?

P: Un poquitito.

T: Puede ser un poquitito que no nos haga sufrir, la idea es que no te haga sufrir... si te da sueño puedes dormir.

P: ¿Qué hora es?

La paciente presentó distorsión de tiempo.

T: Van a ser las dos? (Fin del segundo cassette y de la sesión).

SESION 4.

PACIENTE:1.

LUGAR: domicilio de la paciente, Cerro Navia, Stgo.

FECHA: 3 de Marzo de 2001

MEDICAMENTOS: morfina, 20% catéter c/4 hrs. (pero utiliza c/ 2 hrs. en el día) diazepam, amitriptilina, piroxicam, ibuprofeno 400mg c/ 8hrs.

ESTADO FÍSICO: la paciente presentaba dificultades para caminar y para dormir debido al dolor; no ha tenido náuseas, ni dificultades para comer.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia. En su afectividad presentaba sintomatología depresiva: tristeza y sentimientos de desamparo.

HIPNOSIS: en esta sesión se pudo inducir un trance profundo mediante levitación de manos, en más de una oportunidades. En el primero se trabajó con metáforas para controlar el dolor y otras dirigidas a variables psicológicas. Luego le indujo trance exitosamente una amiga que realiza quehaceres domésticos y el padre de la enferma; en ambos casos el resultado fue exitoso, la paciente pudo experimentar trance. Durante la sesión se pudo disminuir en pocos minutos una crisis de dolor (EVA 10). La paciente finalizó la sesión con un dolor EVA3.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 4.
b) Dolor más intenso: EVA 10 y más.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 5.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 10.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 3.

DOLOR FRECUENCIA:

a) Nº de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 1
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: toda la noche.
b) Dolor base: constante.

SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 3.
b) Duración del alivio de la sesión anterior: 10 hrs.

RESUMEN:

La paciente no ha tenido náuseas, ni problemas para comer; sin embargo, no ha podido dormir debido al dolor y continúan sus dificultades para comer.

Después de la sesión anterior, se mantuvo casi todo el día sin dolor, sólo se presentó una crisis (EVA 10) en la noche, la cual se prolongó durante toda la noche. En un principio la paciente dijo que el dolor no había disminuido ni un momento desde que comenzó la crisis, pero en la sesión no parecía experimentar un dolor tan intenso (EVA 10 ó más). Por esto se hicieron preguntas más específicas que permitieron mostrar los cambios, pues en ese momento la paciente se encontraba con un dolor que llegaba a una intensidad EVA 5, el dolor había disminuido en la mañana. La paciente se da cuenta que está con menos dolor que al inicio del tratamiento, pero esto no logra mejorar su ánimo.

Con respecto a su estado emocional, se ha sentido muy sola, dice que le gustan las sesiones porque tiene la posibilidad de conversar y se siente más tranquila. Se queja de abandono, de no recibir visitas, hecho que no sucede pues la paciente recibe visitas de amigos diariamente; sin embargo, se queja porque llegan en momentos que quiere descansar. Otro aspecto que angustia a la paciente es ver el estado de su pierna y la posibilidad de tener que usar morfina por el resto de vida. No obstante, la tristeza y angustia que presenta la paciente no ha reiterado pensamientos suicidas.

La paciente continúa con morfina cada 2 hrs, además toma neocintrón, amitriptilina, ibuprofeno y piroxican (no recetado); no respeta los horarios y su familia no se ocupa de ello.

Durante la sesión se indujo trance mediante levitación de manos, la paciente rápidamente llegó a un trance profundo. En un principio el dolor disminuyó a EVA 4, pero cuando mencionó los problemas emocionales el dolor aumentó a EVA 10, esta crisis pudo ser controlada rápidamente mediante hipnosis. Durante las inducciones se construyeron metáforas para controlar el dolor y para intervenir en variables psicológicas que puedan influir.

La paciente tiene dificultades para practicar autohipnosis sin ayuda, esto se puede ver potenciado por el hecho que sólo intenta hacerlo cuando se desencadenan las crisis de dolor, en esos momentos no puede experimentar trance; por este motivo se pide la cooperación a integrantes de la familia que puedan facilitar el trabajo de la paciente.

En esta ocasión se contó con la ayuda del padre y de una amiga de la familia, quienes después de recibir una explicación sobre el procedimiento e instrucciones generales guiaron a la paciente para que experimentara un trance utilizando principalmente la disociación. La enferma pudo experimentar un estado hipnótico, lo cual fue muy satisfactorio para todos los participantes. Especialmente emotivo fue la inducción que realizó el padre, se pudo ver su satisfacción y la paciente pudo experimentar un trance más profundo en comparación al que fue inducido por la amiga.

La paciente finalizó la sesión con un dolor EVA 3. Luego se conversaron distintos aspectos relacionados con su vida, la íntima conversación no fue grabada por petición de la paciente.

T: ¿Sí? Y... ¿cómo te das cuenta que te sientes bien?

P: Me gusta conversar con usted.

T: Te gusta conversar ¿sí?

P: Siéntese mejor acá.

La paciente indica una silla más cercana, utilizada anteriormente por la terapeuta.

T: Sí, quedo mejor allá. Ah... tengo un poco de sueño.

La terapeuta cambia de lugar.

P: Me está dando sueño a mí también... estando aquí sola me da sueño.

T: ¿Sí? Y ¿te hace bien, Sandra?... ¿te hace bien para la molestia..? ¿para qué te hace bien?

Se trata de precisar los beneficios percibidos por la paciente.

P: ¿Conversar con usted?

T: Mmm.

P: No sé me siento tranquila... me hace bien conversar con alguien... Porque ayer cuando se fue usted nadie vino...

La compañía es el beneficio más resaltado por la paciente.

T: Ya.

P: Llega pura gente en la noche cuando yo quiero descansar.

Se siente cansada cuando las visitas llegan, por otra parte, se queja por estar sola.

T: Ya. Cuando te acuestas... a lo mejor lo que puedes hacer es dormir un poco en la tarde, sabiendo que vas a tener visitas en la noche. A lo mejor viene a esa hora porque no pueden venir antes.

Se trata de mostrar a la paciente una alternativa del para que pueda disfrutar más de la compañía de quienes la visitan.

P: Sí, sí, sí ese es el problema.

T: Pero es bueno que te venga a ver, encuentro yo... igual uno se quiere acostar... pero imagínate que no viera nadie...

Sandra y ayer me fui se te pasó el dolor? Tenías un dolor tres parece.

Se trata de evaluar los resultados de la sesión anterior.

P: Sí.

T: Primero lo bajamos cinco, después lo bajamos a tres. ¿Cuánto te duró eso?

P: Todo el día casi.

T: Y te vino una crisis de dolor...
P: En la noche me da...

T: ¿Cómo a qué hora?

P: Como a las doce y media más ó menos.

T: A las doce y media. Ya y ¿cuánto te duró esa crisis?

Se trata de precisar la duración de la crisis.

P: Toda la noche, no dormí casi nada.

T: No has dormido nada. Desde las doce y media ¿hasta qué hora?

Se trata de precisar la información dada sobre la duración de la crisis.

P: Hasta ahora.

T: ¿Pero ahora es el mismo dolor de las doce y media?

La paciente no evidencia estar en una crisis de dolor, no demuestra con gestos su dolor habla tranquilamente. Por esto se consulta para precisar la información. Al parecer los tiempos de duración de un dolor intenso son más largos para la paciente.

P: No ha bajado muy poco.

T: Ha bajado un poquito, pero muy poco. De cero a diez ¿cuánto tienes?

Se evalúa el dolor actual.

P: Como un cuatro un cinco, no sé.

Un dolor cuatro es muy distinto de un dolor diez, se encuentra dentro de los dolores tolerables según la paciente, no obstante, ella considera que la baja de su dolor ha sido poco.

T: Ahora tienes como un cinco.

P: Sí.

T: Ya. Pero cuando te dio la crisis de dolor ¿cuánto te dolía ahí?

P: Harto... más de diez.

T: Mucho, mucho. Y ¿cuánto tiempo estuviste con ese dolor intenso? Que es más de diez.

P: ¿Cuándo estuvimos juntas?

T: No en la noche, cuando estuviste solita. Ayer tuviste un dolor más de diez cuando estuvimos juntas.

P: No toda la noche me duró...

T: Hasta como las 8 de la mañana, las 10...

Se trata de precisar como una forma indirecta de mostrar a la paciente que el dolor disminuyó en algún momento que no es tan largo como ella lo relata porque en el momento no tiene dolor 10.

P: Como hasta las nueve más ó menos porque me levanté...

T: A las nueve que te levantaste.

P: Como a las nueve me lavé y me viene a tomar desayuno.

T: Ya y la ¿otra crisis que te dio fue cuando estuvimos juntas conversando? Ahí te dio fuerte... te dio más fuerte anoche o cuando estuvimos las dos.

P: En la noche me dieron como calambres.

T: En la noche.

P: Sí. En la pierna.

T: Ya.

P: N.E.

T: Sí pues uno se relaja... además con la sillita de acá... Que bueno entonces ayer se te pasó el dolor hasta las doce y media... igual está bien no tener dolor hasta las doce y media ¿Porque antes tenías más dolor?

De manera indirecta se quieren mostrar los progresos a la paciente.

P: Sí.

T: Antes que empezáramos a trabajar ¿tenías dolor cuántas veces en el día?

P: Todo el día.

T: Tenías dolor todo el día. ¿No se te quitaba nada, nada... ningún ratito?

P: No.

T: Ya por lo menos tenemos medio día sin dolor. Has tenido un dolor cuatro.

P: Cuatro, cinco.

T: Ya ¿este dolor no se compara cuando te dan las crisis de dolor?

Se trata de mostrar que los dolores de las paciente son diferentes.

P: Anoche era grande.

La paciente tiene dificultades para aceptar sus progresos su atención se centra en la crisis de dolor.

T: ¿Sí?. ¿Estás tomando morfina cada dos horas?

Se evalúa si la paciente sigue con los medicamentos en los horarios recomendados.

P: Sí.

T: ¿De cuánto es la morfina que estás tomando?

Se consulta por el medicamento.

P: De veinte. ¿Y esa morfina la dan para toda la vida o no?

T: No, si el dolor se disminuye, la disminuyen, pero de a poco no pueden suspenderla bruscamente. El cuerpo se acostumbra un poco a ella... ¿qué otro medicamento estás tomando?

Se da una explicación simple para tranquilizar a la paciente.

P: Neocintrón para la pierna... eh amitri...

Se continúa preguntando por los medicamentos para tener información sobre los medicamentos.

T: ¿amitriptilina estás tomando? Y ¿cuánto estás tomando? ¿Sigues con el ibuprofeno?

P: Sí.

T: Y el Piroxican termina en n o m, ¿también?

P: Sí ese me lo compro por las mías sí...

T: ¿Pero te hace bien?

P: Sí.

T: ¿Cada cuánto estás tomando el ibuprofeno?

P: No sé.

T: No lo está tomando por un horario.

P: No.

T: Ya. ¿Te dieron el hospital el ibuprofeno?

P: Sí.

T: Y ¿Te dijeron cada cuánto?

P: Cada ocho horas.

T: Trata de tomarte los medicamentos a las horas. Si son cada ocho horas que sean cada ocho, ya... y trata de tomarlos en cierto orden... te puedes hacer un papelito y lo anotas... porque si estás durmiendo puede pasar tu papá lo va a ver y te va a despertar...

Se recomienda a la paciente tomar los medicamentos en los horarios recomendados, pero la paciente no ha conseguido tener un horario para los medicamentos y respetarlo. La paciente no ha recibido ayuda de su familia para controlar los medicamentos.

P: (N.E)

T: Sí... ¿Por qué? Pero ayer tomaste... trata de tomar agüita.

Recomendación dada por la matrona.

Náuseas... ¿tienes?

La paciente no tiene náuseas.

P: No.

T: ¿Estás comiendo bien?

P: Bien.

T: Lo único malo es el dolor.

P: El dolor es lo que me jode.

T: Ya. ¿El dolor que tienes dónde lo tienes?

Se evalúa la localización del dolor.

P: Es toda esta parte [señala la pierna].

T: Es acá en el empeine ¿No es acá arriba? Porque ayer te dolía por la pantorrilla.

P: Ahí [la paciente vuelve a indicar el lugar de su dolor].

T: Todo el empeine... toda esa parte de ahí ¿ tienes dolor en otra parte?

P: La colita.

T: ¿Es fuerte el dolor de la colita?

P: Sí.

T: El más fuerte parece ... entiendo que es el de la pierna ¿o no o son iguales?, ¿tienes igual de hinchada la pierna?

P: Igual. Todo los días más.

T: Tú encuentras que todos los días está un poquito más.

P: Sí.

T: Pero yo diría que está como ayer. Y teniendo en alto la pierna... ¿no encuentras que te sientes un poco mejor?

La pierna a juicio de la terapeuta está igual que en la sesión anterior, pero la paciente la encuentra más hinchada.

P: No.

T: Bueno ahora que te estás relajando

La terapeuta comienza a inducir trance hipnótico aprovechando el estado de la paciente.

[la paciente se acomoda y se ve con un poco de sueño se indujo trance por un problema de las pilas de la grabadora no se pudo registrar el inicio, el cual se hizo de la misma manera que en oportunidades anteriores, se le pidió a la paciente que mirara su mano, después de tomarla y dejarla suspendida en el aire]

Puedes ir escuchando tantas historias, Sandra.... y a lo mejor cuando uno está en estado de paz acompañada de este hombre sabio que te protege... él seguramente debe saber muchas historias un cuento que el está buscando para ti... lo está buscando en un libro y lo va a leer...

Este cuento se trata, Sandra, de una mujer joven.... Esta mujer tuvo una vida feliz... era una princesa... su vida era tranquila... tuvo muchas cosas, gente y risas, pero por estas cosas de la vida en el país en que vivían no quisieron tener reyes ni princesas... y eso que era un privilegio, luego se volvió un problema algo indeseable...

Metáfora dirigida a ayudar a la paciente en su sufrimiento producto de pensamientos sobre lo injusto de su enfermedad y la pérdida de su vida anterior en la cual podía disfrutar y realizar múltiples actividades.

Todas las personas que pertenecían a esta familia fueron perseguidas para matarlas... incluso algunos fueron torturados... sin otro motivo que haber nacido en una familia antigua... con tanto dinero... con tanto privilegio... que la gente consideró que no era gusto que esta gente tuviera esos privilegios... que hiciera esa vida... que fueran jóvenes y decidieron que lo justo era torturarlos y matarlos...

Pero eso que podía ser justo para la gente no era justo para ellos, pensaban que sólo habían nacido en este lugar... y tuvieron la vida que les tocó llevar... Ella cuando tuvo esos privilegio no alcanzó a disfrutar las cosas que tenía... además nunca supo si la gente que se acercaba a ella era por cariño o por interés...

Un viejo la ayudó a salir de esta situación y pudo liberarse de algunos castigos... de la tortura, pero estuvo presa... luego fue liberada... salió dejó su país fue a vivir a otro lugar con otra gente... con otro clima y estuvo en una situación...

Podríamos decir que era muy adversa... tenía que trabajar duro durante todo el día... tenía problemas para comer... tenía una vida miserable... siendo una mujer de muy buena familia... y estos trabajos eran más difíciles para ella porque ella no había aprendido a hacerlos... y cosas que para otros eran fáciles y cotidianas a ella le costaba... no sabía cocinar... no sabía como lavar su ropa... menos sabía hacer trabajos duros... Pero esta mujer con un poco de tiempo aprendió a hacer estos trabajos... se sentía cansada... sus pies se cansaban... sentía cansancio físico... haciendo estos trabajos... aprendió cosas distintas de ella...

Aprendió lo importante que es tener vida no importando las circunstancias... a valorar la vida que nunca antes había valorado... teniendo todas las cosas del mundo a sus pies... aprendió a valorar su presencia en este lugar... porque ahora tenía una vida que podía ser miserable... aprendió trabajar... estaba viva... cargando tal vez una tristeza infinita de haber perdido a su familia... pero viva...

Las personas que han estado en esas situaciones... a pesar de sus sufrimientos y dolores... privilegian y agradecen cada minuto... de estar viva y aprovechan de hacer otras cosas... y esta joven mujer que vivió las dos caras de la vida en tan corto tiempo... en su segunda experiencia aprendió a conocer el otro lugar... los sacrificios que hacen las personas... aprendió a conmoverse con el dolor ajeno... les enseñó las cosas que ella sabía... y pudo encontrar y tener lo que siempre había querido que era cariño desinteresado... porque ahora tenía la certeza que las personas que se acercaba a ella... lo hacían por amor y no por interés... aprendió a disfrutar de esta compañía a dar las gracias por estar viva... y a valorar cuando la gente la saludaba y le preguntaba como estaba... que la conocía en cosas tan simples y humanas... la conocía en sus dolores... en su miseria...

Este cuento que te ha contado tu hombre sabio a través mío... con mi voz que te acompaña... lo puedes albergar en una parte de tu ser y darte cuenta que es una de las lindas historias que hay... y cuando te sientas tranquila puedes ir volviendo a este lugar sintiéndote tranquila renovada... después de la experiencia que has tenido...

Y vamos a encontrar los caminos para mantenernos en esta experiencia... y vamos a dar las gracias a ti en primer lugar por haber tenido la decisión, las ganas y la fuerza... la habilidad para entrar en este espacio que es tuyo y vas volviendo agradada... para volver cuando lo necesitemos nuevamente... (silencio).

Sandra ¿cómo te sientes?

P: Más o menos.

T: Mas o menos ¿en cuánto está tu molestia?

P: En cuatro.

T: Ahora que tu molestia esta en cuatro y que pude ser una molestia que está presente podemos hacer otro trabajo...

Vamos a dejar esa molestia ahí... y vamos a enviar una luz vede a nuestro corazón... vamos a hacer un trabajo con nuestra depresión con nuestra angustia con nuestras emociones... el verde Sandra es el color de la vida... de la naturaleza... el verde nos contacta con esas cosas tan tiernas y delicadas que son nuestras emociones... pensar en este color... sentirlo y a veces este color está un poco oscuro y con ayuda del sol podemos irlo aclarando, limpiando... y cuando nos deprimimos es porque estamos mirando mal las cosas... puede que las miremos mal porque no hemos tomado la perspectiva necesaria para mirarlas bien...

A veces hay cambios que hacer que no nos damos cuenta... una parte de nosotros se opone a lo que queremos y es una parte que tal vez necesite cuidado esta parte que dice no... tiene sus motivos y sus razones...

Puede estar muy enojada muy triste... algo defiende... esa parte es como los niños... reclama y hace pataletas y con los años nos damos cuenta que ese niño necesita un cuidado una protección... y también tiene una guía que los años nos dan con la experiencia... y podemos poner las emociones en otra parte que no es nuestro cuerpo... [la paciente se reincorpora].

T: ¿Cómo te sientes?

P: La pierna, si es la pierna...

T: ¿Qué dolor tienes ahora?

P: Grande.

T: De cero a diez ¿cuánto?

La paciente presenta una crisis de dolor.

P: Yo creo que más del diez... hágame algo.

T: Ya vamos a tratar de hacer algo... [la paciente se queja].

La paciente se queja por unos segundos. Rápidamente se tranquiliza.

Estamos hablando de nuestro dolor diez, Sandra... y este dolor diez y más de diez es muy conocido... y este dolor diez debe tener muchas cosas...

Parte de este diez... yo no sé cuánto... a lo mejor uno, dos... o menos de uno que tiene que ver con nuestras emociones [la paciente se ve tranquila no se queja]

Se entregan sugestiones dirigidas a variables psicológicas subyacentes. Luego se construye una metáfora.

Y no es justo que a esta pierna le coloquemos nuestras emociones nuestros dolores del alma en ella... entonces aparte de este diez vamos a sacar la parte de estas emociones que corresponden... para colocarlas en su lugar... para poder atenderlas... para poder cuidarlas... y poder sentirlas... no en la pierna...

A veces las emociones afectan nuestra pierna, pero eso no es justo... no es justo para el cuerpo y no es justo para las emociones... las emociones tienes que ser cuidadas y respetadas al igual que cuidas tu pierna... deben ser

respetadas...

Tenemos que saber qué es lo que necesitamos... darnos cuenta cuando lo recibimos y tratar de pedirlo... porque a veces recibimos cosas de maneras tan distintas...

Y hay algo que no lo hemos visto con claridad... vamos a rescatar todo de esta parte del diez que tenga que ver con nuestras emociones... lo vamos a colocar tal vez en la palma de nuestra mano... lo vamos a ver... pero no en nuestra pierna... porque no es necesario que nuestro cuerpo sufra por estas emociones... porque las emociones necesitan ser aliviadas de otra manera...

Tal vez se alivian si ponemos las cosas en perspectivas... teniendo claridad sobre nuestros sentimientos...
Y puedes descubrir un aspecto de ti... lo que te importa... las cosas que quieres... y como siempre en la vida tienes varias opciones como vivirla...

No sé en que época hayas decidido vivir la emoción de esa manera... puede que haya sido mucho antes de tu enfermedad... y eso lo decides porque era la mejor opción que tenías para hacerlo... pero ahora podemos decidir y hacer las cosas de otra forma... a veces pensamos que las cosas correctas se hacen de una forma...

Hablando de esto me acuerdo de una historia... Una vez un hombre creyente... oraba... iba al templo... era un hombre educado correcto... sabía todas las oraciones...

Caminando por el desierto... encuentra a un ermitaño... a un mendigo a un hombre que no tenía cultura... dinero ni educación... y este hombre también estaba orando... y oraba de la siguiente forma... ¡Oh! Dios te quiero tanto... si estuvieras acá te lavaría la ropa... te sacaría los piojos... te cocinaría... te lavaría la ropa... haría todas esas cosas para ti... y el hombre culto quedó espantado por la forma en que este hombre alaba a Dios... le dijo: yo te ensañaré como tienes que hacerlo...

Le empezó a enseñar la forma en como tenía que demostrarle el amor a Dios... las oraciones que tenía que decir en que orden tenía que hacerlo... una por una... el mendigo quedó muy feliz y muy agradecido... diciendo que ahora podía adorar a Dios, porque no sabia antes como hacerlo...

El hombre culto se fue muy contento... pensando que había hecho una buena acción... Caminando escucha la voz de Dios que sale del cielo... y muy enojado le dice ¡Que has hecho! El hombre culto no sabia a qué se refería... Dios le dice: porque le has dicho eso a uno de mis mejores siervos a uno de los hombres que más me quería... lo has alejado de mi camino...

Cada uno ama a su manera y ésta era la forma que el hombre tenía para amarme... El amor brota del corazón y se demuestra de maneras distintas... porque lo obligas a que sea a tu manera...

Muchas veces queremos que los cariños, los amores se demuestren de una manera... y no vemos los otros... eso nos pasa a todos...

También nosotros tenemos una forma que es particular

como nos amamos a nosotros mismos... seguramente tu cuerpo sabe que ésta es una prueba de amor grande que haces de ti hacia ti... al estar haciendo este ejercicio al darte cuenta que tienes la habilidad para entrar en otro estado de consciencia y permitir que tu cerebro envíe las sustancias a esa parte del dolor, de la molestia... que puede ser aliviada por estas sustancias que está mandando tu cerebro... porque tú sabes que tu cerebro lo comanda todo en tu organismo... y lo vas soltando... tú sabes que cuando te contactas con tu cerebro a su manera alivia todas tus molestias y va a seguir dando esa sustancia...

Y puede haber otra parte de tu dolor que se alivia... tal vez desconectando... igual que los enchufes desconectando las sensaciones... luego te das cuenta que puedes disfrutar de este estado de paz y tranquilidad en el que has estado... sintiendo el amor que hay en la vida en el aire en las cosas simples...

"Símil de interruptor eléctrico".

Y como una esponja puedes absorber las mejores cosas de este momento... [la paciente se reincorpora].

¿Cómo te sientes?

P: [asiente con un movimiento de cabeza]

T: ¿Bien? ¿Cuánta molestia tienes?

P: Como dos, tres

La molestia ha disminuido.

T: Como dos, tres... que bueno, que bueno. De eso se trata idealmente que tengas un dos.

P: ¡Señora Angélica! Me alcanza un vasito de agua por favor. El perrito quiere agüita [en el patio hay perro y la paciente pide agua para él].

T: Quieres que te ayude [la paciente se va al baño].

P: No, estoy bien ahí. [la paciente va al baño, al regresar pregunta por las pilas] ¿Tuvo que comprar pilas?

T: Sí, tu hijo me fue a comprar.

P: Me ve tomar agüita papá... y está aullando [la paciente se refiere al cachorro que está cerca]

Papá: ¿Ah?

P: El perrito me ve tomando agüita y está aullando.

¿Estuviste practicando los ejercicios ayer?

P: No, en la noche no más.

T: Bueno vas a tratar de practicar antes, no sólo cuando te den los dolores fuertes ¿Ya?

Al parecer la paciente trata de practicar autohipnosis sólo cuando viene un dolor.

P: Ya.

T: Por ejemplo en la tarde estás aburrida, empieza a practicar sola. Lo que hacemos es relajarte al hacerlo... el cuerpo tiene sustancias que se liberan y te ayudan en el

dolor. Vas a llegar a hacerlo sola, nosotros sólo le damos unas claves para que la recuerdes...

P: Pa' venga...

Llama a su padre.

T: ¿Tienes un dolor Sandra?

Se evalúa el dolor actual de la paciente.

P: Poquito en la colita empieza y termina en el pie.

Tiene poco dolor.

T: Ya la colita y termina en el pie.. ¿qué dolor tienes, de cero a diez, qué dolor tienes?

P: Un tres, cuatro.

La paciente tiene uno dolor tres, cuatro.

T: Ya... un dolor moderado.

P: ¡Papá! [la paciente llama a su papá para que aprenda el ejercicio y pueda ayudarle después, en la conversación se mencionó lo importante de poder contar con la ayuda de una persona].

T: Le estaba diciendo a la señora Angélica que hacemos con Sandra un ejercicio, donde ella se relaja... y cuando el cuerpo se relaja el cerebro tiene sustancias que las puede ir liberando para que las molestias se vayan disminuyendo y nosotros lo que hacemos es ayudar a relajarla solamente ¿ya?

En la conversación que no fue grabada se le explicó a la señora Angélica el ejercicio para que eventualmente ella pudiera ayudar a la paciente, la idea es poder realizar en el futuro los trances sin la ayuda de la terapeuta. Se da una explicación sobre la intervención a la señora Angélica y al padre de la paciente para aumentar su adhesión al tratamiento.

Entonces ustedes presten atención al tono de la voz en el que le hablo a la Sandra... y nosotros la vamos guiando con palabras...

Ahora comienza Sandra a hacer el ejercicio... [la paciente toma su mano izquierda y la suspende en el aire, el padre y la señora Angélica miran atentamente y han decidido participar con el fin de aprender a inducir el trance y poder utilizarlo].

Sí... Eso lo puede hacer ella o sino... deja la mano... (la terapeuta le indica a la paciente que deje su mano sobre su falda) la dejamos ahí y nosotros la tomamos (la terapeuta toma la mano de la paciente mostrando a sus familiares la manera de hacerlo, ellos siguen el procedimiento atentamente).

Y ahora Sandra que todos estamos haciendo este ejercicio... te voy a pedir que mires tu mano... [la paciente tiene su mano suspendida y la mira atentamente] mira tu mano y concéntrate sólo en sentir tu mano... en la brisa del viento... y a medida que la miras puedes ir cerrando tus ojos [la paciente cierra sus ojos] y si pasa algo no importa... si hay bulla lo que suceda no importa (se escucha un ruido fuerte) ¿ya? Cierras tus ojos y sin darte cuenta tu mano va ir bajando...

Desde que tu mano está arriba tu cerebro manda todas las sustancias para que tus molestias disminuyan... ahora no sabemos cuánto va a demorar sabemos que cuando tu mano está arriba tu inconsciente está haciendo las cosas que necesitas para hacerlo...

Ahora te voy a pedir que vuelvas de ese estado porque lo vamos a hacer otra vez...

Venga para acá (la terapeuta llama a la señora Angélica para que esté más cerca y pueda hacer ayudar ella en la inducción del trance) [la paciente se reincorpora].
¿Estás despierta, estás lucida?

P: [Asiente con un movimiento de cabeza].

T: ¿Sí?... Tómele la mano (se le dice a la señora Angélica)

Señora Angélica: Cuando te tomo la mano te vas a ir relajando... tú ya sabes como hacerlo... tus manos están en el aire...

A la señora Angélica se le dan mínimas indicaciones para que lo haga.

Imagina que estás en la playa Sandra... relajada... sintiendo la brisa del mar... te sientes tranquilita... estás caminando... contenta, Sandra... porque estás mirando el mar la brisa... el lugar que estás mirando es hermoso... hay harta gente... la gente se está bañando... hay gente que está jugando... [la paciente está con los ojos cerrados nuevamente y su mano flota en el aire] están todos contentos... tú estás bien...

T: Cuando estés en ese estado tu cuerpo va ir liberando las sustancias... porque tu estás en un lugar que está más allá del dolor... Más allá del sufrimiento...

Se refuerza entregando sugestiones para la disminución del dolor e integrando las nuevas voces que acompañan a la paciente.

Y que agradable es darse cuenta que hay varias voces que nos pueden acompañar en esto... la voz de la señora Angélica la voz de tu papá... Cada uno a su manera... nuevos tonos de voz... nuevas historias... nuevos mensajes

Al ver a la paciente la señora Angélica se da cuenta que la paciente está en trance comenta: "ya está".

Y si tienes una molestia que está en cuatro... puedes ir a tu mente e irla bajando... hasta dos podría ser... o hasta tres y eso es casi sin darte cuenta... puedes ir practicando... puedes ir jugando con esto...

Señora Angélica: Vas a ir volviendo, Sandra... [la paciente se reincorpora] ¿te sientes bien?

Por instrucciones de la terapeuta la señora Angélica da sugestiones para que la paciente se reincorpore.

T: ¿Qué molestia tienes? De cero a diez

P: Un tres.

La molestia ha disminuido esto sirve para reforzar su conducta y la de quienes aprender a inducir el trance.

T: ¿Razonable un tres o no? ¿Te gusto?

P: Sí.

T: ¿Viste? Ella no tiene mucho dolor en este minuto. Lo bueno es que lo practiques aunque sea un poco durante el día. Y en ese momento se puedes imaginar una historia (la terapeuta le habla a la señora Angélica) y se la cuentas con lujo de detalles.

Sra. Angélica: Ya.

T: Nada más que eso, le cuentas los detalles y le dices que hay sustancias que recorren el cuerpo, incluso ahora que está consciente y que le ayudarán a disminuir el dolor.

Sra. Angélica: ¿Ahora no siente mucho dolor?

P: No.

T: Y cuando tenga una crisis de dolor fuerte... ayer estuvimos con una crisis de dolor... la Sandra llora, se desahoga, no hay que angustiarse cuando llora... claro a uno le da pena... no es agradable ver llorar a alguien y sufriendo... pero es por unos minutos... ella se va a desahogar nosotros nos vamos a colocar cerca de ella... y le vamos a pedir que se concentre en su mano... puede que la mano no esté levitando... puede estar aquí o allá.

Y le pides que se vaya al lugar de la mente... porque ella sabe irse a un lugar que está más allá del dolor y el sufrimiento... después vamos a ir practicando eso... por el momento practiquemos esto. Ella tenía un dolor cinco...

Sra. Angélica: Cinco ahora está con tres.

T: Está con tres. Y eso se puede ir manteniendo... podemos ir jugando... si le da cinco volvemos a hacer otra vez el ejercicio hasta volver a tres. Con los cuidados obvios de la pierna (se hace esta recomendación porque la paciente puede abusar de su mejoría y realizar actividades inconvenientes) ¿Ya? ¿Estás bien acá, estás despierta?

P: Sí.

T: Ahora el papá. [el padre de la paciente se acerca para inducir trance].

Se tratará que el papá induzca trance a la paciente mediante levitación de mano.

Concéntrate Sandra... mirando tu mano te vas a relajar [el padre toma la mano de la paciente y la deja suspendida en el aire].

Concéntrate bien cuando estés mirando tu mano te vas a relajar... si quieres cierra tus ojos... (instrucción dada por la terapeuta al oído para que el padre la repita, se le consulta al padre a donde le gusta ir a la paciente)

Padre: le gusta ir a Rapel. (la terapeuta le da instrucciones para que la paciente se imagine que está en Rapel).

Se intenta que el padre ayude a la paciente a disociarse.

Piensa que estás en Rapel... estamos pescando, acuérdate... concéntrate bien... estamos pescando... el Pato chico está sacando pejerreyes, el Pato chico... ¿te gustan los pejerreyes, Sandra no cierto?

Le gustan harto (en tono bajo se lo dice a la terapeuta) Vamos a hacer pejerreyes fritos... después nos vamos a bañar... te acuerdas cuando bañamos al Ricardo, estaba guagüita... y lo bañe en pelotita y yo lo tenía en una roca... que parecía... quedó todo negrito donde lo puse al sol... estuvimos 15 días, no estuvimos un mes... acuérdate que después no querías venirte... después te pusiste a llorar... tantas cosas que pasamos por allá...

Acuérdate que la carpa se nos hizo tiritas con el viento... donde estamos en la punta... después empezamos a jugar a los colores... te acordaí que te cosiste hasta las patas... [el papá se ríe] porque jugábamos a los colores... jugábamos blanco, azul, rojo... de repente uno se equivoca y él que se equivoca se tenía que tomar un poco

de vino... era la tarde cuando estaban todos curaos... donde se equivocaban tanto... y donde estaban tomando copete... se equivocaban más... ésta andaba gateando, la Sandra... lo pasamos bien...

Y después te vas a mejorar... te vas a estar riendo... ahora ya estás mejor... yo te encuentro mejor... ahora comí... sino quería comer... está mejor...

Hace poco fueron a Copet... también lo pasaron bien allá...

T: Tú sabes que recordando estas historias tu cuerpo va liberando las sustancias o haciendo las conexiones... para que te mantengas sin dolor... sin molestia por bastante tiempo... y así puedes hacer este ejercicio... puedes practicarlo (sugestiones para autohipnosis)... puedes irte a pescar... con todos esos detalles que te contó tu papá...

Padre: la pasábamos bien...

T: Cuando te dejas la mano ahí te puedes acordar de esos momentos... lo increíble, Sandra que cuando te acuerdas y vivencias esos momentos... esa alegría que viviste... te ayuda en este momento... porque tu cuerpo puede recordar esos momento y volverlos a vivir... y las sustancias que recorren tu cuerpo te están ayudando...

Por eso ese lugar de la mente que te muestra tantos lugares agradables... te puedes ir para allá mientras tu cuerpo trabaja para que tus molestias de acá... están bien... porque no es necesario que te quedes con las molestias de acá... te puedes ir a esos agradables recuerdos... (Silencio)

Padre: Tómate tu tiempo porque nos vamos a venir a Santiago ahora... relajaita... Claro que no venimos sin ningún veinte... con la pura plata pa' la micro, pero la pasamos bien... que pase luego no más la micro para que no nos deje abajo... ¿te acuerdas cuando el huaso nos quería llevarnos preso? quería mandarnos preso a todos y justo pasó la micro... quería mandarnos presos a todos porque habíamos cortados unos árboles... (silencio).

Se le pide al padre que de sugestiones parea que la paciente se reincorpore.

Se relajó harto... [el padre le comenta a la terapeuta].

T: Sí. Y ahora que hemos ido de paseo con estos nuevos regalos, las nuevas voces que nos han acompañado... vas llegando a Santiago y te vas reincorporando [la paciente continúan en trance inmóvil] (silencio).

Sugestiones para reincorporarse.

Y cuando te sientas bien vas llegando a este lugar... (silencio).

Tu cuerpo va a seguir trabando, Sandra aunque estés consciente lúcida... para mantener las condiciones para que sientas poco dolor... sabiendo que no es necesario mantener el dolor todo el día... sabiendo que son momentos, pero sólo momentos... que no tenemos que desesperarnos en esos momentos... las crisis vienen y se van... (silencio).

Agradecemos los recursos... y podemos seguir intentando este ejercicio durante las horas del día... porque sabemos que el entrenamiento muchas veces es necesario... para enfrentar esos dolores... esas crisis que puedes ser

Sugestiones posthipnóticas.

intensas... No es necesario que estén todo el tiempo... tu cuerpo sigue regulado por el control central de tu cerebro... podemos ir volviendo para disfrutar las cosas con nuestra familia... y vamos volviendo...

(silencio) [la paciente continúa en trance profundo].

(silencio) [la paciente se reincorpora]

T: ¿Qué molestia tiene?

P: Tres en la patita.

La molestia ha disminuido a tres.

T: Tres no es una molestia tan... ¿te distes cuenta que trabajamos con la señora Angélica y con tu papá?

P: Sí. [la paciente se ríe].

La paciente pudo experimentar trance con las instrucciones dadas por su padre y una amiga.

T: ¿Y bien lo sentiste? ¿Cómo lo sentiste? ¿qué te pasa? [la paciente quiere ir al baño].

Si tienes mucha molestia siempre juega con esto durante el día... ¿Ya?

P: Ya... ¿han salido a la calle mis niños? Salgan pues, aprovechen que el Lunes entran a clases

SESION 5.

PACIENTE:1.

LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia, Stgo.

FECHA: 4 de Marzo 2001.

ESTADO FÍSICO: la paciente presentaba dificultades para caminar, en el momento de la sesión tenía un dolor leve.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes.

HIPNOSIS: en esta sesión se pudo inducir un trance profundo mediante levitación de manos, una inducción fue realizada por la terapeuta y otra la realizó el marido de la paciente. Durante este estado se trabajó con metáforas para controlar el dolor y otras dirigidas a variables psicológicas que pudieran intervenir el dolor, con esto se logró disminuir en pocos minutos una crisis de dolor (EVA 8-9). La paciente finalizó la sesión con un dolor EVA 1.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 4.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 3.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 8-9.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 1.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 1
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 3 hrs.
b) Dolor base: constante.

SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA3.
b) Duración del alivio de la sesión anterior: 7 hrs.

TRATAMIENTOS: se le indicó morfina, 20% catéter c/4 hrs, pero la paciente la utiliza c/ 2 hrs. en el día, además toma diazepam 10 mg, amitriptilina, piroxicam ibuprofeno 400mg c/ 8hrs.

RESUMEN:

La sesión se realizó en el domicilio de la paciente, se acordó un horario en que pudiera estar presente el marido, porque ella quería que él la ayudara en las inducciones hipnóticas. En un principio la paciente señaló que estaba separada, pero no es así, por razones económicas y esperando contar con ciertos beneficios dio esa versión en el hospital.

El marido tuvo una buena disposición, se vio muy preocupado por el bienestar de su esposa, quiso aprender a inducir trance y lo hizo exitosamente, incluso se percató que la paciente experimentaba un estado distinto. Si bien tuvo un buen desempeño y la experiencia fue gratificante para ambos, cuando se presentó una crisis de dolor evitó estar presente, esto hace pensar en posibles dificultades para ayudar a su esposa en esos momentos.

Lo cual es lamentable, pues se observan beneficios con la hipnosis que pudieran mejorar si se cuenta con la participación de otra persona que pueda asistir a la paciente durante las crisis de dolor. La paciente después de la sesión anterior quedó sin dolor por siete horas aprox., luego se desencadenó una crisis que duró tres horas.

Además a la paciente no le gusta practicar autohipnosis sola, dice que no le resulta; sin embargo, de acuerdo con su relato se puede deducir que pudo controlar un episodio de dolor intenso.

Durante la sesión se intentó favorecer el aprendizaje de la autohipnosis, la terapeuta trató de tener un rol más pasivo, pero esto no le gustó. Por lo que se indujo un trance similar a los inducidos con anterioridad, la paciente como de costumbre pudo experimentar un trance profundo fácilmente. De la misma forma, su marido le indujo con éxito un trance.

Después la paciente experimentó un dolor intenso EVA 8-9, el cual pudo ser controlado, para esto se indujo trance nuevamente y se pudo observar que el recurso más efectivo fue la disociación.

La paciente continúa tomando morfina cada 2 hrs. y no cumple con los horarios de los medicamentos.

T: Entonces estamos haciendo unos ejercicios con Sandra que ella los ha aprendido bastante bien. Lo que hablamos ayer con el papá de Sandra y con Angélica es que uno le puede ayudar a hacer los ejercicios con unas instrucciones simples.	Se le explica al marido de la paciente los ejercicios que se practican para que él pueda ayudarla.
A ver desde que me fui ayer... ayer Sábado te quedaste con un dolor tres... ¿Hasta cuando te duro?	
P: Ayer por la noche me vino un dolor fuerte.	Los dolores le dan en la noche, resta importancia al alivio que pudo sentir en la tarde. Las crisis de dolor son el centro de su atención.
T: Ya pero estuviste con tres hasta qué hora.	Se trata de determinar la

duración del alivio producto de la intervención anterior.

P: ¿Cómo hasta que hora?... a ver con tres estuve hasta... ¿Cómo a qué hora llego el Oscar más ó menos? [la paciente consulta a su marido].

Marido: Como a las siete.

P: Como a las siete me vino como el diez.

Como a las siete de la tarde la paciente tuvo un dolor 10.

T: Ya hasta como las siete de la tarde, estás bastantes horas sin dolor fuerte, puede que siempre tengas un poco de dolor... por lo que me dijeron tu dolor tiene que ver con lo que tienes en la pierna y eso es un problema con una venita...

La paciente estuvo aproximadamente 5 horas con un dolor leve.

No sé que te habrá dicho el médico... el medicamento que estás tomando el neocintrón... es un anticoagulante por eso me dijeron que no te hicieras masajes porque a veces se forman coágulos... y puede que puedas tener un coágulo y si lo masajeas se puede ir a otro lugar del cuerpo y tener un problema más grave. Por mucho que te duela, no debes hacerlo por los problemas que pudieras tener.

Las recomendaciones de no masajear la pierna fueron dadas por la matrona a quien se le informó sobre el caso y dio las sugerencias que fueron trasmitidas a la paciente. En los episodios de dolor una de las soluciones intentadas por la pareja era masajear fuertemente la pierna.

Ya, entonces estuviste hasta las siete sin dolor y después... ¿tuviste al tiro un dolor diez?

P: Al tiro, al tiro me vino así de repente... estaba rebién conversando con mi cuñao... me vinieron a ver y de repente me dio el ataque de dolor... fuerte.

T: Ya, nosotros Sandra... hablamos de dolor... mire para saber. Nosotros desde aquí afuera que dolor siente... este es cero sin dolor y diez son los dolores más fuertes... ayer hablé con ella y cuando me fui ella sentía un dolor tres ¿no cierto?

Se le explica al marido la EVA para que pueda entender cuando se hable de números y dolor.

Ella sentía un dolor, pero es un dolor... ¿cómo es ese dolor?

P: Suave.

T: Es un dolor suave. Entonces a veces le van a venir esas crisis de dolor y por lo que hemos hablado... siempre te viene una crisis como a esa hora en la noche ¿no es cierto? Y... estabas conversando con tu cuñado y te vino de repente... como a las siete...

¿Cuánto te dura esa crisis?

Se consulta por la duración de las crisis de dolor.

P: Como tres horas.

T: Ya como tres horas. Te duró bastante, pero te duró menos que la vez anterior. Ayer me dijiste que te duraban toda la noche...

Se evalúa la duración de la crisis de dolor. En comparación a las crisis anteriores es menos, las crisis ahora sólo duran tres horas, antes duraban toda la noche

Marido: Toda la noche.

T: Te están durando menos. Ahora esos dolores intensos van a estar ¿me entiendes? Pero la idea es que cada vez

sean más cortos y poder ayudarla cuando le vengan estos dolores intensos para que se disminuyan...

Porque ella ya lo ha hecho, cuando hemos estado trabajado juntas le ha venido crisis de dolor y lo hemos logrado que la crisis se de en menos tiempo y pueda disminuir el dolor. Ahora esto no se va a bajar automáticamente de un rato para otro, aunque nos encantaría que de un rato para otro te quedaras sin dolor... va a ser un tiempo pequeño que vas a tener que trabajar para que el dolor lentamente se vaya disminuyendo... ¿ya?.

Antes de las siete ¿hiciste algún ejercicio?

Se consulta para saber si la paciente ha realizado autohipnosis antes de las crisis de dolor.

P: Empecé a hacerlo y lloraba.

T: Ya, pero cuando estabas en la crisis.

Marido: Sí ah..

T: ¿Y?

Marido: Que se cayó, se cayó en la tarde.

T: ¿Y por qué te caíste, Sandra?

P: Deben ser los dolores... iba al baño y no alcancé agarrarme del palito y me pegué fuerte.

La paciente se cayó cuando no tenía un dolor fuerte.

T: Ah.. claro. Lo otro que le había dicho a Sandra es que necesita reposo con la pierna y a veces por eso es bueno que tengas un dolor tres porque a lo mejor eres una persona muy activa...

Marido: Se ríe.

T: Te gusta moverte y todo... pero siempre tienes que recordar y tener la precaución de cuidar la pierna de andar con la muleta, la otra vez me dijiste que te ofrecieron una silla y es por un tiempo... es igual a cuando uno lo enyesan. Uno no puede andar corriendo con el yeso. Es el cuidado que tienes que tener... la caída puede haber aumentado, también... pero está bien, para que lo veas de manera distinta.

Estás tomando los mismos medicamentos ¿te pusiste la morfina hoy?

P: Sí... a las once.

Marido: No cuando llegamos aquí. A las once.

T: A las once. Cuando te dio la crisis de ayer que trataste de hacer el ejercicio... ¿qué pasó ahí?

P: No me resultó a mí.

T: Ya, pero qué pasó, cuéntamelo con detalles para saber en qué parte no te resultó ¿me entiendes?

P: Traté de expresarme con las palabras como las dice usted, pero no me resultó, no pude. Anoche igual traté de hacerlo... anoche se me quitó si... se me quitó.

T: Ya. ¿Y lo hiciste tu sola?

En la noche la paciente pudo controlar una crisis de dolor.

P: Sola fue cuando usted fue a la cancha, anoche... [la paciente le dice a su marido].

T: Y fue una crisis de dolor.

P: Sí, me iban a venir fuertes y antes que me vinieran fuertes empecé... y se me quitaron.

T: Ya. Lo que te sugiero es como estás teniendo como medio día sin dolor ¿no cierto? Desde la mañana hasta como las siete las ocho de la tarde, sin dolor. Y en ese tiempo tú practica el ejercicio, aunque tengas un dolor tres o sin dolor, para que vayas practicando y sabiendo como entrar. Porque puede que en la crisis de dolor sea más difícil...

Marido: (N.E)

T: Claro. El dolor que siente Sandra es un dolor fuerte, intenso y desesperante. Ella se pone a llorar y va a ver un momento que va a ser así, lo vamos a permitir y lentamente la orientamos para que haga el ejercicio, en esos momentos.

La terapeuta explica al marido para que pueda ayudar a su esposa y disminuir la angustia que le provocan las crisis de dolor.

Sandra está bien lo que está haciendo porque ayer, aunque no te des cuenta lograste disminuir un dolor que iba a venir, lo mismo cuando te ayude una persona trata de colocarle más atención a esa persona y no perdiendo de vista que es un tiempo limitado, uno piensa que no se va a pasar jamás, pero es un tiempo limitado.

Se refuerza a la paciente por el control del dolor.

Ahora vamos a hacer un ejercicio... yo lo voy a hacer.... ¿Cuál es su nombre?

Marido: Richard.

T: Richard, usted me puede mirar... Sandra tiene mucha habilidad para hacerlo. Sandra ¿te acomodas? [la paciente se acomoda en su asiento y se dispone a iniciar el trance]. ¿Qué molestia tienes ahora?

P: Me duele un poco la rodilla izquierda.

T: Si tuviéramos una crisis de dolor a lo mejor la podríamos controlar.

P: Me está doliendo.

T: Ya. Ella lo va a hacer sola, esto lo tienes que practicar en la tardes cuando no tengas dolor. Has uno sola y después te hago uno yo.

P: Es que hágamelo usted. No, no me gusta sola.

La paciente manifiesta dependencia con la terapeuta.

T: Ya. Coloca las manos abajo... y antes que lleguen las visitas tienes que haber hecho un ejercicio sola o alguien que te ayude porque necesitas hacerlo antes de las ocho de la tarde.

Se recomienda realizar un trance antes de las crisis de dolor como una forma de evitarlas.

Por ejemplo, ahora podemos hacer uno y después puedes hacer otro ejercicio... ¿Ya?. Mira Richard, es muy fácil

La terapeuta trata de enseñarle al marido de la paciente como

nosotros tomamos el brazo de Sandra y lo dejamos ahí (la terapeuta toma el brazo de la paciente y lo deja suspendido en el aire, comienza a hablar en tono hipnótico).

inducir trance.

Ella va a mirar su mano como ya está acostumbrada... y lentamente le decimos Sandra mira tu brazo... y lentamente cuando quieras vas a cerrar tus ojos y te vas a empezar a relajar... [la paciente cierra sus ojos].

Correcto... te vas a comenzar a relajar y a medida que tu brazo está ahí tú sabes que entras en ese espacio... que está más allá del dolor... que está más allá del sufrimiento... que es un espacio de tu mente inconsciente... ahora, Sandra vamos a tratar de hacer esto para controlar tus molestias...

Y cuando vengan esas molestias que pueden venir, vamos a estar preparados y estas cada vez serán más cortas... entonces en esta oportunidad como un ejemplo vamos a dejar que tu cuerpo...

Ahora puedes volver a tu ritmo... [la paciente se reincorpora].

Y también con esto se pueden controlar las crisis de dolor, esto le serviría para eso, porque en esos momentos tal vez usted no sepa qué hacer.

Marido: Sí, pu'.

T: Entonces vamos a estar un poco despierta ¿qué molestia tienes ahora?

P: Tres.

T: Entonces antes que aumente el dolor, lo podrían hacer antes no sólo en las crisis. Es bueno que lo practiquen en otros momentos ¿ya?.

Marido. Ya.

T: A ver venga para acá, siéntese ahí (la terapeuta llama al marido para que se acerque más a la paciente y le pueda inducir trance) más cerca... yo lo voy a ir guiando. ¿Estás despierta, Sandra?

P: Sí. Entro en trance.

La paciente se da cuenta que experimenta un estado distinto, percibe que puede entrar en trance.

T: Sí. Le vas a tomar la mano y le hablas en tono suave siente la mano... y lentamente puedes ir cerrando tus ojos

la terapeuta le dice en tono bajo al marido instrucciones para que se las diga a la paciente.

Marido: Siente la mano... cierre sus ojos...

T: Y esta nueva voz que te acompaña que es una voz tan especial porque es la voz de tu marido... te vas a ir acostumbrando a su tono de voz que escuchas...

La paciente con la simple instrucción dada pudo experimentar un trance.

Puede ser, Sandra que cada vez que hagas estos simples ejercicios como es tomarte la mano... vayas profundizando tu trance y cuando tu mano se coloque abajo tú sabes que

estás en un trance más profundo y que estás en el lugar de la mente donde cualquier cosa puede ocurrir... Sandra puedes ir volviendo... consciente de la habilidad que tienes...

Esto lo hacemos como una práctica, así cada vez que ella practique esto puede llegar a trances con más rapidez y estos pueden ser más profundos y puede hacer más cosas todavía... ¿Cómo te sentiste con tu marido?

P: Bien.

Marido: Bien, cuando llegué del trabajo estaba justo con la crisis no podíamos hacer na'.... Por ser anoche me arrodillé en la cama de ella... y le masajeaba el pie suavecito... esta parte... y seguía durmiendo... la miraba estuvo hasta como las cuatro de la mañana sin dolor... y durmió super bien, despertaba a ratitos. (N.E)

[el marido se retira por un momento va a comprar los uniformes escolares a una casa cercana].

T: En la tarde como va estar tu marido acá pueden practicar, un ratito porque entre más practicas...

Yo encuentro que lo haces bien... ¿te acuerdas que me dijiste cuando empezamos que tenías ese dolor todo el día y que no te hacía efecto la morfina?.

P: ahora tengo poco.

T: Ojalá pudieras controlar mejor tu dolor en la noche... aprovechando que está tu marido. Yo pensaba que tu marido era la persona que te acompañaba al hospital, la primera vez que nos vimos.

P: Así, donde la matrona... si la señorita G también me dijo dígale a su esposo que le retire la receta - me dijo- No, le dije yo...

La persona que la acompañaba en esa oportunidad era un amigo y colega de su marido.

T: Quiero que tu marido vea la intervención. (Llega el marido) Ya R... trata de hacer lo que hicimos recién.

Marido: Ya... [el marido le toma la mano y la deja en el aire].
Sandra cierra los ojitos... (N.E)

T: Y no es necesario, Sandra ya que estás en ese lugar que te incomodes por nada... tú sabes que en este estado puedes acceder a la parte que controla tu cuerpo, en tu cerebro...

Y puedes ir desconectando todos los lugares que te molesten... te desconectas de la molestia... dejando que por tu cuerpo circulen los fluidos que van a controlar el dolor... y puedas prolongarlo...

Sabiendo que también puedes disfrutar de esto en los momentos en que estás despierta...y lo único que tienes que hacer después de un tiempo... volver a contactarte... porque es un estado en el que disfrutas te sientes cómoda... bien... relajada para que después puedas compartir con tu familia...

Y muchas veces sabemos que nuestros dolores de alma lo colocamos en nuestro físico... y eso no es justo para

nuestro cuerpo... por eso es bueno sacarlos y dejarlos en un lugar que corresponda... para que podamos hacer las cosas que necesitemos...

Y en este estado cuando tú levantas la mano... la sientes flotar... la mano llega abajo... son sólo señales para que sepas que tu cuerpo está funcionando de la mejor manera...

Que tienes nuevos aprendizajes sabiendo que pueden haber momentos difíciles, pero son sólo momentos... en los cuales no tenemos que desesperarnos y buscar los caminos... yo no sé cuales van a ser tus caminos y cómo tu mente inconsciente te va a recordar su presencia...

Sobre todo cuando tú más lo necesitas... cuando tengas una crisis... vas a optar por estar con tu mente inconsciente sabiendo que cuentas con el apoyo de tu familia... que tu marido está al lado... que la gente que te quiere te acompaña... y solamente tienes que dar los pasos necesarios para empezar ese camino...

Hay caminos que son difíciles que uno tiene que pasar por trayectos que son difíciles... que nos cuestan que nos cansamos... pero al final uno hace todas esas cosas porque sabe que va a un buen lugar... Generalmente, uno no se acuerda de lo difícil del camino sino de los lugares más lindos... y como yo sé que has andado por caminos y que has tenido buenos momentos... en esos momentos en que tal vez las cosas se ven complicadas...

Me gustaría y yo no sé si tu mente inconsciente y tú querrán que cuando venga ese momento... en que tienes un momento difícil... poder separar las cosas... colocar a un lado los dolores del alma... y colocar un lado tus dolores físicos... y poder solucionar las dos cosas...

Tú sabes que tu cerebro... está funcionando muy bien que te está mandando todas las sustancias que necesitas para mantenerte bien relajada...

Por otra parte tú sabes que tienes que cuidarte... no hacer grandes esfuerzos... porque es el momento que te estás tomando un minuto en tú vida...

Un minuto tal vez para valorar las cosas más importantes... para fortalecer los vínculos... porque muchas veces cuando uno está en situaciones en que las cosas se ven más complicadas los vínculos se fortalecen... todos remamos para un mismo lado... eso también es satisfactorio para el espíritu... es una alegría y una tranquilidad que no siempre la experimentamos cuando las cosas funcionan bien... [la paciente se reincorpora].

¿Qué dolor tienes ahora?

P: Quiero ir al baño [la paciente va la baño].

Marido: la dejé dormida.

Al pedirle a la paciente que levante su brazo y cierre sus ojos, dio señales de estar experimentando un trance profundo, el marido se percató de ello.

T: Claro, ahora tiene poderes... [marido se ríe] eso es

cuando ella no tiene dolores tan fuertes... cuando a la Sandra le vienen los dolores fuertes... [llega la paciente].

P: Ahora me duele.

T: Mira lo que trataré de hacer... va a ver un minuto un tiempo que le duele fuerte y se desespera... y te va a decir que no... por un pequeño tiempo la dejamos que ella sienta su dolor... Ahora la diferencia es que no lo va sentir el dolor desde ahora hasta las doce de la noche... va a ser un periodo, pero ahí es cuando ella necesita más ayuda de nosotros... ¿Te duele mucho?

Se le explica al marido en términos generales lo que pasa en casos de dolor intenso.

P: Sí.

T: ¿Es una crisis de dolor?

La paciente experimenta un dolor intenso.

P: Sí. ¿está igual Sandra?

P: Sí.

T: Parece que el dolor no va a seguir aumentando por eso vamos a hacer algo para el dolor fuerte que tienes disminuya.

Entonces Sandra vamos a hacer el trabajo ¿qué dolor tienes ahora?

P: fuerte.

T: Un dolor fuerte. Tu tienes un dolor fuerte.

P: nueve.

Dolor EVA 9.

T: Tienes un dolor intenso un dolor fuerte ¿dónde está el dolor?

P: [señala la pierna].

T: Ya Sandra cuando te toque así o te toque tu marido u otra persona... de esta manera [la terapeuta toma la mano de la paciente].

Se da la sugestión de un simple toque de manos porque la paciente en la crisis de dolor no deja la mano suspendida en el aire para hacer una levitación de manos.

Vas a sentir que este es un toque especial... porque estás con un dolor intenso... y esta forma de tocar significa que te acompaño en este dolor que puedes estar sintiendo y ahora vamos a empezar a hacer las cosas para que este dolor vaya disminuyendo...

Porque como tú sabes el dolor no se puede ir inmediatamente porque el cuerpo cuida tu cuerpo... y como los autos que no se pueden frenar de golpe y tú colocas tu mano en tu cabeza...

Se entregan sugestiones para tranquilizar a la paciente .

Porque tu mano tal vez cuando vienen esos dolores fuertes se pone sobre tu frente porque es más necesario que nuestro comando central... ahí en el cerebro libere las sustancias... para que se vayan esparciendo por nuestro cuerpo y se vayan liberando... y que vayan soltando ese dolor... y puede ser sorprendente que estando con un dolor tan intenso como el que tienes ahora... puedas estar tranquila... porque estás más allá del dolor... estás más allá del sufrimiento...

Porque tu dolor tiene una parte física y una parte

Sugestiones dirigidas a separar

emocional... y sabemos que nos es justo que la parte emocional esté en la parte física... vamos a ir sacando esa parte de tu dolor que corresponde a la emoción y la vamos a poner en tu mano... tu pena, tu rabia... pero las penas y las rabias se viven de manera distinta... hay que colocarlas en otro lugar para que puedas hacer algo con ellas... para que puedas trabajarlas y darte cuenta de manera distinta de ellas...

el dolor físico del emocional y sugestiones específicas para este último.

Sin darte cuenta... no sé como el dolor va ir disminuyendo de nueve... lo ver que va bajando a ocho... también sabes que otro método que utiliza tu cuerpo es desconectar... desconectar los nervios que llevan la información del dolor... colocas tu pie en agua fría... sabes que puedes colocar tus pies en agua fría...

"Símil del interruptor eléctrico".

Y como estás en un lugar de la mente... más allá del dolor y del sufrimiento... porque ahí un espacio que uno se da cuenta de sus pensamientos, emociones, sensaciones... pero también uno se da cuenta que uno no es esa sensación... esa emoción y nos podemos abrir a los nuevos cambios... Sandra... Porque como en todos los ejemplos que te conté... la vida nos puede dar sorpresas podemos disfrutar de distintas formas... y yo me pregunto si esta maravillosa fuerte que tienes en tu cerebro habrá esparcido sus sustancias para acomodarte...

Estrategia estar más allá del dolor y del sufrimiento para el alivio del dolor. Disociación.

En unos minutos que puedes parecer que nos desesperamos... pero cada vez que te coloquen una mano... te ponen una mano amiga con la que te puedes sentir acompañada... con una voz que puede ser la voz de tu marido... de tu padre... de la Angélica o de alguien que te esté guiando... [la paciente se queja] .

¿Te está doliendo fuerte?
Vamos a dejar el espacio ya que te está doliendo bastante... entonces ahora le dejamos el espacio justo para que te puedas expresar... Pero ahora que vuelvo a colocar mi mano en ti vuelves a escuchar mi voz... y sabes que mi voz te acompaña... mi voz te acompaña...

Sugestiones para poder inducir trance con toques de mano.
La paciente se queja, pero se ve menos desesperada que antes.

Y tú ya sabes irte a un lugar que está más allá del dolor y del sufrimiento... es como abrir una puerta irte a otro lugar... mirar las cosas con distancia... como un águila...

Y a medida que más respiras más te alejas... y desde ese lugar que está más allá del dolor y sufrimiento vamos a hacer los cambios necesarios para que el dolor se disminuya...

En este momento no tenemos para qué quedarnos en esa situación dolorosa... no tenemos para qué quedarnos si hay otras cosas que podemos hacer y disfrutar... sabemos que es parte del camino difícil, pero en vez de fijarte en lo difícil del camino puedes levantar la vista y mirar el paisaje... por donde estás qué estás haciendo... a veces uno tiene tropiezos en el camino... pero los tropiezos son sólo tropiezos...

Disociación.

Y tú mejor que yo sabe... y aunque una parte tuya se resista a creerlo, tal vez... si vas a lo más profundo de ti... tú bien sabes que has podido disminuir... no forzándote, sino entregándote a esta situación...

Puede ser una molestia y eso es un límite muy impreciso... muy débil en el cual puedes quejarte sentirlo...

Y yo no sé en que minuto ese dolor va a empezar a ceder porque a medida que el dolor aumenta... nosotros más nos alejamos y podemos estar más presentes en ese lugar... que es el lugar de la mente... que no hay dolor, sufrimiento... un lugar tan conocido para ti...

Y desde este lugar podemos encontrar como un rayo de luz que nos conecta con nuestra columna que nos enraíza con la tierra...

[paciente se queja antes no se había quejado y mueve la cabeza]

Acomódate...

P: Ay.

La paciente continúa quejándose.

T: ¿Dónde te duele?

Se consulta para saber si la localización del dolor ha cambiado.

P: Todo.

T: ¿Desde aquí hasta aquí arriba? (se refiere desde la cintura hasta la pierna izquierda) Ya ahora me siento acá (la terapeuta se sienta más cerca).

El dolor no disminuye.

Estamos pasando por esta crisis de dolor ¿no cierto? ¿en cuánto está el dolor?

P: Nueve, ocho.

T: Nueve ocho, ya. Es un dolor intenso y en este dolor que tenemos acá nos vamos a ir a nuestro lugar...

Y tal vez, este dolor ha aparecido para darnos la oportunidad para que practiquemos y que tú vayas recordando lo que vamos haciendo...

Y tal vez no creas en este minuto, pero una vez que este dolor pase lo vas a volver a creer... porque...
[la paciente se ve calmada ha dejado sus manos sobre su falda, no se queja].

La paciente se calma deja de quejarse.

Correcto, Sandra porque a veces el dolor se va cambiando... va siendo distinto... y estas modificaciones que está sufriendo es para que te des cuenta de la capacidad que tienes y de lo acompañada que te puedes sentir en un momento... aunque te puedas sentir sola... pero al ver las cosas con perspectiva con tu vista de águila te vas dando cuenta que este dolor va quedando a tras... [suspira] Correcto...

Y a medida que queda a tras más puedes descansar... y a veces es como los ecos que escuchas una voz y a veces el dolor se convierte como un eco... como un recordatorio... pero a medida que avanzamos... él puede ir quedando atrás...

Y lo otro que vamos a hacer... es sacar los dolores que son de nuestra emoción y los vamos a colocar en la mano... porque como bien, tú sabes cada cosa tiene que tener su lugar... para que podamos trabajar con ella... Correcto...

Sugestiones dirigidas a las variables intrapersonales que influyen en la sensación dolorosa.

Y antes de eso vamos hacer una fogata y vamos a colocar nuestras penas ahí, nuestras rabias en papeles escritos... y salen de los más profundo y con respeto escribimos los papeles y los quemamos como en un rito... quemamos estas molestias... quemamos nuestras rabias... les damos su lugar... al quemar lo hacemos con respeto...

Porque en antiguas culturas muchas de las cosas sagradas los antiguos las quemaban... porque el fuego es un elemento transformador... puede convertir una piedra en metal... puede convertir una piedra en oro... el fuego puede convertir un alimento... puede convertir una sensación en otra... puede convertir algo duro en algo blando... puede producir vapor que forma las nubes que tienen agua y que luego permiten que crezcan las plantas... y las plantas pueden dar flores... y las flores semillas... y las semillas nuevas flores y comida...

Metáfora "el fuego como elemento transformador" dirigida para el control de las sensación dolorosa y emociones.

Por eso esos fuegos que podemos sentir y la relación que podemos tener con él puede ser muy variada... por eso yo me acuerdo de la historia de una tribu que adoraba al fuego... le cantaban y le bailaban a su alrededor... y hacían distintos rituales... incluso podían caminar por brazas calientes y al hacerlo no sentían dolor... incluso ni sus pies se habían dañado... lo hacían para demostrar su valor, su valentía... como un acto para fortalecer su espíritu...

Porque cosas que para nosotros puede parecer doloroso para ellos eran cosas que le hacían fortalecer su espíritu... saber las cosas que eran importantes... y era una señal para confiar en esta mente que los podía cuidar a tal extremo que no podían sentir dolor... ni sus cuerpos se dañaban con estas prácticas... y los indios también danzan sobre el fuego, se pintan su cara... hacen ritos de guerra... preparan comida... calientas sus lanzas de metal en el fuego... y se hacen tatuajes en la piel... este es un momento muy esperado... porque con el dolor se les fortalece el espíritu... le deja una señal en el cuerpo que los hace más respetables para los suyos...

"Metáfora el sufrimiento como fortalecedor del espíritu y educador"

Las nuevas generaciones aprenden la valentía y a sobreponerse a cosas que parecen terrible... a tomar las mejores decisiones...

Y de esta forma los jóvenes aprenden... y estos guerreros que tienen tanto contacto con la naturaleza y con el amor... después de mostrar a sí mismos y al resto las lecciones de valentía...

Saben disfrutar... se dan tiempo para estar con los suyos... para relajarse para disfrutar de la compañía... ellos se relacionan de una manera natural...

Que lindo debe ser para tu mente inconsciente tener contacto con esta tribu... y sentir como te cuidan acogen alimentan, te enseñan sus formas...

Y hasta puede suceder que un viejo de la tribu te enseñe... cómo lo hacen como sobreviven... como pueden ser tan inocentes...

Relacionarse amablemente con la gente... y si quieres puedes escucharlos e ir viendo como ellos realizan estas prácticas y como estos indígenas...

Puedes ir sintiendo que tienes algo de su alegría de su

forma de ver la vida... de su sabiduría... de su fortaleza... de su valentía... de la forma como enseñan a los suyos y poder sentirte en contacto con la naturaleza...

Y luego volver y sentirte relajada... y vas volviendo trayendo tal vez, un tatuaje... o las formas que quieras... y estas experiencias del espíritu son las más alegres las más enaltecedoras... que pueden enriquecer a un ser humano... puedes dormir puedes descansar... (silencio).
[la paciente se encuentra inmóvil sin dar señales de dolor]

Y también puedes darte el tiempo para creer... porque muchas veces, si nos cuentan, no podemos creer muchas cosas... que agradable es estar en ese lugar... (silencio)

[la paciente continua en trance].

Que agradable es traer cosas de nuestro viaje porque muchas veces cuando uno llega trae alegría y ánimo de nuestro viaje... trayendo los anestésicos que van a circular por nuestro cuerpo (N.E)

Sugestiones para reincorporarse.

¿Pasó el dolor desesperante, Sandra?

[la paciente se acomoda se ve salir del trance]

P: ¿Ahora?... Sí.
[la paciente continua con los ojos cerrados] (silencio)

La paciente pudo controlar su crisis de dolor.

T: Ahora igual te tienes que poner la morfina, porque no la puedes dejar así no más... en la tarde trata de hacer los ejercicios.

La terapeuta recuerda el horario a la paciente, quien debe inyectarse morfina, aunque no sienta un dolor intenso en el momento.

[la paciente se pone morfina, no tiene dolor]:

Si estas acompañada a lo mejor lo puedes hacer más fácil. Yo encuentro que estás bastante...

P: Mejor.

T: Sí. Y te das cuenta que ahora es más fácil...

P: (N.E) Me quedó dormía al tiro no siento nada.

Al estar en trance la paciente no siente dolor.

T: Y cuando te quedas dormida no sientes nada...

P: Nada, nada, nada...

T: Entonces te puedes quedar un poco en trance cuando lo necesites... ¡que bueno! se apaga la grabadora se despide la terapeuta y acuerdan la próxima cita.

Durante la sesión el marido miró, cuando se produjo la crisis se fue y llegó al final.

SESIÓN 6.

PACIENTE: 1.

LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia, Santiago.

FECHA: 5 de Marzo 2001.

ESTADO FÍSICO: la paciente no podía desplazarse, se encontraba recostada, hablaba poco, se veía demacrada, más delgada y con sueño.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes.

HIPNOSIS: en esta sesión se pudo inducir fácilmente un trance profundo mediante levitación de manos, en tres oportunidades la paciente pudo experimentar trance fácilmente. Durante éste se trabajó con metáforas para controlar el dolor y para controlar variables psicológicas. La paciente no ha practicado autohipnosis, no obstante, le agrada el tratamiento hipnótico y lo considera efectivo en el control del dolor.

RED DE APOYO: Buena.

DOLOR: no se realizó evaluación del dolor.

SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA3
b) Duración del alivio de la sesión anterior: 7 horas aprox.

TRATAMIENTOS:

A la paciente se le indico los siguientes medicamentos para aliviar el dolor: morfina, 20% catéter c/4 hrs y diazepam 10 mg. en la noche, pero la paciente utiliza la morfina cada 2 hrs en el día.

RESUMEN:

Al llegar la paciente se encontraba acompañada de sus hijos pequeños, recostada en un sillón, durmiendo, se veía cansada, débil, con dolor en su pierna, hablaba poco y en tono muy bajo. Dado el estado de la paciente la sesión fue muy breve y no se evaluó el dolor.

La paciente recibió con agrado a la terapeuta, estaba sorprendida y agradecida del trabajo hipnótico porque después de la última sesión se sintió aliviada, sin dolor, tranquila y durmiendo.

Durante la sesión se indujo trance, mediante levitación de manos en tres oportunidades para facilitar el condicionamiento, los trances fueron experimentados con rapidez.

En la primera oportunidad se logró disminuir totalmente el dolor de la pierna; luego se presentó un dolor en la zona sacra, el dolor pudo ser disminuido con una segunda inducción, pero persistía por este motivo se indujo un tercer trance. Los trances fueron muy cortos, se habló muy poco y se dieron sugerencias para el control del dolor y la influencia de variables psicológicas.

La paciente continúa inyectándose morfina cada 2 hrs. No ha sido posible contar con un registro exacto de los cambios del dolor, se le sugirió a la familia que llevarán un diario del dolor, pero no ha sido posible.

La paciente está motivada con el procedimiento hipnótico, pero no logra practicar autohipnosis. Esto se puede deber a las características dependientes de la paciente.

T: ¿Hay alguien con quien hablar ahí? ¿sabe el nombre de la persona?

La paciente pide a la terapeuta buscar un carnet en el Hospital San Juan de Dios, en el cual se detalla la dosis diaria que tiene que tomar la paciente de un anticoagulante, neocintrón. La terapeuta pide detalles.

P: No. Si se pierde le pide a cualquier enfermera o enfermero y le pide que le diga dónde entregan los carnees para la anticoagulación de la sangre. (N.E)

T: ¿Cuento... cómo?

P: Cuento con usted.

T: Sí, no se preocupe.

P: Ayer me dejó hasta sin dolor y durmiendo.

La sesión anterior pudo disminuir el dolor de la paciente.

T: ¿Sin dolor se quedó?

P: Sin dolor y durmiendo. Se reía mi tía y mi papá ...

T: ¿Por qué?

P: Estaba durmiendo.

T: Nos alcanzamos a despedir.

P: Sí pu'.

T: Ah.. después que me fui...

P: Cerré los ojos y me quedé...

T: Y se quedó sin dolor...

P: Sin dolor.

T: ¡Que bueno!

P: La señora que vino ayer... se reía.

T: Ella se reía.

P: Sí. (N.E)

T: ¡Que bueno!. Ahora me voy a ir más temprano para llegar antes que cierren. Son las 12:30.

P: En media hora está allá.

T: Ya media hora.

P: Todavía no calcula bien.

T: ¿Cuánto tiempo se quedó sin dolor?

P: Una hora más o menos.

T: Ya.

P: Me hizo bien.

La paciente encuentra que la sesión fue beneficiosa.

T: ¿Le hizo bien?

P: Sí.

T: ¡Que bueno!

P: (N.E) ¿Quién le abrió la puerta a usted?

T: Su hijo.

P: ¿El grande?

T: No el otro.

P: El F.

T: Me preguntó si yo te había dado cigarros.

La paciente fuma y los hijos se preocupan.

P: Sí puedo, yo le pregunté a la doctora... Me dijo que sí que podía fumar.

La paciente fuma mucho en promedio 4 cigarrillos por sesión.

T: A lo mejor puedes fumar, pero preocupas bastante a tus hijos cuando fumas.

P: Hola F.

Llega uno de sus hijos, F.

T: Vamos a empezar al tiro con los ejercicios.

P: ¿Puedo así como estoy o no?

La paciente se encuentra recostada en un sillón.

T: Si tu estás cómoda ahí.

P: Sí.

T: Lo importante es que estés en una posición cómoda.

T: En la posición en que tú te sientas cómoda está bien.

P: Sí es la pierna, entonces hacimos para que se vaya ¿Ya?

T: Sí.

P: Pongo la mano ahí no más.

La paciente levanta su mano izquierda.

T: Sí. Nos vamos a concentrar... porque nos vamos a preparar para algo nuevo ¿sí?....

Se inicia la inducción del trance mediante levitación de mano.

Si quieres puedes cerrar tus ojos... cada vez que sientas esto... vas a sentir tu mano, como tú sabes hacerlo... y cualquier persona que se concentra en la mano... se va relajando....

Sugestiones posthipnóticas para autohipnosis.

Y cuando esta manito vaya llegando abajo... van a empezar a pasar la cosas que tú ya sabes... esas cosas de tu mente inconsciente... tú ya sabes que cuando alguien tome tu mano... cierres tus ojos y te vayas a un lugar agradable... y permitas que todo tu cuerpo se acomode... vas a dejar que tu mano llegue y descanse...

Puede sorprenderte... al estar en este estado de tu mente inconsciente de tu mente sabia... puede ser sorprendente con la rapidez o el tiempo que te toma llegar ahí donde podemos acomodar nuestro cuerpo como queramos... e irnos a otro estado... que es un estado que puede ver las cosas con distancia como el águila...

Sugestiones de disociación.

El estado en que puedes ver... puedes tomar distancia de la molestia, puede estar presente... pero no necesariamente hacernos sufrir... porque es un estado en que los dolores del cuerpo y el alma no nos tocan... podemos verlo y hasta podemos percibirlos... pero percibirlos con esa lejanía que da el tomarse una distancia para ver las cosas...

Tú puedes permitirte y permitirle a tu cuerpo acomodarse... estar con él... disfrutar al ver las cosas con distancia... y al ver tal vez puedas darte cuenta que alguna parte de cuerpo está incómoda... y puedes ir viendo como esa incomodidad se va transformando... va cambiando.... y lo que antes quemaba puede ser una picazón... o un calambre se va adormeciendo... va cambiando la sensación porque el límite entre lo que es doloroso y lo que es molesto... a veces es tenue...

Sugestiones para relajarse y cambio de la sensación dolorosa.

También desde lo alto podemos olvidar algunas cosas y varias cosas... porque hay molestias que nos la recordamos tan bien... y no es necesario que estemos recordando constantemente cómo fueron...

Puede suceder que cuando venga esta molestia sea la señal para emprender este vuelo... Para luego bajar y olvidarla... o no olvidarla eso depende de tu mente inconsciente... Muchas veces cuando estamos en los buenos momentos es increíble como no recordamos los momentos desagradables...

Sugestiones para amnesia y, posthipnóticas para autohipnosis.

Esta capacidad también la tiene tu cuerpo... porque muchas veces te puedes acordar o no acordar... porque eso no es lo importante... de golpes lesiones en tu pierna jugando no los recordaste... en el momento no te distes cuenta sólo después... Muchas cosas que le han pasado a tu pierna ya no las recuerdas... sobre todo las cosas molestas... También pueden haber sensaciones muy agradables que hayas experimentado que si las recuerdas...

Lentamente como un águila que vuela... esto es importante tomarse un minuto, sobre todo cuando las cosas se complican es importante tomarse un minuto y ver las cosas con altura, subir en este estado... que puedes ver el placer el dolor... y tú estás en la tranquilidad absoluta... si bien pueden estar presente... No te afecta...

Porque hay una parte tuya, Sandra que no la puede tocar ni el dolor ni el sufrimiento... que agradable es poder contactarnos con esta parte que no nos puede tocar el dolor ni el sufrimiento que podemos traer sabiduría a nuestra vida... Compartir con quienes queremos... Nos podemos ir a este lugar y podemos estar muy conscientes muy alertas... pero alejados de las sensaciones...

Y si llegamos a sentir una sensación molesta puede ser la señal para que sin que te esfuerces... sin que hagas nada... como un juego puedas levantar tu mano, cerrar tus ojos y tomar tu camino... emprender tu vuelo... alejarte del sufrimiento y del dolor, aunque estos tal vez no disminuyan... no es necesario quedarse... en situaciones desagradables, no es necesario quedarse... podemos regresar cuando estén un poco más disminuidas...

Puedes aprovechar el tiempo para disfrutar hacer las cosas que quieras en tu vuelo también puedes ir a otros lugares... Lugares en los que te sientas bien... estés cómoda, nuevos sitios o recuerdos de situaciones agradables y eso no sé cómo lo va a hacer... y ahora que tú has experimentado esto y te has sentido mucho mejor (la paciente ha dicho sentirse mejor) aunque sea por unos momento que pueden ser sorprendentes... puedes experimentarlo cuando lo necesites...

Sugestiones posthipnóticas para autohipnosis.

Muchas cosas como tú sabes... las emociones te puedes ir dando cuenta... como las distintas emociones afectan tu cuerpo... cuando estés aprendiendo eso... debes saber que no necesitas dañarte, incluso si tus sentimientos son muy dolorosos... Puedes ir a este lugar... (Silencio)

También en este vuelo que haces... puedes traer las cosas que necesitas... preparándote para cuando estés acá y compartir con quienes quieras... tu parte que controla todo tu sistema va hacer los cambios necesarios para que esos dolores no sean tan intensos... (silencio).

Entonces se va a ir alterando lentamente de manera de ir encontrando las formas que sean para ti más saludables más cómodas... Y vas a ir advirtiendo un cambio sutil, muy sutil... (silencio)

Sugestiones dirigidas al control de variables intrapersonales para el control del dolor.

Yo me pregunto que necesitará tu pierna para que tu dolor comience a disminuir... Le podemos enviar desde nuestro lugar de arriba... órdenes a nuestro cerebro para que envíe las sustancias necesarias... y si es el caso que necesitemos desenchufar... lo doloroso porque pueden quedar las otras sensaciones... o tal vez un dolor que no sea tan intenso... o elija irse a otra parte del cuerpo... o tal vez no... o puede que no sea necesario sentir las molestias futuras tan fuertemente...

Sugestiones para el control del dolor mediante el centro ejecutivo interno.

Y ahora que vas volviendo de a poco vas trayendo ese frescor, esa comodidad, esa alegría.... que puedes traer

cuando ves las cosas desde la distancia... va a volver te va a sentir bien relajada... sabiendo que cada vez que levantes tu mano la mires por algunos minutos... la sientas flotar en tu aire... cierres tus ojos ella automáticamente sabrá hacer su trabajo... buscará los caminos para que estas molestias... vayan disminuyendo, tal vez sólo un poco...

Sugestiones para reincorporarse con sensaciones de bienestar y sugestiones posthipnóticas para autohipnosis.

Puedes estar alegre para volver a reincorporarte... ver las cosas de otra forma estar con quienes te quieren y esa mano se puede levantar sola o puede hacerlo alguien por ti... es como el encendido... lo demás ya sabes como hacerlo... puedes reincorporarte... vamos a volver y practicar como se entra a este lugar y para esto en necesario que vuelvas que te sientas relajada, Sandra... te sientas despierta... (silencio) [la paciente se reincorpora].

¿Te sientes bien?

P: Sí.

T: ¿Sí? vamos a practicar esto. ¿agradable no tener nada de molestia?

P: Sí.

T: ¿Hace tiempo que no tenías molestias?

P: Sí.

T: Como no voy a estar en la noche. Vamos a hacerlo otra vez. Y vamos a tratar de hacerlo un poquito sola.

P: Me duele un poco la colita.

T: La colita, Ya. Ahí está molestia vamos a partir siempre con una molestia ¿no es cierto? Para eso lo vamos a hacer para tratar que las molestias se disminuyan, bien.

Siempre que sientas una molestia que pueda ir creciendo tu vas a empezar a hacerlo ¿Ya?.

Entonces coloca tu mano (la terapeuta toma su mano y le muestra a la paciente cómo hacerlo) puedes tomar tu mano y hacer lo mismo que yo. Levantarla.

La levantas y mírate la mano. Acomódate cierra tus ojos. Suéltate la mano y cuando sientes que la mano está flotando en el aire (se comienza a hablar en tono hipnótico).

Y cuando la mano está flotando en el aire es una señal... que vas a empezar a hacer algo... que vas a empezar a volar... vas a sentir que esta mano va ir bajando... y a medida que esta mano baje, Sandra... tú vas a subir más y tu estado va a ser más profundo... y te puedes concentrar y le puedes ir pidiendo a tu mente inconsciente sin que tú hagas nada que ella... haga los cambios necesarios para que tú vayas disminuyendo esas molestias... puede que las molestias disminuyan o sigan igual...

Pero desde ese lugar en que no hay sufrimiento y no hay dolor que te alcance... puedes tener una imagen... puedes ver... y darte cuenta como lo estás haciendo sola... vas a

estar un tiempo ahí, Sandra...

Y puedes ir volviendo de manera relajada... bien... sabiendo que no tienes que abusar de tu bienestar que tienes que cuidarte... muchas veces cuando uno está en este estado... puede hacer otras cosas... porque el solo hecho de tomar distancia es un alivio...

Puede sentirte como un águila, Sandra... imaginarte... sentirte como un águila o puedes serlo... irte a ese lugar donde estás cuidada... sin dolor y sin sufrimiento... recogiendo las cosas que necesitas... confiando en las cosas que automáticamente va a hacer tu mente inconsciente para que tus molestias disminuyan...

Sabes que puede ser de muchas maneras, puede enviar sustancias para que esas molestias se disminuyan... puede desatar los nudos... y no es necesario hacer sufrir más nuestro cuerpo y a quienes queremos... colocándonos así recibes lo que necesitas...

Y puedes ir volviendo ahora sintiéndote relajada... habiendo dado un paso más en esto... tranquila... recordando que esto lo puedes hacer cuántas veces tú quieras... [la paciente se reincorpora].

¿Tienes molestia?

P: En la colita.

T: ¿Es mucho?

P: Poco.

T: Ya, Sandra te das cuenta que lo puedes hacer muy bien sola... puedes hacer este ejercicio cada vez que sientas una molestia.

Se inducirá trance nuevamente para ayudar a la paciente en su aprendizaje. Cada vez experimenta trances profundos en menos tiempo.

Entonces vamos a hacer un ejercicio.... (se toma la mano de la paciente para inducir trance nuevamente).

Concéntrate en tu mano y cuando tu mano vaya llegando abajo, Sandra tu cuerpo... va buscar la forma en que tus molestias van a ir cediendo...

cualquiera de las formas en que nosotros hemos hablado antes... tú vas sintiendo que vuelas como un pájaro... y las molestias pueden ir disminuyendo...

O puede que las molestias estén presentes, pero sin sufrir y puedes recordar las cosas que hemos hablado antes...

Y cuando recibas las sustancias necesarias para tu organismo te puedes reincorporar sin darte cuenta... olvidándote lo que ha sucedido... (silencio) [la paciente permanece en trance por unos 20 min.].

La paciente se reincorpora no siente molestias se despide la terapeuta ella queda en el sillón durmiendo.

SESIÓN 7.

PACIENTE: 1.

FECHA: 9 de Marzo de 2001.

LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia.

ESTADO FÍSICO: la paciente tiene dificultades para caminar y menos dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia; no obstante presentó sintomatología depresiva: sentimientos de minusvalía, tristeza, miedo, ansiedad y pensamientos suicidas con ideas bien estructuradas.

HIPNOSIS: en esta sesión se pudo inducir un trance en dos oportunidades, la primera para disminuir un dolor EVA 8-9, con el trance se disminuyó el dolor a EVA 3. El segundo trace se realizó con el fin de grabar una cinta que pudiera facilitar la autohipnosis.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: no se consultó.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 5.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 8-9.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 3.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 1.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: no se consultó.
b) Dolor base: en momentos se encuentra sin dolor.

TRATAMIENTOS: medicamentos para aliviar el dolor morfina, 20% inyectable c/4 hrs. (lo utiliza cada 2 hr.) Y diazepam 10 mg..

RESUMEN:

La paciente presenta dificultades para caminar y menos dolor. El aspecto que más le preocupa y angustia es la condición de su pierna, teme quedar totalmente inválida, le gustaría recibir atención médica.

Ha tenido menos dolor, los más intensos se presentan durante la noche; sin embargo, no percibe alivio con el uso de los medicamentos.

La paciente no ha podido contar con la ayuda de otra persona para practicar autohipnosis, sólo lo hace cuando se presentan los dolores y los logros que obtiene son relativos.

Por el momento lo más preocupante es su estado anímico, pues presenta fuertes sentimientos de minusvalía, desesperanza, angustia, tristeza y pensamientos suicidas muy estructurados. Según ella lo que más la angustia es no saber su pronóstico, piensa que el suicidio sólo apresuraría su muerte.

Durante la sesión como una forma de intervenir en las ideas suicidas se le muestra a la paciente las posibles consecuencias de tal acción, sobretodo la repercusión que tendría en sus hijos, además se muestran los avances en el control del dolor. La paciente coincide con lo último, se queja de no poder caminar cree que quedará inválida, esto le provoca gran temor.

Durante la sesión, presenta un dolor de una intensidad EVA 8-9; se induce trance y el dolor disminuye a EVA3.

Para facilitar la práctica de la autohipnosis se deja una cinta grabada con una inducción similar a las realizadas durante las sesiones anteriores.

P: F anda a comprarte cuatro cigarros. Vaya a comprar cuatro cigarros, si le alcanza el vuelto se lo deja para usted.

T: ¿Cómo has estado Sandra?

P: Sabes que más ó menos Valeria, sabe que cada días camino menos.

Su bienestar se centra, principalmente en la dificultad para desplazarse.

T: Cada día.

P: Me gustaría que me hospitalizaran me hicieran algo, Valeria.

A la paciente le gustaría ser tratada por su pierna.

T: Ya.

P: Si cada día camino menos, me levanté a las siete de la mañana hoy día... me fui a hacer un examen de sangre.

¿Va a ir al San Juan de Dios, después?

T: Si voy a ir al San Juan del Dios.

P: Ah... ya... ¿Lo hacemos igual que el otro día?.

T: Ya.

P: Me avisas cuantas tengo que tomar porque como son varios días. F... ¿te sobró vuelto?... Voy a prender un cigarro para las dos Valeria.

La paciente le pide que le avise telefónica las dosis de medicamentos necesarias por que pasaran algunos días hasta que se vean otra vez.

La paciente se justifica ante su hijo diciendo que encenderá un cigarrillo para compartirlo, pero la terapeuta no fuma. A la familia no le gusta que la paciente fume.

T: Sandra ¿cómo has estado? ¿te duele mucho la pierna?

Se continua con la evaluación.

P: Sí, en la noche sobre todo.

T: Sí, en la noche.

La paciente siente dolor en la noche principalmente.

P: En la tarde en esa hora de las cinco y media en adelante.

Al parecer los dolores comienzan en la tarde.

T: Y ¿ha cambiado el dolor?

P: No, igual no más el mismo dolor.

La paciente no refiere cambios.

T: ¿Has hecho el ejercicio?.

Se consulta para saber si la paciente ha realizado los ejercicios de autohipnosis.

P: Sí, sí lo hago.

T: Y ¿a qué hora lo haces?

Se consultan los detalles para saber por qué no puede controlar los dolores en la noche.

P: A la hora que me da.

La paciente realiza los ejercicios cuando se presenta la crisis de dolor.

T: Ya no lo estás haciendo antes.

Se le ha recomendado realizar los ejercicios antes.

P: En el hospital no daba más...

Anda a ver tele, anda, esto es para grandes, se conversan cosas de adultos con ella. Entienda.

La paciente envía a uno de sus hijos a otro lugar para poder conversar.

Es tan terrible que no aguanto más... a la señora A le decía... que estaba aburrida ya que lo único que quería es matarme. Sabe que yo estando sola me voy a matar.

La paciente plantea ideas suicidas. Dice no tolerar más su situación.

T: Pero cómo.

P: No aguanto más, Valeria.

T: Cómo... estando sola... ¿estando sola en tu casa?

Se piden detalles para saber que tan elaborada está la idea de la paciente.

P: Estando sola yo. ¡F háceme caso! ¿me trae un cojín hijo, dos cojines...	El hijo sólo se había alejado regresa, la paciente le pide unos cojines.
Yo creo que si me dejan sola en la casa... yo me cuelgo... es tan fuerte... ¿No sé qué hacer? Ya no aguanto no sé si voy a morir no sé si voy a vivir... no sé... lo único que haría ahorcándome es apresurar mi muerte nada más.	La paciente piensa colgarse. No sabe qué pasará con su vida, el suicidio podría ser una salida más rápida.
T: Sí, pero con eso dañarías a tus hijos.	Se le muestra otro aspecto del problema. No se cuestionan los argumentos dados por la paciente, por pensar que sería infructuoso. Se le muestra las repercusiones de su acción.
P: Sí, pero es que no sé qué hacer. Ahora camino menos... cada día camino menos.	La paciente sufre por no poder caminar.
T: Pero tienes menos dolor que antes.	Se le muestra a la paciente que tiene menos dolor que antes.
P: Sí menos, pero es que no puedo caminar.	Al parecer en el presente, lo que la hace sufrir es perder su capacidad para caminar. No le da importancia a la disminución de sus dolor.
T: Sí, pero trata de preguntar qué médico puedes ir a ver para la pierna. Ese es problema de tu pierna.	
P: Sí, pero no aguanto más la pierna...	La paciente continúa quejándose de su pierna, da la sensación de un temor a la invalidez.
T: Posibilidad no tienes de ver un médico vascular particular para tu pierna.	Se dan alternativas para ayudarla en el problema de su pierna.
P: Dónde, no encuentro yo no puedo moverme para buscarlo.	
T: En las páginas amarillas.	
P: No, no he buscado es que yo soy retonta también, Valeria.	
T: ¿Quién va ir al hospital?	
P: Mi tía está trabajando, también puedes preguntar allá.	Se la orienta para que pregunte en el hospital alternativas de atención.
T: Tú no tienes ninguna previsión.	
P: Posibilidad de verlo particular, puedo. Yo sé que me consigo plata para mi salud. No sé quién me puede ayudar a encontrarlo en realidad.	
T: Gente conocida yo no tengo. Podría preguntar...	La terapeuta plantea a la inquietud a la matrona, quien recomienda pedir alternativas en el consultorio del hospital

	donde debe ser atendida la paciente.
P: ¡F tráeme los cojines! Te voy a acusar igual que al R ayer... tráeme el banano también. Y las inyecciones que están en un bolsito blanco al lado de mi cama.	La paciente pide las morfinas.
T: Y ¿te ha resultado hacer el ejercicio con tu marido?	
P: Sí, pero muy poco.	
T: ¿Cuánto muy poco?	
P: Muy poco casi nada, no sé si no se relaja... no sé...	
T: Pero qué encuentras que es poco... que no te relajas bien...	
P: No, que no se me quitan mucho los dolores.	La paciente no se alivia con las inducciones realizadas con su marido.
T: Ya puede ser, pero también puede ser que sufras menos con los dolores.	Se introduce otro aspecto que puede cambiar sin que el dolor cambie.
P: Sí, puede ser.	El comentario sorprende a la paciente, contesta confundida. Puede ser que el nexo dolor-sufrimiento sea tan fuerte que al mostrarse separados causa sorpresa.
T: Porque una cosa es el dolor y otra el sufrimiento. Y a veces puede ser más importante no sufrir tanto.	
P: Sí.	
T: Mira acá hay dos médicos (la terapeuta encuentra direcciones en la guía Páginas Amarillas) Tú lo llamas. Lo otro... ¿has hecho el ejercicio en la mañana?, como a las once.	Se consulta para saber si la paciente ha realizado sus ejercicios.
P: No.	
T: Trata de hacerlo, no cuando estés con el dolor tan fuerte. Si lo haces antes vas a permitir que en tu cuerpo circulen sustancias que van a atrasar la crisis de dolor o la van a disminuir.	Se recomienda realizar autohipnosis constantes y en períodos en que las crisis no están presentes.
¿Y los medicamentos no te hacen nada?	Se consulta por la efectividad de los medicamentos.
P: Nada.	La paciente dice no tener alivio con los medicamentos.
T: Y ¿te los estás colocando a las horas?	Se consulta para saber si la paciente está respetando el horario de los medicamentos.
P: Sí.	Dice respetar el horario de los medicamentos.
T: Anda el Lunes al hospital porque te puede ver el médico. ¿Cómo está el catéter?	Se recomienda asistir al Policlínico del Dolor.

P: Sabe que tengo hinchado aquí.	La paciente tiene una hinchazón en el lugar del catéter.
T: Claro. Trata de ir el Lunes en la mañana al hospital.	Se insiste en que acuda al hospital por el estado en que se encuentra el catéter.
P: Tengo que ir el Lunes.	
T: Aprovecha de pasar al Policlínico. Te pueden ver por el dolor y el catéter.	
P: (N.E)	La paciente pregunta por su pronóstico.
T: Pero Sandra, yo no sé como serán las cosas... Pero sabes que pasa con eso... tus hijos que tienen como cinco años.	Se retoma el tema del suicidio.
P: Los más chicos ocho y nueve.	
T: Ocho y nueve.	
Para ellos es muy importante lo que te pasa en estos momentos y si tomas una decisión tan drástica será un daño para ellos. Es un daño psicológico del que va a ser difícil que se recuperen. Van a tener problemas en su forma de relacionarse. Ahora le puedes enseñar a que aprendan a enfrentar los momentos que son tan difíciles en la vida, porque ellos tal vez, los vayan a tener; no una enfermedad, quizá otra cosa. Ellos están aprendiendo todo lo que haces en estos momentos, aunque no te sientes con ellos a explicarle la situación, ellos saben que vives una situación complicada. Es triste para ellos, es triste para tu marido, para toda tu familia.	Se retoma el tema de poner fin a su vida. Se habla con más detalle de las posibles implicancias que tendría tomar una decisión de este tipo, apelando a su rol de madre.
P: Me pongo a pensar él que entre y me vea eso nunca se le va a borrar.	Ella sabe que dañará a sus hijos, pero al parecer piensa que sólo lo hará, si ellos ven imágenes que no pudieran borrar en el futuro.
T: Aunque no te vieran es algo muy agresivo, es algo muy violento con ellos.	Se muestra que el daño no radica en que vean o no un hecho tan trágico como este, sino en el hecho en sí.
P: Sí.	
T: ¿Has ido a la iglesia y te ha hecho bien?	En el comienzo de la sesión la paciente habló de haber ido a la iglesia y haberse sentido mejor, se quiere rescatar este recurso.
P: (N.E)	
T: Ya. Pero de todas maneras este dolor es transitorio, una parte tuya hace cosas para no sentir este dolor, has hecho los ejercicios.	Se muestra que su padecer es transitorio.

P: En la tarde estoy sola.

La paciente se queja por estar sola.

T: Entonces podemos dejar una cassettes para que lo puedas escuchar. Yo he estado contigo en crisis de dolores fuertes y el dolor se te ha pasado en...

Se opta por dejar un cassette a la paciente para que pueda ayudarla en la autohipnosis dado que la paciente no ha logrado realizar las autohipnosis sola y controlar los dolores. Tampoco ha sido de utilidad el entrenamiento dado a sus familiares. El cassette puede ser una herramienta útil, podrá dar autonomía a la paciente y acoger su dependencia. Por otro lado, si se siente sola es mejor que realice autohipnosis a profundizar sentimientos de soledad.

P: Hijo en la bolsita al lado de la pieza en que duermo yo hay inyecciones... tráigame cinco. Yo las guardo acá.

T: ¿Qué piensas?

P: En nada.

Hijo: Traje seis.

El hijo trajo seis ampollas de morfina.

P: Ya, yo las guardo acá. Y el banano pásemelo, pásemelo mejor... La jeringa está encima de la chimenea en la máquina.

Estos cabros me hacen rabiar tanto Valeria, si tú estuvieras acá... Sabes que a veces me hago la lesa, me hago la loca para no escucharlos, pero hasta que no aguanto... Y me pongo a llorar, lloraba, lloraba. Lo único que quería era morirme. Y se los dije, se los grité a los tres que ya no los aguantaba que prefería morir que estar así con ellos...

La paciente se queja del comportamiento de sus hijos. Una de las razones que se le dieron para desistir de la idea de quitarse la vida.
La paciente hace comentarios dañinos para la salud mental de los hijos.

T: ¿Qué estaban haciendo ellos?

P: Se ponen a pelear por nada. El más grande molesta al R, el R es garabatero para que contarte, super garabatero. Super garabatero el Ricardo te cuento y a mí eso es lo que me da rabia... los garabatos.

Los comentarios de la paciente puede hacer sentir culpables a sus hijos.

Por qué no trata de cambiar un poquito, yo converso con él. La mamá está enferma hijo, cambie... ayúdeme por favor, yo le converso. Yo no voy a estar con ellos toda la vida, en cualquier momento me puedo morir, le dijo a ellos. Que en cualquier momento me puedo morir que me ayuden.

¡Busca la jeringa en la máquina! Tiene que estar ahí yo le dejé ahí.

T: Y ¿algún doctor te ha visto la pierna?

P: Doctor P se llama.

T: Puede que por esta situación que vives; ellos se afecten y sacan la emoción de otra manera.	Se trata de dar un explicación posible para los cambios conductuales que observa la paciente en sus hijos.
P: A mí me gustaría que me dijeran.	La paciente se refiere a su pronóstico vital.
T: Y ¿En qué cambiaría si te dijeran eso?	
P: En nada.	
T: El doctor no te ha dicho nada.	
P: No.	
T: y en el Caupolicán Pardo ¿qué te dijeron?	
P: No, me dijeron que ahora tenía que ir al San Juan de Dios.	
¡Felipe ahora que me acuerdo está en silla en la pieza!.	
Pásemela y me busca la tapita que no puede quedar así...	
T: Tienes más jeringas, más agujas. Tienes que tener mucho cuidado con la jeringa que esté limpia.	Se hace la recomendación porque se observa que la paciente no toma las medidas higiénicas adecuadas.
P: ¡Si tiene la tapita véala en el suelo por último! Así con la cuestión...	
T: Y ¿qué te dice tu marido?	
P: Nada que tengo que luchar que no puedo dejarlos solo.	
¿Qué hora es? [la paciente se coloca la morfina].	
T: Son veinte para las doce.	
P: (N.E)	
T: Para dormir. Y en la noche ¿cuánto te dura el dolor, desde qué hora hasta qué hora?	
P: (N.E)	
T: Y con tu marido... ¿no te ha resultado mucho hacerlo?	Se refiere a la ayuda que le puede brindar su marido para inducir trance.
P: No.	
T: Pero tú ¿encuentras que entras en trance o no entras?	Se consultan detalles para tener mejor información sobre lo que no funciona.
P: No.	
T: ¿No logras entrar?.	
P: F ándate de aquí que estamos conversando, esto se está grabando F, mira ella esta grabando, por favor querí.	La paciente se enoja porque uno de sus hijos se acerca.
Me están viniendo los dolores...	

T: ¿Te están viniendo? ¿Qué dolor tienes ahora?	Comienzan los dolores. Se consulta por el tipo de dolor.
P: En la espalda.	
T: En la espalda... ¿desde qué parte hasta qué parte?	
P: De la colita hacia abajo.	
T: Y en número... ¿qué dolor tienes?	Evaluación EVA.
P: Tengo ocho, nueve.	
T: Ya un ocho nueve... ya. Deja tu mano aquí abajo. Y a medida que vas sintiendo la mano te vas a ir relajando y a medida que esto sucede el dolor se va pasando...	Se trata de inducir trance para disminuir el dolor mediante levitación de manos.
Para eso puedes inspirar y permitir que tus ojos se cierren... cuando tus ojos se cierren... [la paciente cierra los ojos].	La paciente rápidamente entra en trance y no manifiesta gestos de dolor.
Tú ya sabes entrar a ese espacio que está más allá del dolor y del sufrimiento... Tú sabes que no es necesario por muy grande que sea la molestia quedarte sufriendo psicológicamente o físicamente...	Se refuerza la disociación de la paciente.
El dolor puede estar, pero pueden ser como olas... O como parte de lo difícil de un camino, pero en vez de fijarte en el dolor puedes mirar el paisaje... Correcto [la paciente coloca su cabeza para atrás se ve completamente relajada].	Se construye una metáfora que insinúa el fin de una experiencia que puede ser displacentera, además se refuerza la disociación.
Puedes mirar el paisaje, saber que a lo mejor vas por caminos difíciles... pero al mirar el paisaje tu mente se eleva y las molestias disminuyen... Puedes ir mirando por donde vas... Sabiendo que ves todo como un águila... En este estado en el que uno está por sobre todas las situaciones... por más incómodas que puedan ser...	Se refuerza la disociación evocando experiencias visualmente agradables, esto ayuda a la desconexión de las sensaciones corporales.
Y puedes sentir que un rayo de luz pasa por tu cabeza y te recorre... este rayo de luz te va sanando, protegiendo... Y puede que hayan molestias, pero esas molestias las vamos a ir eliminando... tal vez existan ciertos granitos como arena y esa arena acumulada puede ser la que te crea dificultad en este minuto...	
Pero a medida que sientes el viento sabes que esa arena se puede mover de la misma forma que las cosas que parecen más difíciles... Incluso las rocas más duras con fuerzas que nos pueden parecer tan sutiles como son la fuerza del agua o el viento... se pueden disolver... Porque uno a primera vista podría pensar que la roca es más fuerte que el viento y que el agua... pero con el tiempo... la rocas se convierten en piedras... las piedras en arena y la arena en polvo... que se puede trasladar a distintos lugares...	La metáfora se construye para abordar los aspectos del dolor y de la experiencia que percibe como insuperables. El viento es un elemento siempre presente que puede ayudar a la paciente en la autohipnosis, además se da un mensaje esperanzador.
Y de la misma forma si tienes ciertas arenas que circulan en este minuto... las podemos ir disolviendo con el aire y con la ayuda de nuestro rayo de luz... como un láser que a todo unimos la potencia de la luz... y estas arenas se van disolviendo y convirtiendo en unas sustancias que dejan de ser dañinas...	

Y de la misma forma podemos ir disolviendo nuestros pensamientos que son dañinos... Correcto.

[la paciente da señales de dedos]

Y este es sólo el aviso para que disolvamos pensamientos dañinos, el dolor puede ser sólo el aviso para que los disolvamos... Para que disolvamos arenas que podamos tener...

Pensamientos que puedan influir en el estado depresivo de la paciente.

Y podamos abrir nuevos caminos... Porque tal vez que lo necesitamos en este minuto es encontrar el camino... para volver a circular... Y para eso puede que tu organismo encuentre la mejor manera para que eso vuelva a circular nuevamente... Tal vez abriéndose camino por rocas que dificultan el paso... con nuestro rayo de luz... siguiendo paso a paso nuestros pasos... y puede que sea lento...

Pero eso no importa porque los dolores pueden ser la señal que indica que nos podemos ir abriendo el paso... a un estado de más tranquilidad, de más apertura... de más sabiduría... abriéndonos paso... a una circulación más limpia... Y podemos imaginar que un haz de luz recorre éstas venas... las va fortaleciendo... y va eliminando lo que le dificulta el camino... Porque antes de empezar a circular vamos a limpiar todos nuestros conductos... Y antes de eso también es importante que limpiemos nuestra mente...

Metáforas dirigidas a las ideas suicidas de la paciente.

Y en este estado en el que estás puedes limpiarla y deshacerte de pensamientos que pueden ser tan destructivos y agresivos contigo y con los demás... No es necesario que te sigas dañando con eso... porque la sola posibilidad de pensarlo hace que se genere un daño y hacer que las arenas se vayan acumulando...

Porque los pensamientos y las arenas a veces están muy conectadas... y ahora que nos damos un minuto en que vamos a limpiar todos nuestros conductos... nuestras arenas... También podemos disolver estos pensamientos y podemos dejar que sólo lo luminoso esté en nuestra mente, en nuestro corazón...

Y puede que esta situación no tenga sentido en este minuto... si uno la ve con amplitud... puede ver que tiene mucho sentido porque es una forma de enseñanza... (Fin de la primera parte del cassette)

Y puede ser una forma de cariño... Y a veces Sandra estamos muy acostumbrados a pensar cosas que son dañinas... porque no siempre nos colocamos en contacto con este estado que está más allá... del dolor del sufrimiento... Y en él encontramos una luz una tranquilidad...

Pero eso son sólo hábitos... y uno puede ir aprendiendo a hacer cosas para estar y sentirnos mejor... Porque tal vez el sentirnos un poco mejor... puede ser tan relevante, tan importante... que pueda justificar muchas cosas... Podemos aprovechar mejor nuestro tiempo con los que queremos... podemos entenderlos... y podemos ir disolviendo las barreras que puedan existir en nuestras relaciones con los demás... Y saber que sólo es un momento...

No tienes para qué incomodarte, solamente tienes que absorber en ti esa luz... saber que hay minutos difíciles... y en ellos uno elige el curso a seguir... Uno elige un camino... y uno de esos seguramente es el camino que te guía a este estado que es para ti tan fácil acceder... Solamente cerrando tus ojos... y sabiendo que estás preparada para que algo suceda... Sintiendo tu mano y esperando sin desesperar... elegimos el camino adecuado... Y puedes ir descubriendo otros niveles...

Porque muchas veces nuestra presencia es muy importante y es un acto de respeto con nuestra presencia subir a este espacio... dejando atrás las cosas turbulentas...

Se enfatiza la importancia de la presencia por las ideas suicidas de la paciente.

Vamos limpiando nuestros canales y le damos la oportunidad a nuestra pierna para que limpie sus canales... y esto va sucediendo imperceptiblemente... casi sin darnos cuenta....

Y a veces no es bueno tomar los caminos que nos llevan a la desesperación porque no nos conducen a ningún lado... Y como eso muchas veces no lo sabemos... es bueno dejarse guiar por la naturaleza de la vida... sentir su contacto... sentir su protección...

Porque nunca estás sola... La naturaleza se manifiesta en cosas tan simples como el aire que toca tu cara... el ruido de los pájaros el ruido de los árboles...

Sugerencias orientadas a mitigar la soledad que siente la paciente.

Y mientras limpias tus canales... Correcto

[la paciente mueve sus dedos continúa inmóvil].

Eligiendo la forma como lo vas haciendo... tal vez sintiendo que se va movilizando y se va recuperando... que se mueven ciertos líquidos... y todo lo haces en la protección de la luz que llega a ti... y que va a iluminar tus pensamientos.. tus acciones... Porque siempre hay nuevas cosas...

Se intenta que la paciente descubra nuevas formas como enfrentar su experiencia.

Sintiendo el viento... iluminando las arenas que puedan estar... lavando ciertas cosas para sentir la sensación de satisfacción que da el sentir algo limpio...

Y ahora lentamente puedes ir volviendo... sintiéndote agrada... Preparada para realizar este ejercicio cuantas veces quieras... Preparada para una agradable sorpresa... Sintiendo la compañía que está siempre contigo... Y vas volviendo lentamente... Y nos preparamos para lo próximo...
[la paciente se reincorpora].

Sugestiones para que se reincorpore con sensaciones de bienestar, además se entregan sugestiones para autohipnosis.

¿Cómo te sientes?

P: Bien.

La paciente se ha reincorporado y se siente bien.

T: ¿Bien?, ¿cómo está la molestia?

P: Mejor, la colita.

T: ¿En cuanto está?

Evaluación EVA del dolor.

T: Estábamos en ocho, nueve. Ahora vamos a hacer otra cosa recupérate bien.

Se induce trance nuevamente mediante levitación de manos.

Ahora puedes hacer lo mismo al levantar tu mano... mírala y cuando quieras cierra tus ojos y estarás ahí... Correcto... [la paciente entra en trance].

Ahora podemos ver las estrellas y ver que tienen luces y que todas son distintas... aunque esté nublado las estrellas están siempre ahí... y vamos a traer la luz de esas estrellas a nosotros...

La paciente siente dolores principalmente en la noche, por eso se construye una intervención con elemento nocturnos.

Tenemos distintos tipos de luz... en el día tenemos la luz del sol... y en la noche en la estrellas... Y la luz nos sirve para relajarnos y encontrarnos con las buenas cosas... Y podemos pensar en estas luces y confiar en ellas aunque no las veamos porque sabemos que están ahí... Ahora sabemos que en nuestras noches también tenemos luces que nos iluminan... y podemos descansar...

Además sabemos que en nuestro cuerpo ya circulan estas sustancias que nos hacen sentir mejor... Después de haber limpiado nuestros canales... limpiado nuestras aguas... deshacernos de nuestros pensamientos que no nos ayudan a construir... Podemos descansar y estar en este estado de luz en el día en, en la noche en la tarde... Porque ahora somos un ser que fluye con la naturaleza... Hemos hecho grandes cosas... hemos escuchado historias y nuestro inconsciente sabrá como adaptarlas...

Y lentamente sin darnos cuenta nos podemos ir protegiendo... aprendiendo a cuidarnos... con la sabiduría de esta águila...

Y cuando estemos preparados podemos ir volviendo... sintiéndonos agradados... sabiendo que hay sustancias que van a circular por nuestro organismo... para hacernos sentir bien física y psicológicamente... y que podemos volver y sentir que estamos más allá del dolor Y del sufrimiento... Y podemos iluminar nuestra presencia...

(Se deja a la paciente en trance esperando que se reincorpore espontáneamente pregunta qué hora es. Fin de la sesión).

La paciente finaliza la sesión con una molestia tres y queda durmiendo.

Finalmente la paciente se reincorpora con una desorientación temporal, dolor tres y continúa durmiendo.

SESIÓN 8.

PACIENTE: 1.
FECHA: 14 de Marzo de 2001.
LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia, Santiago.

ESTADO FÍSICO: la paciente se veía cansada, hablaba muy bajo, tenía dificultades para caminar y problemas de estreñimiento.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia. Se presentaron alteraciones en su estado afectivo: sentimientos de profunda tristeza vital, desesperanza, sentimientos de minusvalía, miedo y pensamientos suicidas.

HIPNOSIS: la paciente practicaba autohipnosis tres veces al día, con la ayuda de un cassette grabado especialmente para ella.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:
a) Dolor promedio: EVA 3.
b) Dolor más intenso: EVA 5-6.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 0.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:
a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 5-6): 2
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:
a) Duración de los episodios de dolor intenso: no se consultó.
b) Dolor base: ocasional.

MEDICAMENTOS: morfina 20% inyectable c/2 hrs, piroxicam, ibuprofeno 400 mg c/6 hrs. (la paciente no respeta los horarios de los medicamentos).

RESUMEN:

La paciente se ve cansada, no ha tenido problemas de estreñimiento, ni náuseas ni dolor. En el momento de la entrevista presenta un dolor de mediana intensidad producto de una caída reciente. El dolor ha disminuido considerablemente, hace varios días que no presenta crisis de dolor (EVA 8-10); su dolor promedio disminuyó en frecuencia, incluso pasa horas sin dolor.

La paciente continua tomando los mismos medicamentos: morfina, piroxicam, ibuprofeno, no ha recibido otros tratamientos, lo único distinto que ha realizado en el último tiempo, es la práctica de la autohipnosis.

La paciente practica autohipnosis tres veces al día, con la ayuda de un cassette que fue preparado especialmente, la inducción es similar a las realizadas durante las sesiones. Se siente bien escuchando la grabación, le gusta y se da cuenta de su utilidad.

Si bien hay importantes avances en el control del dolor, el sufrimiento de la paciente se mantiene. La enferma se siente profundamente triste, presenta fuertes sentimientos de desamparo y minusvalía; las ideas suicidas están muy presentes desde hace una semana. Dice que su estado de ánimo no varía durante el día.

Dado el estado de la paciente se realizó una breve evaluación del dolor, un trance muy corto para disminuir el dolor que presentaba en el momento y se conversó sobre los problemas emocionales.

Semanas atrás, la paciente habló sobre ideas suicidas, las cuales estaban muy planificadas. El motivo era poner fin a sus dolores y por consiguiente a su sufrimiento. En aquella oportunidad no fue posible hablar con el marido sobre esta situación por no poder ubicarlo, se informó al padre de los sucedido. Se le dijo a la paciente que tal decisión tendría nefastas consecuencias sobre sus hijos, se le recordó su rol de madre y se la invitó a asumirlo responsablemente.

En la sesión la paciente manifestó nuevamente la idea de poner fin a su vida, en esta ocasión por sentirse cansada y un estorbo, el suicidio sería una solución que pondría fin a los problemas familiares. La paciente dice que su principal causa para sentirse mal es no poder caminar. Se da cuenta de los avances en el tratamiento del dolor, pero no se ve muy entusiasmada por sus logros.

Al profundizar en el tema, la paciente manifestó su miedo a morir, cree que es una persona desahuciada a la que no quieren informar. La paciente no ha consultado directamente a su médico, según ella, al médico no le interesa lo que le suceda. Dice haber consultado a su familia, pero todos niegan que su enfermedad se encuentre en una etapa terminal.

La paciente se queja de falta de cariño, percibe dicha carencia desde la infancia, se queja de maltrato psicológico de parte de su madre. Cree que nadie puede darle el cariño que necesita. Quiere recibir caricias, pero la familia no acostumbra a manifestar sus sentimientos de esta forma. Dice tratar de acercarse a su familia, pero no es bien recibida.

Se habla sobre las partes autodestructivas, además se le muestra una parte de las transcripciones de otra paciente, como una forma de ayudarla. Además se refuerza la idea de

su rol de madre y se acuerda continuar con las sesiones una vez por semana, aunque el dolor haya disminuido, con el objeto de tener un espacio para hablar sobre sus problemas personales.

T: A ver... relájate un poco Sandra para que podamos hablar... vas a sentir ese dolor... que es de una naturaleza distinta del que has tenido antes porque es de un golpe...	Se encuentra a la paciente con dolor en la zona sacra, ella lo atribuye caídas.
Entonces le vamos a mandar energía a ese lugar y lentamente nos vamos a ir contactando con eso... vamos a darle cuidados a ese lugar... esperando que el dolor disminuya en la medida de lo posible... este dolor que es distinto... (silencio).	Se le habla en tono suave y la persona rápidamente entra en trance.
Vamos a idear nuevas formas para que se liberen sustancias para este dolor....	
[la paciente se ve tranquila, no se queja de dolor].	
Podemos ir colocando nuestras manos en ese sector... [la paciente se coloca su mano en el vientre] (se acompaña en tono muy bajo) ... [la paciente continúa tranquila].	
Vamos encontrando la posición adecuada... y nos disponemos a trabajar para que nuestros recursos internos se pongan a nuestro favor... (N.E)	La paciente no manifiesta signos de dolor.
[la paciente se ha quedado tranquila] (silencio prolongado).	
Y cuando te sientas tranquila puedes ir volviendo... para que podamos hablar de las molestias de otra manera... y vas volviendo.... a tu modo... (silencio).	La paciente se reincorpora. En pocos minutos pudo controlar el dolor que presentaba al inicio de la sesión. Se continúa con la entrevista para tener antecedentes a cerca del avance del tratamiento.
[la paciente se reincorpora y quiere ir al baño] ¿Te ayudo?...	
¿Sandra se te han pasado las crisis de dolor?	
P: Sí.	La paciente no ha presentado crisis de dolor.
T: ¿Desde cuándo?	Hace varios días que la paciente no ha presentado crisis de dolor, dolores que antes eran habituales (diarios).
P: Hacen días.	
T: Vamos a ir ordenando el asunto de los dolores ¿ya?	
P: [Mueve la cabeza diciendo sí].	
T: Porque sabemos que hay distintos dolores, uno es el de las crisis y otro es el dolor permanente... ¿el dolor permanente se te pasó, también?	La paciente no ha experimentado dolores EVA 10 en el último tiempo. Se consulta para saber si el dolor permanente ha disminuido también.
P: Sí.	

T: ¿Sí? Entonces ahora solamente tenemos el dolor por los golpes. ¿Te has dado dos golpes?	La paciente ha disminuido los dolores, pero ha tenido muchas caídas el último tiempo, tal vez por sentirse mejor ha realizado actividades indebidas sin los cuidados necesarios.
P: No, hartos.	
T: ¿Hartos? ¿Cuántos?	
P: Como cinco.	La paciente se ha caído cinco veces en una semana, cuando tenía los dolores intensos nunca se caía.
T: ¿Por qué?	Se indaga las causas de las caídas.
P: (N.E) [habla muy bajo].	
T: En el baño, ya...	La paciente dice que se cayó en el baño, en la cocina, una vez que fue a buscar una ropa para su hijo.
P: (N.E)	
T: Ya... ¿tú sabes que cualquier persona que se de esos golpes le dolería? ¿no es cierto?	Se intenta mostrar a la paciente que los dolores que experimenta son de naturaleza distinta.
P: Sí.	
T: ¿Sí? Y cuándo la pierna te dolía mucho... ¿Ahí no habían golpes?	Cuando la paciente tenía dolores más intensos no se caía.
P: No.	
T: No, cierto. ¿Tenías más reposo ahí? Sandra una cosa... ¿escuchas o tienes sueño? [la paciente cierra los ojos y no responde la pregunta].	
No puedes estar haciendo esas cosas... necesitas cuidar tu pierna... ¿has caminado mucho?	
P: Más ó menos.	
T: ¿Cómo cuántos golpes te has dado? ¿Cómo cinco?	
P: Más ó menos.	
T: Y ¿por qué crees que no te estás cuidando tanto?	
P: (N.E)	
T: Ya ¿vas muy rápido... vas sin muletas...?	
P. (N.E)	Habla de problemas en el suelo y pérdidas de equilibrio por problemas de la muleta.
T: Ya ¿Puedes conseguirte otra muleta, Sandra?... Y la silla que te ofrecieron.	Por el estado de la paciente se le sugiere utilizar una silla de

	ruedas, en una ocasión anterior la rechazó, al parecer la idea no genera tanta resistencia.
P: Una amiga anda averiguando en la Municipalidad.	
T: Tienes la pierna más deshinchada ¿Te has dado cuenta de eso? ¿Qué te dijo el doctor el otro día?	La paciente tiene notoriamente su pierna más deshinchada.
P: (N.E)	
T: Ya, pero te cambiaron el catéter.	
P: Me lo cambiaron.	
T: Ya ¿y lo tienes mejor?	
P: Se me sale la mitad.	La paciente tiene problemas con el catéter dice que por esto sólo puede inyectar la mitad de la dosis de morfina.
T: Ya se te sale la mitad. El Lunes tienes que ir otra vez ¿qué estás tomando de medicamentos?	Se evalúa para saber qué medicamentos está tomando la paciente. Se recomienda ir al Policlínico del Dolor.
P: (N.E)	
T: Y ¿la morfina? Y el ¿ibuprofeno?, ¿el piroxicam?	
P: piroxicam, no	
T: Ya el ibuprofeno sí. ¿has tenido problemas para ir al baño?	Aspecto sugerido por la matrona a ser evaluado.
P: A veces.	
T: Y ¿has tomado el laxante que te dije? Y... ¿estás comiendo verduras?... Sandra... ¿tienes problemas para dormir en la noche?	Recomendaciones dadas por la matrona.
P: Ahora por el dolor... (N.E).	
T: Ah, pero por el dolor del golpe. ¿Tú encuentras que estás mejor ó no?	Se consulta para saber si la paciente percibe la mejoría apreciada por la terapeuta.
P: Sí.	Se da cuenta que está mejor del dolor.
T: ¿Sí? y ¿cómo te sientes con eso?	
P: Bien.	La paciente dice sentirse bien, en un tono poco convincente, su ánimo no ha mejorado.
T: ¿Bien? Hay una cosa que nosotras trabajamos que fue disminuir tus crisis de dolor... y eso está más ó menos... está bien trabajado... ¿Cómo lo encuentras tú? Ahora vamos a trabajar otra cosa que es tu depresión ¿Ya? Y esa la vamos a trabajar de otra manera... ¿Sandra estás escuchando el cassette?	En conversaciones anteriores la paciente se ha quejado de su depresión. Se acoge la queja de la paciente y se le plantea una nueva forma de trabajo que dejará espacio para que la paciente pueda hablar sobre lo que le ocurre. Hasta el momento la hipnosis ha sido

	exitosa en el control del dolor, la paciente ha logrado disminuir de manera considerable sus molestias. No tiene sentido seguir practicando trances, pues los puede realizar sola con un cassette. Para ayudar a la paciente en su depresión se le plantean encuentros semanales para abordar distintos temas.
P: Sí.	
T: ¿Cuántas veces al día lo escuchas?	La paciente está escuchando el cassette.
P: Como tres.	
T: Como tres. Y ¿te sientes bien escuchándolo?	La paciente escucha el cassette tres veces diarias aproximadamente.
P: Sí.	
T: Ya. ¿cómo andas con tu depre?... con lo que me decías el otro día... ¿sigues pensando las mismas cosas de la otra vez que te quieres quitar la vida?	Se evalúan las ideas suicidas.
P: Sí	Continúan las ideas suicidas.
T: ¿Sí?	
P: [Dice que si con un movimiento de cabeza].	
T: Y ¿por qué?.	Se indaga sobre las motivaciones de la paciente.
P: Estoy aburrida.	
T: Por eso... antes era por el dolor y ahora ¿por qué?	Antes la paciente refería que el sentido que tendría quitarse la vida sería no sufrir más.
P: (N.E)	
T: Encuentras que eres un cacho. Y crees que los vas a ayudar si haces eso... y ¿tú has hablado con ellos?	La paciente dice sentirse un estorbo este sería el motivo actual para quitarse la vida.
P: Sí.	Se consulta para saber si ha hablado con su familia al respecto.
T: ¿Qué te dicen ellos?	
P: (N.E)	
T: No, pero la otra vez hablaste con la señora Angélica...	
P: (N.E)	
T: Y a ti no te estimula esto que te sientas mejor... ¿qué estés logrando cosas?	Se consulta para saber si la paciente se motiva con los logros actuales.
P: Pero no puedo caminar...	La paciente dice que lo que más

le afecta es no poder valerse por sí misma, pero su miedo a morir es lo que más le afecta, como se verá más adelante.

T: Pero, Sandra a ver... no puedes caminar bien, pero tu pierna cada vez se está mejorando más... o tú piensas que vas a quedar bien de un rato para otro.

La paciente tiene su pierna más deshinchada.

Yo te traje una cosa... he llamado a tu marido en la noche, pero no he podido...

P: No, sabe que está cortao, no sé qué le pasa.

T: Sí. Y ¿qué te pasa ahora? ¿quieres hablar o no quieres hablar? O ¿quieres descansar?

P: (N.E)

T: No, pero qué quieres tú.

P: Hablar.

T: ¿Hablar? A ver ¿qué quieres hablar?

P. (N.E)

T: A ver cuéntame qué te pasa en qué estás.

P: Me siento mal.

T: Te sientes mal todavía.

P: Tengo miedo de morirme.

La paciente siente miedo de morir.

T: Tienes miedo de morirte. ¿Qué te da miedo, qué piensa, Sandra?

Se indaga sobre este miedo.

P: Mis hijos (N.E)

La posibilidad de morir y dejar a sus hijos solos es uno de los motivos de su sufrimiento.

T: Te da miedo morirte por tus hijos, ya...

¿Entonces por qué piensan en matarte? ¿no te da miedo por tus hijos?

P: (N.E)

T: Ya, te da miedo. Pero eso es normal o ¿tú crees que no es normal?

Se quiere mostrar a la paciente que es normal.

P: (N.E)

T: Es normal que las personas sientan miedo... ¿Tienes sueño?

P: No.

T: ¿Qué más piensas al respecto?

P: (N.E)

T: Ya. Y ahora ¿qué piensas en este momento?

P: (N.E)	La paciente habla tan bajo que no pudo ser grabado. Dice que cree que se morirá, pero nadie le quiere decir nada al respecto.
T: ¿Qué te ha dicho tu familia, tu papá como te encuentra? Y el médico ¿qué te dijo?	Se consulta para saber si la familia y los médicos han hablado con la paciente sobre su expectativa de vida.
P: (N.E)	
T: ¿Tú le preguntaste algo, hablaste algo con él?	Se quiere saber si la paciente ha intentado saber su estado de salud con las personas indicadas.
P: No.	La paciente no ha hablado directamente con el médico.
T: ¿No? ¿querías preguntarle algo?	
P: (N.E)	La paciente habla muy bajo.
T: No te escucho.	
P: El médico no está ni ahí.	Cree que el médico no tiene interés en lo que le pasa.
T: ¿Tu crees que no está ni ahí? Y ahora que tienes menos dolor ¿encuentras que eres más carga para tu familia?	Una de las razones de la paciente para pensar en el suicidio es sentir que es una estorbo para la familia. Si bien su dolor ha disminuido, se queja de ser una carga, sin embargo, puede realizar más actividades que antes.
P: (N.E)	
T: Ahora que tienes menos dolor... y crees que las cosas de las caídas ¿pueden tener solución o no?	Los dolores que ha experimentado la paciente en el último tiempo lo atribuye a sus caídas, los percibe distintos y no ha experimentado crisis de dolor.
P: Sí.	
T: ¿Sí? Porque ¿te das cuentas que si no te hubieras caído estarías sin molestias ahora?	
P: [afirma con un gesto].	
T: ¿Sí?	
Sabes que me llama la atención que ahora que tienes menos dolor, encuentres que eres más molesta para tu familia.	
Y tu ánimo ¿cambia durante el día?... ¿Cambia en la mañana, cambia en la tarde cómo es?	
P: Es siempre igual.	
T: ¿Es siempre igual?, ¿cómo lo sientes tú?	

Para saber cómo es... ¿qué te pasa? ¿qué sientes? ¿qué piensas? ¿qué quieres?	
P: (N.E)	Habla muy bajo.
T: Te sientes qué...	
P: (N.E)	Habla muy bajo.
T: Ya. Y ese mal ¿cómo es?, ¿te sientes cansada?, ¿te sientes triste? ¿te sientes...? ¿cómo es?	Se trata de profundizar en el malestar de la paciente.
P: Triste, N.E.	Se siente triste.
T: Ya. Sientes que te falta cariño.	Siente que le falta cariño.
P: Sí.	
T: Te gustaría que te dieran más cariño, ¿eso?	
P: Sí.	
T: Y ¿cómo te gustaría que te dieran más cariño? ¿de qué forma?	
P: Que fueran diferentes...	Se trata de entender lo que quiere la paciente.
T: Como que fueran diferentes... qué cosas...	
P: N.E.	La paciente quiere recibir cariño físico, atenciones, sentir la preocupación de los demás.
T: Ya, ¿toda tu familia te gustaría?... Y antes ¿eran así, Sandra?	Se consulta para saber si la familia ha cambiado con la enfermedad de la paciente.
P: No.	Al parecer la familia nunca se ha comportado de la forma que quiere la paciente, será muy difícil que lo hagan ahora.
T: Nunca han sido así.	
P: N.E.	La paciente habla muy bajo.
T: Mmm... ahora piensas en qué... no escucho nada.	
P: (N.E) desde chica...	Se queja de una falta de cariño que ha estado presente durante casi toda su vida, desde la infancia.
T: Y ¿desde cuando que recuerdas esta falta de cariño?	Se trata de especificar la respuesta general de la paciente.
P: (N.E)	Se continúa hablando de la carencia afectiva de infancia porque la paciente quiere hablar al respecto.
T: ¿Sí? Y ¿qué pasaba ahí?	
P: (N.E)	La paciente habla en tono bajo

	y se queja de malos tratos psicológicos que recibía de parte de su madre.
T: ¿Sandra de qué falleció tu mamá?	Se consulta para saber la causa de muerte de la madre. La paciente relata la larga enfermedad de una mujer que sufrió mucho. Por el tema del suicidio, se quiere aclara si la madre falleció a causa de su enfermedad o se quitó la vida.
P: Se murió.	
T: Sí, pero estaba enferma, tuvo un accidente...	
P: Estaba enferma...	
T: Y ¿estuvo mucho tiempo enferma?	
P: Sí.	
T: ¿Sí? Entonces desde los siente años que tú encuentras que no has sentido mucho cariño... y... ¿de tu marido, Sandra?	Se consulta para saber sobre otros vínculos afectivos importantes.
P: Tampoco.	La paciente nunca se ha sentido querida.
T: Tampoco. O tal vez lo son de manera distinta... ¿tú encuentras que nadie es cariñoso en tu casa?	Existe una diferencia entre recibir cariño de manera distinta a no recibirlo, el comentario intenta ayudar a la paciente en la sensación de no ser amada.
P: No.	La paciente encuentra que nadie pueda darle el cariño que necesita.
T: Y eso te pone triste.	
P: Sí.	La falta de cariño es lo que más entristece a la paciente.
T: Y tú.. ¿ has pedido ese cariño?	Se quiere saber si la paciente ha manifestado sus necesidades.
P: Sí.	
T: Y ¿cómo lo has hecho?	Se trata de saber que ha hecho la paciente al respecto.
P: Me he tratado de acercar, pero no se puede.	Dice que se ha tratado de acercar.
T: ¿Cómo te has tratado de acercar?	La respuesta es muy general se trata de especificarla.
P: (N.E)	La paciente habla muy bajo.
T: Es que tú dices que me he tratado de acercar, pero no se puede...	

P: Trato de darles besos.

T: Ah, ya... a ¿quiénes te has tratado de acercar?

P: N.E.

La paciente habla muy bajo.

T: Mmm. Y tú ¿le has dicho a tu marido que quieres un poco más de cariño?

P: Sí.

T: y... ¿qué te dice él?

P: (N.E)

T: ¿Ah? (la paciente habla tan bajo que la terapeuta no entiende que dice la paciente)

P: (N.E)

T: Él te dice que ya va a cambiar... (silencio) ¿tú sabes que hay personas que le cuesta expresar el cariño?

Al parecer la paciente le ha dicho a su marido que necesita más cariño, él dice que la quiere, aunque no se lo demuestre como la paciente espera.

P: (N.E)

T: Claro, es lo de la forma... no le sale... pero te quiere ¿tú crees en el cariño de él?

P: (N.E)

T: ¿No crees que él te quiera? Y ¿por qué crees que él no te quiere?

La paciente no cree que su marido la quiera.

P: N.E.

T: Porque no te hace cariño. Pero hay hombres que son así... pero si no te quisiera no estaría contigo ahora que estás enferma...

P: (N.E)

La paciente cuenta que en varias oportunidades ha corrido a su marido de la casa, estando enferma y él no se ha querido irse, cada vez que la paciente reacciona de esta manera, él responde que se irá de la casa cuando él quiera no cuando ella lo corra.

T: Y tú ¿no encuentras que eso es cariño?

La paciente no percibe el cariño de su familia, cree que su marido tiene mucho miedo de quedarse solo con lo hijos por eso no quiere que ella se muera ni se va de la casa.

P: Tú me dices que hay momentos en que quieres tirar pa' arriba...

T: ¿Quieres que sigamos hablando, Sandra? ¿qué pensaste cuando hablamos el otro día por teléfono?

En un reporte telefónico anterior la paciente manifestó su deseo de quitarse la vida. La

Cuando te dije que no tenías que considerar esa alternativa... cuando estuvimos hablando y me dijiste que te querías quitar la vida ¿qué pensaste?	terapeuta le recordó sus responsabilidades de madre y las posibles consecuencias de esa acción. Con estas preguntas se intenta evaluar si las ideas suicidas siguen tan presentes en la paciente y si lo dicho ha tenido algún efecto.
P: Nada que no lo puedo hacer... por los niños....	Al parecer la paciente aceptó lo dicho anteriormente.
T: Claro, porque tú todavía eres la mamá de estos niños, Sandra.	Se refuerza lo dicho anteriormente.
P: (N.E) quiero que me atiendan.	La paciente quiere recibir atención.
T: Ya ¿qué te atiendan de que?	
P: (N.E)	Quiere recibir atención para su pierna.
T: ¿Hablaste con el médico con respecto a eso?	Se pregunta si la paciente ha realizado acciones para tener más información al respecto.
P: (N.E)	
T: Pero se está deshinchando la pierna... a lo mejor no pueden hacer otra cosa, Sandra o tú crees que no te quieren atender ¿qué pasa?	
P: Yo debo estar desahuciada.	El hecho de no recibir atención le produce gran angustia porque piensa que su enfermedad no tiene cura, por la tanto morirá.
T: Eso dices tú. Y ¿has preguntado eso?	Se consulta para sabe si la paciente ha realizado acciones tendientes a clarificar sus dudas.
P: Sí.	
T: Y ¿qué te han dicho?	
P: (N.E)	
T: Te han dicho que no. Y ¿no les crees?	
P: (N.E)	
T: Y tú a ¿qué persona le has preguntado?... a los médicos a tu familia a quién?	Se quiere saber a quién la persona ha consultado.
P: (N.E)	La paciente ha consultado a su familia y a los médicos.
T: A los médicos también. ¿qué explicación te dan ellos?	
P: (N.E)	
T: ¿mmm?	

P: (N.E)

T: Ninguna. Te dicen que no, que no estás desahuciada. ¿Eso? Y ¿hace tiempo que hablaste con ellos o ahora?

La paciente dice que los médicos le dicen que su estado no es terminal.

P: (N.E) ¿quién entró? [Llega uno de sus hijos pequeños] (silencio).
(fin de la primera parte del cassette)

Uno de sus hijos llega a la casa y pregunta para saber quién es.

T: ¿Quieres leer una cosa que traje? Esta es una transcripción de una parte de una sesión de una señora con la que trabajé que tiene la misma enfermedad tuya.

Te la traje porque tal vez, te sientas un poco mejor si sabes que a otras personas le sucede lo mismo. Después la comentamos, es una parte no más; no tiene nombre ni nada.

[la paciente lee la transcripción con buen ánimo].

A la paciente se le muestra una parte de la transcripciones de la paciente Ana, tal vez pueda ser útil leer lo que dice una persona que tiene una situación similar. La transcripción habla de la fe, de no sentirse sola, aún en la situación más extremas, aunque objetivamente se esté sola.

¿Estás medio aburrida con el cassette que te dejé?

P: No, nada [contesta animadamente].

A la paciente le gusta escuchar el cassette para la autohipnosis.

T: Hay una parte de nosotros que se preocupa de nuestro cuidado...

P: (comenta la difícil situación de la paciente de la transcripción).

Al parecer a la paciente le gustó leer la transcripción que se le muestra.

T: Sí, si uno tiene que ayudarse también. Nosotros tememos una parte que se preocupa de nuestro cuidado... cuando funcionamos y cuando estamos en hipnosis, también. Y hay una parte que a lo mejor por distintas razones... uno no se cuida ¿te has dado cuenta que a veces uno no se cuida?

P: Sí.

T: Como debiera... Y uno tiene que darse cuenta de esa parte para que no se arranque con los tarros y se apodere de nosotros. ¿Me entiendes? Es como una parte autodestructiva.

P: Ya. Yo fumo.

T: Todos tenemos esa parte, lo importante es saber qué hacer con esta parte, y puede tener que ver con conductas con fumar u otras cosas, a veces uno hace cosas que no debiera. Esto de caerte tantas veces, también tiene que ver con una parte de cuidado. Puede que uno no quiera verse enferma y generar mucha rabia...

P: Sí.

T: Pero...

P: Hijo sabe que me voy a tomar el agüita con limón.

[la paciente le pide una agua a su hijo].

H: No hay.

P: Compre, pues.

T: Entonces trate de poner más ojo, para que tu parte consciente te comience a cuidar también. Cuidar de ir con la muleta, si está mala, tienes que buscar la forma para que esa muleta se arregle. Puedes salir también y en eso te puede ayudar la silla de rueda.

Se muestras ciertas conductas de autocuidado.

P: Me da vergüenza.

T: Claro, pero eso es una parte del ego. Una cosa es la vergüenza lo que va a pensar la gente, y otra es el cuidado con uno... Tal como sacas a las catitas a tomar el sol, tienes que salir.

P: (N:E) ¿Usted tiene consulta?

T: No ¿por qué?

P: (N.E)

Como se ha terminado el tratamiento de hipnosis, la paciente cree que no se continuará con las sesiones y quiere seguirlas en forma particular.

T: Entonces tienes que ver esa parte... puede haber una parte autodestructiva, pero en realidad un tiene que ponerle un paralé, no puede dejarse llevar por eso...

¿me entiendes? Porque lo tenemos todos en mayor o menor grado, pero ahí... tú puedes cambiar y encontrarte con las cosas que tú quieres. [la paciente toma agua].

El cuidado es tomar agua, tomar los medicamentos, tener cuidado con los golpes... algunas personas que han tenido dolores se acostumbran a tener un dolor físico presente...

P: (N.E)

Dice tener dolor sólo por los golpes que se ha dado.

T: ¿Sí, te has sentido bien? ¿de dolor?

P: De dolor.

T: Entonces ahora que el dolor no está, la parte de nosotros que se acostumbra al dolor se cae, tiene menos cuidado. Es común que la gente que ya no tiene dolor, después se está cayendo o tenga otro tipo de accidentes que igual le provoquen dolor. Es una parte, pero ahora que te la muestro no está escondida, ahora sabes, te das cuenta.

Y lo otro que te da vergüenza... muchas personas que han tenido un accidente han tenido que andar en una silla de ruedas. Eso le pasa hasta los deportistas famosos. Y lo que tú tienes que ir viendo... qué es más importante el resto o tú, lo que digan tus vecinos o tú.

Entonces en la medida que tú te cuides, el resto te empieza a cuidar. Si tú no te cuidas, es muy difícil para el resto hacerse cargo. Porque ni siquiera la más interesada, que se supone que eres tú, se cuida. Imagínate que le echo agua al balde y esta persona le está sacando el agua... o sea ¿qué piensas de eso?

P: No más pu'. (N.E)

T: No, no le debe interesar, no debe querer tanto el cariño el cuidado no debe ser tan importante.

Entonces lo bueno que el dolor ha disminuido tenemos espacio para trabajar otras cosa de tu pena... pero necesitas hacerte cargo de eso y la gente te puede ayudar; yo te puedo ayudar, pero tiene que haber una voluntad tuya... ¿cómo te sientes?

Se trata de mostrar que la disminución del dolor es beneficioso, tendrá espacio para tratar los temas que le preocupan, este no será motivo de abandono, la paciente teme que las sesiones concluyan al estar mejor de su molestia.

P: (N.E)

T: Estás en la fecha para pedir hora al médico vascular... yo lo vi en el carnet y estás en la fecha. Después de dos meses tienes que pedir hora y estás en la fecha...

P: Sí.

T: Aunque estés enferma tus responsabilidades continúan...

Puedes salir, ayudar a tus hijos a hacer las tareas... de a poco, ir recuperando tu espacio .

¿Te parece? (fin del cassette y de la sesión).

Se trata de reforzar el yo de la paciente haciendo que se siente responsable y útil a pesar de su enfermedad.

SESIÓN 9.

PACIENTE: 1.

FECHA: 22 de marzo de 2001.

LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: camina con dificultad, habla muy bajo, no ha tenido problemas de estreñimiento y se mantiene la mayor parte del tiempo sin dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes.

HIPNOSIS:

La paciente practica autohipnosis tres veces al día con ayuda de un cassette.

RED DE APOYO: Buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 0.
b) Dolor más intenso: EVA 5.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 0.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo, una semana (EVA 5): 3.
b) No Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 5 min.
b) Dolor base: no presenta.

TRATAMIENTOS: morfina, 20% inyectable c/4 hrs, diazepam 10 mg.

RESUMEN:

La paciente camina con dificultad, habla muy bajo, es difícil entender lo que dice, ha tenido poco dolor y no tiene problemas para dormir.

En cuanto al dolor dice sentirse bien. El dolor más intenso en el último tiempo llega a una intensidad EVA 5, el cual dura 5 minutos aproximadamente, este se ha presentado tres veces en una semana. La paciente percibe la disminución de su dolor. Hace aproximadamente 15 días que no presenta crisis de dolor.

Lo que más le preocupa es el estado de su pierna, cree que el aumento de volumen se debe a un tumor del porte de la hinchazón por esto teme que una amputación.

La paciente ha podido hablar con el médico, contarle sobre cómo se sentía y hacer consultas generales, pero no pudo abordar los temas más importantes, esto es un avance pues antes sólo lloraba en la consulta y no podía decirle nada al profesional.

La paciente ha escuchado el cassette de autohipnosis 2-3 veces al día. Se ha sentido mejor de ánimo.

Luego se hablaron temas personales que no fueron grabados por petición de la paciente.

T: Entonces de dolor Sandra... ¿cómo has estado? para grabarlo.	Se evalúa nuevamente el dolor de la paciente, antes se le había consultado, pero no fue grabado.
P: Bien como, te digo.	La paciente se ha sentido bien.
T: ¿Bien?... De cero a diez... ¿cuánto es el dolor más fuerte que has tenido?	Se evalúa el dolor más intenso mediante EVA.
P: Un cinco.	
T: Un cinco... ya. ¿Cuánto te ha durado?	Se evalúa la duración del dolor intenso.
P: Como unos cinco minutos.	
T: Ah.. ya y ¿cuántas veces te ha dado en esta última semana?	Se evalúa la frecuencia del dolor.
P: Como tres veces.	Tres veces en una semana.
T: Entonces ¿tú dirías que es poco el dolor?	Se consulta para saber si la paciente percibe la disminución del dolor.
P: Poco.	La paciente puede percibir la disminución del dolor.
T: ¿Duermes bien?	Se consulta para saber si se han repetido episodios

	doloroso durante la noche o si la paciente ha despertado angustiada o ha tenido dificultades para conciliar el sueño.
P: Sí.	La paciente duerme bien.
T: Ya.	
P: (N.E) se queja de la posición incómoda en la que debe dormir por su pierna, pero no le duele.	
T: Ya ahora por lo menos no tienes dolor. ¿Has tenido crisis de dolor?	Se consulta para saber si la paciente ha tenido crisis de dolor.
P: No. [la paciente habla muy bajo].	
T: Llevas ¿cuántas semanas sin crisis de dolor?	Se consulta para saber el tiempo que la paciente ha estado sin crisis de dolor.
P: (N:E)	La paciente habla muy bajo no se logra entender.
T: Lo que más te puede durar son tres minutos. Y llevábamos como dos semanas sin crisis de dolor... ¿ó mas?.	
P: Sí, como dos semanas.	La paciente lleva como dos semanas sin crisis de dolor.
T: Como dos semanas. ¡Que bien ah!	Se refuerza a la paciente.
P: Hemos avanzado.	
T: ¿Mmm?. Sí.	
P: Lo único que no avanza... es que no puedo caminar, cada día camino menos.	El no poder caminar angustia a la paciente.
T: Ya.	
P: Debe estar toda con tumor.	La paciente cree que el aumento de volumen de su pierna se debe al tumor, todo lo que ha crecido es tumor.
T: No, nada que ver yo te expliqué la otra vez que la hinchazón no es porque todo eso grande sea tumor. ¿Sabes eso?	Se le explica a la paciente.
T: ¿No le has preguntado al doctor por qué está hinchada la pierna?	Si la paciente aclara estas dudas con el médico puede disminuir su temores.
T: Es porque seguramente tienes problemas para que circule tu sangre, pero eso no significa que el tumor haya avanzado a la pierna ¿me entiendes? Por eso te mandan al médico vascular, por las venas. Por eso tienes que tomarte el remedio que es el neocintrón. ¿Cómo está de hinchada la pierna?	
P: Igual, no más.	

T: Tienes que pedir hora e ir al médico vascular.	
P: Sí. A veces se me adormece.	
T: Sí está hinchada puede ser por eso.	
P: No la puedo poner derecha.	
T: Los médicos te la tienes que ir viendo. Lo importante es que no sientes dolor, el dolor es más inhabilitante.	
P: No me la irán a cortar ¿Cierto?	La paciente se preocupa porque cree que le van a cortar la pierna.
T: No, pues Sandra nada que ver. Tienes que tomarte los remedios e ir a ver al médico. Pero no piensen que el tamaño del tumor es el de la pierna.	
¿Te has sentido más tranquila hablando con el médico, pudiste hablar el Lunes?	La paciente tenía mucho temor de hablar con el médico al parecer le ha podido contar lo que le ocurre, casi siempre se ponía a llorar y no podía decir todo lo que le pasaba.
P: Sí.	
T: Y le explicaste bien... ahora crees que él te pudo entender bien.	
P: Sí. me dieron la receta para la morfina, el diazepam y la depresión.	La paciente se ha sentido comprendida por el médico.
T: Ya. ¿Y le preguntaste de la hemorragia?	
P: Sí, me dijo que no me asustara que es normal.	
T: Ya. ¿Estás más tranquila después de haber hablado con él?	La paciente se siente más tranquila después de hablar con el médico.
P: Sí. ¡Felipito tráigame el cojín chico!. Tiene que vestirse pues, póngase la camisa y el chaleco.	La paciente pide un cojín además se preocupa que sus hijos vayan al colegio, y hagan sus tareas. Desempeña su rol de madre.
T: Yo te veo más tranquila ¿cómo estás de ánimo?	La paciente se va más tranquila. Se consulta para saber el estado de la paciente.
P: Bien.	La paciente se ha sentido mejor.
T. ¿Has estado mejor? ¿cómo anda la depresión, la pena?	La paciente se ha sentido menos triste, pero preocupada.
P: Bien, me preocupa no más.	
T: ¿Qué te preocupa?	Se consulta para conocer la causa de su preocupación.
P: Vaya donde la tía para que le de el almuerzo, dígale que la mamá no puede dárselo.	

Este es el que más me hace caso, al Felipe los otros no lo pescan no le hacen caso (se refiere a los hermanos).

T: Al del medio no lo pescan.

P: Sí. ¡Termina de vestirte! ¿cómo que hora es?

T: La una cinco.

¿De dolor tienes menos?

P: Sí, pero no puedo caminar.

T: ¿Estás escuchando el cassette?

La paciente ha escuchado el cassette para practicar autohipnosis.

P: Sí, si paso sola en la tarde.

T: Ya y ahí lo escuchas. No hay crisis de dolor.

P: Sí.

T: Porque te iban a poner una epidural.

El equipo médico pensó que la paciente tenía mucho dolor, por eso se sugirió colocar una epidural. En casi todos los controles la paciente lloraba, se quejaba y no podía decir nada, a pesar de querer despejar algunas dudas importantes sobre su estado de salud. Se piensa que el motivo puede ser no querer escuchar malas noticias. Sin embargo, en las evaluaciones realizadas por la terapeuta se podía observar una disminución del dolor.

P: Sí, si le dije.

T: Y ¿qué te dijo?

P: (N.E)

La paciente se ha sentido más tranquila al poder plantear algunas dudas simples, además sintió una buena acogida.

T: Claro es importante que le digas todo para que ellos sepan bien todo.

P: [una vecina le trae almuerzo] (Fin del cassette y de la sesión).

Luego se conversa con la paciente en tono coloquial estas conversaciones no son grabadas por petición de la paciente.

Se conversa de distintos temas el temor a la muerte y las relaciones familiares.

SESIÓN 10.

PACIENTE:1.

FECHA: 28 de Marzo de 2001.

LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia, Stgo.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente camina con dificultad, no ha tenido estreñimiento, ni náuseas, ni dificultades para dormir, se mantiene la mayor parte del tiempo sin dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia.

HIPNOSIS: la paciente practica autohipnosis tres veces al día con ayuda de un cassette.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 3-4.
b) Dolor más intenso: EVA 6.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 0.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo, una semana (EVA 5): no se consultó
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 5 min.
b) Dolor base: ocasional.

TRATAMIENTOS: morfina, 20% inyectable c/4 hrs., diazepam 10 mg.

RESUMEN:

La paciente permanece bastante tiempo sin dolor, la molestia promedio llega a una intensidad EVA 3-4 y el dolor máximo a EVA 6; no ha tenido crisis de dolor, ni caídas. La afectada se da cuenta de sus progresos y los valora.

Dice estar bien de ánimo, no ha pensado en el suicidio, porque ahora piensa en sus hijos, si bien a veces se presentan estas ideas no son tan frecuentes, ni tan fuertes como antes. Además su marido la encuentra mejor de ánimo; no obstante, la señora se siente triste porque no puede hacer sus cosas debido a su pierna, por temor a una amputación no quiere consultar al médico. Además, teme quedar sin medicamentos por no tener dolor.

Durante la sesión se habló sobre aspectos de su vida privada que no fueron grabados por petición de la paciente.

T: A ver Sandra... ¿cómo ha estado tu dolor? ¿has tenido dolor?	
P: Muy poco.	La paciente ha tenido poco dolor.
T: Muy poco. Ya. ¿Dónde?	Se consulta para determinar la localización del dolor.
P: En la pierna.	
T: ¿En qué parte?	
P: Más en la parte de aquí de abajo en el pie.	
T: Ya. En la parte de acá abajo en el pie. De cero a diez ¿cuánto es el dolor que has tenido regularmente?	Se evalúa el EVA promedio.
P: Un seis.	
T: No el máximo de dolor, sino el dolor con el que te mantienes casi siempre.	
P: Entre tres, cuatro hasta cinco.	EVA promedio 3 a 5. Más adelante se verá que la paciente dice que pasa casi todo el día sin dolor y que los dolores intensos llegan a cuatro o cinco.
T: Ya. Más ó menos entre tres cuatro y cinco es el dolor con el que te mantienes.	
P: En la pierna.	
T: Y desde ¿cuándo que estás con este dolor?	
P: De repente.	El dolor se da en algunos momentos.
T: O sea... ¿a veces estás sin dolor?	
P: Sí.	En algunos momentos la paciente no tiene dolor.

T: ¿Casi todo el día estás sin dolor o pocas veces en el día?	
P: No casi todo el día.	La paciente casi todo el día está sin dolor.
T: Casi todo el día sin dolor.	
P: Sí.	
Hijo: ¿Quiere una regla?	
T: No lindo gracias, esta es la que ocupo y se muestro a tu mami.	El hijo de la paciente hace sus tareas cerca, ve a la terapeuta una regla pequeña (regla de EVA), le ofrece una más grande.
P: ¿Qué más le falta de tarea hijo?	La paciente le pregunta a su hijo.
T: Entonces pasas casi todo el día sin dolor... y de repente te dan unas puntadas fuertes.	
P: Sí.	
T: Y esas puntadas... ¿hasta cuánto llegan?	Se evalúan la intensidad de los dolores intensos.
P: Hasta el cuatro, cinco como te digo.	La paciente dice que son cuatro o cinco los dolores intensos.
T: Ah ya, pensaba que pasabas todo el día con dolor cuatro o cinco... pero no, pasas casi todo el día sin dolor y a veces te dan puntadas que llegan al cuatro, cinco hasta seis.	La paciente pasa casi todo el día sin dolor y en ocasiones tiene dolores EVA 4 o 5 que son los dolores más intensos.
P: Claro.	
T: Y esas ¿cuánto te duran?	Se consulta para saber la duración de estos dolores.
P: Como quince minutos.	Los dolores duran como 15 minutos.
T: Ya, como quince minutos. ¿Pero lo que era al comienzo a disminuido bastante?	Se le muestran los logros a la paciente para reforzarla.
P: Sí.	La paciente está de acuerdo con los avances.
T: ¿No has tenido más crisis de dolor?	Se consulta por crisis de dolor (EVA 10)
P: No. Y no me he caído tampoco.	La paciente no ha tenido dolores intensos. Además agrega como logro no haber tenido caídas.
T: Y no te has caído.	
P: Ah sí.	
T: ¿Cuándo te caíste?	

P: El otro día.

La paciente ha disminuido las caídas, puede que se esté cuidando más.

T: Pero has tenido menos caídas porque la otra vez habías tenido siete caídas en una semana. Ahora te has caído menos. Y es el dolor de la pierna... ¿En la colita no has tenido dolor?

La paciente ha tenido dolores sólo en la pierna, no ha presentado dolores en la zona sacra.

P: No.

T: ¿No?. ¿Cómo estás durmiendo?

P: Bien.

T: ¿Bien? ¿no tienes problemas para dormir? ¿tienes problemas de estreñimiento o sea que te cueste ir al baño?

P: No. Del baño un poco.

T: Ningún problema para dormir, para el baño un poco ¿no estás tomando nada para eso?

P: No. Me hago lavados.

T: ¿Le dijiste al doctor?

P: Sí. Él me dijo que me hiciera lavados.

T: Ya. ¿Estás tomando agüita?

P: Sí.

T: ¿Estás comiendo?

P: Sí.

T: Y estás comiendo bien ¿no tienes náuseas, ni nada?

P: Nada.

T: Ya. ¿Tú cómo te encuentras que estás del dolor de las molestias?

P: Bien.

T: ¿Bien?

P: Sí.

T: Y del ánimo... ¿cómo has estado?

P: Igual.

T: Igual que cuándo... porque la última vez estabas mejor de ánimo.

P: Sí.

T: ¿Has escuchado el cassette?

Se consulta para saber si la paciente ha practicado autohipnosis ayudada con un cassette dado por la terapeuta.

P: Sí.

T: ¿Cada cuánto lo escuchas?

Se quiere saber cada cuánto la paciente practica autohipnosis.

P: A veces dos, tres veces... porque están ellos aquí cuando se van para afuera ahí lo escucho.

La paciente practica autohipnosis dos o tres veces diarias cuando sus hijos no están en la casa. No sólo en caso de dolor.

T: Claro. ¿Más ó menos dos o tres veces en el día?

P: Sí.

T: Entonces del dolor estás bien, pero del ánimo no muy bien.

La paciente considera que ha estado bien del dolor.

P: Sí. Es que esta pierna.

T: ¿La pierna es la que te bajonea?

P: Sí.

T: ¿Has estado muy triste qué te está pasando?

P: Estoy con pena porque no puedo hacer nada... hasta hora yo tenía todo listo... cocinao todo...

La paciente lamenta no poder realizar sus actividades.

T: Y ¿con tu marido cómo estás?

P: Bien.

T: Bien y él ¿cómo te encuentra?

P: Me dice que mejor de ánimo.

T: ¿Te encuentra mejor de ánimo?. Sí te ves mejor... ¿lo has salido a esperar?

La paciente en días anteriores ha salido a esperar a su marido cuando regresa del trabajo.

P: No, porque ahora hace frío [la paciente se ríe].

T: Sí, cambia la temperatura.

P: El otro día estuve un ratito afuera, pero hice más el escándalo de sacar el sillón para fuera y en entrarlo.

T: La pierna es la que te bajonea.

P: Sí, es la pierna.

T: Y ¿qué ha pasado has llorado mucho?

P: Sí he llorao... no sé que va a pasar...

La paciente ha llorado mucho los últimos días.

T: Pero ¿le preguntaste al doctor?

P: No.

T: ¿Por qué?

P: Me da miedo que me digan que me la van a cortar.

La paciente teme una

	amputación por eso no quiere hacer preguntas directas sobre su estado de salud al médico.
T: ¿Qué te la van a cortar? No, no te la va a cortar.	
P: Pero como sabe.	
T: Porque no cortan la pierna por eso. Ah... te da miedo preguntarle, por si te dice que sí te va a cortar la pierna... y del dolor un poco mejor.	
P: No, bastante mejor del dolor.	Del dolor la paciente se encuentra bastante mejor.
T: Bastante mejor ... Y el ánimo.	
P: Ahí no más.	La paciente no se ha sentido bien de ánimo.
T: Pero yo diría que mejor que la otra vez o no. Y ¿has tenido las mismas ideas de la otra vez?	Se evalúan las ideas suicidas.
P: No ya no, fíjate.	No ha tenido ideas suicidas.
T: Ya.	
P: Ya no ya. Estoy pensando en ellos.	La paciente ha desistido de poner fin a su vida porque piensa que puede dañar a sus hijos, cree que tiene que pensar en ellos.
T: Ya porque estás pensando en ellos.	
P: Sí.	
T:¿ De repente aparecen?	
P: De repente.	A veces tiene ideas suicidas, pero no tan fuertes como en ocasiones anteriores.
T: Pero no como la otra vez que eran constantes.	
P: Sí.	
T: ¿Las crisis de dolor no te han dado más?	No ha tenido crisis de dolor.
P: El otro día la punzá que te dije.	Sólo dolores EVA 4 a 5.
T: Ya, pero esa no fue una crisis de dolor fue un dolor hasta el cinco. Las crisis son dolores de 10, tú me decías que pasaban del 10.	
P: Sí.	
T: Entonces... ¿fue un dolor hasta el cinco?.	
P: Sí.	
T: Entonces lo que te tiene bajonea es que no puedes hacer tus cosas.	
P: Sí.	

T: La otra vez hablábamos que te puedes mover mejor con una silla de ruedas, pero te da plancha... la gente... pero no te vas a caer tanto.

P: Sí.

T: Y ¿estás pensándola todavía, no decides?

En sesiones anteriores se recomendó aceptar una silla de ruedas que le ofrecieron para evitar caídas.

P: No, si la voy a pedir ya.

La paciente sentía mucha vergüenza de utilizar una silla de ruedas, ahora ha aceptado la idea.

T: Ah, ya. ¿por qué tal vez puedas hacer otras cosas con eso?

P: Sí. (N.E)

T: Bueno no tiene nada de vergonzoso estar enfermo.

P: (N.E) Pero me la pueden quitar.

La paciente se coloca menos morfina, pero tiene miedo de decirle al médico por temor a que le suspendan los medicamentos.

T: No te preocupes la morfina no te la van a quitar. (Se termina la grabación la terapeuta continúa conversando con la paciente coloquialmente esta parte de la conversación no son grabadas por petición de la paciente)

Se le explica a la paciente que tiene que decirle al médico como se siente realmente, para que reciba los medicamentos adecuados. Se le dan explicaciones que la ayuden a disminuir sus temores y pueda hablar con franqueza. Luego se continúa conversando con la paciente, ella ha pedido que estas conversaciones no se graben por lo privado de los temas que trata.

SESIÓN 11.

PACIENTE: 1.

FECHA: 4 de Abril de 2001.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente caminaba con dificultad, tenía un dolor intenso en el momento de las sesión (EVA 8).

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia, pensamiento, orientación ni psicomotricidad. Sin embargo, presentaba alteraciones en su afectividad: miedo, irritabilidad sentimientos de desamparo, minusvalía, ansiedad y pensamientos suicidas.

HIPNOSIS: la paciente practicaba autohipnosis tres veces al día con ayuda de un cassette, el día anterior no practico autohipnosis.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 3-4.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 9.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 9.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 2.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo, una semana (EVA 10): 1
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 3hrs.
b) Dolor base: ocasional.

MEDICAMENTOS: morfina, 20% inyectable c/4 hrs. (no respeta los horarios).

RESUMEN:

La paciente se encontraba con dolor intenso, presentaba dificultades para caminar, tenía infectado el catéter y estaba muy angustiada.

Al llegar estaba llorando y discutía con su hijo mayor. Además se quejaba de un dolor intenso presente desde el día anterior. Al realizar consultas específicas se pudo establecer que la crisis de dolor (EVA 10) comenzó en la tarde anterior, disminuyó en la noche por lo que pudo dormir sin dificultad, se levantó sin dolor y estuvo media mañana en esta condición.

En el momento de la sesión la paciente se encontraba con un dolor intenso EVA 9, el que se había presentado dos horas antes. El no haber tenido dolor por varios días y tenerlo nuevamente la angustió porque pensó en un retroceso.

La paciente había practicado autohipnosis regularmente, pero no lo hizo el día en que se desencadenó la crisis.

Al conversar se pudo reconocer profundos sentimientos de abandono y soledad que aumentaban su sufrimiento, se quejaba por no recibir visitas de su familia (recibía visitas de amistades). Esto le afectaba porque pensaba que morirá y asociaba esta actitud con una total despreocupación por su existencia. Lo anterior sumando al dolor, gatillaron deseos de poner fin a su vida nuevamente.

Para disminuir el dolor se indujo trance mediante levitación de manos. La paciente sin dificultad pudo experimentar un trance profundo, logró disminuir el dolor y finalizó la sesión más tranquila.

T: 4 de Abril del 2001, son las doce.	Al llegar la paciente estaba llorando.
P: Me siento mal... [la paciente llora].	
T: Te siente mal desde ayer.	
P: Sí.	
T: ¿Qué sientes?	La paciente ha sentido dolor nuevamente.
P: Dolor en toda la pierna.	
T: Ya. Te duele toda la pierna... ¿la colita te duele?	Se consulta sobre las localizaciones del dolor.
P: Sí.	
T: ¿Cuál es el dolor más fuerte que has tenido desde ayer hasta hoy?	
P: El 10.	La paciente ha tenido dolor EVA 10.
T: Has tenido dolor 10 y en este minuto ¿qué dolor tienes?	Se consulta por el dolor que la paciente siente en el momento de la entrevista.
P: Un nueve.	EVA 9.

T: Tienes mucho dolor.

P: Sí.

T: Estos dolores desde cuándo que están.

Se consulta para saber desde cuándo la paciente ha sentido dolores tan intensos.

P: Desde ayer.

La paciente dice sentir los dolores desde ayer.

T: Desde qué hora.

Se quiere especificar más la información.

P: Todo el día.

Dice sentir los dolores durante todo el día de anterior.

T: Desde qué hora... en la mañana, en la tarde.

Se intenta especificar la información.

P: No en la tarde.

La paciente ha sentido el dolor en la tarde de ayer.

T: En la tarde.

P: (N.E)

T: Ya, después que se fue tu amiga.. ¿cómo a qué hora se fue tu amiga?

Para especificar la información se le preguntan por actividades que ha realizado.

P: Como a las seis.

T: Como a las seis. Entonces has tenido dolor desde las seis de la tarde hasta hoy.

P: Sí.

T: ¿Sí?. ¿Has escuchado el cassette?

Se consulta para saber si la paciente ha practicado autohipnosis.

P: No, dormí bien.

T: Ah, dormiste bien. ¿Entonces tenemos un dolor como desde esta mañana?... ¿Amaneciste con dolor?... Para irme ubicando, para saber más ó menos como está.

La paciente pudo dormir bien, el dolor regresó en la mañana.

P: No.

T: Más ó menos... ¿te levantaste con dolor o vino después del desayuno...

Se continúa con preguntas específicas para clarificar la duración aproximada del dolor.

P: (N.E)

T: Sí, pero espérame después vamos a ver eso. En la mañana, ¿antes que se fuera tu marido o después?

P: Después que se fue.

El dolor se presentó hace dos horas aproximadamente.

T: Después que se fue. O sea como desde las nueve o las diez más ó menos. Ahora son las doce ¿ya?. Y los días anteriores ¿has escuchado el cassette?

P: Sí.

T: ¿Sí?. ¿qué el lo más fuerte en este minuto, estás triste o te duele mucho la pierna?

P: Estoy triste, nadie me viene a ver... después que usted se fue nadie me viene a ver... no saben que me estoy muriendo y nadie me viene a ver [la paciente se pone a llorar].

La paciente se siente muy triste por su soledad.

T: ¿Quién no te viene a ver?... tu familia, tu papá... tu hermanos...

P: (N.E)

T: ¿Todos los días tienes dolor?

P: No ahora no más. ¡Denle agua a este perrito! [la paciente deja de llorar].

La paciente deja de llorar al hablar de sus sentimientos de abandono.

T: ¿De cuándo que no te viene a ver tu familia?

P: Hace tiempo.

T: Hace tiempo.

P: Vienen más amigas.

La paciente es visitada por sus amigas.

T: Ya, pero vienen tus amigas... igual recibes visitas.

¿Por qué no viene tu familia?... ¿está trabajando?, ¿tiene muchas cosas que hacer?

P:(N.E) No sé que estarán haciendo.

T: Pero sabes que cambian las cosas en este tiempo después de Marzo...

P: (N.E)

T: Ya. Ahora vamos hacer un ejercicio para que se te pase el dolor, después seguimos hablando de tu pena ¿ya?

P: Ya.

T: ¿Pero has estado más ó menos durante casi toda la semana?

La paciente ha estado sin dolor durante casi toda la semana.

P: Sí, si es ahora no más, si he estado bien.

T: Ya.

P: Más tarde me van a traer una silla de ruedas a las tres.

La paciente ha aceptado la silla de ruedas.

T: Una cosa es importante... Es normal que puedas tener un dolor, no tienes que asustarte con eso porque ahora tienes más herramientas que antes para el dolor ¿ya?

Se trata de disminuir temores.

P: Cuando viene el dolor me quiero matar.

La paciente vuelve a mencionar ideas suicidas.

T: Sí, por lo mismo...

P: No aguanto más, no aguanto.

T: Tienes que disfrutar el tiempo con tus hijos.
Ya vamos a hacer un ejercicio para el dolor... Pásame tu manito... Deja la manito abajo... la vamos a dejar acá... vamos a hacer un ejercicio con esta manito...
[la paciente llora un poco].

Se intenta realizar una inducción hipnótica para disminuir el dolor mediante levitación de mano.
El sólo hecho de preguntar atentamente sobre el dolor tranquiliza a la paciente. Luego se guía lentamente a la paciente para que entre en trance, se logra rápida y fácilmente.

Y tú ya sabes que pueden pasar cosas sorprendentes con eso... puedes ir mirando y va haber un momento que va estar el dolor... la manito... la molestia... y esta va ser la forma de trabajar esto...

Vamos a ir ordenando y cuando tu vayas queriendo y lo vayas permitiendo... tus ojos se pueden ir cerrando

[la paciente no se queja y deja de llorar cierra sus ojos]
Puedes ir descansando con esto... (silencio)

Y en este estado de tu mente inconsciente podemos colocar las cosas en orden... nos podemos ir calmando... nuevamente colocamos las cosas en orden... sabiendo que muchas veces estas molestias son un recordatorio para que nos vamos ordenando... para que le coloquemos atención a cosas importantes y dejemos de colocar la atención a las cosas que no lo son...

Una vez logrado el trance se relatan metáforas comentadas en sesiones anteriores. Se enfatiza la disociación, sugiriendo lugares agradables, sin desconocer que pudieran existir sensaciones molestas, también se menciona la posibilidad de estar más allá del dolor y del sufrimiento.
Además se dan sugerencias que apuntan al control de variables intrapersonales que pueden estar influyendo en la sensación dolorosa como por ejemplo: sentimientos de falta de amor, soledad, tristeza o incapacidad.
Finalmente se entregan sugestiones posthipnóticas para autohipnosis y para reincorporarse.

Y podemos ir caminando por un sendero que al principio puede ser difícil, pero es sólo un trayecto... puedes ir mirando el paisaje... Puedes ir respirando... mirando...

Y generalmente cuando uno camina por caminos difíciles es porque quiere llegar a un lugar que realmente merece ese trayecto... Por eso podemos descansar...

Nos podemos iluminar y así sin darnos cuenta... a medida que lentamente nuestra mano va bajando... Nos vamos conectando con el centro superior de nuestro cerebro que comanda nuestras emociones... que como sabemos tiene el control sobre mucha de nuestras sensaciones...

Podemos ir a este lugar que está más allá del dolor y del sufrimiento... Y vamos a ir desconectando ciertos lugares que pueden ser molestos... sabiendo que la molestia tal vez pueda permanecer por algunos momentos...

Que vamos a ir liberando en nuestro organismo sustancias que nos permitan disminuir ese dolor... Pero como todo tiene un orden en la vida y las cosas no ocurren inmediatamente... Primero vamos a ir ordenando...

Y colocamos en nuestra mano la parte que tiene que ver con nuestro dolor físico y lo vamos a iluminar... Correcto [la paciente mueve una de sus manos] Y a esta parte le vamos a mandar amor... Y podemos permanecer en este estado...

Sabiendo que nuestra mente inconsciente se está haciendo cargo... y que esta mente es la que mejor conoce nuestro cuerpo porque ha estado siempre con él... Y esta mente se puede hacer cargo de lo que necesitemos...

Y como no es justo que nuestro dolor físico esté contaminado con nuestro dolor emocional... lo vamos a ir retirando y lo vamos a ir dejando a un lado... no para

olvidarlo, sino para darle su lugar y poder atenderlo... y poder escucharlo y verlo... desde otra perspectiva...

Ahora que estamos más allá del sufrimiento... vamos a pedir consejo para acomodarlo y arreglarlo... Y de esta forma vamos superando este dolor al darle un orden... Y confiando que cuando estamos en este estado podemos contar con la sabiduría del águila...

Y así podemos mirar las cosas con altura y podemos traer parte de nuestra sabiduría que la tenemos guardada... Porque a veces es importante tomar un poco de distancia e irse más allá del dolor y sufrimiento y estar ahí...

Y estar ahí nos permite descansar y colocar nuestras ideas en orden... nos permite estar sincronizados con las energías más amorosas y preocupadas... y con ese amor incondicional que surge desde ti y que te entrega el viento al tocarte... Y tomar ese descanso que es necesario... el del cuerpo y el del alma...

Y vamos a entregarle luz a estos lugares... y podemos trabajar como un constructor arreglando las cosas que tenemos que arreglar... Podemos ir destapando... ciertos conductos que están tapados... Lentamente. podemos ir limpiando con cuidado... con preocupación con esmero y con cariño... Porque cuando podemos ordenar las cosas aparte de colocar cada cosa en su lugar lo podemos hacer con cariño...

Y yo me pregunto si tu mente inconsciente querrá que profundices en este estado a medida que vamos contando mentalmente... A medida que escuchamos los sonidos que ocurren acá y que nos acompañan en este proceso... y podemos ir contando de 10 a 1... y podemos ir bajando una escalera... y vamos a ir bajando... (se profundiza el trance).

Y me pregunto si tu mente inconsciente nos querrá avisar cuando llegues a ese lugar que es el más cómodo... con una pequeña indicación de tu dedo... recordando que tienes todo el tiempo del mundo... Correcto [la paciente mueve levemente uno de sus dedos].

Y al acomodarte puedes recordar que siempre puedes hacer uso de este tiempo inconsciente... y a demás de hacer uso de este tiempo... que es ilimitado... puedes utilizar las capacidades de tu inconsciente para ayudarte... y él lo va ir haciendo de manera armónica...

Y estos contactos con tu mente inconsciente, con tu mente sabia... Puede hacer que no te preocupes... no te incomodes... por nada... Ni con los ruidos y con las cosas que pasan a tu alrededor... Y en los ruidos pueden haber cambios y silencios...

Y muchas veces nos confundimos, nos enredamos en cosas... Y cuando eso pasa es porque no tenemos orden... Y para eso hay que tomarse un tiempo... Hay que descansar... y podemos hacer nuestro orden... Y haciendo uso de nuestra mente inconsciente podemos hacer todos los arreglos que queramos... Todo lo que queramos hacer utilizando esta mente inconsciente lo vamos haciendo... tranquilamente...

Y sabemos que no tenemos que angustiarnos porque

tenemos una mente que tiene la capacidad de ver las cosas con distancia... y las puede ordenar... y sabe que hacer... Además tenemos mucho tiempo en nuestra mente inconsciente y por eso no tenemos que angustiarnos... y de esta forma nos podemos ir armonizando con la vida... y cuando esto sucede podemos comprender que puede haber, que hay personas que tienen dificultades en estos momentos, pero eso muchas veces no se relaciona con falta de amor...

Y con respecto al amor podemos contactarnos con nuestro amor interno que nos conecta con las mejores cosas de nosotros mismos... sabiendo que no tenemos que angustiarnos ni desesperarnos... sabiendo que lo primero... hay que tener paciencia con nosotros mismos... por eso tienes que tener paciencia contigo...

Y cuando quieras cerrar tus ojos en ocasiones futuras te puedes ir conectando con esta mente inconsciente... y ella sola hará su trabajo...

Y ahora cuando lo desees te puedes reincorporar... sintiéndote tranquila... confiada sabiendo que tu mente inconsciente cuida de ti... y sabiendo que traes una nueva forma de ver las cosas... y sabiendo que en ese posible desorden has encontrado un orden... que es tan tuyo... Sabiendo que tienes todo el tiempo de tu mente inconsciente... Y cuando quieras puedes ir despertando [la paciente se reincorpora] Puedes quedarte un ratito... ¿Cuánto queda?

P: Un poquito. (N.E) [la paciente tiene infectado el catéter].

Ha disminuido el dolor.

T: Anda al hospital para que te vean eso, para lo cambien.

Se le recomienda ir al hospital para cambiar el catéter.

P: (N.E). Felipe tráeme el confort hijo.

T: ¿Desde ayer que has estado más ó menos mal o toda la semana has estado así?

P: No una amiga me ve y me cura.

se refiere a la infección del catéter

T: Tienes que ponerte algo limpio, cuando se infecta sale eso. Que bueno que va a venir...

P: (N.E)

T: Para hacerlo solo tienes que mirar tus manos y sin darte cuenta te da sueño y empiezas a cerrar los ojos y caes en un estado en el que te comunicas con tu mente inconsciente y empiezas a descansar y no hay dolor.

Sugestión para autohipnosis.

Ya sabes como hacerlo y cuando te sientas mejor trata de hablar con él. ¿Qué dolor tienes de cero a diez?

P: Nada.

La paciente disminuyó totalmente el dolor EVA 0.

T: ¿Nada? (Fin de la sesión y de la grabación se habla con la paciente respecto al hijo y también se habla con el hijo en privado).

SESIÓN 12.

PACIENTE: 1.

FECHA: 10 de Abril 2001

LUGAR: Domicilio de la paciente, Cerro Navia, Stgo.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: La paciente se ve cansada, tiene dificultades para caminar, respirar y hablar.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes.

HIPNOSIS: la paciente practica autohipnosis con la ayuda de un cassette.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 3.
b) Dolor más intenso: EVA 5-6.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 0.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 5-6): 2.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 45 min.
b) Dolor base: ocasional.

TRATAMIENTOS: morfina 3%, 20 cc oral c/4 hrs.

RESUMEN:

La paciente se encuentra recostada en un sofá, se ve demacrada, habla en tono bajo, tiene dificultades para respirar y caminar. Durante la sesión presenta buen ánimo y se alegra por la visita.

En cuanto al dolor ha estado con poco dolor. Las molestias más intensas llegan a EVA 6, las cuales duran 45 minutos aprox., en la última semana lo experimentó en dos oportunidades, la paciente percibe la mejoría.

Debido al alivio del dolor, se cambió el tratamiento a morfina oral. Además en el último tiempo, la paciente utiliza una silla de ruedas y escucha diariamente el cassette de autohipnosis.

A pesar de los progresos que la alegran por momentos, la paciente dijo haber estado triste en los últimos días, pero menos angustiada. Durante la sesión se habló ampliamente sobre sus emociones, aspectos de su vida, enfermedad, etc. Esta conversación no fue grabada por petición de la paciente.

Esta fue la última sesión realizada porque la paciente falleció sin dolor en el Hospital Caupolicán Pardo días después.

T: Eso es lo bueno de decirle al doctor tal cual es... porque cuando disminuye el dolor te pueden hacer otro tratamiento que sea más indicado... que no sea tan doloroso para ti... como ahora te pudieron sacar el catéter...	A la paciente le retiraron el catéter al disminuir sus dolores.
P: (N.E.)	
T: Y no pediste la hora.	
P: (N.E.)	
T: Ahora entendí. ¿cómo has estado?	Se consulta por el estado de la paciente.
P: Más ó menos.	Se refiere a su estado anímico.
T: ¿Y el dolor?	Se consulta por el dolor.
P: Ha disminuido. Me trajeron la silla.	La paciente se encuentra con menos dolor y aceptó la silla que le ofrecieron.
T: Está bonita, es nueva.	
P: Sí. (N.E.) [La paciente habla muy bajo].	La paciente se ve contenta por la silla nueva.
T: ¿Y pudiste?	
P: Claro.	
T: La idea es que te cuide la silla para que no te caigas.	
P: (N.E)	

T: Sí te has caído varias veces. ¿El dolor cómo está?, ¿has tenido crisis de dolor?	Se consulta para saber si la paciente ha tenido crisis de dolor.
P: Dolor fuerte no.	La paciente no ha tenido dolores fuertes.
T: Fuertes no.	
P: Está más o menos.	
T: Crisis de esos dolores fuertes ¿has tenido?	
P: No.	
T: Crisis esos dolores fuertes de 10 a más.	
P: Ah, no.	
T: No más, has tenido dolor cinco, seis. Y te has caído varias veces.	Al comenzar la sesión la paciente cuenta que había tenido dolores EVA 5 a 6 y se golpes productos de caídas.
P: Sí.	
T: ¿Cómo cuántas veces?	La paciente se ha caído dos veces, menos que en ocasiones anteriores.
P: Dos.	
T: Ya. Y te has pegado ¿dónde?	
P: En la cola.	
T: En la colita, ya. Y el dolor más fuerte que has tenido ¿es seis?	El dolor más fuerte que ha tenido este último tiempo es EVA 6.
P: Sí.	
T: Más o menos seis. Y a ¿qué hora te da?... en la mañana, en la tarde.	
P: Mira ayer en la tarde y antes de ayer en la mañana.	El dolor se presenta en distintas horas del día.
T: Ya. Es como una vez al día que te viene ese dolor.	
P: Claro.	
T: Y ¿cuántas veces te da ese dolor seis en la semana?... Desde la última vez que nos vimos.	Se consulta por la frecuencia de los dolores más intensos en la última semana.
P: Dos veces.	Los dolores intensos los tiene dos veces por semana.
T: Dos veces te da ese dolor seis. Y ¿cuánto tiempo te dura ese dolor?... ¿una hora, dos?	Se consulta por la duración de los episodios de dolor.
P: No, una hora o tres cuartos de hora.	
T: Entonces hasta una hora.	

P: Sí.	
T: De tres cuartos a una hora más o menos. Y me dices que tienes dificultades para respirar...	La paciente se queja de dificultades para respirar.
P: Sí.	
T: ¿Le dijiste al doctor?	Se le dice si le ha dicho sus molestias al doctor.
P: Sí. (N.E) Sí me decía está bonita la silla.	La paciente se siente más a gusto con el médico.
T: Ya. Y ¿le contestes al doctor cómo estabas?	
P: (N.E.)	La paciente le pudo decir al médico como se encontraba.
T: Que bueno... ahora tomas menos morfina.	La paciente está tomando ahora morfina oral, le suspendieron la morfina inyectable, eso parece alegrarla.
P: (N.E.)	
T: Cada cuatro. Bastante bien estabas con una ampolla cada dos horas.	Se le recuerda los inicios del tratamiento.
P: (N.E) Si aumentaba el dolor.	La paciente cuenta que no se le pasaba el dolor a pesar de lo elevada de las dosis.
T: Pero has tenido poco dolor. Ojalá, Sandra para que no tengas que estar con catéter.	
P: Tengo que tomar gotas y son malas.	A la paciente no le gustan las gotas.
T: ¿Y son muy malas?	
P: No las he probado.	La paciente recién comienza a tomar gotas de morfina.
T: A te la dieron hoy no más.	
P: Me las tengo que tomar.	
T: Tómatelas. ¿Cómo se toman?	La terapeuta ayuda a la paciente a preparar las gotas para que se las tome.
P: Se colocan veinte gotas.	
T: ¿Y tienes gotero?	
P: Con ese le coloco.	
T: Y ¿dónde está?	
P: allá.	
T: Y tienes problemas para ir al baño.	Aspecto que se consulta sugerido por la matrona.
P: Sí.	

T: Y te has puesto los lavados y todo lo que te dijeron.

P: La otra vez tomé mucho.

T: Ah, tomaste mucho, pero ahora estás bien, no tienes problemas para ir al baño.

P: No me hace efecto, sí y por eso tomé mucho.

T: Ah tomaste mucho. ¿Has tenido Náuseas?

La paciente no tiene náuseas.

P: No.

T: Bueno de dolor estamos más ó menos en eso. Y de ¿ánimo?

Se consulta por su estado de ánimo.

P: Mal.

La paciente se ha sentido mal.

T: Mal. ¿El cassette lo estás escuchando?

Se consulta para saber si la paciente continúa con autohipnosis.

P: Sí.

T: ¿Cada cuánto?

Se quiere saber cada cuanto escucha el cassette para autohipnosis.

P: (N.E)

T: Ya en la tarde. De ánimo me dices que más ó menos ¿pero has estado tan triste como la otra vez o no?

La paciente se siente muy triste y al parecer su tristeza no disminuye, pero si su angustia, siente que puede desahogarse.

P: Sí.

T: Igual ¿estás llorando mucho?

[fin de la grabación se continua hablando con la paciente a ella no le gusta grabar las conversaciones que se refieren a su sufrimiento, a su experiencia personal con la enfermedad, luego de realizar la evaluación del dolor la terapeuta tiene largas conversaciones con la paciente].

El dolor ha disminuido, luego se continúan conversando de su estado de ánimo, pero estas conversaciones no son grabadas.

SESIÓN 1.

PACIENTE: 2.

LUGAR: Sala de Aislamiento de Ginecología, Hospital San Juan de Dios.

FECHA: 3 de Enero de 2001.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encontraba hospitalizada en el hospital San Juan de Dios, lucía cansada, pálida, tenía dificultades para caminar y realizar esfuerzos (fue traslada en silla de ruedas a la sala donde se realizó la sesión). En días anteriores no había podido dormir por el dolor. En la mitad de la sesión presentó una hemorragia que fue atendida por la matrona.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: la paciente no presentaba alteraciones psicopatológicas importantes, sólo algunas alteraciones emocionales propias de la enfermedad, se encontraba triste y enojada por no tener información sobre su estado de salud.

ESTADO HIPNÓTICO: se indujo trance conversacional para ayudar a la paciente a controlar el dolor que se presentó durante la sesión y para favorecer el aprendizaje hipnótico.

RED DE APOYO: Deficiente

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 4,5.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 4.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: un dolor intenso (EVA 8-9 aprox.)
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 2 aprox.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso (EVA 10): innumerables
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 20 min. aprox.
b) Duración del dolor base: permanente (día y noche)

DOLOR SESIÓN:

a) Intensidad del dolor presentado en la sesión: EVA 8 aprox.
b) Dolor intensidad al finalizar la sesión: EVA 2 aprox.

TRATAMIENTOS: medicamentos tramadol 100 mg cada 6 horas y dipirona.

RESUMEN:

La paciente se encontraba hospitalizada en Ginecología. La sesión se realizó en una sala de aislamiento, el lugar era tranquilo.

Unos días antes, la matrona le consultó a la paciente su interés por participar en sesiones para aliviar el dolor. La paciente accedió, pero dijo que le era difícil trasladarse al hospital para asistir a las intervenciones, mientras permaneciera en el hospital, no tenía problemas.

En la entrevista la paciente lucía cansada. Se le explicó en qué consistía el trabajo y se le pidió su consentimiento para realizarlo.

Luego se evaluó el dolor, mediante EVA y el Cuestionario Breve del Dolor de Wisconsin, este último, fue un instrumento de difícil comprensión para la paciente debido a sus limitaciones culturales.

La entrevista realizada estaba orientada a determinar la pauta de dolor, situación familiar, red de apoyo y gustos personales.

La entrevista permitió identificarla como una persona de origen mapuche, carente de recursos económicos y sociales, madre de 9 hijos, cuatro dependían económicamente de ella. Debido a la enfermedad, tres de sus hijos debieron ser internados y, sólo uno, el menor vive con una hermana.

La paciente se definió como una mujer sola, que tenía que recuperarse para mantener a sus hijos, pues no recibía ayuda de otras personas (hijos, pareja, familiares o amigos). Se deduce por su relato que se encuentra en la más completa soledad. Hace cuatro años llegó de Temuco a Melipilla , fecha que coincide con los primeros malestares.

En cuanto a su enfermedad ignora su estado de salud y tiene muchas dudas al respecto. Para ella ésta comenzó cuando se presentó una hemorragia inusual. La paciente sabe que padece una enfermedad grave, sin embargo, no pierde las esperanzas de recuperarse. Dichas esperanzas se fundan en profundos sentimientos religiosos y están motivadas por el cariño que siente por sus hijos. La paciente piensa que mediante ciertos tratamientos médicos, por ejemplo una operación, podría sanarse. Esto la angustia porque quiere ser operada y no sabe por qué no sucede.

En cuanto a la atención hospitalaria la encuentra muy buena, especialmente la recibida por el personal que la atendió cuando estuvo hospitalizada. En su calificación prima el aspecto afectivo por sobre los aspectos profesionales y burocráticos. Es así como, agradece la calidez recibida; sin embargo está muy molesta por la burocracia a la que se ha visto enfrentada (derivaciones de una parte a otra, pérdidas de exámenes, etc.)

Sobre la evaluación realizada sobre el dolor la paciente presentó una intensidad EVA promedio 4,5 y crisis de dolor que superaban el EVA 10. El dolor más intenso en las últimas 24 horas anteriores a la primera sesión era de una intensidad EVA 9.

La afectada refiere su dolor como un dolor "punzante, pesado, contracciones que la marchitan y la secan".

Es común que experimente dolores intensos EVA 10 o superiores a EVA 10. Según ella este dolor es muy intenso, se presenta como contracciones 1 cada 2 ó 3 minutos y duran en total entre 10 a 20 min. La molestia se ubica en la zona hipogástrica y la describe como un dolor similar a los dolores de parto. Los dolores le influyen en todas sus actividades, incluso en el sueño. Además la paciente puede anticipar las crisis de dolor, pues antes que se desencadenen siente náuseas y dolor en el coxis.

Las soluciones intentadas por la afectada cuando se presentan dichas crisis son diversas, las más habituales son: tomar leche, pujar, lavarse y revolcarse en la cama. Además quiere estar sola porque se enoja. Con respecto a los medicamentos, encuentra que alivian sus molestias, pero en ocasiones no percibe su efecto.

Dado lo intenso del dolor, la paciente se conforma con disminuir la duración de sus crisis, cree que si el dolor pasara totalmente se sentiría feliz.

Sobre sus gustos personales, aspecto consultado para construir la intervención hipnótica, lo que más le agrada es trabajar, se ha desempeñado en múltiples labores, generalmente trabajos físicos al aire libre. Por haber desempeñado actividades variadas, la paciente cuenta con múltiples recursos.

Se presentó un episodio de dolor en el transcurso de la sesión, el cual pudo ser controlado mediante estrategias hipnóticas. Para lograr esto se procedió de la siguiente forma: lo primero fue acoger la molestia, el dolor de la paciente no fue ignorado, ni se dieron inmediatas sugestiones de bienestar, gradualmente se guió a la paciente para que experimentará un trance.

La paciente logró disociarse del entorno, transportándose mentalmente a un trabajo anterior (actividad gratificante); la paciente relató estas experiencias y la terapeuta trató de acompañarla. Durante el trabajo la señora siempre se mantuvo inmóvil y con la mirada fija, mientras hacia sus relatos; señales que indicaban que la paciente se encontraba en trance.

TRANSCRPCIÓN DE LA SESIÓN:

M: Matrona.

P: Paciente.

T: Terapeuta.

N.E: Al escuchar la grabación no se entiende.

M: Sra. Ana Rosa ella es Valeria Monroy, nuestra interna de psicología. A usted y a seis personas más le vamos a realizar una intervención de hipnosis ericksoniana. Es una intervención distinta a las que ve en la tele, usted va a estar consciente de todo lo que pase y esta intervención se realiza con fines clínicos, se la hacemos a las personas que lo necesitan.

Sra. Rosa mire esto por favor. Le voy a preguntar por el dolor promedio, no esos dolores fuertes, sino de los dolores que siente habitualmente. Esto es sin ningún dolor

Mediante la EVA se trata de obtener un reporte cuantitativo de la experiencia

y éste es el peor dolor que usted podría llegar a soportar. ¿Por dónde queda? [La paciente llega en silla de ruedas, luce cansada]

de dolor de la paciente.

P: [La paciente indica un número en una regla] Por ahí; 4,5.

M: Imagine que este dibujo es el cuerpo de una mujer, márquelo con rojo dónde más le duele, ahora márquelo con azul las otras zonas que también le duelen, pero menos.
[La paciente pinta con un lápiz rojo (zona de mayor dolor) y un lápiz azul (zona de menor dolor) la figura mostrada]

Metodología para determinar la zona en la cual la paciente percibe el dolor, parte del Cuestionario Breve de Wisconsisn.

M: Bueno yo me voy para que puedan trabajar con tranquilidad.

T: Buenas tardes Sra. Rosa, esto consiste en una serie de 6 sesiones en que nos vamos a juntar para tratar de controlar el dolor, esto de ninguna manera puede dañar su salud. Vamos a realizar una investigación, para saber si lo que hacemos puede ayudar a otras personas... Para eso necesitamos grabar y también para revisar lo que hacemos. Quería preguntarle si desea participar y si no tiene problemas para que las sesiones sean grabadas.

Se explica el trabajo a realizar, se solicita la autorización para trabajar y para grabar. Se comienza a establecer rapport.

P: No tengo problemas, es la primera vez que participo en algo así.
(se enciende la grabadora)

La paciente da su autorización para trabajar.

T: ¿Desde cuándo está enferma Sra. Ana Rosa?

P: Bueno, desde que me di cuenta Fue desde el 6 de Mayo.

T: El 6 de Mayo.

P: Sí, me llegaba la regla tres veces al mes (N.E.).

T: Ya.

P: No me daban hora hasta que hablé con la matrona... y entonces habló con la matrona y me vio la matrona y me dijo: Usted tiene cáncer y me trajeron.

T: Eso fue...¿Qué año?

P: Ahora...

T: El año pasado

P: El año pasado, sí.

T: ¿En Mayo del '99?

P: Sí el 6 de Mayo... Después del examen, pedí hora aquí, después seguí trabajando, porque no tengo marido que cuide los niños, no hay papá...

T: ¿Tiene hijos?

Se consulta por su situación familiar para saber si se cuenta con posibles apoyos que puedan cooperar en el trabajo hipnótico

P: Sí, tengo cuatro hijos... mis hijos mayores tienen su

señora...

T: O sea tiene más hijos.

P: Claro, tengo nueve.

T: Nueve hijos.

Se repite lo que la paciente dice, para clarificar la información y establecer rapport, al hacer esto se acompaña a la paciente para que esté más receptiva a futuras sugerencias que plantee la terapeuta.

P: Sí, eran 10 y ha muerto uno. Hacía todo lo posible, viajaba todos los días... y me dejan hospitalizada, para hacerme los exámenes.

T: Ya.

P: Y después de eso me dijeron que salió alterado (N.E.)

T: ¿Con quién vive?

P: Vivo con los chicos.

T: ¿ Con los cuatro chicos?

P: Sí.

T: ¿En qué trabajaba antes de enfermarse?

P: Yo trabajaba de temporera... en la fruta... antes trabajaba, llevé un año trabajando.

T: ¿Siempre trabajó en eso?

Se trata de indagar en la vida anterior de la paciente, en busca de recursos.

P: No, cortaba paltas... limones y todas esas cosas y era embaladora. Después no pude trabajar más, porque me desmayaba. Entonces ahí fue que empecé a trabajar en la Municipalidad.

T: Y en la Municipalidad, ¿qué hacía?

P: Ahí cortaba el pasto, limpiaba la plaza y todo (N.E.) [habla muy bajo] y en un año me sentía totalmente débil, me decaí.

T: ¿Cómo se sentía?

P: Decaía, sin fuerzas.

T: Decaída.

P: (N.E) empecé a tomar leche y sentía que algo me sube. Una vez fui al hospital (N.E)

T: ¿Pero eso era entes de que detectará su enfermedad?

P: No, si ya había aparecido y yo tuve que hospitalizarme porque se me hinchó así esta pierna [hace una mímica con la mano] y me tomaban todos los días exámenes,

La paciente se queja por no saber el resultados de sus exámenes, se muestra

todos y nunca supe el resultado.

enojada, se refleja en el tono de su voz.

Yo preguntaba y me decían que no había llegado, que no había llegado y se les perdió los exámenes, la ficha las radiografías... Yo tenía que trabajar y no me encontraron nada.

Y así historias y al tiempo ya andaba en silla de ruedas, después andaba en muletas.

Y cómo sería mi desesperación... que le rogué a Dios... Necesito nuevamente caminar... Yo le pedía a Dios que me recuperara para ir a la Iglesia, porque dos de mis hijos no estaban bautizados... Quería ir yo caminando. Yo tengo una patrona de mi hijo que me dijo: yo te voy a tomar los niños y los bautizamos, yo quería ir caminando y cuando se hizo fui, caminando y ahora camino.

La paciente es una mujer con mucha fe, decisión y fortaleza.

T: Usted le pidió a Dios hacer eso, y usted pudo hacerlo, pudo caminar.

Se refuerza que puede tener logros, algunas cosas pueden cambiar con la ayuda de Dios.

P: Sí, le dije quiero caminar ahora o mañana. Y como en la mañana di así un solo paso y después puede caminar, después me sentí mal, pero fue como una promesa... y pude caminar (N.E) y me sentí mal y volví al hospital, me sentí mal, pero con una promesa echa y así que pude caminar... Con confiar en Dios no más. (N.E)

T: Con confiar...

Se refuerza la importancia de la confianza.

P: Claro, si pu... mucho le pido a Él (N.E) si, pero menos, menos (N.E) pude caminar, despacito, despacito, pero jamás supieron que esto era (N.E)

T: Ya

P: Nunca supieron (N.E) desde aquí llegaba con su (N.E), y que la enferma era yo... entonces yo no comía nada, cosas poquitas... caminaba y una vez casi me morí porque (N.E) yo no podía trabajar porque estaba esperando guagua, entonces yo sentí una hemorragia donde yo trabajo (N.E)

Y entonces tomé un colectivo en la mañana y dije estoy enferma y me dijeron (N.E) cosita poca (N.E) y en fin...peor seguí pa' adelante, pero yo... (N.E) sentía decaimiento.

T: Decaimiento.

P: Sí, pero ahora ya no como antes... porque ahora no puedo comer si me llevo una cuchara de comida, me cuesta...

T: Ya... ¿Y sus hijos Sra. con quién están ahora?

Se trata de indagar sobre la situación de los hijos, aspecto que puede ser factor de preocupación para la paciente, además pueden existir posibles apoyos no mencionados anteriormente.

P: Son cuatro que no trabajan... entonces me lo internaron a mis hijos...

Los hijos están internos, situación preocupante y motivo de tristeza. Esto se

evidencia la carencias de recursos de la paciente.

T: ¿Están internados?

P: Sí, el más chiquitito, el más chiquito está con la hermana, ellos me quieren ayudar... Me van a irradiar, quiere venir.

T: ¿Qué edad tiene sus hijos?

P: Uno tiene catorce, el otro tiene doce.

T: Catorce.

P: Sí uno tiene catorce, la niña 7 años cumplidos y de ahí viene un niñito de cuatro, no de cinco. Sí mi hijo me quiere ayudar a mí (N.E). si eso es lo que me angustia (N.E) como voy a pasar si no puedo trabajar (N.E) yo ya no daba más, así los coágulos de sangre botaba y ahí trataba de (N.E) nadie me decía nada.

T: ¿Cómo ha encontrado la atención de los hospitales?

Se consulta para saber como ha percibido la atención recibida.

P: La atención de los hospitales... Sí las enfermeras son muy buenas. Pero se demoran para ir, nunca me dejaban. Allá nunca me dejaban.

La paciente se refiere cariñosamente del personal, se siente bien atendida sobre todo por el cariño recibido. Sus reclamos se refieren a los trámites que debió realizar para estar hospitalizada.

T: Cómo que la atención de las enfermeras es buena, pero...

P: Claro, no tengo nada que decir, ellas la tratan como un familiar, le dan cariño a uno, cuando uno está con dolor, le dan cariño.
(N.E) llegue a comprar pañales de guagua me colocaba de esos y me iba a trabajar igual, para poder darles... Porque la ropa tenía que darla, están internaos, pero la ropa tenía que darla.

La paciente retoma el tema del internado de sus hijos, demostrando la importancia que tiene para ella.

T: ¿Y dónde están internados sus hijos?

P: Están en San Antonio.

T: En San Antonio.

P: Ahora yo quisiera ir a verles, pero no tengo plata para verlos.

T: Y el chiquitito, ¿dónde está?

P: Con la hermana, la hermana mayor lo cuida.

Esto da la impresión que el pequeño viviera en un lugar muy alejado de la paciente, pero vive en el mismo sitio, en una mediagua continua; sin embargo, por no atenderlo y no dormir en su pieza, siente que no vive con ella.

T: ¿Y su pareja?, ¿el papá?

P: No yo me separé, por eso nos vinimos para acá.

T: ¿Hace poco?

P: Hace tiempo ya...

T: No la ayuda él.

P: No yo me puse a trabajar y seguí trabajando (N.E), mi jefa se dio cuenta que estaba enferma, siéntese me decía, hágalo por encima no más. Un día pasé el paño, el paño estaba empapado y manché.

P: Sí. Desde el 6 de Mayo, empecé la hemorragia.

T: ¿Pero antes se sentía mal?

P: Llevo como nueve o diez meses que llevo sangrando, más, más, pu', mucho más.

T: ¿ Cómo era su vida antes de enfermarse?

P: Mira antes que me enfermara yo... (N.E) decaía.

Para la paciente la enfermedad comienza con las hemorragias, su decaimiento anterior no lo atribuye a su enfermedad.

T: Decaída.

P: Sí, decaía, (N.E) pero por ley tenía que hacerlo.

Para mantener a sus hijos debía trabajar.

T: ¿Le ha cambiado mucho su vida con la enfermedad?

Se trata de indagar el impacto de la enfermedad la vida de la paciente.

P: Ahora pienso, no sé... ahora pienso ... No sé... Ojalá Dios quisiera... si me está escuchando... ahora que estoy sola aquí, porque nadie está solo... [voz entrecortada, lágrimas en los ojos] (N.E)

T: ¿Usted cree que se va a morir? ¿No cree que se va recuperar?

P: No, yo no pierdo las esperanza, no pierdo la esperanza porque creo en Dios. ¿Sabe porqué estoy aquí? Por mis hijos. (N.E)

Para la paciente su principal motivación para seguir viviendo son sus hijos, quienes le dan sentido a su existencia.

T: ¿Dónde vivió usted antes?

Se consulta por su vida anterior en busca de recursos que pueden ser utilizados.

P: Yo me crié en el sur.

Esto da un marco de referencia.

T: En el sur. ¿En qué parte del sur?

P: De Temuco.

T: ¿Y le gustaba vivir allá?

Se hace esta consulta para determinar el agrado de la

persona por aquella región, y de esta forma saber si es conveniente utilizar sugestiones que evoquen estos lugares.

P: Sí, incluso hoy al médico le dije: si no quieren hacer nada o se iban a demorar mucho todo, que me den el alta y me voy, me voy. Porque en Temuco hay buenos médicos también.

Para la paciente el sur está cargado de sentimientos agradables, por lo cual se hace recomendable utilizarlo en la intervención.

T: ¿Tiene hermanos?

Se continua indagando en busca de una red de apoyo.

P: Una hermana que está casá (N.E), somos dos...

T: ¿Qué cosas hacía usted en Temuco?

P: No tenía ningún problema, cuando me enfermé empezó. Antes trabajaba de...era nana.

T: Trabajaba de nana y ¿le gustaba ese trabajo?

P: Sí, cuidaba niños, habían algunos regalones.

T: Mira había algunos regalones, también.

T: Su marido se quedó en Temuco.

P: Sí.

T: Y ¿Cuánto tiempo lleva en Melipilla?

P: Ya voy para los cuatro años

T: Su dolor señora Ana Rosa cuénteme ... ¿Cómo es su dolor?, ¿cómo lo siente?, ¿cuándo lo siente?

Se indagan las cualidades del dolor.

P: Cuando estoy sin calmantes (N.E)

T: ¿Todo el día siente dolor?

P: Cuando tomo los calmantes se me quita, pero si no.... pero siempre permanece algo igual, ahora estoy sin calmantes.

T: Ahora que hablamos, ¿recién estaba con dolor?

P: Sí, pero no tanto, no tanto... Porque uno conversando con otra persona se olvida, pero cuando está solo... solo, triste, pensando cuando van a venir a verme, pero aquí son muy buenas personas (N.E).

Al conversar el dolor disminuye, al parecer la distracción es un buen recurso para disminuir su experiencia dolorosa.

T: ¿Usted sabe qué está tomando para el dolor?

P: Unas gotas.

T: Unas gotas.

P: Sí.

T: ¿Siempre ha tomado esas gotas?

P: No hace mucho (N.E) pero desde qué tomé esas gotas

me hinché me dolía el estómago, me daba náuseas, todas esas cosas (N.E)

Según él, me dijo, yo tenía tapado un riñón entonces. Me gustaría saber porqué se tapa.

Se refiere al dudas sobre su salud y dudas planteadas la médico.

T: Ah, eso le gustaría saber. ¿Le ha preguntado al médico?

Las preguntas sobre su enfermedad son devueltas porque la terapeuta no puede responder preguntas referentes al estado de salud de la paciente. Se indaga para saber si la paciente ha manifestado sus dudas al médico, además de manera sutil se muestra que éstas deben ser planteadas a su médico.

P: Le pregunté. El médico me dijo: no sé como se tapa. Entonces a uno le da miedo preguntar después.

Uno quiere saber como es en realidad. La otra vez un médico me dijo y me preguntó ¿Qué calmante estás tomando? No sé doctor, nadie me ha dicho nada. Primeramente, me dijo, debes saber qué calmante estás tomando, para qué, tienes que preguntar, entonces ahora me he puesto preguntona.

Al parecer la paciente tiene interés por conocer sobre su estado de salud, le molesta no recibir respuestas al respecto, además siente temor de preguntar.

T: Ahora pregunta. ¿Tuvo respuestas a sus preguntas?

P: No, no y en la hoja que escribió la pusieron encima así, se fueron al tiro y terminaron la visita y se fueron (N.E), tampoco dicen.

Se muestra molesta al decir esto lo realiza muecas, gestos de alguien que escribe.

T: Y ¿ Cada cuánto toma esas gotitas?.

Se trata de averiguar cada cuánto tiempo está tomando los medicamentos.

P: Cada cuatro horas.

T: Cada cuatro horas.

La terapeuta repite las preguntas para establecer rapport con la paciente y estar segura que ha entendido correctamente la información recibida.

P: Sí.

T: ¿Qué ha sentido usted tomando las gotitas?

Se trata de conocer el efecto de los medicamentos

P: Ahora me estado acostumbrando se me pasa un poco el dolor, pero he sentido como morirme, un ahogo, sentía el cuerpo pesado, pesado (N.E.)

Reacciones no deseadas, pero esperables producidas por el medicamento.

T: Parece que no le gusta mucho tomar medicamentos.

P: No, si yo siempre (N.E) me sentí bien.

T: Claro, claro.

P: Y tampoco me refríaba.

T: Siempre fue sana.

P: Sí cuando era mucho el dolor me tomaba una dipirona, Pandol y para el resfrío tomaba miel con limón, remedios caseros así... ninguna cosa, pero calmantes nunca.

T: Ahora no más.

P: Sí.

T: Y, ¿dónde siente el dolor?

Se trata de indagar sobre su dolor cómo se presenta, qué siente la paciente, la mayor información que se pueda tener sobre el dolor.

P: El dolor más grande que tengo es en esta parte [señala el vientre], cuando viene el dolor con contracciones me viene por acá.

T: Pero cómo es el dolor, a ver...

P: Ah... es un dolor que punza y pone duro así una cosa, duro, duro (N.E) si no duermo y de ahí descanso.

T: Es con contracciones es ¿Cómo pesado?

P: Pesado.

T: ¿ Es parecido a los dolores que ha tenido antes o no?

P: No.

T: No.

P: Es contracciones... Como si uno tiene una guaguita.

T: Ya dicen que el tumor es muy grande, por eso. Ya...

P: Yo le pregunté la doctor por qué... el doctor me dijo el tumor, el tumor me dijo donde se va hinchando así va creciendo y por eso se da la contracción y da dolor.

T: Ya y ¿cada cuánto le da ese dolor?

Se trata de indagar sobre la frecuencia del dolor.

P: (N.E) A veces puedo estar el día entero y no se me quita con nada, nada con nada.

El dolor para la paciente puede ser un día y no se le pasa.

T: A todo el día, puede estar todo el día.

P: Todo el día enferma, todo el día toda la noche (N.E) todo el día

Lo dice enojada.

T: ¿A quién recurre usted cuando tiene dolor?, ¿Qué hace?

Se trata de determinar la pauta del dolor.

P: ¿Sabe lo que hago? Tomo leche, pujo.

T: Ya.

P: Pujo me viene, después voy al baño voy al baño y pujo pasan 2 minutos y el dolor a otro rato voy al baño otra vez, me siento me hecho agua.

La paciente cuando siente dolor va al baño, puja, toma leche. Esta es su pauta, se

esperaría modificarla en algo. Sus maneras de aliviar el dolor no son muy efectivas, por lo poco que dura el alivio 4 minutos.

T: Agua .

P: Me echo agüita ahí se me quita un poquito, pueden ser cuatro minutos que se me quiten, pero luego voy al baño, por eso, me preguntan a que voy al baño, ahí puedo descansar.

T: ¿Qué otras cosas le quitan el dolor?, conversar por ejemplo...

Se le muestra que conversando también se le pasa el dolor, no se desacreditan sus formas de alivio.

P: Sí se me olvida... Cuando estoy con mucho dolor... no quiero nada, ni hablar...ni hablar.

Pero con mucho dolor no quiere hablar.

T: Ya

P: Estoy hasta de mal humor.

El dolor afecta sus estado de ánimo.

T: ¿Cuándo tiene mucho dolor?

Se le pregunta cuando se pone del mal humor.

P: Sí.

T: ¿Y usted se da cuenta cuándo le ve a venir ese dolor o no?

Si la personas se da cuenta cuando viene podrá hacer algo para poder controlarlo.

P: Sí.

T: ¿Qué siente cuando le va a venir el dolor?

Se trata de determinar las sensaciones que anuncian el dolor.

P: Siento como que se me revuelve el estómago, como náuseas dolor en la cola [mueve las manos sobre el estómago en círculos]

T: Ya, primero la cola y después el dolor fuerte.

P: Así es, una cosa que está así...y crece, crece así y llega a punzar [forma una pelota con las manos sobre su vientre]

T: Y ¿Usted se da cuenta de cuando va venir?

P: Sí, sí, si es con contracciones igual como guagüita (N.E) cuando me da fuerte cada dos tres minutos cuando no unos de 10 a 20 minutos.

T: Ya, ya... para usted, por ejemplo para usted ¿Cuánto dolor sería soportable?, ¿Cómo en esa escalerita que le mostramos recién?, ¿Hay algún tipo de dolor que usted lo podría aguantar o no?

Se le consulta por el dolor que pudiera soportar para saber hasta qué intensidad de dolor no incomoda a la paciente. Tal vez, no desaparezca por completo, pero quizás pueda disminuir. Este dato permitirá

	saber hasta que dolor podría sentir la persona y no sufrir o incomodarse por eso.
P: Yo lo aguantaría si fueran más cortos.	La intensidad, la paciente se sentiría satisfecha si la duración de los dolores bajara.
T: Más cortos de la misma intensidad, pero más cortos.	
P: Sí.	
T: Porque cada cuánto le duran los dolores.	
P: Como de 20 minutos.	Los dolores fuertes le duran en promedio 20 minutos.
T: Ya que fueran más cortos los dolores ¿Y usted cree que podrían disminuir?	
P: ¿Quizás?, no creo.	
T: No cree. ¿Qué podría hacer usted si su dolor disminuyera un poco?	
P: Estaría feliz.	Sin dolor se sentiría feliz.
T: ¿Sí?	
P: (N.E)	
T: ¿Cómo la pone el dolor?	Se trata de determinar el sufrimiento que experimenta la persona por causa del dolor.
P: El dolor me mata, me marchitaría, me secaría.	
T: Seca	
P: Seca totalmente, seca por le dolor.	
T: Y usted grita, patalea, llama a alguien...	Se trata de indagar sobre posibles reacciones de la paciente cuando siente dolor y de esta forma tener más claridad sobre la pauta de dolor.
P: No, me revuelco en la cama.	
T: Se revuelca en la cama...Y cuando le viene ese dolor tan fuertes ¿Cómo qué dolor sería? Con lo mismo que le pasó la Angélica recién... Ese dolor tan fuerte que se revuelca en la cama.	Se repite lo que la paciente dice como una forma de establecer rapport. La pregunta apunta a determinar la intensidad de los dolores más fuertes que experimenta la paciente.
P: Como que se pasó esté limite ya... [Indica sobre 10 en la regla EVA]	
T: Ah ya, lo máximo, lo máximo.	
P: Está muy arriba ya...	

T: ¿Qué cosa le gusta hacer?

Se comienza por indagar sobre los recursos de la paciente, pues para poder construir una intervención hipnótica, se debe tener presente los gustos de la persona.

P: [La paciente se para porque le molesta estar sentada, está sentada en una silla de ruedas].

T: ¿Se quiere parar? ¿Se puede parar? [la paciente comienza a manifestar dolor, gestos se queja en tono bajo]

P: Estoy sangrando [dice que ha comenzado a sangrar].

T: Voy a llamar a la enfermera [la paciente es revisada y según la matrona, no tiene problemas para continuar la sesión].

La terapeuta avisa a la enfermera y consulta si puede continuar trabajando con la paciente.

T: ¿ Y qué cosas le gustaba hacer antes?

Se continua con la entrevista, se consulta por los gustos; pregunta que quedó sin respuesta hace unos momentos.

P: Trabajar, en las huertas...

T: Le gustaba trabajar en las huertas, en eso le gustaba trabajar.

P: En todo... En el río, tejer, catorce años que trabajé en el rió (N.E.), me gusta hacer las cosas de la casa, lavar, todo el trabajo [al hablar no manifiesta dolor].

Al referirse a su trabajo se nota en su cara el agrado, sonríe. La señora a primera vista cuenta con múltiples recursos.

T: ¿ Y hay alguno que le guste más que otro?

Se trata de determinar preferencias.

P: Oh ¿No? , todos.

T: ¿No? Buena para hacer las cosas.

P: Sí, llegaba cansada, antes trabajaba en la arena del río.

T: ¿Sí?

P: (N.E.), trabajaba mucho tenía una...

T: ¿Y qué otras cosas le gustan? ¿Para qué cosas es buena?

P: Bueno, cuando era más joven la costura pintura.... también trabajé... pintar. Yo fui así.

T: Buena para construir cosas, para armar cosas, pa'...

La paciente tiene muchas habilidades manuales, además ha trabajado al aire libre.

P: Sí, sí.

T: Carpintería.

P: Pintura.

T: Ah, pintura en género.

P: Yo fui campesina, entonces hacía muchas cosas.

T: A ver esta última. Todos hemos tenido distintos dolores, dolores de cabeza... Pero estamos hablando de esos dolores que no son frecuentes...

Se comienza a hacer las preguntas del Cuestionario Breve de Wisconsin.

P: Sí ...

T: Usted ha tenido esos dolores. El dolor máximo en las últimas 24 horas, el último día. ¿ Ha tenido dolor en el último día de ayer hasta hoy?, ¿Cuánto es lo que más ha tenido de dolor de 0 a 10?, 0 es sin dolor 10 es con máximo de dolor ¿ Cuánto dolor ha tenido? [marca 9].
El número que describe el mínimo de dolor, lo que menos ha sentido de dolor en las últimas 24 horas. [Se continua administrando el Cuestionario Breve de Wisconsin.]

Su dolor máximo en las últimas 24 horas ha llegado a EVA 9.

T: O sea haciendo cosas se le pasa el dolor...

P: (N.E) haciendo cosas, ahí no siento tanto...

T: O sea, el dolor le perjudica para comer y para hacer sus cosas. De 0 no la perjudica en nada y 10 la perjudica totalmente, que no puede hacer nada. ¿Cuánto es? ¿Pero usted puede hacer sus cosas o no puede hacer nada?, ¿Cuándo tiene el dolor promedio, no un ataque grande de dolor?

Algunas preguntas se le explican porque la paciente no las entiende.

P: No, cuando no es tan fuerte, puedo hacer mis cosas.

T: ¿Sí?, ¿Cómo tres dos uno cuánto le ponemos?

P: Puede ser como cosa de tres, promedio.

T: Ya...

P: (N.E)

T: Y en el ánimo...

P: Uno tiene que darse ánimo (N.E)

La paciente entiende ánimo como darse fuerza, no quejarse.

T: Ya, a usted no le interfiere mucho en el ánimo.

P: No, me doy ánimo sola, ni de quejarse.

T: No.

P: Pero ahora... si tomo agua la boto.

T: Y ¿ En el sueño? ¿tiene molestias para dormir?

P: Sí.

T: Pero...

P: Pero no mucho, con calmantes (N.E.)

T: Estamos hablando de lo normal que siempre tiene.

P: No, normal (N.E)

T: Le interfiere en el sueño, pero ¿usted duerme o no?

La paciente entendía el sueño como soñar, con la explicación de dormir le queda más claro.

P: Con calmantes puedo dormir

T: Por ejemplo: ¿Anoche durmió?

P: No, me daba...

T: Anoche no durmió de dolor, o sea, anoche le interfirió totalmente no durmió en toda la noche.

P: Sí .

T: Y para hablar con otra gente, le ha complicado.

P: Sí, porque me cabreo, me hablan, las otras internas conversan, se ríen [habla en tono despectivo]

La paciente se encuentra hospitalizada en una sala común.

T: ¿Le da rabia?

P: Me da rabia (N.E) después se me pasa.

T: Ah, ya a o sea le interfiere si le ponemos de 0 a 10 ¿cuánto le ponemos? No comparte nada, nada, le ponemos 10, 8 ¿Cuánto?, ¿Tiene pasatiempos que pueda hacer o no?

No sabía lo que era pasatiempos.

P: No

T: Y para caminar ¿Puede caminar?

Actividades diarias tampoco lo entendió inmediatamente, se le explicó casi todo el cuestionario.

P: Sí, poquito.

T: Como uno, dos, tres ¿Cuánto le ponemos? Pasatiempos, usted no tiene pasatiempos y en este minuto Sra. Ana Rosa tiene dolor. ¿Cómo es el dolor? ¿dónde está?

P: La cola [Se toca la parte lumbar]

T: Pero... le duele, ahí, le duele la cola, le duele y como está (N.E)

P: Y yo no demuestro [la paciente hace muecas de dolor y se dobla]

Se termina de pasar el cuestionario, la paciente no entendió el significado de varias palabras, se le explico casi todas las preguntas. al parecer el instrumento no es muy indicado para pacientes de bajo nivel cultural.

T: Ahora vamos a tratar de hacer algo para ese dolor, ¿ya?, vamos a tratar de hacer algo para ese dolor y...tal vez... ¿A lo mejor si usted se concentra, si cierra sus ojitos... se concentra en ese dolor...lo pude percibir de

La paciente comienza a sentir dolor, se comienzan a realizar los primeros intentos para ayudarla. La crisis es intensa

distintas formas?... [la paciente intenta cerrar los ojos, pero no lo hace finalmente]...

Lo puede ir acomodando, como usted tiene habilidad para las manos... Entonces vamos hacer un ejercicio que a lo mejor, usted se puede ir imaginando las cosas... ¿mmm? Y vamos a ir tomando este dolor, sintiendo este dolor (la terapeuta hace lo que solicita a la paciente).

Si usted quiere, en este momento puede imaginarlo, puede cerrar los ojos... imaginarse... Si fuera un objeto ¿Cómo sería?. Sintiendo... (la terapeuta mira sus manos, hace una mímica como si tuviera algo en sus manos, la paciente hace lo mismo y mira fijamente).

Luego de uno minutos se queja, deja de mirase las manos, [se queja por el dolor se cambia de posición, hace muecas]

¿Mucho le duele?, ¿En cuánto está el dolor ahora? ... ¿Entonces puede ir sintiendo el dolor? Estamos con dolor ahora, ¿cierto? [la terapeuta trata de acoger la experiencia que atrae la atención de la paciente, el dolor]

Y si respiramos, ¿A ver?, respire profundamente, [la paciente respira], respire profundamente y concéntrese... ¿Si va cambiando ese dolor?... ¿Cómo está en el momento? ¿Cómo está ahora?. Hábleme de él, hábleme del dolor...

P: Está cambiando.

T: Mmm.

P: Está cambiando.

T: ¿Cómo está el dolor ahora?... Imagínese un lugar, vamos imaginar un lugar, ¿Puede imaginarse un lugar?, ¿sí? Coloque sus manos mejor acá (se pide que coloque sus manos sobre su falda, se intenta profundizar el trance con una levitación de manos).

¿Le molestan sus manos ahí?, ahí casi tocándose, casi tocándose, ¿está sintiendo el dolor ¿no es cierto?, entonces vaya mirando sus manos... y vaya inspirando y expirando... El aire para adentro el aire para afuera... el aire para adentro... el aire para afuera... el aire para adentro... Entonces podemos ir acompañando a este dolor para que este dolor salga [la paciente respira y hace

la paciente hace muecas, se queja y toma una posición semiencogida.
Lo primero es mostrarle que se sabe que está sintiendo dolor.
Se trata de inducir trance mediante una inducción conversacional.
Se ha logrado la atención de la paciente, ella ha intentado seguir las instrucciones, pero no cierra los ojos. La terapeuta lo intenta nuevamente, porque piensa que de esa manera la paciente profundizará el trance, pero la ella experimenta trance con los ojos abiertos, continuar pidiendo que cierre los ojos es un error.

La paciente da muestra de señales mínimas al estar con los ojos abiertos, pero vuelve a prestar más atención al dolor, por esto se vuelve al dolor, con la sugestión de final abierto la paciente puede ir siguiendo las instrucciones que le demos, pues cualquier cambio en la sensación, que por un proceso natural, en algún momento va a ocurrir, ayudará a que la paciente siga las instrucciones; al ver que suceden las cosas que se le piden, mejora su disposición a responder. Al pedirle que hable del dolor debe tomar una distancia mínima que ayudará a disminuir el dolor.

La paciente ha advertido un cambio, por lo tanto, su experiencia dolorosa puede cambiar, no es un dolor absoluto y permanente.

Se acompaña y refuerza.

gestos de dolor].

Este dolor tiene que salir ¿no es cierto?... puede salir...puede salir... puede salir (sugestión), Como cuando uno saca arena, como sacando las piedras o se puede ir achicando, achicando como cuando uno tiene greda en las manos y se va achicando, achicando... tal vez quiera ir sacándole partes, también... o sacarle hojas... o irlo soplando [la paciente mueve las manos , muestra menos gestos de dolor]...	Al sacar algo damos la sensación de control. Puede que el dolor no disminuya porque falta dolor por sacar, en este caso debemos sacar más. Para apoyarla se plantea una sugestión que indica cómo hacerlo (hipnoplastia alucinada).
Podemos tener un cuerpo que siente dolor, pero tenemos una mente que no siente dolor... Porque tenemos un cuerpo y tenemos una mente... Tenemos una mente que puede hacer trabajos... [se queja]	Luego se trata de confundir a la paciente y disociarla para que pueda profundizar el trance.
Y ¿Podrá la Ana Rosa ir a su mente a trabajar?... (preguntas que focalizan sugieren y refuerzan)	
P: ¿Mmm?	Al parecer la paciente se confunde.
T: Imagine no más, le propongo eso.¿ Le gustaría hacer una imaginación... Que se va a trabajar?, ¿Imaginarse el lugar dónde está trabajando?, ¿ Qué está haciendo en ese trabajo?	Preguntas que focalizan, sugieren y refuerzan. Aprovechando la confusión, se sugiere disociación, para eso se le ayuda preguntándole por el lugar y la actividad.
P: (N.E)	
T: ¿Qué está haciendo?	Preguntas que focalizan, sugieren y refuerzan.
P: Haciendo parar los vehículos [la paciente mira fijamente un punto, no muestra gestos de dolor].	La sugestión ha tenido resultado, la paciente menciona otro lugar. Se ha conseguido disociarla..
T: Haciendo parar los vehículos, imaginemos... Vamos pa' ya.. Entonces, ¿Le gustaría?	Se refuerza la disociación.
P: [Dice sí con la cabeza]	(señal mínima).
T: ¿Dónde hace parar los vehículos?	
P: La carretera, ya.	
T: ¿Qué está haciendo?	
P: Está controlando.	La paciente continúa la disociación.
T: Ya está controlando, si pasa uno... ya	Se acompaña.
P: Viene un camión cargado	Ella continua sola y comenta lo que ve, el dolor no está presente, no se queja, ni hace muecas.
T: Ya.	Se acompaña.
P: Viene un camión cargado.	

T: Ya.	Se acompaña.
P: (N.E.) habla muy bajo y cuenta sobre el control de los camiones [mantiene la mirada fija, está inmóvil, mira sus manos]	La paciente presenta señales de estar en trance (manifestaciones físicas).
T: Ya.	
P: Habla de la escena.	
T: Ya.	
P:(N.E) habla de la escena.	
T: Ya...entonces pasa un camión y ¿a quién le damos la pasá, a quién? (preguntas que focalizan, sugieren y refuerzan).	Se continua acompañando a la paciente quien se mantiene en la misma posición.
P: A los cargados... ya viene un camión cargado.	
T: Ya... y ¿A dónde está controlando? (preguntas que focalizan, sugieren y refuerzan)	Se le piden más detalles para que profundice su experiencia
P: En Melipilla.	Responde a las consultas.
T: No es necesario que me lo hable a mí, que me mire... Puede cerrar sus ojos puede ir sintiendo... Está controlando en Melipilla ¿No es cierto? y ¿Cómo es su ropa?.. puede ir mirando su ropa .... Es para que usted lo sepa, no necesita incomodarse describiendo... puede imaginarse su ropa... puede imaginar, pueda imaginar su ropa... la brisa si es de día... puede ser de noche...	Se le dice que no hable porque se piensa que eso saca a la paciente del trance, pero es un error, su forma de estar en trance es hablando, esto le ayuda a disociarse. Se continua pidiendo detalles para que profundizar su estado. La paciente continua sin moverse y hablando.
P: [la paciente murmura en voz baja sobre las imágenes que ve].	
T: Ya ...	
P: Murmura sobre las imágenes.	
T: Ya.	
P: Murmura sobre las imágenes.	
T: Ya, ya ...	
P: [la paciente murmura sobre las imágenes].	
T: ya, ¿Qué dice ese (N.E).	
P: [Responde, pero no se logra en tender lo que dice]	
T: Ya, ya... correcto... Y ahora ¿Qué vehículo va pasando?	Se continúa pidiendo detalles para ayudar a profundizar el trance.
P: El camión...	
T: Y pasa ¿Con verde o con rojo?	Se continúan pidiendo detalles para profundizar.
P: Verde.	La paciente responde, su mirada se está fija y su

	cuerpo inmóvil.
T: Y con el verde...¿ Va rápido a va lento?	
P: Lento...	
T: Y ¿Con qué va cargado? Y ¿Usted, ve ir el camión?, ¿Lo puede ver?... ¿lo puede ver?	
P: Sí.	
T: Y mientras se aleja el camión... ¿Llegará otro vehículo o no?	
P: Un vehículo chico [La paciente continua respondiendo en tono suave, lentamente, continúa mirando sus manos fijamente].	
T: Chico...	
P: [La paciente murmura lo que ve].	
T: Ya... ya.	
P: Murmura.	
T: Ya...	
P: Murmura.	
T: Ya... y ahora ¿Qué pasa con el vehículo? ¿Cómo se siente?	Se evalúa el dolor, desde que la paciente se quedó inmóvil sus gestos de dolor desaparecieron.
P: No me duele [sonríe y responde un poco sorprendida].	La paciente no siente dolor.
T: ¿Sí?	Se confirma, la paciente no siente dolor.
P: Sí (N.E).	
T: Ahora se siente, bien...así lentamente vamos a ir aprendiendo a manejar el dolor ¿ya?. Vamos aprendiendo un ejercicio... cuando le venga el dolor puede recordar... Se puede imaginar, se pude transportar a esos lugares... a esos lugares... Puede cerrar sus ojos un minutito con eso terminamos...	La paciente se reincorpora, pero no totalmente, en ese momento se le dan señales posthipnóticas para repetir la experiencia.
P: Mmm	La paciente acepta.
T: Puede relajarse, que como todos sabemos el cuerpo trabaja...	
P: mmm, [sí con la cabeza, mirada fija]	
T: El cuerpo descansa... la mente, la fuerza... La fe son cosas que están ahí, podemos imaginarnos ese último lugar de trabajo...	Se menciona la fe por la importancia que tiene para la persona. Se mencionan estos aspectos para mantener el rapport. Si tiene fe en el trabajo que se hace, tal vez podrá obtener buenos resultados.
P: Mmm [sí con la cabeza] sí, ahora es la tarde...	

llegamos, de nuestro lugar de trabajo.

T: Ya es la tarde llegamos del lugar de trabajo, podemos regresar a este lugar de trabajo cuando queramos.

P: Me ducho.

La paciente continua en trance.

T: Se está duchando...ya

P: Cambiando.

T: Ya... todos nosotros en nuestra vida nos hemos ido mentalmente de un lugar..

P: Mmm [sí con la cabeza]...

T: Hemos estado en otros lugares, perdemos la noción del tiempo... y vamos a otros lugares y usted sabe cómo hacerlo... y podemos ir allá cuando queramos y va a volver aquí tranquila. Y sabiendo que... uno sabe que camiones controlar... que camiones dejar pasar... camiones cargados pasar autos chicos esperando...

Se prepara a la paciente para reorientarse del trance.

P: Sí...

T: Así uno también puede controlar estos dolores para que no lleguen a la mente... para que estén a lo mejor en un lugar más reducido... como un semilla que queda en la tierra o como... como usted regulaba el paso de esos camiones, también puede controlar el dolor... como ahora que lo pudo hacer...
¿Cómo está el dolor? ...

Se menciona una metáfora para afianzar el trabajo realizado.

Ya... [La paciente se reincorpora]

La paciente regresa del trance, se ve relajada.

Esto era primero que nada hacerle todas esas preguntas para saber cómo era su dolor, vamos a seguir hablando, pero vamos a ir aprendiendo ejercicios y se puede ir acordando de la facilidad que tiene para imaginarse esos lugares, esos lugares que más le gustan ¿mmm?¿ Sí?. Voy a llamar al la Sra., Angélica para que la lleve a la pieza.

Se le explica sobre el trabajo que se realizara buscando la disposición a responder de la paciente.

Se va a buscar a la matrona para informar el fin del trabajo y para trasladar a la paciente a su sala.

M: ¿Cómo se siente?

La matrona pregunta como se siente la paciente.

P: Relajada.

M: ¿Usted sabe hasta cuando va estar aquí?, yo le voy a traer unas gotitas. Si se va llámeme.

P: [Se despide cariñosamente de la terapeuta, la paciente se ve tranquila y es traslada por la matrona a su sala].

SESIÓN 3.

PACIENTE: 2.

FECHA: 10 de Enero del 2001.

LUGAR: Campamento de Melipilla (residencia de la paciente).

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente lucía cansada, se encontraba en cama, realizaba actividades que no requieran mucho esfuerzo. Durante los últimos días había tenido problemas para dormir y pseudoalucinaciones. Además, dificultades para orinar y vómitos.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión, no presentó alteraciones psicopatológicas importantes. No obstante, durante la semana presentó pseudoalucinaciones, tristeza, impaciencia y miedo.

HIPNOSIS: la paciente se encontraba motivada con la hipnosis pues las consideraba efectiva en el control del dolor; la utiliza cuando comienzan las molestias. En esta sesión se pudo inducir trance mediante fijación de ojos, el procedimiento permitió controlar un dolor intenso.

RED DE APOYO: Deficiente.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 5.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 5 aprox.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: un dolor intenso (10 EVA).
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 9.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 15 min.- 60 min.
b) Dolor base: permanente (día y noche).

DOLOR SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 1.
c) Duración del alivio inmediato después de la sesión: 30 min. aprox.

MEDICAMENTOS: tramadol 100 mg cada 6 horas y radioterapia paliativa (no realizada por problemas técnicos).

RESUMEN:

La sesión se realizó en el domicilio de la paciente. Durante la entrevista lucía cansada, pálida y hablaba muy bajo.

En un comienzo se consultó sobre su estado de salud. Últimamente ha sentido miedo por episodios de mareos y pseudoalucinaciones.

El tratamiento médico que se le ha indicado consiste en radioterapia paliativa y medicamentos para aliviar el dolor, pero por un desperfecto técnico no ha comenzado las radiaciones en el Hospital Caupolicán Pardo.

Durante la última semana la paciente realizó quehaceres domésticos que necesitaban poco esfuerzo, obligada por la necesidad y no por estar mejor de su salud. La enferma continúa sin recibir los cuidados básicos, sólo cuenta con la compañía y mínimas atenciones de una amiga, quien se encargaba de la limpieza de su habitación.

Desde la última sesión, la paciente se ha mantenido con un dolor promedio de EVA 5 y dolores más intensos (EVA 10). Los dolores intensos se localizaban en la región hipogástrica y zona sacra. La paciente los refiere como contracciones intensas, semejantes a los dolores de parto. Estos se presentan preferentemente durante la noche y la madrugada, dichas molestias duraban entre 15 minutos a 1 hora aproximadamente.

Si se comparan los dolores con la sesión anterior, se puede ver que las crisis de dolor no han variado en cuanto a su intensidad y duración, incluso son más largas que en la sesión anterior. Sin embargo, varió la frecuencia de los episodios de dolor intenso, pues disminuyeron de innumerables episodios diarios a nueve.

Cuando se presentan los episodios de dolor intenso o máximo, la paciente quiere estar sola. Actualmente, intenta nuevas soluciones para aliviar sus molestias: habla con otras personas y realiza autohipnosis.

Lo anterior puede parecer contradictorio, porque por una parte, quiere estar sola cuando viene la crisis de dolor, y por otra, utiliza la compañía como un recurso para aliviar sus molestias. Pero si se analiza en detalle, la contradicción desaparece. La paciente quiere la soledad cuando quien acude en su ayuda es su hijo menor de 5 años, tal vez, para proteger al niño de la experiencia; esto no ocurre cuando se encuentra acompañada por adultos, a ellos puede recurrir y en este caso desea su compañía.

Respecto a la autohipnosis, la paciente ha podido experimentar trances por sí misma. La paciente se disocia reviviendo su experiencia laboral. A tal punto ha logrado integrar la experiencia, que incluso cree poder enseñarlo a quien lo necesite.

En el transcurso de la sesión, se presentó una crisis de dolor que pudo ser controlada utilizando hipnosis. Para ello se indujo trance mediante fijación de ojos y se intentaron varias estrategias orientadas al control del dolor, entre ellas: símil de interruptor eléctrico, anestesia mediante la alucinación de sensaciones de frío, etc., las cuales fueron útiles; sin embargo lo que dio mejores resultados fueron las metáforas que favorecieron la disociación y que fueron construidas a partir de las experiencias previas de la paciente. En la oportunidad también se presentaron náuseas que pudieron ser controladas mediante procedimientos hipnóticos.

La paciente finalizó la sesión con una intensidad de dolor EVA 0, cómoda y tranquila. El estado era algo no experimentado en mucho en tiempo porque el dolor podía disminuir, pero siempre se mantenía. El estar sin dolor, aunque sea por momentos fue muy gratificante para la paciente.

T: ¿Cómo a estado Sra. Rosa?... ¿Más o menos?, ¿Mejor?	Se evalúa la condición de la paciente para determinar si existen eventuales cambios.
P: Casi nada. T: Casi nada.	
P: Todo el día permanece el dolor.	
T: ¿Está tomando unas gotitas?	Se evalúa el efecto del medicamento, siguiendo las instrucciones de la matrona.
P: Sí, unas gotitas estaba tomando.	La paciente toma Tramal (tramadol).
T: ¿Cuántas gotitas se está tomando?	
P: Veinte.	
T: Cada cuánto.	
P: Cada 6 horas.	
T: Cada 6 horas. ¿Y le hacían efecto las gotitas o no?	
P: Harto poco, las gotas que me dieron en Santiago esas me hacían bien, el doctor no me dio porque no habían... no habían esas gotas, sino me habrían adado porque no habían... muy caras no habían... y la señora Angélica, me dijo: yo tengo en mi casa te voy a traer de esas gotas.	La señora A es la matrona que envío el medicamento y las instrucciones de administración, el mismo que tomaba en el hospital.
T: Yo acá traje gotas (tramadol) de estas gotas se va a tomar 20.	
P: Ya, 20 gotas...	
T: 20 gotitas, se las mandó la Angélica, tiene que tomarse las gotas a las horas... [la paciente interrumpe].	
P: Cada 6 horas.	
T: Tiene que ser muy cuidadosa con las gotas, las 20 gotas tiene que tomárselas a las horas. Tiene que comer hartas verduras y se toma las gotitas después que haya comido... no se tome las gotitas antes...	Se enfatiza los horarios de los medicamentos, necesario para la efectividad de los mismos y se dan recomendaciones dadas por la matrona.
P: Antes ya ...	
T: Me dijo su hijo, que se había levantado que estaba haciendo cosas...	La terapeuta conversó con el hijo mayor el día anterior y se le consultó por el estado de la

paciente. Él dijo que estaba un poco mejor porque realizaba pequeños quehaceres en su hogar.

P: Sí, cuando se me quitaba un poco me levantaba, pero anoche uuuhh... que estuve jodía. Soy dura yo, me trato de levantarme porque la cama no hace bien, la cama nunca ha hecho buena pa' un enfermo. Hay que darse ánimo, yo me doy ánimo sola, porque si yo voy a estar ahí no más... permanecer con el puro dolor me vuelvo loca.

Sabe que le iba a preguntar ¿Si acaso estaba buena la máquina en Pardo?

Ella tiene que someterse a radioterapia, hasta la fecha no lo ha hecho porque la máquina en el Hospital Caupolicán Pardo está en mal estado. Le pregunta a la terapeuta para saber si tiene información al respecto.

T: Tienen que preguntar en el Caupolicán Pardo, ¿Tienen el teléfono?

P: No, se me perdió, yo lo tenía.

T: Yo no tengo el teléfono, no sé como llamar al Caupolicán Pardo, dígale a su hijo que llame a 103, informaciones o que lo busque en una guía y que llame al Caupolicán Pardo.

Se le entregan algunas señales para que pueda obtener la información, apoyándose en su hijo. Esto podría ser un forma de ayudar a la paciente a recibir más ayuda de su familia.

La última vez que nos vimos se le había pasado el dolor ¿Se acuerda?

P: Sí.

T: ¿Se acuerda?

P: Sí, me quedé dormía... después llegó el niñito del jardín después recordé, pero uy... tenía un sueño hay me quedé tan bien durmiendo... [sonríe] me relajé tan bien durmiendo, cuando me pongo nerviosa es peor.

La paciente se relajó con la sesión anterior y reconocer que su dolor aumenta cuando está nerviosa.

T: Ya cuando se pone nerviosa es peor... y ¿Cuánto tiempo estuvo durmiendo y sin dolor, después que yo me fui?

Se evalúa la duración del alivio del dolor después de la intervención.

P: Como media hora me quedé dormía.

T: Ya...

P: Estaba profundo durmiendo, cuando llegó.

T: Estaba durmiendo bien.

P: Sí.

T: Y... ¿Ha hecho los ejercicios? ¿Se ha puesto ha pensar de repente en...?

Se consulta para saber si la paciente ha realizado autohipnosis y las posible dificultades.

P: Sí.

T: Y ¿le ha costado?, ¿ qué pasa con eso?

P: No, no me ha costado porque yo cada vez que

Al realizar los trances sin ayuda, la

vienen los dolores, yo pienso al tiro sola yo me imagino y al final se me quita un poco el dolor, y conversar con alguien igual.	paciente encuentra que el dolor ha disminuido; conversar con otras personas también le sirve para aliviar sus molestias.
T: Se le quita un poco...	
P: Sí, a veces viene mi compañera de trabajo a verme aquí si está sus 20 minutos, los 20 minutos se me pilla un poco el dolor...	La compañera de trabajo es la única persona que visita a la paciente.
T: Conversando con alguien y usted también ha hecho solita los ejercicios que hicimos la otra vez, ¿Le cuesta mucho?	
P: No, no es todo lo que he hecho yo, todo lo que he hecho y ahora no lo puedo hacer...	Se refiere a las actividades que realizaba cuando estaba sana y ahora no puede hacer por su enfermedad.
T: Lo puede hacer de otra manera ahora... porque eso que ha hecho la está ayudando ahora. ¿Se acuerda de eso qué le mostramos la otra vez?	
P: Sí.	
T: Aquí es sin dolor, ¿Se acuerda? y allí el dolor máximo.	Se muestra una regla de EVA a la paciente para evaluar el dolor.
P: Sí.	
T: Aquí sin dolor... y ahí va subiendo, va subiendo... y aquí el dolor más grande que usted podría soportar.	
P: Sí.	
T: Entonces sin hablar de esos episodios grandes de dolor que usted me dice... ¿Se acuerda cuándo le vienen esas contracciones?. Esos dolores grandes, no. Con el dolor que usted se mantiene durante el día. ¿Qué dolor es?	Se evalúa el EVA de los episodios de dolor más intensos que sufre la paciente.
P: Sí. (Indica 10) .	
T: A ver póngalo usted... el dolor que usted siente permanentemente o... ¿no esta sintiendo mucho dolor?	Se le pasa la regla de EVA para que ella indique el dolor que siente.
P: Por aquí... no el dolor lo tengo en el 5... como no veo los números...	Indica con la mano la mitad de la regla EVA, se le muestra por el lado de las caras.
T: No, si no tiene números. No póngale aquí no tiene nada de dolor, aquí un poco, pero no molesta, ahí molesta un poquito más, ahí...	Se explica a la paciente el aumento gradual del dolor para que lo entienda, pero tiene dificultades para entender cuando se le muestra el lado de las caras.
P: Sería eso (marca 5,2)	
T: Ya.	
P: A veces, yo estaba con un dolor y le decía al niñito que saliera pa' fuera porque no... mejor sola... estar...	

T: Ya, ¿pero usted siempre con un dolor 5?	Se consulta por el dolor promedio de la paciente.
P: Sí.	
T: Y estos dolores fuertes que le vienen, ¿cada cuánto le vienen?	Se consulta por la frecuencia de las crisis de dolor.
P: Me vienen en veces... como nueve veces. Es un dolor deseperante... [la paciente hace muecas de desagrado parecidas a los gestos de dolor]	
T: Nueve veces más o menos y ese dolor que es desesperante... ¿Cuánto tiempo dura ese episodio de dolor?	Se consulta por la duración de las crisis de dolor.
P: Dura como 15 minutos.	
T: Dura como 15 minutos.	
P: Y en veces que una hora, una hora. Yo le he tomado la hora.	El dolor intenso dura entre 15 minutos y una hora.
T: A veces le llega a doler una hora...	
P: Si ahí tiene un reloj y estoy viendo [la paciente señala un reloj que tiene al frente de su cama].	La paciente está muy atenta a la duración del dolor.
T: Ah ahí tiene un reloj (la terapeuta señala el reloj) y una hora está con contracciones.	
P: Sí, esta pierna [pierna derecha] no la puedo enderezar ya, ya la tengo, no sé... recogidos los nervios porque se me quita el dolor, me siento y le paso una cremita la sobo así para que... puede quedar así los nervios.	
Como sería que cuando tuve la enfermedad de antes que se me inflamaron las piernas... y yo no puedo pincharme este lado porque si me pincho se me hincha la pierna al tiro, que se me inflamaron las piernas y yo no puedo pincharme este lado, porque si me pincho se me hincha la pierna al tiro.	
T: Ya.	
P: Como no sé qué enfermedad, nunca supieron lo que era... Me gustaría saber para que me hagan un tratamiento.	
T: Entonces, como nueve veces.	La terapeuta no puede hacerse cargo de las preguntas sobre su estado de salud.
P: Sí.	
T: Pero parece que tiene menos dolor que la otra vez... porque la otra vez que hablamos... con las contracciones se le había perdido la cuenta... ¿Se acuerda que eran sin cuenta las veces que le venían las contracciones?	Se trata de mostrar a la paciente que su dolor es diferente, recordándole lo que ella había dicho anteriormente, sus dolores eran tantos que no los podía contar. Si tiene en cuenta que estos dolores terribles han disminuido en frecuencia, se podría reforzar la conducta de la paciente. Por esto

	se muestra que el dolor ha cambiado, incluso ha disminuido.
P: Sí, hace un ratito me tomé la gota así que no estoy con mucho dolor ahora.	La paciente ratifica, con lo cual acepta el cambio, aunque responsabiliza del cambio al medicamento. Sin embargo, al comienzo de la entrevista la paciente se queja que los medicamentos no le producen alivio.
T: Ya.	
P: Pero yo no puedo moverme se me inflama y se me pone durita así [señala el vientre] se me ponen duritas así.	
T: En la guatita.	La terapeuta pregunta para asegurarse dónde siente el dolor.
P: En la guatita y me toma la cola.	
T: Y en la cola.	
P: Y cuando no, me duelen los huesos, los brazos, todo... me sube la presión y cuando me sube la presión empiezo a traspirar. Me siento yo, porque me marea la cabeza, si estaba mareá por eso me vengo a acostar.	
T: Ya.	
P: Porque si me caigo, ahí mismo voy a quedar. Si endenante casi me caí así que afirmando me viene acostar, si no puedo estar así [indica con la mano estar en posición de espalda], tengo que estar en esta posición [la paciente permanece recostada de lado]	
T: Y ¿Qué esta haciendo Sra. Rosa?, ¿se está levantando?, ¿qué está haciendo?	Se evalúa el desempeño en actividades cotidianas.
P: No, me levanto cuando tengo que cambiarme ropa o ir al baño, ahí no más... no puedo hacer fuerzas porque tengo que cuidarme.	La paciente no está realizando muchas actividades cotidianas.
T: Ya.	
P: No puedo soliarme tampoco... qué sacaría con salir, si no puedo comprar nada.	
T: Ya. Aquí está ordenadito ¿Quién ordenó? ¿usted?	Se pregunta para saber quién está realizando el aseo de la habitación, para saber si la paciente realiza más actividades de las que dice o si otra persona la está ayudando.
P: No. Vino endenante una niña que me vino a ordenar un poco aquí... una amiga.	La persona que la ayuda es una amiga del trabajo.
T: Una amiga suya, ya...	
P: Sí, vino endenante y le dije que pasara un poco de cera porque estaba horrible aquí.	
T: Y esos dolores fuertes, esos dolores de las	Se evalúa la posibilidad que la

contracciones. ¿Usted siente cómo va a venir ese dolor, lo percibe antes?	paciente pueda anticipar los dolores más fuertes para establecer la pauta y poder realizar posibles intervenciones futuras.
P: Sí.	
T: Y ¿ qué pasa ahí?	Se quiere tener más antecedentes para clarificar la pauta.
P: Una desesperación.	
T: ¿Usted se empieza a desesperar?	La terapeuta acompaña.
P: Una deseperación que inquieta una cosa así, y yo lo sé cuando va llegar, me empieza a doler los huesos, los brazos las piernas.	La paciente logra anticipar una crisis de dolor.
T: Ya.	La terapeuta acompaña.
P: Pero anoche cuando me levanté a hacer pipí... era una mujer que no podía ni, ni... que iba poco menos... gateando, no podía gatear no podía enderezarme nada... y qué pasa, pero no sé.	
Sobre durmiendo me seguí que yo estaba esperando... que iba a tener una guagüita y ahí sufría de eso, porque el dolor es igual, si yo me llegué a soñar con eso.	
T: El dolor es igual, usted sabe mucho de eso dolores, ha tenido varias guagüitas. P: Sí, varias guagüitas he tenido, yo. Cuando empecé con este dolor empecé con el pecho, también.	Lo conocido es menos amenazante.
T: Ya.	La terapeuta acompaña.
P: El pecho se me delicaba, me dolía.. hasta que me dan pesadillas en la noche, cuando estoy durmiendo...	
T: Mmm.	
P: Cuando estoy durmiendo y cuando me viene los dolores me dan pesadillas, pesadillas fuertes, ya tengo miedo a dormir sola.	
T: ¿Sí?	
P: Sí, mi niñito duerme en esa cama y yo duermo en esa [hay dos camas juntas en la habitación], porque me da miedo. Sabe ¿qué será?... En la noche se me marea bien la cabeza, pero bien... yo no me doy cuenta en veces, entonces no entiendo... que puede ser la presión puede ser una fiebre tal vez...	La paciente no entiende lo que le sucede.
T: ¿Qué cosa que tenga mareos?	
P: Sí, en veces pierdo bien la mente, veo cosas en la noche, por eso me da miedo y no me quedo sola durmiendo.	
T: Ya, ¿ qué cosa ve?	Se pregunta para tener antecedentes de posibles pseudoalucinaciones.

P: Veo una cosa así veo gente, gente... gente que ya se han ido...

Y sabe qué no tengo otra cama porque podría haber venido a dormir un hijo porque a veces yo hablo a veces no soy capaz de prender la luz na'...

Yo digo que son los dolores y se me seca la boca, se me seca la boca, tal vez son los mismos dolores... pare' que en la tarde, peor en la noche... el dolor es tan fuerte y en las mañanas son las 6 de la mañana y liga, todos los días a veces a la 5 ½ de la mañana.

La persona siente temor de las imágenes que ve. A pesar de verlas, sabe que no son reales (pseudoalucinaciones). La paciente las atribuye al dolor. El hecho es posteriormente comentado a la matrona.

T: Siente la molestia.

Se resignifica el dolor al llamarlo "molestia". Al cambiar el concepto se busca reemplazarlo por otro, menos negativo, y de esta forma influir en la experiencia dolorosa.

P: A esa hora tengo que tomarme la gota, porque a esa hora no tengo nada en el estómago, nada tengo que tomármelas en ayunas, me la tomo en ayunas me decaigo al tiro.

T: Claro, la gotita la va hacer decaerse un poco.

P: Sí, es normal...

T: Sí.
Bueno usted me dijo que ha practicado lo que hicimos la otra vez ¿cuándo lo ha practicado?

Se pretende evaluar si la paciente ha practicado autohipnosis.

P: De la última vez que vino ya empecé sola. Antes de eso cuando en la primera también me dijo, yo igual... me pica la nariz, cuando me pica la nariz, me sale sangre de narices al tiro.

T: ¿Sí? Ahí tiene confort por si acaso. ¿Quiere otra cosa?

Se ofrece ayuda para que la paciente esté preparada.

P: ¿Ah?

T: ¿Quiere otra cosa?, ¿le ofrezco otra cosa por si acaso le sale?

P: No, confort no más.

Lo único que yo quiero es mejorar, porque yo no soy mujer vieja para no trabajar, tengo cuatro hijos... Imagínese ahora no tengo ni gas siquiera para cocinar, porque los medios no lo tengo ni pa' comprarme la receta no me da.

La paciente tiene escasos recursos, no puede trabajar y lo necesita para mantener a sus hijos.

T: Y ¿sus hijos no la ayudan?

P: Pero ellos también tienen sus cosas... tienen su hijo, tiene su mujer, me ayuda, pero lo que gana no es mucho y está debiendo, sacó una bicicleta tiene que pagarla, así que las cuentas que tiene...

Al parecer no cuenta con mucha ayuda de parte de su familia.

T: Ya... y ¿qué pasaría, piensa usted que pasaría si su hermana supiera que usted está enferma?

P: No le tengo la dirección a ella.

La paciente tampoco pude recurrir

	a su hermana.
T: Ah, no tiene la dirección.	
P: Bueno, me vendría a ver. Porque la dirección no la tengo porque se cambió de la dirección dónde estaba ella.	Cree que podría contar con la ayuda de la hermana si pudiera contactarla.
T: Ya.	
P: Porque yo la he buscado, pero se cambió, no vive ahora.	
T: Y ¿Usted tuvo una sola pareja Sra. Rosa?	Se intenta buscar personas a las que la paciente pudiera recurrir.
P: Sí.	
T: ¿ Y él la ayuda en algo?	Se refiere a su marido.
P: No, no me ayuda nada. Si viene siempre dónde el hijo.	
T: ¿Sí?	
P: Sí, si viene siempre...	
T: Ah... él está acá.	La terapeuta pensaba que el marido se había quedado en el sur.
P: Sí, yo que estoy aparte de él... van a ser 12 años.	
T: Van a ser 12 años.	
P: Porque el niñito chico... me lo dejó chiquitito y él tiene 12 años, y me lo dejó guagua, recién nacío.	Al parecer fue abandonada por su marido.
T: Ya... y los otros chiquititos ¿son de otro papa?	Se consulta porque si tiene hijos pequeños se piensa en un posible pareja no mencionada.
P: Sí, había... había.... quería convivir con ese joven, ese joven era chofer y él me enseñó a manejar y tuvo un accidente y se murió.	La pregunta incomoda un poco a la paciente, no considera a su segunda pareja como tal, sólo menciona al marido.
T: Ah, él falleció.	
P: Sí, de él son los dos chicos.	
T: Ya.	
P: No conocen el papá ellos... el chico estaba guardao todavía en la guatita, cuando se fue el papá.	
T: Mmm, y eso ¿fue en Temuco?	
P: Sí, pero por lo menos sí habría estado vivo... hubiera respondido, porque era muy buena persona, él.	La paciente tiene un buen recuerdo de su segunda pareja cambia su tono y expresión al referirse a él.
T: El otro Lunes, me dijo también Angélica, que usted puede ir al Hospital San Juan de Dios y si no puede ir que mande a alguien y que vaya al	La matrona dio instrucciones para enviar a la paciente al Policlínico del Dolor en la fecha señalada.

Policlínico del Dolor y le cuenta todo... como se siente.	
P: Ya.	
T: Va en la mañana.	
P: Ya, ¿El otro Lunes?	
P: Sí.	
T: Su molestia.	Resignificación: dolor por molestia
P: Sí.	La paciente reafirma.
T: ¿Sí?	Con la duda se busca la certeza del paciente.
P: Sí, porque todo lo que uno hace dónde uno ha trabajao, uno va hablando así... Yo en veces converso sola.	Al parecer la paciente ha experimentado trances.
T: Sí.	
P: Sí, porque así tiene que ser... converso sola y yo aquí puedo pensar tanto...	
T: Ya.	
P: Puedo replicar eso... yo he trabajao de campesina... yo antes trabaja en material...	Al parecer la paciente ha podido realizar los trances.
T: ¿En qué?	
P: En material trabajaba.	
T: Ya y ¿qué hacía con los materiales?	
P: Sacaba materiales por la orilla del río Cautín en Temuco.	
T: Ya.	
P: Y los vendía, a veces me encargaban 5 cubos a veces 20, 30, 80 cubos de material y lo localizábamos y después hacíamos una ruma de 2 ó 3 metros y después los vendíamos.	
T: Ya.	
P: Por ahí a lo mejor... los riñones me dolían harto...	La paciente piensa que estos trabajos pueden haber causado su enfermedad.
T: ¿Sí?	
P: Pero yo tenía que hacerlo, porque estaba sola tenía niños chicos, criando. Porque la verdad le daba pecho y en eso trabajé harto.	
Yo tuve casa en Temuco, después cuando pasó eso... se accidentó el hombre... vendí la casa, porque en el barrio en que estaba la gente era muy mala, porque no me dejaban tranquila, mejor la vendí y postulé tuve una casa bonita yo y en eso me vine, me vine para acá a Melipilla.	

Puse la plata al banco postulé a una casa y me salió la casa.

En mi vida he hecho muy inteligente, todo lo que ganaba al banco y tenía un bosque de espino y de eucalipto, también; ese lo planté cuando era chica, yo... y lo vendí y me compré un vehículo ahí, todavía tengo mi camión lo tengo en el sur, segunda mano lo compré, estaba en buen estado si, lo tengo encargao.

Yo trabajé harto en muchas otras cosas... y tengo para cuando converso sola aquí, que el material saca vendía, sacaba bolones, así los bolones... vendía sacaba arenilla, tierra, tierra de hoja o para rellenar la huerta y hacer una huerta lisa... y trabajé en un plan que había en la Huerta Elisa...

T: Trabajó en la huerta.

P: Sí, de toda clase de plantas tenía, lo entregaba al Centro Abierto... yo lo entregaba y trabajé en un taller... taller CEMA, trabajé en Purendo, otro pueblo.

T: Hartos trabajos.

P: Trabajé 12 años, haciendo chombas, chalecos, ropa de guagua y estudié ahí corte y confesión pa' ser costuras, hacer blusas, camisas de hombre toda esa cosa, toda esa cosa lo aprendí.

T: Ha aprendido muchas cosas...

P: Sí, yo el estudio que tengo es harto poco, pero mi memoria con una vez que me digan yo me la aprendo al tiro.

T: Sí, ha aprendido bastante ahora.

P: Trabajé harto... y cuando me llegan los dolores yo empiezo dónde trabajaba, cosas así, yo empiezo y me relajo al final.

La paciente señala que la técnica de disociación le sirve para relajarse, la utiliza cuando comienzan los dolores.

T: ¿Se relaja al final y comienzan a bajar los dolores, las molestias?

P: Sí, sí, pero como yo no lo sabía, pero como me empezaron a decirme, me empezó a decir usted... que hay que imaginase, pensar en otra cosa [lo dice utilizando el tono de voz usado por la terapeuta] así lo he hecho... Y si veo otro enfermo sufriendo así, soy capaz de decirle: hazlo así, no pienses en tu dolor, piensa en otra cosa, piensa en los trabajos que he hecho: si era costurera... yo no hice el curso pa' costurera, pero aprendí, así...

La paciente se siente capaz de practicar autohipnosis incluso piensa que pude guiar a otra persona.

T: Claro
P: Y ahora soy capaz de ver un enfermo y decirle, sí porque yo lo estoy haciendo, no es difícil pa' mí.

T: Claro... usted es capaz ahora de decirle... ¿se da cuenta?
P: Sí.

T: Y cuando vengan esos... porque usted sabe cuando le van a venir esos dolores grandes... ahí tiene que darse un tiempo y hacerlo.	Se sugiere comenzar a realizar un trance antes que comience el dolor como una forma de intervenir en la pauta del dolor.
P: Sí.	
T: ¿Sí?	La duda intenta reforzar la afirmación de la paciente.
P: Sí.	
T: Ahora vamos a seguir trabajando parecido, vamos a seguir con una clase nueva... de esto que usted ha aprendido tan bien... para que lo sigamos profundizando... [se comienza a hablar en tono de voz hipnótico] ¿No es cierto.	La paciente se motiva cuando aprender cosa nuevas.
Usted sabe que puede mirar un punto... o qué puede imaginarse un punto... y puede empezar o repetirse que va a empezar o empezar a... Hacer su trabajo... ¿No es cierto?... entonces puede mirar el punto... Yo tengo cosas que contarle...[la paciente mira un punto, mirada fija]	
P: Ya.	
T: Porque tengo cosas que contarle, porque como usted se habrá dado cuenta... la mente muchas veces puede controlar al cuerpo...	Se sugiere que la mente controle el cuerpo, para que de esta forma la paciente pueda saber que puede controlar el dolor.
P: Sí.	
T: Entonces... tenemos una mente... tenemos un cuerpo... tenemos una mente que puede ser nuestra mente inconsciente... una mente, de la que no nos damos mucho cuenta... y que nos protege... que nos cuida... ¿Cierto?	Verdades obvias que pretender disociar a la persona, a partir de la verdad obvia, se plantea una asociación que sugiere tranquilidad, cuidado (sugestión compuesta basada en los deseos de la paciente de ser cuidada).
P: Sí.	
T: Nuestro cuerpo podemos imaginarlo como que está lleno de cables... ¿cierto?... de cables que llevan la información.	Se pretende preparar a la paciente para una nueva estrategia para controlar el dolor.
P: Sí. [la paciente sigue mirando con ojos abiertos, casi sin pestañear]	
T: Como arbolitos de pascua.. que tiene luces... ¿cierto? que tienen luces y tiene bastantes luces...	Se emplea esta metáfora para facilitar a la comprensión.
P: Sí.	
T: Que tienen luces bastantes luces... en este momento a lo mejor usted tiene algunas luces más prendidas que otras... que es dónde estás sintiendo su molestia...	Las luces más prendidas, es una metáfora que representa a las zonas más dolorosas.
P: Sí.	
T: ¿Sí?, puede ver esas luces... pero uno puede ir bajando esas luces, uno puede ir girando las ampolletas y se van apagando las luces ¿No es	Metáfora que sugiere la disminución del dolor.

cierto?... puede ira cambiando ciertas sensaciones....

P: Y cuando va apagando la luz va bajando el dolor, cuando lo va a encender todo es porque está con todo el dolor ¿cierto?

La paciente sale del trance.

T: Claro... usted lo puede encender... ¿Cómo lo está sintiendo ahora?

Se le habla en tono normal, por ver que ella no estaba dando señales mínimas. Si lo puede encender, también lo podría apagar.

P: No, está ahí no más el dolor.

T: Está ahí no más, entonces si usted ve que estas luces se prenden muy fuerte... usted las apaga.

P: Sí.

T: Entonces dice apagar esta luz apagar esta otra.

P: Y así se va imaginado y pensando y al final se apaga todo y se calma el dolor.

T: Claro, ahora vamos a empezar nuestro trabajo, vamos a cerrar los ojos o mirar un punto y vamos a comenzar a trabajar... [se habla con tono hipnótico]

Se intenta inducir trance. Al comenzar con las instrucciones se intenta confundir a la paciente para poder comenzar de mejor manera el 2° trance, luego de explicar el procedimiento porque al parecer la paciente quería saber los detalles del procedimiento. Se intenta disociar para que el mensaje de dejar el cuerpo no sea tan amenazante se dan sugestiones de cuidado y protección del cuerpo. Luego de la disociación se intenta de nuevo con la estrategia del "Símil del interruptor eléctrico". (Pacheco, 1998).

Y mirando este punto a lo mejor... nos vamos dando cuenta que podemos dejar... que podemos ver... tal vez este cuerpo que está acá... este cuerpo que está acá... pero también tenemos una mente... entonces podemos dejar este cuerpo arregladito, cuidarlo, ponerle una ropa, dejarlo arregladito y partir a nuestra mente...

Y desde nuestra mente... nuestra mente no puede llevar a otros lugares... podemos viajar podemos confiar... Porque sabemos cómo hacerlo...

Podemos ir a esta mente y de esta mente... podemos ir apagando ciertas luces... apagando ciertas velas [se da esta sugestión por si la persona está imaginado este tipo de luz] apagando ciertas luces viendo nuestro cuerpo y apagando ciertas luces... lo podemos hacer con la mano... veo como voy apagando estas luces... otras no las apago las dejo menos apagada... las dejo suave...

Porque es increíble darnos cuenta como a veces... nos podemos ir mentalmente a otro lugar... estar acá y estar allá y no darnos cuenta del tiempo...

P: Sí.

T: Porque a todos no ha pasado que estamos en un lugar y sentimos que pasó muy rápido o pasó muy lento... pero eso no es lo importante, lo importante es que podamos disfrutar de esa capacidad que tenemos.. confiar en esta capacidad que tenemos

P: Confiar de vencer el dolor...

T: La molestia... que tal vez ya se va transformando... porque se va transformando...

P: Sí...	La paciente acepta la sugestión.
T: Y hemos tenido dolores que no nos hace sufrir tanto... aunque sean dolores muy fuertes no sufrimos tanto...	
P: Sí.	
T: Porque sabemos que vienen y se van... P: Sí...	
T: Y podemos tal vez tener en nuestra vida muchos ejemplos de estas situaciones... en que hemos tenido que vivir dolores tan intensos, molestias tan intensas, pero que no nos hacen sufrir... como cuando esperamos y tenemos un hijo por ejemplo...	La sugestión apunta a disminuir el sufrimiento por intenso que sean los dolores, para reforzar la idea se toma como ejemplo los dolores de parto que ella bien conoce.
P: Sí.	La paciente se mantiene con la mirada fija los ojos abiertos, manos quietas, señales de estar en trance.
T: Y podemos experimentar... estas sensaciones como si fueran en un corto tiempo... porque a veces con esa sensación que viene... si nos relajamos... si inspiramos y nos vamos dando cuenta a veces las cosas van cambiando...	Sugestiones para distorsión de tiempo.
P: Sí.	
T: ¿Sí? y pueden ir cambiando, se puede ir a otro lugar... se puede ir reduciendo... nosotros que hemos trabajado en tantas cosas... sabemos muy bien dónde cortar el hilo... dónde cerrar los canales... qué cosas tiene que pasar y que cosas no... qué autos tienen que pasar y que autos no...	Se alude al primer trance experimentado por la paciente cuando controlaba vehículos.
P: La frecuencia de los autos.	
T: Entonces hay autos que pasan, otros que no pasan luces que se encienden, otras que se tienen que mantener disminuidas... aguas en canales que tiene que pasar otras que no tienen que pasar...	
P: En las mismas pasa' dónde yo iba a regar...	
T: Porque donde ya está regado no tiene que pasar más agua...	
P: No, hay que cerrar.	
T: Hay que cerrarlas y usted seguramente sabe cómo cerrar todo eso y el cuerpo humano es muy parecido...	
P: [la paciente manifiesta sentir dolor de tipo contracciones].	Este tipo de dolores son los más intensos.
T: ¿Son las contracciones?	Al consultarse se le muestra a la paciente que se sabe que tiene dolor y del tipo qué es. Se acoge la experiencia dolorosa, no se niega, y se le envía el mensaje de estar acompañada y comprendida en lo que está sintiendo.

P: Sí.

T: Ya... podemos inspirar y expirar... esta molestia es conocida la hemos sentido varias veces... pero ahora sabemos... y estamos en nuestra mente, puede que esta molestia esté, pero nosotros mirando otro punto podamos ver [la paciente se queja en voz baja] que va cambiando... y que puede ser como retorcijones cuando uno quiere ir al baño...

Con voz calmada, se recepciona la experiencia dolorosa, la señala como una experiencia conocida, por lo tanto, menos amenazante.

P: Sí...

La paciente logra percibir la molestia de manera distinta.

T: Puede también sentir un adormecimiento en ese lugar...

La paciente pudo seguir cambiando la sensación de la experiencia dolorosa.

P: Sí.

T: ¿Siente el adormecimiento?

P: Sí, en la cola.

T: En la cola.

P: Y ese adormecimiento puede irse expandiendo... creciendo... y toma la guatita... y a medida que aumenta, menos sentimos porque se va adormeciendo... va creciendo...

Se pretende llevar la sensación de adormecimiento a toda la zona abdominal para mitigar el dolor. La paciente no muestra señales de dolor intenso.

Y podemos ir a este lugar en la mente... y va a ir a un lugar en el que está regando, un canal y vamos a ir viendo qué lugares están tomados ya... están regados... sí y esta sensación dónde la vamos a encapsular ¿a dónde la vamos a llevar?...

P: Puede ser la huerta, la huerta más grande que está regá [la paciente hace menos gestos de dolor y no se queja].

T: Está regada.

P: Siempre, cuando la huerta es más grande hay que regarla primero, después se rega la más chica... hasta terminar en la más chiquitita...

La terapeuta acompaña con afirmaciones cuando la paciente hace pausas en su relato.

T: Y ¿Lo que ya está regado?

P: Hay que trancar el agua, así...

T: Veamos como tranca el agua... ¿Está trancando el agua?

Utilizando palabras de la paciente se construye una metáfora destinada a disminuir el dolor.

P: Sí, en un estanque.

La paciente acepta la sugerencia.

T: En un estanque y a medida que tranca el agua en un estanque [su rostro no refleja molestias]... ¿Cómo se va sintiendo ahora?

Se trata de evaluar si la persona ha podido disminuir el dolor.

P: Sabe que me dan las náuseas al tiro, ya no me vienen ya... esos dolores que ya no soporto ya...

La persona se centra principalmente en sus molestias, si bien el dolor disminuyó, su foco de atención se traslada a las náuseas.

	La paciente se ve más tranquila, pero no parece valorar la disminución de su dolor.
T: Siente náuseas.	Se acoge la molestia.
P: Sí.	
T: Entonces la vamos a sentir. Ésta náusea, la vamos a tomar y la vamos a dejar acá... la vamos a tomar y la vamos a dejar acá... ¿ya?	Se trata de disminuir la sensación de incomodidad. La terapeuta con su mano muestra como se recoge algo del estómago y lo deja a un lado.
P: [La paciente realiza el gesto indicado por la terapeuta].	
T: Tomamos dejamos, vamos inspirando, tomamos dejamos... la vamos tomando y la vamos dejando en la cama...	Paciente y terapeuta realizan el gesto de tomar algo del estómago y dejarlo fuera. La paciente no refiere molestias.
P: Tomamos, dejamos... tomamos dejamos...	La paciente repite lo que ha dicho antes la terapeuta y continúa con las palabras.
T: Y vamos botando nausea, vamos botando malestar... vamos botamos... y esta sensación va cambiando... boto nausea, malestar y cuando me toco es como el hielo que me va entumeciendo, el agua helada y lentamente no voy sintiendo esa parte, ¿Sí?	Se continúa con la sugerencias anteriores, además se menciona la sensación de entumecimiento para potenciar el trabajo orientado a disminuir las molestias.
P: Sí.	La paciente parece aceptar las sugerencias dadas.
T: ¿Sí?. Es un hielo que me tiene, es un hielo que toma mi cintura mi estómago que recorre el intestino, tal vez no es tan agradable...	Se menciona una posible sensación de desagrado, por si la paciente está experimentando malestar en ese instante, se pretende que la sugerencia tenga más sentido para ella.
P: Sí.	
T: Y muchas veces... aunque sea distinto... nos podemos acomodar, nos podemos meter y sumergir...	Sutilmente se entregan sugestiones de mayor bienestar.
P: Sí.	
T: Porque lentamente el cuerpo se va acostumbrando a la temperatura fría y se puede ir relajando, porque cuando nos metemos al agua al principio la sentimos helada, nuestros pies helados...	
P: Después ya se va acostumbrando ya no encuentra helada...	La paciente acepta la sugerencia.
T: Sí, vamos sintiendo nuestros pies, nuestra sensación va cambiando. Entonces cuando sintamos esta sensación vamos a mirar un punto... vamos a ir a un regadío y como el agua se estaba desbordando vamos a trancar el agua... y nos vamos a meter en el agua vamos a sumergir	Se entregan sugestiones posthipnóticas para el uso de autohipnosis recordando metáforas que se han trabajado anteriormente, las cuales han sido en su mayoría sugeridas por la

nuestros pies... nuestras piernas...	paciente y relacionadas con el trabajo que desempeñaba.
P: Ahora vamos a regar al estadio, a un pastal más bonito que dejé...	Con una insinuación que recuerde algún trabajo de la paciente, ella comienza a disociarse al recordar lugares de trabajo.
T: Sí, al estadio...	La terapeuta acompaña a la paciente reforzando la disociación.
P: Sí, por mi enfermedad no pude trabajar... me mandaron buscar el otro día a regar al estadio [la paciente aparentemente a salido del trance, no tiene la mirada fija y cambiado el tono de voz con el que hablaba].	La paciente ha salido del trance, no obstante, no manifiesta molestias.
T: A regar (la terapeuta responde en tono normal) ahora nosotros no vamos a ese estado... a disfrutar... (tono hipnótico).	Se intenta inducir trance nuevamente.
P: Sí, con la manguera... regar hasta que llega su posición... ahora (N.E) que quede bien mojadito [la paciente comienza a dar señales de estar nuevamente en trance mirada fijada y cambio en el tono de la voz], después le tiramos al otro lado que siga, que siga, que siga hasta mojar el estadio entero...	
T: Ya.	
P: Se va cambiando... con la manera, se pone la otra...	
T: Ya...	
P: Y así... si baja un dolor... va terminando, con la continuación de la manguera cambiándola...	La paciente ha construido por sí misma una metáfora para su dolor.
T: Sí, si ahora ya no está...	
P: Va cambiando el dolor también... ahora ya está toda regá...	La paciente no continúa en la escena del regadío, continúa disociada.
T: Toda regá...	Se acompaña utilizando las palabras de la paciente.
P: Ahora hay que ir a trancar el agua...	La paciente sugiere una metáfora que puede ayudar a disminuir el dolor.
T: A trancar el agua, a cerrar al llave...	
P: Y ahora quedó el pasto tan hermoso limpiecito, que da gusto todo y ahora viene el inspector a verlo... que da gusto todo... viene a verlo si está bien regao a mal regao, entonces va si está bien o está malo, nos ponen un ticke... después a barrer a limpiar, después a pintar, donde está feo hay que pintar... (N.E) y ahora el estadio ya está quedando bonito y el dolor se terminó [la paciente se ríe sorprendida].	La paciente se sorprende por el haber logrado aliviar su dolor.
T: Se terminó.	Se refuerza la conducta de la paciente, se responde en el mismo

	tono alegre que responde la paciente.
P: Sí.	
T: Se terminó la molestia y vamos a mantenernos ahí. Ya sabemos que podemos estar ahí...	
P: Sí.	
T: Y el cuerpo es igual... hay aguas que riegan un lugar, pero luego que riegan hay que trancar el agua...	
P: Y después de dejar todo limpio hasta los baños, la ducha, pasarle cloro, la ducha, para que lleguen los jugadores y el jefe, hay que limpiar con cloro bien limpiecito, entonces los Sábados se entrega limpio...	
Yo estuve un año trabajando en eso [la paciente sale del trance, cambia su mirada y el tono de voz]	
T: ¿Cómo está la molestia?	
P: Se terminó con eso.	
T: Se terminó ¿qué molestia tiene? De 0 a 10 ¿Cuál tiene?	
P: El uno.	La paciente logró disminuir el dolor de EVA 10 a EVA uno.
T: El uno.	
P: Sí, me vino fuerte sí.	La paciente está consciente que su dolor fue un dolor intenso.
T: Pero cortito, no duró una hora...	Se muestra a la paciente que puede tener dolores intensos, pero sentirlos en un tiempo menor.
P: No, no duró. Al mantener al mente en otra cosa...	Al parecer ella los experimentó de menor duración y se da cuenta de lo útil que ha sido la disociación para controlar el dolor.
T: Ya sabe cómo hacerlo...	Se refuerza a la paciente, se muestra que es una capacidad de ella, eso evita dependencia .
P: Sí, yo converso sola aquí. Cuando me vienen los dolores estoy solita aquí, quiero la soledad, sí. Yo no puedo tener a alguien que esté así... o jugando saltando los niños me ponen más nerviosa y solita me relajo y converso, sola. Cuando me vienen los dolores fuertes me revuelco en la cama... pensando...	
T: Eso que hacemos nosotras la puede hacer usted	
P: ¿Sí?	
T: Cuando sienta náuseas la ponemos acá. Inspiramos, va a quedar acá.	

P: Sí.

T: La vamos a ir sacando de a poco y a medida que nos tocamos vamos a sentir helado.

Sugestiones para autohipnosis.

Mire coloque su mano acá, entonces mire su mano, siéntala, si se concentra se recordará de las veces que metió esa mano al agua helada, como se sintió esa mano en el agua helada. ¿Cómo se siente?

P: Frió de la primera, después ya se acostumbra...

T: Frío después ya se acostumbra, es como tocar un hielo...

P: Sí.

T: La mano cuando se mete en agua fría... muchas veces hemos recordado...

P: Sí.

T: Como que no la sentimos y a veces cuesta moverla... y ahora puede ir sintiendo que la mano va bajando de temperatura...

P: Sí.

T: ¿Puede sentirla como baja de temperatura?

La paciente experimenta el cambio de temperatura en su mano, esto se hace para aumentar la confianza en el trance.

P: Sí.

T: Y ella va a bajar a la temperatura que ella considere necesario y tal vez ahora si usted se toca esa mano... tóquese esa mano, ve como la siente, ¿Siente lo que está haciendo o está adormecida, la mano?

P: No, ahora siento todo, pero antes cuando estaba entumida la mano, no siento... pero la sentí y todo, pero no la puedo mover al tiro cuando pasa el frío y todo, pero no la puedo mover al tiro [la paciente tuvo catalepsia en la mano y cambio de la temperatura].

T: Claro, entonces en esos momentos... cuando venga la contracción se va a entumir todo, cuando venga la contracción y después va a volver a su temperatura es un momento...

Sugestiones posthipnóticas para controlar el dolor.

P: Ya.

T: Se cambian de lugar...

P: Son cortos, pero se cambian de lugar... en veces vuelven a su posición otra vez, vuelven otra vez, después se van y empiezan a revolverla otra vez así son los remolinos...

T: Entonces sus molestias... ¿son como remolinos que cambian de lugar?

P: Sí.

T: Entonces mirando el remolino viene la contracción... nos relajamos porque sabemos cómo es, ya no nos pilla desprevenidos...

P: Sí.

T: No es como antes, ahora esta molestia que tiene... nosotros estamos preparado para ella sabemos...

Sugestiones para disminuir la angustia anticipadora del dolor.

P: Sí.

T: Sabemos muchas cosas, sabemos como son los remolinos que viene y se van...

P: Sabe que le haría una pregunta yo, de qué vienen esas contracciones, ¿será el tumor?

La paciente quiere tener información médica que explique los dolores más intensos.

T: Seguramente...

Se dice en tono de posibilidad.

P: ¿De qué previene? Y otra cosa que no puedo hacer pipí...

T: Pero ¿está haciendo un poco de pipí?

Se quiere tener más información al respecto para informar a la matrona.

P: De a poquitito y anoche tomé un remedio que me hizo... que toda la persona la conoce... que incluso unos turistas trabajan con ello. Uña de gato.

T: Ya.

P: Fíjese que hice pichí harto anoche...

T: ¿Eso la alivió?

P: Y no amanecí tan hinchada.

T: Entonces puede que le haga bien.

P: Y sabe que estaba hinchá, pero hinchá no sabía qué hacer, pero ahora no he hecho pichí, de la 6 de la mañana no he hecho pichí ahora, pero anoche hice pichí cada una hora, yo tomé la hora, cada una hora venía a hacer pichí, no sé de donde sacaba tanto y un dolor donde sale el pipí caliente y un dolor... Dios mío parece que tenía ají...

La paciente tiene problemas para orinar estos síntomas son informados a la matrona.

T: Cuando vaya a hacer pipí ¿qué vamos a hacer?

Se intenta dar alternativas a la paciente para que no sufra dolores intensos.

P: Ya tengo miedo cuando viene...

T: Ya, pero igual hay que hacer pipí

P: Sí.

T: Pero igual hay que hacer pipí ¿no es cierto?. Entonces va a ir ha hacer pipí va inspirar así... (la terapeuta respira de la manera que lo indica) va a expirar... va inspirar.... va expirar, va dejar que

Se intenta entregar sugestión posthipnótica para disociación.

salga el pipí... y se va ir a un lugar, va pensar en otro lugar...

P: Hay que ir al lago porque cuando uno no puede hacer pipí si se hecha agüita por ahí... hace pipí al tiro o escuchar que corre el agua... porque uno deje la llave corriendo al lado de la cama... cuando uno está en el hospital, cuando uno no puede hacer pipí, y hace pi'. Igual que un niño chico, a los niños igual se les enseña si no pueden hacer pipí, se le hecha a correr el agua y hacen al tiro...

Realmente cooperadora la paciente, y con una gran inventiva.

T: Ese trabajo va a hacer... va mirar un punto y va a decir... vamos inventar un frase para que usted se acuerde de todo lo que trabajamos ahora ¿Ya? Hemos trabajado varias cosas ¿cierto?... entonces puede expirar y expirar, lo primero que va a hacer cuando venga esto es...

P: Hay que tomar aire y botarlo, puede...

T: Tomar aire y botarlo, puede mirar un punto o puede cerrar los ojos y puede decir... ¿qué podemos decir?

P: Que tiene que hacer pipí, no más...

T: Pero es para todas las molestias... va a decir ya vienen estas molestias otra vez... ya se van a ir estas molestias otra vez... uno no sabe cuánto se va a demorar, ahora lo hicimos en muy poco tiempo ¿se dio cuenta?

P: Sí.

T: Puede ir a meterse al agua y adormecerse, meterse al agua fría y va a sentir todo esto adormecido...

P: Sí, a mí cuando me viene los dolores fuertes no me aguanto me hecho agua...

T: Claro, pero ahora se puede meter al agua...

P: Y se me quita el dolor...

T: Ahora vamos a hacer el otro experimento... ¿Cómo se siente?

P: Bien [muestra agrado en sus cara].

T: Que agradable es sentirse bien y esto usted lo puede mantener. ¿No es cierto?

P: Sí.

T: Usted lo puede mantener porque cuando usted arregla algo... cuando va a regar ese pasto en el estadio... dura bastante al regar, duran bastantes los arreglos...

Sugestiones para que mantenga las sensaciones de bienestar.

P: Sí.

T: Porque ¿Cuánto pueden durar?

P: Yo cuando estuve trabajando sacábamos los

pedazos de pasto, lo trajimos así, lo trajimos a la plaza y lo transplantamos y ahora el pasto más bonito y la flor más linda. En la plaza de Melipilla unos prados todo eso lo hacíamos... con otras compañeras trabajamos. Todo ese pasto tan bonito trabajamos... duré un año trabajando ahí, ya cuando caí enferma ya, ya.... después me cambiaron de trabajo... bueno y el trabajo que estaba haciendo y ahí quedé.

T: Entonces vamos a trabajar con esa mano... la mano [mano derecha] que también puede ser la izquierda porque a veces... las dos cualquiera de sus manos, pero ahora vamos a trabajar con esa mano que está ahí... la vamos a meter en el agua fría vamos a sentir como se siente estar en el agua fría... va a dejar el agua fría. ¿La está sintiendo en el agua fría?

Estrategia para analgesia, utilizando experiencias de la vida cotidiana.

P: Sí.

T: Está más pesada la mano y ¿en qué agua la está metiendo?

P: En un agua heladita...

T: Y a medida que la mete más profundo en el agua más profundo se adormece la mano, más se va adormeciendo. ¿Se va adormeciendo?

Sugestión directa.

P: Sí.

T: Y cuando se adormece la mano es como si no se sintiera...

P: Sí.

T: Porque mueve los dedos y como que no los sintiera...

P: No lo siente porque como está en el agua helá.

T: Y yo me pregunto si esa mano... ¿se habrá adormecido tanto como para que la toque con la otra mano y no la sienta?

P: No recién sí, ahora tiene que pasar mucho rato...

T: Ahora puede hacer uso de tiempo de la mente que no tiene que ver con el tiempo del reloj y después que cuente 5 mentalmente...

Sugerencia para distorsión de tiempo.

P: Ya tengo adormecida al mano.

T: ¿La tiene adormecida?, ¿bien adormecida?, entonces tóquese su mano con la otra mano, para ver si la tiene adormecida, ¿la siente?

P: No.

T: ¡Que increíble es nuestro cuerpo, que obedece a la mente!

Comentario directo para reforzar el fenómeno hipnótico conseguido.

P: Y ¿Ahora que hacemos?... la apoyamos ahí con la otra mano calentita...

T: Sí, o si quiere la coloca en otra parte que usted tenga alguna molestia ¿Tiene alguna molestia ahora?

P: Me duele la cabeza.

T: La mano adormecida al pone en la cabeza y se va a ir disminuyendo la molestia de la cabeza... [La paciente coloca su mano sobre su frente]

Se dan sugestiones de comodidad y posthipnóticas para que la paciente pueda realizar autohipnosis utilizando una mano.
Se intenta dar a la paciente un nuevo elemento que ayude a disminuir sus molestias.

va traspasando esta cosa adormecida que hace que uno no sienta los dolores, puede ir sintiendo ese frescor... que lo va aliviando cada vez que usted ponga su mano adormecida en su cabeza usted va a sentir el alivio, se va a sentir relajada... que puede usarlo para lo que quiera que puede usarlo para dormir si es necesario...

P: Tengo sueño.

T: Podría descansar ahora...

P: Y ¿Cuánto es... es una hora?

T: Sí, terminamos ya porque me salió tan buena la alumna que a los 10 minutos no tenía mucho que hacer ya.

P: Tengo sueño. Ya viene este dolor...

T: Usted mira un punto mira un punto y cuando mira el punto tal vez sienta un remolino en la guata... como un remolino, pero los remolinos viene y se van ¿cierto?. Me voy a mi lugar de regadio, me voy a ir a regar ¿No es cierto?, vamos a ir a regar y cuando vamos a regar tenemos que cerrar las compuertas, cerramos las compuertas, cerramos llaves, porque eso ya está regao ¿ya?

Sugestiones para aliviar molestias se resume a la paciente lo realizado en la sesión.

P: Sí y cerrar la llave y irse a otro lugar, ahora.

T: Irse al otro lugar sumergirse en esta cosa entumida y ponerse la manito acá. Dónde se ponga la manito se va a helar ese lugar, usted dónde se ponga la mano se va helar... y cuando esta tan helado está tan entumido no va sentir molestia... ¿Qué molestia tiene? De 0 a 10.

Sugerencias directas.

P: 0, no hay molestia, tengo sueño. Va a tener el mejor sueño.

T: Me voy para que duerma.

P: Sí, ahora tengo sueño, es raro...
T: Se pone la manito y ya... que descanse entonces...

P: Gracias.

T: Hoy es.... el Viernes vengo yo le voy a avisar siempre a su hijo antes.

P: Sabe que le voy a hacer un encargo antes que por favor se comunicaran allá en Caupolican Pardo,

cuando tengo que ir a radiarme, acaso está buena la máquina... que estaba mala yo tengo que ir al hospital, pero para ir al hospital...

T: Pero que llamen por teléfono, dígale a su hijo que se consiga el número. Si yo puedo lo voy a llamar para darle el número, para que él llame.

Se trata de insistir en buscar la cooperación del hijo por la soledad de la paciente. De todas maneras se verificará si el hijo coopera y si la máquina del hospital se ha reparado para que pueda continuar con su tratamiento.

P: ¿Cómo es la parte que llamó?, ¿Informaciones?

T: Claro, que ahí se consiga el número del Caupolicán Pardo que llame a la operadora... a ver yo le voy a dejar todo anotado. Yo le voy a dejar anotado cada cuanto se tiene que tomar las gotas, tiene que comer verduras ¿Está comiendo o no?

P: Como poquitito, porque lo boto a penas lo pruebo la acelga la ensalá cocida todo eso...

T: Tiene que comer fruta y verdura

Recomendaciones dadas por la matrona.

P: Sí, fruta como.

T: Y ¿qué vamos a hacer cuando venga una náusea?

P: Hay que sacar...

T: Ya, viene la náusea, siempre mirar un punto, vamos a mirar un punto... usted se va a acordar siempre de la sensación que experimenta porque usted ya sabe de la mente...

P: Sí.

T: Va a mirar un punto y va a decir ya viene esta molestia, inspira y va a botar ¿Ya?. Buena muy buena la alumna que me salió. Entonces le voy a dejar 2 frascos con gotitas (fin del cassette y de la sesión).

La terapeuta se despide de la paciente y le deja un frasco de Tramal, medicamento enviado por la matrona.

SESION 4.

PACIENTE: 2.

FECHA: 12 de Enero de 2001.

LUGAR: Campamento Padre Demetrio. Melipilla.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente luce cansada, se encuentra en cama, realiza algunas actividades domésticas, tiene vómitos y problemas para dormir y orinar.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: la paciente no presenta alteraciones psicopatológicas importantes. En cuanto a su estado emocional, se encuentra enojada por no recibir una atención adecuada de parte de su familia y no ser operada, también impaciente por no poder comenzar el tratamiento de radioterapia.

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de autohipnosis se encuentra motivada, las encuentra efectivas en el alivio del dolor y las utiliza cuando comienzan las molestias, pero no puede utilizarlas durante las crisis de dolor, también ha utilizado autohipnosis para dormir. En esta sesión se pudo inducir con mucha facilidad un trance mediante fijación de ojos. Durante la sesión se desencadenó una crisis de dolor que pudo ser controlada por la paciente sin ayuda de la terapeuta.

RED DE APOYO: deficiente

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 8.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: un dolor intenso (8-9 EVA).
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 11.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 1- 3 hrs.
b) Dolor base: la mayor parte del día y noche, pero en ocasiones se encuentra sin dolor.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 0
c) Duración del alivio inmediato después de la sesión: no se tiene antecedentes.

TRATAMIENTO: tramadol 100 mg cada 6 horas, se sugiere aumentar la frecuencia de la dosis cada 4 horas. La paciente no ha podido someterse al tratamiento de radioterapia paliativa debido a problemas técnicos de los instrumentos necesarios.

RESUMEN:

Al llegar la paciente se encuentra acostada, se ve cansada, pálida, sin dolor. Estaba acompañada de un pastor evangélico.

Durante la sesión manifestó su rabia por estar sola y no haber recibido la atención médica apropiada. Según ella, su enfermedad podría solucionarse con una operación, no entiende por qué no sucede. La paciente se explica la supuesta tardanza por problemas burocráticos o por su falta de recursos económicos. Pero la opción que espera la enferma, no es considerada por los profesionales de la salud, pues la enfermedad ha quedado fuera del alcance médico. Las demandas de la afectada se pueden comprender por el desconocimiento de esta situación, ella no sabe que su enfermedad es terminal.

Respecto a los dolores, los más intensos (EVA 10) los siente en la noche y en algunas oportunidades en la mañana, se localizan en la zona hipogástrica y sacra. Según la paciente se presentan como contracciones intensas que duran, por lo general, una hora y media aproximadamente, pero pueden durar hasta 3 horas.

El relato es similar a los dolores descritos anteriormente, el dolor es "desesperante", pero existen algunas diferencias: en esta oportunidad se agregan otros componentes como tiritones, calambres en las piernas y náuseas en el momento de la crisis, lo cual aumenta el nerviosismo de la paciente.

Si se comparan los dolores de esta semana con las anteriores, se puede observar que la duración de los dolores intensos es mayor, también su frecuencia de 9 a 11 episodios; no obstante el número de episodios dolorosos intensos son menos que al principio del tratamiento (innumerables).

En cuanto a la intensidad promedio de dolor, se ha mantenido con una intensidad EVA 8. Al comparar con el de la sesión anterior, se puede observar un aumento del dolor promedio de EVA 5 a EVA 8; sin embargo, existe una pequeña diferencia, la paciente ha tenido momentos sin dolor (EVA 0), antes siempre tenía un dolor base (EVA 4) el cual podía aumentar en algunas ocasiones.

Si se observa en términos generales, el alivio es regular. No se observan grandes cambios, incluso se podría decir que la situación es peor que en la sesión anterior. La única diferencia a favor del alivio, son los momentos en que la paciente se encuentra sin dolor.

Esto que puede parecer contradictorio, debido a que la paciente recibe una atención para el alivio del dolor, se comprende si se tiene presente que junto al avance del aprendizaje de las técnicas para controlar el dolor, también la enfermedad avanza causando más dolor. Esta es una de las complicaciones en el alivio del dolor en pacientes con cáncer, sobretodo en los casos avanzados que sólo pueden recibir tratamiento paliativo.

En cuanto al tratamiento, a la paciente se le indicó sesiones de radioterapia paliativa y medicamentos para el dolor, pero la paciente no ha podido someterse al tratamiento de radioterapia por desperfectos técnicos de los instrumentos necesarios, sólo toma Tramal (tramdol) 100 mg cada 6 horas, pero el medicamento no logra disminuir el dolor. Por esto la

matrona recomendó aumentar la frecuencia de las dosis (cada 4 hrs.) y que la paciente asista al Policlínico del Dolor del Hospital San Juan de Dios para recibir la ayuda médica.

Dado el abandono de la paciente y la necesidad de tomar los medicamentos en los horarios exactos, se buscó la cooperación de uno de sus hijos para que se encargara de los fármacos. La petición fue acogida, esto ha favorecido a la paciente. no obstante, continua en una situación de abandono, motivo que la entristece y enoja.

Para tratar de integrar a la familia se informa continuamente a los hijos sobre la situación de la enferma, con esto se han podido observar pequeños cambios positivos. Además la paciente cuenta con las visitas esporádicas de una amiga y un pastor evangélico.

El predicador visita a la paciente, le da apoyo religioso y ayuda para controlar el dolor mediante la imposición de manos, con lo cual ha logrado disminuir algunas molestias.

Cuando se realizó la sesión, el pastor estuvo presente, atento a todo lo que se decía y en desacuerdo con ciertos asuntos. Desde el principio se intentó aliarse con él, considerando que la paciente necesitaba recibir apoyo y tenía creencias religiosas que debían ser respetadas.

Pero el discurso manejado por la terapeuta y el pastor son opuestos en cuanto al manejo del dolor y el apoyo familiar. Con respecto al dolor, mientras la terapeuta intenta que la paciente disminuya el dolor; el pastor plantea que este es un castigo por los pecados cometidos y una forma de purificación, por lo que no siempre sería deseable que disminuyera. Además, el pastor no estuvo de acuerdo con las sugerencias dadas a la paciente para "trabajar", porque pensaba que no estaba en condiciones de hacerlo, creía que la terapeuta se refería al mismo trabajo realizado antes por la enferma cuando estaba sana, no comprendió que se trataba de una metáfora utilizada para practicar la autohipnosis y disminuir el sentimiento de inutilidad de la paciente. En cuanto al apoyo familiar es evidente el desamparo, pero la terapeuta ha tratado de no evidenciarlo para no aumentar el sufrimiento; en cambio el pastor destaca la situación.

Por esto fue difícil armonizar dos visones tan distintas, sólo se intentó que las diferencias no se notaran y permitir a la paciente continuar con su apoyo religioso.

En cuanto a la autohipnosis, la paciente se encuentra motivada y considera que es una herramienta útil en el alivio del dolor. Ha practicado trance por sí misma cuando comienzan algunos dolores, pero no puede hacerlo durante las crisis de dolor.

Sin embargo, según la afectada, cuando practica la hipnosis antes que se desencadene la crisis éstas no son tan intensas. También ha utilizado la autohipnosis para dormir obteniendo buenos resultados.

Durante la sesión se realizó una inducción hipnótica mediante fijación de ojos. La paciente se disoció reviviendo episodios en los cuales trabajaba como temporera, la terapeuta acompaño a la paciente y construyó algunas metáforas orientadas al control del dolor.

En el transcurso de la sesión la paciente presentó un dolor que controló sin ayuda de la terapeuta.

P.E: (Pastor Evangélico): ¿Eso es para grabar la voz? (Pregunta por la grabadora).

T: Claro para acordarse bien de todo porque la memoria es frágil.

Ya Sra. Ana Rosa ¿Está tomando las gotitas?. Está tomando cada 6 horas.

Se evalúa para saber si la paciente continúa tomando los medicamentos según las indicación dadas.

P: Como le digo el dolor se me quita casi sin la gota, cuando me voy a tomar la gota un dolor me dura más de una hora. Anoche amanecí, amanecí no dormí nada.

La paciente ha sentido mucho dolor.

T: A ver para entenderla bien. Usted dice que la gota ¿no le quita?

Se trata de precisar.

P: Sí, esa gota no me hace nada. Hay una gota más fuerte cuando estuve en el hospital.

La paciente se refiere al mismo medicamento que está tomando.

T: A lo mejor le van a dar esas gotas, tiene que ir al Policlínico del Dolor, tiene que ir y decir que la mandó la Sra. Angélica , ella le mandó las gotitas. Hable con la Sra. K. 2° piso en el edificio blanco, ese edificio blanco como casa bonita.

Se vuelve a recomendar a la paciente que asista al Policlínico del Dolor siguiendo las indicaciones dadas por la matrona.

P: ¿No es el San Juan de Dios?

T: Es el San Juan de Dios que tiene 6 pisos ¿No cierto? El grande.

P: Sí, donde estuve hospitalizada.

T: Donde estuvo hospitalizada al frente tiene que ir, al Policlínico.

P: Sí, sí.

T: Cuénteme como va el dolor.

P: Ahora en la mañana no ha estado tan jodío en la mañana. Es poco lo que me ha dolido, pero en la tarde me carga.

La paciente siente más dolor en la noche.

T: Ya... ¿y es durante todas las mañanas que le duele poco?

P: No, ayer estaba jodía en la mañana ayer estaba jodía, andaba distraía, no era capaz de hablar andaba tiritona...

Y vino el caballero que está presente, me hizo una imposición de manos vino a ungir, porque las piernas no podía ni moverlas. Ayer cuando llegó que cara tendría... ni siquiera había comido...

La paciente se refiere al pastor evangélico presente en la sesión. El pastor le hizo una imposición de manos para mejorar el estado de la paciente, ella se ha sentido mejor.

Hoy día tomé desayuno y no lo boté, y los brazos... no me han dolido los huesos, estuve lavando, lavé sábanas, pero anoche...

Pero bueno, la enfermedad que tengo es grave, también.

T: Claro.

P: Anoche no dormí nada, me tomé la gota pero...

después no hallaba que hacer, porque ya me tenía pillá el dolor a la 6 de la mañana me viene a tomar la gota...	
T: ¿ A qué hora se está tomando las gotas?	
P: Cada 6 horas.	
T: Y en ¿qué horario?	Se consulta para saber si la paciente se está tomando el medicamento en el horario indicado.
P: Si me toca las doce y media, me toca a las tres y media ¿No?	Al parecer la paciente no está tomando el medicamento en el horario recomendado.
T: No.	
P: Cada seis horas, porque a mí me dan la gota, me la da mi hijo.	Al parecer el hijo acogió la petición de cooperación. En la sesión anterior la terapeuta le solicitó había solicitado a uno de sus hijos que le diera el medicamento a la paciente. En el discurso se dio por seguro que él se preocupaba por la salud de su madre, en ningún momento se le reclamó el abandono, ni se mencionó la necesidad de preocuparse por ella.
T: Ah, su hijo se la da las gotitas.	
P: Cada 6 horas me la tomo porque él está viendo ahí viene el mismo a darme la gota. Él que le conté el otro día, ellos se preocupan por darme las gotas y me andan preguntando.	La paciente se siente más cuidada y contenta con la pequeña atención, la paciente se toma las gotas en sus horarios.
T: Y ¿Cómo se ha sentido con eso?	
P: ¿Con las gotas?	
T: No, que su hijo le venga a preguntar...	
P: Está bien, porque cuando ellos fueron chicos yo les daba el remedio a la hora que le tocaba y ahora... por lo menos que me den el remedio, por lo menos ahora... ellos tienen que darme el remedio, porque yo ya tengo edad se me olvida, la enfermedad me tiene así. T: Está bien, entonces que se los den.	
P: Anoche tenía un ruido en la cabeza... un ruido, estaba inquieta con el ruido y con el dolor...	
T: Don S le pido un favor, me puede llevar al chiquitito para allá para poder conversar con ella por favor... (uno de los nietos jugaba con la grabadora en la cama de la paciente). Usted encuentra que las gotas no le están haciendo nada.	
P: Sí, yo me la tomo.	
T: Sí, sí, es bueno saber... porque así uno sabe que no le están haciendo nada, cuando uno se las toma	La paciente no siente alivio con el medicamento.

bien y todo... entonces usted se toma las gotas y no siente ningún efecto...

P: No y no puedo hacer pipí...

Tiene problemas para orinar, este hecho fue comentado a la matrona, pero no se dieron recomendaciones al respecto.

T: y ¿La agüita que le ayudaba a hacer pipí?

P: Sí, me lo tomo igual, tengo un vaso por ahí... yo tenía una pastilla para hacer pipí, ahora no me queda.

T: ¿Se le terminó?

P: Sí.

T: Todo eso tiene que ir a decir en el hospital, le van a dar pastillas para hacer pipí, seguramente.

Se insiste para que la paciente vaya al Policlínico del Dolor para recibir atención médica.

P: Igual tomé purgante ayer porque tengo una vaselina, después de tomar una taza de té pude hacer algo, pero seco, seco...

Al parecer tiene estreñimiento efecto no deseado del medicamento que toma para el dolor.

T: Ya.

P: Y tomo agua.

T: Está comiendo verduras.

Recomendación dada por la matrona.

P: Sí, fruta también. Mi hijo me trajeron frutas en estos días la tengo guardadita.

Al parecer los hijos se están preocupando más de la paciente.

T: Ya... y cuándo siente menos dolor, por ejemplo en la mañana no tenía dolor... y ¿por qué cree usted que tenía poco dolor?

P: No sé, porque me tomé las gotas y ya no me dolía. A las 6 y media me tomé las gotas, pero esa me la tomé yo porque mi hijo no sabe de esa para poder controlar y poder descansar un rato.

T: Ya se tomó las gotas a las 6 y media y ¿por eso no tenía tanto dolor en la mañana, por eso cree usted?

P: No sé, si serán las gotas o no.

T: A veces tiene dolor y otras no.

P: Sí.

T: Entonces no pasa todo el día y toda la noche con dolor.

P: Anoche no dormí, antenoche dormí como 2 horas dormí.

T: Ya, en la noche está más cargante el dolor.

P: Sí, en la noche.

T: ¿Cómo es el dolor?

P: Fuerte.

T: Ya. ¿Dónde? (se le muestra la regla de EVA)

P: En número 8 y cuando no doy más llega a la punta.

T: y ¿cómo es ese dolor?

Se trata de saber más detalles buscando nuevos elementos para intervenir en el dolor.

P: Desesperante.

T: ¿Me está hablando del mismo dolor que hablamos la otra vez... las contracciones?

Se consulta para saber si la paciente se refiere al mismo dolor mencionado anteriormente.

P: Sí, el mismo no se me quita.

T: Ya, es con contracciones ¿Qué más?

P: Calambres en las piernas.

T: Ya. ¿Por dónde va?.

Se evalúa la localización del dolor.

P: Parte de la cola el dolor así (muestra que se amplia en el abdomen)

T: Ya, parte de la cola, se va para acá.

P: Sí, y de ahí baja a la pierna.

T: Baja a la pierna.

P: Sí.

T: ¿Cuánto tiempo le dura ese dolor?

Se evalúa la duración de los dolores intensos.

P: Ese dolor grande me dura, media hora una hora. Después que vino el otro día usted, ¿cuándo fue que vino? El Miércoles ese día no tenía hora... tres hora y no se terminaba, estaba desesperá, me llegaba a doler el estómago me llegaba a dar náuseas de dolor.

T: Ya y ¿Cuántos episodios de ese dolor ha tenido?

P: Once.

T: Once veces.

P: Sí, once veces, fuerte.

Al parecer las crisis de dolor no han disminuido.

T: Ya y ¿Ha hecho los ejercicios que hemos ensayado?

Se consulta para saber si la paciente ha practicado trances.

P: ¿Sí?

T: Sí o más o menos ¿o le cuesta hacerlo o no lo puede hacer?

Se consulta por el tono dudoso con el que responde la paciente.

P: Sí, sí lo he hecho...

T: Y ¿cuándo lo ha hecho?

Se evalúa para saber cuándo la paciente ha practicado los trances.

P: En denante cuando empecé con dolor lo hice.

T: Cuando empezó con dolor.

P: Sí, después que terminé de lavar me viene a la cama y hice el ejercicio.

T: ¿Y? Se disminuyó el dolor, creció, se mantuvo igual.

Se evalúa el efecto de trance practicado por la paciente.

P: Se mantuvo, pero ahora ya estoy sin dolor.

T: Ahora, la misma reglita de siempre, aquí sin dolor, aquí es el máximo dolor que usted puede soportar, de ahí a acá ¿cuánto dolor tiene ahora?

P: Ahora tengo un dolor cero.

La paciente no tiene dolor.

T: Ahora está en cero.

P: Sí y no he podido comunicarme todavía... que pasa con la pana de las máquinas.

La paciente se refiere al desperfecto de las máquinas del Hospital Caupolicán Pardo.

T: Yo hablé con su hijo y me dijo que tenía un número que tenía que hablar hoy con una señora.

P: Sí, pero en la mañana le iba a consultar.

T: Sí, yo no tengo idea, siga insistiendo, siga llamando para que pueda hablar con esa persona y sino a lo mejor alguien puede ir al hospital.

P: Anoche, yo le avisé que venia.

T: ¿No le había avisado?

P: No, no me avisó.

T: Ah, ya, no le avisó. Porque yo le dije ayer ¿s e acuerda que yo le dije que le iba a avisar el día antes cuando viniera?

P: Sí.

T: Yo lo llamé y le dije que iba a venir hoy como a medio día.

P: No me dijo.

T: Entonces llegué de sorpresa.

P: Vino de sorpresa, yo pensé que no iba a venir, siempre me avisaba.

T: Claro, bueno se tiene que haber olvidado seguramente.

P: Puede haber pasao y yo tenía cerrá la puerta ya.

T: Ah, no la ha querido molestar.

P: Seguramente diría: está durmiendo.

T: Claro. Y ¿cómo ha hecho los ejercicios que practicamos la otra vez?

P: Lo que practicamos empezaba como se trabajaba con un punto y empecé cuando negociaba, cuando manejaba todo eso y se termina el dolor.

T: Y cuando viene contracciones fuertes... ¿eso lo ha usado?

P: No lo he usado, no lo he usado, cuando ya se va calmando se puede. Es un dolor que no... pierdo hasta la cabeza.

La paciente no ha podido utilizar el trance en los dolores fuertes.

T: Y ¿Usted se acuerda que se daba cuenta cuando iban a venir esas contracciones?, sentía unas sensaciones... ¿Ahí lo ha podido usar?, porque hay es cuando lo tiene que usar.

Se indica a la paciente que utilice la hipnosis antes de la crisis de dolor aprovechando que las puede anticipar.

P: Sí.

T: Y han venido igual las contracciones.

P: Sí vienen, pero no tan fuertes.

Cuando la paciente logra utilizar la hipnosis antes que ocurra un dolor intenso puede disminuir su impacto.

T: No tan fuertes. A ver si usted si usted hace este ejercicio, porque usted sabe cuando van a venir ¿No es cierto?

P: Sí.

T: Y usted lo hace antes ¿a qué número llegan las contracciones?

P: Llegan a cuatro.

Al realizar antes la hipnosis la persona puede disminuir un dolor.

T: Llegan a cuatro y cuatro ¿Es tolerable para usted la contracción?

P: Cuatro o tres puede ser.

La persona considera un dolor de esta intensidad tolerable.

T: Ya, entonces estaría dentro de lo normal.

P: Sí.

T: El rango para usted tolerable porque esa es la idea.

P: Sí, endenante me llegó a las 6 de la mañana y fue fuerte, me llegó largo, fue más de una hora... Porque me pone nerviosa, porque es tan desesperante.

T: ¿Dónde se pone nerviosa aumenta los dolores?

Se consulta para saber si el estado emocional influye en el dolor.

P: Aumenta, pero quién no se va a poner nerviosa con esos dolores, pero aunque uno quiera relajarse uno no puede.

La paciente se da cuenta que al estar nerviosa su dolor aumenta.

T: Sí, tiene que hacer el ejercicio que hicimos,

cuando venga es como la cosa que vimos del remolino la otra vez... es como que viene, pero en ese momento...

P: Se va.

T: Es cuando tenemos nosotros que trabajar es la señal que ahí tenemos que empezar a trabajar, porque lo otro ya lo hemos intentado y usted ya sabe como es.

Se siembran ideas que pueden ayudar a controlar el dolor.

Ahora yo quería contarle que hay una parte de nosotros... El cuerpo tiene unos líquidos que donde llegan a un lugar provocan dolor, si se mantienen ahí provocan dolor y hay otro líquidos que provocan comodidad o que provocan otro tipo de sensaciones, como cuando adormecimos la mano al otra vez ¿Sí ?

P: Sí.

T: Y ¿Se le adormeció la mano?

P: ¿Cuándo lo hicimos con agua?

T: Sí.

P: Sí.

T: Y ¿ A hecho el adormecerse para dormir?

P: Sí.

T: Y ¿Pudo dormir algo?

P: A rato.

T: Ya.

P: Medio de lado porque no puedo acostarme.

T: Entonces vamos en 11 veces. Entonces el Lunes vaya para el Policlínico de allá y cuéntele todo lo que le pasa y le dice que la Sra. Angélica la mandó.

Se insiste para que la paciente recurra al Policlínico del Dolor.

P: Ya, la Sra. Angélica.

T: La matrona que le dio esas gotitas, lleve las gotitas y cuéntele cuantas gotitas está tomando ¿ya?. Esas gotitas también se pueden tomar cada cuatro horas.

La matrona recomendó aumentar la frecuencia de las dosis.

P: Sí, el otro día cuando estuve en el hospital me lo daban cada cuatro horas.

T: Claro, entonces va empezar a tomarlas cada cuatro horas.

P: Y el otro que era más fuerte me lo tomaba cada cuatro horas.

T: Ya.

P: Pero es fuerte el otro, demoraba 5 minutos y yo estaba con el dolor calmao, era fuerte.

La paciente piensa que en el hospital tomaba otro medicamento, pero es el mismo, según la matrona.

T: Pero con esto pudimos bajar el dolor rápido y tuvimos dolor con contracciones y todo la otra vez. Si aprendemos a hacer esto bien, le va a disminuir el dolor porque el cuerpo de uno tiene las mismas sustancias a veces que tiene esas gotitas

Porque en el caso de usted, tenía mucho dolor y a los 10 minutos ya no tenía más que hacer, ya ¿Se acuerda?, entonces vamos a ver que pasa... Porque la idea es que usted aprenda a hacerlo solita, porque a veces yo no voy a estar acá ¿Ya?

P: Ya.

T: Entonces vamos a hacer un ejercicio ahora ¿Ya?

Se intentará inducir trance.

P: Ya.

T: Entonces usted ahora no tiene dolor ¿No es cierto?

P: No, estoy sin dolor.

T: Ya, entonces mire un punto que usted quiera, con los ojos abiertos con los ojos cerrados, (se comienza a hablar en tono hipnótico) entonces a medida que mire ese punto se puede ir relajando... y nuestra mente se puede ir poniendo más liviana y vamos aprendiendo como nuestro cuerpo se hace más liviana y nos podemos ir relajando [la paciente mira un punto] aunque sea con los ojos abiertos, porque todos a veces hemos estado mirando un lugar... ¿No es cierto?

Se intenta inducir trance mediante fijación de ojos.

P: Sí.

T: Y miramos el lugar y nos podemos quedar mirando ese lugar... y dejar que nuestros ojos se relajen... y estamos mirando en la playa o en el campo...

P: Vamos a mirar un árbol una fruta ¿puede ser un naranjo?

La paciente elige un lugar.

T: Lo que usted quiera.

La terapeuta le da libertad para que elija.

P: Un naranjo vamos a ir a tomar esa fruta a tomarla.

T: Ya.

Se acompaña a la paciente.

P: Tomamos, cortamos, echarlo en un tiesto... llenarlo... y después... se está llenando... la vamos a vaciar en una cosa cuadrá...

La paciente tiene se refiere a la época que trabajó de temporera.

T: Ya.

P: Vamos a vaciar, vamos a subir al árbol otra vez, estamos cortando y después vamos a vaciar otro... después otro... después estamos cortando (una persona interrumpe, pregunta: ¿Ana llegó el viejo?, ella responde, No, yo no sé donde está)...

La forma que retoma el curso de su relato indica que está en esa variedad de trance hipnótico tan singular en ella.

Está trabajando estamos llenando llevamos 2 pinos

entonces vamos a llenar 3 pinos ahora vamos a empezar otro cortamos, miramos la fruta bonita, puede ser primera y vamos vaciando, vaciando... nos vamos a la naranja otra vez... llenamos los tres pines, terminaríamos...

T: Y ahí puede seguir mirando ese punto estar en la mente... usted ya sabe cómo es...

Se intenta que la paciente regrese al estado de trance.

P: Ahora vámonos de nuevo ahora vamos a cortar exportaciones... exportaciones son la fruta más linda para mandarla a Arica... cortamos... llenamos los pines... cortamos y cortamos hasta llenar esos tres pines y vamos cortando mirando ese punto y ya sacamos la fruta más linda de la exportación... ¿Cuánto le falta?... media y en plata estaríamos ganando $2.500. empezamos a llenarlo ya tendríamos 2 pines de limón... miramos la fruta más linda y la cortamos... vamos a llenar un tarro la cortamos...

T: Y mientras usted saca fruta elige... y hace su trabajo vamos...

P: Hace calor

T: Hace calor... agüita

P: Entonces llenamos 3 pines que en plata son 6.000 3 de naranja y tres de limón, en eso trabajamos son $6.000... De exportación

La paciente se encuentra semisentada con la mirada fija y con las manos hacen pequeños movimientos.

T: De exportación podemos ir eligiendo, podemos ir regulando ciertas sensaciones... porque por ejemplo... muchas veces hemos escuchado: la maquina de cuerpo humano.

Se intenta construir una nueva metáfora, para que la paciente pueda manejar su dolor, pero la interpreta de una manera distinta para ella es un árbol; la terapeuta intenta adaptarse a la paciente.

P: Sí.

T: ¿Sí? Y ¿qué será la máquina del cuerpo humano?

P: Es como un árbol.

T: Es como un árbol que tiene frutos que recibe los nutrientes de la tierra, que hay que regarlo... hay que cuidarlo.

P: Si no cuidamos la planta se muere.

T: No tenemos que dejar que el agua lo inunde...y cada vez que hay agua que lo inunda... podemos ir a trancar el agua.

Recuerda la metáfora planteada en la sesión anterior.

P: El agua sucia le hace mal.

T: El agua sucia y cuando hay agua sucia podemos cortar esa agua sucia...

P: Sí.

T: Podemos trancar esa agua sucia y poner agua limpia...¿No es cierto?... entonces es importante darnos cuenta que podemos echarle agua limpia... y

que nuestras sensaciones... porque el cuerpo humanos se parece mucho a un árbol... y a veces hay ciertas partes de ese árbol que le ha llegado agua sucia y como le ha llegado agua sucia qué tenemos que hacer nosotros...

P: Tirarle agua limpia y limpiarle, tirarle líquido para matarle todas las peste...

T: Ya.

P: Yo trabajé, le tiraba líquido a los naranjos a los limones...

T: Entonces podemos irnos a un punto, ya que estamos en estos recuerdos vamos a escuchar un ejercicio, vamos a hacer otro ejercicio ya que sabemos hacer muy bien este ejercicio... podemos hacer muchas cosas que nos gusten y eso solamente mirando un punto y...yendo al lugar de la mente...

P: Ya.

T: Porque a veces uno puede mirar un punto y quedarse, porque lo importante es mirar el punto... y de alguna manera ir al lugar de la mente... Pero a lo mejor muchas veces, cuando uno hace este pasar... que usted sabe muy bien irse al lugar de la mente... En ocasiones debemos dejar este cuerpo, este cuerpo que puede tener alguna molestia... y lo vamos a dejar cuidado... lo podemos ver...

Y podemos imaginar que hay unas ampolletitas prendidas o pueden estar apagadas... no sé... Si están apagadas podemos dejarlas apagadas... y nosotros irnos al lugar de la mente... que agradable es estar en el lugar de la mente...

P: Ya.

T: Para ir entendiendo como funcionan ciertas cosas... porque realmente ha sido sorprendente darnos cuenta como nuestro cuerpo que hemos dejado en el lugar que está apagado... puede ir siguiendo nuestras instrucciones y a veces no lo creemos... pero podemos probar...

Pero que importante puede ser recordar que hemos estado con dolores que sólo usted sabe lo doloroso que pueden ser y lo fácil que nuestro cuerpo pudo seguir nuestras instrucciones... al hablarle en tono calmado, inspirando profundamente...

P: Sí.

T: Y al inspirar y expirar lentamente se fue... que increíble fue darnos cuenta que en menos de dos minutos pudimos experimentar un dolor que quizá podría durar mucho más tiempo...

P: Sí.

T: Porque cuando uno aprende esto... entiende porque la mente es como una máquina, como una camioneta...

P: Sí.

T: Entonces estas molestia son señales y nosotros sabemos con esta mente que sabe manejar esta camioneta, este cuerpo... hacer lo que se sabe hacer...

Por que puede que en ciertos momentos... pueden aparecer cosas sorprendentes para nosotros, pero muchas veces cuando vamos caminando o en una camioneta... vamos por un camino pedregoso, tenemos que ir a una determinada velocidad...

P: Sí.

T: Y a veces cuando vamos muy rápido y podemos ver o sentir que esa velocidad está más fuerte... tenemos que ir disminuyendo...

P: Puede sentir...

T: Y sabemos que esta velocidad se va disminuyendo de a poco, porque no podemos disminuir la velocidad rápido, tiene que ser de a poco aunque queramos... tiene que ser de a poco colocamos nuestro pie en el freno, hasta que lentamente este auto, esta camioneta responde a lo que nosotros queremos...

La metáfora apunta a la disminución gradual del dolor. Se recogen los posibles deseos de la paciente de conseguir alivio inmediato, por ser difícil que esto ocurra instantáneamente.

Y nosotros lo vamos dirigiendo... y puede que por momentos pasemos por caminos que no son cómodos... que tengamos que remecernos por caminos, a lo mejor vamos con calor...

Puede causar molestias, pero nosotros sabemos a donde vamos y eso es lo importante...

Cuando vamos por estos caminos lo importante es estar alerta... Es guiar nuestro vehículo con calma... Eso que nosotros sabemos como lo hacemos, entonces muchas veces cuando vienen esos dolores... colocamos nuestras manos... como lo hemos hecho tantas veces... y como sabemos ir dirigiendo nuestro cuerpo... Colocando el freno y vamos inspirando y sentimos la molestia que se siente igual que cuando uno maneja... se coloca el embrague, vamos cambiando de marcha...

P: Sí.

T: Hasta cruzar el puente y llegar al lugar que queremos y a medida que hacemos eso puede ser sorprendente y hasta no lo podemos creer... pero como usted lo ha experimentado las molestias disminuyen... casi sin darnos cuenta...

Se trata de lograr con la metáfora que la paciente sienta que puede llegar a disminuir su dolor y para esto se asemeja a la llegada a un lugar.
Además se mencionan otras metáforas anteriores, utilizando palabras mencionadas por la paciente.

Y de la misma manera podemos ir trancando agua... trancando agua... apagando luces y descubrir esos recursos que tenemos... inspirar y expirar... y también cuando estuvimos manejando... las primeras veces que comenzamos a manejar nos pusimos nerviosos, muy nerviosos...

P: Sí.

T: ¿Sí?... pero que pasa cuando usted aprende bien, ¿Siente todavía esos nervios?

La pregunta busca que la paciente confirme que los miedos iniciales

	disminuyen con el tiempo.
P: No.	
T: Esos nervios fueron bajando y seguramente que cada vez... por más difíciles que sean los caminos, aunque andemos por cordillera, podemos controlar nuestro vehículo...	Se entregan sugestiones para controlar la situación mediante una metáfora.
P: Sí, por lo cerros se puede controlar...	La paciente continúa en estado inmóvil y con mirada fija, señales que indican estar en trance.
T: En los cerros se puede controlar...	Se acompaña a la paciente repitiendo lo que ella dice.
P: En los cerros en las baja... hay que pasar un puente a veces... está lindo el lugar [la paciente continúa inmóvil y con la mirada fija como si viera algo].	
T: Nos vamos a meter cada vez más en esto... muchas veces cuando estamos aprendiendo algo... un nuevo trabajo, porque ahora estamos aprendiendo un nuevo trabajo... por que al trabajar con nuestro cuerpo nos podemos dar cuenta que el cuerpo nos hace caso... porque es como cuando uno no sabe manejar... P: Sí.	
T: Y se sube a una camioneta y piensa que la camioneta la lleva...	Se continúa trabajando con la metáfora de la camioneta por el interés que ha manifestado la paciente.
P: Y no porque uno la va manejando...	La paciente acepta la sugestión.
T: Claro.	
P: Sí, si la camioneta la lleva si está bien, pero uno la va controlando, porque si uno la deja se va donde quiera... se puede caer al barranco se puede caer a la acequia... y ahí queda, pero si uno lo va con la mano bien puesta... y los pies bien puestos en el freno... a lo mejor el vehículo puede ir rápido, pero si va muy lento se lo come la piedra... se lo ganan... por eso hay chofer...	
T: Eso el chofer está alerta y a veces tiene que partir cuando menos se lo espera...	Se intenta preparar a la paciente para los dolores sorpresivos.
P: Sí T: Y tiene que ir y tiene que estar dispuesto...	
P.E: Ya me voy.	El pastor estuvo presente en la sesión, ahora se despide.
P: Ya, ¿qué hora van a ser, ya? [la paciente se reorienta bruscamente, se mueve y su mirada vuelve a la normalidad, se ve confundida].	
P.E.: Van a ser las 2, falta media hora, bueno le he dado lado para que usted converse con ella.	
T: Sí, yo me tengo que ir ahora a Santiago.	
P:E: No se preocupe.	

P: ¿Cuándo va a venir ahora?

P.E: Venir aquí no sé hasta cuando usted me diga no más, si yo le estoy ayudando igual que la señorita acá. No le quite que venga la señorita para que la prepare un poco.

P: No, si ella me conversa.

P.E: Sí, lo que le falta a usted...

P: Estoy muy sola me falta comunicación con alguien, no tengo a nadie a veces viene una amiga, pero viene en la noche...

T: Y ¿sus hijos no la han venido a ver?

P: Están dando vueltas aquí no más...

P.E: No la vienen a ver... necesita personas que le conversen que vayan a la palabra a conversar cualquier cosa... una cosa buena... yo creo que es falta de preocupación de la gente de los mismos hijos, no tenemos esa amabilidad.

P: No, no hay esa amabilidad...

P.E: Se ha perdido el respeto hacia la madre... hacia el hijo no hay nada. Está todo cambiado no hay cariño para la madre.

El pastor, evidentemente, no se percata de lo iatrogénicos que son sus comentarios.

P: Pero cuando yo estaba sana, llegaban todos los hijos, llegaban todos porque la mamá tenía almuerzo, la mamá tenía desayuno, la mamá tenía el pedazo de pan y ahora me ven aquí... Es raro ¿no cierto?. Ese chiquicoco que ven ahí ese me cuida: ¿Mami tiene hambre, le sirvo algo...?

La paciente se queja del abandono en que se encuentra.

T: ¿Y no le han ofrecido cosas sus nueras, sus hijos?

P: No, uno no más que me viene a dar la gota, uno.

P.E: Ellos van a tener que darles cuentas a Dios, porque mire, dice la palabra de Dios... cuando Dios bendijo a la madre dijo que los hijos serán bendecidos, alcanza la bendición y sube, pero así como están ellos...

P: Tengo una hija también, pero van a ser 2 días que no la veo, tiene 26 años, no es niña.
P.E: Es una mujer hecha y derecha ya.

P: Creo que está con amigo por ahí cerca.

T: Y si usted, pudiera manejar estos dolores podría conversar con otras personas o ¿qué podría hacer?... si pudiera disminuir un poco las molestias.

Se trata de mostrar una posible alternativa para la paciente.

P: Cuando converso con otras personas se me olvidan los dolores, donde estoy sola peor, peor.

Como le digo una persona es como las plantas, como una planta porque si usted no le da cariño, no va a visitar esa planta, la deja, la deja botá no más y que pasa: se seca se pone triste, la soledad, se pone

triste, se marchita se pone amarilla, si no hay cariño de nada, ni tampoco alguien que lo proteja a lo mejor está mucho en el sol, a lo mejor que necesita agüita y no lo tiene cerca y cuando yo no puedo caminar aquí cuando esté muy jodía, aquí nadie trae un vaso de agua nada, el otro chico que va al jardín por la tarde me dice mama quiere agua en la tarde...

T: Por lo mismo yo vengo a verla, para tratar de disminuir un poco el dolor porque usted realmente lo necesita, porque no saca nada con quedarse aquí.

P.E: Detenida.

P: No van a cambiar.

T: Entonces si usted siente estos dolores, tratando de hacer los ejercicios, aunque le cueste... de manera que le baje un poco el dolor...

Usted podrá conversar mejor con el señor, puede ir a ver a una persona que conozca o darse una vuelta no más para mirar gente, podría hacer muchas más cosas.

P.E: Que donde usted se siente sola aquí, se siente muy sola podría salir un ratito, se distrae...

P: No a veces en la tarde cuando llega mi chicoquito, lo tomo de la mano y me doy una vuelta así, porque los dolores no me dejan caminar...

T: Con los dolores vamos a hacer otros ejercicios, ahora vamos a pensar en otros ejercicios para tratar que esto se vaya disminuyendo...

P: Cuando yo llegué o sea cuando me vino a conversar ella, eso que estamos conversando ahora, yo tenía un dolor... que no lo podía soportar [la paciente pone énfasis en la voz y en los gestos] y no sé de esa vez que la conocí y desde esa vez que viene aquí a verme.

P.E: Bien hecho.

T: ¿Y le hizo bien lo que conversamos?

P: Esa noche yo dormí casi toda la noche.

P.E: A ella le hace falta conversaciones.

P: Después le puedo enseñar a otra persona.

T: Lo puede manejar usted y puede manejar donde quiera porque eso es la idea, porque sino imagínese...

P: Sí, de Santiago viene.

P.E: Pero si no puede venir, puedo venir yo.

T: Claro, aprovecha de conversar con el señor o se puede ir a dar una vuelta, puede ver la tele, tiene que buscar hacer otra actividad, porque quedarse aquí esperando que le venga el dolor no es lo mejor.

Se intenta que realice otra actividad para poder distraerse y no estar tan atenta a los dolores que experimenta.

P.E: Pero hay una cosa que usted no ha comprendido, la persona cuando tiene mucho pecao y no ha vuelto el arrepentimiento a Dios dice que la tribulación vuelve a ella para ser más limpio para que pueda irse más limpia, ya no es tiempo que trabaje tanto. Está pagando lo malo, esa es la tribulación... en mal estado está ella... y el demonio lleva a la persona a matarla, al suicidio a la muerte a la condenación esas cosas.	Las palabras del predicador dan cuenta de un significado importante el cual no había sido advertido anteriormente, el dolor es causa de los pecados cometidos y necesarios para purificarse. Planteamiento contrario al de la terapeuta para quien disminuir el dolor sería deseable y beneficioso. Es obvio nuevamente que la intervención del pastor es potencialmente iatrogénica para la paciente (y para cualquiera que sufra).
T: Yo no entiendo mucho.	Se trata de evadir el tema religioso.
P.E: Usted no entiende las cosas de Dios, porque usted nunca ha tenido a Dios en su vida.	Descalificación a la terapeuta.
T: Yo lo entiendo de manera distinta.	
P:E: (N.E)	
T: Claro, por eso tiene que conversar con ella.	Se trata de dejar que él converse los temas de religión con la paciente.
P.E: Dios tiene misericordia de usted como de ella, nosotros tenemos que acercarnos igual, porque Dios es pa' todos están las puertas abiertas de la Iglesia y a la hora que se cerraron... no las puede abrir ni el Señor las abre, están cerradas.	
T: ¿Señora Anita cómo se ha sentido con lo que hemos hablado? porque quiero saber si esto está dando o no resultado.	Se evalúa el efecto de las sesiones.
P: No, si está dando.	
T: ¿Usted encuentra que está dando resultados? ¿Se ha sentido un poco mejor?	
P: Sí.	
T: Porque sabe que esas gotas sirven para disminuir el dolor, pero también en su cuerpo tiene sustancias que disminuyen el dolor, entonces cuando usted hace estos ejercicios se puede imaginar que usted libera esta sustancia, ¿me entiende?.	
Esas sustancias como son de su cuerpo no la hacen sentir mal, entonces cuando se empiece a sentir un poco mal, usted se pone a hacer los ejercicios porque este es el nuevo trabajo que está aprendiendo que está haciendo.	
P: Sí.	
P.E: Bueno permiso, las voy a dejar.	
P: Ya.	
P.E Tengo que llegar al (N.E) ¿Conoce?	
T: Nada, la casa de ella es lo único que conozco de	

Melipilla.

P.E: Como una hora y cuarto.

T: Ya un gusto que esté muy bien, gracias.

P: Ya puede venir mañana o el Domingo, cuando quiera, porque mañana no trabaja.

P.E: No, pero tengo que hacer mañana cuando venga el Lunes a trabajar ahí, paso para acá.

P: Ya, muy bien gracias.

P.E: Y a usted no le queda ni una salida más, solamente el Señor, las palabras de otras personas sirven, todas las palabras sirven. El Lunes si Dios quiere estaremos por aquí, si no puedo venir el Lunes vengo el Martes.

El pastor se retira deslizando otro comentario potencialmente iatrogénico.

P: Ya.

T: Sí pues señora Anita, cuando está sola el dolor es peor. Pero sabe que yo estaba pensando que le hace falta una entretención.

P: Sí.

T: ¿A usted no le gusta ver la tele?

Se sugiere una entretención que pueda ayudar a la paciente.

P: Sí, depende, pero cuando estoy con dolor lo apago, no me gusta, antes era buena para ver las comedias, pero ahora no.

A mí me gustaría trabajar, trabajar no más, no estar en la casa, me gusta trabajar porque uno tiene niños... ya está pasando rabias me gustaría trabajar, hacer mis cosas, nunca me ha gustado estar pega a la tele, escucharla si, pero yo trabajando en mis cosas...

T: ¿Qué podríamos hacer?. ¿Qué cosa podría hacer de trabajo?

P: No sé leer bien, no veo las letras, con la vista no veo mucho, puedo estudiar.

T: Eso le hace bien.

P: Pero no veo, yo no puedo ni enhebrar una aguja cuando quiero coser un sostén.

La paciente tiene problemas para ver.

T: Ah tiene problemas a la vista, ¿tejer también le cuesta?

P: Sí, pero antes estuve tanto tiempo 12 años tejiendo...

T: Sí, usted me contó que estuvo tejiendo muchos años.

P: Y no me puedo sentar, empiezo con dolor no puedo no puedo, tengo que estar de espalda o de lado, pero siempre con un pie así, no tenerlas juntas [la paciente esta recostada de lado].

T: Darse una vuelta... salir, porque encerrada le va a hacer mal, así que cuando pueda... salir, distraerse un poco.

P: En el trabajo con las compañeras se ríe, conversa ¿a quién no le gusta reírse?, pasa el día volando cuando nos dábamos cuenta estamos en la hora para salir, ya.

A la paciente le gustaría volver a trabajar, por su estado no puede desarrollar otras actividades.

Y sobre todo cuando estabamos controlando los vehículos, tenemos un rato no faltaba quien hablara un chiste... y ahora yo acostá... Ahora si yo camino, me hace mal para la presión, me dan mareos, póngale que me caigo por ahí. Parece que algo me va nacer me va a nacer algo por ahí.

La fe de Dios no más, Dios sabe si se lleva o no. Pero el hecho que deberían haber operado no más, eso es lo que quería (N.E). Cuando me hicieron unos exámenes, yo le dije ya.

A la paciente le gustaría operarse y correr los riesgos. Le molesta no recibir tratamiento orientado a controlar la enfermedad, piensa que ésta avanza diariamente.

Y el médico lo dejó así y se retiró y ahora no me van a volver a tomar los exámenes. No sé, pierden los exámenes que le hacen después le vuelven a hacer de nuevo.

A mí el doctor M me dijo: usted no va a salir del hospital hasta hacerle el tratamiento, pero lo primero que llegó otro médico dijo: usted se va hoy día ya está bien.

Y así se va pasando la enfermedad cada día se va pasando más, es como la cizaña usted va matando las espinas grandes, pero las cizañas va dando, las cizañas chicas van naciendo, porque es una espina la cizaña es una espina. Cada día va creciendo si llega a entrar a la sangre... con la enfermedad que tengo yo, me voy cortá y ahí no van a ser na' si hace un mes sin tratamiento con puro calmante.

Están estudiando todavía, me llevan en estudio 10 meses... vaya pa' la casa está tranquilita... y ahora últimamente cuando ya me desangré... hay me colocaron tapón, ahora sangro poquito. Pero igual yo le dije al médico: discúlpeme - le dije doctor- que estuviera en el pellejo, le dije, usted sabría lo que duele; como te va a doler tanto - me dijo- a mí me gustaría que supiera los dolores que siento yo, todas las mamás lo sabemos cuando vamos a tener una guagüita cuantas contracciones le vienen, cuanto sufrimos. Porque no vamos al grano mejor.

Al otro día, el médico me dio da alta por reclamar... Así se le muere la enferma porque esperan, esperan, esperan qué les cuesta... Yo le digo a mi hijo mayor que firme y bueno está de Dios no más. Me está matando todos los días.

Otra niña le dijo igual, pero el doctor M le dijo: discúlpeme, pero a ella la veo yo, y no se va hasta que tome su tratamiento.

Ya le van hacer radioterapia, al otro día la marcaron y la llevaron y ese doctor era mi doctor. Y pero ese día no estaba de turno, si hubiera estado de turno

me estarían tratando ya, ya tendría radioterapia.

Como está otro doctor me dieron el alta me vine, ahora no sé cuando va estar la hora para poder radiarme. Y ahí uno se siente mal... ¿Será porque uno no anda con la plata?... así no la atiende nunca. A mí desde cuando que me ha hecho radiografías... ya no sé más.

Después últimamente cuando pedí que me podían poner las drogas ya no daba más, ya me llevaron otra vez a sacarme radiografías y la niña que me sacó la radiografía no era la doctora, ella estaba con un cabro más joven, entonces ella salía con el cabro más joven, estaba en la otra pieza con el joven, entonces me iba a mirar no más y cambiaba la placa y se iba para allá y no se quedaba ni un rato ni miraba... decía respire y no respirar, bote la respiración y después de nuevo no respire, hice esa cosa y después se fueron y no lo vi más.

Estuve dos horas esperando, no era la doctora, esa niña así que son enfermeras ellas no saben... la doctora tiene que estar ahí...

La doctora no está, los otros exámenes salieron buenos porque la doctora los tomo, pero los únicos exámenes que no me tomó salieron malos.

T: Bueno.

P: Pobre no puedo hacer nada, yo no tengo plata para viajar consigo plata, después la devuelvo. Pero como me dijo... yo le dije que nunca me llamaron a exámenes...a eso del control y la ficha venía diciendo que yo no iba a los controles que faltaba a los controles, pero si no me llamaban a control cómo iba a ir, porque si a usted lo citan a los control, si usted no lo asiste, ahí no más queda, pero si ellos me citaron a un examen. Yo fui, me los hice todos y después me perdieron los exámenes no sé, lo buscan y después piden otros exámenes y cuanto demoran 10 días. Una vez fui 4 veces seguidos y esa platita sale todo de mi bolsillo, a mí no me dan plata para el pasaje, yo soy sola, no tengo marío. Porque si yo tuviera marío dirían él trabaja y le da plata; no yo solita...

Yo hago todas mis cosas, si yo tenía que ir a la posta, tenía que ir a la posta... tenía que ir a preguntar para cuando está la hora ir al Consultorio y quedó de venir a verme hoy día la matrona y no llegó. Quedó de venir antes de 12, pertenezco al Consultorio, bueno en caso grave al Hospital de Melipilla.

T: Vaya el Lunes en la mañana al Hospital, le dice que la matrona la mandó.

Se vuelve a insistir para que acuda al Policlínico del Dolor.

P: La Angélica ¿Así?

T: Sí.

P: De parte de ella.

T: Le cuenta cómo está.

P: ¡Ay! [la paciente se mueve y queja].

T: Ahora le viene el dolor ¿qué dolor tiene?

P: Dolor a la cola, me apreta así, un dolor un descozor, me llega a la pierna...

T: Y tele no le gusta ver, ¿qué otra cosa le gustaría hacer?

P: Soy una mujer aburrida no más, escuchar música bajita.

T: Bueno esto es igual que trancar el agua.

P: Sí.

T: Bueno si le duele es que hay una agüita por ahí, cómo usted ya sabe (se acabó el cassette, algunas frases no se grabaron)

La paciente controló el dolor, no se queja.

P: Sí, por ejemplo ahora vencí un dolor que vino.

La paciente pudo controlar un dolor y se da cuenta.

T: Ahora recién.

P: Sí, pero no sé cual, ya serían dos.

T: Dos.

P: Sí, ahora me da otra vez yo le voy a decir cuántas veces me dio después que usted se fue.

T: Claro, a lo mejor no le dan ninguno o poquitos imagínese.

P: Poquitos capaz.

T: Cuando usted vea que está muy iluminado apagamos las luces, si no resultan las luces hacemos todo lo demás. Ahora que hemos estado hablando no ha tenido ninguna molestia.

P: Si la náusea y un dolor de cabeza.

T: Ah cuando estabamos hablando...

Ya señora Ana ha sido un gusto verla, muy bueno hablar con usted, pero a los diez minutos no tenía que hacer... Ya entonces cada 6 horas las gotitas 20 gotitas, comer fruta, tomar laxantes, algo que sirva para ir al baño, esos son los laxantes, puede ser la vaselina. Bueno yo voy a tratar de averiguar el teléfono, pero que su hijo trate de llamar ha este número.

P: Ya, por favor, porque por eso estoy más preoucupá, porque sino van ha decir que soy desobediente que no cumplo, porque así fue que dijeron allá, pero si yo estaba hospitalizá como iba a ir al control.

T: Claro.

P: Estaba hospitalizá y así llamaron a Melipilla que yo

Al parecer la paciente faltó a unos

dejaba los controles botaos porque nunca me controlaron, estaba hospitalizá por un examen, pero estaba mala la máquina para sacar radiografía.

controles por estar hospitalizada.

T: Claro. Entonces le han hecho bien las conversaciones han bajado las molestias.

P: Sí, el otro día cuando vino una compañera de trabajo a verme tenían un dolor, pero caballo de grande y cuando llegó me empezó a conversar ella y se me quitó el dolor estuve una hora con ella aquí, era un dolor que no soportaba, pero al final conversando con ella me iba imaginando, tenía en mi mente y se me quitó, se me quitó.

Al parece la paciente pudo controlar un dolor y poder interactuar con una persona.

T: Y ahora no hay necesidad que el dolor sea tan grande en el tiempo, lo podemos experimentar más chiquitito, porque la mente tiene otro tiempo.

P: Ya.

T: Es como un remolino que viene y los remolinos no duran mucho tiempo...

Alusión a la analogía utilizada anteriormente.

P: No, se van ligero...

T: Claro, me voy entonces, me alegro de verla mejor.

La terapeuta se despide de la paciente.

P: Gracias que me vino a ver como una visita que me viene ha entretener, he aprendido. ¿No puedo tomar remedios para dormir?

T: Voy a preguntar. El Lunes mande, si usted no puede ir, alguien de su familia que le cuente tal cual, como usted se siente, tal cual ni más ni menos, porque si le pone más le van a dar más remedios y se puede sentir mal, tiene que ser tal cual como usted se siente.

P: El Lunes.

T: El Lunes en la mañana.

P: Capaz que yo vaya para allá, porque según... vamos a llamar otra vez a Caupolicán... porque sino tenemos que viajar todos los días, todos los días y yo no puedo sentarme.

T: Pero va ha poder hacer más cosas.

P: El dolor.

T: La molestia.

P: Sí, la molestia porque eso es grande...

T: Sí, pero mejor ni pensar en eso...

P: Sí ni pensar...

T: No nos sirve mucho.

P: Sí, se pone a pensar tiene la mente ocupá y más rápido, más rápido vuelve.

T: Para qué pensar en eso, tenemos tantas cosas en que pensar ahora.

P: Y pensar en otras cosa en cosa lindas...

T: No pensar en cosa feas... ¿No es cierto?. Para dormir se acuerda de lo que hicimos para dormir...[la terapeuta toma la mano de la paciente]

Su manito tal vez... se va poniendo helada, no la va sintiendo mucho y sin que haga nada... la manito que nos cuida que ha hecho tantas cosa las ponemos ahí [se coloca la mano de la paciente en su cabeza, se encuentra inmóvil y relajada].

Y vamos a ir contando mentalmente de 10 para atrás...

Como si una piedra cayera en el lago... Nos vamos sintiendo protegidos seguros y cuando ese sueño se profundice la mano vuelve al lugar que estaba...

Vamos a dejar las llaves bien cerradas para que nuestro sueño no se perturbe... nos colocamos en una posición que nos acomode...

Antes de dormirnos cerramos las llaves apagamos las luces... cada vez... y nuestra mano lentamente a lo mejor la mano se va cayendo lentamente hasta que llegamos a la cama y cuando lleguemos a la cama a lo mejor vamos a tener nuestras llaves cerradas...

Y nos va a dar un sueño profundo hasta que nuestro cuerpo decida cual es el momento de despertar... dejando que nuestro cuerpo se relaje recordando todo lo que hemos aprendido... puede que no nos acordemos mucho, pero no importa porque hay una mente inconsciente que sí sabe...

Damos gracias a esa manito... y le permitimos que baje... [la paciente se ve más relajada]

P: Tengo sueño...

T: Ya, damos gracias que podemos descansar... que bueno es haber visto todo lo que aprendimos sabemos tantas cosas ahora... nos ayudan y ahora que hemos aprendido vamos a seguir durmiendo [fin de la sesión, la paciente se queda dormida].

SESIÓN 5.

PACIENTE: 2.

LUGAR: Campamento Padre Demetrio, Melipilla.

FECHA: 21 de Enero de 2001.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente luce cansada, se encuentra en cama, no puede realizar actividades, tiene problemas para comer, dormir y orinar.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: en la sesión presenta alteraciones de la percepción (pseudoalucinaciones), consciencia (embotamiento), problemas de concentración, memoria y orientación; además presenta un yo debilitado (conductas regresivas). En cuanto a su estado emocional, se encuentra temerosa y enojada.

HIPNOSIS: la paciente encuentra efectivas la autohipnosis en el alivio del dolor, pero no ha practicado debido a su deterioro cognitivo. En la sesión se pudo inducir con mucha facilidad un trance, se utilizó una estrategia directiva y se practicaron claves para facilitar la inducción por un tercero. Durante la sesión se desencadenó una crisis de dolor que fue controlada rápidamente, también disminuyeron las sensaciones de náuseas después de utilizar el procedimiento hipnótico.

RED DE APOYO: deficiente.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: no se tiene información.
b) Dolor más intenso: EVA más de 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 4 aprox.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: un dolor intenso (10 EVA).
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): no se tiene información.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 2-3 hrs.
b) Dolor base: la mayor parte del día y la noche.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 0.
c) Duración del alivio inmediato después de la sesión: no se tiene antecedentes.

TRATAMIENTOS: la paciente ha asistido a cuatro sesiones de radioterapia paliativa y toma medicamentos para aliviar el dolor (tramadol 100 mg indicado cada 4 horas, pero por falta de medicamento toma cada 6 hrs).

RESUMEN:

La entrevista se realizó en la casa de su hija, el lugar es una mediagua ubicada a pocos pasos de donde vive la paciente. Debido al estado de la enferma, la mayor parte de la sesión fue una conversación coloquial, por lo que sólo se realizaron ejercicios muy cortos.

Actualmente, la paciente recibe un poco más de atención; sin embargo, no es suficiente. La enferma está al cuidado de su hija quien tiene dificultades para hacerlo bien porque trabaja, no tiene tiempo y no cuenta con apoyo familiar, sólo recibe la mínima ayuda del hijo encargado de dar los medicamentos.

La paciente se encuentra en cama, no ha podido realizar actividades, tiene dificultades para dormir, comer y hablar, luce cansada y tiene la mirada perdida. Durante la semana ha estado con mucho dolor, no siente alivio con el medicamento (tramadol) y no ha practicado autohipnosis porque tiene dificultades para pensar y recordar.

Además se encuentra bastante angustiada y temerosa, sobretodo por ver "cosas" y estar sola. Se pudo observar que en ciertos momentos la paciente presentaba pseudoalucinaciones, embotamiento, dificultades de concentración, memoria y conductas regresivas (abraza a una muñeca, la cuida). Durante la semana estuvo hospitalizada en Melipilla por problemas de deshidratación, según su hija .

Durante estos días ha tenido dolores intensos en la zona hipogástrica y sacra. Los más intensos, superan la intensidad EVA 10 y pueden durar de 2-3 hrs., también presenta un dolor constante que puede durar todo el día.

En cuanto al tratamiento, la paciente ha comenzado la radioterapia, asistió a 4 sesiones con mucho esfuerzo físico y económico. Por esto, le gustaría recibir algún tipo de ayuda porque ha visto que otras paciente la reciben y ella lo necesita.

En cuanto a los medicamentos, no siente alivio con el fármaco indicado, toma el medicamento cada 6 horas por la poca cantidad que tiene, no cada 4 horas como se sugirió en la sesión pasada.

Le gustaría recibir otro tipo de tratamiento, no entiende por qué no es operada o no lo fue en su momento. Además no entiende que no le den dipirona si sentía alivio con este medicamento cuando estuvo hospitalizada y ella no tiene recursos para comprarlo.

En la sesión anterior por recomendación de la matrona se le sugirió ir al Policlínico del Dolor de Hospital San Juan de Dios. Por razones poco claras la paciente no fue atendida, al parecer no se dirigió a las personas correctas, ni en los horarios adecuados, pues las pacientes que acuden al Policlínico del Dolor siempre reciben atención. La contrariedad fue comunicada a la matrona.

Durante la sesión se indujo trance fácilmente, la señora alucinó una sensación de frío en los lugares en que sentía dolor, mediante este procedimiento pudo controlar una crisis en duró pocos minutos.

Durante la inducción manifestó temor al cerrar los ojos por tener alucinaciones. Dado el estado de la paciente la inducción fue directiva, se trató que tuviera los ojos abiertos y que

no evocara eventos pasados, pues la paciente dijo no tener memoria para ellos. Además se aprovechó la oportunidad para enseñarle a la hija el procedimiento hipnótico, para esto se recurrió a una clave: tocar su mano y sugerir lugares en los cuales la paciente se pudiera sumergir en agua. En la sesión la señora pudo hacerlo varias veces.

Si se compara con la sesión anterior, no se observa una disminución del dolor, las crisis han aumentado en intensidad y duración.

Si se considera el avance de la enfermedad, la imposibilidad de practicar autohipnosis, por las dificultades cognitivas de la paciente, la falta de recursos y el abandono en que se encuentra; se puede entender el aumento de dolor.

Al día siguiente de la entrevista, la enferma quedó hospitalizada por 3 días debido a problemas renales que le provocaron una intoxicación, en la ocasión presentaba conductas autistas.

En esa oportunidad el médico del Hospital San Juan de Dios, le informó a la familia que el estado de salud de la paciente era irrecuperable. La familia tomó con pesar y tranquilidad la noticia, preocupándose más del bienestar de la enferma.

T: Yo pensé que la atenderían mejor, por eso había avisado... que pena..	La paciente comenta que fue al Policlínico del Hospital el Jueves pasado en la tarde y no la atendieron. El comentario trata de empatizar con la paciente que se siente muy afectada por lo sucedido.
P: Que tenía que llevar una receta [la paciente está en cama en casa de su hija].	Ahora recibe el cuidado de su hija.
T: Sí, por eso yo la quería ver porque se acuerda que la otra vez le traje unas gotitas... Entonces podía contarle a Angélica como está.	
P: La señorita Angélica ¿Cierto?	En la sesión anterior se le recomendó decir que venía de parte de la matrona Angélica, quien trabaja en el hospital.
T: Ella claro.	
P: Yo preguntaba por ella, no la conocen, no trabaja aquí. Ayer amanecí super mal... fui a parar al hospital el Jueves en la noche, mis hijos me llevaron... y mi hija estaba recién trabajando igual... Tenía tan mala memoria... porque no conocía ni a mi hijo... Mi gorda, me decía, y yo le decía echa el gato pa' afuera, yo no te voy a abrirte la puerta porque viene con un gato.	La paciente fue llevada por sus hijos al hospital de Melipilla. La paciente relata un episodio alucinatorio.
T: Ya, y no había ningún gato..	
P: Ningún gato dice mi hija.	
T: Ya, tal vez son los remedios la hacen ver ese tipo de cosas.	Se le dice esto para disminuir la angustia que le provoca darse cuenta de sus alucinaciones. Este hecho fue informado a las matronas por si hubieran causas médicas que

	pudieran explicar los síntomas de la paciente.
P: Ya mí me da susto porque no pasa nada.	A la paciente le provocan susto las alucinaciones.
T: ¿ Cuántas radioterapias le quedan?	La paciente comenzó el tratamiento de radioterapia.
P: No sé, pero llevo 4.	
T: Lleva cuatro y va todos los días y va a ¿qué hora?	
P: Todos los días, dejo de comprar pan para mis hijos, dejo de comer, pero voy para allá.	
T: ¿ A qué hora va ?	
P: Voy en la mañana.	
T: ¿ Cómo a que hora se desocupa?	
P: Bueno voy con mis compañeras algunas están un poquitito mejor que mí, me traen, me traen...	Otras pacientes que asisten al Hospital Caupolicán Pardo acompañan a la paciente.
T: Ha conocido más señoras porque hay otras de Melipilla. El otro día vi otra señora de Melipilla.	
P: Sabe lo que encontraron muy mal allá que me manden sola... porque si hay ambulancia, si hay asistente pa' hablar usted ve como es la asistente de allá... me atendió una matrona que me mandó un papel para acá... todo eso tomó en cuenta el doctor anoche, que mi hija me llevó al hospital, me dijo si hay ambulancia aquí también, porque no le hacen una receta a la señora para su remedio, más encima la plata de su bolsillo, me encontró razón el doctor anoche. Me van a ser un papel acaso me pueden ayudar con algo... porque ella no tiene como medicinarse y no tiene plata, una ambulancia si quiera llevarnos de aquí... pero yo quiero saber allá que clase de enfermedad que tengo realmente...	
T: ¿Dónde quiere saber?	
P: En el hospital de aquí (N.E) yo creo que ni el médico sabe, yo voy a presentar mis papeles a caso me puede llevar una ambulancia y traerme... yo le dije que el médico o la asistente que me estaban haciendo un examen hacen un papel para que me lleven todos los días y me traigan también.	
T: Claro.	
P: Como a otra señora la ayudan, ¿Por qué no a mí? Si yo soy sola también, ella es sola no tiene hijos no tiene marido, no tiene hijo que estén con ella.	La paciente se ha dado cuenta que otras personas que viven en Melipilla reciben ayuda para ir al hospital.
T: Lo bueno que allá la están orientando en eso.	En el hospital de Melipilla la orientan para que pueda recibir movilización.
P: N:E	
T: El doctor, que bueno hable con ese doctor,	La paciente se refiere al trámite para

porque yo no sé cómo se hacen estos trámites, eso tiene que verlo el asistente.

P: El doctor de aquí está haciendo todo lo posible para que me puedan llevar y traer...

T: Claro, mejor para que no ande sola.

P: Tiene que salir la orden y firmarla no más... tiene que salir de los médicos de allá de San Juan de Dios, ellos tienen que mandar un papel y ese el médico de aquí toma ese papel, se lo manda al médico de aquí y ahí se aplican ellos, pero el papel viene del otro hospital y ahí lo toma el asistente social de allá y de aquí. ¿Entiende o no?

T: Sí, pero yo creo que la asistente tiene que hacer ese trámite.

P: Del hospital del San Juan de Dios tienen que mandar el papel.

T: Pero ¿le avisaron allá que mandaran el papel o no? porque el médico como va a saber que tiene que mandar un papel.

P: Mañana se va avisar.

T: Entonces está el trámite corriendo, que bueno.

P: Y el médico dio un papel también, anoche cuando me llevaron y ese papel lo recibió mi hija, así que hay que hacer los trámites no más.

T: Claro, y ¿Qué le dijeron anoche, cuando la llevaron al hospital? ¿ Qué tenía?

P: El médico dijo vamos a tener que ayudarla a ella, vamos a tener que ayudarla, pero necesita igual el papel del médico del otro lado.

T: Cuándo fue al San Juan de Dios ¿Fue el Jueves en la mañana?, o ¿Fue un día en la mañana? Cuando la mandé que fuera al Policlínico del Dolor, ¿Se acuerda?

P: Sí.

T: Usted fue.

P: Fue en la tarde, pasé en la tarde.

T: Y habló con las niñas y no la dejaron hablar con la matrona.

P: No, porque dijeron que no estaba que ese día no le tocaba ir a trabajar.

T: Al final tuvo muchos problemas.

P: Sí, problemas con la niña que atiende.

que una ambulancia la lleve a radioterapia.

Se trata de saber el estado de salud de la paciente.

El relato de la paciente es disgregado, dificulta su comprensión no se sabe si se refiere a su hospitalización del Jueves pasado o si el Sábado fue nuevamente hospitalizada, se desconocen los motivos y lo que dijo el médico sobre sus estado de salud.

Se trata averiguar cuando fue al Policlínico del dolor, si fue en el horario recomendado.

Al parecer habló con personal administrativo, no se pudo contactar con la matrona.

T: Ya.

P: Por suerte yo andaba trayendo y todos mis documentos... que FONASA tenía, todo eso me preguntaban, todo eso, todo eso...

T: Pucha, y ¿qué remedio está tomando?

P: Los mismos remedios que me daban siempre.

T: El mismo... las gotitas, las mismas gotitas.

P: Sí.

T: Las mismas, mismas gotitas, esas que le dio el doctor.

Se consulta para asegurarse que no hay un cambio en los medicamentos.

P: Sí.

T: ¿Se acuerda que me dijo que necesitaba una receta y toda la historia?

P: Ella misma.

T: ¿Se le acabaron las gotas?

P: Ya no me queda nada de las gotas... si allá me dieron para taparme la boca, andaba toda asolea, acalorá así que me dieron eso siquiera.

T: Yo le dije que fuera porque me dijeron y para evitarle problemas yo le dije a K que usted iba a ¿Yo le pregunto para saber cómo le fue?

P: Sí, ya no me quedaba.

T ¿Qué está tomando ahora?

P: Las mismas gotas.

T: ¿Cada cuánto se las está tomando?

P: Cada 6 horas.

T: Cada 6, no cada 4.

Se le pregunta porque la última instrucción sobre los horarios del medicamento era cada 4 horas.

P: No porque queda tan poquito.

T: Ya, cada 6 horas, ¿quién le está dando las gotitas?

P: Mi hijo me la da.

T: ¿Su hijo R?, bueno yo hablé con tu hermano el otro día [se le dice a la hija] porque tu mama está tomando unas gotitas y se le puede olvidar, está tomando una gotitas que son para el dolor.

Se le explica a la hija sobre los medicamentos y lo hablado anteriormente como una forma de buscar su cooperación.

P: No hay para que quedan poquitas, quedan para una vez no más [la señora le menciona esto a su hija al escuchar lo que la terapeuta el explica].

T: Pero la última vez no le estaban haciendo mucho efecto, ¿se acuerda?

P: Sí, pero yo ayer hablé, le dije al niño... bueno le dije y me dio una receta... le dije que no podía hacer pipí, no podía hacer caca, todo eso estaba mal, entonces en Caupolican Pardo me dieron una pastillita para hacer pipí y me dieron unas pastillas acaso podía hacer caca también, Y sabe... que me hicieron bien.

T: Que bien.

P: El Lunes me va a ver el médico.

T: Ya.

P: Y me va a dar remedio y la niña me hicieron la paletea y me van a dar remedio me lo dieron a mí y me van a dar remedio, no sé.

T: Que bueno, entonces está tomando remedios para hacer pipí, para hacer caca y para el dolor.

P: Sí, solamente me quedan para hoy no más.

T: Y el doctor ¿la va a ver el Lunes en Caupolicán?

P: Sí, pero me va a ser la paletea cuando quede una enferma ellas me va a pasar para que realmente me vea el médico, el Miércoles... pero si usted me trae remedios mucho mejor, porque para no andar todos los días pidiendo pastillas.

La paciente no está muy ubicada temporalmente, por su relato cuesta entender si el médico la verá el Lunes o el Miércoles.

T: Claro, el Miércoles va a ver el médico.

P: Sí, sabe que me va a hacer unos exámenes de orina.

T: Ya, me dijo Angélica que tomara harta agua.

P: Sí tomo harta agua yo y sabe que la vomito toda, toda, tengo que tomar harta agua.

H (hija): (N.E) Yo llegué del trabajo como a las 9, el Viernes cuando llegué aquí me dijeron mi mami está en el hospital, se la llevaron porque estaba mal, yo llegué allá dejé la mochila cerré dejé y me fui al tiro al hospital ¿qué tenía...? está muy deshidratá su mama está muy deshidratá, tanto vómito y sin comer nada. Vomitaba más bien dicho no le salía nada, el agua todo lo devolvía.

Al parecer la paciente estuvo hospitalizada en el hospital de Melipilla por estar deshidratada.

T: Y ¿Ahora está comiendo?

H (hija): Le estado comprando frutas, leche, jugo... de a poquito.

T: De a poquito.

P: Sí, me tomo un vaso de agua, me da... a los 10 minutos ya está afuera.

T: Tiene que tomarse las gotas después de comer.

Recomendación dada por la matrona.

P: Vomito así... ahora estoy mal, vomito todo.

T: ¿Ha hecho los ejercicios de la otra vez?

La paciente tiene dificultades de

memoria para realizar los ejercicios de autohipnosis.

P: No, no me acuerdo de nada.

H: Yo endenante la estuve mirando, como 2 horas que está aquí, yo le dije vaya a acostarse. Dormía así de repente despierta así como asustá y me dijo ¿qué dijiste tú? Y yo la quedé mirando, no nada le dije, no he dicho nada, he estado aquí escribiendo -no si algo me dijiste- no mami le dije. Y no sé.

La hija se da cuenta que su madre no está bien.

P: Estoy mal y eso que me dijeron en el Caupolicán, si no podían operarme, ¿Por qué te hicieron tanto examen?... ¿Por qué? Si allá en el Caupolicán... ¡ay!... no. En San Juan de Dios ¿Por qué me exigieron tanto examen?, ¿Por qué? Eso es lo que me dicen... al tiro me dijeron los doctores allá... que no tenía derecho de operarme ¿por qué no tenía derecho?

H: ¿Por qué le hicieron tanto examen para hacerla sufrir?... No dan ninguna solución.

La hija parece no entender el estado de salud de su madre.

P: Que no podían operarme... que no tenía...

H: Yo no he podido ir.

Al parecer la hija no ha ido al hospital para preguntar por el estado de salud de la paciente.

T: Sí.

H: Yo he... tenido que darle plata para el pasaje si no tiene y comprándole cositas aquí.

P: Me viene el dolor.

T: ¿Son los mismos dolores o son otros?

P: Parece que me voy a acabar, no era mujer de pararme... parece que se me iba a caer todo de aquí... [la paciente señala un dolor hipogástrico]

A mí lo que me dijeron allá la señorita que atiende que ve tanta cosa allá, ellas me dijeron que los dolores ya no los soporto ya... y los mismos dolores me tiene así... no me van a operar no me van a ser sufrir más.

Deberían operarme, sólo Dios sabe no más, Dios sabe todo eso, ellos dicen usted no es capaz de recibir una operación, pero a lo mejor puede resistirlo, el mismo médico me dijo ese día cuando me vino el dolor, (N.E) pero a lo mejor podría resistir la operación... ¿por qué? a mí no me reciben eso me dijo...

T: ¿Y cuántos de esos dolores como de contracciones tiene?, ¿ Le están durando 2 horas las contracciones?

P: Sabe que hasta de la memoria estoy mala ahora.

T: Dolor... ¿cuánto siente normalmente. De 0 a 10?

P: No ahora pasa [señala que pasa de 10] y que

Al parecer la paciente ha sentido

dura sus 2 horas 3 horas.

dolores más intensos, pero por otra parte, ha sido difícil entender como se presentan sus dolores por las dificultades cognitivas de la paciente.

T: ¿La contracción?

P: Sí, a veces el día entero señorita, el día entero, parece que se me va a caer todo... cuando pasan de un rato esos dolores ya no los soporto... sabe que es un dolor caballo, no entiendo es el día entero. Si me tomo las gotas ni siquiera se quita.

Al parecer la paciente tiene dolores más intensos y largos que la sesión anterior.

T: No pasa na' con las gotas.

P: No, no pasa na' es mucho el dolor.

T: Me dijo Angélica, también, que tomara Dipirona cada 8 horas.

P: Ya, pero acá en el Hospital nunca me dieron Dipirona, allá sí, inyectá y pa' tomar también, pero aquí no me han dado, el otro día el dije señorita... dejo dicho que si viniera alguien que le diera Dipirona, tampoco me dieron, sin receta ellos no pueden dar remedios, eso digo yo, porque a mí me han inyectado y me han dado Dipirona con agüita, después que me he tomado mis gotas. Debían darme esos remedios... después de las gotas me daban Dipirona para tomarla con agüita y ahí ya mataba el dolor, pero eso digo yo debería conseguir, pero no puedo...

T: Bueno le voy a decir a Angélica como le ha ido.

P: La misma señora Angélica me dijo: sabes que tienes que hacer mi hijita: usted tiene que tomar este remedio con agüita, la Dipirona, después de las gotas.

La paciente recuerda las instrucciones dadas en el Hospital San Juan de Dios para tomar los medicamentos. Luego alucina con una ventana.

Me quiero sentar [la hija la ayuda]... sabe que hace rato veía una entrá grande... hace rato veía una ventana aquí... y ahora no está la ventana. No está la ventana, yo estaba acostá y veía la ventana...

T: Y no ha podido hacer los ejercicios cuando le viene las contracciones... ahora vamos a hacer otro como no se acuerda. ¿Tiene alguna molestia?

P: La cabeza [la hija sale de la habitación]

T: ¿Dolor tiene?

P: (N.E) Parece que tengo una herida como algo que se me va reventar adentro, usted señorita a lo mejor me va a entender... como es la molestia que tengo ahora... parece que se me va a reventar el bolsa de agua cuando uno va a tener la guaguita... cuando la guagüita viene para abajo eso siento ahora, la bolsa de agua se me va a pinchar.

La paciente está semisentada en la cama no muestra gestos de dolor.

La señora Angélica usted le dice eso, ella le va a entender... parece que se me va a reventar la bolsa de agua... si se revienta la bolsa de agua se muere al guagua... por eso yo me apuntalo un poco porque si se revienta el agua va a destruir a

la mamá y al niño, por eso le dije a ella que me ayudara... por eso tiene que ayudarme, pero que guagua voy a tener yo.

T: Es la misma sensación. A ver si podemos hacer otro ejercicio distinto ahora.

P: Ya.

T: Cuando le vienen estas contracciones eso de irse a trabajar ¿No le funciona cuando le vienen estas contracciones?

P: Cuando vienen las contracciones vienen muy fuertes y parece que se le va a reventar la bolsa de agua y uno no puede ni hablar es un dolor que está fuera...

La paciente no puede controlar los dolores intensos. Se intentará ayudarla para que experimente un trance que puede en parte aliviar sus molestias.

T: Y antes, usted me decía que sentía este dolor antes que sabía cuando iba a venir.

P: (N.E) ahora está como que va a empezar la historia, esas contracciones no las entiendo... no es normal en una señora que está enferma de cáncer.

T: ¿Le puedo bajar a la radio?

P: Claro, porque usted está grabando.

T: A ver...

P: Ese lo hicimos el dolor no calma con nada no sé que podemos hacer... porque ese dolor que no calma con nada.

T: Y ¿Se le calmaba el dolor?

P: Sí, pero ahora como estamos con la memoria mala... es mucho el dolor.

T: Claro, como está con la memoria mala, vamos a tratar de hacer otra cosa ahora ¿Ya? podemos mirar un punto, mirar un punto, mirar un punto..

Se trata de inducir trance por fijación de ojos.

P: ¿Quiere tomar bebida?

T: No, gracias.

P: Veo que tiene sed.

T: Bueno, ya.

P: Eli. Eli [la paciente llama a sus hija].

T: Claro con la memoria... pero antes le servía...

P: Sí.

T: Eso que ve cosas es por la enfermedad, las gotitas, no se asuste.

Se trata de tranquilizar a la paciente por las alucinaciones que tiene.

P: Mis hijos están asustados porque ven que no doy más... de carácter cambié... y ¿será así? ... ellos piensan que en vez de mejorarme me estoy complicado más, eso entienden ellos... y se

asustan... el morenito ese es mío... el H...

T: El H, si lo conozco el otro día cuando la vine a ver y usted andaba en el hospital que bueno que empezara el tratamiento.

Uno de los hijos de la paciente.

P: Empecé el Miércoles.

La paciente comenzó su tratamiento de radioterapia.

T: El Miércoles, vamos a empezar ahora... ¿le acomoda más cerrar los ojos o con los ojos abiertos?

P: Con los ojos abiertos.

T: Va dejar las manos al frente donde tiene las manitos, vamos a concentrarnos en uno de nuestros pies y nos vamos metiendo en agua fría... vamos sintiendo los pies en el agua fría... ¿qué pie se está helando un poco más?

P: Este pie...

La paciente señala su pie izquierdo.

T: Este pie [la paciente señala el pie izquierdo] ¿Este pie?... Y ¿por dónde va lo frío?

Se piden detalles para reforzar la experiencia.

P: Por el mismo lado...

T: Por el mismo lado, ¿va subiendo y usted se ha dado cuenta que cuando está frío... uno empieza a no sentir mucho?... puede dejar que siga ese hielo

Y puede ir al lugar de la mente que nos cuida... vamos a ese lugar que no hay que tener miedo que es el lugar que nos cuida... ese lugar que usted sabe como ir...

Y puede sentir... como cuando usted mete sus patitas en el agua fría... en el agua fría... se va metiendo completamente hasta la cintura y va sintiendo como va creciendo esa sensación... ¿Dónde va lo frío? [la paciente señala la rodilla y tiene los ojos cerrados]... la rodilla... va llegando lo frío hasta la rodilla... (fin de la primera parte del cassette)

Y sentimos el frío más arriba... porque cuando nosotros nos metemos en el frío este nos adormece... muchas veces no podemos sentir el lugar del frío... entonces todas esas sensaciones se van adormeciendo... se adormece la pierna... la guatita... la cintura... es como cuando ponen anestesia y uno no siente esa parte...

Entonces en este momento está haciendo uso de la anestesia que tiene su cuerpo su cuerpo tiene gotitas... que para cuidar nuestro cuerpo lo vamos a ir adormeciendo... entonces muchas veces uno siente una molestia... el cuerpo avisa que hay una molestia...

Se intenta hacer una inducción por fijación de ojos para que después la paciente mirando un punto pueda inducir un estado de trance. Se está tratando de elicitar una anestesia, mediante la evocación de la experiencia de tener los pies en el agua. Las instrucciones se han dado en forma directiva por las condiciones de la paciente presenta poca resistencia. Al parecer ha dado resultado porque ha podido sentir frío hasta sus rodillas cumpliendo con las instrucciones dadas.

P: No puedo señorita con los ojos cerrados...

La paciente hasta este momento presentaba una apariencia relajada. De un momento a otro abre los ojos con susto por haber visto en refrigerador que pasaba por su lado.

T: Ábralos entonces...

P: Vi un refrigerador que iba pasando por ahí...

T: Ya, es el frío... entonces siente el frío...

Se contesta en tono normal, para no alarmar a la paciente y darle un mensaje de tranquilidad.

P: Siente la contracción.

T: Siente la contracción, ya vino no tenemos para que dejarla que dure tanto ¿cierto? Vamos a entrar aire y botar aire para que se vaya relajando... y no se contraiga... ¿Está en el agua?

P: Sí.

La paciente parece referir uno de los dolores intensos, pero lo dice en tono tranquilo, no hay gestos de dolor, sólo lo menciona.

T: Cuando está en el agua no siente y vamos a dejar que de aquí... desde esta parte hasta abajo está todo en el frío...

De manera que cuando yo le toque es su mano es señal de contactarse con el frío... siempre que le toque su mano... se adormece su cintura hacía abajo... su mente descansa... su cuerpo descansa... y cualquier persona que le toque su mano no solamente yo, va a poder hacerla sentir que su cintura está en el agua... en el agua fría que evita que sienta cualquier molestia y a medida que sienta más fuerte la molestia... más fría siente el agua... ¿ya? ¿Cómo se siente?... [la paciente hace un gesto de bien moviendo la cabeza].

Se dan sugestiones posthipnóticas para que puede inducir trance al tocar la mano.

Entonces es meterse en esa agua fría... miramos un punto con los ojos abiertos... de manera que cuando uno se mete en el agua fría... y no se siente esa parte... no necesitamos... [entra el hijo pequeño ella le dice que salga]

Al contestar que se encuentra bien, sale del trance, luego entra su hijo pequeño a la habitación con lo cual se orienta más.

P: Los pies no están sumergidos.

T: No importa que los pies no estén sumergidos... ¿y la cintura la guatita está sumergido?

P: No.

T: Que está sumergido.

P: La memoria.

La paciente se da cuenta que no se encuentra en trance y responsabiliza de eso a su memoria, pero espontáneamente se reincorporó.

T: ¿Siente algo frío?

Se consulta para saber si la paciente se encuentra en este estado o ha salido completamente.

P: No.

T: Entonces a lo mejor se pasó el frío y está bien sin molestia

Se intenta salvar el fracaso, la paciente no siente frío, pero el dolor ha no está presente. En una ocasión

	anterior al pedir que sintiera frío en sus piernas la paciente lo hizo y luego sin dar instrucciones para ello sintió una agradable sensación y las molestias se fueron.
P: Sólo siento náusea.	Igual que en ocasiones anteriores después de disminuir el dolor ha sentido náuseas, ahora se intenta controlarlas.
T: Siente el estómago; coloquemos la manito en el estómago, ¿se acuerda?... vamos a ira sacando... la saca para afuera...	En otra ocasión se hicieron estos ejercicios para controlar las náuseas.
P: Quiero vomitar.	
T: ¿Le traigo algo?	
P: Pero no voy a botar nada... hay una pelota ahí.	
T: El organismo suyo tiene otras sustancias... usted sabe que la naturaleza es muy sabia ¿cierto?	El nivel cultural de la paciente, nos favorece, porque no cuestiona la veracidad de las metáforas utilizadas.
P: Sí.	
T: Entonces el organismo de nosotros tiene otra sustancia que impide que sintamos esa sensación... ¿Ya?...	Se pudo controlar satisfactoriamente la sensación de náuseas. La terapeuta no tiene antecedentes de la posible existencia de sustancias endógenas que controlen las náuseas, esto se dice para ayudar a la paciente a controlar sus molestias.
Entonces al sentir esa sensación podemos aplicar lo mismo que hicimos... yo le toco sus mano... y esta sensación se va porque deja correr otra sustancia que deja que esa sensación de náusea se vaya... y a medida que entra el aire se va la sensación de náusea... y cada vez es menos... ¿ Sí? ¿La siente menos ahora? ¿Se siente más cómoda? ¿Sí? [la paciente afirma con un gesto, su apariencia es más relajada]...	
Voy a llamar a su hija para que ella aprenda lo que hago... ¿Ya? ¿O a quién?	
P: No a mi hija no más, ella se llama Eli (la terapeuta la va a buscar).	Se intenta que la hija pueda ayudar a la paciente a entrar en trance cuando lo necesite, ella quiere que sea su hija quien la ayude. Ella ha experimentado trance muchas veces, sólo necesita que alguien la ayude a entrar en trance, antes no se había realizado porque no habían personas preocupadas del cuidado de la paciente.
T: Está ocupa la Eli [la hija conversa con alguien en la calle] ¿Cómo se siente? [Entra un hijo que la terapeuta llama en reemplazo de la hermana, pero la paciente quiere que venga su hija].	
P: Yo quiero que venga ella.	
T: ¿Encuentra que funcionó? [la paciente asiente con la cabeza] mire la contracción no nos duró nada. Esto es igual que el mal tiempo uno se da cuenta antes... entonces cuando las nubes se empiezan a colocar un poco oscuras... usted se	La metáfora intenta que la paciente comience con autohipnosis antes que venga la crisis de dolor. Por ser más fácil trabajar con un dolor menos intenso.

mete al agua ¿Ya? [llega la hija] ¿Tiene algún dolor?, ¿le duele algo?

P: No.

Se pasó el dolor.

T: No, y las ganas de vomitar ¿se le quitó?

P: Sí se me quitó.

Se pasaron las ganas de vomitar.

T: Todo, hola (se saluda a la hija) sabes que yo hago unos ejercicios con tu mami.

H: Ya.

La hija acepta participar.

T: Te los quería enseñar para que tú se los hagas y se los enseñes a tus hermanos cuando yo no esté.

H: Ya.

T: La señora Ana es muy cooperadora, ella trabaja muy bien y ella lo sabe hacer, entonces uno la ayuda un poquito y eso es todo, por ejemplo: ahora le iban a venir unos dolores fuertes y se le pasaron, entonces vamos...

Con esto se refuerza la conducta de la paciente y se calman posibles temores de la hija.

P: Le conté que antes había visto una ventana grande ahí y también le dije que pasó con el espejo no había nada, no sé que pasó después... no tengo a quien preguntarle.

T: Claro, pero no se preocupe por esas cosas, yo le pregunté a ella, ahora no tiene molestias.

P: La cola y mi cabeza parece que estuviera en otro lado, medio rara...

T: Se va a otro lado está bien eso, cuando le duela se va para otro lado. Esto que le vamos a enseñar a su hija es para que le ayude para irse para otro lado.

Se trata de favorecer la disociación en la paciente. Luego se le dan instrucciones a la hija para que pueda ayudar a la paciente a entrar en trance. La paciente se encuentra acostada con apariencia relajada.

Mira tócale la mano, cada vez que tú le tocas su mano tu mamá empieza a sentir que tiene todo de la guatita en un lago... en agua fría ¿Sí?.

Cuando le toques la mano dile que se está metiendo en el agua fría. Dile: te estás metiendo en el agua fría... Cuando veas a tu mamá con dolor, le tomas la mano y le dices te metes al agua fría y se ponen fríos tus pies... te pones fría de aquí para abajo, de la cintura para abajo. [La terapeuta toca la mano de la señora, mostrándole a la hija, luego ella hace lo mismo].

H: Ya [la hija le toma la mano, pero no le da las instrucciones a la paciente].

P: Cuando uno tiene frío está, está adormecida, entonces no siente mucho... ¿Ya? Eso era lo que te quería enseñar... si hay molestia le tomas la mano y le dice que el cuerpo... tiene unas sustancias para que no sienta náuseas... no sientes náuseas... deja que se vayan las náuseas ¿Sí?

H: Ya.

T: Eso no más, está media dormida parece... ya señora Ana no la incomodo más. ¿Dónde está ahora?, ¿Está con la cabeza en otro lado?

P: Tengo sueño.

T: ¿Se siente bien?

P: Sí, quiero agua.

T: Tome agua [la paciente toma agua]... ¿Eli me entendiste? Le tomas la mano y que se meta al agua, tú te imaginas como sería una personas que se está metiendo en el agua, le cuentas con detalle.

Entonces va a llegar un minuto que aunque ella tenga dolor, le dices que es molesto le sigues hablando no más, pero después le sigues hablando y para las náuseas también...

H: Ya.

T: Cuando se va para otro lado se puede ir al lugar de la mente, se puede contactar con su Dios interno... [la paciente se ve tranquila sin dolor] ¿Qué le pasa? ¿Le duele?

T: ¿Quiere vomitar ahora?

P: Ayer no sabía que hacer como mi hijo no sabe... y nunca he tenido una enfermedad así... yo le hacía así [ella hace un gesto indicando que vengan y traigan algo].

T: Así, pero ahora ya la están entiendo (la terapeuta se refiere a los gestos que hace la paciente).

P: Sí, pu' no me gusta el boche si hubiera una parte tranquilita para estar... no quiero escuchar boche... esa niñita que están ahí, no son de aquí y no puedo decirle nada, entonces no puedo entenderlo porque estoy mal... por eso mi hijo (N.E)

T: A él su hijo (se le pregunta por un niño como de 6 años que entra en la habitación).

P: No él es mi nieto, él otro, el morenito es mi hijo.

El hijo que vive con la hermana, tiene cinco años.

T: ¿Viene los fines de semana no más el chiquitito?

P: No viene todos los días, él llega en la tarde. Él chiquitito me viene a ver, él sabe todo, me dijo mami ¿va a vomitar?

H: Yo en la mañana salgo temprano, yo trabajo.

T: Quiere tomar más agüita [la paciente toma agua].

P: Yo tenía una agüita helaita.

T: Si le viene malestares, le tomamos al tiro la

mano ¿No es cierto? Y se van.

P: Sí, cuando me encuentre en una apuro que me tomen la mano y que me pregunten qué necesita...

T: Si tiene náuseas le vamos a tomar la mano...

P: Sí, quiero agüita.

T: Sí, tiene que tomar agüita para que no se deshidrate y le tomamos la mano... porque el cuerpo tiene sustancias para que uno no sienta ganas de vomitar... ¿Ya? Entonces soltamos la mano y se están soltando las sustancias para que usted no tenga ganas de vomitar... entonces nos concentramos en la presión que se siente en la mano ¿Ya?

P: Un paño mojado también porque se siente bien el cuerpo con un paño mojado.

T: Le vamos a poner la mano acá y usted lo va a sentir mojado... esto lo vamos a ocupar para cualquier molestia que usted tenga ¿Ya? Porque su cuerpo sabe cómo mejorar las molestias que usted pueda tener... ¿Sí?.

¿Está comiendo poco? (se consulta a su hija)

H: No sé , yo he estado repoco yo acá.

P: Comí repoquito hoy día. Yo no como en la semana no almuerzo, ella no sabe, él que sabe más es el moreno, el que habla por teléfono (la terapeuta se comunica telefónicamente con unos de sus hijos para avisar las visitas y saber cómo se encuentra la paciente) cuando llega del trabajo me pregunta ¿ya comió? [el hijo vive en una mediagua en el mismo sitio].

P: Sí yo no he comido nada... yo le digo, no le puedo estar mintiendo. Él me dice tiene que comer algo para que tenga algo que vomitar, porque si estoy vomitando así no más y no sale nada no está bien.

Otro de sus hijos se está preocupando más de la paciente.

T: Ya, ¿a qué hora está llegando después de la radioterapia?

Se consulta por si se puede visitar a la paciente durante la semana.

P: Llego como a las cinco, cinco y media.

T: Ya, entonces no la puedo venir a ver durante la semana.

P: No, uno llega a su horario, pero la gente nunca llega...

T: Las cinco es muy tarde para venir y ¿a qué hora se va?

P: Yo me voy en la mañana a las 7 de la mañana, yo me voy de lo más temprano para estar de los primeros, porque si uno llega tarde... sabe que me siento en la ventana, ando siempre con bolsa para vomitar...

T: Usted misma se puede tomar la manito, cuando le den ganas de vomitar se toma la manito...

P: Ya.

T: Entonces no la voy a poder ver durante la semana se va muy temprano y pasa todo el día en el Caupolican Pardo.

P: Sí, pu' si uno no sabe a que hora la van a atender, se atrasan y hay 20 personas, 30 personas.

T: Y ¿ Cuánto se demoran en la radioterapia?

P: Como 15 minutos a lo mejor más, no sé. (N.E) y ¿La leche me hará mal?, tomar leche.

T: ¿Leche?, yo creo que no.

P: Porque mi hijo quiero saber si puedo llevar una caja de leche, porque ahí mismo hay una... ahí afuera venden leche envasá...

T: Pregúntele a la niña de allá, yo no voy al Caupolicán Pardo, pregúntele a la auxiliar, pregúntele a la persona del examen ¿Ya?

Por no tener antecedentes al respecto, la terapeuta le indica a la paciente que plantee estas dudas a las personas a cargo de la radioterapia.

P: No, no la eso pa' pedir hora uno puede estar sentá me dice (N.E)

T: No a la señorita que le haga la radioterapia, usted le pregunta si puede traer la leche, si puede tomar leche. Cuando vaya el Lunes, ¿El Lunes tiene que ir o tiene que ir el Miércoles?, ¿Cuándo tiene que ir?

P: Allá por lo menos uno hace una pregunta y no la saben, ¿Sabe por qué?, por que nosotros tenimos... la gente hospitaliza, tiene una señorita que la atiende a uno... le dice al tiro usted no puede comer... tiene que hablar con una niña que le de régimen a uno... u

Uno puede comprar de cualquiera parte uno puede ir a un negocio pa' comprar, no puede...

Un niño es igual... que una persona que está muy débil... Vaya a tomar una leche un régimen que tiene ella, no puede... tanta cosa... me dijo nosotros te estamos limpiando el estómago y tu no sabes que infección puede tener esa leche y la compré afuerita, cuando fui al baño compre...

T: Tienes que preguntarle a la niña de allá, no sé como se hace eso del examen, a lo mejor se hace sin comida, no sé como será, no sé como será. Yo voy a tratar de averiguar yo no sé.

P: Ya.

T: No sé.

P: Claro porque uno se va de aquí y voy a comprar

una leche que esté (N.E)

T: Claro, vamos a hacer el último ejercicio para practicarlo. A ver concéntrese en la patita, cual es la patita que se va a poner más fría que vamos a meter en el agua... mire un punto...

Se inducirá trance mediante fijación de ojos se tratará de producir anestesia mediante frío. Se ha pensado en este procedimiento por las dificultades de memoria de la paciente. Se espera un procedimiento sencillo que pueda ser guiado por cualquier persona y que demande el menor esfuerzo posible de la persona. Hasta el momento ha sido exitoso, la paciente ha podido experimentar trance, controlar las molestias y su hija prestó atención a la inducción anterior, idealmente se espera que ella pueda ayudar a la paciente a entrar en un estado de trance. Este procedimiento no se había utilizado anteriormente porque la paciente se resistía a ser guiada y obtenía buenos resultados con la disociación que experimentaba producto del recuerdo de experiencias laborales previas.

P: Podría ser esta.

Acepta la sugestión.

T: Pero siéntalo. ¿Qué pie se está poniendo más frío?

P: El derecho [la paciente se relaja se acuesta].

T: ¿Sí?... ¿ lo está sintiendo... por dónde va lo más frío?

P: No sé porque me da náusea al tiro, me dio náusea con este pie y con ese pie.

T: Ya, entonces no le hago la pregunta.

P: Con la pregunta me eché pa' tras y se movió la agüita que tomé y me dio náusea.

T: Ah.. ya con lo frío vamos a dejar frío hasta aquí, vamos a dejar frío hasta ahí... Entonces no va a ver náusea.

P: ¿Como dijo?, náusea (la paciente se confunde).

T: Náusea cuando de echó para atrás.

P: Sí.

T: Pero si nos colocamos la mano ahí la náusea se va porque el cuerpo tiene todas las sustancias para que se vayan las molestias, solamente tiene que mirar un punto... ¿Siente que está más frío?...

Se intenta controlar las náuseas.

P: Sí.
T: Vamos a dejar que eso frío suba... vamos a dejar que suba por la guata... y ese frío la va dejando cómoda y le va dando sueño...

P: Tengo sueño, recién cuando me eché para atrás tenía nausea ahora me dio sueño...

T: Y ¿Se le quitaron las náuseas?

P: No, no se me han quitado.

T: Entonces vamos a ponerle hielo a la náusea ... dónde está la náusea le va a poner hielo ahí para que se vaya la náusea... deje que se vaya la náusea... como los volantines... como las hojas de los árboles... deje que se vaya la náusea no más... y puede botar el aire y se va la náusea ¿se va un poco? ¿tal vez se está yendo de a poco?

P: Sí.

T: Bueno me voy, la veo el otro fin de semana porque usted se está haciendo los exámenes.

P: Usted también puede llamar por teléfono.

T: Claro para saber como está.

P: Póngale que se eche a perder la máquina.

T: ¿Le sirve los ejercicios?

P: Sí, lo único saliendo de esto... lo raro que veo cosas, siento rara la cabeza, eso ya no es normal... y si es así yo le aviso a mi hijo... porque yo no voy a querer que venga aquí... usted tiene que descansar porque hoy día es Domingo.

T: No se preocupe, por último la vengo a ver cómo esta y a lo mejor esto la puede ayudar un poco para las náuseas. ¿Qué le está pasando ahora? [la paciente se sienta]

P: Me dieron ganas de vomitar.

T: Colóquese las manos... ¿Dónde se quiere poner las manos?

P: En el estómago.

T: En el estómago y a medida que se soba el estómago se va poniendo heladito...

P: Se quita [la paciente se soba sus estómago y comienza a disminuir la sensación de náusea]

T: A medida que se soba se quita, se le quita la náusea...

P: Yo voy a avisarle cómo me he sentido porque si estoy con náusea... no, pero yo le voy a decir a mí hijo.

T: Y del dolor ¿Cómo se ha sentido?

P: Sí, se me quitó (fin del cassette y de la sesión).

La paciente finalizó la sesión sin dolor.

SESION 6.

PACIENTE: 2.

LUGAR: Campamento Padre Demetrio, Melipilla.

FECHA: 18 de Febrero de 2001.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente realiza algunas actividades domésticas, está mejor de ánimo, con menos dolor y más tranquila; sin embargo tiene problemas para dormir, y dificultades para orinar.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: la paciente no presenta alteraciones psicopatológicas importantes, sólo se encuentra molesta por desconocer su estado de salud.

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de autohipnosis, las encuentra efectivas para aliviar el dolor, pero sólo las utiliza para dormir. Durante la sesión se indujo trance mediante levitación de manos, el procedimiento se le enseñó a uno de sus hijos.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 5.
b) Dolor más intenso: EVA 8-9.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: no se presento dolor.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): no se tiene antecedentes.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

c) Duración de los episodios de dolor intenso: no se tiene antecedentes.
a) Dolor base: la mayor parte del día y la noche, pero en ocasiones se encuentra sin dolor.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 0.
b) Duración del alivio inmediato después de la sesión: no se tiene antecedentes.

TRATAMIENTOS: la paciente estuvo hospitalizada en la ocasión se instaló un catéter doble Jota. En cuanto a los medicamentos se le ha indicado tramadol 100 mg cada 6 horas, pero lo toma sólo cuando tiene dolor.

RESUMEN:

Al realizar la sesión, la paciente se ve mejor de ánimo, puede realizar algunos quehaceres domésticos, caminar cortas distancias, han disminuido sus problemas para dormir y está más tranquila; no obstante, tiene problemas para comer y náuseas. Además está enojada por no saber lo que sucedió en las últimas intervenciones a las que debió someterse, las cuales han conseguido disminuir notablemente el dolor.

La paciente estuvo hospitalizada en Aislamiento de Ginecología durante 3 días, al ingresar se encontraba en un estado autista. Durante ese tiempo se suspendieron las sesiones de hipnosis. Cuando estuvo en el hospital fue visitada por la terapeuta quien la encontró en un estado confusional, la visita sólo pretendía conocer su estado y saludarla, por este motivo, no se grabó el encuentro que duró pocos minutos. Este episodio se menciona porque la paciente todavía aplica los consejos dados en esa conversación.

En aquella oportunidad, la enferma pudo reconocer a la matrona y a la terapeuta, saludó amablemente, se veía agradada por la visita; pero se quejaba por no saber qué le había sucedido, no se acordaba de nada. La terapeuta no mencionó las sesiones de hipnosis, sin embargo la paciente dijo estar triste por no poder continuar para calmar tal preocupación se le dijo que después continuarían si ella quería. Además la paciente dijo estar luchando con la muerte y el diablo, estar muy asustada y tener problemas para dormir. (Aquí es fácil advertir la acción iatrogénica de los sermones nada tranquilizadores que ha escuchado de sus "consejeros" espirituales).

Ante esto, la terapeuta trató de tranquilizarla, le preguntó: ¿quiere dormir ahora?, la señora accedió. Se le dijo que mirará un punto, que cada vez que mirara un punto, un punto blanco se sentiría relajada, que pensara en una luz blanca esa luz la cubriría y la protegería para dormir, la contactaría con las mejores cosas; siempre que tuviera miedo pensara en la luz blanca, con esto quedó relajada y durmiendo.

El comentario trató de tranquilizar a la paciente dándole un elemento para sentirse segura y protegida. Lo más apropiado era una ayuda divina, pues ella estaba luchando con el mal, una tranquilidad terrenal podía no ser suficiente. Se trató de entregar este elemento de una manera sutil, sin contradecir ni cuestionar las creencias de la paciente, para esto se recurrió a un elemento que sin nombrarlo directamente remite a lo divino y bondadoso; el blanco es un color arquetípico que conecta con estos significados.

Este episodio es recordado por la paciente en la sesión actual, comenta que utiliza este recurso para dormir tranquila y también lo usó durante los días que estuvo hospitalizada. Este pequeño gesto tiene una fuerte carga afectiva para ella.

Lo anterior es un reflejo de la importancia de la palabra, sobretodo en el caso de personas que se encuentran en situaciones extremas, asustadas, confundidas y vulnerables; los comentarios pueden ayudar o dificultar la experiencia. Las palabras dichas en esa ocasión fueron simples comentarios coloquiales, sin trance; no obstante tuvieron un impacto perdurable en la afectada. Se debe considerar que la paciente no es una persona dependiente, ni fácilmente sugestionable.

En cuanto al dolor, ha disminuido la intensidad. La paciente se mantiene con un dolor promedio de EVA 5 y los dolores más intensos llegan a EVA 8-9, antes los dolores más intensos llegaban a EVA 10, incluso más, según la afectada; los cuales eran totalmente invalidantes. Los dolores que siente ahora son distintos, se presenta antes y después de ir al baño, no son como los dolores de parto (contracciones), la paciente cree que son producto de una infección, por lo que el después de la sesión consultará al médico del Hospital Caupolicán Pardo. Además el dolor puede ser aliviado con el medicamento, la paciente toma Tramal cuando siente un dolor intenso.

Estas diferencias que pueden ser claras en este momento, no lo son tanto en el inicio de la entrevista, porque al principio la paciente se centró en los episodios más dolorosos y negativos, pero al relatar detalladamente manifestó que los dolores eran mucho menos y distintos a los experimentados antes. Si no se hubiera consultado exhaustivamente se podría pensar que el dolor no ha disminuido y es el mismo de antes. De ahí la importancia de indagar sobre el dolor.

Referente a la autohipnosis, si bien la paciente la considera útil no ha practicado frecuentemente, quizás porque presenta menos dolor, la utiliza sólo para dormir.

En la sesión se evitó controlar el dolor con hipnosis porque aparentemente este dolor era de naturaleza distinta, disminuirlo podría haber dañado, por esto se le recomendó reiteradamente consultar a un profesional.

No obstante, se aprovechó la oportunidad para practicar trance. Se indujo rápida y exitosamente, mediante levitación de manos. El procedimiento fue enseñado a uno de sus hijos para que ayude a la paciente en caso necesario.

Ahora la señora recibe ayuda de su familia, lo cual le gusta mucho. Los hijos la ven mejor, encuentran que está más "conversadora" y alegre.

La preocupación de la familia se gatilló cuando fue informada del irrecuperable estado de la paciente. El grupo tomó la noticia con pesar y tranquilidad, ocupándose de la enferma quien aún desconoce su pronóstico.

T: ¡Que bueno verla, se ve bastante mejor!. ¿Mañana tiene hora con la Dra. C?	La paciente se encontraba reunida con su familia. La paciente puede caminar sin dificultad, habla sin problemas, se ve más contenta, recibe amablemente a la terapeuta. Antes de comenzar a grabar, la paciente comentó que tenía hora con un médico del Hospital Caupolicán Pardo.
P: Sí, porque yo le dejé dicho a una vecina: yo no tengo plata vecina, usted me puede recibir la llamada, para poder ir yo el Lunes sin falta, le dije así que le voy a preguntar más rato.	
T: ¿Hizo el trámite de la jubilación?... el papelito... porque el papelito se lo llevaron ¿se acuerda el papelito que me mostró?, ¿se acuerda?	La paciente necesitaba tener un informe médico para solicitar su jubilación, en la sesión anterior se habló de este punto, por mucho

tiempo tuvo un documento que debía ser completado por un médico, pero nunca lo solicitó, por desconocimiento.

P: Sí.

T: Yo el dije a Angélica que usted necesitaba que le llenaran el papelito, ella habló con el médico y le hicieron el papel.

La situación fue comentada a la matrona quien se encargo de solicitar el informe médico cuando la paciente estuvo hospitalizada.

P: Ya [la paciente parece confundida].

T: ¿Se lo llevó a la asistente?... para que le den la pensión de invalidez.

P: No, no yo no le llevé ningún papel porque sabe que yo, en estos días no podía caminar porque ese dolor que tengo aquí [dolor hipogástrico].

Después se consultó al respecto a su hija, ella se estaba ocupando de los trámites para obtener la jubilación.

T: Señora Ana Rosa, tiene que hacerlo. Le van a pagar le van a dar plata.

P: Ahí voy a hacerlo, ¿hay que ir a la asistente de aquí?

T: Claro.

P: Donde la señora Sonia.

T: Claro porque ahí va a tener plata para que vaya al hospital, porque usted necesita plata ahora y ahí va a tener plata.

P: Ya.

T: Preocúpese de ese papelito porque a veces los trámites se demoran.

P: Sí, hace tiempo me dio ese papel ella, hace tiempo y cuantas veces me preguntaba y me decía usted tiene que hacer eso porque usted se merece una pensión para que haga sus trámites, qué se yo... para que tenga plata me decía... si no le da resultado vuelve otra vez pa' acá, yo le hago unas cartas... siempre me decía.

T: Pero ese papelito ya está lleno, lo llenó el médico.

P: Ya.

T: Usted tiene que seguir con el trámite y ahí va a tener plata.

P: Ya.

T: Porque cuando a usted le dieron el alta le dieron ese papelito ¿ya?

P: Ya.

T: Así que mañana va a ir a la doctora.

P: Sí, mañana quiero ir para terminar el

tratamiento.

T: Y cuéntele de la infección que tiene.

Antes de comenzar a grabar la paciente comenta que siente un dolor antes y después de orinar, ella cree que es una infección. Se le recomienda informar los síntomas al médico que la atenderá.

P: Claro, quedé con esa infección ahí... es un dolor, yo no sangraba, ahora sangró, pero poquito, pero igual es un líquido así hediondo, no es normal.

T: Claro. ¿Usted está tomando Tramal cada 6 horas?

P: Sí.

T: Están sus hijos por ahí.

P: Sí.

T: Y los que están en San Antonio, ¿también están?

P: Por ahí andan, por ahí afuera andan jugando.

T: ¿Qué le dijeron de su enfermedad, señora Ana Rosa?

P: Yo no sé de que me vino la enfermedad que me vino... ¿Será de la misma enfermedad que tengo? ¿será del cáncer?

T: Puede ser ...

P: La sufrí harto y ese dolor...

T: Y ¿Ahora tiene menos dolor?

P: Sí, no hace mucho que estoy tomando la gota.

T: Ya.

P: Intento tomar la gota cuando siento mucho dolor.

T: ¿Se levanta?

Se evalúa la actividad de la paciente.

P: Sí.

T: ¿Puede hacer sus cosas?

P: No, no las cosas no las puedo hacer, además la memoria se me pierde, la memoria.

T: Ah, la memoria anda más o menos.

P: Así que mi hija es la que me cuida, hace las cosas, hace el almuerzo, hace todo ella.

La paciente ha recibido la atención de su hija quien fue informada en el hospital del estado de salud de su madre.

T: Su hija la está cuidando.

P: Sí, ella me está cuidando, no puede trabajar más ella, pero que va a hacerle tiene que hacerlo.

T: Claro. Ella el puede hacer el trámite de la jubilación (entra a la habitación uno de sus hijos menores preguntando por un pantalón)	La hija dejó de trabajar para cuidar a la paciente desde que la paciente estuvo hospitalizada.
P: Vaya a jugar afuera ¿Ya?. Ese es mi campeón que me cuida.	Se refiere a su hijo de 5 años.
T: Él.	
P: Él me cuida y en la noche cualquier cosa me dice mamita estay enferma, mamita, estay enferma mamita, se levanta al tiro.	
T: Así que la están cuidando bastante sus hijos.	Se comenta para mostrar a la paciente los cuidados de sus hijos.
P: Sí.	
T: Así que está con dolor señora Ana Rosa.	Se evalúa el dolor.
P: Sí.	
T: Cero es sin dolor ¿Se acuerda? Y 10 es el peor dolor que usted pueda tener ¿cuánto es el dolor que está teniendo? Promedio.	Evaluación de la intensidad del dolor mediante EVA.
P: Promedio ¿Sin las gotas?	
T: No, con las gotas tal como está.	
P: En veces llego a 8 y en veces que llego a 9, me hincho... así que, yo diría que llega a 7 puede ser 5.	Antes de hospitalizarse eran frecuentes dolores de intensidad EVA 10.
T: Pero a veces llega ese dolor a 8 o 9, pero casi siempre ¿cómo se mantiene? la mayor parte del tiempo ¿qué dolor tiene?	
P: ¿Cómo siempre?	
T: Todos los días la mayor parte del tiempo ¿qué dolor tiene?	Se trata de evaluar el dolor promedio.
P: En denante tenía harto dolor como 7.	Al parecer a la paciente no puede contestar sobre el grado de dolor que siente permanentemente, sólo menciona los dolores más fuertes.
P: Todavía me vienen náuseas cuándo me vienen fuertes yo trato de evitar y ahora estoy con eso...	Se refiere a las náuseas.
T: Está con la náusea.	
P: Sí, trato de evitar no me voy acostumbrar a estar vomitando siempre, eso es malo, porque si uno se esta sirviendo algo lo bota todo ¿qué más aprovecha?	
T: Claro. ¿Está comiendo?	
P: Poquito, casi nada. El pan no lo puedo comer; puedo comer verduras, pero todo poquito, poquito. Agua sí, estoy buena para tomar agua, bueno yo creo que tomar agüita es bueno.	

T: Claro, es bueno tiene que tomar harta agüita.

Se recomienda tomar agua siguiendo las instrucciones dadas por la matrona.

P: Como fruta cocida o puede ser fruta molida. Porque mi hijo mayor me cuida, me cuida, llega a las dos a veces a las cuatro llega aquí y me dice: tiene fruta cocida o fruta molida. El mismo me compró una máquina así que me muele ligero, me cuida mucho mi hijo ese, me cuida harto. La fruta cocida siempre permanece, porque él se preocupa harto de eso.

T: Claro, y para dormir ¿tiene problemas?

P: Sí, con harta cabecera trato de dormir a veces me he ahogado ese es el cuidado que tienen, otra cosa que tiene cuidado ellos que me están observando, por sí no recuerdo más... tal como me pasó esa noche, ese día y ese es el cuidado que tienen, se turnan los chiquillos me cuidan; así que ese es el trabajo que tienen, porque no sería más.

La paciente se refiere a un episodio antes de ser hospitalizada.

Pero ese día no sé lo que me pasó a mí, me hablaban, pero lo que me hablaban no sé... no tomaba asunto, no sé, no entiendo qué fue lo que me pasó, nunca en mi vida me había pasado eso...

T: La enfermedad, pero ahora con el tratamiento se ha sentido mejor.

P: Pero ahora estoy sin la sonda, claro que yo tomaba harta agua para poder ir.

T: ¿Está haciendo pipí?

Se consulta posibles problemas urinarios.

P: Sí, hago pipí, pero lo que pasa a mí me gustaría que se quitara ese dolor que tengo esa infección que tengo ahí, debe ser infección... la misma sonda.

T: Claro, por eso tiene que ver a la doctora ¿Estos dolores que está teniendo cómo son?

Se insiste en la recomendación de informar al médico.

P: Un dolor harto fuerte, un dolor fuerte y en veces que no lo soporto porque es muy fuerte el dolor... y por ahí me aplico las gotitas, tengo que tomarme las gotas.

T: Y le están haciendo efecto las gotitas ¿si?

Se pregunta para saber el efecto del medicamento, anteriormente no sentía alivio con él.

P: Sí.

T: Le está haciendo efecto ¿sí?, la última vez no le estaba haciendo efecto ¿se acuerda?

P: Pero ahora, sí.

T: Ahora le está respondiendo la gotita.

Se utiliza esta frase por ser utilizada por la paciente en sesiones anteriores ("las gotas no me responden").

P: Pero ahora está respondiendo la gota. Donde la vecina la tengo porque no quiero que se caliente porque se hecha a perder.

T: Claro, no tiene que estar caliente la gotita. Los dolores... ¿cuántas veces al día le dan?, ¿son los mismos dolores de contracciones que usted me decía?

En la habitación de la paciente hace mucho calor.

P: No las contracciones se me terminaron, ese no lo he sentido.

El único que tengo es un dolor, un escozor, se me escuece... entonces cuando me viene esos escozores y ahí ya me aplica las gotas, me dan las gotitas.

No el otro era un dolor caballo, ni yo lo entendía porque eran contracciones y a la cola el dolor, esos ya se me terminaron.

T: Esos se terminaron, los dolores de contracciones se terminaron.

P: Sí.

T: Y ahora tiene un dolor que está acá en la guatita.

P: Sí, en la guatita en al parte de acá [dolor abdominal].

T: Y ese escozor ¿cómo es?... ¿cómo que le pica, le punza, le duele qué?

Se trata de precisar la sensación experimentada por la paciente.

P: No me pica es un descozor al hacer pipí o al terminar.

T: Al hacer pipí o al ¿qué?

La terapeuta no entendía lo que había dicho la paciente.

P: Al terminar, yo voy a hacer pipí ¿cierto?

T: Ya.

P: Y me duele y al empezar me duele también.

T: Ya.

P: Y así es el dolor que tengo así que por eso yo digo que puede ser de la infección.

T: Sí, es probable que sea la infección.

P: Espero que sea eso y no sea otra cosa.

T: Otro dolor en otra parte del cuerpo. ¿El dolor de la cola?

P: El dolor de la cola no, lo único que tengo con los pinchazos como cedazo aquí.

Se refiere a las inyecciones colocadas en el hospital.

T: ¿Las piernas cómo están? ¿duelen las piernas?

P: Sí, al caminar las piernas no tienen fuerzas para caminar.

La paciente no tiene sus piernas hinchadas y su tono es normal. La

	paciente se queja de sus piernas debilitadas, pero no de dolor.
T: ¿Sólo al caminar?	
P: Sí al caminar.	
T: Claro, es que también estamos comiendo poquito.	Se dice en tono divertido para quitar la preocupación a la paciente.
P: Y qué puedo servirme más, afuera de las otras cosa que yo por ejemplo porotos no pudo comer.	
T: Verduras tiene que comer y mucha fruta. ¿Tiene problemas para hacer cacú?	Recomendaciones dadas por la matrona se consulta por estreñimiento, síntoma común en pacientes que toman el medicamento de la paciente.
P: Sí.	
T: Tiene que tomar un laxante suave, algo que le ayude a hacer... la vaselina que estaba tomando la otra vez ¿se acuerda?	Recomendación dada por la matrona, se explica el significado de la palabra laxante por si la paciente no entiende la indicación.
P: Sí.	
T: Tome vaselina, tome agua y coma verduras.	Recomendación dada por la matrona.
P: Ese dolor que me viene.	
T: Pero no le viene el dolor de las contracciones.	
P: No, no tengo ese dolor de contracciones.	
T ¿Ha hecho algún ejercicio de los que estábamos aprendiendo la otra vez?, ¿se ha acordado de alguno de esos?	Se explora para saber si la paciente ha podido realizar autohipnosis.
P: No. Lo he hecho sobre todo cuando quiero quedarme dormía, del punto blanco y ahí ya me quedo dormía, me quedo dormía el punto blanco así y me quedo dormía...	En una visita a la paciente cuando estaba hospitalizada la terapeuta le sugirió que viera un punto blanco que se sentiría rodeada de una luz blanca, ésta la protegería, se sentiría en paz y podría dormir tranquilamente. Al parecer la indicación fue bien recibida por la paciente, esta fue hecha sin estar en trance, fue muy sencilla y concreta. En aquel momento la paciente refirió sus miedos y luchas con el demonio y la muerte.
T: Le ha servido para dormir y ¿duerme bien?	
P: Sí, duermo bien, pero lo único que ojalá que siga bien eso que estoy haciendo eso del punto blanco. Ojalá que nunca más me vuelvan esos dolores de contracciones, porque sufrí tanto con eso... estoy témida ya, estoy témida ya el dolor casi me mataba, así que yo quisiera que nunca más me volvieran esos dolores.	La paciente está temerosa de tener otra crisis de dolor.
T: Sí, todos queremos eso, que no tenga esos dolores de contracciones. En la noche entonces ve	

un punto blanco y ¿qué más hace?... para saber cómo lo hace.

P: Veo un punto blanco, cuando no... empiezo afuera de los puntos blancos.

T: ¿Eso lo hizo en el hospital?

P: Sí, en el hospital, la enfermera me decía ¿qué estay haciendo?, ¿qué estay mirando?, ¿con qué estay jugando? [se ríe].

Señorita, le dije yo, estoy jugando con un punto blanco para poder quedarme dormía – y dime ¿quién te enseñó eso?- yo le dije la señorita que vino, ella es la que me enseñó eso, eso le dije es importante pa' mí –ah me dijo- lo encuentro bueno.

Mirar un punto blanco, ha sido una forma muy útil, cómoda y con una carga emotiva para la paciente.

T: Y ahí se quedaba dormida.

La paciente logra quedarse dormida mirando un punto blanco.

P: Ahí me quedaba dormía.

T: Yo le pregunto para saber si está sirviendo, porque sino hay que cambiar el ejercicio.

P: Sí, si, sí [lo dice con entusiasmo].

T: Estos ejercicios no tienen que resultar, tiene que decirme si a usted le funcionan.

Se trata de evitar las respuestas socialmente aceptables o congraciantes.

P: Sí, sí funciona. Permiso voy a tomar agua, porque no sé... tengo la molestia, aquí me llevan todos los vasos, todos los vasos [la paciente busca un vaso para tomar agua].

T: ¿Desde cuándo que se le pasaron los dolores como contracciones?

Se intenta saber desde cuándo la paciente no presenta las mayores crisis de dolor.

P: Después de la sonda.

T: Después de la sonda.

P: Pero la sufrí harto con la sonda... Dios mío, Señor... no sé, me hacían preguntas. No sé que hicieron conmigo, no entiendo, no entiendo.

Yo quería hacer pichí, no me daban permiso. Que quería orinar no había permiso pa' mí, amarrá de una mano me tenían toda torcía de la mano, Dios mío Señor.

Después llegó la doctora y ya cuando me dejaron en una sala sola yo le dije: porque no me sacaban una amarrita de una mano para poder taparme porque tengo tanto frío -ya me dijo- le van a sacar y le van a acomodar, eso. Tenía la mano así de hinchá, aquí todavía tengo seña.

T: Pero yo la veo mucho mejor de la última vez que la vi ¿se acuerda cuando la vi en la casa de su hija?

P: Sí [entra a la habitación un joven] mire como tiene la patita el pobrecito.

T: ¿Es su hijo también?

P: No, nada de hijo mío es del sur ese joven, y sabe que el otro día estaba trabajando y se le paso la moto, o sea que el caballero que estaba trabajando con él se le pasó la máquina, la moto y le corto aquí [señala la pierna].

T: Ah.

P: Se ha accidentado.

T: Se ve bien se ve recuperado.

P: Sí, yo le digo tiene que cuidarse.

T: Claro. Me dijeron que está buena para conversar, también.

La terapeuta se comunica telefónicamente con uno de sus hijos para saber el estado de la paciente.

P: Sí [la paciente se ríe].

T: Que bueno. Así que está haciendo el ejercicio del punto.

P: Sí.

T: Que bueno ese le ha servido para dormir.

P: Sí para dormir.

T: Y para las molestias de acá tiene que ver a la doctora.

P: Sí, ya como yo tenía hora...

T: De la molestia de acá tiene que ver a la doctora porque estos son otros dolores, no son de los que trabajamos la otra vez.

Se vuelve ha recomendar consultar al médico

P: Entonces yo voy a hablar con la doctora C, porque yo tenía hora con ella. Así que yo voy a hablar con la señorita, es buena la señorita de allá, me quieren harto, así que por ahí me voy a conseguir, voy a tratar de hablar con ella. Porque yo no tenía infecciones cuando estuve en el San Juan de Dios no tenía infecciones...

Se refiere a una hora que tenía pendiente antes de hospitalizarse en el Hospital Caupolicán Pardo con una doctora.

T: Claro, porque en el hospital la cuidan, la cuidan para que no tenga infecciones y por eso a veces la tienen amarrá y la tiene en todas esas cosas.

Porque uno cuando está enfermo no se da cuenta, por eso a veces la amarran y todo ese tipo de cosas, pero es para que usted se siente mejor. Parece que le hizo bien el tratamiento que le hicieron. Ahora tiene que verse por lo que me dice

Se dan estas explicaciones para tranquilizar a la paciente y no crear resistencias al tratamiento médico, resaltando sobre todo los resultados.

P: Y ojalá que me consiga pasaje para poder ir.

La paciente tiene problemas económicos para viajar a Santiago para recibir tratamiento.

T: Y tiene que ver el trámite de ese papelito.

Se refiere al trámite de jubilación.

P: Ya.

T: Porque va a tener plata, sin trabajar va a tener igual un sueldo, porque eso es la pensión.

P: Ya.

T: Y se lo van a dar gratis, o sea, le van a dar a lo que usted tiene derecho por haber trabajado.

P: Uh, yo trabajé de 12 años.

T: Claro, pero ahí ven cuando uno ha impuesto, las imposiciones... todo ese tipo de cosas, pero la asistente la va a orientar en eso. Que bueno que está mejor.

P: Sí estoy mejor, pero lo único que tenga más fuerza mi pierna.

T: Tiene que tener paciencia con usted, se ha recuperado y va de a poco.

P: Sí.

T: Sí, tiene que estar contenta, con lo enferma que estuvo... y ahora está acá con sus hijos.

P: Sí, hay que ver como estaba.

T: Señora Rosa cero es sin dolor, y diez el peor dolor que usted lo pueda soportar ¿hasta qué dolor para usted es tolerable?

P: Hasta que dolor, hasta que dolor podría soportar... esos dolores que me hincho hasta siete, más allá no.

T: Que lo pueda soportar sin mucho esfuerzo... usted tiene dolores fuertes, pero quiero ver hasta que número usted puede tener un dolor que no la haga sufrir tanto.

P: Hasta seis, más no, está bien que uno soporte los dolores.

T: Ahora quiero enseñarle otro ejercicio, por si le sirve. El de punto banco siga haciéndolo todas las veces que usted necesite... el punto blanco para que se quede dormida. Este es por si le volvieran los dolores para que esté más preparada, esto no es como antes que vienen dolores y uno no está preparada, no sabe que hacer, pero cuando uno sabe qué hacer y sabe cómo son los dolores es más fácil estar preparada.

Se trata de preparar a la paciente para posibles futuras crisis de dolor, tratando de darle seguridad por si sucediera.

P: Sí.

T: Le voy a pedir que coloque sus manos en la falda sin tocarse las piernas como flotando las manos, vamos a mirar las manos, mire sus manos yo voy a mirar las mías [la terapeuta hace lo mismo que la paciente] y nos vamos a ir concentrando en la mano... vamos a ir sintiendo la temperatura de la mano... como está la mano...

Se intenta realizar una inducción por levitación de manos, se piensa que esta forma puede ser más fácil para que otra persona pueda inducir el trance, pues ahora se cuenta con la cooperación de sus hijos.

[Se comienza a hablar en tono hipnótico].

Entonces hay un lugar blanco, le vamos a poner el lugar blanco es el lugar que tenemos todos..

Se le pide a la paciente que mire sus manos porque para ella es más fácil experimentar trance con los ojos abiertos, se realizan los mismos gestos para mostrar a la paciente cómo hacerlo facilitando el trance, creando una sensación de compañía en el nuevo ejercicio.

P: Sí.

T: El lugar blanco es el lugar que nos protege... ¿Tiene cansada las manos?

P: No.

T: El lugar que nos protege entonces... nos vamos a imaginar este lugar blanco y le vamos a pedir que se comunique con nosotros a través de las manos.

P: Ya.

T: Y vamos mirando las manos... y cada vez que miremos las manos vamos ir sintiendo una sensación de bienestar... nos vamos sintiendo bien... vamos sintiendo la temperatura de las manos... a medida que la manos más se levantan, se va sintiendo más relajada...

Con la intervención se intenta atraer la atención de la paciente con algo simple y poco amenazante como mirarse las manos, a medida que la paciente mira sus manos su atención se mantiene mencionando algunos estímulos referidos a las manos que pueden ser percibidos fácilmente como por ejemplo: la temperatura de las manos.

Las manos se van subiendo solitas... usted no las va a subir... sólo mírelas... va a llegar un momento en que las manos van a empezar a subir solitas... a medida que suben... el dolor va a ir bajando... porque con este punto blanco de nuestra mente... vamos haciendo que el dolor vaya bajando... ¿Ya?...

Al decirle que las manos subirán solas el mensaje acompaña el deseo común de una persona que comienza a relajarse, no hacer nada; por otro lado, las manos difícilmente se mantendrán en una posición rígida, se moverán. Se sugiere que las manos suban porque la paciente ha mantenido las manos levantadas sin signos de querer bajar las manos, junto a esto se encadena la sugestión de disminución del dolor, por mínima que sea la disminución del dolor la persona aceptará lo que se dice sin cuestionarlo.

Entonces lo único que usted tiene que hacer es sentir que las manos van subiendo... a lo mejor se van a demorar un poquito... a lo mejor van a estar un poco... tiene que dejarlas tranquilitas... sintiendo como cuando flotan... o lo mejor se van a mover un poquito [la paciente esta totalmente quieta mirando sus manos fijamente] A medida que las manos se vayan moviendo... los nervios que llevan el dolor se van a ir apagando ¿se acuerda cuando apagábamos las luces?

Se menciona el punto blanco por ser una frase que tiene un significado personal que ha tenido resultados, además de su carga emotiva. Al mencionar el ejemplo de apagar las luces, es una metáfora familiar que ha sido utilizada con éxito en ocasiones anteriores, se comienza a mencionar este ejemplo en el momento en que la paciente ha levantado sus manos, con esto, una parte de ella ha aceptado el mensaje de disminuir el dolor.

P: Sí.

T: Entonces vamos a apagar las luces, siempre que venga la molestia va ir apagando las luces, van a ir subiendo las luces... Vamos subiendo las manitos sola, sola... Y el cuerpo se va ir sintiendo bien.

Se continua con la misma metáfora y se le asocia con la disminución del dolor, como una forma de dar ejemplos simples que puedan ser utilizados por ella cuando necesite disminuir el dolor.

P: Ya.

T: Vamos respirando... Dejamos que las manitos floten y las vamos mirando y las manitos solas hacen su trabajo... solas hacen el trabajo de desconectar lo que nos lleva la molestia.

La sugestión de no hacer acompaña a la paciente y menciona que en algún momento indeterminado el dolor disminuirá, es un momento que no depende de ella sino de sus "manos", por lo tanto, se protege del fracaso.

P: Ya.

T: Siempre que nos venga una molestia nos vamos a acordar de nuestras manos... Las manos que han trabajado tanto que nos han ayudado tanto... Ahora también nos van a ayudar... de otra manera [la paciente continua con las manos elevadas a la altura del pecho y con la mirada fija]

La paciente ha trabajado mucho con sus manos, estas tiene una carga emotiva y se puede asociar fácilmente las experiencias de trabajo, experiencia gratificante.

Y con nuestra mente bien abierta... vamos mirando nuestras manos nuestra incomodidad se va alejando...

P: Ya.

T: Nosotros la vamos alejando... nuestro único trabajo en este minuto es mirar las manos y tenerlas así... respirar y mientras tenemos la manos así...

Se mencionan metáforas, todas tienen el mismo objetivo: disminuir el dolor.

Sentimos que se van desconectando nuestros nervios... o que nuestro cuerpo se va metiendo en una agua helada... Entonces desconectamos y nos metemos en esa agua helada que va adormeciendo las molestias...

Se asocia bajar las manos con terminar el trabajo y disminuir las molestias, se refuerza mencionando la frase del punto blanco, por el impacto que tiene para la paciente.

Puede sorprender que esto suceda y lo único que tenemos que hacer es prestarle atención, no más... relajarnos... mirar las manos... sentir las manos y las molestias se van alejando y cuando las molestias se alejen nuestras manos lentamente comenzaran a bajar... a su ritmo...

Y podemos darle las gracias a esta mente que nos ayuda... y ahora que se siente bien que las molestias han disminuido, bajaran solitas... su mente blanca las bajará cuando se realice todo el trabajo... (fin cassette).

T: [La paciente comienza a bajar las manos lentamente] Cuando lleguen sin apurarse... a su lugar se va a sentir con ánimo... contenta... sin molestias... tranquila... contenta de saber que tiene esta nueva capacidad... que no todos conocen.

Sugestiones posthipnóticas directas de bienestar.

P: Sí.

T: Que las manos lleguen abajo solitas... sin

incomodarse [la paciente vuelve del trance y tiene ganas de ir al baño]

P: Quiero ir al baño, quiero vomitar...

T: Hola [entra en la habitación uno de los hijos mayores de la paciente]

T: Sí, pase no más.

H: (Hijo: H) Hola

T: ¿Cómo está?

H: Bien.

T: ¿Cómo te ha ido?

Se trata de establecer rapport con el hijo y mantener su cooperación, anteriormente se le solicitó que diera los medicamentos a la paciente, como una forma de involucrarlo en el tratamiento, conocer su disposición para cooperar y conseguir una compañía para la paciente.

H: Bien, vino hoy día.

T: Hoy día vine, vine a ver a tu mami a ver ¿cómo andaba? ¿cómo la ves tú?

Se consulta para saber como ve su estado de salud, de esta forma se le hace participar y se conoce nuevos antecedentes sobre la paciente.

H: Un poco mejor que cuando llegó [el hijo se queda en la habitación].

P: [la paciente regresa]

T: ¿Vómito?

P: [Dice sí con su cabeza].

T: Ah.

P: Me estaba quedando dormida.

T: ¿Ahora?

P: Sí.

T: Se relaja con estos ejercicios.

P: Me estaba quedando dormía.

T: Le estaba haciendo un ejercicio a tú mamá para que lo mires tú... por si lo necesitas.

Ven R, acá. Cuando le tomas la manito a tu mamá ella inmediatamente... se va a una parte blanca de su mente y se relaja y se queda tranquilita... y las molestias van disminuyendo, entonces podemos bajar las manitos... bajar las manitos [la paciente lentamente baja las manos] y lentamente se reincorpora ¿Ya?.

La paciente entra en trance al levantar la mano, las frases que se mencionan son sugestiones posthipnóticas, al levantar al mano ella inmediatamente va a una parte blanca, este mensaje es para la paciente y una explicación para el hijo, él se acerca y mira con curiosidad lo que hacemos.

Entonces la mamá tiene muchas molestias... ven para acá... tú le tomas la manito... se la dejas ahí

[la terapeuta hace lo esta vez toma la mano del hijo y lo guía para que él lo haga y lo hace]

La sueltas y le dices... que ella está en el lugar de la mente blanca... puede ser una o las dos manitos... tu mamá sabe ya como es estar en ese lugar... ¿Cierto? [la paciente da señales de estar en trance ojos fijos mirada al vacío manos levitando suspendidas en el aire].

Y ella ahí pude hacer muchas cosas puede desenchufar cables que molesten... y también si se concentra las molestias de náuseas pueden ir disminuyendo y todas las molestias... porque la mente blanca... esa mente va a saber como arreglarlas... ¿no cierto?

P: El punto blanco para dormir.

T: Para dormir... y las manitos para la molestia.

P: Sí.

T: Que las manitos trabajen a su manera para las molestias... para los dolores para las náuseas ¿Ya?

Sólo al subir las manos de la paciente, entra en trance.

Tú le explicas también a tus hermanos. Pueden practicar en estos días...

Tu mamá sabe hacer esto muy bien ¿Usted siente la diferencia señora Ana Rosa cuando le subimos la manito? (la terapeuta le sube las manos a la paciente y ella vuelve a estar en trance)

P: Sí.

T: ¿Cómo se siente ahora?

P: ¿Cómo me siento?... bien [al parecer la pregunta la confunde porque está en trance, mirada fija manos levitando].

T: Ella se va a quedar ahí un ratito hasta que solita hayan disminuido las molestias, entonces va a poner las manitos en las piernas.

Con la indicación se pretende que las personas cercanas puedan ayudar a la paciente a entrar en trance.

Entonces le puedes decir a la Fernanda, a quien esté acá, le dices que cuando tenga un poco de dolor...

Sra. Ana cuando el dolor esté llegando a 4 lo empieza a hacer, no espere que llegue a 8 ni a 9, si el dolor va subiendo no importa porque en el lugar de la mente blanca el dolor no se siente tan fuerte.

Se recomienda a la paciente comenzar el trance antes de un episodio de dolor intenso, porque en los dolores fuertes es mayor la desesperación, por lo tanto, puede ser más difícil concentrase en otra cosa que no sea el dolor, pero si el dolor aumenta se trata de proteger a la paciente del fracaso comunicándole que no es importante porque de todas maneras al estar disociada lo experimentará distinto.

No si ya estabamos terminando ya, claro era sólo para mostrarle a su hijo y cuando la deja ahí también descansa (la terapeuta pone las manos de la paciente en su falda).

P: [La paciente baja las manos].

T: ¿Cómo se siente?

P: Bien.

T: Bien. Ella cuando duerme ve un puntito blanco eso la relaja (la terapeuta le explica al hijo) y se puede dormir bien.

Bueno eso es, cuando tenga un dolor 4 usted levanta la manito y se va a la mente blanca. Ya pues, terminamos. ¿Está comiendo?

P: Poquito.

T: Está comiendo de a poco, como señorita.

P: Sobre todo que deje el pan, no me va a hallar tan guatona [se ríe].

T: Bueno el pan no es tan bueno, tiene que comer verduras, ver a la doctora y cuando vea que el dolor va en 4 lo va a empezar a hacer, si volvieran otros dolores que ojalá que no vuelvan... y tú viste lo que hicimos si lo necesita lo haces y le cuentas a la E, tu hermana, y dile que haga el trámite de la pensión.

H: Sí, lo está haciendo.

T: Bueno ha sido un gusto verla y me alegro que esté mucho mejor.

P: Gracias que me vino a ver.

T: Si, pues.

P: Ojalá que me consiga la plata del pasaje para ir mañana porque yo quiero hacerlo, porque hay otras personas que están necesitados y yo que estoy necesitao ¿por qué no me lo hago?

T: Claro, tiene que hablar con la asistente también. Bueno su hija la está ayudando su hijo se está preocupando, también.

P: No, si todos se preocupan de mí.

T: Aquí el R estuvo en una clase para ayudarla... que bueno que está buena para conversar... (fin de la grabación).

La terapeuta se despide de la paciente quien se despide cariñosamente.

SESIÓN 7.

PACIENTE: 2.

FECHA: 30 de Abril de 2001.

LUGAR: Domicilio de la paciente, Campamento Padre Demetrio, Melipilla.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encuentra en cama gran parte del tiempo, realiza algunas actividades domésticas, está mejor de ánimo, tranquila y tiene menos al dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: la paciente no presenta alteraciones psicopatológicas importantes cuando se realiza la sesión.

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de autohipnosis las encuentra efectivas en el alivio del dolor, las utiliza en algunas ocasiones para controlar el dolor.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 4-6.
b) Dolor más intenso: EVA 6.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: no se presentó dolor.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): no presenta.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: no presenta.
b) Dolor base: permanente.

TRATAMIENTOS: medicamentos para aliviar el dolor: codeína 6% c/ 4 hrs. diazepam 10 mg para dormir.

RESUMEN:

La paciente puede realizar algunos quehaceres domésticos, caminar cortas distancias, no tiene problemas para dormir, está más tranquila; sin embargo, le cuesta comer porque siente muchas náuseas.

Días anteriores recibió la noticia de su pronóstico en el Hospital Caupolicán Pardo, la noticia disminuyó su angustia notablemente, se siente triste y piensa en el futuro de su hijo menor; no obstante, mantiene la esperanza de recuperarse.

Luego de conocer el pronóstico mejoró la opinión de la atención médica recibida, entiende que hay tratamientos a los cuales no se puede someter, sin embargo, cree que el factor económico es una de las principales razones que explican no haber tenido una atención adecuada a su debido tiempo; continúa pensando que una intervención quirúrgica podría ser la solución.

En este momento su principal preocupación es el futuro de su hijo menor. Ella quiere que el pequeño quede con su hermano mayor, pero las sugerencias de la asistente social (entregarlo en adopción o internarlo) le provocan temor porque piensa que pueden obligarla. La paciente trata de atender a su hijo para no dar motivos que justifiquen la separarla del niño; estas actividades las realiza con mucho esfuerzo.

Se mantiene con un dolor promedio de intensidad EVA 4-6. No presenta dolores más intensos, antes llegaban a EVA 8-9; por este motivo consulta si puede tomar menos medicamentos, toma codeína 6% 15 gotas cada 4 horas y diazepam 10 mg para dormir.

Referente a la autohipnosis, la considera un procedimiento útil y la practica en algunas ocasiones.

Su familia está más cerca, sus hijos la visitan, la ayudan con los quehaceres domésticos, dinero y alimentos. Esto agrada a la paciente porque quiere estar con ellos.

Esta fue la última sesión que se realizó, la paciente falleció días después rodeada de su familia.

T: ¿Qué está tomando?

Se evalúan los medicamentos.

P: Ahora estoy tomando las gotas.

T: las gotas. Tramal?

P: No, otras... codeína.

T: A ver... ¿qué gotitas está tomando?

P: Las de la tapita roja.

T: Ya. ¿Esa?

P: Sí.

T: Está tomando codeína 6%. ¿cuántas gotas está tomando?

P: Cuatro.

T: ¿Cuatro gotas?

P: No son quince.

T: Quince gotas ¿cada cuatro horas?

P: Sí.

T: Ya.

P: ¿Será por las gotas que estoy vomitando?

T: Puede ser... ¿Qué dolor ha tenido en el último tiempo?. Aquí es cero sin dolor y este es diez lo más grande de dolor.

P: Yo me hago la valiente, pero he tenido un dolor cuatro o seis.

La paciente ha tenido un dolor moderado.

T: Cuatro o seis.

P: Pero a veces no puedo hacer las cosas y yo como mamá tengo que atenderlos.

T: ¿Vienen a verla sus hijos?

P: Sí, por el feriado que hay... y tengo un hijo en el servicio que me vino a ver y anteayer tuve que entregarle el fusible.

T: Mire.

P: Sí, pu' andaba en Teja Verde fui y llegué aquí manoteando, pero que voy a ser si me mandaron a buscar.

T: Claro. ¿Quién se fue para allá?

P: El H. Tengo que andar en todo.

T: Así que me dice que ha tenido un dolor seis, me dice.

P: Sí.

T: Y... ¿ha hecho los ejercicios? ¿se acuerda como era?

P: Sí.

La paciente continúa practicando los ejercicios de autohipnosis.

T: De levantar la manito y de irse en la camioneta...

P: Sí.

T: Trate de hacerlo para que le disminuya el dolor. De todas maneras tiene que ir a ver al doctor y decirle todo, decirle de los vómitos.

P: Fíjese que vomitaba todo por tres días seguidos, tenía una náusea no podía ni oler la comida y después que volví de allá... porque llegué en la noche pude comer hasta sopa probé. Hoy día estoy con el desayuno no más.

T: Ya.

P: Pero no estoy con náusea ahora, pero cuando me tomo el remedio ahí me viene, pero tengo que tomarla, tomarla.

T: ¿Está tomando codeína no más?

P: Sí. Y una pastilla para el resfríao y un Diazepam para dormir.

T: Ya diazepam para dormir, pastillas para el resfriado. Y el dolor de contracciones no ha habido más.

P: No.

T: Ese dolor fuerte, ese dolor diez no ha tenido.

P: No, no para que voy a decir. Se me quitó eso.

La paciente no ha tenido dolores intensos.

T: ¡Que bueno porque ese es el más fuerte.

P: Si.. era tan doloroso... ahora el que me queda es chiquitito, pero no me ha dolido en serio.

T: Señora Ana y este dolor seis que usted dice ¿le da todo el día? ¿es permanente? ¿Baja?

P: Permanente.

T: De seis a cuatro baja, no se quita nunca.

P: No. En denante estaba lavando ropa de mi chiquitito y me gané en la cama porque no daba más...

Y ¿por qué el riñón estará tapado? Me hacen exámenes y salen bien me dicen que sale bien.. eso me extraña por qué estará tapado. Cuando vieron en la pantalla yo veí también y había un cosa como un huevo y eso tiene como una curva así... y tiene tapado todo. La señora que me vio dijo debieran operarla a usted sacarle todo. Esa pelotita que tiene camina ahí, camina y llega al útero y le viene las contracciones. Yo escuchaba cuando conversaban...

T: Claro, así que le dieron de alta en el Caupolicán Pardo.

P: Sí, pero tengo que ir a buscar una carta porque le mandaron una carta al médico y... no tengo nada de plata.

T: Y ¿no ha hablado con la asistente, señora Ana?.

P: Sí a la asistente le he hablado, le pido los pasajes... ahora no habían pasajes.

T: Y para que le ayude a apurar el trámite de su pensión.

P: Sí. Yo hablé con la asistente de allá también. Y me dijo que ellos me ayudaban para estar con licencia hasta que me llegue la pensión, pero lo que pasa que yo donde trabajaba ya se fueron, ya terminaron ya. Se fueron para otro lado y yo quedé perdida. Porque ellos terminaron el puente y se van a otro trabajo a veces se van para el sur, se van para el norte... El jefe que tenía era muy buena persona, pero ahora no sé que hacer. Porque no teniendo un patrón que me llene una licencia yo no puedo cobrar la licencia, no puedo cobrar.

T: Y en la Municipalidad no saben como ubicar a su patrón.

P: Tendría que preguntar en la Municipalidad no más.

T: Claro.

P: Si ellos tienen que firmarlo y llenar unos papeles, nada más.

T: Claro.

P: A mí me descontaban la plata de las imposiciones.

T: Claro.

P: Parece que me van a colocar el remedio inyectao porque yo le dije que me perjudicaba mucho el estómago.

T: Claro.

P: Porque allá la doctora me dijo, a esta señora hay que inyectarla mejor. Porque hay algunos que los pinchan dos veces en la semana no más.

T: Ya.

P: Y hay está el calmante con dos veces en la semana no más. Eso para varias señoras desahuciada de reumatismo de dolores reumáticos.

T: Y ahora en el Caupolicán Pardo ¿le dijeron que no tenía remedio su enfermedad?

Al llegar la terapeuta, la paciente le cuenta que le habían dicho que estaba desahuciada, esa parte no pudo ser grabada, a esto se refiere el comentario.

P: Sí. Yo le dije al médico del San Juan de Dios lo que me habían dicho. Ya pu' mija -me dijo- yo voy a decirte lo mismo. ¡que pena! me dijo, pero no se puede...

Pero como puede ser... de repente unos tumores... Habían una señora que conversó conmigo y me dijo que se le reventó el tumor, se le reventó y tuvieron que lavarle la tripa, le sacaron todo. No le querían operar porque es aventurao y como se reventó de la noche a la mañana me operaron, ahora van a ser cuatro años que estoy viva y no me muero, estoy trabajando ahora, me dijo.

También que espero que esté mejor. Pero un pobre nunca tiene buena medicina porque la persona que anda pagando que anda con la plata que tiene los medios para pagar una operación lo ven al tiro. Y que hago yo con cuatro niños, sola. Así que me dijeron que tenía que esperar la hora...

T: Y los niños ¿están internados todavía?

P: Sí.

T: Ah, pero vienen a verla por el fin de semana.

P: Yo estoy bastante mejor... ahí hay una foto de largo...

T: Ah de su hijo.

P: Ayer estuve acordándome de usted la llamé calladita no más.

T: Sí, estuvo acordándose.

P: Pensé no ha venido más... ¿cómo estará la niña?

T: Sí, pero yo le preguntaba a su hijo cómo estaba y pensé que era mejor venir hoy, después es más complicado; también sabía que el Lunes había ido al

hospital. ¿Así que se había acordado?

P: Sí me acordé ayer, usted sabe que uno nunca olvida a la persona que cuando uno necesita está cerca de uno. Yo me acuerdo de todas las personas que tuve cerca cuando estuve tan grave. Nadie está seguro en esta vida...

T: No pues nadie.

P: Nadie, uno no es de fierro no es nada...

T: Claro.

P: Así que no puedo decir que me trataron mal, hicieron harto conmigo. No me pudieron colocar nada ni la quimio y eso que la compré, el remedio que compré lo dejé en el hospital, le servirá a otro enfermo, la droga.

Al saber su pronóstico la paciente mejora su opinión del tratamiento médico

T: Ah, no le pudieron poner la quimioterapia.

P: No, porque tenía un riñón bueno y el otro tapado así que me dijeron que no.

T: Ya.

P: En el botiquín la dejaron.

T: Y hay quedó. Y ¿le costó muy cara?

P: 120 lucas.

T: 120 lucas y ¿no se la devolvieron?

P: No. Le dije al doctor que la iba a dejar ahí no más. Le sirve a otro.

T: ¿Y usted tuvo que pagar las 120 lucas?

P: Sí, puede que le sirva a otro a mí no me sirve porque tengo el riñón tapado.

T: Claro.

P: Yo no soy mala con nadie si puedo donar algo...

T: Sí.

P: La otra vez estaba hasta sin gas y una señora me regaló un galón de gas...

T: Claro.

P: ¿Usted es de Santiago?

T: Yo vivo en Santiago.

P: Yo tengo tanta amiga... una chiquilla que me vinieron a hacer la pieza aquí... a veces me llaman por teléfono...

T: ¿Tiene teléfono acá?

P: No, donde la vecina.

T: Ah, ya. Tiene amigas en Santiago.

P: Las chiquillas hicieron las mediaguas.

T: Ya.

P: Yo me hice amiga de varias chiquillas.

T: Que vinieron a trabajar acá.

P: Sí y me llaman. Mejórese y ruegan a Dios.

T: ¡Que bueno!

P: Un curita también viene a verme.

T: Sí, un curita.

P: Me viene a ver, viene a visitar a todo aquí, cuando no puede pasar por aquí de afuera me grita: Señora como está. Yo no salgo para ningún lado aquí no más. Lo único que quiero es seguir trabajando, pero bueno la enfermedad cuando llega, llega. La persona que se cuida igual no más.

T: Sí pues nadie está libre de eso.

P: Cuando yo estuve en el hospital había una señora que era dueña de una farmacia grande, persona que tiene plata, le sacaron así un tumor. ¡Cuanta plata gastó! Pero la mejoraron, el otro día la vi me dijo que estaba sanita, se le cayó todo el pelo, sí.

T: Ya.

P: Se le cayó todo el pelo.

T: Claro, pero hay gente que aunque tenga toda la plata del mundo no se recupera.

P: Sí, pu'. Me dijo a mí me sacaron todo y uno grandote.

T: Claro. Y ahora está con dolor, señora Rosa.

P: Poquito.

T: Poquito. ¿Está durmiendo bien?

P: Sí, como tengo Diazepam duermo bien.

T: Ya.

P: Y con el calmante y la gota duermo bien.

T: Claro.

P: Tengo problemas para ir al baño.

T: Tiene que tomar harta agüita.

P: Sí, el agua es vida. Cuando yo no como tomo pura agua. Yo siempre le hecho miel al agua y me la tomo. A veces hago yerbitas con azúcar y me la tomo. Mi hijo me deja un jarro de agua cuando tomo agua helá me hace mal.

T: Eso no le hace bien.

P: No me hace bien. Y así estoy pasando... voy a seguir

así. Hago las cosas hasta que me vienen los dolores.

T: ¿Qué hace cuando vienen los dolores fuertes?

P: Ya tengo todo hecho, me vengo para acá.

T: Ahí tiene que hacer su ejercicio de la mano.

P: Sí a veces en la cocina dejo las ollas mal. El chiquitito no puede ni calentar la tetera. A veces pone una silla para sacar comida y come.

El chiquitito me lo quieren sacar de aquí.

T: Pero me había dicho su hijo que ya estaba solucionado.

P: Sí ahora lo quiere llevar la asistente de allá donde están mis otros hijos.

T: Ah.. ¿se lo quiere llevar para dónde? para San Antonio.

P: Sí, para donde están mis otros hijos.

T: ¿Usted no quiere?

P: El no quiere el chiquitito echa de menos, es muy chiquito, lo mandan a lavar.

T: ¿A lavar?

P: Sí lavan sus cosas personales, lavan sus calcetas sus slips. Y se le entumen sus manitos.

T: Claro.

P: Ese es el closet de él, le tengo toda su ropa guardadita, toda dobladita... porque mi hijo no anda sucio... ¿Pero a la fuerza no lo pueden llevar?

T: No, a la fuerza no lo pueden llevar. Yo pensé que estaba solucionado eso.

P: Sí yo le pregunté.

T: La matrona me dijo que le preguntara el nombre del niño la edad y en qué colegio va para hablar con la asistente del hospital.

P: La asistente me dijo: usted debiera internarlo porque usted está muy débil de salud... pero si me separan del chiquito... él me dice que no se quiere ir... y cuando usted ya no esté me quedo con mi hermano el mayor. Ellos lo vieron de guagua.

T: Y usted le dijo eso a la asistente que tenía solucionado.

P: A mí me lo iban a quitar me lo iban a adoptarle.

T: No, pero eso no lo pueden hacer a la fuerza.

P: Entonces lo que yo hice... le pregunté por favor quiero saber cómo va darlo en adopción, digo yo. Y yo le hice ver que me quieren quitar mi hijo y me dijo que andaba sucio que sale en las noches... cuando si yo lo tengo aquí al lado... de ahí me dijo de un internado como están sus hijos lo puedes dejar aquí. ¿Hay que avisarle a ella no

cierto? Que no quiero.

T: Sí usted quiere tenerlo acá no se preocupe a la fuerza no se lo pueden quitar.

P: Cuando yo no estoy aquí queda cerrá la puerta y se va donde su hermano y ahí tiene otra cama. Duerme solo.

T: Sí pues, Angélica me había preguntado por eso porque le había contado que se lo querían adoptar...

P: Sí lo querían adoptar...

T: El colegio es de Melipilla.

P: Sí, voy a decirle que el niño es mejor que se quede acá. Según la solución que me de el doctor...

T: Además él tiene a su hermano acá.

La paciente al saber su pronóstico, se ocupa de la situación de su hijo menor, quiere que se quede con su hermano, se opone a que sea adoptado o internado.

P: Sí tiene a su hermano y los dos están casados y tienen señora. Aquí me quieren quitar el niño allá no en el internao me dijeron que había que tener un motivo muy grande para que le quiten el hijo y para que se lo adopten sepa que hay una casa de adopción. En el internado no podemos tener los niños a la fuerza...

T: ¿Cómo han estado en el internado los niños?

P: Están bien, el mayor el que tiene catorce años se quería salir. Porque el se da cuenta y me quiere cuidar.

T: El la quiera cuidar.

P: Pero la asistente no quiere. ¿No creo que la asistente social le de el permiso? Él me dijo: yo pediría el traslado, no importa que estudiara aquí, me dijo... y la cuidaría.

T: Y a usted ¿le gustaría eso?

P: Sí.

T: ¿Y qué ha dicho la asistente de eso?

P: Nada si es él, lo piensa y luego se retiene.

T: Claro. Pero su hija la está cuidando ahora.

P: Sí, pero ella trabaja.

T: Está trabajando ahora.

P: Sí ella trabaja y llega en la noche a la una de la mañana donde trabaja hacen empaná entonces se demora.

T: Pero en el día está acá.

P: Trabaja en el día y también en la noche mi hijo igual.

T. Ah está solita otra vez.

P: El Juan entra a las nueve al trabajo y llega a las once.

T: Y sus nueras no la cuidan.

P: Sí, si vienen, pero no hay como el hijo.

T: Sí es distinto.

P: Es distinto. El hijo quiere venir me dice yo ya soy grande... Le voy a decir a la asistente.

T: Claro.

P: Sí el me cuidara sería otra cosa, ellos saben hacer todas sus cosas... podrían ir a dejar al hermano al colegio... y pueden quedar en el mismo colegio también.

T: Claro.

P: Porque el colegio es grande donde va el chiquitito.

T: Claro a ver como se van a dar las cosas.

P: ¿Cómo podría hacerlo?

T: No sé depende de él también, depende si él realmente quiere hacerlo porque puede ser pesado.

P: Ellos se portan bien... salieron tranquilos. Porque yo no era de aquí de Melipilla... En el internado quieren mucho a estos chicos y yo he ido y he almorzado con la tía J... A lo mejor puede que consiga el permiso.

T: Trate de estar tranquila eso lo puede solucionar...

P: ¿Será posible que tomara la gota dos veces en el día y no sintiera mucho dolor? Porque no siento mucho dolor.

T: Parece que sí, pero eso se lo tiene que ver el médico, porque esas gotas aunque usted no tenga mucho dolor se tiene que ir quitando de a poco, no se pueden suspender.

P: Voy a preguntarle al médico.

T: Es este tiempo que está acá podría hacer su ejercicio aunque sea una vez al día, el ejercicio de la camioneta ¿se acuerda?

P: Sí.

T: U otro ejercicio que usted quiera cuando levante la manito se va acordar.

P: Ya.

T: Y si no se acuerda lo volvemos a hacer, lo volvemos a repetir. (fin del cassette luego se continua hablando con la paciente de temas no relacionados con el dolor de su enfermedad, sus hijos, la posibilidad de su muerte en una ambiente de mucha confianza. Esto no fue grabado. Fin de la sesión).

SESIÓN 1.

PACIENTE: 3.

FECHA: 4 de Abril de 2001.

LUGAR: Policlínico de Ginecología Hospital San Juan de Dios.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente lucía cansada, realiza actividades que requieren poco esfuerzo y ha tenido bastante dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia; no obstante presenta síntomas depresivos: temor, tristeza e impaciencia.

HIPNOSIS: en esta sesión se pudo inducir un trance profundo mediante levitación de manos. La paciente se encuentra motivada para practicar autohipnosis.

RED DE APOYO: muy buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 7-8.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 3.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 0.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): tres.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: horas hasta recibir medicamentos.
b) Dolor base: constante.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 0.

TRATAMIENTOS: morfina 3% c/ 4 hrs (oral), dipirona 1 c/6 hrs, diclofenaco 10 mg c/ 20 hrs.

RESUMEN:

La paciente concurrió al Policlínico de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios. Lucía cansada, demacrada e impaciente. En el contacto con la terapeuta se mostró cooperadora, independiente, curiosa y sensible; habló abiertamente de su situación y sentimientos.

En primer lugar la terapeuta explica a la paciente sobre el trabajo a realizar, un trabajo de seis sesiones de hipnosis ericksoniana para disminuir el dolor. Se le dijo que el objetivo de las sesiones es darle una herramienta, que eventualmente, la ayude a disminuir el dolor y pueda utilizarla por sí misma. Además se explicó en qué consiste la hipnosis ericksoniana, se dieron algunos ejemplos y se consultaron posibles dudas. También se informó que el trabajo será parte de una investigación que tratará de evaluar las posibles ventajas del procedimiento, en la cual se mantendrá en reserva la identidad de las participantes, pero no lo hablado en la sesión porque quedará grabado y transcrito. La paciente aceptó con agrado, incluso no tenía problemas para revelar su identidad, la cual no será revelada por decisión de la autora.

En la sesión se realiza una entrevista que tiene por objetivo obtener información referente a distintos puntos, como: datos personales, red de apoyo, fenomenología de la experiencia dolorosa, gustos personales y actividades previas.

La paciente puede ser identificada como una persona de nivel socio-económico y cultural bajo. Ha vivido en el campo y en la ciudad de Santiago hace varios años. Antes se desempeñaba como manipuladora de alimentos en un importante lugar de eventos de la capital. Su desempeño siempre fue satisfactorio. El horario que debía cumplir era bastante exigente, pero la vida activa le gustaba. Su motivación principal para trabajar era satisfacer las necesidades de sus cuatro hijos.

La paciente vive con su pareja y sus hijos con quienes tiene una excelente relación y cuenta con el apoyo de todos, principalmente el de su marido. Además, cuenta con el respaldo de su madre, hermanas, amigas, algunas de ellas tienen conocimientos básicos de enfermería y siempre están dispuestas a ayudar.

Si bien recibe ayuda de las personas cercanas, algunas quieren que practique una religión determinada, pero ella se inclina por otra. Esta situación la angustia.

Entre las actividades gratificantes se cuentan las relacionadas con la naturaleza, especialmente el mar y la vegetación. También disfruta de la compañía de sus seres queridos, actividades lúdicas y tareas domésticas.

Con respecto a su estado de salud, la paciente cuenta con una completa información, incluso conoce su mal pronóstico, seis meses de vida. La enfermedad fue detectada hace años por un PAP. Durante muchos tiempo ella no se realizó dicho examen por considerarlo innecesario por no tener más hijos, relacionando su utilidad con la maternidad.

Cuando fue informada de los resultados del examen, la paciente pensó que no era importante, incluso después de recibir una detallada explicación de la matrona, quien advirtió de los peligros de la enfermedad. La afectada nunca pensó que se trataba de una enfermedad

tan grave, a pesar de comprender las explicaciones recibidas, pareciera que se encontraba en estado de negación.

La paciente fue derivada al Hospital Félix Bulnes, donde se confirmó el diagnóstico y se propuso un tratamiento que fue postergado por la paciente en tres oportunidades. Cuando quiso comenzarlo no podía ser operada y su pronóstico disminuyó de años a 6 meses. La enferma fue derivada al Hospital de Cáncer, en ese momento se dio cuenta de su error y la gravedad de su enfermedad; sin embargo, siguió pensando que no podía ser tan grave, continuaba parte de la incredulidad.

Hace un mes comenzaron intensos dolores y con ellos la posibilidad de una muerte cercana: el diagnóstico se hace real. Esto ha provocado mucho temor y angustia, la señora no quiere morir, lo considera injusto.

Actualmente, se trata en el Hospital San Juan de Dios y espera comenzar un tratamiento de radioterapia y quimioterapia. Por el momento recibe fármacos para el dolor, respeta el horarios porque se ha percatado que al no hacerlo es más difícil controlarlo. Los medicamentos han sido efectivos, pero menos en el último tiempo.

En cuanto al dolor han aumentado el último tiempo. La paciente se mantiene con un dolor constante de intensidad EVA 7-8; el cual puede bajar a EVA 3. La paciente cree que factores psicológicos influyen en él, porque cuando piensa en la posibilidad de morir el dolor puede aumentar de EVA 3 a EVA 6.

Además presenta dolores intensos EVA 10, los cuales comienzan como contracciones que anuncian la llegada de un gran dolor similar a los dolores de parto, pero más intensos. Este dolor se presenta en la zona hipogástrica hasta las rodillas. Cuando sucede, la paciente llora, se desespera, cambia de posición, camina, trata de relajarse, pero no puede.

Estos episodios se presentan en promedio tres veces por semana y son de larga duración, incluso puede permanecer todo un día con dolor, sólo disminuye si recurre a un centro asistencial; pero en el último tiempo el alivio dura menos, la última vez sólo pudo aliviarse por tres horas.

Finalmente durante la sesión se realizó un trance, para familiarizar a la paciente con el procedimiento, tener información sobre las facilidades para efectuarlo, estrategias adecuadas, efectos inmediatos y para reforzar su cooperación.

El trance fue inducido fácilmente mediante levitación de manos. Durante éste se disoció a la paciente utilizando su gusto por la naturaleza, se contaron metáforas orientadas al control del dolor y de variables psicológicas.

La paciente finalizó la sesión sintiéndose más tranquila, con menos temor, quiere continuar las sesiones pues considera necesario hablar de sus temores con alguien que no sea de su familia.

T: Entonces su nombre es...

P: María...

T: ¿El nombre completo?

P: [La paciente responde por razones de privacidad no se anota].

T: ¿Qué edad tiene?

P: 40 años. 19 de Noviembre del '60.

T: Ya. ¿Dónde vive?

P: Cerro Navia [La paciente responde por razones de privacidad no se anotara].

T: ¿Teléfono?

P: No, no tengo.

T: ¿Celular?

P: [La paciente responde por razones de privacidad no se anota].

T: ¿Con quién vive, señora María?

Se consulta por su situación familiar.

P: Con mi esposo y cuatro hijos.

T: Con su esposo y cuatro hijos, ya. ¿Qué edad tienes sus hijos?

P: El mayor tiene 17 años, la lola cumple 15, el lolo tiene 8 y el otro tiene 6.

T: Ya. Entonces son puros niños y una niña, la niña tiene...

P: Sí, 15.

T: ¿Qué enfermedad tiene, señora que le han dicho?

Se indaga de una forma muy general sobre la enfermedad para saber la información que maneja.

P: Tengo un tumor canceroso en el cuello.

T: Un tumor canceroso en el cuello... ¿cuándo le pesquisaron el tumor?

P: A mí me lo detectaron en Febrero del año pasado.

T: En Febrero del año pasado. No de este Febrero.

P: No, del año pasado.

T: Ya.

P: Me dijeron que tenía que operarme el 20 de Mayo.

T: Del año pasado, ya...

P: Y yo por económicamente... por trabajar no me

La paciente es de escasos

operé...

recursos y no consideró la gravedad de la enfermedad.

T: Por trabajar...

P: Claro, yo dije como va a ser tanto que va a ser tan grave.

La paciente pensó que su enfermedad no era tan grave.

T: Ya, usted no le dio mucha importancia.

P: No le di mucha importancia.

T: Y ¿le explicaron?

Se consulta para saber si le explicaron el riesgo de su enfermedad.

P: Me explicó la matrona y todo.

La matrona le explicó la gravedad de la situación, pero la paciente no lo creyó.

T: Y ¿le dijo que era importante?

P: Me dijo que era importante, pero yo nunca pensé que era tan importante como lo que me está pasando ahora.

Después de ahí seguí con molestias, mi mamá fue y me retó porque pasó el tiempo, imagínese de Mayo... hasta Octubre. Ella vino un día y me dijo: no, tú vas a tener que operarte, tú tení hijos, hacerlo por ti.

Pedí hora de nuevo, para Noviembre... y no me quise operar porque mi marido estaba sin trabajo. Si no trabajaba ¿quién alimentaba a mis hijos? Yo siempre pensaba en ellos. No darle riquezas, darle bienestar que no pasen hambre esas cosas. Como le dijera yo... Soy muy protectora de mis hijos, los cuido mucho...

T: Ya, los cuida mucho...

P: No me quise operar, tenía la hora y todo. Mi mamá me dijo me voy a quedar a tu casa y nos vamos temprano el 22 de Noviembre... No mamí, le dije. Me va acompañar mi marido, y no fui.

T: Y tenía la hora y todo.

P: Tenía la hora. Dos veces. Rapidito no más me dieron hora para el 11 de ... para el 18 de Diciembre.

T: Todo eso en el Félix Bulnes.

La paciente se atendía en el Hospital Félix Bulnes y no quiso comenzar el tratamiento, dudaba de la gravedad de su estado.

P: Todo en el Félix Bulnes. Y el doctor se enojó conmigo y me dio hora para el 18 de Enero. Se enojó, me retó. Yo le encuentro toda la razón. Me dijo: que si no pensaba en lo que tenía yo...

Si ahora estoy tomando consciencia de lo que me está pasando... desde el principio yo tomé consciencia, pero por mis hijos...

- Tú por tu enfermedad si lo hubieras hecho le hubieras podido durar más años a tus hijos, pero por tu enfermedad podí durar un año, dos años más. Está

complicado, pasó el tiempo -. El 18 de Enero estaba lista para que me operaran.

T: ¿El doctor del Félix Bulnes le dijo que tenía como 2 años de vida si no hacia el tratamiento o no?

P: Claro y el doctor me dijo que el tumor lo tenía hace como cinco, seis años que lo tenía.

T: Era de antes.

P: De antes.

T: Y ¿usted nunca se había hecho el PAP?

Se consulta para saber si la paciente se había realizado PAP.

P: No, cuando me hice le Papanicolaou me fueron a buscar a la casa... y ahí empece con el médico.

El cáncer fue detectado por un PAP.

T: Y ¿usted nunca se lo había echo?

P: Antes sí, pero después tuve al niño... y dije para qué, si yo estoy bien...

Después de dejar de tener hijos dejó de hacerse el PAP porque lo consideraba innecesario.

T: Entonces pasaron como seis años que no se lo hizo.

P: No, no me lo hice, me operaron para no tener más familia y todo.

El 18 fui con mi marido y toda la onda y todo lo que le piden a uno y estaba con la bata y todo... lista, lista... y me dijeron no te podemos operar gorda porque está muy complicado tu tumor... está tomando como no sé que me dijo... algo de las piernas.

La paciente no fue operada por el avance de su enfermedad.

Te vamos a mandar, me dijo, al Instituto Nacional del Cáncer. Y ahí me dio pánico. Pucha, dije yo, ¡qué hice con mi vida! Tampoco le di mucha importancia. Ahí me vieron cuatro médicos y me citaron para el 23 de... ¿a qué mes estamos? Febrero fui.

T: Ahora estamos en Abril.

P: En Febrero. El 20 de Febrero me citaron para un comité de médicos.

A la paciente fue informada que su pronóstico de vida es era de 6 meses.

Fui me vieron los médicos, me dieron 6 meses de vida. Me examinaron y me dijeron: niñita no te podemos operar, porque si te operamos... mejor no, déjate así. Lo que vamos a hacer contigo es algo de radioterapia. Bien explicao que eso quemaba y achicaba y que a lo mejor más adelante me operaban. Me hicieron todos los exámenes y en todos los exámenes, bien. No tengo nada dañado. Solamente el cuello del útero...

T: El cuello del útero que tiene un tumor.

La paciente cuenta con información clara y detallada respecto de su enfermedad.

P: Que se esparció un poquito y me está dañando la pierna. No alcanza si a llegar a la pierna.

T: Ya.

P: Y ya. Lo que tengo ahora es susto.

La paciente se siente asustada por su enfermedad.

T: Tiene susto.

P: Porque los dolores me los provoco yo sola. Ayer mismo yo estaba bien, me daban dolores y me quejaba y de repente se me olvidaba andaba bien.

La paciente puede apreciar que su estado emocional influye en la sensación dolorosa.

Ay viejito me duele la guatita... ya viejita, me sobaba la guatita. Y después decía son cosas... donde yo estoy muy asustada, yo mismo, donde me dan nervios, soy muy nerviosa, yo misma me provoco el dolor.

Y lloro... hoy mismo en la mañana lloré... le pido a Dios porque no quiero morirme, no me puedo morir por mis hijos... yo le he dado todo y porque tengo que morirme ahora.

La paciente se resiste a la posibilidad de morir lo encuentra injusto, podría estar pasando por la etapa 2 Irritación (Kübler-Ross).

T: Sí.

P: Y mis hijos me apoyan a mí. Mi marido me apoya mucho.

La paciente cuenta con el apoyo de su familia.

T: Su marido la apoya mucho.

P: Sí, me apoya. Estaba enojado conmigo, en la mañana me decía que andaba paviando. Yo le pedí perdón, pero es que andaba nerviosa... yo estaba al otro lado, estuve como una hora esperando la micro...

El marido la acompañó al control, pero la paciente se perdió, él estaba muy preocupado.

T: Sí, él se preocupa por usted.

P: Pasaban como tres, cuatro micros... yo lloraba porque no me venía a ver.

T: Y su mamá ¿vive acá?

P: No, vive en Isla de Maipo.

T: En Isla de Maipo. Y ¿tiene hermanas, amigas?

P: Sí, tengo hermanas, tengo amigas que me han ayudado harto, me dan ánimo. Me pongo a conversar con ellas.

La paciente cuenta con una red de apoyo amplia.

Mi mamá incluso... está enferma, tiene diabeti andaba en el hospital acá... y más enferma está por la enfermedad mía.

Ayer pensé estábamos almorzando con mi marido, porque el trabaja cerca, en una panadería... yo pensé, yo le cuento a mi mamá todas mis cosas, no voy a tener que contarle... ella está enferma y cuando supo que estaba enferma, se enfermó más y me llama todos los días me dice hija cómo está... cuando estoy enferma lloro, mal mami, le digo... al final queda más mal ella que yo.

Cuando llame mi mamá y yo no puedo contestar- dile que estoy bien, aunque esté enferma... porque como mamá, está sufriendo ella también...

T: Sí, pero al no saber nada, tal vez, más se preocupa...

P: Sí, decirle que estoy mejor, pero no decirle que estoy

La paciente no quiere

llorando, estoy en cama todo eso...

T: Ya ¿y llora mucho?

P: Sí estoy buena para llorar, cualquier cosa lloro... soy sensible, pero parece que me hace bien llorar.

T: Se desahoga.

P: Claro, me desahoga... o estoy comiendo y lloro... me levanto, lloro (N.E).

T: Ya. Eso es lo que más le preocupa...

P: Y pienso que la fin y al cabo me hace mal pensar eso.

T: Puede ser.

P: Mi hijo me dice que no piense en eso... si tú no te vay a morir para que te preocupai tú nos vay a enterrar o todos nosotros y vay a seguir viva. Yo lo que tengo en este minuto es susto.

T: Susto.

P: Lo que más tengo es susto, lo que más me afecta es el susto, nada más.

T: Susto. Y ¿qué hacía antes señora María?

P: Yo trabajaba antes en Casa Piedra, yo trabajaba de manipuladora, ahí trabajaba de manipuladora en la cocina.

Me gustaba trabajar eso igual me afecta... Sabe que antes yo era activa iba al trabajo, me gustaba trabajar... trabajaba hasta las cuatro, cinco de la mañana cuando habían eventos al otro día tenía que estar a las nueve a las diez de nuevo. Me levantaba dormía un ratito y me iba otra vez... mi vida era así muy acelerá.

Pero me gustaba porque sabía que estaba ganando para mis hijos, no me importaba sacrificarme a mí, pero a mis hijos que no les faltara na'. No les doy grandes comodidades, ni al gusto de ellos que lo que quieren un par de zapatillas, no. No me gusta a mí que no les falte la comida. Teniendo la comida de mis hijos yo soy la mujer más feliz. Yo puedo andar a pies pelao o pobre, pobre; pero que a mis hijos nunca les falte.

T: Y ahora su marido ¿encontró trabajo?

P: Sí.

T: Y ¿usted no trabaja ahora?

P: No; aunque yo tengo trabajo, no puedo trabajar.

T: Claro.

P: Me llaman de Casa Piedra, pero no puedo. Me

preocupar a su madre, pero no entregarle información puede ser peor.

La paciente ha presenta un estado emocional depresivo con un fuerte sentimiento de tristeza.

La paciente enfatiza el susto que siente.

Se pregunta por actividades previas para rescatar recursos.

No poder trabajar le afecta anímicamente.

La paciente se preocupa del cuidado de sus hijos.

comprometía a trabajar y llegaba el momento y me sentía tan mal que no podía.

T: ¿Qué sentía?

P: Dolor.

T: Dolor.

P: Dolor, mucho dolor y ahí que estar hasta... por ejemplo: un evento empezaba a las nueve de la noche hasta las cuatro las cinco de la mañana y había que estar lavando al loza sucia, cubiertos, había que dejar todo limpio. Al otro día había un evento y había que ocupar toda la loza.

T: Claro.

P: Había que ir pa'ca y pa' allá.

T: ¿Qué medicamentos está tomando?

Se consulta para saber los medicamentos que está tomando.

P: La morfina, la Aspirina y el diazepam.

T: Ya.

P: En la noche me tomo una tableta ... una pastilla a las siete después a las once y después a las tres de la tarde y la otra a las once de la noche.

T: Y eso de ¿qué es?

P: De Aspirina.

T: Ya.

P: Pero esa no me la tomo, me la inyecto.

Se refiere a la morfina.

T: Ya.

P: Y como que en la noche me he acostumbrado a sentir los dolores...

La paciente se queja de dolores nocturnos.

T: ¿Se había acostumbrado?

P: Claro me despierto a pesar que estoy molesta. Antenoche me despertaba con la sensación que tenía dolor... me levantaba y me acostaba y me quedaba dormida de nuevo. Anoche me levanté menos veces, sí.

T: Le cuesta dormir.

P: Sí.

T: Está con dolor para dormir.

La paciente siente dolor, pero puede conciliar el sueño con sedantes.

P: Claro, pero con los... me quedo dormida al tiro.

T: Ya. Y ¿cómo le han hecho los medicamentos?

Se consulta para saber la efectividad de los medicamentos.

P: Bien.	Los medicamentos logran disminuir el dolor de la paciente.
T: Le disminuyen el dolor.	
P: Sí, pero yo sé que tengo el dolorcito ahí.	La paciente siempre se mantiene con dolor.
T: ¿A dónde esta el dolor?	Se consulta por la localización del dolor.
P: Ahí antes era con las piernas, ahora es aquí no más [la paciente señala la parte más inferior del vientre].	La paciente señala la parte inferior del vientre.
T: Solamente ahí no más. ¿desde cuando está sintiendo dolor?	
P: Hace tiempo, pero harto, harto hace como un mes.	La paciente hace un mes ha estado con dolor constante.
T: Como un mes. Ya usted ¿hasta qué curso estudio?	Se consulta la escolaridad de la paciente.
P: Hasta octavo.	La paciente estudió la enseñanza básica completa.
T: Hasta octavo básico.	
Señora María, imagínese que acá es cero sin dolor.	Se muestra la escala EVA a la paciente y se comienza la explicación.
P: Sí.	
T: Y diez es el dolor más grande que podría llegar a tolerar, el más fuerte. En este tiempo ¿cuál es el dolor que usted tiene normalmente?, casi siempre. No los dolores más fuertes.	
P: Yo creo que el siete, el ocho que está permanente, aunque tome pastilla está el dolorcito... pero cuando me dan grandes es 10. No puedo estar para, sentá, acostá. Es un dolor igual como cuando uno va a tener un hijo una cosa... más fuerte, más fuerte.	La paciente se mantiene con un dolor 7-8; además menciona crisis de dolor que llegan a 10 y que son parecidos a superiores a los dolores de parto.
T: Y de los dolores grandes en la última semana ¿Cuántos de esos dolores grandes ha tenido?	Se consulta sobre la frecuencia de las crisis de dolor.
P: Esta semana estuve del Viernes hasta el Lunes que iba a la posta y me pinchaban.	La paciente estuvo tres días seguidos con dolores intensos.
T: Con esos dolores grandes.	
P: Claro.	
T: Fue a la posta.	
P: Después vine a la posta de acá, el Domingo en la noche a la posta de acá. Si andaba a las seis de la mañana sola acá en el hospital.	
T: Y con el medicamento... cuando la pinchan ¿se le pasó el dolor?	La paciente ha sentido alivio sólo por horas, después de ser atendida en la posta.

P: Claro por horas, no más.

T: Por horas.

P: Por horas.

T: A ver esos dolores fuertes ¿cómo son?

Se consulta para contar con antecedentes sobre los dolores que experimenta la paciente.

P: A ver cómo le puedo explicar. Es que son tan fuertes.

T: Son muy fuertes.

P: Las piernas y aquí [señala sus piernas y el vientre].

La paciente señala un dolor de piernas y el vientre.

T: ¿Es un dolor que quema, clava?.

P: A la vez quema y clava.

T: Ya. ¿Es palpitante?. ¿se concentra en algún lugar?

P: Es todo, todo... toda la zona. Es la pierna, pero no es la pierna hasta la rodilla; sino que es una parte de la pierna. No es aquí atrás tampoco.

La paciente señala todo el vientre y la parte anterior de la pierna.

T: Ya.

P: Es adelante.

T: Eso es cuando le dan los dolores fuertes.

P: Los dolores fuertes.

T: Y ese dolor fuerte ¿cuánto tiempo dura? ¿cuándo le empieza el dolor ¿cuánto tiempo se mantiene el dolor?

Se consulta para conocer el tiempo de duración de una crisis de dolor.

P: Mientras yo no me ponga algo no se pasa.

El dolor sólo cede al recibir un tratamiento inyectable.

T: Entonces puede estar todo el día con un dolor 10. ¿No disminuye ni un poco?

La paciente puede permanecer todo un día con dolor.

P: Ni un poco. Trato de relajarme y respiro... a veces siento que viene el dolor.

La paciente puede anticipar el dolor. Esto se podría utilizar para la autohipnosis.

T: ¿Qué siente?

P: Que empieza de a poquitito... igual de una contracción y después viene otra contracción y de repente y da y da. Y cuando me pongo nerviosa parece que más me duele.

La paciente tiene claridad sobre el comienzo de estos dolores y se da cuenta que su estado emocional influye en la sensación dolorosa.

T: Más le duele.

P: Entonces empiezo no me va a doler, no me va a doler ay... [mueve las manos, se ríe] yo le digo así, yo le digo como yo siento.

La paciente cuenta una de las soluciones intentadas para disminuir el dolor.

T: Claro tiene que ser como usted siente.

P: No me va a doler, ay por favor... y corro para allá y corro para acá... ay viejito le digo yo, no aguanto más...

y ahí jodo no más. Corren todos uno me da agua el otro aire, mi marido me soba las piernas.

T: Y ¿usted qué hace ahí... llora?

P: Lloro.

T: ¿Se acuesta qué hace?

P: Me acuesto me paro, voy vengo y ahí...

T: Y este dolor que va empezando despacito ¿cuánto tiempo se demora para que sea fuerte?

P: Como veinte minutos.

T: Como veinte minutos.

P: Claro.

T: Ya. Entonces pasan como veinte minutos y después vienen...

P: Fuertes.

T: Ya el dolor fuerte que no se pasa hasta que tome algo. Y ¿qué toma los medicamentos... ?

El dolor intenso sólo termina al solicitar atención médica.

P: Tengo que ir a la posta. A veces he estado toda la noche... para no molestar a mi marido y ya no aguanto más y ligerito parto porque la posta me queda cerquita.

T: Ya.

P: Y me pinchan y quedo tranquila.

T: Y este dolor ¿cuántas veces le ha dado en la última semana? ¿cuántos de estos dolores fuertes?

P: Como tres dolores.

T: Tres dolores que ha tenido que ir a la posta. Tres dolores en una semana.

Se confirma lo dicho por la paciente.

P: Fui el Viernes a la posta, después fui el Sábado a la posta... y el último día fui el Domingo a la posta. Hay me pincharon... no me hizo ni una cosa y le pedí a mi marido que me trajera a la posta de aquí.

En la última semana la paciente ha tenido tres dolores intensos.

T: Ya la pincharon y no le hizo nada.

P: Nada, nada. Me pasó un poquito después me vino más fuerte.

Esto sucedió el día anterior a la sesión.

T: Ya.

P: Ahí le dije llévame a la posta. Ahí me trajeron acá llegamos a la una y media a la casa y a las cuatro estaba con dolor otra vez.

La última vez la paciente recibió alivio sólo por un par de horas.

T: Entonces se le pasó por un par de horas.

P: Claro un par de horas y me volvió de nuevo el dolor.

T: ¿Fue como a la una a la posta?

P: Claro como a la una salí de la casa y como la una y media me pincharon y como cinco para las cuatro ya estaba con dolores otra vez.

T: Como tres horas. Después que este dolor se pasa ¿usted queda con algún tipo de dolor?

P: Sí. Como un pinchanzo como un ardor... un dolor... no lo puedo explicar y un dolorcito... está permanentemente el dolorcito aunque tome remedios... se me pasa el dolor. Si me toca a las tres el remedio y me lo tomo a las tres diez, me cuesta que se me pase el dolor. Tengo que saber tomármelo a las horas que me toca.

Al parecer la paciente siente alivio con los medicamentos y respeta los horarios porque se ha dado cuenta de la utilidad.

T: Y ¿se los toma a las horas?

P: Sí , me lo tomo a las horas.

T: Ya y este dolor que es permanentemente ¿cuánto es el dolor que queda?

Se consulta por el EVA del dolor base.

P: No entiendo.

T: No estamos hablando de las crisis de dolor, sino de este dolor que queda.

P: Pero como he dicho yo creo que últimamente yo me estoy causando el dolor.

T: ¿Usted encuentra que se está causando el dolor?

P: Sí. Porque yo ayer de repente me dolía.

T: Ah, ya hay veces que no tiene dolor ¿y usted piensa que tiene todo el día dolor?

P: Claro, pero como puedo explicarle... yo sé que tengo un dolorcito. Una pequeña molestia...

La paciente sabe que tiene una pequeña molestia.

T: Esa pequeña molestia de cero a diez ¿cuánto sería?

P: Tres más o menos, por ejemplo.

La molestia que refiere la paciente sería EVA 3.

T: Ya.

P: Pero cuando estoy pensando en el dolor yo me...

T: ¿Agrando?

P: Agrando.

T: Y a ¿cuánto llega ese dolor?

P: Yo creo que llega a seis.

La paciente cree que ella aumenta el dolor de EVA 3 a EVA 6.

T: A seis.

P: Y ahí me empiezo a relajarme... no, no... y me olvido. Yo me he notado. Ayer empecé a hacer las cosas y no me dolía. Cuando empiezo a pensar... ahí me duele.

La paciente se ha dado cuenta que el dolor aumenta con ciertos pensamientos, relacionados con la muerte.

T: Le duele.

P: Mi marido ayer me decía ¿qué tení?. No tengo nada, pero me duele. Pero ¿cómo es eso Mary? -me decía-. No me duele, pero me duele.

T: ¿Le duele poquitito, a lo mejor?

P: No como los dolores salvajes que me dan, pero no sé porque tengo ese dolor continuamente. Pero ya empiezo a pensar en el dolor, que no me quiero morir, que me quiero sanar que este y este otro. Y llega un momento... yo me doy cuenta que no me duele. Tengo esa pequeña molestia, sí.

La persona que me pincha a mí es una doctora y tiene no sé cómo es el nombre que hace unos masajes y esa cosas y ella me ha ayudado bastante. A las siete y media llegan del colegio y todo ese rato yo estoy sola; no escucho música, no veo tele.

T: Y los dolores ¿le vienen cuando está sola?

P: No. La señora me dice que no tengo que encerrarme.

T: Ah, no tiene que encerrarse a esperar que le venga el dolor.

P: Claro. Me dice tu estay sentá esperando... ¿me irá a venir el dolor?. La señora Iris, se llama Iris. - No María, usted no tiene que ser así, usted tiene que salir ir a la feria o ir donde la vecina y decirle hola vecina ¿cómo está?. Porque usted está muy encerrá-.

Y mi hijo de 17 años también me dice: tú te encerrai mucho anda donde mis tías.

T: Ha estado muy encerrada. ¿Le cuesta salir?

P: Es que no me dan ganas de salir.

T: Y ¿cómo ha estado su ánimo?

P: Bien y mal.

T: Bien y mal. ¿cómo es eso?

P: A veces ando bien, hago las cosas, ando bien. Y de repente ando llorando que me da como una depresión.

T: Ya. ¿Se encuentra muy deprimida?.

P: Sí.

T: Y ¿cómo es la depresión?

La paciente se siente deprimida, se consulta para saber qué entiende por depresión.

P: Puro llorar. Y lloro y lloro y de repente se me pasa. A veces estamos tomando once y me pongo a llorar...

T: Y ¿qué le pasa en esos momentos?

P: Es que veo al mesa y miro a mis hijos a mi marido y yo enferma...

T: Ya.

P: Es como una angustia que me da.

T: Ya y ¿qué pasa con eso?

P: ¿Cómo?

T: Los ve a todos y qué pasa ¿por qué la angustia, qué piensa?

P: Yo pienso por qué tengo que estar enferma... ser la misma mamá de antes. Antes yo le servía a ellos ahora ellos me sirven a mí. Por qué yo no puedo hacer las cosas que hacían antes, lavar no puedo, me duele. Antes llegaban del colegio y estaba todo listo.

La paciente quiere ser la misma de antes.

Mi lola me ayuda bastante. Antes mi marido llegaba y la casa estaba limpia. Mi marido me dice deja así no más gorda. Por ejemplo: mañana tiene libre y le dije no lavé, viejito –no importa, mañana lavamos-

T: Entonces todos están cooperando.

La paciente recibe la cooperación de toda su familia.

P: Todos cooperan a pesar que siempre ha sido igual mi marido. Aunque yo no estuviera enferma, el igual me ayudaba, yo lavaba y él cocinaba; o yo cocinaba y él lavaba; o si yo cocinaba, él hacía aseo. Todo así entre los dos.

Pero lo que usted me pregunta... es que yo no puedo ser la misma de antes. Incluso una vecina me decían ya no soy la misma de antes, Mary, antes pasabaí y te reíai una talla que sé yo...

T: Cuando uno está enferma cambian un poco las cosas. Y uno tiene que acostumbrarse a ese nuevo cambio. Al principio cuesta un poco acostumbrarse.

Se muestra a la paciente que esta pasando por una situación vital diferente.

P: Al principio a mí me costó, porque imagínese, es un cáncer... con la palabra cáncer cualquier persona se asusta. Yo al cáncer le tengo miedo, ahora tengo miedo.

Yo converso con Dios, cuando estoy sola converso con Dios y digo por qué tantas cosas lindas que hiciste en este mundo... ¿por qué dejaste esta enfermedad? Dejaste la diabetes, dejaste gente inválida, dejaste gente herida... y tantas cosas lindas dejaste ¿por qué dejaste las cosas malas? Eso pienso... después le pido perdón porque como que lo estoy acusando a Él. Le digo perdóname si te estoy acusando... porque por tú culpa estoy enferma yo. Le digo todas esas cosas después le pido disculpas.

Como que me hace bien conversar. En el día me levanto le pido a Dios que me ayude en este día tan lindo, que me de fuerzas que si tengo que hacer algo que Él me ayude. Y en la noche le doy gracias por haber tenido un día difícil, pero bonito.

T: Bonito...

P: Por lo menos mis hijos están sanos pueden ir al colegio. Siempre me han dicho que yo soy muy preocupá de mis hijos. Mi hijo tiene 17 años y yo siempre estoy

pendiente de él que tenga ropa limpia... que esto que esto otro.

O la niña de 15 años y conversamos de mujer a mujer... yo le digo que ni Dios quiera lo que te está pasando lo que a mí, el día de mañana te casí anda a los médicos cuando te citen vaya... no te dejes estar... y si tienes un dolor dígame: Mamá me duele tal cosa, yo te llevo al médico.

La paciente enseña autocuidado a su hija.

T: Le está enseñando que se cuide.

P: Que se cuide que su salud es lo más importante... su salud es más importante que los estudios. Tú puedes perder un año de estudio, pero si estás enferma ella o los niños que se sanen ellos. Eso entiendo yo.

Y ella es muy... ¿cómo le explico yo? Es muy amiga mía, ella me entiende, me dice anda a acostarte vieja, vieja esto... vieja anda donde la vecina o anda a dar una vuelta en el parque con el papá. Ella me ha ayudado mucho. Eso en bonito.

T: Es bonito, pues. Y es un regalo.

P: Y los más chicos igual... ellos saben que estoy enferma, pero ellos no entienden la enfermedad que tengo, pero saben la enfermedad que tengo. Ellos pensarán que es un dolor de cabeza el que tengo.

T: Claro, saben que la mamá está enferma.

P: A pesar de cómo lo que le decía lo que yo tengo es susto...

T: Susto.

P: Sí. Estoy asustá

T: Y el susto a qué ¿a que se vaya a morir a los dolores a qué?

P: No, a los dolores ya no, es como que uno se acostumbra al dolor. Ya estoy acostumbrá al dolor fuerte... yo sé que va venir un momento en que se me va a pasar. Pero yo no quiero enfermarme al extremo a llegar a la cama, a estar tiempo ahí.

La paciente teme quedar incapacitada totalmente por su enfermedad.

T: A eso le tiene miedo.

P: Eso le tengo miedo o morirme. De morirme tengo que morirme, pero no ahora. Yo le digo a Dios que no me tiene que llevar ahora, Él sabe que detrás mío hay gente que me necesita.

También le teme a la muerte.

T: Sí, pues.

P: Y lo que me está pasando últimamente que me llega gente evangélica a la casa.

T: Ya.

P: Y quiere que yo por obligación sea evangélica, por mi enfermedad.

T: Ah ya.

P: Y yo le digo no. Eso me tiene mal.

Y yo digo por qué si hay gente católica, gente mormona que tienen otras religiones que creen en Dios. Para mí hay un solo Dios y si Dios quiere darme vida, me va a dar vida. No porque me haga evangélica.

La presiones religiosas agobian a la paciente, aumentan su culpa por sentirse obligada a participar en una religión con la que no está muy de acuerdo.

T: Y ¿qué religión le acomoda más a usted?

P: A mí me gusta más... yo soy católica. Lo evangélico me gusta, yo lo respeto, pero no me hace sentir ir a la iglesia. Ir a los puntos de la calle a predicar... Me dicen que me da vergüenza, pero no es vergüenza no es para mí. Ayer mismo llegó un amigo que me decía que Dios me estaba castigando.

T: Tiene que elegir lo que para usted sea más bueno.

P: Claro. Ayer llegó José y me decía: Mary Dios te está castigando, quiere que lo sigai a Él. Yo le decía José yo creo en Dios, yo lo sigo a Él, pero a mi manera.

T: ¿Usted cree que esto es un castigo?

Se consulta para saber si la paciente se siente culpable por su enfermedad.

P: No. Él me dice que Él Dios quiere que lo siga a Él.

T: Pero usted lo está siguiendo.

P: Yo lo estoy siguiendo, pero a mi manera. Yo soy católica y siempre he creído en Dios... al que más respeto es a Dios.

T: Claro.

P: Pero eso me deja mal... yo digo ¿será verdad, me estará castigando Dios? Mi hija me dice te está llamando, te está llamando y tú soy la porfía, te pude venir una más grande o se te le puede enfermar los niños. Como que me meten miedo una cosa así.

A la paciente le preocupa la posibilidad de estar recibiendo un castigo.

T: Claro, se asusta.

P: Yo ayer iba a la iglesia iba con la Biblia y todo, iba con mi marido...

T: Y ¿no ha hablado con un sacerdote católico, si le hace más sentido?

La paciente se siente más cómoda en la religión católica, por esto un sacerdote es la persona más indicada para responder sobre la fe.

P: No. Mañana quiero ir a la Virgen de Santa Rita, de los imposibles.

T: Puede ir para allá... y si quiere hablar con un sacerdote...

P: También porque tengo una amiga que...

T: Puede pedir una hora y contarle... él también la puede orientar si es católica... y le hace más sentido esa religión...

P: Yo no voy a al iglesia a misa no voy, pero yo a Dios se

La paciente tiene fe, se

que si... estoy en el baño o estoy sentá en la pieza... yo sé que Él está conmigo.

identifica con la Iglesia Católica, pero no es practicante activa.

T: Claro.

P: Ahora mismo yo sé que si hablo con Él... Él me escucha. Él me responde o si yo le digo ¿qué puedo hacer mañana?. Yo sé que Él me orienta.

T: Entonces tiene que confiar en eso que está haciendo.

P: Sí, pu'. Mi marido también estaba como obsesionado... yo lo respeto como cualquier religión.

Mi hijo es mormón el mayor, tiene 17 años. Yo no puedo prohibirles, es persona. Son los gustos de él. Porque cada persona tiene sus gustos.

(N.E) si tú no lo seguí en este momento te vay a poner más mal, te vas a decaer más. Yo digo que no. Mira José, hay tanta gente mormona, sabatista o qué se yo. Yo soy católica, yo creo en Dios, yo le dije que a mí creencia el me tiene que sanar. Yo siempre le digo que sea tú voluntad Señor. Y van pastores a la casa me urgen y todo y me hacen sentir mal.

T: Ya.

P: Me confunden.

T: Ya.

P: Eso me hacen sentir... o yo dijo: ¿yo estaré enferma porque no soy evangélica?

T: No pues, hay tantas religiones... ¿usted cree que los evangélicos no se enferman? (fin de la primera parte del cassette).

Se trata de liberar a la paciente de la culpa.

P: Sí porque yo... yo... sinceramente me cuesta rezar... pero yo rezo a mi manera... igual me escucha. Ayer José me retaba porque me decía que no tenía que pedir a la Virgen porque son un mono de yeso...

T: Sí, pues usted en su corazón puede saber lo que es más apropiado para usted.

P: Claro.

O cuando yo tengo esos dolores grandes yo digo: Diosito yo sé que tú estás sintiendo mi dolor. Como cuando Tú sentiste en la cruz, ayúdame. O la Virgen... a Santa Teresita... a todas las Virgen le pido. Porque yo sé que más de alguna me escucha o a lo mejor me escuchan todas, porque yo creo en Ella. - Me dice que no- porque yo estoy pecando a Dios.

T: Yo me acuerdo de un cuento que leí una vez.

Se le cuenta una historia que pretende ser una metáfora que la ayude a resolver su conflicto.

Un sacerdote ve a un hombre pobre alabar a Dios. Este pobre como no sabía mucho, porque nunca había ido a un colegio ni a una iglesia decía: Dios, te quiero tanto... te quiero tanto que te voy a lavar la ropa, te voy a sacar los piojos, te voy a cocinar comida... todas esas cosas decía este hombre...

P: El pobre...

T: El pobre.

Entonces lo escucha este hombre, el sacerdote, y le dice: ¡Cómo se te ocurre decirle esas cosas a Dios!. No ves que le dices que es un cochino, que tiene piojos y más encima muerto de hambre.

P: [Se ríe].

T: No - le dice- yo te voy a enseñar cómo se tiene que alabar a Dios.

P: Claro.

T: Estas son las oraciones esto es lo que tienes que decir. Él pobre quedó muy contento muy agradecido porque él en su ignorancia no sabia.

P: Claro.

T: Este sacerdote se va, pensando que había hecho una buena obra, contento.

En Eso aparece Dios le habla desde una nube, muy enojado. Le dice: ¡Cómo has alejado de mí a uno de mis siervos más fieles!. Pero ¿cómo? - dice el sacerdote- yo le enseñé a orar. Dios le responde: A tu manera, pero cada uno tiene una, cada uno ama a su manera, como lo siente más intensamente...

P: A su manera.

T: Esa era la manera de él. La manera que le brota de su corazón era esa...

P: Claro.

T: Entonces cada uno tiene su manera de orar, según el cuento, si es de corazón no hay formas malas.

P: De pedirle, claro. Como el niño que tiene ocho años y reza en la noche.

La paciente mediante la culpa enseña a sus hijos temas religiosos y espirituales, puede que los comentarios religiosos culposos la afecten más porque ella cree en el castigo divino.

Él me pidió que le enseñara a rezarle y yo le enseñé el Padre Nuestro y el Ave María. Pero yo le cuento cuentos, yo le invento cuentos de Dios de la Virgen... de los niñitos... son ellos los niñitos. Cuando se portan mal los hecho a acostar y le digo que Dios está enojao y la Virgen María llora porque hay dos niñitos que se portan mal... que no hicieron las tareas. Así.

T: A ver señora María, podríamos hacer uno ejercicios... de los que yo les voy a enseñar... para que usted los vaya aprendiendo. Lo que nosotros vamos a hacer es un ejercicio de relajarse y vamos a trabajar con hipnosis ericksoniana.

Se comenzará a trabajar con hipnosis ericksoniana para eso se le dan explicaciones nuevamente sobre el trabajo.

P: Ya.

T: Yo le expliqué la otra vez ¿sí?

P: Sí.

T: Resulta que todos tenemos la capacidad... a veces

oculta, de ciertos recursos que tiene nuestra mente y no conocemos...

Pero hay otra mente que se preocupa que nuestro cuerpo tengo la temperatura adecuada, que regula el sueño, que nos hace soñar, que nos hace recordar, hace que nuestro corazón lata y nosotros no tenemos que estar preocupadas de esas cosas. ¿Cierto?

P: Claro.

T: Y ella trabaja sola y trabaja en nuestro bienestar. Entonces cuando nos relajamos podemos contactarnos con esta parte de esta mente. De nuestra mente inconsciente... que aunque no nos demos mucha cuenta, ella está. Y de lo que se va a tratar es aprender a utilizar esos recursos para disminuir el dolor... u otras cosas que nosotros necesitemos.

Se insiste en la disociación, además se entregan elementos que trasmitan seguridad a la paciente.

P: Ya.

T: Ella se comunica a través de señales con nosotros, porque no habla, no tiene el lenguaje.

Se realiza el comentario para favorecer la presencia de señales mínimas durante el trance.

P: Ya.

T: Y nos ayuda a relajarnos más ¿mmm?. Eso es el trabajo más o menos.

P: El trabajo.

T: ¿Qué cosas le gusta hacer a usted señora María?

Se exploran los recursos que pueden ser utilizados.

P: ¿Yo?

T: Sí.

P: ¿Cómo qué cosas dice usted?

T: Que cosas le gusta hacer... que la entretiene... qué lugares le gusta... dónde le gusta ir... qué lugares la relajan... qué cosas la ponen contenta...

P: Por ejemplo, lo que me gusta a mí son las áreas verdes.

A la paciente le gustan los lugares con vegetación.

T: Ya.

P: Siempre en este tiempo... aquí mismo en la quinta me gusta mirar los árboles... como caen las hojas... me gusta observar mucho la naturaleza... eso me gusta.

Le gusta la naturaleza.

T: La naturaleza le gusta.

P: Claro me gusta. Porque la veo tan bonita... aunque estén los árboles pelaos, así... me da emoción. Lo que más me encanta de toda la naturaleza que hizo Dios en este mundo es el mar.

Uno de los lugares favoritos de la paciente es el mar.

T: El mar.

P: Oh... el mar. En este mismo momento si yo puedo ir al mar, voy... me gusta observar la profundidad del mar... Me encanta el mar. Eso me gusta.

T: Eso le gusta.

P: O me gusta compartir con mi familia. Me gusta que estemos todos juntos. Me gusta comunicarme con las personas, me gusta ser comunicativa, reírme. Todas esas cosas.

La vida social también es un aspecto agradable para la paciente.

T: Todas esas cosas.

P: Yo siempre he sido alegre de chica. Siempre he sido alegre, yo.

T: Claro.

P: O jugar me gusta jugar con los niños. Ser comunicativa, estar con las personas o si yo puedo con lo poco y na' que tengo ayudo, si no puedo ayudar económicamente, ayudo espiritualmente.

A la paciente además le gusta jugar y ayudar a los demás.

T: Claro.

P: Eso me gusta.

T: Eso le gusta. Y ¿tiene algún dolor en este minuto?

P: Nada.

La paciente se encuentra sin dolor.

T: Ningún dolor. Entonces me voy a sentar acá para que usted se vaya dando cuenta como es. No se mueva quédese ahí no más. ¿En qué consiste esto?

Puede colocar sus manitos en la falda ¿Ya? Y las va a colocar así casi tocando sus piernas y puede ir mirando sus manos. Puede ir mirando las manos...

Y lo que vamos hacer señora María, es mirar las manos que van a ser la puerta de entrada que nos van a ir conectando... (se comienza a hablar en tono hipnótico).

Se comienza una inducción hipnótica mediante levitación de manos, para facilitar el trabajo, la terapeuta hace lo que se le pide a la paciente.

Con una parte de uno... que es nuestra parte inconsciente que es una parte... un poco desconocida... Pero es una parte que ha estado con nosotros toda la vida... Entonces es la parte que más nos conoce y nos ha cuidado por toda la vida... Es la parte más segura que podemos estar... y a medida que nos vamos a esta parte... nos podemos ir relajando...

Claves que disocian y entregan seguridad.

Vamos a ir sintiendo... y en este minuto vamos a ir explorando... cuáles son las formas que tiene nuestro cuerpo para relajarnos... y si queremos podemos cerrar los ojos...
De la forma que ha nuestro cuerpo le acomode... Y vamos a tomar aire... lo vamos a ir botando.... y a medida que vamos a tomando aire lo vamos botando y nos concentramos en esta respiración... y vamos sabiendo que nuestra intención en este momento es relajarnos... es que nuestro organismo esté bien... y saber que ésta es sólo una primera aproximación para saber cómo nos vamos relajando...

Se invita a la paciente a cerrar los ojos porque se observa cómoda y comenzando a relajarse.

Porque nosotros tenemos un cuerpo y tenemos una mente... Y en esta mente tenemos una mente consciente y una mente inconsciente... Y usted no tiene que hacer nada... no tiene que preocuparse de entender... de tener

que relajarse... Puede mantener el grado de tensión que necesite en este momento... no tiene que preocuparse ni obligarse a nada... Porque esto lo vamos a ir haciendo a su ritmo... a su manera...

Y va ser una sorpresa un descubrimiento tal vez... para que vamos descubriendo cuales son las formas... que tiene su cuerpo para relajarse... Y para esto nos vamos a ir a un lugar que está más allá del dolor... más allá del sufrimiento...

Utilización de la sorpresa, elemento para profundizar el trance. Luego se entregan mensajes de disociación se tocan variables emocionales físicas y emocionales (dolor - sufrimiento).

En el que nos podemos concentrar en la tranquilidad... en la luz... Y le vamos a ir preguntando a esta mente inconsciente... si ella estaría dispuesta a cooperarnos en este camino que comenzamos... para que usted aprenda a relajarse... parar que aprenda a descansar en estos minutos que los necesita... para que después pueda tener energía para hacer lo que tenga que hacer... (si entrega sólo señales de relajación puede generar resistencia por el temor que tiene la paciente de morir o quedar incapacitada).

Se inste con mensajes orientados a la disociación.

Y puede que su mente inconsciente quiera darnos una señal... moviendo algunos de sus dedos... Correcto, correcto... [La paciente mueve su dedo índice, señales mínimas] sin que usted haga nada... correcto... correcto... correcto...

Se piden señales mínimas que profundizan y guían el trance.

Porque como esta mente inconsciente es la que más conoce de usted porque ha estado con usted toda la vida... su historia... lo que es bueno para usted... lo que es provechoso... Vamos a ir confiando en este sanador interno... Correcto, correcto...

Claves que trasmiten seguridad.

Y vamos a descender por un escalera que tiene diez peldaños y vamos a ir bajando... Comenzamos en el 10 y vamos a ir contando hasta uno... o si estamos en el uno contamos hasta diez... Uno dos... tres... Correcto... A medida que vamos contando... nos vamos relajando y encontramos esa situación... en que nuestra mente... y nuestras emociones pueden descansar...

Profundización del trance.

Vamos bajando utilizando un tiempo que es distinto a este tiempo [señales de dedos] Correcto, correcto... Hasta que a lleguemos al último peldaño... y cuando esto ocurra su mano o sus dedos nos van a indicar cuando ocurra... que ha llegado a ese lugar [señales de dedos] Correcto, correcto...

Se piden señales mínimas se enfatiza la disociación.

Y estando en este lugar señora María... la invito a que caminemos a una playa a que busquemos un lugar en el mar... que puede ser real... que puede ser imaginario... Y vemos el azul del cielo... el azul del mar... la brisa... Correcto... Podemos respirar ese aire... Correcto... que la relaja... y puede mirar... Muchas veces cuando miramos el mar... Correcto [movimiento ocular] (N.E)

Podemos sentir el sonido de las olas que va entrando a nuestro cuerpo... hacen que armonicemos... que nos sintamos a salvo... y sentimos el amor que hay en ese lugar... nosotros somos parte de esa naturaleza...

Correcto... y esta sensación agradable... podemos inspirar llevando a cada célula de nuestro cuerpo y podemos caminar y encontrar un lugar que nos de seguridad...

Utilizando los lugares que son del agrado de la paciente se la invita a visitar estor lugares de manera que pueda sentirse relajada y agradada, la paciente ha logrado estar en estado de trance profundo, por lo cual se la prepara para recibir algunas metáforas.

Puede ser la orilla... una roca o lo que queramos... y para esto no tenemos que hacer nada...

No tenemos que hacer ningún esfuerzo... sólo encontrar un lugar en que se puede sentir tranquila, segura... sabiendo que se encuentra acompañada de su cuidador...

Podemos permitir que fluyan por su cuerpo sustancias que están... y que le permiten disminuir cualquier molestia... En el cerebro hay sustancias almacenadas... Solamente con permitir liberarlas dejamos que circulen por el cuerpo y nos hagan sentir cómodas... relajadas...

Metáfora orientada al control del dolor.

Nuestro trabajo en este momento es limpiar... como cuando limpiamos loza... porque limpiando, limpiando... vamos a limpiar en esta ocasión nuestras molestias...

También podemos colocarlas en otra parte... Y podemos sentir en esto, el poder de la naturaleza... Y nuestro cerebro se acomoda... y tenemos que recordar que el regula todas nuestras funciones...

De esta manera, con esa novedad... podemos dirigirnos a él para que cuando sea oportuno se puedan liberar las sustancias... que están en unas bolsitas en el cerebro... y que podemos soltar... Estas sustancias para nuestro bienestar...

Que mejor que pedirle a nuestra mente inconsciente que pueda venir... y contactarla con esa tranquilidad y esa seguridad que tenemos todos... Muchas veces no la vemos porque está en lo profundo... que nos hace sentir ligero... Correcto...

Metáforas orientada al control de variables psicológicas, específicamente a la sensación de miedo e inseguridad que ha referido la paciente.

Y puede venir con desde lo más profundo... Y probablemente en esta oportunidad su mente inconsciente ha querido manifestar su presencia... para que sepa que usted no está sola...

Su cuidador interno está con usted y pude hacer cosas sin que se esfuerce... sin que se obligue... y recibir energía desde lo más profundo de la naturaleza... Cuando llegue a ese lugar no debe incomodarse con nada... Pude ser que su mente inconsciente haya elegido un regalo para que la recuerde... o puede que no, eso no importa...

Y ahora señora María puede ir volviendo lentamente... sin que se incomode... tranquila... contenta de su primera experiencia... sabiendo que pude recobrar el movimiento de sus dedos... tomar contacto con la silla... regresar contenta... recordando esos lindos lugares que usted vio...

Sugestiones para reincorporarse y sentirse agradada.

Y puede empezar a subir la escalera (se sube el tono de la voz) y a medida que sube la escalera puede llegar... va subiendo.... recobra el movimiento... y lentamente vamos volviendo... sabiendo que podemos volver ahí cuantas veces queramos... y regresamos en paz... [la paciente se reincorpora]. ¿Le gustó?

P: Era una sensación tan alejá de todo.

Logró disociarse.

T: Ya.

P: Como que es uno no más. Estuve en el mar... arriba de unas rocas y el agua me llegaba a las piernas... había una brisa tan rica... Me relajé tan bien... era como que estaba

al lado del mar... era como la misma Mary de antes.

T: ¿Sí? O sea todavía está la Mary.

P: Sí.
T: Está un poquito más escondida.

P: Más escondida, me sentí la Mary que reía con libertad que sentía las cosas con libertad... esa sensación sentí... Me levantaba así... Y cuando dijo que subiera la escala... no me costaba subir...

T: Ya.

P: Subía libremente. Sin pensar que si piso me va a doler.

T: Le gustó.

P: Me gustó.

T: Eso es lo que vamos a hacer ...

P: Ya. Me gustó.

T: Le gustó.

P: Ya. Me siento bien, estoy más tranquila. Venía... y el miedo me queda ahí (señala un poco con la mano) y espero que en tres, cuatro días me quede ahí... Porque tengo terror, tengo miedo y esa inseguridad creo que se va a pasar... Le digo a mi marido que (N.E)

La paciente se siente más tranquila.

La paciente se refiere a la muerte.

T: Esa inseguridad tendríamos que sentirla todos porque la verdad es que nadie tiene la vida asegurada, pero uno igual vive.

P: Eso mismo me decía el doctor ayer. ¿Por qué llorai? Cualquier persona que está sana, en la calle, en este momento la atropellaron... y tú que estay enferma... piensa que eso también le pasa a los sanos.

T: Sí.

P: En realidad yo estoy contenta con usted porque a uno le hace falta algo así. Porque muchas personas la ayudan a uno. Mi marido me dice no te preocupis. Pero hace falta algo más... concentrarse en algo... una orientación algo más. Ir a un psicólogo o ir a una iglesia... Yo dos veces me arranqué a la playa escondía de mi marido.

A la paciente le ha gustado la sesión, necesitaba hablar con una persona distinta sobre sus temores.

T: Ah por eso se asusta cuando no la ve (risas).

P: Claro [se ríe] cuando no me ve, se asusta.

T: ¿Quizás dónde partió?

P: Son cosas - le digo yo- que pasan en el momento. O a veces yo estoy en la casa y son las cuatro de la tarde y digo... ya voy a hacer un queque. Pienso en un ratito y la hago. No me organizo de un día para otro sino que espero el momento y lo hago.

T: Pero cuando salga tiene que avisarle a su marido porque él se asusta.

P: Si me dice: Cuando salgai María, tení que avisarme.

SESIÓN 2.

PACIENTE: 3.

FECHA: 9 de Abril 2001.

LUGAR: Policlínico del Hospital San Juan de Dios.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente lucía cansada, realiza alguna actividades que no requieren mucho esfuerzo, el dolor ha disminuido y no ha tenido problemas para dormir.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión, no presenta alteraciones psicopatológicas importantes.

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de hipnosis, las encuentra efectivas para controlar el dolor y mejorar su estado emocional. La paciente practica autohipnosis por iniciativa propia con resultados muy buenos. Durante la sesión en dos oportunidades se indujo trance mediante levitación de manos. La paciente logró un estado profundo, se contaron metáforas orientadas a controlar el dolor y sufrimiento. Al iniciar el trabajo hipnótico, presentaba un dolor EVA 5-6 de 8 horas de duración, sólo después del trance la molestia disminuyó a una intensidad EVA 0. Finalizó las sesión sintiéndose relajada y sin dolor.

RED DE APOYO: Muy buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: 5-6.
b) Dolor más intenso: EVA 8.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 6.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 5-6.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 8): 1.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: 1 hrs.
b) Dolor base: no es constante, experimenta largos períodos sin dolor.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 0.
b) Duración del alivio inmediato después de la sesión: sin dolor durante un día.

TRATAMIENTOS: medicamentos para aliviar el dolor morfina 3% oral c/ 4.

RESUMEN:

La sesión se realizó en el Policlínico de Ginecología del Hospital San Juan de Dios. La paciente lucía cansada, débil, tranquila, cooperadora y con buen ánimo.

La paciente se ha sentido mejor en la última semana. Por iniciativa propia ha practicado autohipnosis con excelentes resultados. Se encuentra muy motivada con los ejercicios y las sesiones porque ha podido observar cambios importantes en su sensación dolorosa y estado anímico. No obstante la disminución del dolor y la tranquilidad experimentada, ha aumentado la tristeza y el temor durante los últimos días.

Con respecto al dolor, la paciente no ha tenido dolores intensos (EVA 10) en la última semana. El dolor más fuerte se localiza en la zona hipogástrica y se irradia hasta las piernas, la máxima intensidad llega a EVA 8, sólo ha experimentado un episodio durante la semana. Dicho dolor fue aliviado con los medicamentos que habitualmente toma la paciente (morfina) y una dosis extra de dipirona inyectable. Este cambio ha sido muy importante para ella, porque a pesar de lo intenso de la molestia, dista mucho de los dolores que experimentaba la semana pasada.

La enferma se ha sentido más tranquila, tiene menos temor a la muerte. Está decidida a recuperarse, cree que esta es la única alternativa, pues pensar que morirá la perjudica y a sus seres queridos también. Sin embargo, no desconoce el hecho de padecer una grave enfermedad, de la cual dice sentirse más responsable, pero al parecer esto significa para ella no mostrar sentimientos egodistónicos.

Tal vez esto último, esté propiciado por la presión familiar para estar bien y ser la misma de antes. Esto le provoca un gran esfuerzo porque hay momentos en los que no se siente como todos quisieran. Su familia le ha permitido realizar quehaceres domésticos que requieren poco esfuerzo, esto ha contribuido a disminuir el sentimiento de inutilidad que experimentaba.

La paciente ha practicado autohipnosis por iniciativa propia, no fue recomendada para protegerla de un posible fracaso por ser su primera experiencia. La enferma practica al comienzo de los dolores o cuando se siente intranquila. Por su relato se deduce que ha logrado disociarse con mucho éxito, su dolor y angustia han disminuido.

El procedimiento ha contado con el respaldo de algunos miembros de la familia, otros lo ponen en duda. A pesar de algunas criticas veladas, la afectada se siente tan bien que continua practicando, incluso se atreve a recomendarlo a algunas amistades. Durante la sesión se reforzó la conducta y se prescribieron posibles recaídas, a fin de proteger y mantener los logros.

Durante la sesión se indujo trance mediante levitación de manos. Sin ninguna dificultad, la señora pudo experimentar un trance profundo en el que se contaron algunas metáforas orientadas al control del dolor, variables psicológicas y variables interpersonales que pueden influir en la sensación dolorosa y sufrimiento de la paciente.

Con el procedimiento se logró disminuir un dolor EVA 5-6 que presentaba antes de comenzar la inducción hipnótica a EVA 1. Luego para fortalecer y favorecer el desempeño de la autohipnosis se indujo un nuevo trance muy breve que disminuyó la molestia a EVA 0. Es

importante destacar que dicho dolor se había mantenido por 7 horas y media, sólo disminuyó después de la intervención. La paciente finalizó la sesión sintiéndose tranquila, relajada, contenta y sin dolor.

P: Tengo muchas náuseas.

T: ¿Tiene muchas náuseas?. ¿Le explicaron que es común que pase eso con los remedios?.

Aspectos que son consultados por recomendación de la matrona.

P: Sí, pero es incómodo.

T: Sí, es muy incómodo. ¿Y está con problemas para comer?

P: Como bien, pero no como igual... no tengo apetito... ese... como normal, no más.

T: Ya... náuseas. Y ¿problemas para ir al baño?

P: Sí.

La paciente tiene problemas de estreñimiento.

T: ¿Le dieron algo para ir al baño?

P: Nada, nada.

T: Tiene que tomar algún laxante. Dígale al médico que no puede ir al baño.

Recomendación dada por la matrona.

P: Sí, estoy tomando uno que me dio la vecina.

T: Ya.

P: Y eso me ha hecho bien.

T: Eso le ha hecho bien.

P: Sí.

T: Tiene que comer harta fruta, verduras.

Recomendación dada por la matrona.

P: Sí. La morfina como que le tengo así.. (la paciente hace un gesto de asco).

T: Asco.

P: Asco.

T: ¿Cuánta morfina está tomando?

Se consulta las dosis de los medicamentos.

P: Dos cc. Veinte gotas cada cuatro horas.

T: Y el dolor ¿cómo ha estado?

Se evalúa la apreciación general de la paciente sobre su dolor.

P: Ahora no estado grande... bien.

La paciente se ha sentido bien del dolor.

T: Ya... a ver nosotras nos vimos la última vez...

P: La semana pasá.	
T: El Miércoles. ¿Qué pasó después que nos vimos?	Se evalúan los resultados de la sesión anterior.
P: Me sentí bien. Llegué a mi casa relajadita me sentía bien.	La paciente se sintió bien con la sesión anterior, se pudo relajar.
T: Ya.	
P: Pero ayer estaba sin ánimo. Como deprimía.	La paciente si bien se ha sentido aliviada de su dolor, su ánimo ha estado bajo.
T: Ayer estaba con...	
P: Con angustia.	La paciente se ha sentido angustiada.
T: Con angustia, ya. El Miércoles, llegó bien relajada todo. El Jueves ¿cómo estuvo?	
P: Bien, todos los días.	
T: Todos los días hasta...	La paciente se ha sentido bien todos los días, sólo el día antes de la sesión se ha sentido mal de ánimo, el dolor sigue controlado.
P: Sí, hasta ayer.	
T: Hasta el Domingo.	
P: Sí, hasta el Domingo que estaba bajonea, con pena, con ganas de llorar...	La paciente se ha sentido con ánimo depresivo.
T: Sí.	
P: Y las náuseas... y hoy día no amenecí con el dolor, con una pequeña molestia, tomé el remedio y pasó.	La paciente ha sentido sólo pequeñas molestias.
T: Ya.	
P: Pero ahora tengo esa pequeña molestia que está...	
T: Ya... ¿es dolor, le duele?	
P: Es una molestia... es un dolorcito sí, pero más molestia.	
T: Ya.	
P: No como esos dolores exagerados que me daban.	La paciente no tenido crisis de dolor.
T: A ver desde el Miércoles hasta ahora ¿ha tenido dolores fuertes?	
P: No. Ahora recién éste.	La paciente sólo ha tenido dolores leves.
T: Este. A ver el dolor que tiene ahora... cero es sin dolor, nada.	

P: Ya.

T: Diez es el peor dolor que usted pueda imaginar... [la paciente interrumpe diciendo el dolor que tiene en este momento].

P: Seis.

El dolor actual de la paciente es EVA 6.

T: Seis es el que tiene ahora. Y lo tiene ¿dónde?

P: De las caderas a la mitad de la pierna.

T: De las caderas a la mitad de la pierna. Es por un lado o le toma toda la pierna.

P: Por un solo lado.

T: Y ese dolor de qué hora está.

P: Como de las siete de la mañana.

La paciente ha sentido el dolor desde las siete de la mañana hasta ahora las 15:00 PM.

T: Y ese dolor ¿está en seis desde las siete de la mañana?

P: Sí.

T: ¿No ha cambiado?

Se consultan eventuales cambios en la sensación dolorosa.

P: No.

T: No ha bajado, no ha disminuido nada. Esta igual.

T: Sí. ¿Y se ha tomado los medicamentos en las horas?.

P: Sí.

T: Y tiene náuseas ahora.

P: Sí. Incluso ayer me pincharon... ¿cómo qué hora sería...? Las doce y media me pincharon con una Dipirona. Ya no aguantaba el dolor ya.

La paciente tuvo un dolor en el día anterior y al inyectarle una dipirona el dolor se calmó.

T: A ayer también estuvo con dolor.

P: Estuve con dolor.

T: Ya ¿estuvo ayer en la noche?

P: En la mañana. Pero con la morfina se me pasó, después almorzamos todos, estuve toda la tarde tirá en la cama. Después ya se me pasó.

T: Y le dio en la mañana el dolor.

P: Sí, en la mañana.

T: De cero a diez ¿cuánto fue el dolor que tuvo?

P: Ocho.

EVA 8, es el dolor más intenso sentido por la paciente en los

últimos días.

T: Ocho. O sea desde el Miércoles ese ha sido el dolor más fuerte que ha tenido en estos días.

P: Sí.

T: Ayer. Y después se sintió un poco triste, media bajonea en la tarde.

P: Sí, media bajonea.

T: Ya.

P: Después se me pasó. Después llegó mi esposo que trabajó ayer él y llegó temprano.
Lo otro que cuando me acuesto me quedo al tiro dormía incluso en la noche no tomo diazepam.

T: Está durmiendo mejor.

P: Estoy durmiendo mejor. Pero despierto ya... como las cinco de la mañana.

La paciente no tiene problemas para conciliar el sueño.

T: Está despertando temprano. Y de este miedo que me decía la otra vez tan fuerte...

P: Está, pero menos.

La paciente siente menos temor que antes.

T: Está un poco menos. ¿Un poco o más?

P: No, ya no está ya, a veces aparece ese miedo.

El miedo de la paciente ha disminuido.

T: Ya.

P: Pero trato de que se me vaya.

T: Ya. Se ve más tranquila. ¿Se siente usted más tranquila?

Se consulta para saber si la paciente se ha notado menos angustiada.

P: Sí.

T: Porque a veces uno trata que se vaya... y cuesta.

Se trata de facilitar una respuesta honesta.

P: Cuesta mucho a veces...

T: Y en este momento ¿cuánto dolorcito tiene?

Se consulta para saber la intensidad del dolor actual de la paciente expresado en EVA.

P: Está más calmado el dolorcito. Debo tener unos cinco.

La paciente presenta EVA 5.

T: Cinco.

P: Sí.

T: Ya. Vamos a trabajar a ver qué pasa con este dolorcito. ¿Le contó a su marido que había venido?

P: Sí.

T: ¿Qué dijo?

P: Me dijo ¿qué si me había gustado? Yo le dije que sí que me sentía bien. De hecho en la mañana, me dijo: vieja no te vay a olvidar... te vay más temprano eso sí, porque el otro día llegaste atrasá.

Se consulta para saber si las intervenciones cuenta con el apoyo del marido.

T: Bueno. Me voy a sentar acá. Por un lado mejor que tenga un pequeño dolorcito. Porque la idea es que esto lo usemos para....

P: Los dolores, claro.

T: Claro. Y el dolor de ayer estuvo con eso... porque usted me dijo que sabía cuando le venía un dolor fuerte...

Se consulta para saber si el dolor experimentado por la paciente puedo ser previsto.

P: No, me apareció de repente.

El dolor de ayer tuvo un comienzo súbito.

T: A este apareció de repente.

P: Sí yo estaba tranquila... cuando el dolor, estaba cocinando... cuando llegó mi hija le dije que tenía un dolor tan fuerte.... al final me pinchó mi vecina. Porque tengo una persona... No tres, que son... una enfermera, otra que trabajó en el Hospital El Salvador, así que estoy proveía de gente...

La paciente cuenta con otras personas que la puedan ayudar en las crisis de dolor.

T: Ah... que la pueden atender bien.

P: Sí, a la hora que sea, me atiende. No tengo el problema que tengo que correr a la posta y todo. Como tengo los medicamentos en la casa me lo ponen ellos.

T: Que bueno y la dipirona se la puso ayer no más.

P: Ayer.

T: No está tomando otro medicamento.

P: No la Dipirona, la tableta y la morfina, pero no quise llegar a pincharme hoy día para ver cuánto me va a durar.

T: El dolor está de las siete de la mañana ¿No es cierto?

P: Sí.

T: Y no se ha pasado ni un poquito.

P: No.

T: Ya señora María le voy a pedir que coloque su manito... sobre su.... ahí... y las puede ir mirando... y puede sentir como las manitos están en el aire... y su cuerpo lentamente se va relajando. Esto señora María, lo vamos haciendo a su ritmo... a su medida...

Se induce trance por levitación de mano. Se comienza a hablar en tono hipnótico.

Podemos ir escuchando el ruido de las hojas (se siente el ruido de las hojas de un árbol) ... Y cuando nosotros queramos podemos ir cerrando nuestros ojos... sin apurarnos... Podemos respirar... vamos a inspirar (la terapeuta inspira, también) vamos a relajar... [la paciente cierra los ojos].

Y como usted bien sabe que uno tiene una mente

consciente y una mente inconsciente que uno tiene un cuerpo y tiene una mente... que es esta mente inconsciente nos ha cuidado y ha estado con nosotros durante toda nuestra vida... y vamos a trabajar con esta mente que nos cuida para que nos cuide en este momento...	Se intenta disociar a la paciente, además se entregan claves que brinden seguridad.
Y podemos irnos sorprendiendo con lo que esta mente puede ir haciendo...	Sorpresa.
Podemos caminar hacia ese lugar bajando unos peldaños... si este ejercicio es beneficioso para usted... [la paciente mueve levemente uno de sus dedos]	Se intenta profundizar el trance. La paciente comienza a entregar señales mínimas.
Y puede comenzar a bajar estos diez peldaños de esta escalera... su mente inconsciente puede darnos una señal con uno de sus dedos... Correcto... [la paciente mueve levante el dedo anular].	
Y esa puede ser la señal que está preparada para comenzar a bajar... Correcto [la paciente mueve levante uno de sus dedos].	
Y dejamos que sólo suceda el movimiento de estos dedos porque usted no debe hacer nada... no tiene que esforzarse... puede ir bajando... Correcto... Hasta llegar a uno... Esto va surgiendo de manera natural... Como el movimiento de los árboles, como el movimiento de las hojas... (silencio).	Sugestiones de no hacer ni esforzarse.
Y yo me pregunto... ¿si habrá bajado esos peldaños o los estará bajando? Y si con eso ¿tal vez quiera bajar las manos... lentamente... O dejarlas flotando?... porque lo importante... es que estas manos que han trabajado tanto... ahora están haciendo un trabajo y se colocan en una de las posiciones más cómodas... Correcto... [la paciente baja las manos].	
Y ahora la puedo invitar señora María a pasear por un parque en estos días de otoño... con las hojas que caen... con hojas verdes de otros árboles que las mantienen a pesar del otoño... puede incluso ver flores y situarse en un lugar conocido o desconocido... que le permita relajarse... conectarse con esta mente... sentirse en paz... y encontrar un lugar que le de seguridad... y nos preparamos para hacer nuestro ejercicio...	Se refuerza la disociación, utilizando la evocación de lugares que son agradables para la persona. Se entregan claves que brindan seguridad.
Porque este mente se puede ir comunicando con nuestro cuerpo... Nuestro cerebro tiene sustancias, tiene unos líquidos que los podemos soltar en nuestro organismo para que las molestias vayan disminuyendo... en cualquier lugar que la tengamos... Correcto...	Metáfora orientada para la disminución del dolor.
Y no importa como sea ni donde sea... ni el tiempo que demorará en alejarse... Porque tu cuerpo toma contacto y lo hace a su ritmo... de manera que no sea brusco... de manera que no sea fuerte... para ir liberando los líquidos... junto con este movimiento de los árboles... sin hacer nada...	Sugerencia dada por si el dolor aún está presente.
También podemos ir desconectando ciertos lugares...	
También podemos limpiar por dentro esos lugares... con una escobilla suave con calma... vamos limpiando... O vamos cortando la maleza... Como queramos de alguna forma vamos ordenando las cosas que nosotros	

queremos... Y hacemos uso del tiempo inconsciente que es distinto al tiempo de la mente consciente... (silencio).

Y muchas veces estos ritmos de la naturaleza nos conecta con nuestros ritmos internos... con nuestra tranquilidad interna... Y esos tiempos son parte de una naturaleza infinita...

Metáfora orientada al control de variables psicológicas y a la sensación dolorosa.

Podemos saber que nuestra mente inconsciente puede permitir que los fluidos que están en nuestro cerebro circulen... a su ritmo... Correcto... Con el ritmo de la naturaleza, en las cantidades adecuadas... porque todas nuestras molestias se van...

Metáfora orientada al control del dolor.

Y no tenemos que incomodarnos con los ruidos (una persona entra sorpresivamente a la habitación).

Al ingresar una persona se produce mucho ruido, se incluye dentro de la inducción, para no perturbar a la paciente, quien no da señales de incomodidad.

Como la naturaleza es tan sabia... parte de las molestias que tienen que ver con nuestras emociones, con nuestro sufrimiento la podemos dejar en la palma de nuestra mano... porque no es necesario que la dejemos en todo nuestro cuerpo... Porque este cuerpo que es parte de la naturaleza tiene otras formas...

Y lo podemos sacar con la ayuda del viento... de nuestra mano... y podemos dejar en esta mano también nuestras preocupaciones... Y hacer lo que realmente necesitamos... Y en vez de tener todas esas cosas en nuestra mano...

En esta oportunidad se construye una metáfora para que la paciente pueda separar las emociones y pensamientos.

Podemos poner un regalo... podemos sentir ese regalo que nos conecta con la seguridad... es un apoyo... y le damos ese valor... Correcto...

Claves que conectan con la seguridad.

Pero lo más importante en este minuto es darnos cuenta que nos abrimos a una nueva experiencia... Correcto...

Y en este parque en el que podemos encontrar nuestro regalo que puede ser un objeto que nos da tranquilidad... bienestar confianza... y nos hace sentir apoyada...

Y nos recuerda tantas sensaciones agradables y después de haber puesto cada cosa en su lugar a un ritmo natural... hemos recibido las sustancias necesarias... Incluso para después de terminada nuestra conversación... Y podemos acceder de manera más fácil a esto lugares en que nos encontramos con nuestro inconsciente...

Sugestiones de bienestar y posthipnóticas para el control del dolor.

Y cuando esté preparada puede ir subiendo la escalera que bajó en un comienzo... trayendo consigo esa sensación de tranquilidad de comodidad... nuevos mensajes y sabiendo que puede volver cuantas veces quiera... sin preocuparse... (silencio).

Sugestiones posthipnóticas para reincorporarse con sensaciones de bienestar.

Cuando regrese se puede sentir relajada, tranquila... [la paciente se reincorpora].

P: Estoy traspira.

La paciente ha transpirado durante el trance.

T: ¿Transpiró mucho? ¿cómo se siente?

P: Bien.

La paciente se siente bien

	después del trance.
T: ¿Bien?.	
P: Bien.	
T: ¿Cómo está la molestia?	Se evalúa la disminución de la molestia.
P: Poquitito.	
T: Poquitito. De cero a diez ¿cuánto tiene?	Se evalúa la intensidad actual de la molestia consultando su EVA.
P: Hay yo creo.	
T: Uno.	El dolor disminuyó de EVA 5-6 a EVA 1.
P: Uno. Y es como que me siento así relajada... como sueño... como que estoy tan cansá como un sueño...	La paciente se siente con sueño.
T: ¿Pero agradable?	
P: Agradable, sí. Es que el primer día cuando vine me gustó.	A la paciente le gusta experimentar trances.
T: Ya.	
P: Porque al menos yo. No sé la demás gente, me siento bien y me gustó porque... porque uno se relaja... se olvida de todos los problemas... Soy yo no más... y no tengo nada más que hacer.	
T: ¿Y el dolor también disminuye?	
P: Sí, el dolor también disminuye.	Con el trance la paciente se siente bien anímicamente y su dolor disminuyó.
T: O sea le sirve para las dos cosas.	
P: Y en la casa cuando yo he sentido esa molestia me siento en la cama. Le digo a los niños vayan a jugar y yo me pongo así [la paciente levanta sus manos sobre su falda y las miras tal como se comienza la inducción de trance] y trato de concentrarme... solita me concentró... subo y bajo la escala. Trato de ser yo no más... trato de no sentir radio, de no sentir que mis hijos hablan... trato de que nada exista al lado mío.	La paciente ha practicado autohipnosis en su casa. Para esto trata de evitar ruidos y realiza la inducción tal como se le enseñó.
T: Y ¿le ha resultado?	
P: Y me relajo, sí.	
T: ¿Sí?	
P: Sí.	
T: Esa es la idea.	
P: Y como le dije yo cuando recién empezamos. A mí por la enfermedad que tengo me hacía falta algo así, a mí al menos.	La paciente siente que necesitaba recibir ayuda psicológica.

T: Claro.

P: Porque yo estaba en mi casa me venían los dolores... y yo me desesperaba y lloraba y trataba que no vinieran más... y me llegaban más de los que me tenían que llegarme.

T: Ahora ¿le están llegando menos?

P: Menos.

Y al menos cuando me siento un poco incómoda me voy al dormitorio porque nadie se mete, me meto yo no más. Cierro la puerta y me concentro y trato de no sentir ruidos de autos, ruido de gente... nada o poco en el radio música suavecita... pura música no más y como que (Fin de la primera parte del cassette)

El otro día estaba en un salón bailando con una música linda... iba y venía... y no hay más dolor. Mi hija se reía porque dice que yo soy... como que me dice... me olvide... que soy... eso que sueño despierta...

La paciente cuenta uno de los episodios de autohipnosis.

T: Ya, como soñadora.

P: Claro.

T: Soñadora. Claro, pero esto sirve.... Que bueno que lo practique.

La paciente considera que la autohipnosis le sirve.

P: Sirve bastante, bastante... Incluso yo tengo una vecina que se le cayó una puerta, tenía un TEC cerrao y dice que le duele tanto. Hoy día estuve con ella. Le dije enciérrate en tu mundo, no más. Olvídate de tus niños que te hacen pasar rabias, olvídate de tu marido que llega peleando contigo. Date el tiempo para ti. A mí me gusta.

La paciente encuentra tan útil el procedimiento que incluso lo ha recomendado a amistades.

T: Que bueno. Ahora vamos a tratar de hacer de hacerlo. Usted lo hace muy bien... para que lo haga cada vez mejor... Entonces eso mismo que usted está haciendo...

P: Sirve.

T: Claro, tiene que seguirlo haciendo.

Se refuerza a la paciente para que continúe con la autohipnosis.

P: Yo voy y me siento... en la mesa o cuando me siento cómoda... le digo a los niños no vengan para acá que no me molesten... Y le digo a los niños que en vez de pincharme el potito, le digo yo, me concentro a mi manera y evito los dolores... y ellos me ayudan, no me meten bulla.

T: La ayudan y a veces hay mucha bulla y cuesta concentrarse, no importa. Por que se puede concentrar en un ruido... por ejemplo ahora está el ruido de las hojitas...

El poder concentrase sólo en el silencio puede ser una limitación para practicar autohipnosis, por eso se sugiere que intente realizar el procedimiento con ruidos.

P: De las hojitas... el viento cuando hace sonar las hojas...

T: ¿Se ha dado cuenta que cada vez es más rápido para usted?

Se refuerza a la paciente en la autohipnosis.

P: El sistema es más rápido. Claro el primer día estaba nerviosa, yo pensaba cómo irá a ser...

T: Claro a todas las personas le pasa, es la primera vez. Cualquier cosa que uno no conozca...

P: Claro es una reacción normal.

T: Normal. Ahora usted lo conoce un poco más. Esto es lo mismo que cuando uno está aprendiendo a hacer algo.

P: Ah... claro porque es algo nuevo de uno, algo nuevo.

T: Entonces al principio usted no lo conoce, no sabe cómo va a ser, después no sabe si le va a resultar, después ya le resulta. Y después cada vez le va a resultar más.

P: Yo como le decía yo... antes en vez de concentrarme me ponía nerviosa, empezaba a batir la mano... que no venga, que no venga... y en vez que no viniera me venía más fuerte. Ahora no, yo ya sé controlarme. Más encima yo rabeo mucho, porque la manera mía es así soy muy ligera de genio... me molesta algo, los dejo no más y trato de concentrarme y que no me afecte tanto.

T: Que no le afecte tanto.

P: Claro que no me afecte tanto.

T: Ahora vamos a hacer un ejercicio chiquitito. Vamos a colocar la mano...

Se intentará realizar otra inducción hipnótica con menos indicaciones para favorecer la autonomía de la paciente.

P: ¿La misma?

T: Claro y yo voy a darle menos indicaciones.

P: Ya.

T: Usted va a mirar la mano. [la paciente mira sus manos que están suspendidas en el aire] Solamente lo que usted tiene que hacer es mirarla... no tiene que esforzarse a nada... Y cuando sus ojitos empiecen a pesar un poco y tenga ganas de cerrarlos... sabrá que está en camino de sus mente... de su inconsciente... Y cuando sus ojos se cierren será la señal de que usted está preparada... [la paciente cierra los ojos]

Inducción de trance mediante inducción por levitación de manos.

Y estando en ese sitio no necesita preocuparse... incluso los ruidos la pueden acompañar en su trabajo... (silencio)

Sugerencia para favorecer el trance en ambiente que tengan ruido.

Puede bajar la escalera... y cuando baje va estar en lugar que a usted le agrade... [la paciente da señales de dedos]

El bajar la escalera se ha utilizado en todas las inducciones que se han realizado, se menciona nuevamente para que le sirva como una clave que le ayude a profundizar el trance.

Y aunque usted no se de cuenta y aunque usted no piense en eso... cada vez que está en ese lugar el cuerpo libera sustancias... que le harán disminuir sus molestias de su ánimo y las molestias físicas... (silencio) Dejamos a nuestro cerebro que trabaje con nuestras molestias y nosotros podemos disfrutar en otro lugar... [señales de dedos] Correcto, correcto...

Luego se menciona una metáfora para disminuir el dolor, contada de una forma que puede funcionar como sugestión posthipnótica

Y puede haber personas que crean o no crean en lo que hacemos... pero eso no es lo importante, sólo queremos

estos minutos para estar mejor... (Silencio)

Y por medio de esto vamos regulando todas nuestras molestias... algún dolor, una molestia, alguna náusea... Todo se puede ir acomodando...

Lo único que tiene que hacer cuando esté en su casa es poner las manos flotando... mirarlas... y saber que algo va a suceder... Y cuando cerramos los ojos... algo ya pasó... (silencio)

Sugestión posthipnótica para autohipnosis.

Ahora señora María va ir volviendo trayendo un regalo... sabiendo que puede volver cuantas veces quiera... sintiéndose bien... [la paciente se reincorpora]

Sugestiones para reincorporarse.

¿Un poquito de sueño?

P: Sí.

T: Donde se relaja da sueño. Dese tiempo para que pase ese sueño. Es normal.

P: ¿Es normal el sueño?

T: Sí. El cuerpo se relaja y dan ganas de dormir.

P: Claro. Hay una señora que me pincha a mí, es enfermera, me hace unos masajes a las piernas...

T: Ya.

P: Cuando tengo muchos dolores. Según ella en los talones tenemos los ovarios... tenemos el oído... según ella. Ella estudió eso. Y me relaja la verdad. Una vez en la semana me lo hace en la noche... y me decía que me sirve para la depresión nerviosa...

T: Ya.

P: Para los nervios...

T: Para descansar. Ya..

P: Soy muy nerviosa.

T: Ya. Y ahora ¿qué molestia tiene de cero a diez?

P: Nada. No tengo ninguna molestia. Como llegué a ahora no tengo nada.

La paciente pudo disminuir totalmente su dolor EVA 0.

T: Llegamos con seis y bajamos a cero.

Se le muestra el logro .

P: A cero. Ojalá que siga así todos los días.

T: Sí pues. Además ¿se da cuenta que cada vez es más rápido?

P: Sí.

T: Es un aprendizaje. Que bueno que lo haga.

P: Yo tengo una vecina que no creía... le decía voy a tal parte... y me decía no... como vay a ir... no creía.

La paciente encuentra que la intervención hipnótica le ha servido para disminuir el dolor y el temor que sentía.

Porque antes que viniera aquí yo le contaba, sabí Julia que voy a ir a tal parte... y me decía son puras leseras no

más... Ahí voy a probar yo. Después cuando llegué a la casa me dijo: y ¿cómo te sentiste? Bien, le dije. Además es bonito y yo creo que con la enfermedad que tengo yo a cualquier persona le hace bien... uno piensa de otra manera ya. Ese susto tan grande que tenía, ya no está en mí, tenía miedo.

T: Ya. Tenía miedo.

P: Era un susto y a veces decía aquí viene el dolorcito... y despertaba en la noche iba y venía a la cocina. No dormía yo, ni dejaba dormir a nadie y el lolo me retaba, me decía: ya pu' vieja tanto que te quejai.

T: Ya. ¿Y usted hace el ejercicio cuando siente que le va a venir una molestia?

P: Sí o lo hago así cuando quiero estar tranquila, lo hago igual, no solamente para el dolor. Porque digo si lo hago así voy a estar más tranquila y no me va a venir tan largo el dolor.

La paciente realiza el ejercicio para controlar el dolor o para tranquilizarse.

T: ¿Usted encuentra que le ha funcionado?

P: Sí. Sino no hubiera estado aquí porque yo soy de esas personas que cuando no me gusta algo no voy más y digo no, para que perder el tiempo...

T: Claro.

P: Hago perder tiempo a la persona y hago perder el tiempo yo.

T: Claro. Que bueno que le funcione.

P: A mí me hacía falta algo así.

T: Así que está más tranquila.

P: Más tranquila. Como que mi responsabilidad la asumo con más tranquilidad. Antes no... yo conversaba que no podía más... me molestaba que la gente me preguntara como estaba. Yo le decía a mi marido, pucha salgo pa' fuera y la vecina me dice cuídese... cualquier cosita... A mí me daba rabia. Y él me decía es que están preocupados por ti.

Además la paciente se siente más responsable de su enfermedad.

T: Claro. Y ¿ahora?

P: Le digo gracias, y le respondo le digo: bien o como me sienta, le respondo.

T: Ya.

P: También me dice que vaya para su casa porque paso todo el día encerrá.

T: Ya. ¿y sale a comadriar de repente?

P: No, no me gusta. No con mi marido en la noche conversamos, después pongo la música así.

T: ¿Cómo la encontrado su marido?

P: Mejor.

El marido de la paciente también se ha dado cuenta de

sus avances.

T: Mejor.

P: Sí. Y una tía me regala así un montón de revistas porque dice que tengo que leer.

T: Claro.

P: Y a mí que me encanta leer. Así que tengo apoyo por todos lados.

La paciente se siente apoyada.

T: Que bueno.

P: Antes yo decía me voy a morir, no quiero morir.

T: ¿ahora que piensa con respecto a su enfermedad?

P: Luchar no más, luchar y tratar de salir adelante. Yo los tenía aburridos diciendo hijo cuando yo me muera... o viejo yo me voy a morir... y cuando me voy a morir. Los hacía sentir mal a ellos a mi familia y me hacía sentir mal yo también.

La paciente ha decido luchar para mantener su salud, los pensamientos de muerte están en el fondo, no son la figura en este momento porque siente que no la ayudan ni a su familia.

T: ¿Entonces eso no le ayudaba a usted ni para los otros?

P: No, a nadie, a nadie.

T: Ahora encuentra que esto le ayuda más.

P: Claro que sí.

T: Está más tranquila.

P: Pienso en la enfermedad mía eso sí, pero no como antes... no pienso en mi enfermedad, no pienso en morirme, no. Yo digo que voy a vivir y voy a seguir viviendo, voy a ser la misma de antes la mujer alegre y trabajadora.

T: Claro. Y con la enfermedad a veces se puede disfrutar las cosas con más intensidad. Uno comienza a valorar cosas que antes no consideraba.

P: Sí, pu.

T: Me alegro que vaya tan bien. A veces igual pueden haber dolores o uno puede bajonearse, pero eso se espera porque todo no es recto.

Se prescribe posibles recaídas, para no desanimar a la paciente si se presentaran.

P: No todo es lindo.

T: Pero uno ya sabe que si viene un dolor o un bajón es una cosa de momento que uno vuelve a retomar el camino por el que andaba.

P: No yo antes me desesperaba... lo único que quería es estar en la cama y dormir, dormir.

T: Y ahora ¿está haciendo las cosas?

P: Sí. Hago las cosas un ratito en la noche me acuesto cansa. Antes dormía todo el día y en la noche no dormía. Para olvidarme de mi dolor mi iba a dormir.

La paciente realiza las actividades que puede realizar.

T: Está durmiendo bien en la noche.

P: Sí. Duermo bien. Hace días que no tomo el diazepam que me dio el doctor acá y dejé de tomarlos hace días que no tomo.

T: ¿No despierta con dolores en la noche?.

P: No. Tengo que despertar a las seis de la mañana por los chicos al colegio, nada más.

T: Claro.

P: Pero nada más.

T: Siempre se tendría que despertar a esa hora. ¡Que bueno!

P: No, antes no me despertaba y no podía dormir, no podía dormir, no podía dormir... y pasaba toda la noche despierta y no dejaba dormir a los demás, los demás todos al otro día con sueño.

T: Claro.

P: Así que me siento mejor.

T: Que bueno. Puede aprovechar estos ejercicios... ahora que hay viento con el ruido de las hojas, a usted que le gusta la naturaleza mirar los árboles...

P: Mirar los árboles, me gusta a mí.

T: Salir a mirar los árboles... todas esas cosas le harían bien. Y su marido también la encuentra un poco más tranquila.

P: Sí. A veces me encuentra decaía, me dice estay enferma vieja o me dice o estay mejor hoy día...

T: Eso es normal además sólo debe exigirse dentro de un rango. Como uno está pasando por un enfermedad la gente quiere que uno esté feliz, bien, y todo lo que a ellos le gustaría, pero uno tiene ver... [la paciente interrumpe].

P: No se puede.

T: No se puede.

P: A veces yo quiero hacer lo que ellos quieren, pero uno flaquea y llega hasta ahí no más.

T: Claro, entonces tiene que haber un equilibrio. No desesperarse... asumir su enfermedad no significa andar feliz por la vida... tal vez pueda andar más tranquila...

Se le muestra a la paciente que no debe exigirse estar de buen ánimo siempre.

P: A veces él me dice que tení viejita, no nada. Necesito descansar- bueno acuéstate un ratito- a veces me dice yo lavo la loza y tú te acostay... a veces lo miro a él... tú estay todo el día trabajando y después llega a hacer las cosas. Pero también ahora me deja hacer las cosas -yo le digo- déjeme no más, yo puedo. Porque antes no, si era posible él me bañaba. Pero yo me sentía mal yo quería ser, yo. Quería valerme por yo misma...

La familia la deja hacer actividades que estén al alcance de la paciente.

T: Claro.

P: En la mañana se iba y me decía no te vay a levantar viejita, yo voy a llegar a las doce y no te quiero encontrar en pie, o yo voy a traer cualquier cosita y almorzamos. No me dejaba.

T: Claro, lo mismo que hablamos la otra vez para la familia esto es nuevo, ellos no saben cómo manejarse con alguien que está enfermo. Y a veces es muy angustiante porque no saben muchas cosas... Porque cuando a uno le duele algo uno sabe cómo es su dolor, cómo es su enfermedad y cómo la lleva, pero la otra persona no sabe.

P: Claro el lolo me dice cambia la cara pu' vieja. Es que estoy enferma.

T: Claro.

P: A ellos no le gusta verme enferma. Ellos quieren la mamá de antes la mamá alegre entretenida.

La paciente se puede sentir presionada por los deseos de la familia de verla recuperada.

T: Claro, pero esta mamá que está enferma a lo mejor puede hacer otras cosas, ahora puede conversar.

Se muestran otras actividades para aumentar su autoestima.

P: Claro, cuando llega la tarde y yo estoy recostá en una cama me dicen hola vieja cómo estay, cómo te sentí... el otro día llegó con una caja de mercadería. Ellos quieren ser responsables también de la situación económica que estamos viviendo.

Mi marido le dice no es tu obligación, yo le dijo: déjalo si quiere hacerlo que lo haga.

T: Claro, ellos están aprendiendo.

P: Están aprendiendo. Y la niña también, me dice mami yo lavo o mami yo cocino. Todos quieren ayudarme.

T: Que bueno. Ya pues señora María, me alegro.

P: Ya pu' mijita. A mí por lo menos como persona me ha servido harto. El otro día cuando quedé de venir, el día Jueves no pude venir porque llegó mi mamá y no pude venir, no le podía decir mami ándate.

T: Claro, pero cuando no pueda venir le voy a dar un teléfono para que me llame.

P: La primera vez que viene acá me atreví a hacerlo sola y es rico. Para mí...

La paciente desde la primera sesión realiza autohipnosis.

T: Claro, yo no le dije que lo hiciera sola porque por primera vez... [la paciente interrumpe].

P: Claro usted no me dijo, pero a mí me gusto.

T: Claro. Lo que pasa que hay personas no se atreven no les resultan y hay que acompañarlas hasta que se sientan más confiadas.

P: Ah No, yo llego y pongo mis manitos aquí o me siento en el suelo, como me sienta cómoda.

T: Que bueno lo puede hacer varias veces al día a veces

sin dolor porque igual le va servir.

P: Está preparado ya el cuerpo.

T: Claro.

P: Ya pu'.

T: No necesariamente con el dolor fuerte.

P: Ya.

T: Y con un dolor fuerte también. En ese caso es muy habitual que la atención se vaya al dolor.

P: Sí.

T: Pero en ese minuto usted siente su dolor y siente su mano a la vez. Y su cuerpo se va a acostumbrar a hacer esto solo.

P: Sola.

T: ¿Mmmm?

P: A mí no me costó nada. — La paciente no tiene dificultad.

T: ¡Que bueno!

P: Que yo me sentí bien también.

T: Y lo hace muy bien porque ¿qué dolor tiene ahora?

P: Nada, ningún dolor.

T: Eso es bastante bueno. Ya señora María ¿cuándo nos juntamos? — Se acuerda la próxima sesión.

P: No sé, dígame usted.

T: Tiene que ser en las tardes. A ver mañana es Martes.

P: Menos el día Jueves.

T: ¿Podemos juntarnos el Viernes como a las dos?

P: Ya. Sí no hay problema.

T: Entonces el Viernes nos juntamos.

P: A las dos de la tarde.

T: Acá mismo. Nos juntamos. Ha sido un gusto y me alegro que esté bien.

P: Para mí igual. (Fin del cassette y de la sesión).

SESIÓN 3.

PACIENTE: 3.

LUGAR: Policlínico de Ginecología, Hospital San Juan de Dios.

FECHA: 16 de Abril del 2001.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente lucía cansada, realiza actividades con mucho esfuerzo, se ha sentido agotada, con sueño, náuseas, estreñimiento y menos dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión, la paciente no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la percepción, pensamiento, orientación. Sin embargo, presentó algunas alteraciones afectivas (tristeza y sentimientos de minusvalía).

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de hipnosis, las encuentra efectivas para controlar el dolor y su estado emocional. La paciente practica autohipnosis con resultados muy buenos, logra disminuir las molestias. Durante la sesión se indujo trance mediante levitación de manos para reforzar el aprendizaje. La paciente logró un estado profundo, se contaron metáforas orientadas a controlar el dolor y sufrimiento. La enferma finalizó las sesión sintiéndose relajada, sin sensaciones de peso corporal ni náuseas. Durante la sesión no presentó dolor.

RED DE APOYO: muy buena.

RESUMEN:

La entrevista se realizó en el Policlínico de Ginecología del Hospital San Juan de Dios. La paciente lucía muy fatigada, débil, triste, sentía muchas náuseas y cansancio, acudió sola y se mostró cooperadora.

La paciente se ha sentido mejor en la última semana, continua practicando autohipnosis cuando siente un poco de dolor o intranquilidad. El síntoma más molesto en este momento es el cansancio y las náuseas, sobre el primero el médico sospecha una anemia.

La paciente presenta un ánimo depresivo, sin decirlo directamente su relato trasluce una preocupación por la cercanía de la muerte, siente fuertes sentimientos de inutilidad que intenta superar haciendo cosas que están fuera de su alcance, esto en vez de ayudarla, profundiza dichos sentimientos.

La paciente siente dolor cuando realiza actividades que requieren gran esfuerzo. No obstante, la molestia es menor que al inicio del tratamiento, desde la primera sesión no ha experimentado crisis de dolor EVA 10.

En el último tiempo los dolores más intensos han llegado a EVA 7 y los ha experimentado sólo en dos oportunidades, estos han durando 4 horas en promedio. Una evidente diferencia si se compara con el inicio del tratamiento y menor si se coteja con la sesión anterior. La paciente atribuye el pequeño aumento del dolor a su estado emocional porque cuando está más sensible el dolor aumenta. Los mayores cambios se observan en el dolor base, el cual disminuyó a EVA 3 y menos, en ocasiones.

Se debe destacar que el tratamiento médico de la paciente no ha cambiado, continúa esperando el inicio de la radioterapia y quimioterapia, por el momento toma medicamentos para el dolor (morfina y dipirona), morfina en las misma dosis de la sesión anterior y dipirona en menor cantidad, no ha debido inyectarse en estos días.

La paciente ha practicado autohipnosis con éxito mediante levitación de manos, especialmente cuando siente un pequeño dolor o se siente intranquila. El procedimiento cuenta con el apoyo familiar, especialmente con el respaldo del marido.

Durante la sesión se indujo trance mediante levitación de manos, sin ninguna dificultad la señora pudo experimentar un trance profundo en el cual se contaron algunas metáforas orientadas a controlar del dolor, variables psicológicas e interpersonales que pueden influir en la sensación dolorosa.

Con este procedimiento se logró disminuir una sensación de pesadez corporal y náuseas; no presentaba dolor antes de la inducción. Se indujo el procedimiento con el objetivo de reforzar el aprendizaje y aliviar las molestias presentes en el momento. La paciente finalizó la sensación sintiéndose agradada sin molestias, sólo con un poco de sueño.

T: Está ahora con un poco de sueño.

P: Sí.

T: A ver la última que nos vimos ¿qué día fue?

P: La semana pasá.

T: Sí. El Lunes pasado.

P: O el Miércoles ¿o el Lunes?.

T: Parece.

P: El siete.

T: El Lunes pasado. Ha pasado justo una semana. ¿Cómo ha estado en la semana?	Se evalúa el estado de la paciente después de la última sesión.
P: Bien.	La paciente dice haber estado bien la última semana.
T: ¿Bien?	
P: Sí.	
T: El dolor ¿cómo ha estado?	Se consulta para saber cómo se ha sentido la paciente del dolor en términos generales.
P: Menos dolor.	
T: A ver de cero a diez ¿cuál ha sido el dolor más fuerte que ha tenido en esta semana?	Para tener más antecedentes se le pide a la persona que evalúe la intensidad del dolor según EVA.

P: Eh. Siete. Viernes y Sábado.	La paciente ha tenido dolor EVA 7 dos veces en la semana, al parecer este ha sido el dolor más intenso.
T: Viernes y Sábado tuvo un dolor siete. Y ¿cuánto duró?	Se consulta por la duración de dolor.
P: Como cuatro horas tiene que haber durado. Es que yo andaba muy nerviosa, muy alterá ese día.	La paciente dice haber tenido un dolor de cuatro horas de duración, tiempo menor al experimentado en semanas anteriores, el cual podía durar todo el día sino se recibía atención médica. La paciente dice haberse sentido muy nerviosa y relaciona su estado emocional con el dolor.
T: Y qué la tenía tan nerviosa ¿sabe?	Se explora los motivos que tenía la persona para sentirse nerviosa.
P: Nada... más que nerviosa estaba preocupá que mi mamá se iba a la playa... y tanto accidente en la calle... no le vaya a pasar algo. Uno se preocupa por la familia.	
T: Claro. ¿Lo normal?	
P: Claro, lo normal.	
T: Y ¿ha estado con dolor permanente?	Se consulta por el dolor base de la paciente.
P: Sí. Un dolor chiquito. Como un tres. Se me quita, pero siempre está ese dolorcito. Esa molestia.	La paciente lo refiere como un dolor EVA 3.
T: Ya. Con la molestia que usted permanece es con tres ¿o no?	
P: Claro con tres. A veces puede ser menos.	El dolor base más común es tres, pero puede disminuir.
T: Menos. ¿un dos?	
P: Un tres yo creo.	
T: Ya. Pero lo más común es un tres. Y esta molestia puede disminuir un poco.	
P: Un poco, pero yo trato de controlarla.	La paciente intenta controlar sus molestias.
T: ¿Qué ha hecho para controlarla?	Se investigan las soluciones intentadas.
P: Relajarme no más. Pensar en otras cosas, no pensar en lo que me duele... en lo que tengo.	Se trata de relajar y no pensar en su enfermedad.
T: Y ¿ha hecho los ejercicios que me decía usted que levantaba la manito?	Se consulta para saber si la paciente ha practicado autohipnosis.
P: Sí, pu'. Sí.	

T: Y ¿le ha funcionado? ¿cómo lo encuentra? ¿qué le pasa?	Se investigan los efectos.
P: Como que me relaja.	La paciente encuentra que el procedimiento la relaja.
T: La relaja. Le gusta.	
P: Sí.	
T: Y el dolor. ¿Se disminuye?	Se consulta por los efectos de la autohipnosis en el dolor.
P: Se disminuye. Como que se olvida. Yo me olvido del dolor. Y cada vez es menos. Yo sé que siempre está el dolor cuando pienso en él, el dolor está. Pero cuando yo trato de olvidarme de todo, ya no está.	La paciente puede disminuir sus dolores con autohipnosis y se da cuenta que al disociarse el dolor disminuye.
T: No está.	
P: Cuando vine... ¿se acuerda? que venía con un dolor de cadera... un dolor de cadera...	
T: Sí.	
P: Y ese a veces me da cuando hago las cosas en la casa... Cuando me paso el límite que tengo que hacer las cosas, me vienen los dolores.	La paciente se da cuenta que le duele al realizar actividades.
T: Entonces el dolor le avisa que se le pasa la mano.	Se redefine el dolor como una alarma que es útil, avisando que se realizan actividades indebidas.
P: Claro. Cuando empiezo a encerar por ejemplo... a hacer cosas que ya no están a mi alcance, me viene el dolor.	La paciente se da cuenta que hay cosas que no puede realizar.
T: Ah ya. ¿Y usted cree que podría hacer cosas en sus casa que no le perjudicaran?.	Se trata de mostrar a la paciente que no debe abusar de su estado de salud. La paciente no quiere sentirse inútil, por esto se sugiere realizar algunas que requieran poco esfuerzo.
P: Hacer menos. Yo quiero hacer más de lo que puedo. Después me canso y vienen los dolores. Y eso es lo que me hace sentir mal.	La paciente se da cuenta que no puede hacer muchas actividades, eso la afecta.
T: Que no puede.	
P: Claro. Me siento inútil. Yo le digo a mi marido... él me dice que no es que no querí hacer las cosas, es que no podí, me dice.	
T: Entonces tú te esfuerzas para hacerla, pero tu cuerpo no te da.	
P: Claro.	
T: Pero se acuerda de lo hablamos antes.. que uno no tiene que esforzarse tanto porque puede ser peor.	Se muestra a la paciente que tiene que cuidarse.
P: Peor. Entonces voy a tratar de hacer lo que pueda	La paciente parece aceptar

hacer, no más.

realizar menos actividades.

T: Entonces tiene que tener un margen. Ahora usted va a empezar el tratamiento. Entonces es un período que no está tan bien.

P: Incluso el médico me miró los ojos y me dijo que a lo mejor tenía anemia por tanto sueño que tenía, que el próximo control me iban a hacer no sé qué me iban a hacer... a lo mejor iba a necesitar sangre porque estoy muy anémica. Puede ser por los remedios o porque no como. No como lo que tengo que comer, alimentación tengo, tengo como alimentarme, pero me da hambre y mi marido me sirve y no quiero.

T: Ya.

P: El otro día ¿qué fue lo que me llevo? Flan. Porque yoghurt no puedo comer. Me dan las ganas, me gusta sí, pero a la fuerza.

T: Ya.

P: Como que como algo y todo a la fuerza... porque no soporto nada en el estómago.

La paciente tiene dificultades para comer.

T: ¿Por las náuseas, me dijo usted?

La paciente tiene náuseas.

P: Por las náuseas.

T: Tiene muchas náuseas.

P: Claro.

T: Entonces lo más... el síntomas más desagradable para usted son las náuseas.

P: Las náuseas.

T: Ya.

P: Y el sueño. Yo estoy sentá en la mesa, así. Estoy comiendo, estoy conversando. Y sabe que cierro los ojos, cierro los ojos. Mi marido me dice: Mary ¿me estay escuchando?. Sí lo escucho. Ya vaya a acostarse me dice. O estoy haciendo las cosas y estoy así cansá.

T: Mmmm.

P: Lo que más me molesta ahora son los cansancios.

T: Los cansancios.

P: Como que estuviera tan cansá. Como que hubiera hecho tantas cosas. A mí me nombran la cama y yo feliz.

T: Claro. Su cuerpo está haciendo un trabajo, aunque usted no esté haciendo cosas.

P: Claro. Se está esforzando.

T: Entonces por eso a veces... [paciente interrumpe].

P: A veces yo le digo viejito no quiero ir al médico. Porque yo todos los días me levanto a las seis de la mañana o las seis y media - los niños van al colegio -. Levanto a uno

que el otro tiene que bañarse. A los chicos los baño en la noche, pero los grandes que van a tomar leche, que va a tomar té... en la mañana.

Y él me dice ya viejita levántese. No, - le digo- levántese usted. Yo no quiero ir al doctor. Tiene que ir aprovecha de comprar al pasito y te quedas a ver a la niña, a la niñita. Ya - le digo yo- pero con puras ganas de estar en mi casa. De estar tranquilita.

T: Claro.

¿Qué le ha dicho su marido que viene para acá?

Se quiere sabe si la familia a podido observar algún cambio en la conducta de la paciente.

P: Le gusta porque dice que llego cambiá a la casa. Más relajá.

Yo vengo para acá y cualquier cosa me tiro al tiro a la cama. Yo digo viejito yo quiero dormir cinco minutos y me conformo. Y duermo, duermo. Y no me despiertan nunca, a veces pasa la hora y estoy acostá.

T: Ahí descansando.

P: Descansando. A veces le digo hija ¿qué hora son?. No mami sino... despiértame a tal hora. Falta todavía falta. Y nunca me despiertan a la hora que yo quiero.

La familia deja que la paciente descanse cuidan de ella y no la dejan que realice actividades.

T: Y usted quiere estar despierta.

P: Quiero estar despierta. Quiero estar más con ellos y no puedo. Todo lo contrario ellos me dejan descansar.

A la paciente le molesta estar cansada porque quiere pasar el mayor tiempo posible con su familia.

T: Usted es la que no se deja descansar.

P: Yo no me dejo descansar. Estoy acostá y pienso no lavé los platos... van a llegar los niños y va a estar todo cochino y me levanto. O pucha va a llegar mi marido quiero tener la mesa lista... A veces el más chico me dice: mami yo me lavo las manos y pongo la mesa. Así me ayudan harto... a flojear más que na'.

T: A descansar.

P: A descansar.

T: A descansar porque usted también necesita descansar y no es que sea floja, ni nada. Porque esta enfermedad da un poco de sueño.

P: Porque el otro día vi a una vecina y me dijo tanto tiempo... que no la veía...
- No es que estoy delicá -. Pero como si no se escucha ni gritar a los niños. No es que estoy enferma. Oh, pero antes usted pasaba por ahí riéndose, pasaba a comprar. Se reía. Saludaba a todo el mundo. Ahora no se ve nunca. Es que así es la vida, le dije yo.

T: Claro hay cambios.

P: Hay cambios. Uno está enferma y lo único que más se preocupa es regalonear a los hijos.

T: Que bueno.

P: El otro día le preguntaba a mi marido ¿viejito me querí igual? -¿Por qué tendría que dejar de quererte?, todo lo contrario te quiero más -.

Yo le preguntaba... pero cómo soy yo... como persona... soy buena como persona... como esposa...

- Como mamá soy un diez. Porque a pesar que estay enferma –me dice- siempre estay preocupá de los niños que si no llegó, que a qué hora va a llegar. Si no estoy le digo: viejito has esto o que los niños hagan esto otro. Siempre estoy preocupá. Él me dice que a veces es malo que sea así... tan protectora de mis hijos.

T: Ahora sus hijos están aprendiendo a ...

P: Al contrario ellos están aprendiendo a regalonearme a mí.

T: Lo cual va a ser bueno para ellos en el futuro. Cuando sean papás y sepan hacerlo.

P: Claro. Yo siempre me quejaba y el mayor me decía cállate vieja, cállate. Pero no de mala onda. A veces yo me iba a acostar al lado de él y me decía... ya, ya.... no quiero que te quejí. O si llega del colegio y llegaba y yo estaba acostá me decía ya viejita. No te quejí tanto... Yo no quiero que te quejes tanto. Parece que ellos se acostumbraron a mi forma. Yo nunca dije me duele la cabeza ni nada.

T: Y ahora ¿cómo ve a su familia con su enfermedad?

P: Está más unida. Viejita querí esto... Viejita querí esto que te compre...

Al parecer la enfermedad a unido más a la familia.

T: Entonces no está ese sentimiento que decía que los tenía aburridos ¿se acuerda?

La paciente que aburría a su familia con su enfermedad.

P: Claro, que los tenía aburridos, que yo no valía nada que era un estorbo para ellos...

T: ¿Ya no piensa eso?.

P: Ya no pienso eso, porque yo sé que no. No soy un estorbo.

La paciente no siente un estorbo.

T: Sí, pues claro.

P: Uno en ese momento piensa que por la enfermedad... como yo era antes... a como soy ahora... soy una carga para ellos.

T: ¿Eso piensa ahora?

P: Pensaba, porque yo sé que no.

T: Sí.

P: Si yo le pregunto a mi marido y me dice: tranquilita no más viejita porque tú no eres una carga para mí.

T: No, parece que no es así. Además usted se hace más cargo de su enfermedad.

P: Sí, pu'. Más yo que ellos.

T: Hace sus ejercicios... viene al médico...

P: Sí me esfuerzo. Mi hija me decía - me voy a hacer la enferma para ir contigo al médico -. No, le digo, vaya no más al colegio si yo voy solita - cualquier cosa que te sentí mal me llamaí para ir a buscarte -.

T: Claro, la acompañan bastante y así ellos deben estar más tranquilos, también.

P: Sí. Y se nota porque los amigos de mi hijo me dice tía, porque los amigos de mi hijo me dicen tía. Me dicen sé que estuvo enferma que pasó mala noche... Ellos le cuentan.

T: Nosotros tenemos una parte de nuestra forma de ser... como usted me dice como era antes.

P: Ah.. como soy ahora...

T: Claro, pero también había una parte que era así cuando estaba bien. Hay partes de nosotros que quedan más escondidas. ¿me entiende?

P: Ya. Antes yo era muy acelerada no me daba tiempo para... esa parte de la vida de uno.

T: A esa parte.

P: Claro.

T: Ahora con la enfermedad algunas partes que están en nosotros, pero que no conocíamos tanto comienzan a salir. Pero es una cosa distinta, no por eso, algo es mejor o peor.

Se pretende levantar el autoestima de la paciente al estar enferma.

P: Claro.

T: Su familia está con usted y pueden aprender a relacionarse de otra forma. A lo mejor usted siente que está más unida a ellos. Por otra parte ellos aprenden a atenderla.

P: Sí, pues están cambiados mis hijos, todos.

T: Claro y para sus hijos es un aprendizaje importante, también.

P: Claro, el chico tiene 17 años y trabaja en supermercado en Maipú. La chica también quiere trabajar... yo le decía que no ... soy muy chiquitita... te puede pasar algo. La única hija mujer, la cuida uno. Y ella dice quiero trabajar estoy aburrida ya. El Sábado trabajo y el Domingo... yo la hecho de menos. Yo le digo a mi marido ¿cómo estará la gordita? - es bien gordita - ¿cómo estará mi gordita?. Y ella preocupa en el trabajo por mí, ayer me llamó: ¿mami como estay? Me llamo como a las seis de la tarde.

T: Claro.

P: Aquí estoy bien estoy preparando porque va a llegar el papá para tomar tecito con él. Y me dice: me quiero ir... Véngase le digo yo, así que de un dos por tres ya estaba

en la casa. Como que se da cuenta que le gusta estar en la casa.

T: Claro.

P: Pero yo le di en el gusto y con eso la hice sentirse persona.

T: Claro.

P: Porque me decía usted piensa que soy chica que no soy capaz, todo eso. Pero por mí los tuviera en la casa a todos.

T: Claro.

P: Me decía mamá a veces no hay plata y yo quiero comprarme cosas, esto otro. Ahí se dio cuenta lo que cuesta ganarse mil pesos. Cuánto tiene que estar esperando para que le den monedas para que junte. Pero ella igual me dice mami yo igual voy a ir el Sábado a trabajar...

T: Claro.

P: Yo sé que están bien conmigo.

T: Que bien. La única que no tiene paciencia con usted, es usted no más.

P: Soy yo, no tengo paciencia conmigo. Yo encuentro que los aburro mucho a ellos. Yo soy un estorbo para ustedes. Y me dicen no mami no soy estorbo. O me paro a buscar un vaso de agua y me dicen mami por qué no lo pedí. No si yo puedo. Tú no podí, soy porfía. Querí demostrar que podí, pero no puedes.

T: A lo mejor donde hace cosas que son demasiado para usted como encerar, se esfuerza mucho.

Y cuando empiece a hacer las cosas que están bien para usted a lo mejor la va a dejar hacer lo que puede hacer.

P: Cuando estoy haciendo cosas que no tengo que hacer me dicen: ya, ya... córrete de acá.

T: Claro, entonces va a tener que buscar cosas que pueda hacer y respetar su cansancio. Decir: hasta aquí no más, porque estoy cansada. Ellos la van a dejar hacer más cosas. Porque...

P: [Interrumpe] Claro si yo empezaba a trapear el flexit. Trapeaba todo, la casa entera prácticamente. Y después empezaba a encerar. Y el mismo movimiento... rato después el movimiento... estaba con dolorcito. Y pobre de mí que me quejara porque hay mismo no más me iban a retarme.

T: Claro, cuando usted empiece a regular mejor eso, su familia va a empezar a confiar que usted puede hacer ciertas cosas y la va a dejar tranquila en esas cosas que está haciendo. ¿Me entiende?

P: Sí, sí.

T: Porque si usted ve que una persona llega y hace cosas

que le pueden hacer mal, ellos van a estar muy pendientes de las cosas que usted hace.

P: Sí.

T: Y la pueden dejar un poco más tranquila, pero no por eso la van a dejar sola.

P: Ah... No.

T: Su familia está con usted.

P: Igual está conmigo mi familia.

T: Claro.

P: Pero estar enferma... como era antes... como soy ahora... cuesta sí.

T: Claro que debe costar.

P: Porque yo estoy acostá porque el cuerpo lo pide. Antes estaba enferma iba en cuatro patas, pero igual iba a trabajar. Ahora no porque mi cuerpo pide estar acostá. Mis ojos necesitan estar cerrados porque si tengo los ojos cerrados un rato yo descanso.

T: Claro y como usted dice su cuerpo necesita más descanso que antes.

P: Que antes.

T: Claro, está tomando los medicamentos... está con la enfermedad... se junta todo y usted necesita más horas de descanso y eso le ayuda, igual que venir al médico venir para acá... Descansar también le ayuda.

P: Claro.

T: Entonces no lo vea como malo.

P: No. De primera sí lo veía remalo todo... mi enfermedad que nunca me voy a mejorarme que me voy a morir... miles de cosas en la cabeza. Y ahora no, estoy más tranquila.

T: Está más tranquila.

La paciente se siente más tranquila.

P: Estoy más tranquila.

T: Y lo único que la molesta ahora es la cosa de las náuseas.

P: Las náuseas... que se me seca mucho la boca y el sueño... últimamente tengo un sueño, un cansancio.

T: Claro.

P: Que yo por mí llego a mi casa me acuesto y ahí quedo.

T: A dormir. Eso no lo hace.

P: Ahora lo hago, antes no. Le hacía el quite yo. Me daba no sé que... que llegara mi marido y yo estar acostá. Ahora no, porque si estay acostá Mary no importa... yo

preparo la once para los niños no te preocupí.

T: Eso lo puede aliviar a él también porque va a saber que usted no está haciendo cosas de más.

P: Claro. O llega y me dice ¿qué hiciste?

T: Lo tranquiliza.

P: Sí antes yo le decía a los niños si pregunta el papá quién enceró dígale que ustedes. Primero ellos me ayudaban a mentirle, pero ahora no, no. Y me dicen ¿quién enceró? Mi mamá.

T: Claro y se siente peor.

P: Claro, si para qué vieja me dice. Deja así no más. La gente que viene a verte viene a verte a ti no viene a ver la suciedad. Si la casa está abandona no es porque tú soy sucia, si tú soy limpia.

T: Claro.

P: Yo a pesar como estoy... la casa igual está limpiecita.

T: La familia de alguien que está enfermo, se cansa cuando la persona no se cuida. ¿Me entiende?

Se trata de favorecer el autocuidado de la paciente.

P: Claro.

T: Porque toda la familia quiere que esa persona se mejore que esté bien... y hay personas que no se cuidan. Y ahí se cansan.

P: Claro, mi hijo me dice así. Me dice mamí sale... tú no puedes estar en la casa encerrá.

T: Cuando la ven que hace cosas que le hacen bien se sienten más tranquilas, también.

P: Claro. O me dice mamí anda a los talleres de la Municipalidad para que te entretengas, te vas entretener y te vas a olvidar un poco de lo que estás viviendo. Pero la mamí como es porfía... quiere estar en la casa no más.

T: Claro, pero quiere estar porque quiere descansar un poco. Puede ir haciendo otras cosas, pero no exigirse. Ahí tiene que ir viendo.

P: Ya lo que me da el cuerpo, no más.

T: Claro.

P: Por ejemplo, me dice mi marido porque no salí viejita un poco... es que no tengo ganas de salir...

T: Claro.

P: Porque no estoy con ganas de salir.

T: No exigirse para andar bien. Entonces ahora ha tenido poco dolor, pero muchas náuseas.

P: Sí.

T: Y ¿cómo son esas náuseas?

P: Eh...¿cómo?

T: ¿Cómo empiezan?

P: Están permanentemente conmigo.

T: ¿Están ahora?

P: Sí. Hace días que tengo esas... si siento olor a comida y me dan unas ganas de vomitar. Voy a comer y no puedo, no puedo comer... y me dan náuseas.

T: Ya.

P: Aunque sea un vaso de agua que me tome...

T: Y el doctor le dijo que tenía que hacer unas papillas.

P: Claro.

T: Ahora vamos a hacer un trabajo para ver qué puede pasar a lo mejor puede ayudarnos a disminuir estas sensaciones de las náuseas. ¿Ya?

P: Ya.

T: Ya. Entonces vamos a ver esto y la cosa del dolor porque esta semana... no es tan fuerte ¿no es cierto?

P: No, ahí no más.

T: ¿Qué medicamento está tomando?	Se consulta por los medicamentos que está tomando.
P: Estoy con la dipirona y la morfina...	La paciente está con dipirona y morfina.
T: ¿No ha tenido ninguna crisis de dolor?	La paciente desde que ha venido a las sesiones de hipnosis no ha tenido crisis de dolor.

P: No, desde la última vez que viene acá, no.

T: Ya. ¿Desde cuándo?

P: Desde la primera vez que nos vimos ¿se acuerda?

T: Desde la primera que nos vimos, sí.

P: Que yo estuve acá y me amanecí esa noche de dolor.

T: Desde ahí nunca más... a la posta... ese tipo de cosas.	La paciente no ha tenido que ir a la posta por dolor.

P: No.

T: Ya, ahora que tiene un poquito de sueño puede poner su manito ahí...	Se comienza a inducir trance.

P: ¿Ahí?

T: Claro. La puede levantar un poquito... las levanta y usted ya sabe que las mira... y si siente un poco de	La paciente entra rápidamente en trance.

sueño... se deja estar no más porque aquí nos vamos a relajar... no tiene que preocuparse... si siente sueño... va a ser un minutito en el que vamos a descansar... (se comienza a hablar en tono hipnótico)

Vamos a hacer un trabajo para que pueda descansar... si quiere cerrar sus ojos... lo puede hacer... Correcto [la paciente cierra los ojos] Y este estado que es tan conocido para usted lo vamos a experimentar otra vez...

Nos vamos a dirigir a nuestra mente sabia a nuestra mente del inconsciente... Correcto, correcto... y vamos a ir sacando... ciertas cosas señora María, y las vamos a ir dejando en distintas cajas... vamos a tener una caja y vamos a tener otra caja...

Hay una caja en la que vamos a ir dejando nuestras preocupaciones... todas nuestras preocupaciones... angustias... todas esas sensaciones que nos puedan ir incomodando... Correcto, correcto...

Sugerencias dirigidas a variables psicológicas

Y las vamos a ir dejando en esta caja las vamos a sacar de este cuerpo... vamos a hacer un orden... vamos a ir ordenando... vamos a ir sacando todo lo que tiene que ver con emociones... lo vamos a ir colocando afuera... Correcto... las vamos dejando en un principio desordenadas o las podemos ir ordenando... vamos dejando en un lado la pena... en otro lado la angustia en otro lado la rabia... y en otro lado esas cosas que no sabemos qué son en realidad... (silencio)

Y a medida que hacemos esto... podemos ir sintiendo que nuestro cuerpo... se va colocando más liviano... Correcto... podemos respirar con más tranquilidad... Y vamos seguir sacando como ciertas capas que están en nosotros que a veces nos pesan en nuestra cabeza... o nos pesan en nuestros hombros... Correcto y estas emociones las vamos a dejar ahí...

No para olvidarlas... sino para trabajar con ellas de mejor manera... es como ir arreglando ciertos ovillos... ir colocando las madejas... ordenadas y poder construir... tejer algo lindo después con eso... Correcto...

Porque a veces el desorden interno que podemos tener nos produce un cansancio... Correcto... y parte de esto lo vamos a ir depositando en las cajas que tenemos... para que podamos hacer nuestro viaje... de manera mucho más relajada... Correcto...

Nuestro inconsciente, nuestra mente sabia nos irá orientando... para saber que hacemos después con esto... No es necesario preocuparnos ahora... Lo que tenemos que hacer es ordenar... esos sentimientos... cargas... angustias que no nos hace bien... Dejarlas afuera en una caja... Y podemos ir ordenando estos hilos como madejas... cada uno en su color... Correcto...

Y una vez que hacemos esto señora María... Podemos pedirle a nuestra mente inconsciente que nos guíe... Correcto... para bajar por nuestra escalera... a nuestro ritmo... una escalera de diez peldaños... ahora que nos sentimos más liviana... podemos ir bajando... Correcto... podemos ir bajando... Podemos ir bajando y podemos partir... Y cuando llegue abajo... tal vez, uno de los dedos nos puede indicar... que ha llegado abajo al lugar...

Correcto, correcto... más indicado para usted en este momento... Correcto... correcto...

Entonces puede elegir algún lugar en la naturaleza... estar ahí... Correcto... se puede sentar... correcto... respirar... disfrutar del paisaje...

Sugerencias de lugares agradables se enfatiza la disociación.

En este estado señora María... que usted disfruta del paisaje... como usted bien sabe en su cuerpo circulan sustancias que la pueden ayudar a disminuir la molestia...

Metáforas para el control del dolor.

Y lo que vamos a hacer es imaginar una botella preciosa que tenemos en nuestra mano... Y la vamos a destapar... (fin de la primera parte del cassette)

Podemos ver que sale un pequeño humito de esta botella... podemos inspirar... tomar aire y sentir como ese humito que puede ser perfumado... nos ayuda a que... Correcto a que todas las molestias se vayan sanando... diluyendo... y este humito... tiene un color... que influye en todas nuestras molestias, pero como es de un color determinado... influye preferentemente en... las molestias que son de ese color... las busca... las toca... Correcto... las levanta... y cuando sale... por su nariz... por su boca... puede sentir que esa molestia se ha transformado... Correcto...

Y esa molestia puede ser transformada más todavía cuando los árboles capten esa molestia y la transformen en oxígeno... en aire puro, agradable... o puede... [alguien entra a la sala, pero la paciente no parece percatarse] o puede evaporarse en el mar... Correcto...

Podemos tapar nuestra botella... Correcto... mirar el paisaje y volverla a destapar y ver como sale un humo de otro color y otra fragancia tal vez... lo inspiramos y este se dirige a otra molestia que puede ser física o una emoción, cualquier tipo de molestia... Correcto...

Metáfora orientada a disminuir el dolor y emociones egodistónicas.

Y la vamos a llevar a ese lugar sin que tengamos que esforzarnos en identificar con claridad estos lugares... porque como sabemos el aire elige sus caminos y puede entrar en lugares que son difíciles de llegar... Puede llegar... Correcto...

Hacer su trabajo... dejar cosas buenas... tranquilidad para ese lugar...

Correcto y traer cosas que no son tan buenas y no importa en el lugar que esté... no importa que esté en nuestro cuerpo en lo más escondido de nuestro cuerpo o en nuestras emociones... o en nuestros pensamientos... y este humo lo traemos y cuando lo botemos por nuestra boca... de manera lenta... Correcto [la paciente profundiza su respiración]...

Vamos dejando fuera en este lugar agradable en el que estamos... alguna de nuestras molestias... podemos botar... podemos soplar... Correcto... sentimos que este humito nos envuelve completamente... y cuando botamos este aire lo captan las plantas... lo capta el mar...

Y como sabemos que la naturaleza es tan sabia... las cosas que pueden parecer malas para nosotros ella la vuelva a utilizar... y las devuelve transformada en cosas buenas... la naturaleza va a respirar esto y lo va a

devolver como aire puro... en la brisa de los árboles... como vapor de agua que son las nubes... Correcto... Y podemos respirar oxígeno... ver las nubes...

Y podemos disfrutar de este ejercicio de purificación que estamos haciendo... podemos mirar el paisaje... disfrutar de estos recursos que tenemos... que son tan nuestros... y que no cambian nunca... y que los podemos reconocer sobre todo en los momentos difíciles... podemos ver la belleza que tienen a pesar de lo difícil que pueda ser un momento...

Ahora por tercera vez... o por otra vez más, podemos tomar esta botella en nuestras manos... sentirla mirarla... [la paciente ahueca sus manos como si tuviera un objeto en sus ellas] y no sabemos como es, pero lo importante es que sucede... que al destaparla pude salir un humo de otro color... Correcto, correcto... Y puede respirar este aire... este humo de este color... correcto y su perfume... Correcto, correcto...

Y como lo hicimos antes... pero el puede llegar con más facilidad de a todos los rincones de nuestro corazón, de nuestra mente, de nuestro estómago... y nos cubre completamente una sensación de tranquilidad... correcto... y este humo se coloca... saca las cosas que no nos sirve y se coloca de ese color... se lleva las cosas trasformadas...

Y una parte de él se va quedando... y ese como pintar las paredes de un color que nos da tranquilidad... es como un protector de molestia... es un película muy delgada que puede... a veces no ser muy clara, pero nos protege... de manera que nos cuida de posibles molestias... y nos sintoniza con lo mejor de nosotros y nos sintoniza amorosamente... de manera que cuando botamos el aire en estos momentos... Correcto...

Al respirar vamos botando incomodidad, cansancio que puede ser físico o mental... Correcto... podemos saber que para cada molestia existe un color y su aroma... y nuestra mente sabia lo sabe mejor que nosotros... (silencio)

Y sabiendo que hemos hecho este trabajo que podemos hacerlo cuantas veces queramos, podemos disfrutar del paisaje darnos cuenta de lo increíble que es la naturaleza... podemos transformar las cosas... y lo único que podemos hacer para que esto suceda es darle un poco de tiempo...

Por eso no es bueno ser impaciente con los tiempos de la naturaleza porque dentro de sus ritmos hay una sabiduría... es mejor descansar en el paisaje... tener con nosotros... esa botella... Correcto la podemos mirar... Correcto... la podemos tocar... y saber que es nuestra... es totalmente nuestra...

Sugerencias dirigida a ayudar a la paciente en la impaciencia que siente por estar sana.

Y que nuestro cuerpo, nuestro organismo... está acostumbrado y entiende lo que nuestra mente sabia dice...

Porque nuestro cuerpo que pertenece al madre naturaleza tiene en sí todas las sustancias necesarias... para que nosotros podamos sentirnos cómodos... Correcto... Y así como hay sustancias que son para el dolor... hay sustancias que son para nuestros malestares... nuestras

náuseas...

Porque si bien todo los días podemos pensar que esas cosas son tan fuertes... pero cuando nos relacionamos y hacemos el ejercicio... con este poder de estas sustancias que están en esta botella vemos que se van disminuyendo...

Porque no es necesario incomodarnos con eso... porque las cosas cambian y lentamente podemos ir aprendiendo... nos podemos sorprender...

No hay porque temer ni angustiarse si estás en un lugar hermoso... respirando oxígeno... con un aire tan puro como ese... Todas las sensaciones se diluyen... y sólo con respirar con mirar... y volver a respirar...

Sin necesidad de incomodarse podemos sentir una seguridad... te puedes apoyar en uno de los árboles colocar tu espalda... Correcto y sentir como ese tronco te da un respaldo un apoyo... porque los árboles han vivido muchos más años que nosotros...

No se pueden mover... se mueven sus hojas sus ramas... Pero a pesar que no se mueve guardan una sabiduría tan grande... Puedes sentirte respaldada por este árbol... sintiendo ese respaldo tan grande, todas las molestias se pueden diluir...

Porque cuando uno se siente tan respaldado como este respaldo que viene de la tierra... que ha estado por muchos años y que seguramente va a seguir estando... podemos enfrentar nuestro miedo de mejor manera...

Sugestiones orientadas a brindar seguridad a la paciente; además se construye una metáfora orientada a los sentimientos de inutilidad y falta de autoestima, se pretende ayudarla a valorar otros aspectos, no sólo el hacer.

Ir inspirando para tener contacto con él porque es oxígeno que él ha fabricado... Por eso no es bueno preocuparnos... Afirmarnos en este árbol... descansar, escuchar los mensajes que él puede decir... (silencio) [la paciente se mantiene en trance, sin moverse y transpirando].

Y una vez que has recibido los mensajes... puede saber que puede volver a este lugar cuantas veces quiera... a sentarse en su árbol... y una vez que lo haya hecho... puede regresar... sin apurarse a su ritmo... Puede tomar un camino luego la escalera... va lentamente sintiéndose descansada porque con estas cosas uno descansa mucho... (silencio) [la paciente se reincorpora]

Sugerencias para reincorporarse sintiendo sensaciones de bienestar.

P: Tenía sueño, pero quedé con más sueño...

La paciente siente más sueño.

T: Quedó con más sueño.

P: Eso es lo que me pasa ¿no sé si se dio cuenta usted?... igual cuando estoy acostá en mi casa estoy así y después salto...

T: Sí.

P: Pero donde estoy cansá después me relajo... incluso en la noche doy saltos mi marido me dice: Mary ¿Qué te pasa?. ¿Debido a qué es eso?

T: A lo mejor no descansa bien o puede que su cuerpo esté trabajando en otro nivel...

P: O yo no estoy donde debiera estar.

T: Puede ser... ¿Cómo estuvo el ejercicio, ahora? ¿Se pudo relajar?

P: Por momentos sí... por momentos estaba tensa...

T: ¿Se sentía tensa?

P: Si, pero ya a veces me sentía bien relajadita.. bien...

T: Ya... Y... ¿pudo imaginarse algunas cosas?

P: Sí.

T: Sí...

P: Una botella... una botella que tengo en mi casa una botella que está forrá por dentro...

La paciente se imaginó una botella de su casa.

T: Ya...

P: De distintos colores... y esa botella que tengo en mi casa yo... esa la tomé en mis manos...

T: Ya.

P: Y sabe que lo estaba escuchando yo... lo respiré lo sentí... Sentí el árbol... y yo no sé será... A mí siempre me gustado apoyarme... en las murallas... siempre me ha gustado apoyarme en algo. Yo poniéndome la espalda en algo me siento segura... No sé en qué irá... eso en mí en qué ira... Pero yo siempre... si estoy en mi casa busco una muralla y me apoyo... o yo estoy en la calle... o así... y hay un poste de la luz, voy y me apoyo... Siempre así me pasa...

La paciente se siente segura con la imagen de apoyar su espalda en un árbol.

T: ¿Le gustó apoyarse en el arbolito?

P: Sí.

T: Cuando pueda apóyese en un arbolito.

P: Como le digo yo siempre en mi casa cuando puedo me apoyo en una muralla o donde esté así conversando, siempre me ha gustado apoyarme en algo, me siento segura...

T: Claro.

P: Porque lo que tengo atrás mío me está apoyando... me está...

T: ¿Protegiendo?

P: Protegiendo, me siento segura.

T: Claro.

P: Eso que salto... a veces mi marido o mis niños chicos me dicen ¿qué te pasó?

T: Claro.

P: ¿Será donde estoy muy nerviosa o estoy muy cansada? Pero eso me pasa...

T: Se relajó bastante bien, no se quedó dormida...

P: Yo pensé que me quedé dormía.

T: Pero si se queda dormida no importa.

P: Pero todo ese peso que andaba trayendo, ya no está en mí.

La paciente siente su cuerpo más liviano después del ejercicio.

T: No se siente con peso.

P: No, no me siento con peso.

T: No siente peso en la espalda.

P: No, no... nada, nada. Como que se me descargó algo. Cuando llego a mi casa llego a mi casa feliz... que esto que esto otro. Mi marido me dice ¿cómo te fue...? gordita, viejita –como me diga- . Bien y le comento, le comento. Y a veces él llega y quiero comentarle todo lo que me ha pasado durante el día... –y me dice- Mary espera voy a lavarme las manos, o Mary, espera me voy a tomar un vaso de agua. Y él me escucha... pero como él no está ahí donde estoy yo, me enojo.

T: Ya.

P: Le digo no me tomaí en cuenta lo que te quiero contar yo –Mary si yo te escucho, déjame primero sentarme, déjame tomar primero un vaso de agua, cuando me siente te escucho -. O a veces lo tomo del brazo, nos vamos a sentar en la cama y conversamos... y él me dice: espérate un ratito.

T: Claro.

P: Por ejemplo... después llego y me dice: ¿cómo te fue viejita?. Me fue bien viejito... esto y esto otro... y conversando también.

T: Claro porque a veces uno se cansa también por preocupaciones que uno no se da cuenta,...

P: Yo en mi casa duermo. Una vecina que también está enferma, se pegó en la cabeza, ella vive dos departamentos más allá, y ella me decía ya estay durmiendo... Ella me conversa igual le contesto... ella me dice ya no te vay a dormir... Hay discúlpame, lo único que quiero es dormir no más. Cuando estoy en mi casa, yo le digo a mis niños... yo cierro mis ojos y veo una parte tan linda... una parte que estoy yo... a veces veo un parque, veo una playa... (Fin del cassette).

La paciente ha realizado autohipnosis y le agrada.

Yo me he sentido bien... porque tan mal que me vio la doctora ahí al lado...

T: Angélica.

P: Claro, tan mal que me vio ella. Ella me dijo ya... yo te voy a esperar al frente y todo. Después me extravié con mi marido... uh... todo. Ese día parece que llegué tiritando a acostarme, ni hablaba. Y así... Mi marido me decía que me teniai preocupao... Pero nos equivocamos.

La paciente se refiere a la primera sesión.

T: Claro.

P: Yo lo único que quería que él estuviera al lado mío... y estaba nerviosa.

T: Claro, él estaba preocupado acá, estaba muy preocupado. Que bueno que por lo menos no tenga crisis de dolor.

P: No, ya no, no. Cuando me venían los dolores... yo decía... a no que no me vengan por favor. Las piernas y caminaba... y antes que me vinieran los dolores... yo sentía algo... Y decía hay Dios mío, no. Y que los niños se quedaran callados, porque para mí era mejor que se quedaran callados. Me ponía nerviosa a mí y les ponía nerviosa a ellos.

T: Claro. Así que ahora está mejor.

P: Claro. Ahora lo controlo solita, cuando veo que va a venir me voy a la pieza me siento, me relajo... me acuesto... y me relajo y al final no viene.

La paciente controla las crisis realizando autohipnosis al comienzo del dolor.

T: Lo mismo trate de relajarse para las náuseas ahí vamos a ir viendo... como puede ir saliendo.

P: Ya.

T: Ya. Entonces nos juntamos... ¿qué día le queda bien venir?

Se acuerda la próxima sesión.

P: Cualquier día.

T: Pero hoy tuvo que esperar un rato hacer hora...

P: Es que a mí se me olvidó que tenía control hoy día.

T: Claro. Estamos a Lunes 16. El otro Lunes no tiene Policlínico del Dolor...

P: No.

T: El Viernes podríamos juntarnos.

P: Ya.

T: ¿Le queda bien el Viernes?

P: A ver el Viernes...

T: Es veinte. Piénselo con calma, sino lo cambiamos.

P: ¿El día Jueves?

T: Sí, a mí me queda bien el día Jueves.

P: Ya.

T: Sí era para que no viniera tan seguido, además usted me había dicho que el Jueves, no.

P: No por el Jueves que pasó no más.

T: Entonces lo dejamos el Jueves. El Jueves a las dos acá.

P: Así aprovecho de traer a mi marido. Mi marido no trabaja el Jueves...

T: Ya. Mejor, puede venir con él. Y aprovecha de pasear que le gusté tanto la naturaleza. Siéntese en un arbolito... haga esas cosas le va hacer bien para todo.

P: Claro que sí.

T: Un gusto verla y me alegro que esté mejor...

La terapeuta se despide de la paciente.

P: Cuando llego a la casa me saco la ropa y me pongo cómoda.

T: Y ahora.. ¿está muy cansada?

P: No, no tanto, más relajá me gusta como llego.

T: No tan cansá como llegó.

P: No, para nada. ¿Usted va a salir para afuera?

T: Sí, déjeme apagar esto. (Fin de la sesión).

SESIÓN 4.
PACIENTE: 3.
FECHA: 30 de Abril de 2001.
LUGAR: Policlínico de Ginecología.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente lucía cansada, realiza pocas actividades, se ha sentido sin ánimo, con náuseas; aunque menos que la sesión pasada y con poco dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión, no presenta alteraciones psicopatológicas importantes de la percepción, pensamiento, orientación, ni del yo. En cuanto a su estado emocional, cursa por un estado depresivo con sentimientos de tristeza y desesperanza.

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de hipnosis, las encuentra efectivas para controlar el dolor y su estado emocional. Si bien obtiene buenos resultados con la practica de la autohipnosis; practica menos que en oportunidades anteriores, dos veces por semana aproximadamente. Durante la sesión no se indujo trance, sólo se motivó a la paciente para que continúe con la práctica. Las sesiones futuras se realizarán cuando la afectada lo estime conveniente, debido a su notable desempeño.

RED DE APOYO: muy buena.

RESUMEN:

La paciente asiste a un control médico, antes de ingresar se realiza una breve entrevista. En la sesión la enferma lucía débil, cansada, preocupada por no haber asistido a las sesiones anteriores, triste y desanimada. En la sesión se observa con más claridad una sintomatología depresiva presente desde hace varias semanas.

La señora ha tenido poco dolor y menos náuseas, lo último se debe posiblemente a la reducción de morfina. La disminución del medicamento lo ha hecho sin supervisión médica, encuentra que el fármaco influye en las náuseas (efecto no deseado del fármaco). Ante esto se recomendó comunicar el cambio a su médico para que el profesional cuente con toda la información pertinente.

Durante una semana el dolor se mantuvo controlado totalmente, pero luego se presentaron nuevamente, el más intenso llegó a EVA 8 en una ocasión y cedió con una inyección de dipirona. El dolor promedio en el último tiempo llegó a EVA 4-5 y el cual disminuye cuando toma los medicamentos.

Es importante destacar que desde el comienzo del tratamiento la paciente no ha debido recurrir a centros asistenciales para disminuir los dolores intensos y puede pasar días sin dolor. Por esto la paciente piensa que su estado anímico influye en la sensación dolorosa.

Próximamente comenzará con el tratamiento de quimioterapia y radioterapia, la paciente ha sido informada por su médico sobre el tratamiento y no tiene dudas al respecto. Sin embargo, manifiesta cierta intranquilidad gatillada por tener una fecha precisa. Este

acontecimiento la angustia porque considera que el tratamiento es la única alternativa para continuar viviendo, el fracaso la enfrenta nuevamente con la posibilidad de una muerte cercana y esto la conecta con sentimientos de tristeza, desesperanza y temor, todo lo cual influye en su sensación dolorosa.

La paciente continúa realizando autohipnosis, pero no es tan constante como en semanas anteriores, practica sólo dos veces por semana, no obstante esto le ayuda a disminuir el dolor y le da tranquilidad, según ella.

Durante la sesión se pide a la paciente firmar una autorización para efectuar el procedimiento, desde el primer día se contó con su consentimiento, pero éste era sólo verbal ahora firma uno escrito, ella no manifestó dudas al respecto.

Debido a que la paciente sabe autohipnosis, está con un ánimo depresivo y tiene dificultades para salir de su casa; se optó porque las reuniones fueran más esporádicas y siempre que la paciente las necesitara.

Sin embargo, la señora quiere continuar con el tratamiento porque lo encuentra efectivo, tanto así, que le gustaría que su experiencia pudiera ser de utilidad para otras personas.

T: Ya, la señora María. Estamos a 31 de Abril.

P: No hoy es 30.

T: Ya. A ver, dolor ¿cuál es el dolor más fuerte que ha tenido entre cero a diez?	Se evalúa la intensidad del dolor en los últimos días.
P: Entre cuatro y cinco.	Los dolores más intensos en los últimos días ha sido EVA 4 a 5, pero como se verá más adelante la paciente ha tenido un dolor EVA 8 que no menciona en este momento. Al parecer contesta por el dolor más común.

T: Entre cuatro y cinco.

P: Sí.

T: ¿Cuántas veces?	Se evalúa la frecuencia del dolor.
P: La tuve el Sábado y ayer ¿qué fue? Hoy es Lunes. El viernes en la noche me pincharon, tenía un dolor fuerte.	Se investiga si la paciente ha tenido un dolor más intenso que no ha reportado.

T: ¿Más de cinco?

P: Sí.

T: De cero a diez ¿cuánto?

P: Ocho.	La paciente tuvo el dolor más intenso EVA 8.
T: Ocho. ¿Qué le pusieron?	A la paciente le inyectaron

	dipirona para aliviar el dolor.
P: Dipirona, doble.	
T: Ya una Dipirona. O sea desde que nos hemos visto ¿la han pinchado sólo una vez?	Se consulta para saber cuántas veces la paciente ha tenido que recurrir a un centro asistencial para ser aliviada por su dolor.
P: Sólo una vez y anoche que estaba inquieta me pincharon otra vez para dormir tranquila...	
T: ¿Qué dolor tenía anoche?	Se consulta la intensidad del dolor que refiere la paciente.
P: Era poquito, pero para dormir tranquila me pincharon.	La paciente dice haber tenido un dolor leve, pero prefirió inyectarse, con la ayuda de una vecina.
T: Ya. De cero a diez ¿cuánto más ó menos?	Se consulta la EVA del dolor.
P: Yo diría que cuatro.	La paciente tuvo un dolor EVA 4.
T: Ya.	
P: Era más la sensación.	
T: Entonces ¿pasa sin dolor? O este dolor cuatro cinco es constante. O pasa sin dolor y a veces le da?	Se quiere saber la intensidad del dolor.
P: No ese dolor está siempre. Pero cuando me tomo los remedios no me duele, como que me relajo. Pero como últimamente estoy como le dijera... muy eh.... como pudiera decirle... muy sensible... como que me agarra más fuerte [la paciente se emociona al decirlo].	
T: Está más sensible... ¿Está más triste?	
P: Más triste. No quiero estar sola en la casa.	La paciente no quiere estar sola y siente mucha tristeza.
T: No quiere estar sola, no quiere moverse tampoco (Comentario hecho por la paciente antes de comenzar la grabación)	La paciente no quiere salir.
P: Yo le digo a mi marido, no vay a trabajar, no me dejís solita...	
T: Ahora tiene a estos peques en la casa.	La paciente va con sus hijos menores al control y ellos están en la consulta.
P: Sábado , Domingo y mañana, no tienen clases.	
T: y ¿quién es el mayor? [uno de los hijos levanta la mano] bonitos los peques.	
P: Porfiados son.	
T: ¿Son porfiados?. Ya entonces tiene un dolor cuatro a cinco que le da a veces, también puede pasar sin dolor.	
P: Sí.	

T: Y ¿cuánto tiempo se mantiene sin dolor?

P: He tenido casi una semana que no he tenido dolor.

La paciente se ha mantenido por casi una semana sin dolor.

T: Casi una semana que no ha tenido dolor.

P: Es a veces no más, cuando me da esa nostalgia... o me pongo no sé. Hoy mismo amanecía bien, pero cuando ando en micro me duele.

La paciente relaciona el dolor con su estado emocional.

T: ¿Cuándo está triste le duele o no?

P: Sí.

T: Y ¿ha hecho los ejercicios?

Se consulta para saber si la paciente ha practicado autohipnosis.

P: Sí, pu.

T: Y ¿le ha funcionado?

P: Sí, me funciona.

La paciente considera efectiva al autohipnosis.

T: ¿Cada cuánto lo está haciendo?

P: En la semana, lo hice dos veces no más.

La paciente ha practicado dos veces por semana, menos que en semanas anteriores.

T: Dos veces.

P: Sí.

T: Encuentra que le funcionan, ¿le gusta?

P: Sí me gusta.

T: Ya.

P: Porque me relajo harto.

Encuentra que la autohipnosis la ayuda a relajarse.

T: Y ahora que está triste tiene que tratar de hacerlo porque eso le va a ayudar.

P: Ya.

T: Dígale al doctor también de eso.

Se le dice a la paciente que cuente estos síntomas al médico porque presenta un ánimo depresivo, puede necesitar antidepresivos.

P: Ya.

T: ¿Ha tenido vómitos?

P: Náuseas, sí. Todo lo que como lo vomito.

T: Ya. ¿menos que antes? Porque la última vez que nos vimos tenía hartas náuseas.

Se evalúa si han disminuido las náuseas.

P: Sí, menos, menos.

La paciente ha tenido menos náuseas.

T: Menos náuseas.

P: Y trato de no tomar la morfina, de esquivarla. Porque la morfina me hace mal.

La paciente trata de no tomar morfina, toma menos cantidad de lo indicado.

T: Ya.

P: Prefiero aguantarme un dolorcito y después si es necesario pincharme, porque la morfina me hace mal.

La paciente no quiere tomar morfina, encuentra que le hace mal.

T: Y ha tenido dolor cinco.

Con menos cantidad de morfina la paciente ha tenido dolor EVA 5.

P: Claro.

T: Entonces tiene que hacer harto el ejercicio ¿cuánto está tomando de morfina?

Se recomienda que la paciente realice el ejercicio con más frecuencia para disminuir el dolor.

P: Veinte gotas.

T: Y ¿se las está tomando?

P: Sí.

La paciente dice estarse tomando las gotas, pero no en los horarios recomendados.

T: ¿Pero no en los horarios?

P: No, antes tomaba cada cuatro horas ahora toma cada ocho.

La paciente está tomando morfina cada ocho horas.

T: Ya. Igual dígale al doctor del cambio, ¿ya?. Dígale que no se las toma porque encuentra que le hacen mal, lo de las náuseas, todo tiene que decírselo.

Se recomienda a la paciente que informe al médico que ha disminuido las dosis de morfina.

P: Ya. Lo único que para el veintinueve tengo hora para las quimio... la terapia no sé la radioterapia...

La paciente informa que comenzará el tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

T: ¿La radioterapia? Si falta poquito ya. Menos que antes.

P: Sí.

T: Entonces todo eso le dice al doctor.

P: Ya.

T: Entonces vea al doctor.
¿Usted tiene interés que nos sigamos juntando?

La paciente no ha asistido a las últimas dos sesiones, por eso se consulta su interés por continuar el tratamiento.

P: Sí.

T: Entonces yo la voy a llamar y ahí nos colocamos de acuerdo.

P: Sí.

T: Sí no puede venir ahí vemos porque en realidad esto es voluntario, si usted quiere. O si no puede... porque yo entiendo también que a veces en el estado de usted, no dan ganas de salir... no se preocupe por eso, otras

señoras con su enfermedad también le pasa, no se preocupe por eso.

¿Se acuerda de que las autorizaciones por escrito que le había dicho?.

Se le pide que firme la autorización que se le comentó al principio.

P: Ya, sí.

T: Entonces yo le voy a leer esto y si usted está de acuerdo me podría firmar este papelito para que me crean, es lo mismo que le expliqué cuando empezamos... que le pregunté a usted, que no la obligué a hacer esto...

P: Ah ya.

La paciente no entiende por qué tiene que firmar si ella ya dio su autorización verbalmente.

T: Que le pregunté... que no la hice lesa y que le conté otra historia.

P: Ya.

T: Se lo voy a leer o si quiere léalo, usted.

Se lee la autorización por petición de la paciente, si ella está de acuerdo con los escrito firmará el documento.

P: No, no léalo usted no más.

T: Se procede a leer el consentimiento (ver anexos). Se lee el párrafo hasta la parte que es beneficioso realizarlo en Chile. Se hace una pausa y se le pregunta a la paciente si entiende lo que se lee:

¿Sí? Si no entiende algo me pregunta.

P: Sí.

La paciente dice entender lo que se lee.

T: Se continua leyendo. En algunas ocasiones la paciente interrumpe y dice claro o sí. Se vuelve a consultar: ¿Está de acuerdo hasta le minuto?

P: Sí.

T: "El único riesgo que puede experimentar el paciente es no poder relajarse lo suficiente y con esto no poder lograr un estado que pueda aliviar sus dolores o no poder poner en práctica lo aprendido, pero esto de ninguna manera puede dañar la salud de la paciente".

La paciente no está de acuerdo con el párrafo leído porque considera que ella puede relajarse y aliviar sus molestias.

P: Pero a mí me resulta, sí.

T: A usted le resulta.

No, esto es lo peor que podría pasar... a alguien no le resultara.

P: Ah.

T: A usted le resulta. ¡Que bueno!. Lo hacemos para que le resulte.

P: Sí, pu.

T: Se continúa leyendo. Usted en menos de seis sesiones lo está haciendo ya. Se refiere al párrafo de la necesidad de contar con seis sesiones para que la persona aprenda a controlar el dolor.

La paciente encuentra que ella lo aprendió antes.

P: Sí.

T: Continúa leyendo. [el hijo de paciente se quiere ir] Falta un pinchintún para que te vayas. ¿Sí?

P: Sí.

T: ¿Está de acuerdo con esto?

Se consulta para saber si la paciente está de acuerdo con lo leído.

P: Sí.

T: Entonces aquí está el papelito... donde dice... yo coloque su nombre... aquí va el carnet de identidad... (se lee todo le documento) ¿Está de acuerdo?

P: Sí. ¿Por qué no puede ser publicado el nombre ni nada?

La paciente consulta por qué no puede ser publicado el nombre de la paciente.

T: Se puede, pero en el Hospital tiene reglas y una de las reglas es que la identidad se mantenga en reserva, a no ser que usted me diera una autorización por escrito que me diga que sí puedo dar el nombre de la persona. Para que... por ejemplo: yo digo a la señora Lucía no sé cuánto le funcionó o no esto, después sabe que su nombre aparece y venga a reclamar al hospital ¿me entiende?

P: Ya.

T: ¿Me entiende? lo que quieren es protegerse que nadie reclame. ¿Me entiende?

P: Sí.

T: Entonces aquí tiene que poner su nombre y su firma. Se anotan los datos de la paciente. La paciente comenta que ella no tendría problemas para revelar su identidad si esto puede ser de utilidad para otras personas. Le gustaría que su experiencia pudiera ayudar a otros. (Fin de la grabación y de la sesión).

A la paciente le gustaría que su experiencia sea de utilidad para otra personas y no tiene problemas para revelar su identidad y si fuera necesario.

SESIÓN 5.

PACIENTE: 3.

FECHA: 28 Mayo de 2001.

LUGAR: Policlínico de Ginecología Hospital San Juan de Dios.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se ve fatigada, ha tenido poco dolor, náuseas y vómitos, puede comer con dificultad y realizar algunas actividades en su hogar; tiene dificultades para dormir producto de preocupaciones relacionadas con el tratamiento.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia, pensamiento, orientación, afectividad, psicomotricidad ni del yo. En cuanto a su estado afectivo, se observa tristeza, impaciencia, ánimo depresivo; no obstante, durante la sesión se mostró cordial y cooperadora.

HIPNOSIS: la paciente continúa practicando autohipnosis, la encuentra efectiva para controlar el dolor y para mejorar su estado de ánimo.

RED DE APOYO: muy buena.

RESUMEN.

La reunión se realiza en el Policlínico de Ginecología, después de un control médico. La paciente se ve fatigada, cooperadora, agradada con el encuentro y tranquila; pero pierde la calma cuando se refiere al comienzo de su tratamiento médico.

Al ser consultada sobre su estado general, dice sentirse bien, pero mal de ánimo (triste). Ha tenido poco dolor, sus náuseas han disminuido, no ha tenido vómitos, puede comer con dificultad y realizar algunas actividades en su hogar; sólo tiene dificultades para dormir producto de preocupaciones relacionadas con el tratamiento.

En cuanto al dolor, durante mucho tiempo ha estado sin dolor, sólo ha tenido un episodio intenso (EVA 8-9) el cual fue de larga duración por lo que debió recurrir a un centro médico. El resto del tiempo se ha mantenido con un dolor promedio EVA 4 que en ocasiones puede disminuir. Para controlar el dolor continúa tomando morfina (cada 4 hrs) y dipirona. La paciente relaciona el aumento del dolor con el comienzo del tratamiento.

La paciente próximamente iniciará la quimioterapia y radioterapia. Si bien la paciente tienen muchos deseos de comenzar el tratamiento lo antes posible, este hecho también aumentó la angustia y el temor a lo desconocido.

El médico le ha explicado muy bien en qué consiste el procedimiento, no obstante, por ser una experiencia nueva siente temor. Para favorecer su tranquilidad se recomendó que consultara los detalles al personal médico y que continuara practicando autohipnosis.

Otro recurso que ha utilizado es escuchar música suave, la señora informa entusiasmada del descubrimiento, pues quiere que su experiencia pueda ayudar a otras personas que pasen por una situación similar.

T: La señora María en esta última semana. ¿Cuánto dolor ha tenido, el máximo?	Se evalúa el dolor más intenso durante la última semana.
P: Fue el Domingo el último dolor que me dio que me llevaron al hospital.	La paciente tuvo un dolor intenso debió ir al hospital.
T: Ya.	
P: Tiene que haber sido entre ocho y nueve.	
T: Ocho, nueve.	
P: Lo que me pasó fue que me bañé y quede un rato así y me rocé con la toalla... parece que me pasé de frió.	
Después el doctor me dijo que me había dado un enfriamiento vaginal.	
T: Ah.	
P: Y como que se me inflamó eso ahí.	
T: Y le dolió.	
P: Y me dio hemorragia. Estuve Domingo y Lunes con hemorragia.	
T: Ya.	
P: Pero más allá nada más.	
T: Entonces ha sido sólo una crisis de dolor. Y la semana anterior ¿tuvo crisis?. Porque nosotros no nos vemos hace tiempo ya.	Se consulta para saber si la paciente ha tenido crisis de dolor en el último tiempo.
P: Claro, se acuerda que usted me llamó, esos días estaba yo bajoneá.	La paciente se refiere a reportes telefónicos. Según estos, la paciente ha estado sin dolor y con ánimo depresivo.
T: Pero sin crisis de dolor.	
P: Sin crisis de dolor. Tenía sí, pero era manejable. Pero ese día fue por haberme bañado y no me abrigué al tiro.	
T: Ya. Entonces el dolor que usted se mantiene normalmente ¿cuánto es?	
P: Entre cuatro.	
T: Entre cuatro más ó menos.	
P: Sí.	
T: Y esa crisis de dolor cuánto tiempo le duró.	Se consulta por la duración de las crisis de dolor.
P: Me dura casi todo el día.	La paciente refiere que la

	crisis de dolor dura casi todo el día.
T: Casi todo el día.	
P: Porque en la parte de mi mamá queda lejos para ir al médico.	La paciente no recurrió a asistencia médica por encontrarse en un lugar alejado.
T: Claro.	
P: Hay que llamar a la ambulancia y todo eso. Yo me aguanté, me aguanté hasta que después no aguanté más.	
T: Sí. Y el ejercicio que usted hace...	Se consulta por la autohipnosis para saber si la paciente ha practicado.
P: ¿El que hacíamos acá?.	
T: Sí.	
P: Me concentro, me siento, me apoyo la espalda en la muralla...	
T: Ya.	
P: Y hay me relajo, me relajo.	La paciente se siente relajada con la autohipnosis.
T: Ya.	
P: O a veces voy y me acuesto. Sabe lo que también me ha servido harto es la música.	La paciente también se ha sentido relajada al escuchar música.
T: La música le sirve.	
P: Sí, sabe que un día también que me sentía mal, me sentía con dolores. El Miércoles parece que fue... al fin me acosté y puse radio. Sabe que la música me relajó harto y sabe que cuando me siento mal, me siento depresiva así, sabe que pongo la radio, así me pongo a escuchar música.	
T: Ya.	
P: Pero no música de esas cumbias. No, música de... esa música de melodías esas cosas que no sean bulliciosas. Pongo la música del Nuevo Mundo esa música antigua, esa me gusta con esa me relajo.	
T: ¡Que bueno!	
P: Así que si algún día viene gente enferma como yo, para que usted le diga.	La paciente quiere que su experiencia pueda ayudar a otras personas.
T: Sí. Es bueno saberlo por eso le pregunto.	
P: Sabe que me hizo rebién la música.	
T: La música le ha hecho bien ¿que bueno!	
P: El Miércoles que pasó me sentía mal, no con dolores, me sentía mal...	La paciente se refiere a su tristeza.

T: ¿Triste?

P: Claro, me sentía triste me ponía a llorar iba pa' allá hasta que me senté miré el radio así y prendí el radio y hay puse la nuevo mundo... Y ahí pura música antigua...

T: Claro.

P: He escuchado tangos en la tarde en la radio Portales. Mire hasta donde he llegado [se ríe]. Mis hijos se ríen me dicen la vejestorio, ya está la vejestorio. Y sabe que me ha hecho rebién la música.

La paciente se ha sentido aliviada escuchando música.

T: La música le ha hecho bien que bueno.

P: Incluso la tele, a mí no me gusta ver tele. Nunca me ha gustado ver tele, no soy de esas personas que se siente y que...

T: Que bueno que haya descubierto la música.

P: Sí, incluso en la noche cuando he estado mal en la noche que he dormido poco donde he estado inquieta por esta fecha... no sé cuando irá a llegar el día... o en la mañana a veces despierto... pongo música ahí me relajo. Me relajo harto.

La paciente se siente intranquila porque se aproxima la fecha de su tratamiento.

T: Sí. ¿Qué está tomando de medicamentos?

P: La morfina y la dipirona.

T: ¿Cada cuánto toma la morfina?

P: Cada cuarto horas.

T: ¿Cuántas gotas?

P: Veinte.

T: ¿No ha tenido vómitos?

P: No.

T: Ya. Y la Dipirona. Y con eso bien. ¿Es lo mismo que tomaba antes, cuando tenía crisis de dolor? O no.

La paciente consume menos remedios que al inicio del tratamiento.

P: No, uf... antes tomaba más remedios.

T: Ah, tomaba más remedios, ahora toma menos remedios.

P: Menos remedios. Ahora me las arreglo con la morfina y la dipirona.

T: Antes tenía muchos más remedios. ¿Qué tomaba antes?

P: No me acuerdo, sí.

T: No importa.

P: Pero era un montón de remedios, puros calmantes.

T: Ya. Y su familia como la ha visto... ahora... Por ejemplo, esta semana mi hija ha estado mal donde me

ven a mí que estado así, se pone mal.

T: Es normal.

P: Me ha apoyado harto sí. Me dicen que voy a salir adelante porque yo soy valiente.

T: Y con esto que tenga menos dolor ¿se han dado cuenta ellos?

P: Sí, pu'. Se dan cuenta, incluso la semana pasada yo estuve todo la semana en cama... incluso ayer lavé, planché, hice aseo; incluso mi marido ayer me decía viejita estoy tan contento porque ayer estuviste bien, incluso estás coloradita, me decía...

T: ¿Está comiendo bien?

P: Sí, tengo harto apetito. Estoy comiendo bien... así que ahí estoy...

T: Que bueno ahora le toca esto (se refiere al tratamiento de quimioterapia y radioterapia que tiene que someterse la paciente).

P: Así que hay estoy luchando por vivir no más.

T: Que bueno. Sus ejercicios también los puede hacer en el tratamiento. Si alguna cosa la asusta, si se aburre, si le hacen algún procedimiento que le duela... no necesariamente es así... puede ser. Yo no sé como es, me coloco en todos los casos porque...

Se recomienda a la paciente que realice los ejercicios de autohipnosis durante el tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

P: Igual me va a servir.

T: Igual le va a servir. Es para que esté más relajada.

P: Más relajá porque igual uno se pone nerviosa porque es algo nuevo en uno. Son cosas que nunca le han pasado a uno.

T: Claro, porque a veces hasta para sacarse una radiografía uno se asusta.

P: Uno se asusta y son cosas nuevas que le están pasando a uno, por lo menos a mí.

T: Claro. El doctor le explicó un poco.

P: Claro.

T: Y cuando esté ahí le puede pedir a la enfermera que le explique un poquito antes.

P: Sí.

T: Y usted se puede acordar de una melodía, se puede acordar de sus ejercicios para que está más relajadita.

P: Más relajadita.

T: ¡Que bueno que esté sin dolor!. Y del ánimo ¿cómo ha estado?

P: Es variable... el día así me produce nostalgia. No me gustan los días nublados cuando hay sol me siento con

más ánimo; a pesar que a mí siempre de chica nunca me han gustado los días nublados.

T: Claro.

P: Como que me baja la presión, nunca me han gustado los días nublados.

T: Claro.

P: Más ahora.

T: Claro.

P: No me gusta, me gustan los días limpiecitos bonitos.

T: Claro ahora ya tenemos el tratamiento vamos a tratar de hacerlo mejor, y eso mismo va ayudar al tratamiento.

P: Claro, mi vecina me dice: Mary no sé de donde sacai tanta fuerza. A veces me dice: hola Mary como estay. Bien, y yo estoy pálida, amarilla, ojerosa.

T: ¿Y a veces no está bien?

P: No. Pero yo digo que estoy bien. Ella me dice como vay a estar bien, mira la cara que tení. Pero yo estoy bien, y se ríe. Me dice: Mary el ánimo que tení tú... ¿de dónde sacai tanta fuerza?. Y yo tengo que sacarla.

T: Por lo mismo le recomiendo que continúe haciendo los ejercicios para que el organismo se relaje y pueda aprovechar mejor el tratamiento, el cuerpo siempre va a tender a estar bien, sobre todo cuando se relaja.

P: Claro, es como preparar el cuerpo para recibir algo.

T: Claro y si uno está más relajada es mucho mejor.

P: Es mucho mejor. Es lo mismo cuando a uno la van a pincharla, si uno se pone tensa duele.

T: Claro.

P: En cambio si uno se relaja...

T: Claro y el beneficio que pueda tener porque la idea que esto la pueda ayudar lo más posible.

P: No, no, si yo sé que me va a salir todo bien.

T: ¡Que bueno!

P: Sí, yo le digo a mi marido no te vay a dar ni cuenta cuando esté bien de salud y todo... ya va a ser un año de todo.

Yo me doy cuenta de cuando empecé... ahora que debería estar peor, pienso yo. Porque la enfermedad va a avanzando, van avanzando los dolores, debería estar peor que antes... pero yo me encuentro que estoy mejor.

La paciente siente menos dolor que al principio, eso la sorprende porque piensa que a pesar del avance de la enfermedad ella se siente mejor.

T: Claro.

P: Y también ahora tengo más apetito para comer, antes mi marido me obligaba a comer.

T: ¿Le ha servido lo que hemos hecho?

P: Sí pu'. Al menos a mí.

T: Sí para usted. La respuesta tiene que ser de usted.

P: Sí, porque a veces no nos hemos visto, pero igual me acuerdo.

Incluso mi marido me pregunta, me dice trate de ubicar a esta niñita, me dice.

T: ja, ja.

P: ja, ja. Trata de ubicar a esta niñita para que conversí con ella. En denante cuando llegué, pregunté por usted y me dijeron que no había llegado... y él también se da cuenta que me hizo bien. Porque cuando estoy solita me relajo y en la noche a veces yo me siento en la cama y cierro los ojos y me concentro... y él me deja porque sabe que es algo bueno para uno.

T: Claro. Bueno ahí nos estamos viendo. Como usted dice no es tan necesario que nos juntemos, usted tiene mi teléfono cualquier cosa me llama. Yo igual la voy a llamar para saber cómo está.

Se le da la posibilidad de llamar a la terapeuta para otras sesiones si lo necesita.

P: Ya, pero igual la voy a llamar en la semana para contarle como me fue.

T: Sí.

P: Para que usted sepa como me fue.

T: ¡Que bueno! Así que un dolor cuatro o cinco...

P: Ahora no tengo ningún dolor.

T: Ya, entonces los dolores más fuertes son cuatro.

P: Claro. Cuatro o cinco, pero en este momento no tengo nada.

T: Ya. ¿Y del ánimo?

P: Estoy más ó menos. Más bien que mal.

T: Dígale todo al doctor.

P: El doctor también me dice no sé de dónde saca tanta fuerza... pide hora luego.

La paciente ingresará al control médico.

T: ¡Que bueno! Entonces trata de pedir la hora.

P: Sí, lo antes posible me dijo.

T: ¡Que bueno! (fin de la grabación y de la sesión).

SESIÓN 6.

PACIENTE: 3.

FECHA: 18 de Junio de 2001.

LUGAR: Sala común de Ginecología, Hospital San Juan de Dios.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente presentaba problemas de estreñimiento, no tenía dolor ni náuseas.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión, la paciente no presenta alteraciones psicopatológicas de la percepción, pensamiento, orientación. Presenta algunas alteraciones en su estado emocional, ansiedad y temor.

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de hipnosis, las encuentra efectivas para controlar el dolor y mejorar su estado emocional. Sin embargo, no ha podido practicar autohipnosis por un estado ansioso. Durante la sesión se indujo trance, la paciente se sintió cómoda, tranquila y pidió una cinta para facilitar la práctica de autohipnosis.

RED DE APOYO: muy buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 4.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 0.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10 y más): 2
b) Presenta dolor base (ocasional).

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: días.
b) Dolor base: puede pasar semanas sin dolor.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 0

TRATAMIENTOS: medicamentos para aliviar el dolor morfina 20 mg c/6 horas (catéter) y dipirona 1g c/ 6 hrs.

RESUMEN:

La paciente ha tenido mucho dolor durante la última semana. El dolor más intenso lo tuvo hace tres días, la intensidad llegó a EVA 10 y más. Para mitigarlo acudió a un centro asistencial donde fue atendida, pero el alivio sólo duró un par de horas. Por esto asistió al Policlínico del Dolor de Ginecología del Hospital San Juan de Dios, el dolor fue controlado y la paciente fue hospitalizada; el mismo día fue realizada la presente entrevista.

En ese momento la paciente no tenía dolor. Recibía los medicamentos mediante un catéter por el cual se le administra morfina cada 4 hrs. En cuanto a su estado emocional, estaba un tanto intranquila, cooperadora y agradada con la visita.

La paciente había estado sin dolor intenso durante dos semanas y con un dolor promedio EVA 4. Sin embargo, de un momento a otro se desencadenó una crisis. La paciente asocia el comienzo del dolor con preocupaciones relacionadas con el comienzo, costos y resultados del tratamiento de quimioterapia y radioterapia, anteriormente había manifestado temor y angustia por esta razón.

Los costos del tratamiento implican un gran esfuerzo familiar, incluso por momentos pensó que no podría realizarlo. Además, teme que los esfuerzos no den los resultados esperados, tiene ganas de vivir y las esperanzas están puestas en el tratamiento. El pronóstico de la paciente es malo y conocido por ella, pero a pesar de esto quiere recuperar su salud y confía en el tratamiento médico.

A la paciente le cuesta hablar de sus temores, en ocasiones parece no darse cuenta de ellos, pero cuando estos irrumpen reacciona intensamente, luego se siente culpable por no poder manejar su estado emocional.

Al estar hospitalizada se interesa por el estado de otras pacientes, especialmente por un caso similar, se siente identificada con una compañera de habitación que está con mucho dolor.

En los últimos días no ha practicado autohipnosis, porque siente que se desequilibró al saber que comenzaría el tratamiento. La última vez que practicó autohipnosis fue un día antes que se desencadenara la crisis. No poder practicar trance aumenta su angustia pues considera que el procedimiento es efectivo.

Ante esto, se le ofrece la posibilidad de inducir trance en la sesión; la paciente acepta gustosa, además solicita una cinta grabada para facilitar su práctica.

Durante la sesión se induce trance sin ninguna dificultad, mediante levitación de manos se realiza una inducción similar a las anteriores, con algunos nuevos elementos tales como: sugerencias para utilizar el ruido ambiental y metáforas construidas a partir de las palabras mencionadas por la paciente; todo con el fin de disminuir su intranquilidad, lo cual se consigue al finalizar el trance.

Es interesante destacar la asociación que realiza la paciente entre: su estado emocional, la imposibilidad de practicar autohipnosis, el desencadenamiento de las crisis de dolor y la disminución del dolor al recibir atención médica en un lugar de confianza para la paciente. Lo anterior es un claro ejemplo que muestra la necesidad del abordaje

interdisciplinario del dolor, pues se puede ver la relación entre elementos biológicos, psicológicos, sociales y económicos.

T: ¿Cómo ha estado el dolor la última semana?

P: Terrible, yo diría que más de diez. Más de diez.

A lo mejor no era tanto... pero eran nervios una cosa así... [la paciente mueve las manos simulando tiritones] como que me venían los nervios... me agarraba las manos... iba para allá... como que venían los nervios...

La paciente ha estado con mucho dolor y muy intranquila.

T: ¿Entonces dice usted que eran más los nervios que el dolor?

La paciente se sentía muy nerviosa y tenía mucho dolor.

P: Sí. Dolor tenía sí.

T: Ya. Y de dolor... ¿cuánto tenía de dolor?

Se evalúa el EVA del dolor.

P: Diez.

La paciente ha tenido dolores muy intensos.

T: Ya. ¿Cómo eran esos dolores?... ¿Estaban todo el día?

Se consulta para conocer cómo experimenta la paciente esos dolores.

P: Todo el día estaban ahí.

Los dolores podían durar todo el día.

T: ¿Todos los días y todo el día?

P: Todo el día y toda la noche. El Viernes me pinchaban y me duraba dos horas el calmante, nada más... sin poder dormir... y el Sábado y Domingo.

Los medicamentos sólo lograban aliviar el dolor por dos horas. Al parecer la paciente se ha mantenido durante tres días con dolor.

T: Viernes, Sábado y Domingo.

P: Tres días.

T: Tres días con dolor.

P: Hasta la mañana que llegué llorando acá... pidiendo auxilio al doctor.

El dolor sólo pudo ser controlado con la ayuda médica ofrecida en el hospital.

T: Hasta hoy día.

P: Hasta hoy día... Y el doctor me puso el catéter, me puso morfina y me dio un calmante para los nervios... y ahí ya quede...

T: Bien.

P: Estupenda. Quedó la María con sus antenas bien paraditas.

La paciente se siente bien después de recibir el tratamiento.

T: Ya. Entonces estuvo el Viernes, Sábado, Domingo con dolor.

Y la semana pasada, ¿también estuvo con dolor?. ¿Desde cuándo que volvieron estos dolores?

P: Hace como dos semanas.

T: Hace como dos semanas.

P: Sí. Cuando me dijeron que me tenía que hacer la... la... el asunto de las drogas... que me habían dicho que costaban como sesenta mil pesos cada una... y eso no está al alcance de uno... y me pasaba rollos, rollos... De ahí como que me descontrolé... como que los cables... se fueron para los lados... como que quedó el desparramo de cables no más. Un desorden de todo... mi pensamiento, ya no más...

Las crisis se presentaron cuando tenía que someterse al tratamiento de quimioterapia y radioterapia, al saber el costo económico del tratamiento se descompensó, desencadenándose las crisis de dolor nuevamente.

T: ¿Tiró la esponja?

P: No, no tiré la esponja. No yo nunca dejé de decir que me iba a mejorar a pesar del dolor.

T: Entonces cuando a usted le dijeron que empezaba el tratamiento...

P: Ahí me tomaron los nervios.

T: ¿Ahí le vino el dolor o no? Porque usted estaba con un dolor cuatro... ¿cierto?

Se consulta para saber si la paciente comenzó a experimentar dolores intensos cuando ocurrieron lo hechos antes mencionados.

P: Sí.

T: Y antes no estaba tomando ni morfina.

P: No, no tomaba ni morfina.

T: ¿Ni codeína?

P: No, nada.

La paciente sólo tomaba ibuprofeno.

T: Estaba con puro ibuprofeno ¿parece?

P: Claro.

T: Y cuando le empezó el dolor... ¿fue de un rato para otro?

Se quiere aclarar como comenzaron los dolores, todavía no queda claro qué fue lo que gatillo los dolores: ¿miedo al tratamiento?, ¿miedo a no tener éxito y morir?, ¿no querer hacerlo?

P: Sí, fue de un rato para otro que me desequilibré y no pude controlar el dolor.

T: Ya. De un rato para otro le vino el dolor fuerte...

P: Y Ahí quedé... y hoy día viene a la posta.

T: ¿Fue cuando supo que empezaba el tratamiento o no?

P: Claro ahí fue, ahí fue.

T: Ya.

P: Porque eran tantas cosas que me pasaban en la cabeza...

T: Y.. ¿hay alguna cosa de esas que se le pasaban por la cabeza que se pueda saber?

P: Ja, ja... como me iba a resultar... si iba a quedar bien... todo eso me preocupaba... si me irá a resultar todo eso.

Una de las preocupaciones de la paciente era si tendría éxito con el tratamiento.

T: Ya. Le pregunto por si hay cosas que le gustaría conversar...

P: El doctor me dice que me tengo que hacer bien todo... que soy activa y tengo ganas de hacer el tratamiento y todo... lo más importante es cuando las personas tienen ganas de hacer las cosas. Porque hay pacientes que lo hacen porque están enfermas, no más; yo no, yo estoy con ganas de salir adelante.

La paciente no menciona directamente, pero el temor a morir está presente, sus esperanzas se apoya en las palabras del médico.

T: Y ¿cuál es su mayor miedo en este minuto?

P: No es miedo, es la intranquilidad... de no saber si iba estar a mi alcance comprar la droga...

T: Ya eso era lo que más la angustiaba.

P: Lo que más me angustiaba.

T: La plata para las drogas.

P: La plata y las drogas. Mi marido me decía: no importa vieja, yo pido un préstamo para pagar las drogas. Además los niños trabajan Sábado y Domingo en el supermercado... y ellos me dicen no te preocupí... yo puedo comprar el azúcar... el otro dice yo puedo comprar otra cosa... Y así ellos se organizan bien con la casa. Incluso la niña va a trabajar y ayuda en lo que pueda a los niños...Todas esas cositas.

La familia de la señora María tiene pocos recursos económicos, la familia está realizando un esfuerzo para solventar los gastos de la enfermedad, a pesar de lo limitada de su situación, la paciente podrá contar con las drogas para comenzar el tratamiento.

T: Mm.

P: Entonces en mi casa no hay problemas, nada. Entonces yo digo el problema soy yo, soy yo... que desenchufo los cables y después no sé donde conectarlos... si está bien o está mal.

La paciente se siente culpable por estar en este estado. No ha mencionado otros motivos de preocupación de forma directa, puede que los problemas económicos envuelvan otras angustias no reconocidas por la paciente.

T: Ah... los desenchufa y después no sabe cómo conectarlos.

P: Sí, se desenchufan, ja, ja.

T: Claro, ja, ja, pero cuando se le desenchufen me tiene que llamar...

Se le recuerda a la paciente que puede contar con la ayuda de la terapeuta cuando lo necesite, sobre todo en los momentos en que se sienta angustiada.

P: Ja, ja.

T: Porque a lo mejor lo podemos hacer algo para enchufarlos otra vez.

Se habla utilizando la misma metáfora de la paciente.

P: Sí. El viejo me dice: vieja me da rabia contigo... ¿vieja que querí que te haga?... no te puedo hacer nada más... Es que soy muy nerviosa... mi tiro los dedos y parece que las manos se me quedan largas...

Y una amiga me dice que todo eso es síntoma nervioso.

T: Claro.

P: Nada más que síntoma nervioso.

T: Y ¿Usted se ha sentido nerviosa?

P: Sí, pu'.

T: Y los ejercicios ¿los ha hecho?

Se consulta para saber si la paciente ha podido realizar autohipnosis.

P: Los he hecho, pero no he podío dominarme, no podía... no he podío...

La paciente ha intentado realizar autohipnosis, pero no ha podido.

T: Ya. Y ¿cuánto más ó menos lo ha hechos? O no le funciona... para saber en que parte no funciona.

P: No, si me funciona, me funciona...

La paciente no ha podido realizar autohipnosis por más que lo intentaba.

Pero como le digo este fin de semana desconecté los cables y después no hallaba como conectar los cables... Trataba ponía las manos ahí como usted me enseñaba... ahí [la paciente levanta sus manos como se le enseño] y empezaba de nuevo... así [señala que le tiritaban las manos] Incluso empezaba a contar...

T: Ya.

P: Empezaba a contar... uno, dos... llegaba hasta mil y decía... no puedo, no puedo...

T: Claro.

P: Antes trataba de controlarme yo, pero no puedo... ni para dormir... porque anoche estaba abrazá a la almohá con el poto para arriba. Mi marido me miraba y se reía... y no podía dormir.

La sufrí sí, si cuando llegó el doctor, a la primera que me hizo pasar la niña fue a mí. Doctorcito lindo, le decía... No, yo no soy lindo me decía... ayúdeme le decía... Yo te voy a ayudar me decía... De ahí que no estoy con dolor.

La paciente pudo ser aliviada con el tratamiento que recibió en el Policlínico de Ginecología del Hospital. Las pacientes con dolor tienen un trato preferencial son atendidas primero por el médico.

T: ¿No tiene dolor en este minuto?

P: No, además cuando se me cayó el catéter, no podía inyectarme la morfina y en la posta me ponían un

calmante normal no más y nada más.

T: Claro.

P: Y ahora el catéter me lo pusieron aquí y lo tenía aquí y se me estaba enconando, tenía así el brazo.

T: Ya ahora lo tiene en la guatita. Y la morfina... ¿cada cuanto está?

Se consulta sobre las dosis de medicamentos.

P: Cada cuatro horas.

T: Cada cuatro horas y ¿cuánto?

P: Veinte.

T: ¿Ha tenido náuseas?

Se consulta para saber si la paciente ha tenido náuseas.

P: Sí, anoche sí.

T: ¿Ahora se siente más tranquila?

Se consulta para saber el si la paciente se ha sentido más tranquila.

P: Más tranquila.

T: Y no tiene dolor.

La paciente se ha sentido más tranquila y no tiene dolor en este momento.

P: No, no tiene dolor. Estoy más coloradita parece ¿tengo color?

T: Sí.

P: Mi marido me dice que vas a estar enferma vos... estay coloradita. Porque antes estaba pálida, ahora no.

T: Y ¿cómo se siente con esto que va ha empezar la quimioterapia?

P: Bien, ahora me siento bien. Ahora que tengo mis drogas en mi poder, mis vicios le digo a mi marido, me siento bien. Y estoy segura que ahora tengo la solución para mis problemas. Yo pensaba... tanto luchar para que después no quede en nada, eso me preocupaba.

La paciente tiene buen ánimo para comenzar la quimioterapia, está más tranquila al tener las drogas necesarias para su tratamiento.

T: ¿Que no empezara el tratamiento?

P: Claro... No empezarlo sí, pero no poder tener la droga.

T: Ah... que no iba a poder tenerlas.

P: Que no las iba a tener, eso me preocupaba. Yo pensaba... he luchado tanto yo y ahora por la plata no voy a poder comprarlas...

T: Y costaron menos de lo que usted pensaba.

P: Claro.

T: ¡Que bueno!. Está más tranquila ahora.

P: Hasta hambre me dio. La enfermera se reía me decía:

estay igual que los niños que piden comer en casa ajena.

Tengo hambre y sueño.

Pero que me costaba hacer caquita, estaba tres cuatro días sin hacer.

T: ¿Le dijo al doctor?

P: Sí. Ayer me hice unos lavados y me tomé unos purgantes que me dieron en el hospital y con eso se me pasó. Y justo ese día comí porotos... y estaba tan ricos los porotos... Ahora no puedo comer más... no puedo comer más lechuga... Puras comidas suaves...

T: Ya.

P: Comidas blandas.

T: Ya. Le dijo el doctor que comiera eso.

P: Sí. Comidas blandas, sopita esas cositas.

T: Ya.

P: No puedo comer lechugas, ni manzanas.

T: ¿Eso no puede comer?

P: No. Cocidas, sí.

T: ¿Eso le dijo el doctor?

P: Sí, me dijo que era mejor para digerir la comida y para hacer el cuerpo, después.

T: Claro. ¿Podríamos hacer un ejercicio después?

La paciente acepta.

P: Ya, pu'.

T: Aprovechando que está acá para que esté más tranquilita.

P: Claro.

T: ¿Mañana empieza la quimio?

Se consulta para saber cuándo empezará el tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

P: Mañana.

T: ¿Tiene que ir al otro hospital, también?

P: Sí.

T: ¿ Le explicaron todo como es?

Se consulta a la paciente si sabe en qué consistirá el procedimiento, el saberlo disminuye sus angustias.

P: Sí, todo.

Se le explicó todo respecto a su tratamiento, no manifiesta dudas.

T: ¿Está medio asustada o no?

Se consulta sobre posibles temores ante el tratamiento.

P: No. Si lo que más me asustaba a mí eran las drogas... que no iba a poder tener...

Al parecer la paciente no tiene miedo de comenzar el tratamiento, su temor era no poder contar con las drogas.

T: La plata.

P: La plata para las drogas.

T: Ya.

P: Eso era lo que me preocupaba a mí.

T: Ya.

P: Así no más pu hija... me levantaba y miraba... todos durmiendo y yo no podía dormir...

P: Sábado y Domingo.

T: Ahí le empezaron los dolores. ¿Estuvo Sábado y Domingo sin morfina?

P: Claro.

T: ¿Ahí estaba más nerviosa?

P: Claro, me ponía nerviosa no poder inyectarme la morfina.

T: Claro.

P: ¿Qué tiene la señora de enfrente?

[la paciente pregunta por una persona que está hospitalizada en una cama cercana a quién la terapeuta visitó antes de conversar con la paciente].

La paciente consulta por el estado de salud de una paciente que está hospitalizada en la cama cercana, Marcela. Quien tiene la misma enfermedad de la paciente y mucho dolor. Fácilmente la paciente puede identificarse . La señora María quiere tener información para comparar su caso. La terapeuta por razones de privacidad da respuestas generales y conocidas.

T: Tiene una enfermedad, igual que usted.

P: ¿Está más grave o no?

T: No sé, no miré su ficha. La señora Angélica me dijo que la viniera a ver. Ella está en estudio.

P: ¿Tiene dolores?

T: Sí, tiene dolores.

P: ¿Qué tratamiento le hacen a ella o no está en tratamiento?

T: No sé. Yo la veo por la hipnosis, ésta es la primera vez.

P: Pobrecita se ve afligía.

T: Sí, tiene bastante dolor.

P: ¿Qué le ponen?

T: codeína.

P: ¿Es más fuerte que la morfina?

T: No. Así es que mañana empieza su tratamiento.

P: ¿Qué hora son ya?

T: La una veinte ¿almorzó?

P: No, espero que me den almuerzo porque tengo hambre.

T: ¿Pidió almuerzo?

P: Sí, le dije a la niña ya.

T: ¿De cuando que no puede hacer el ejercicio?

P: Del Viernes... del Jueves.

T: ¿El jueves lo pudo hacer?

P: Lo hice bien.

T: Y le resultó.

P: Me resultó. Ya el Viernes no lo hice porque estaba mal... el Sábado ya... no.

T: Ya. Y el Jueves ¿tuvo dolor intenso?

P: Me vinieron dolores sí, pero no tanto.

T: No tanto. ¿O sea hace el ejercicio cuando no tiene dolores tan fuerte?

P: No.

T: ¿O no?... ¿O a veces lo hace y tiene dolores fuertes?

P: Cuando tengo dolores lo hago... aunque sean poquitos los dolores, lo hago.

T: Ya.

P: Porque digo yo... si dejo de hacerlo me van a venir los dolores fuertes... y después pobre de mí.

La paciente practica autohipnosis al comienzo de cualquier dolor, de esta forma evita que se presenten crisis de dolor.

T: Ya. no lo hace vienen los dolores fuertes.

P: Claro.

T: Ya.

P: Así que lo estaba haciendo, pero el Sábado y Domingo no pude.

T: Ya.

P: No pude, trataba de ponerme las manos ahí como usted me enseñó...

T: Ya.

P: No podía, no podía.

T: Ya.
¿Disculpa quieres preguntarle algo a la paciente? [la terapeuta se acerca y pregunta al interno de medicina quien se acerca a la cama de la paciente].

I: Sí, pero sigue no más.

T: Hazle las preguntas no más, después sigo con ella.

I: ¿Sí, no hay problemas?

T: No, sigue no más. [El interno de medicina conversa con la paciente en privado, luego se continua con la sesión].

¿Tiene algún dolor ahora?

P: No.

T: De cero a diez... ¿cuánto?

P: Nada.

T: ¿Cero?

P: Cero.

La paciente tiene un dolor actual EVA 0.

T: Entonces vamos a comenzar el ejercicio ¿ya?

Se inducirá trance.

P: Ya.

T: Entonces coloque sus manitos... y las vamos a levantar un poco... y mira sus manitos... las miramos... y cuando usted quiera puede comenzar a respirar profundo... puede escuchar los ruidos del hospital... mi voz...

Se comienza a inducir trance, mediante levitación de manos. Se incorporan los ruidos ambientales.

O tal vez no la escuche, pero eso no es lo importante porque... lo importante es que cada vez que tenemos nuestras manos levantadas... nos conectamos con nuestra mente inconsciente que nos ha ayudado tantas veces... y puede que ahora nos ayude de una manera parecida o de una manera distinta...

Se busca profundizar la disociación de la paciente.

Y cada vez que tenemos nuestras manos así... podemos abrir una puerta... y cuando abrimos esta puerta podemos ir bajando una escala... Y al bajar esta escala profundizamos más nuestro estado...

Se construye una metáfora que le permita recuperar la tranquilidad interna, se mencionan las mismas palabras de la paciente.

Y sabiendo que eso significa estar más tranquila... estar en este espacio de nosotros que está más allá del dolor, más allá de las molestias... más allá de todo... Es nuestro espacio de tranquilidad...

Podemos bajar nuestros diez peldaños... Y en esta oportunidad en que a veces se nos desordenan las cosas... las vamos a ir ordenando... vamos a ir ordenando los cajones... sacando las cosas que no necesitemos... colocando las cosas en su lugar... con calma...

Yo me pregunto si esto será apropiado para ti... Correcto, correcto... [la paciente da señales mínimas con los dedos]

Una metáfora habla de su estado de intranquilidad, pretende que la paciente recupere su equilibrio.

A veces cuando las cosas se desordenan y tenemos muchos cables sueltos... hay que irlos enchufando... y esto que a veces parece tan complejo es más fácil de lo que pensamos...

Sólo tenemos que mirar el cable ver de qué color es... y colocarlo en el enchufe que sea de ese color... Y puede que este enredado y tengamos que desenredarlo... como cuando tejemos y la lana se enreda... y una vez desenredados... Podemos ir viendo que enchufe debemos colocar por el color o la forma... si no calza... veremos que pasa con el que está al lado... y así sucesivamente...

Podemos ir imaginando como arreglamos estos cables... podemos arreglarlos y si hay que cambiar uno de estos cables... lo podemos hacer... si hay que reparar alguno de esto... lo podemos hacer...

Y después de hacer todo lo necesario... sin tener que preocuparnos... porque cada vez que las cosas se desordenan... sólo tenemos que sentarnos y bajar nuestra escala... y empezar a ordenar... Podemos ordenar los cables... podemos ordenar el closet...

Y vamos a dejar estos cables de la forma que nosotros queramos... hasta que puedan quedar bien y puedan utilizarse para prender una luz o apagarla... Correcto [la paciente da señales mínimas]

Correcto... y cuando encontremos que nuestro orden está bien de nuestra pieza y esté todo en orden... Correcto [la paciente da señales mínimas] Y lo dejamos tal como queremos... todo bien ordenado... Correcto...

Disociación se evocan sensaciones de bienestar y seguridad.

Nos podemos ir a nuestro lugar maravilloso... sin preocuparnos de nada... [la paciente se mantiene sentada con las manos levantadas y transpira]

La imagen del árbol se ha utilizado en todas las inducciones porque le brinda seguridad a la paciente.

Sabiendo que es importante respirar y nos podemos apoyar en un árbol... y sabemos que cuando las cosas se complican podemos tener el respaldo de nuestro árbol porque las cosas de una u otra manera se van solucionando...

Es tan importante estar tranquila... porque cuando estamos así de tranquilas... podemos disfrutar otras cosas... incluso disfrutar mucho más a las personas que queremos...

Se intenta preparar a la paciente para la nueva etapa.

Y ahora que va a comenzar una nueva experiencia... podemos pedirle a nuestra mente inconsciente que nos ayude en esta nueva experiencia... y que vaya guiando para que nuestro tratamiento sea el mejor posible...

Y para esto... nos vamos a este lugar en que nos apoyamos y podemos descansar... Ni siquiera tenemos que preocuparnos de pensar en eso... Porque lo mejor que podemos hacer en estos momentos es apoyarnos mirar el lugar que queremos...

Y saber que las sustancias que mejorar nuestro organismo... y nuestras emociones están presentes...

Sugerencia orientada a controlar variables psicológicas.

Y también tenemos que recordar que nos es justo que las emociones influyan en nuestro cuerpo... Podemos sacar los pesos y dejarlos a un lado...

En este lugar que podemos mirar tantas cosas a la distancia... también podemos hacerlo con nuestras emociones... ordenarlas para poder enfrentar cualquier cosa...

Sugestiones que brindan seguridad.

Tú sabes que tu mente inconsciente te cuida... te protege y te entrega un apoyo en cada minuto... Puede que no nos demos cuenta muchas veces, pero siempre esta...

Se construye esta metáfora por el agrado que causa en la paciente la naturaleza.

Nuestra mente inconsciente que es parte de la naturaleza va estar siempre...

Sugestiones para que los ruidos del hospital dejen de ser amenazantes.

Y cada vez que escuchemos ruidos podemos descansar... porque sabemos que hay gente que está trabando para nosotros... no debemos preocuparnos... (hay mucho ruido en la sala, la paciente continúa en trance).

Se profundiza la disociación.

Y cuando vemos este agradable paisaje podemos recordar que nosotros también somos parte de la naturaleza...

[Se deja a la paciente en trance esperando que regrese de manera espontánea, permanece sentada erguida con las manos en alto durante unos 40 min.].

T: ¿Cómo se siente?

P: Bien.

T: Sí.

P: Más tranquila.

T: Que bueno, mañana la vengo a ver.

P: Usted me dijo la otra vez algo de un cassette.

T: Sí, yo pensé que no le interesaba porque no nos juntamos la ves que lo íbamos a grabar.

P: Sí, pu. Sería más fácil.

T: Mañana lo preparamos porque este no se lo puedo entregar porque tiene parte de la entrevista y para qué va a recordar los dolores del último tiempo. ¿qué le parece?

Se acuerda grabar un cassette especial de autohipnosis.

P: Bien.

T: En eso quedamos entonces.
Que esté bien.

P: Chaito. [La paciente almuerza].
(fin de la sesión).

SESIÓN 7.

PACIENTE: 3.

FECHA: 21 de Junio de 2001

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, sala común de Ginecología.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encontraba hospitalizada, ha tenido problemas de estreñimiento, dolor y dificultades para dormir.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia, pensamiento ni de orientación. En cuanto a su estado afectivo, presenta tristeza e impaciencia.

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de hipnosis, las encuentra efectivas para controlar el dolor y para su estado de ánimo, pero no ha podido practicar porque no se concentra con el ruido del hospital. En esta oportunidad se indujo trance en dos oportunidades, se logró disminuir un dolor EVA 5 a EVA 2 y tranquilizarla.

RED DE APOYO: muy buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 5.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 5.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 5.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 2 .

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 2.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: horas hasta recibir medicamentos.
b) Dolor base: constante.

TRATAMIENTOS: medicamentos para aliviar el dolor morfina 20 mg c/6 horas (catéter) y dipirona 1g c/ 6 hrs.

RESUMEN:

La paciente se encontraba hospitalizada, presentaba estreñimiento, dolor y dificultades para dormir. En la sesión se mostró cordial, cooperadora y motivada para continuar con el trabajo hipnótico, intranquila y con un foco de atención externo.

La enferma ha tenido bastante dolor, dos crisis de intensidad EVA 10 - 8, los dolores son distintos a los experimentados anteriormente, son del tipo urente y se localizan en la región anal. El primer episodio se prolongó toda la noche por lo que no pudo dormir, el segundo fue un dolor menos intenso. Las molestias fueron aliviadas cuando se aumentó la dosis de dipirona. La paciente se mantiene con morfina y dipirona, las cuales se administran mediante catéter. El dolor promedio del último tiempo llega a una intensidad EVA 5.

Con respecto a la autohipnosis, considera útil el procedimiento porque le sirve para aliviarse y mejorar su estado anímico. Pero si bien ha intentado practicarlo, debido al ruido ambiental del hospital, no ha podido.

Los objetivos de la sesión eran que la paciente pudiera retomar la practica de la autohipnosis en un ambiente distinto (hospital), disminuir el dolor, tranquilizarla y preparar un cassette de ayuda para la practica de autohipnosis.

La inducción se realizó en dos oportunidades, se indujo trance mediante levitación de manos, atendiendo a los ruidos ambientales. En la primera inducción la paciente experimentó alucinación auditiva negativa, pudo disminuir el dolor de EVA 5 a EVA 2, y sentirse tranquila y segura; en la segunda, se realizó un trance de similares características con el fin de dejar una cinta grabada para facilitar la práctica de la autohipnosis.

P: Ahora está en el cinco.

T: Ahora está en el cinco, en este minuto.

P: Sí.

T: ¿Ha tenido dolor fuerte?

Se consulta por los dolores más intensos.

P: Sí. El Lunes en la noche me amanecí.

T: ¿Y el Martes?

P: Igual.

T: Ya.

P: Y en la tarde la señorita Angélica me trajo un remedio que me calmó. Y después me pusieron la dipirona con la morfina.

Con los medicamentos que le fueron administrados en el hospital pudo disminuir sus molestias.

T: Ya. ¿Eso le ha hecho bien?

P: Eso me ha hecho bien. El problema que tengo ahora es el dolor del ano, me duele...

T: Y ¿cómo es ese dolor?

Se consulta para saber cómo experimenta este dolor.

P: Eh... es como que tuviera cocido... como que tuviera caliente.

T: ¿Está permanente?

Se consulta por la frecuencia del dolor.

P: Sí.

T: Está siempre, siempre.

P: Sí.

T: Y está igual... ¿o se sube?

Se consultan posibles cambios en la sensación dolorosa.

P: De la mañana que estoy así... es como algo caliente que tengo... como que quiero hacer algo y no puedo hacer.

T: Ya.

P: Y no he hecho del cuerpo en todo el día.

La paciente tiene problemas de estreñimiento.

T: Ya.

P: En denante, incluso no pude hacer...

T: Ya, por eso le van ha hacer exámenes (antes de comenzar la grabación la paciente explicó que le realizarían exámenes médicos).

P: Sí.

T: Entonces ¿ese no es dolor como de contracciones?

P: No, es otro dolor.

La paciente puede identificarlo fácilmente como un dolor distinto.

T: Es un dolor quemante.

P: Claro que quema.

T: ¿Y a veces sube?.

P: Claro.

T: Y lo que le dificulta concentrarse es...

Al comenzar la sesión la paciente dijo a la terapeuta que le costaba mucho realizar al autohipnosis.

P: El ruido de las señoras, de las mismas señoras que se quejan.

T: Ya. ¿Le da susto?

Se piensa que el escuchar los quejidos de las otras paciente puede asustar a la paciente, pero ella dice que no es así.

P: No.

T: ¿Qué le pasa con eso?

P: No puedo, no puedo, me pongo nerviosa.

T: Ya. ¿Hay otra cosa que la ponga nerviosa?

Se consulta para saber si hay otros motivos.

P: No.

La paciente no advierte otros motivos que aumenten su nerviosismo.

T: ¿Tiene algún dolor en este momento?

P: Sí.

T: ¿Cuánto?

P: Un cinco.

Presenta un dolor EVA 5.

T: ¿En el potito le duele?

P: Sí.

T: Ya vamos a levantar las manitos las vamos a dejar ahí... y lo que vamos a tratar de hacer es de ir escuchando los ruidos que hay acá... Vamos escuchar los ruidos... y nosotros también tenemos ruidos internos.... (tono hipnótico).

Vamos a respirar y nos vamos relajando... vamos a mirar las manitos y cuando queramos poder cerrar nuestros ojitos... [la paciente cierra los ojos].

Cuando cerramos nuestros ojos podemos escuchar los ruidos... pero a veces uno escucha los ruidos, pero no los escucha... Y a medida que estamos acá podemos ir caminando abrir una puerta, bajar una escalera... a nuestro ritmo...

Se realiza una inducción hipnótica mediante levitación de manos. Porque los ruidos son una dificultad para experimentar trance se incluyen dentro de la intervención, por esto se pide que ponga atención a los ruidos ambientales y lentamente se sugiere trasladar la atención a su mundo interno. La paciente rápidamente entra en trance.

Vamos a ir bajando diez peldaños lentamente.... Correcto [la paciente mueve sus dedos] y a medida que bajamos los peldaños podemos escuchar los ruidos... y estos son ruidos que nos acompañan...

Y pueden ser como aquellos que hemos escuchado tantas veces... o parecidos a los que uno escucha cuando uno va en una micro o en el metro... uno puede escuchar conversaciones al pasar... quejidos... risas... y muchas cosas más... Y generalmente estas conversaciones nunca las podemos entender bien... porque nos dirigimos a otro lugar...

Se trata de realizar una intervención similar a las realizadas anteriormente, por eso se sugiere bajar una escalera como una forma de profundizar el trance y dar un esquema similar que sea fácilmente reconocible.

Y a medida que bajamos nuestra escala... cada vez nos situamos más allá del dolor y del sufrimiento porque estamos en un estado distinto... en le que podemos elegir escuchar o no escuchar... o hacerlo a veces... Porque nosotros también tenemos nuestros propios sonidos y hasta una música interna que puede acompañarnos mientras bajamos... Correcto [la paciente mueve sus dedos].

Se agrega la sugerencia de escuchar los ruidos, pero no ponerles demasiada atención, porque seguramente los comentarios que se hacen en una sala de hospital pueden angustiar a la paciente. La idea es que pueda escuchar ruidos que le ayuden a experimentar trance y luego dejar de escucharlos (alucinación negativa).

Y podemos incluso escuchar el silencio... y dejar estas conversaciones en el camino como parte de nuestro viaje... porque nosotros vamos a otro lugar...

Y cuando lleguemos abajo que es el lugar de nuestra mente interna de nuestra mente cuidadora ha elegido como el lugar más adecuado para nosotros...

Y estando en ese lugar que es tan nuestro... sólo nuestro... y aunque escuchemos o no escuchemos ya estamos en otro espacio... Y podemos elegir un lugar agradable...

Y en estos momentos vamos a ordenar lo que tengamos que ordenar... vamos a ir a nuestra casa o al lugar que queramos para ordenar... Correcto [la paciente mueve sus dedos].	La paciente refiere su experiencia como un desorden.
A nuestro ritmo... y puede ocurrir que uno no sabe ya de dónde provienen los ruidos... porque puede ser como cuando escuchamos un tele encendida, pero uno está más preocupada de lo que está haciendo... Por eso no tenemos que asustarnos ni preocuparnos con ruidos extraños o amenazantes...	Sugerencias para no incomodarse con los ruidos ambientales.
Porque nuestra mente inconsciente está haciendo cosas que son más importantes... para usted y para todos... Y puede ordenar con calma... arreglar cables... Correcto... y una vez que hemos ordenado estamos preparadas para hacer otra cosa...	La paciente se preocupa por el bienestar de otras personas, por esto se incluyen frases sobre el bienestar de los demás.
Podemos irnos a un lugar del campo... estando en este lugar podemos ver si hay alguna pelotita de fuego en algún lugar de nuestro cuerpo... y esta la poder ir trasladando... hasta llevarla con nuestras manos al centro de manera que juntamos todo en el centro... Correcto, correcto [la paciente mueve lentamente sus manos siguiendo la sugerencia].	Se enfatiza la disociación. Se construye una metáfora para trabajar con el dolor que presenta en el momento por esto se alude a una bola de fuego.
Y si miramos a lo lejos podemos tal vez ver un río... y podemos caminar lentamente con nuestra bola de fuego en nuestras manos... Y podemos ver como nuestras manos en estos minutos tienen el poder de estar con esta bola de fuego y no dañarse... y lentamente podemos ingresar a este río... colocando nuestros pies primero... y podemos mojar esta bola con esta agua helada que viene de la cordillera... [la paciente da unos tiritones] Correcto... Y ver como tal vez se evapora esta bola o cambia de color... solamente la colocamos en esta agua... Y vemos como cambia... Correcto... y la podemos dejar en el agua o en otro lugar que elijamos...	La paciente se encuentra en un trance profundo mueve lentamente sus manos y cuando se le sugiere ingresar a un agua helada tirita.
Y mientras nos alejamos para apoyarnos en nuestro árbol que es tan especial y puede estar a la orilla del río... apoyarnos en él y sumergir nuestro cuerpo en agua acomodarnos... y nuestro cuerpo se acostumbra ha esta temperatura hasta ser agradable...	Se evoca la imagen del árbol nuevamente porque es un elemento que le trasmite seguridad.
Y de la misma manera... no sé que hará tu mente inconsciente para acomodar tus nuevas cosas y acompañarte en esta situación.. puede ser sorprendente... Porque la mente inconsciente tiene la voz más fuerte, cuidadosa y clara... Y cuando uno se conecta con ella nada la puede perturbar... por eso no debemos preocuparnos...	Metáfora orientada a evitar la desconcentración provocada por los ruidos ambientales.
Porque después de hacer un orden... y conectar los cables puede ir regresando sintiéndose bien... calmada sabiendo que cuenta con este apoyo incondicional... a su ritmo y sabiendo que puede hacerlo cuantas veces quiera...	Metáfora orientada a recuperar la tranquilidad y la capacidad para practicar autohipnosis. Luego se entregan sugestiones para reincorporarse sintiendo bienestar.

Incluso puede volver sintiendo que nada la perturba... porque puede volver y estar más allá de muchas cosas, del dolor, de los ruidos o de otras cosas por más fuertes que sean... [hay ruidos muy fuertes en la sala].	Sugestiones posthipnóticas de bienestar. A pesar de los ruidos la paciente parece no incomodarse.
Y saber que el estar más allá de muchas cosas es un ejemplo que puede ser muy importante....	
[la paciente se toma unos minutos en reincorporarse]	
P: Cambié.	
T: ¿Cambió? ¿cómo se siente?	La paciente se siente bien después del trance.
P: Bien. Incluso ese dolor se bajó.	
T: ¿Cuánto tiene?	
P: Dos.	El dolor disminuyo a EVA 2.
T: ¿Dos? ¡Que bueno!	
P: Sabe se acuerda que el otro día usted me dijo del cassette... porque si me da un cassette yo me guío... porque usted me va diciendo en el cassette... sino me cuesta mucho concentrarme...	La paciente la pide a la terapeuta un cassette para practicar autohipnosis.
T: Por eso ahora vamos a hacer el cassette, este no se lo dejo porque como hablamos otras cosas antes.	
P: Me quedé tan bien ni a usted la escuchaba... ¿está mal?	La paciente presento alucinación negativa. Se consiguió ignorar los ruidos ambientales.
T: Está muy bien.	
P: ¿Sí?	
T: Muy bien. No tiene que preocuparse porque su inconsciente la cuida el puede escuchar...	Se le da una explicación para evitar posible preocupaciones por no escuchar la inducción.
P: Mm... no escuchaba, me quedé así no más... no me hacía empeño no me esforzaba... solamente me dejaba guiar...	
T: Sí es mejor que estar escuchando quejidos.	
P: Sí.	
T: Porque usted se tranquiliza se calma...	
P: Claro.	
T: Y ahora que está hospitalizada puede hacer el trance... y le va a servir mucho...	
P: Claro.	
P: A veces cierro los ojos así y no siento nada, nada... pero de repente siento que se queja alguien por ahí y como que reacciono. El otro día, la señora me decía porque yo me sentaba y cerraba los ojos - me gusta le dije yo -. No le dije nada.	

T: Claro.

P: Porque de repente no siento a nadie, eso me gusta.

T: Claro... y para los exámenes también le puede servir... La idea es pasarlo lo mejor posible... ¿el dolor disminuyó?

P: Sí.

T: ¿Cómo está la colita?

P: Me duele, pero no tanto.

T: Incluso le puede doler, pero no sufrir tanto...

P: Claro, incluso el dolorcito puede estar ahí y me puedo ir para otro lado...

T: Es entendible porque eso sucede en el hospital uno está más pendiente de todo, de los exámenes, de las otras personas.
Pueden traerle unas revistas también.

P: Sí, si tengo están todas repartidas por ahí.

T: Ya. Entonces ahora hagamos el cassette. (se induce nuevamente trance para grabar un cassette con una inducción similar a las realizada anteriormente).

SESIÓN 1.

PACIENTE: 4.

FECHA: 26 de Abril 2001.

LUGAR: Policlínico de Ginecología del Hospital San Juan de Dios.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente no presentaba dolor durante la sesión, lucía cansada, podía realizar actividades que requerían poco esfuerzo, no tenía problemas para comer.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes.

HIPNOSIS: en la sesión se pudo inducir un trance profundo mediante levitación de manos, se trabajó principalmente con el fenómeno de disociación y se construyeron metáforas orientadas al control del dolor y variables psicológicas.

RED DE APOYO: regular.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 4.
b) Dolor más intenso: EVA 10, pero la paciente menciona que son mayores (EVA 20).
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 0.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 0.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): diarios.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: horas hasta recibir medicamentos.
b) Dolor base: constante.

TRATAMIENTOS: la paciente espera comenzar el tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Además se le han indicado medicamentos para aliviar sus molestias codeína 6% c/ 6 hrs., paracetamol 1 c/6 hrs y diazepam 10 mg en la noche; sin embargo, la paciente sólo toma diclofenaco cada 5 hrs.

RESUMEN:

La paciente concurrió al Policlínico de Ginecología en el Hospital San Juan de Dios lucía cansada y un tanto impaciente. En el contacto con la terapeuta se mostró independiente, rígida, un poco desconfiada con respecto a las posibilidades de disminuir el dolor mediante hipnosis; sin embargo, su actitud fue opuesta al hablar sobre su vida, sentimientos y experiencias relacionadas con la enfermedad.

En primer lugar la terapeuta explica a la paciente sobre el trabajo a realizar: un trabajo de seis sesiones de hipnosis ericksoniana cuyo objetivo es darle una herramienta para disminuir el dolor; además explica en qué consiste la hipnosis ericksoniana, da algunos ejemplos y consulta posibles dudas. También informa que el trabajo será parte de una investigación que tratará de evaluar las posibles ventajas del procedimiento. Por este motivo las sesiones serán grabadas y transcritas, no obstante, la identidad permanecerá en reserva. La paciente aceptó lo que se le ofrecía porque podría disminuir sus dolores.

La entrevista que se realiza tiene por objetivo obtener información referente a distintos aspectos como: datos personales, red de apoyo, fenomenología de la experiencia dolorosa, repercusión de la enfermedad en la vida de la paciente, gustos personales y actividades previas.

La paciente puede ser identificada como una persona de nivel socioeconómico y cultural bajo. Ha vivido en la ciudad de Santiago hace varios años. Su infancia está marcada por fuertes experiencias de abandono, primero su madre, luego su padre y hermanos. Debido a esto debió vivir en un internado. Esto aún la afecta, siente tristeza por lo sucedido y piensa que nunca ha tenido una familia, no obstante ser madre de tres hijos con los cuales tiene una buena relación. Al parecer la paciente sólo considera el ejemplo clásico de familia.

Actualmente vive con dos de sus hijos, y recibe el cariño de su familia. Sin embargo, no puede compartir con ellos sus sentimientos, pues al parecer pasan por una etapa de negación de la enfermedad. Además no tiene amigas, por lo que su red de apoyo es limitada.

Antes se desempeñaba como costurera. Al principio fue un trabajo agradable, pero luego molesto al convertirse en una obligación necesaria para mantener a sus hijos. Es difícil encontrar actividades que resulten placenteras para la paciente, pues dice no haber tenido tiempo para disfrutar debido a sus obligaciones maternas. La única actividad agradable que se pudo encontrar en la entrevista es salir a pasear y mirar vitrinas.

Con respecto a su estado de salud, la paciente sabe que tiene cáncer de cuello uterino III B, pero no entiende el significado del diagnóstico. Esto la molesta porque considera que no recibe la información adecuada; sin embargo, no quiere saber más al respecto. La paciente ha sido informada por los médicos sobre el tratamiento que se realizará: quimioterapia y radioterapia. Como sólo maneja los nombres de los tratamientos y no consulta al personal médico y quiere tener más antecedentes, se informa consultando a otras pacientes, por esto maneja una información inexacta.

La paciente presentó los primeros síntomas de la enfermedad en Agosto del año 2000, dice no haber tenido síntomas anteriores a esta fecha y haberse realizado un PAP tres años antes, el cual no arrojó resultados sospechosos. Desde Agosto hasta Diciembre acudió a

tres médicos privados, sólo el tercero diagnosticó la enfermedad y la derivó a la red de salud estatal, debido a la situación económica de la paciente. Luego de pasar por el consultorio fue derivada al Hospital San Juan de Dios en donde se confirmó rápidamente el diagnóstico y se iniciaron los trámites para realizar el tratamiento. Por el momento espera comenzar la quimioterapia y radioterapia y toma medicamentos para controlar el dolor.

La paciente dice haber aceptado su enfermedad, considera la posibilidad de fallecer, lo cual la entristece, pero que sus hijos puedan valerse por sí mismos la tranquiliza; no obstante, no pierde las esperanzas de recuperarse con los tratamientos médicos.

La enferma ha tenido mucho dolor, lo define como una escala que comienza en EVA 4 y puede llegar a EVA 20. Los dolores más intensos se localizan en la región hipogástrica y sacra, son semejantes a las contracciones del parto .

Se debe tener presente que en la Escala Visual Análoga, diez es la mayor intensidad, representa el peor dolor que puede experimentar una persona; de tal forma que los dolores que refiere la paciente son muy superior al límite de la escala (EVA 20), lo que hace pensar en factores psicológicos asociados.

No es fácil precisar la pauta de dolor de la paciente, pues ella tiene dificultades para expresar lo que hace y siente. Estos dolores se presentan todos los días y ella los asocia con la disminución del efecto del medicamento. Estos comienzan una hora o quince minutos antes que corresponda la dosis siguiente, lo cual permite anticiparlos, y se mantienen cuarenta minutos después de tomar los analgésicos; sin embargo, en ocasiones el dolor no puede ser aliviado con los medicamentos.

De los medicamentos indicados sólo toma diclofenaco cada 5 hrs y a veces paracetamol; no ha informado al médico de estos cambios. Como la paciente cumple el horario estrictamente, eso le da una sensación de efectuar rigurosamente el tratamiento, pero parece no darse cuenta de las faltas que comete en la práctica. En la sesión se le sugiere comentar los cambios a su doctor.

A pesar de lo intenso del dolor, éste sólo ha interferido en el tiempo necesario para realizar las actividades habituales, no ha tenido problemas para comer porque no toma los medicamentos que le provocan náuseas (opioides).

Con respecto al procedimiento hipnótico la paciente tiene ciertas dudas en cuanto a su efectividad, recalca que su dolor es de origen biológico, por lo que debe ser controlado mediante medicamentos. Se explica que no se duda de aquello, la hipnosis será sólo un apoyo más, la paciente accede, pero advierte de sus dificultades para imaginar y soñar.

Durante la sesión se realizó un trance para familiarizar a la paciente, tener información sobre sus facilidades, estrategias adecuadas, efectos inmediatos y reforzar su cooperación.

La inducción se realizó mediante levitación de manos, en un comienzo no fue fácil por la rigidez de pensamiento, dudas y la falta de experiencias gratificantes. Sin embargo, la paciente logró experimentar un trance profundo y finalizar la sesión sintiéndose agradada y sorprendida por la experiencia.

T: Entonces su nombre es Rosa.... tiene cincuenta años. Esto es para que quede grabado: usted no tiene problema que se haga este trabajo.

P: No.

La paciente no tiene problemas para realizar una investigación con hipnosis ericksoniana que será grabada.

T: Sabe que es un trabajo de investigación en el que se va a ser con hipnosis ericksoniana para aliviar su dolor. ¿Tiene alguna duda?

R: No. (la Sra. da el fono y la dirección).

T: Cuénteme señora Rosa, ¿qué sabe usted de su enfermedad?

Se consulta por el conocimiento que tiene la paciente de su enfermedad. La pregunta es abierta por si la paciente no sabe que tiene cáncer.

R: Que sé de mi enfermedad.... Que tengo un cáncer al útero. Y.. no me operaron, sino que mi tratamiento va a quimioterapia y radioterapia.

T: A quimioterapia y radioterapia. Ya..

P: Eso es lo que me explicaron.

T: Eso es lo que le explicaron.

P: Sí.

T: Ya. ¿desde cuándo que está enferma? ¿cuándo supo que estaba enferma?

P: Es que mi historia es media complicada. Yo hacia ocho años que no me indisponía, como en Agosto o Septiembre del año pasado empecé a indisponerme con una hemorragia. Yo fui al médico en octubre..

La paciente acudió al médico por una hemorragia.

T: Ya...

P: Me hicieron todos los exámenes. ¿Cómo se llama?

T: ¿El Papanicolaou?

P: No, el que le ven el interior para ver el endometrio pa' ver si tenía cáncer. Fui a una consulta particular y me salió, según el médico, bueno.

La paciente dice haber consultado a un médico privado quien no encontró signos de la enfermedad.

T: En la consulta particular.

P: Claro, me salió bueno.

T: En Agosto.

P. Esto fue en Octubre. Y mi hijo me dijo que no me fiara de esa consulta porque no le tincaba. Y me hizo ver un segundo médico.

Una tercera opinión diagnosticó cáncer.

Y el médico cometió la negligencia de no revisarme. No

me revisó porque dijo: hace una semana que esta tomado esto.. Entonces me dijo: mire yo le voy a dar este remedio y en Enero los vemos.

Y en diciembre yo, algo como el diez de Diciembre, el quince, algo por ahí, me venían dolores como para...de parto en el útero. Me dolía el útero como dolor de parto. Y fui al médico el 28 de Diciembre. El 28 de Diciembre el médico me diagnosticó cáncer al útero.

T: Y dónde fue. ¿Acá le dijeron? ¿dónde?

P: En otro médico.

T: En otro médico particular.

P: Y de ahí el médico me derivó, como yo no tengo previsión, me derivó a mi consultorio y de mi consultorio me derivaron acá.

La paciente fue derivada a su consultorio, el cual la derivó posteriormente al hospital.

T: Ya.

P: Y me derivaron pa'l 3 de Enero y me hospitalizaron y ahí me hicieron todos los exámenes.

En el Hospital San Juan rápidamente se confirmó el diagnóstico.

Bueno el doctor X, dijo de un principio, al tiro dijo: es cáncer al útero Y lo corroboraron con otros médicos, que dijeron que no se equivocan. Y ahí me... hicieron todo lo que tenían que hacerme acá y de ahí me mandaron al Caupolicán.

En el Caupolicán me tomó un becado, porque no tengo médico tratante todavía. Me tomaron scanner, dos scanner y me...

El comité ginecológico. Y ahora estoy en espera para...

T: Para hacer su tratamiento.

P: Para hacerme el tratamiento. Primero la...

T: La radiación..

P: Para marcarme y de ahí una semana me dan para la radiación.

T: Ya... Y le han explicado en qué consiste el tratamiento.

P: No, me han explicado, pero me han explicado otros pacientes.

La paciente no ha recibido información de parte del personal del hospital, se ha informado a través de otras pacientes.

T: Los médicos no le han explicado, pero por otros pacientes sabe que...

Se quiere saber la información que maneja la paciente.

P: Claro, que la meten a una máquina y por un rayo le van quemando.... bueno le ponen el rayo donde está marcado y eso va quemando. Y eso es para que no expanda más.

T : Para que no se expanda más.

P: Claro. Y la quimio es para arrasar con... Esa es la parte terapéutica, arrasa con cosas buenas y cosas malas, por

eso tengo que tener una alimentación con proteínas. Eso es lo sé.

T: Le han dicho otras pacientes.

P: Eso es lo que yo tengo entendido y que la quimio a uno la deja como un estropajo. La deja con náuseas, vómitos, la deja mal.

Y ahí uno tiene que ser igual que el ave Fénix, salir de las cenizas y volver a...

T: Emprender el vuelo...

P: A emprender el vuelo no más. Eso es lo que yo tengo entendido. Porque ningún médico se me ha acercado así, y me ha dicho, mira tu enfermedad es aquí, tu enfermedad es allá. Sino que por puras de uno, por conclusión, por lo que escucha y por lo que leyó en la ficha de uno.

T: Y a usted le gustaría que le explicaran.

P: A esta alturas ya no porque yo sé lo que tengo. Tengo un cáncer III B, y que ya voy a una radioterapia.

La paciente no quiere recibir más información, cree no necesitarla.

T: Ya sabe.

P: Ya sé lo que tengo, entonces ya...

T: Y no le ha preguntado a los médicos.

Se consulta para saber si la paciente ha planteado dudas a los médicos.

P: [Mueve la cabeza en señal de no].

T: Y el Papanicolaou, señora Rosa.

Se consulta para saber si la paciente se había tomado el PAP.

P: Tres años que no me lo hacía.

La paciente hace tres años que no realizaba el examen.

T: Tres años.

P: Que no me lo hacía.

T: Y hace tres años ¿le había salido bien... o no supo?.

P: No, me salía bien.

Puede que el examen no detectara la enfermedad existente.

T: Mmmm.

P: Yo acepté que es mi enfermedad. Pero no me la he llorado. En ciertas ocasiones un poquito lloro, un poquito lloro. (Silencio).

La paciente habla de sus sentimientos, se siente responsable. No ha dado lugar a su tristeza, pero al hablar con la terapeuta llora, le cuesta hacerlo.

Mi matrona, la señora Victoria, me dijo que era normal. Que me las tenia que llorar todas. Es como llorar un duelo y después volver a renacer. Pero no podía llorármelo, porque como que no tengo espacio para llorar.

T: No tiene espacio para llorar.

P: No tengo espacio, porque siempre estoy con un hijo,

estoy con mi hija. Son super buenos hijos.
Pero mi hija es muy... no sé si es el trabajo de ella... la vida de ella. La cosa es que... Ella es la que se encarga de la casa, entonces es bien dura.

T: Y su hijo.

Se consulta otras alternativas.

P: Con el que vivo. Él se las lloró todas, él quería morirse cuando supo que tenía cáncer al útero, quería morirse.

T: Y con él, no se siente con más libertad para llorar.

P: No, porque me da pena verlo llorar. Y que yo los críe solos, ellos son mi vida, no me gusta verlos llorar.

La paciente no quiere ver sufrir a sus hijos por eso reprime sus sufrimientos.

T: Pero tal vez, ellos necesitan lo mismo que usted.

Se trata de mostrar a la paciente que no es malo llorar, puede que sus hijos necesiten lo mismo, eso tal vez la ayuda a sentirse menos culpable y no reprimir sus emociones.

P: Yo sé que afecta al núcleo familiar, todo. Es que como ellos me ven que hay días que yo amanezco mal. Por ejemplo, antes de ayer, el día martes, yo .... dolores, dolores, dolores. Pero como me ven que yo camino, hago las cosas... no se imaginan que yo estoy enferma.

La paciente no quiere parecer enferma ante sus hijos.

T: Mmmm.

P: Ellos siempre vieron que yo fui la fuerte, yo los crié, eduqué. Cumplí los dos roles.

Para ellos soy.... no mi mamá. No se lo imaginan porque siempre ellos hacen programa: mamita vamos a hacer esto, esto y esto otro. A largo plazo... pero yo estoy viviendo el día...

A los hijos les cuesta asumir la enfermedad de la madre. Por su parte, la paciente sabe que su enfermedad puede ser mortal, aunque no lo diga directamente.

T: ¿Usted cree que no se recupera con el tratamiento?.

P: No, yo tengo... de un principio... como que no tengo la enfermedad.

Yo sé que es mi enfermedad, yo no culpo a nadie. No reniego en contra de Dios. No, es mi enfermedad. Yo tengo que luchar para sacarme esta enfermedad. Sacando fuerzas ¿de dónde? Ni idea, pero tengo que luchar. Porque es mi enfermedad, es mía.

Y no tengo no sé, desde un principio dije que Dios haga lo mejor. Me entregué a Dios y tengo fe que voy a salir adelante....y por último digo, por lo menos estoy con mis hijos grandes. Lo peor que esto me hubiera dado cuando mis hijos eran chiquitos. Ahora no, porque la menor tiene 19. Queda al menos ese consuelo.

T: Usted tiene dos hijos señora...

P: tengo tres.

T: Tres.

P: Dos niños y una niña. Tengo una hijo mayor que va a cumplir 28, otro de 24 y mi hembra de 21.

T: Y con ellos vive.

P: Vivo con dos porque mi hijo mayor tiene ya su familia.

T: Vive con el del medio y la menor.

P: Sí.

T: Así que el mayor está casado ya. Tiene una hija de 6 años, ahora está esperando un bebecito, tiene ya 7 meses. Mi nuera siempre me ha dicho mi suegrita. Y todos, dicen, Oh... que raro que una suegra tenga tanto cariño por la nuera.

Yo la quiero porque ella ama a mi hijo. Una persona que ame a los hijos. Una persona que ame lo de uno....

T: Y usted siempre ha vivido aquí en Santiago...

Se consulta por su origen.

P: Sí soy de Santiago.

T: Y tiene hermanas, familia...

Se consulta por otros familiares, indagando sobre una posible red de apoyo.

P: Sí, tengo una hermana... es que venimos de una familia muy al lote. Nunca estuvimos juntas. Mis papás se separaron cuando tenía parece dos años. [Llora].

A la paciente le afecta hablar de su situación familiar.

T: No se preocupe...

P: Puro sufrimiento, puro dolor. Yo no conozco a mi mamá.

La experiencia familiar de infancia de la paciente, le provoca mucha tristeza.

T: No la conoció...

P: Ella nos dejó abandonadas por un hombre.

La paciente fue abandonada a los dos años por su madre.

T: Y a cuántos hermanos.

P: A cinco. (Silencio).

P: Entonces desde que tengo razón, conocimiento... puro sufrimiento. Nada de un hogar constituido.

Yo tampoco lo traté, no luché por un hogar, entonces de partida todo mal. Por eso me apegué a mis hijos, luché por mis hijos, los hice hombres de bien, mujer bien.

La paciente sufre por no venir de una familia estable y no haber podido "formar una". Sus hijos han sido un motivo principal en su vida, se siente satisfecha con ellos.

T: Tiene una buena familia... .

Se quiere mostrar que ella y sus hijos formaron una buena familia, se deduce por estar contenta con sus hijos y tener buenas relaciones; pero la paciente entiende que sólo uno de sus hijos formó una familia, parece que ella sólo entiende como familia el ejemplo clásico.

P: De mi vida ha sido todo mal, todo lo bueno fue cuando yo empecé a tener a mis hijos, ahí empezó mi vida.

T: Y su papá.

P: Mi papá después murió. Es algo que no se sabe nada de nada. La cosa es que cada uno hizo su vida. Nosotros nunca vivimos con ellos.

Y es eso lo que les digo a mis hijos. Para haberme criado sola... soy una mujer de bien, podría haber salido mujer de la calle a los 13, 14, 15 años. Sin embargo, los vine a parir a los 23 años. Y yo pololie con el un puro padre de mis hijos.

Así que esa es mi vida... a veces como que la olvido... escapándole a los recuerdos.

T: Qué cosas le gusta hacer, actividades, cosas que disfrute, que le sean agradables.

Se exploran los gustos de la paciente para poder utilizarlos posteriormente en las inducciones hipnóticas.

P: Por ejemplo, yo trabajaba hasta el año pasado.

Yo nunca me había dado cuenta... Yo tengo una compañera con la que siempre conversamos. Y ella me hizo ver... porque yo no me había dado cuenta... Porque yo salí a trabajar cuando mis hijos, cuando mi hija llegó a cuarto medio. Yo a mis hijos nunca los dejé solos. Yo trabajaba en mi casa para no dejarlos solos. Para darles la educación, todo.

Al parecer a la paciente le cuesta saber las cosas que le gustan, se justifica con sus responsabilidades.

T: Y en qué trabajaba.

P: En mi casa, cosía.

La paciente se desempeñaba como costurera.

T: Cosía, ya...

P: Y allí yo me di cuenta: yo no tengo amigas. Porque me dijo. usted dio toda su vida por sus hijos. Usted no tiene a nadie, me dijo. Y yo me pongo a pensar, yo no tengo a nadie, yo no tengo amigas. Vecinas, claro porque son los que viven ahí.

T: Claro.

P: Pero, por ejemplo, que una vecina me diga vamos a vitrinear, salgamos de compra o vamos al cine o vamos a servirnos una once, no nunca. Porque todo mi espacio lo ocuparon mis hijos o yo se los di a mis hijos. Yo se los di todo, toda mi vida. Entonces, no. A los mejor soy un poco apática, no sé.

La paciente asocia las actividades agradable con salir con amigas a distintos lugares de la ciudad.

T: ¿Le gustaba coser o no mucho?

P: Me gustaba al principio, después ya no, y lo tenía que hacerlo porque... tenía que alimentar y educar a mis hijos.... entonces era distinto.

La paciente no disfrutada mucho realizando su trabajo.

T: Y otras cosas. Actividades comunes y corrientes que le gusten. ¿Hay alguna?.

Se consulta buscando recursos.

P: Es que siempre... por ejemplo, tejo. Hago cosas bien domésticas.

La paciente teje.

T: Claro, aunque sean cosas domésticas, cosas que le agraden no significa que tienen que ser especiales... pueden ser cosas muy sencillas.

Se ayuda a la paciente a ampliar las actividades que le pueden agradar.

P: Sí, coso, tejo , bordo... ahora no.

T: En estos momentos...

Se consulta por momentos agradables más cercanos.

P: En estos momentos no. Ahora me gusta salir a mirar, a vitrinear.

A la paciente le gusta salir a mirar el comercio.

T: A vitrinear, esa es como una actividad con la que usted descansa.

P: Claro, como estuve por años, años encerrada, como que ahora mi idea es esa, salir a vitrinear.

T: Salir.

P: Claro.

T: Mnnn...

P: Me cuesta. Cuando estaba sana salía. Salía el día Sábado invitaba a mi hija.

Actualmente, le cuesta realizar esta actividad.

T: Usted me está diciendo que desde Agosto del año pasado se está sintiendo mal o no.

P: No. El dolor en sí desde Diciembre.

T: Desde Diciembre. Y a ver, hablemos ahora del dolor....el dolor. ¿Dónde le duele?.

Se comienza la evaluación del dolor, se consulta por la localización. La paciente señala un dolor hipogástrico.

P: En el cuello del útero. Aquí debajito.

T: Ya.

P: Ahí.

T: Ahí. Y cómo es ese dolor, si usted lo pudiera describir.

Se le pide a la paciente que trate de explicar su dolor.

P: Es lo que dice el doctor. Pero es que no lo puedo describir.

La paciente no puede describirlo.

T: Bueno entonces aquí le vamos a ayudar...

P: Es un dolor, cuando uno está con las contracciones para mejorarse, para tener un bebe.

La paciente lo describe como dolores de parto.

T: ¿Usted lo siente como contracciones?.

Se confirma la información.

P: Sí.

T: Ya. Entonces a ese dolor le vamos a poner un dolor como de contracciones. ¿Ya?. Y tiene otro dolor aparte de ese dolor como de contracciones.

Se busca tener un vocabulario común para referirse al dolor.

P: Es ese dolor que me da... que parece es el mismo dolor del útero... me da hacia la cola.

T: Le duele la colita.

P: Claro a la misma altura.

T: Este dolor de contracciones son los dolores más fuertes que le dan o no. ¿Cuáles son los dolores más fuertes?	Se comienza a evaluar la intensidad del dolor.
P: Los de contracción. Pero el doctor me dice que son del uno al diez, pero yo le digo que es del uno al veinte mi dolor.	La paciente entiende que se consulta por la intensidad del dolor. Comenta la evaluación hecha por el médico mediante EVA, ella considera que su dolor pasa el límite superior con creces.
T: Ah!!! Eso le iba a mostrar.	La terapeuta muestra la regla de EVA.
P: Esa misma del cero al...	La paciente reconoce la regla de EVA.
T: Cero es sin dolor y diez es el dolor más fuerte que usted podría soportar.	
P: Es lo que siempre le digo al doctor: pareciera que fuera más de diez.	La paciente refiere dolores más intensos superiores al límite de la escala EVA. Según Barber, puede existir un componente emocional importante en estos casos.
T: Ya. Más de diez. Las contracciones son más de diez. ¿Qué hace usted cuando le viene este dolor de contracciones?.	
P: Es que yo estoy con remedios.	
T: ¿No los ha sentido últimamente?.	
P: Sí.	
T: Ya... pero qué hace... Qué hace, por ejemplo, a veces uno siente un dolor y se sienta, otros se acuestan, otros se paran, otros...	
P: Me acuesto, me paro. Y lo que noté el Martes recién, levanté una pierna con una rodilla en alto y como que levanté un poco la cola y ahí como que se me anduvo calmando... más bajo el dolor.	
T: Entonces cuando viene el dolor, eso es lo que usted hace.	
P: Ahora.	
T: Ahora. Ya. Se pone a llorar ... eh.....	Se consulta a la paciente si llora por los dolores.
P: No... Ay!!!! Ay!!! Me quejo.	La paciente se queja por los dolores intensos.
T: Y que hacen las personas qué están con usted.	Se consulta por las reacciones de las personas que están con ella durante una crisis de dolor.
P: Ellos me preguntan te tomaste el remedio. Mi hijo lo único que me dice es acomódate bien en la cama, nada más.	

T: Ya. Eso dolores fuertes, que usted me dice de contracciones, en las últimas semanas, cuántos de esos dolores ha tenido.	Se consulta por la frecuencia de los dolores más intensos.
P: No, porque esos me dan todos los días.	La paciente refiere que todos los días tiene dolor intenso.
T: Todos los días.	
P: Todos los días.	
T: Ya. Estamos todos los días con dolores de contracciones.	Se confirma lo dicho por la paciente, se utiliza el vocabulario de la paciente para referirse al dolor.
P: Sí.	
T: A qué hora le dan más o menos.	Se consulta por el horario de las crisis de dolor, un detalle más de la pauta.
P: Por ejemplo, que me tomo una pastilla cada cinco horas. Si yo me paso de las cinco horas, porque es automático, es un dolor que parece que, yo digo no puede ser psicológico...	La paciente se ha dado cuenta de la importancia de tomar los medicamentos en las horas precisas. Además, da razones que fundamentan la existencia del dolor.
T: No..	
P: Eh... Yo empiezo como un cuarto de hora antes, yo empiezo, el aviso.	Se ha dado cuenta que el dolor comienza un cuarto de hora antes de la siguiente dosis de medicamentos.
T: Un cuarto de hora antes que se acabe el efecto del medicamento.	
P: Sí. Empieza el aviso suave, suave, suave. Yo me tomo la pastilla... empieza el dolor más fuerte. Porque es media hora, tres cuartos de hora para que empiece el efecto. Entonces ahí uno sale del dolor.	El dolor intenso se mantiene por 45 minutos aprox. y disminuye después de tomar los medicamentos.
T: Entonces el dolor, dura por media hora, hasta tres cuartos de hora, que usted está con dolor.	Se confirma la información.
¿Qué medicamento está tomando? P: A mí me dieron codeína, no la soporté. Y el Lunes que me tocó me dieron morfina que no la pude seguir tomando porque me produce gastritis.	
T: O sea, está sin medicamentos ahora...	
P: Estoy tomando diclofenaco.	La paciente está tomando sólo diclofenaco para el dolor.
T: Y dejó la morfina. ¿sabe el doctor?	Se consulta para saber si está autorizada por el médico para suspender el tratamiento.
P: Sí, porque a ver si vengo mañana a hablar con el doctor.	
T: Ya, si porque eso no lo puede suspender automáticamente. Tiene que hablar con el doctor, tiene	Se recomienda a la paciente informar al médico sobre la

que hablar con el doctor y preguntar. ¿Ya? Está tomando sólo diclofenaco. Ya, ¿cada cuánto está tomando el diclofenaco?.

suspensión de la morfina.

P: Cada cinco horas.

La paciente toma diclofenaco cada cinco horas.

T: Y la morfina, cada cuánto....

P: Cada seis horas.

T: Y la codeína.

P: También era cada seis horas, esto va acompañado con un paracetamol y en la noche con un diazepam.

A la paciente también se le indicó paracetamol y diazepam para dormir.

T: Entonces usted ya sabe cuándo le va a venir el dolor.

Ahora nosotros estamos haciendo este trabajo para ayudarla desde lo psicológico. Pero esto no quiere decir que nosotros no creamos que a usted le duele. ¿Me entiende?. O que este dolor, sea sólo una idea suya y sea psicológico. Si se hace es porque realmente pensamos que...

Se le explica a la paciente sobre posibles dudas sobre la veracidad del dolor y el trabajo psicológico.

P: Porque existe el dolor.

T: Porque existe el dolor, ¿me entiende?. Para que usted no vaya a pensar que... que sólo son ideas suyas y que por eso la mandan a la psicóloga. No . O que yo le ofrezco este tratamiento por eso. No.

Lo que pasa es que a veces uno se concentra y el cuerpo puede reaccionar de una manera ¿ya? Bueno después le voy a explicar eso... Primero veamos bien esta cosa del dolor. ¿Usted cuántas veces al día siente este dolor de contracción?

P: Unas cinco veces, más menos.

La paciente siente los dolores intensos por lo menos cinco veces en el día.

T: Cuando se va acabando el efecto del medicamento.

P: Sí.

T: Ya, cinco veces.

P: Hay días, que como que el medicamento no me hace efecto y paso todo el día con dolor de contracciones. Ahí hasta me doy vuelta de carnero, me doy vuelta pa' todos lados.

El dolor intenso puede durar todo el día.

T: Y cuánto le pueden durar esos dolores.

P: Es que van pausados más fuertes, más despacio, medios graduados.

En ocasiones los dolores pueden durar todo el día variando en intensidad.

T: Ya entonces es como una escala. Y cuándo está más bajo el dolor, hasta cuánto baja.

P: Yo creo que tres, cuatro.

T: Es lo más bajo que puede pasar.

P: Sí.

T: Y cuánto le dura.

Se pregunta por la duración del dolor.

P: No... no le he tomado el...

T: Bueno, Yo le estoy tratando de hacer preguntas muy específicas, pero cuando nos juntemos la próxima vez, me va ir contando como va esta cosa. Cuánto más o menos le duran, cuántos dolores fuertes tiene, cuándo bajan, hasta cuánto bajan...

P: Ya...

T: Y el otro dolor. El que está irradiado en la colita, de cero a diez, ¿cuánto le duele?.

P: Podría ser un ocho, nueve. Porque como que se me cae la cola, como si tuviera algo a los riñones... no sé. Es como una confusión de dolores. Yo no sé si me duele aquí, o el dolor es más fuerte acá.

T: No lo sabe. Le dan juntos esos dolores. O no.

P: Sí.

T: Ah! Siempre le dan juntos, yo pensé que eran separados.

P: Claro, porque me viene el del útero, y después me viene al tiro el de la cola.

T: Entonces usted me dice que la contracción le avisa...

Se quiere indagar más sobre la percepción anterior del dolor.

P: Como que siento un pequeño aroma de dolor. Como para explicar algo...

T: Y ¿cuánto tiempo dura eso? Ese aroma de que viene el dolor, antes que venga el dolor fuerte.

Se quiere saber cuánto tiempo antes siente la crisis de dolor. Tal vez, podría tener tiempo suficiente para la autohipnosis y de esta forma evitar la crisis de dolor. En la pregunta se utilizan las mismas palabras de la paciente.

P: Eso dura tres cuartos de hora. Claro porque yo digo, ya me tomó la pastilla y de aquí a que haga efecto, son tres cuartos de hora, hasta una hora a veces.

La paciente cree que esto se debe a la acción de los fármacos, todo lo explica en estos términos. Los medicamentos son un procedimiento externo.

T: Ya.. Pero en esos minutitos en que usted lo siente es en esos minutitos, o se mantiene este dolor leve por algún...

P: Se mantiene. No se me termina. Sigue el dolor, como de abajo empieza, empieza, empieza, empieza, hasta que viene todo fuerte. Empieza de abajo...

T: ¿Cómo una escalera?

Se construye otra imagen

para facilitar la comprensión y crear un lenguaje propio.

P: Eso como una escalera.

T: Como una escalera.

P: Sí.

T: En promedio, lo más habitual, lo más usado, esta última semana. Qué dolor ha tenido de cero a diez.

Se consulta por el dolor más común en la última semana, no el más intenso.

P: Yo creo que he tenido veinte.

La paciente responde EVA 20, el máximo es EVA 10.

T: Ha tenido bastante dolor.

P: El Martes, si el Martes, no varió nada. Todo el día.

T: No se puede levantar. ¿Cómo fueron sus actividades?.

P: Ese día yo no me pude levantar. Ayer no me levanté de regalona porque mi hijo me dijo no te levantes, la empleada dejó almuerzo hecho, no te preocupes. Pero yo lavo, lo que yo hacía en una hora, ahora lo hago en 6 o 7 horas.

En ocasiones la paciente no se puede levantar, pero hasta el momento realiza casi todas sus actividades, la diferencia es el mayor tiempo requerido.

T: Claro.

P: Para que no me duela, evito que me duela... evito esforzarme para que no me duela.

La paciente evita esfuerzos y de esta forma el dolor.

T: Ya.

P: Pero por ejemplo: yo hago las camas, paso la enceradora, barro... trato de hacer una vida normal, pero en más tiempo.

T: Ya.

P: Yo me siento bien y voy a la feria...

T: Ya.

P: Usted ve que vengo sola a médico.

T: Ya.

P: Si yo jodo cuando me da ese dolor...

T: Ese dolor, ya.

P: Claro.

T: Y el Martes no le hicieran nada los medicamentos... ¿o dejó de tomar la morfina el Martes?

P: No, porque el Martes la tomé. Entonces eran pura punzadas... punzadas, punzadas, punzadas. A la hora que me las tenía que tomar... Porque me da gastritis a mí, me da gastritis.

Cuando la paciente siente dolor intenso lo refiere como punzadas.

T: ¿Vomita con las gotas?

P: Sí, con todo lo que es gotas.

T: Con esa también vomita.

P: Con la codeína también vomitaba... con esta que me dieron el Lunes vomito, con el Tramal vomito...

T: Ya. Eso tiene que decirlo al médico.

P: Se me olvidó decirle el otro día, por eso quiero venir mañana.

La paciente no le ha dicho al médico de estos síntomas.

T: Para dormir...

P: Tomando bien el... no. Pero tampoco tengo un sueño largo, puedo despertar a las cuatro de la mañana.

T: Y despierta sola o por el dolor.

La paciente despierta de madrugada por el dolor.

P: Por el dolor.

T: Por el dolor, ya.

P: El dolor me avisa que estoy cerca de tomarme la pastilla.

T: Ya. Es como un relojito este dolor.

P: Es increíble... lo... bien...

T: Puntual.

P: Eso, puntual. Pero como el Domingo en la noche no dormí porque me amanecí del dolor. Tenía hora a las once y me quedé dormida un cuarto para las once... llegue aquí a las nueve veinte. Y llegué a la casa a la una y media y me dormí... tomé los remedios y me dormí. Pasé el día pésimo, pésimo... Y el Martes en la noche mi yerna me mando unos supositorios que eran pa' no vomitar... Ilón, algo así... y ahí dormí bien, recién dormí bien.

En ocasiones la paciente ha tenido problemas para dormir porque el dolor se presenta durante toda la noche.

T: Ya. ¿Problemas para ir al baño?

P: No.

T: ¿Problemas para ir al baño?

P: No, por ejemplo: ayer no he ido porque como he estado con vómitos no he tenido alimentos en la guata.

T: Claro.

P: Pero voy normal al baño.

T: Y ahora último que ha dejado de tomar las gotas ¿ha podido comer?

P: Sí, por ejemplo ahora viene almorzada.

T: Ya.

P: Ayer almorcé bien, también.

T: Ya.

P: Inclusive en la noche mi hija me dio a probar un poco

de lentejas...

T: Entonces ha comido bien.

Sin medicamentos opiáceos la paciente puede ingerir alimentos sin dificultad.

P: Sí, parece que son las gotas que a mí me hacen mal.

T: Entonces está tomando paracetamol, diazepam...

P: No, diazepam no me lo quise tomar tampoco.

T: Ya.

P: Si me estoy tomando el diclofenaco y de vez en cuando me tomo el paracetamol.

T: Y con el diclofenaco usted ¿respeta el horario?

Se consulta para saber si la paciente toma el medicamento en el horario recomendado.

P: Sí. Ahí se me calman los dolores y tomo... Y hago como quien dice mi vida normal.

La paciente tomando los medicamentos en sus horas puede sentir alivio y realizar una vida más ó menos normal

T: Ya.

P: ¿No está enredado no cierto?

La paciente consulta a la terapeuta si está claro el relato.

T: No, para mí no. Por eso le pregunto hartos detalles, porque en los pequeños detalles está la diferencia. Quería saber si se toma los medicamentos en los horarios, porque es muy importante tomarse los medicamentos en los horarios.

Se recomienda a la paciente respetar los horarios de los medicamentos.

P: Claro, por ejemplo el médico lo que más me dijo: seis, doce, seis, doce. Yo me aguanté todos los dolores hasta aguantar las seis, me lo tomé con el paracetamol; después el de las doce de la noche con el... para dormir.

T: Claro.

P: No me podía hacer efecto si lo vomité.

La paciente cree que los medicamentos no tiene efecto porque los vomita.

T: Claro, ya.
Entones le voy a explicar nuevamente lo que vamos a hacer.

P: Ya.

T: Lo que pasa es que la hipnosis ericksoniana es una ayuda que se quiere dar desde la psicología y no quiere decir que con esto deje de tomar sus medicamentos, nada de eso. Los medicamentos los ve el médico, esto la puede ayudar un poco más.

La mente y el cuerpo no están tan separados como nosotros pensamos, se ve que el mente es una cosa y el cuerpo otro. Entonces ayudándonos de esta unión que tiene la mente y el cuerpo le vamos a pedir a la mente

Se trata de dar una explicación que recoja las inquietudes de la paciente. En ésta se da énfasis a la veracidad del dolor y explicaciones que incluyen el sustrato biológico con verdades obvias que faciliten el trabajo.

que ayude a nuestro cuerpo.

Por eso no, no se duda de su dolor. Y en situaciones especiales para la mente es más fácil ayudar al cuerpo, por eso se hace la hipnosis. Se quiere hacer una especie de canal a la mente para que pueda ayudar al cuerpo. Y nuestro cuerpo tiene sustancias que pueden ayudar a disminuir el dolor, por ejemplo: si le digo en este minuto que imagine que está exprimiendo un limón ¿a usted le pasa algo con eso?

P: La glándula empiezan a funcionar.

T: Las glándulas empiezan a funcionar... de la misma manera que ese ejemplo chiquito que le di, vamos hacer cosas para que las glándulas puedan secretar sustancias que le puedan ayudar a disminuir su dolor.

Se hace una sugerencia para ayudar a disminuir el dolor.

P: Ya.

T: ¿Me entiende?

P: Sí.

T: Entonces para eso se tiene que relajar el cuerpo, y cuando el cuerpo se relaja, nos conectamos con nuestra mente inconsciente y esta mente nos puede ayudar.

Nosotros tenemos una mente que es la mente consciente que es la mente que vemos, que hace las cosas, que barre, es la mente a la que estamos más habituados.

P: Claro.

T: Pero hay otra mente... que es nuestra mente inconsciente, ¿a lo mejor usted ha escuchado hablar de ella?. Es la mente que está en los sueños...

Mediante el empleo de verdades obvias se busca la disposición a responder de la paciente.

P: Yo siempre le digo a mis hijos que soy tan pobre que ni sueño, le digo yo. Me dicen, sino todos soñamos que usted no se recuerda.

La paciente dice no recordar sus sueños, esta verdad obvia parece no ser tan efectiva como el ejemplo del limón.

T: Claro, usted no recuerda, pero además participa en otras cosas, nosotros no tenemos que pensar que tenemos que respirar, por ejemplo, uno respira no más. Uno no tiene que estar pensando qué temperatura tiene que tener el cuerpo.

Se intenta dar otras verdades obvias intentando buscar la disposición a responder de la paciente.

P: Claro la piel tiene su temperatura.

T: Claro, no tenemos que pensar como tiene que circular la sangre.

P: Claro, todo eso está hecho.

T: La mente inconsciente se preocupa de esas cosas las que son más automáticas y que velan por la seguridad de nuestro organismo.

Los ejemplos dados son metáforas que construidas a partir de verdades obvias, no son verdades en sí. Se busca la disposición a responder.

La forma de comunicarse de esta mente es un poco distinta... a veces se comunica con señales involuntarias de los dedos o de otras partes, con imágenes... Y lo que vamos a hacer ahora es tratar de contactarnos con eso... ¿mm?

P: Sí.

T: Entonces me voy a cambiar de asiento me voy a sentar allá (la terapeuta se sienta más cerca de la paciente).

Se comienza a inducir trance, la terapeuta se acerca y hace los mismos gestos que se le piden a la paciente. Se comenzará a inducir trance mediante levitación de manos.

Me coloco aquí para que usted me vea, lo hacemos juntas...

Puede colocar sus manos aquí (señala colocar las manos suspendidas sobre la falda).

Y lo que vamos hacer lo haremos a su ritmo... y puede ir mirando sus manos y las vamos a tener ahí... podemos ir sintiendo el peso del cuerpo...

P: ¿Pero no tengo que afirmar nada?

T: No, déjela ahí flotando un ratito. ¿En este momento tiene algún dolor?

P: No, porque vengo con la pastilla.

T: Ya es para saber. Entonces vamos la dejar ahí y esta mente... Puede respirar...

P: ¿Y subo esto o ahí no más? [la paciente pregunta si tiene que subir las manos].

T: Vamos a ver cuál es la posición más cómoda para usted... y puede poner sus manos acá las puede ir mirando y viendo... las puede mirar y centrarse en sus manos... sentir su temperatura... como está el aire... dejando que se mueva su mano si quiere hacerlos... Y si quiere puede cerrar sus ojos... de la manera en que se sienta más cómoda... (se comienza a hablar en tono hipnótico).

La paciente ha estado muy alerta desde el inicio de la inducción por este motivo se da esta sugerencia, al hacerlo la paciente cierra sus ojos.

Puede respirar... puede dejar sus manos ahí y hacer lo que necesite hacer... Puede estar con su mente muy alerta o no... Lo que haremos es buscar la posición más cómoda para usted... que se sienta más agradada... [la paciente cierra los ojos].

Porque cuando nos conectamos con este estado de tranquilidad... nuestro cuerpo funciona de una manera distinta... y lo que hacemos es como abrir una puerta... vamos a pedirle a nuestra mente inconsciente que se conecte con nosotros... y mientras podemos respirar...

Se mencionas las ideas que se han sembrado antes.

Y este ejercicio que puede parecer tan simple como tener las manos suspendidas y los ojos cerrados... vamos a descansar para recobrar energías...

Sra. Rosa uno tiene una mente y tiene un cuerpo... Y nuestra mente que piensa, que divaga que tal vez esté alerta escuchando mi voz o tal vez pensando otras cosas... está presente...

Y esta mente tiene también una mente que está un poco más atrás... que es nuestra mente inconsciente y es una mente que ha estado toda la vida con nosotros...

Que ha sido un cuidador secreto... porque ella ha estado toda la vida y se ha preocupado que respiremos, que nuestro cuerpo tenga una temperatura adecuada... que

Sugerencias que favorecen la disociación y brindan seguridad y agrado.

nuestra sangre circule... Y ha estado en todo momento presente, por lo tanto, es una mente que sabe mucho de usted y que la cuida... Por eso vamos a pedir a este cuidador interno que está presente, como lo ha estado siempre, que la guíe y ayude en este nuevo caminar que ahora comienza... de manera que pueda ser esta la experiencia más beneficiosa para usted... que pueda experimentar las cosas que sean más apropiadas... sin tener que esforzarse o incomodarse... solamente estando acá...

Y para eso le vamos a preguntar a esta mente inconsciente si sería apropiado para usted... conectarse con su mente inconsciente... y para eso tal vez quiera responder moviendo uno de sus dedos... Correcto [la paciente mueve el dedo índice con leves movimientos]. Correcto... sin hacer nada... correcto... correcto...

Ahora puede querer dejar descansar sus manos... o si están agradadas, mantenerlas... Porque esta señal que nos acaba dar la mente inconsciente que es su cuidador interno... nos invita a comenzar un nuevo camino...

Se piden señales mínimas que indican que la paciente se encuentra en trance.

Y puede ser sorprendente que sin que hagamos nada... nuestros dedos se muevan... Y esa es una señal que nos puede dar tranquilidad... porque es su mente inconsciente controla este proceso... con la sabiduría que ha experimentado por años...

Y al iniciar este camino podemos imaginar que abrimos una puerta... Vamos a bajar una escala... y vamos a bajar una escala de unos diez peldaños... Y cuando este lista para comenzar a bajar... lo puede indicar con un movimiento de sus dedos... Correcto, correcto [la paciente indica con leves movimientos de un dedo índice]

Entonces podemos comenzar a bajar... y estamos en el peldaño nueve... en el ocho... en el siete... en el seis... y cuando haya llegado abajo sin tener que apurarse o demorarse... su mente nos dará una señal... que puede ser el movimiento de uno de sus dedos... (silencio).

Se intenta profundizar el trance.

Y cuando llega a bajo se puede mover uno de sus dedos... Correcto, correcto [la paciente mueve el dedo índice con leves movimientos].

Y podemos ir caminando a un lugar en que nos sintamos cómodas... seguras, agradadas... vamos caminando... y la invito a que caminemos por una cuidad... (una persona entra y pide perdón, la paciente continúan inmóvil y no parece perturbada por la interrupción) Podemos sentir el ruido de la gente... conversaciones... Podemos ver las vitrinas... Nos sentimos de paseo... tranquilas nadie nos apura...

Se profundiza la disociación. Se evocan lugares de la ciudad.

A veces el ruido de la gente se hace más lejano... Y nosotras estamos rodeadas de personas... y vamos al lugar que queremos... Podemos entrar a un lugar tranquilo...

Podemos elegir algo en ese lugar... algo que nos haga sentir bien que sea agradable... que sea bonito... (silencio).

Podemos pasear por estos lugares... ir acompañadas... o podemos ir solas... Y en algunos de estos lugares vamos a

sentarnos puede ser en una agradable cafetería... Y podemos imaginar que sacamos de nuestro bolso una pequeña cajita... que tiene medicamentos... que son diferentes a los que conocemos... porque son sustancias creadas especialmente para usted, que vienen de la naturaleza... y que al tomarlas son como vitaminas que nos hacen sentir muy bien... la tomamos... y continuamos nuestro paseo... guardamos nuestra caja mágica... cerramos nuestra cartera...

Como la paciente cree en los beneficios de los medicamentos para el alivio de su dolor se construye una metáfora.

Y podemos continuar conociendo tal vez otro lugar... porque en este momento que hacemos uso de nuestro tiempo inconsciente... podemos caminar a una estación de trenes... y esperar un tren... o si prefiere un bus ... y podemos irnos a un lugar de la naturaleza en este bus ... vamos a un nuevo camino... Puede ser un lugar con árboles... con una vista al mar... un lugar tranquilo...

Se profundiza la disociación.

Y eligiendo en este lugar de árboles y mar podemos respirar le aire puro... podemos apoyar nuestra espalda en un árbol... sentir la seguridad que nos da... y podemos mirar a lo lejos el mar... y nos sentimos tranquilas...

Podemos ir sacando las cosas que nos molestan... a medida que vamos respirando... este puede ser un viaje de purificación y de descanso... y en este lugar vamos a mirar el mar... y cuando nuestro cuerpo esté muy relajado... mientras sentimos el aroma de ese lugar... y descansamos mirando el horizonte...

Nuestras glándulas... pueden liberar todas las sustancias necesarias para que nuestra molestias disminuyan...

Metáfora orientada al control del dolor.

Y nosotros podemos respirar en este momento... y saber que se están liberando todos los líquidos necesarios... que recorrerán nuestro cuerpo... Correcto, correcto... Y lo hacen de manera delicada... sabiendo bien qué lugares necesitan nuestra atención... esto puede durar... mucho más de lo que hacemos ahora... y lo hará de una manera que nuestra salud se mantenga bien...

Porque no necesitamos incomodarnos porque estamos en un lugar más allá del dolor de la molestia y que...

Y lo más increíble de esto... señora de Rosa... es que puede liberar estas sustancias cuantas veces usted lo necesite... sintiendo el apoyo de este árbol... y ahora que se han liberado estas sustancias que nos hacen sentir bien del cuerpo y del alma...

Podemos despedirnos de este lugar... y saber que podemos volver cuantas veces queramos... sintiendo... a medida que respiramos que nuestro cuidador interno está junto a nosotros... y respiramos profundamente...

Regresamos contentas de esta experiencia que ha sido la muestra... nuestro primer camino... nos dirigimos a nuestro medio de transporte o nuestro bus o a nuestro tren... y comenzamos a hacer el recorrido de regreso... contentas de haber visto nuevos horizontes... y haber tenido una experiencia agradable...

Sugerencias para reincorporarse con bienestar.

Y lentamente podemos ir volviendo a este lugar... sabiendo que podemos volver las veces que queramos... solamente levantando nuestras manos... bajando una escala... y encontrando aquellos lugares en que nos

Sugerencias para reincorporarse con bienestar y sugestiones posthipnóticas para autohipnosis (la paciente

sentimos bien...

se demora en reincorporarse).

Podemos volver contentas de la experiencia... volvemos a nuestro ritmo sin apurarnos... Trayendo en nuestro bolso... cosas importantes... sintiéndonos relajadas y más frescas y alertas al estar acá... (silencio).

Vamos volviendo sintiéndonos bien... tranquilas... sabiendo que no hay necesidad de sentir molestias... (silencio).

Vamos a subir la escala que bajamos y a medida que vamos subiendo la escala... nos vamos sintiendo más alertas... más despiertas... [la paciente continua en trance profundos sin signos de reincorporarse].

Logramos escuchar nuevamente los sonidos de estas sala... y a nuestro ritmo... (silencio).

Nos vamos sintiendo más despiertos... [la paciente se reincorpora].

¿Cómo se siente?

P: Bien.

La paciente dice sentirse bien.

T: ¿Bien? ¿le gustó?

P: Sí.

T: ¿Qué sintió?

P: Algo que... cuando voy a vitrinear... ahora no me dejaban vitrinear... el paseo Ahumada con el pasaje Matías Concha.

La paciente imaginó un paseo en el centro de Santiago.

T: Ya.

P: Yo siempre me meto al pasaje Matías Concha ¿así se llama?

T: ¿Matías Cousiño?

P: No. El Concha.

T: Ah... ya.

P: Donde está la plaza. Ahora no pude entrar me daba vueltas para todos lados.

T: ¿Y eso la angustió?

P: No. No puede entrar... cuando nosotros siempre hacemos ese paseo... siempre entramos ahí. Viaje en tren sí.

T: En lo que usted quiera.

P: En tren y fui a la estación Mapocho. No sé, he viajado sólo dos veces en tren no más.

T: ¿Le gustó el paseo?

P: Sí.
No fui al mar. Fui a un arroyo tiene que haber sido. Y ahí estuve sentada.

T: ¿Se sintió bien?

P: Sí.

T: Que bueno. Esta es la primera vez, es un ejemplo para que vea de que se trata.

P: Ya.

T: La idea de juntarnos es que después lo pueda hacer sola en el lugar que lo necesite.

P: Ya.

T: En este estado se puede segregar todas las sustancias necesarias.

P: Ya.

T: El cuerpo es como una farmacia y a veces hay que ayudarlo para que puede soltar las sustancias que necesita ¿mmm? ¿Tiene alguna molestia ahora?

P: Me relajé.

T: Que bueno. Eso es todo. ¿Nos juntamos otro día?

P: Bueno.

T: ¿Qué día puede usted?

P: Cualquier día.

T: El Lunes.

P: Sí, pero me llama porque parece que me van hacer la radioterapia.

T: Claro.

P: Me van a llevar a la Fundación.

T: Entonces el Lunes a las dos.

Se acuerda la próxima sesión.

P: Ya.

T: Si usted quiere para probar puede hacer lo que hicimos levantando su mano, bajando la escalera. Practique, no sé si le resultará porque lleva sólo un día.

Se sugiere autohipnosis y se pronostica posible fracaso para proteger el trabajo realizado.

P: Es como el yoga.

T: Sí es parecido ¿usted ha hecho yoga?

P: No, pero he visto.

T: Ya nos vemos el Lunes.

P: Ya....

T: Valeria.

P: Ya Valeria nos vemos.

SESIÓN 2.

FECHA: 17 de Mayo de 2001.

PACIENTE: 4.

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, sala común de Ginecología.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encontraba hospitalizada, lucía cansada y débil.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes. En cuanto a su estado afectivo la paciente presentó irritabilidad, tristeza, ansiedad, temor y desesperanza. En el contacto con la terapeuta se mostró en un momento amable y en otro distante y poco cooperadora.

HIPNOSIS: en esta sesión se intentó inducir trance, pero cuando la paciente comenzó a profundizar el estado no quiso continuar, decisión que fue respetada. La paciente antes de ser hospitalizada practicaba autohipnosis todas las noches con buenos resultados.

RED DE APOYO: regular.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 5-6.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 5-6.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 5-6.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 5-6.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 1
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: horas hasta recibir medicamentos.
b) Dolor base: constante.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 0

TRATAMIENTOS: la paciente espera comenzar la quimioterapia y radioterapia. Por el momento toma medicamentos para aliviar el dolor (morfina 6% oral 20 gotas c/6 hrs., paracetamol 1 c/6 hrs, diclofenaco 100 mg c/12 hrs., diazepam 10 mg en la noche).

RESUMEN:

En la madrugada del día en que se efectuó la sesión, la señora presentó metrorragias y pérdida de conocimiento, por este motivo quedó hospitalizada en el Hospital San Juan de Dios con un diagnóstico de anemia aguda.

Dado su estado de salud, se realizó una sesión breve. En la ocasión, se mostró molesta por supuestas negligencias medicas, pensaba que sólo fue atendida en el hospital por la gravedad de su estado, lo cual se podría haber evitado si hubiese sido atendida antes. Además creía que la tardanza en su tratamiento se debía a que no contaba con amistades que pudieran apresurarlo (esta conversación no pudo ser grabada).

Estos aspectos fueron consultados al médico quien explicó que el Hospital Caupolicán Pardo asigna las horas para realizar la radioterapia, y para mejorar los resultados se acompaña este tratamiento con quimioterapia. Además, las horas son dadas siguiendo ciertos criterios, uno de ellos es dar preferencia a las personas que tienen mayores posibilidades de recuperación. Este no era el caso de la paciente, quien sólo podía recibir un tratamiento con intención paliativa, pronóstico sólo conocido por la familia.

La afectada no ha manifestado un claro interés por conocer su estado, pues no ha preguntado directa o indirectamente a las personas indicadas. Ella piensa que se puede recuperar si recibe rápidamente el tratamiento médico indicado.

Con respecto al dolor no ha tenido dolores intensos durante varios días, sólo se presentó un episodio EVA 10 antes de hospitalizarse. La paciente se había mantenido con un dolor promedio EVA 5-6.

En la sesión se encontraba acompañada de su hija. En un comienzo se quiso enseñarle la inducción, pero esto no fue posible porque cuando la terapeuta intentó inducir trance para disminuir el dolor y reforzar el aprendizaje, al profundizar el estado, la paciente se reincorporó con temor, temía morir durante el trance, por esto no se continuo con la inducción.

T: ¿Ha tenido dolores fuertes?	Se evalúa el dolor de la paciente.
P: Es que es relativo...	
T: ¿Es relativo?	
P: Sí.	
T: ¿En la última semana ha tenido dolores fuertes con contracciones?	Se consulta sobre crisis de dolor, utilizando el lenguaje acordado con la paciente.
P: No, no he tenido.	
H: Hija dolores fuertes sí, sí igual hay tenido.	La hija ha visto que su madre ha tenido mucho dolor.
T: Con tu mami hablamos de dolores del cero al diez, el diez es el más fuerte y ella dice que son como contracciones, hay otros dolores que son fuertes, pero no tanto, y otros que son moderados.	Se le explica a la hija el vocabulario utilizado con la paciente.

H: En la última semana... la última semana... hay estado siempre con dolor, pero lo aguantabai más que los otros días.

P: Sí.

T: ¿Ha hecho el ejercicio?

Se consulta para saber si la paciente ha practicado autohipnosis.

P: Sí... cuando estoy sola en la noche sí.

La paciente ha practicado autohipnosis en la noche.

T: Ahora que va a estar acá trate de hacerlo eso le va ayudar para todo.

Se recomienda a la paciente que practique autohipnosis.

P: (N.E)

T: Entonces no ha tenido crisis. El dolor más fuerte que ha tenido de cero a diez... ¿se acuerda?

H: El de la mañana... cuando la encontramos la llevamos a la cama y ahí tenía uno. Creo que era diez.

T: Ya. Y ¿cuánto le duró?

Se consulta la duración del último dolor.

P: Bastante.

H: Hasta que llegamos acá ella estaba con dolor... hasta que fueron a buscar una persona para... empalmarla...

T: Ya y ahora ¿tiene dolor?

Se consulta por el dolor actual de la paciente.

P: Sí.

T: ¿Cuánto dolor tiene?

Se consulta la intensidad del dolor actual.

P: Entres cinco y seis, será.

EVA 5 a 6.

T: Ya.

P: Llegué a penas, porque no era capaz.

La paciente se refiere al episodio por el que fue hospitalizada.

T: ¿Tiene mucho dolor ahora?

P: M... menos...

T: ¿Menos?

P: Más, menos.

T: Ya. Si quiere puede colocar sus manitos ahí... Vamos a tratar que disminuya el dolor que tiene ahora...

Puede colocar una de sus manitos... la puede mirar... Puede cerrar los ojos...

Se intenta inducir trance mediante levitación de manos, levantando sólo una mano porque se encuentra acostada y con suero.

Cuando su mano está de esta manera el cuerpo enviará las sustancias para que todo se desinflame... para que el dolor disminuya... Puede sentarse en ese lugar que a

Se entregan sugestiones para que el dolor disminuya.

usted le gusta... lentamente va bajando y cuando baje su mano... va ir a ese lugar de descanso... y a medida que pone su mano en el lugar adecuado se envían las sustancias para que todo lo que se tiene que desinflamar, lo haga... sin que usted haga nada... puede que no lo perciba totalmente... pero un parte suya lo puede percibir...

Y hacemos las cosas que puedan ayudar a esta sensación... Podemos colocar las cosas en su lugar... y a medida que descansa, esa parte con dolor también lo hace...

Se entregan sugestiones para disociar.

Esta más allá del dolor, más allá del sufrimiento... Puede sentir como sus manos están sobre sus dolores... sobre su guatita...

Y lo único que debe hacer es levantar su mano... mirarla, dejar que baje... cerrar sus ojos... Y las medidas van disminuyendo...

Y de esta forma hace todo a su medida... [la paciente se reincorpora súbitamente].

La paciente logró descansar por unos segundos, se veía relajada cuando se dio cuenta que la profundidad del trance aumentaba, no quiso continuar al pedirle que cerrara los ojos.

P: Me estoy quedando dormida, no me quiero quedar dormida.

T: Ya. Entonces... ¿se le pasó un poco la molestia?

P: Mmmm... lo que pasa es que estoy muy inflamá...

Al parecer no se logró disminuir el dolor de la paciente.

T: Puede ser, entonces hasta aquí quedamos... nos vemos...
(fin de la grabación y de la sesión).

No se insiste en inducir trance nuevamente, la paciente no tiene muy buena disposición en este momento para realizar el procedimiento hipnótico, además su dolor no es intenso. Se opta por postergar el trance.

SESIÓN 3.

PACIENTE: 4.

FECHA: 28 de Mayo 2001

LUGAR: Hospital San Juan de Dios.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encuentra hospitalizada, luce cansada y no presenta dolor intenso durante la sesión.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes de la consciencia, orientación, ni de psicomotricidad. En cuanto a su estado afectivo presentó irritabilidad, tristeza y ansiedad.

HIPNOSIS: En esta sesión se pudo inducir un trance profundo mediante levitación de manos. La paciente experimentó un trance profundo; también se enseñó el procedimiento a su hija quien pudo ayudar a la paciente para que experimentara un estado hipnótico.

RED DE APOYO: Regular.

DOLOR: no se realizó evaluación de la experiencia dolorosa.

RESUMEN:

La paciente se encuentra hospitalizada, ha presentado problemas renales que no permiten realizar la quimioterapia, por lo que sólo se aplicará radioterapia paliativa.

En el inicio de la sesión, se mostró poco cooperadora, hostil e irritable, por esta razón se realizó una sesión breve.

La disposición de la paciente mejoró, cuando la terapeuta explicó las razones por las cuales se le practicó un procedimiento muy doloroso en días anteriores. La enferma le planteó la situación a la terapeuta en la sesión pasada, y el asunto fue consultado al médico, quien informó sobre las justificadas razones por las que se debió actuar de esa manera.

La paciente quiso aprovechar la oportunidad para practicar hipnosis. Fácilmente pudo experimentar un trance profundo mediante levitación de manos.

Dado que se encontraba acompañada por su hija, la terapeuta le explicó el procedimiento al familiar. La hija estuvo muy dispuesta a cooperar y pudo inducir exitosamente un trance, para ellas fue muy emocionante la experiencia.

Al finalizar el estado hipnótico se reincorporó con un dolor leve, agradada y muy sorprendida. Sobretodo por la ayuda que le brindó su hija a quien consideraba una persona fría, pero que en esa oportunidad la guió amablemente.

Además la paciente se sorprendió por ver la imagen de un niño que jugaba con agua, esta escena se repite en sus trances y ella piensa que se trata de un nieto que nacerá pronto.

P: Bueno aprovechemos que tenemos un tiempo.	No se graba el inicio de la sesión.
T: Señora Rosa el cuerpo tiene sustancias... así como la saliva, hay distintas sustancias que recorren el cuerpo, ahora vamos a ocupar las sustancias que a usted le van a ayudar a aliviar el dolor.	Sugestiones sin trance para el control de dolor.
Así como la saliva, hay distintas sustancias que recorren el cuerpo, ahora vamos a ocupar las sustancias que a usted le van a ayudar a aliviar el dolor. ¿Ya?. Como los medicamentos que son líquidos... y esos líquidos llegan a una parte. La ventaja que tienen, es que por ser parte de su organismo, no tendrá ninguna consecuencia negativa para usted.	
P: Sí.	
T: Ahora que está acá vamos a hacer lo mismo, yo le voy a tomar su manito y se la voy a dejar ahí... si quiere puede mirarla... escuchar mi voz los ruidos de la habitación... y esta manito que está acá nos va ir conectando con un estado en que nos vamos a relajar...	Se induce trance la paciente ha aceptado gustosamente volver a intentar la inducción de trance.
Y cuando usted se sienta preparada... cuando quiera puede cerrar sus ojos... y al tener los ojos cerrados así será la clave para descansar... o a lo mejor estando alerta escuchando los sonidos... (se comienza a hablar en tono hipnótico).	
Adaptándonos a esto nuevo.... y lo que hacemos en este estado es distinto de los otros descansos... porque podemos dejar que en nuestro circulen esos líquidos que van a llegar al lugar que lo necesitemos... y de esa manera se puede disolver la molestia... Porque no necesitamos quedarnos con la molestia... porque nosotros podemos estar más allá del dolor y de la molestia..	En la inducción se habla de un descanso distinto, porque la paciente rechazó sugestiones referidas a este tema. Además se entregan sugerencias para la disociación.
Y yo no sé cómo señora Rosa usted encontrará el camino para irse a un lugar agradable... y estando en este lugar su cuerpo sabrá cómo hacer este ejercicio... y puede irse a un lugar que está más allá del dolor y del sufrimiento... porque podemos hacer tantas cosas... y podemos experimentar cosas nuevas y traer esos alegres pensamientos que nos hacen bien para nuestra mente, para nuestro cuerpo... Correcto...	Se refuerza la disociación.
Y puede que su mano quiera bajar... o quiera mantenerse suspendida... pero eso no es lo importante... Correcto [la paciente baja totalmente la mano que había comenzado a bajar].	La paciente se encuentra en trance, entrega señales mínimas.
Lo importante es que podemos encontrar a una persona que solamente levantando nuestra mano y pidiéndole que la mire y... y cerrando nuestros ojos nos deja en la puerta de nuestro bienestar... y esas personas pueden ser muchas voces...	Sugestión para autohipnosis. La sugerencia pretende que la paciente pueda ser ayuda por cualquier persona que levante sus mano.
Y nos podemos quedar unos minutos en el lugar que estamos disfrutando... Dejando que las sustancias recorran el cuerpo limpiándolo y hagan las transformaciones necesarias para nuestro bienestar...	Se refuerza la disociación, además se entregan sugerencias orientadas a la disminución del dolor.

Porque nosotros sabemos que tenemos que hacer las cosas a nuestra medida, y sólo usted y su mente inconsciente saben cómo hacerlo... Porque nuestra tranquilidad es tan bien la de quienes queremos y al verlo así tiene un sentido... Correcto...	
Nos vamos a quedar unos minutos ahí disfrutando... (silencio) [en voz baja la terapeuta explica a la hija de la paciente el estado de la paciente].	Se le explica a la hija cómo hablarle, tratando de imitar lo que hizo la terapeuta. Se intentará que la hija induzca trance.
Y ahora señora Rosa puede ir volviendo de sus experiencia sintiéndose cómoda... sabiendo que ha recibido los fluidos de su mente inconsciente que vienen de las partes más sanas de usted...	Se le pide que se reincorpore con sensaciones de agrado.
Se puede ir reincorporando sintiéndose bien... sabiendo que esta experiencia la podemos repetir las veces que queramos y cada vez de una manera más rápida...	Sugerencias para sugestiones posthipnóticas.
Puede regresar para que podamos ir a este lugar nuevamente... [la paciente se reincorpora].	La paciente se reincorpora.
P: La paciente se reincorpora.	
T: ¿Ya? Ahora lo vamos a hacer nuevamente con la ayuda de Andrea, ella lo quiere hacer...	La hija de la paciente tratará de inducir trance.
P: La paciente afirma con un movimiento de cabeza.	La paciente acepta que la paciente induzca trance.
T: ¿Está bien?, ¿está despierta? ¿cómo se siente ahora?	
P: Bien.	
T: ¿Tiene algún dolor?	Se evalúa el dolor actual de la paciente.
P: No tan intenso aquí en la cola.	La paciente tiene un leve dolor lumbar.
T: Poquito. Usted siempre deje su mano aquí abra los ojos ella le va a tomar su mano... (se intenta que la hija induzca trance por eso se le pide su atención).	
H: Toma atención en tu mano... Y cuando quieras cierra tus ojos...	La hija habla siguiendo las instrucciones de la terapeuta.
T: Correcto...	La terapeuta acompaña mínimamente.
H: No tienes dolor estás mejor... además estás en ese lugar bonito que te cuida... Te sientes bien no te preocupas en nada... ¿Cómo es ese lugar?... ¿hay sol?...	Se intenta disociar a la paciente.
Puedes tomar aire... es rico lo pasas super bien con todos los que tú quieres... estás muy bien... es precioso... Puedes dejar tu manito ahí y tu te vas a ese lugar... que es tan bonito tan precioso... (silencio).	
Cuando te sientas preparada si quieres puedes volver... acá... sabiendo que las sustancias siempre van a estar dando vueltas y te sentirás mejor... cada vez mejor... vas a volver y vas a volver bien...	Sugerencias para reincorporarse.

[la paciente permanece en trance por media hora aproximadamente, demora en reincorporarse. Al despertar se emocionó al ver y saber que su hija le indujo trance].

T: ¿Le gustó que ella lo hiciera?

Se consulta si le agrado que la hija le ayudara en el trance.

P: Sí.

T: ¿Lo pudo hacer?

P: Sí.

H: Está muy lloroncita.

La paciente llora después de la inducción, emocionada porque su hija la ayudó.

T: No importa, puede desahogarse todo lo que quiera. [Al parecer a la hija le gustó ayudar a su madre y por comentarios hechos a la terapeuta se dio cuenta que se madre se encontraba en un estado distinto].

La ideas es practicarlo en la semana. Se conversa con la paciente y con la hija, la conversación no fue grabada. En ella la paciente relató que se imaginó a un niñito jugando en el mar, siempre ve lo mismo, ella cree que puede ser un nieto que está esperando que nazca. La paciente y la hija se despiden amablemente de la terapeuta.

P: Gracias (fin de la sesión).

SESIÓN 4.

PACIENTE: 4.

FECHA: 29 de Mayo 2001.

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, sala común de Ginecología.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encontraba hospitalizada, no presentaba dolor ni otros síntomas.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes. En cuanto a su estado afectivo, presentaba ansiedad.

HIPNOSIS: en esta sesión se pudo inducir un trance profundo mediante levitación de manos. La paciente finalizó la sesión tranquila, sorprendida, agradada y motivada para continuar con la autohipnosis.

RED DE APOYO: regular.

DOLOR: no se realizó evaluación de la experiencia dolorosa.

RESUMEN:

La paciente se veía cansada, ansiosa y feliz por comenzar el tratamiento de radioterapia. En su contacto con la terapeuta se mostró cooperadora y cordial.

En el último tiempo ha tenido dolores intensos, una vez al día. Las crisis son de corta duración, pero la paciente las siente más largas. No se realizó una evaluación del dolor porque la enferma contaba con poco tiempo, luego asistiría a radioterapia en el Hospital Caupolicán Pardo.

Durante la sesión se indujo trance mediante levitación de manos, se dieron sugerencias para el control del dolor y variables psicológicas.

La paciente pudo experimentar un trance profundo en el cual se pudo disociar y visualizar las mismas imágenes vistas en trances anteriores, las cuales sorprenden una vez más a la paciente.

La paciente finalizó la sesión tranquila, agradada y motivada para continuar practicando autohipnosis.

T: ¿La crisis de dolor es una al día?

Se evalúan las crisis de dolor.

P: Sí como una al día.

T: ¿Es a la misma hora?

P: No, no me he dado cuenta.

T: Y no sabe cuánto le dura.

P: No, puede ser corto.

La paciente sabe que las crisis son de corta duración, pero las experimenta más largas.

T: Pero usted lo siente largo.

P: Pueden ser cortos, pero yo lo siento super largos.

T: Super largos, ya. A lo mejor eso puede ir mejorando. ¿Va a empezar la radioterapia?

La paciente comenzará el tratamiento de radioterapia.

P: Sí.

T: Entonces para que se vaya más ó menos relajadita.

Se recomiendan la autohipnosis para que pueda enfrentar mejor su tratamiento.

P: Sí.

T: Sí, tiene que tomar los medicamentos en las horas.

Ahora usted ya sabe ya... como relajarse... levantando la manito... siempre que coloca su mano así se conecta con esas sensaciones saludables... Lo que vamos experimentar es la ayuda de su mente inconsciente... y de esta manera recibir las sustancias que sean beneficiosas...

Sugestiones para autohipnosis, la paciente sabe inducir trance por sí misma.

Y para esto puede escuchar los ruidos de la habitación... mi voz... y cuando quiera puede cerrar los ojos...

Y vamos a ocupar muy poco tiempo de este tiempo... del reloj, pero podemos ocupar todo el tiempo necesario para relajarse porque el mundo interno es distinto... puede escuchar los ruidos que la acompañan... gente que trabaja... y como usted sabe hacer las cosas a su manera... tal vez pueda escuchar mi voz e irse al lugar que le agrada... sintiendo la compañía que hay en esta sala...

Se introducen los ruidos ambientales en la inducción para facilitar el trance de la paciente.

Y al estar ahí su mente inconsciente sabe hacer este trabajo de forma automática... por eso no hay que desesperarse ni angustiarse...

Sugestión para autohipnosis.

Cada vez que venga una sensación de dolor intenso... podemos levantar suavemente nuestra mano... mirarla, cerrar nuestros ojos... y dar un paso al lado a ese lugar en que estamos más allá del dolor y del sufrimiento...

Sugerencias para controlar el dolor.

Y vamos a ocupar nuestros recursos internos para que se pueda controlar esa molestia porque en nuestro cuerpo hay sustancias que pueden controlar esa molestia... Podemos hacer los cortes necesario... porque podemos hacer el mejor arreglo desde nuestra mente inconsciente...

Sugerencias para practicar autohipnosis, basadas en el trabajo que desempeñaba la paciente.

Y puede ser sorprendente que cada vez que nos levanten

la mano podamos entrar a ese espacio agradable y nos quedemos ahí... lo miremos, lo disfrutemos y descansemos...

Sugerencia basada en ideas de la paciente planteadas en la entrevista inicial, se utilizan las mismas palabras.

Sabiendo que podemos obtener cosas que nos ayudaran en las peleas que tengamos que dar y para descansar... sabiendo que es una experiencia totalmente agradable...

Correcto... [la paciente baja su mano].

Y vamos a ir desatando nudos... porque los nudos que puedan estar los vamos a desatar para hacer los arreglos necesarios... tal vez tenemos cosas que cortar y coser para dejarlo a nuestra medida... Correcto...

Y a medida que su mano se mueve encuentra el estado de trance que es más beneficioso para nosotros en este momento... y como todos necesitamos descansar en algún minuto para obtener nuevas energía y nuevas fuerzas... nos vamos a este lugar de trance...

Correcto... [la paciente baja su mano].

Y en este lugar que nos da tranquilidad y seguridad incondicional porque a él podemos acceder siempre...

Y a veces no son necesarias las palabras porque un gesto pude decir más que mil palabras... Como ese gesto... cuando levantan nuestra mano con suavidad y miramos nuestra mano... Ese puede ser todo el gesto necesario... lo demás puede ocurrir solo... (silencio).

Sugerencia para autohipnosis.

Incluso puede hacer el gesto sola y el camino puede ser el mismo... Porque cuando se comienza algo a veces sigue el propio hilo... (silencio).

Sugerencia para autohipnosis.

Y estando en este maravilloso lugar... cuando regresemos podemos traer recursos, cosas que queremos, sentirnos tranquilas, con sabiduría... (silencio)

Sugerencia para la disociación.

Y cuando considere apropiado sin apresurarse tomándose su tiempo... puede regresar, bien... trayendo esa energía que le ha dado su mente inconsciente, también esa tranquilidad... (silencio).

Sugerencias para reincorporarse.

Y ahora puede volver más refrescada mejor...
[la paciente se reincorpora]

Sugerencia para reincorporarse.

P: Vi una guagüita.

La paciente relata las imágenes vistas en el estado de trance.

T: ¿Sí?

P: Sí un niñito como de una año y medio que me tira agüita... ayer también me apareció... ahora igual, lo vi solito...

La paciente piensa que el niño que ve en su imagen puede ser un nieto próximo a nacer.

Puede ser mi guagüita que estamos esperando.

T: Que bien.

P: Y se ríe.

T: ¿Está esperando una guagüita?

H: Mi cuñada, sí. Tiene tres meses ya.

T: Que bonito ¿se anduvo pasando el sueño?

P: Sí.

T: ¿Descansó?

P: Sí. Aunque no tenga dolor voy a empezar a practicar.

La paciente quiere practicar hipnosis, aunque no tenga dolor.

T: Bueno.

H: Se siente relajada.

P: Sí, para estar relajada. Aquí me duele en el hospital... debe ser la cama... [la paciente señala un dolor lumbar].

H: La cama muchos días...

T: Claro, puede ser. Si lo practica va estar más relajada y los dolores no la pillan tan desprevenida.
Entonces ¿el Lunes va a venir al poli de dolor?

Se habla sobre el próximo encuentro con la paciente.

P: Sí.

T: Ahí nos vemos... practique, si no le resulta me cuenta... si le resulta.. o más o menos... en qué parte no... como sea...

P: El guagüito me tiraba y me tiraba agua con un lavatorio... y siempre en la playa...

T: ¿Te diste cuenta que cada vez es más fácil?
(la terapeuta le dice a la hija).

H: Sí.

T: Ya las dejo que les vaya bien.

P: Ya... Gracias.

H: Gracias.

T: Que le vaya bien en el tratamiento y hágalo para que se relaje para que no se ponga tensa con tanta cosa nueva.

¿Las dudas de su enfermedad las pudo aclarar?

Se consulta para saber si la paciente ha aclarado las dudas sobre su enfermedad con los médicos, al parecer no lo ha hecho personalmente, los médicos han hablado con su hija.

P: Sí, mi hija habló con el médico.

T: Ya pues, señora Rosa.

P: Ya... pues Valeria un millón de gracias.

SESIÓN 1.

PACIENTE: 5.

FECHA: 25 de Enero de 2001.

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Ginecología, sala común.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encuentra hospitalizada con suero, no realiza actividades, luce cansada, tiene dolor, problemas para dormir, estreñimiento y náuseas.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: durante la sesión la paciente no presenta alteraciones psicopatológicas importantes; no obstante, se observan algunas dificultades para mantener la atención. En cuanto a su estado afectivo, presenta tristeza, desaliento y desesperanza.

HIPNOSIS: se realizó una inducción hipnótica mediante trance conversacional en el cual la paciente pudo experimentar un estado profundo y disminuir sus molestias.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 6.
b) Dolor más intenso: EVA 8-9.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 6 aprox.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 6.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo: no se tienen antecedentes.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Dolor base: en ocasiones no presenta dolor.

TRATAMIENTOS: medicamentos para aliviar el dolor codeína 6% 20 gotas cada 4 horas, pero el efecto sólo dura 1 hora y media. Espera someterse a quimioterapia y radioterapia paliativa.

RESUMEN:

La paciente se encontraba hospitalizada en Ginecología del Hospital San Juan de Dios. Estaba con suero, lucía cansada y hablaba muy bajo. El médico de turno explicó a la paciente el trabajo a realizar y pidió su consentimiento. La entrevista se realizó en este lugar.

Además de la explicación dada por el profesional, la terapeuta le explicó nuevamente sobre el trabajo: un trabajo de seis sesiones de hipnoterapia ericksoniana para disminuir el dolor, explicó en qué consiste la intervención propuesta, dio algunos ejemplos y consultó posibles dudas. Además informó que el trabajo era parte de una investigación que evalúa sus posibles ventajas, por esto las sesiones serían grabadas y transcritas. La paciente no tuvo problemas, colaboró con agrado, incluso no tenía problemas para revelar su identidad, la cual se mantendrá en reserva por decisión de la autora.

Se realizó una entrevista para obtener información referente a distintos aspectos como: datos personales, red de apoyo, fenomenología de la experiencia dolorosa, repercusión de la enfermedad en la vida de la paciente, gustos personales y actividades previas.

La paciente pudo ser identificada como una persona de nivel socio-económico y cultural bajo, no sabe leer muy bien, vivió en el campo. Cuando aún era una niña llegó a Santiago y vive desde esa época en la capital. Se casó, tuvo cinco hijos, se separó por problemas de violencia intrafamiliar, posteriormente tuvo otra pareja con la cual tuvo tres hijos y se separó. Actualmente, se acostumbró a estar sin pareja, vive con sus hijos y algunos nietos, quienes se preocupan por ella. En el último tiempo se ha desempeñado como asesora del hogar, y en algunas ocasiones, como obrera en una fábrica.

Sus problemas de salud comenzaron cuando hace algunos años atrás, la paciente se sometió a un examen de Papanicolaou que detectó alteraciones; pero la paciente postergó el tratamiento por no tener permiso en su trabajo, después lo olvidó. Actualmente sabe que tiene cáncer grado tres, pero no entiende el significado y no ha consultado para saber más. La paciente no muestra interés en su estado de salud, posiblemente porque piensa que morirá.

En cuanto al dolor, la paciente lo menciona como una clavada que permanece gran parte del día y que va desde el vientre al ano. El dolor disminuye con los medicamentos, pero sólo por una hora y media. Para aliviarse realiza respiraciones cortas y rápidas con esto disminuye momentáneamente. La paciente espera someterse próximamente a quimioterapia, teme que el tratamiento le provoque más dolor, para disipar sus dudas sobre el tratamiento y el dolor consulta a una paciente que se encuentra hospitalizada a su lado.

Durante la sesión se realizó un trance para familiarizar a la paciente con el procedimiento, tener información sobre sus facilidades, estrategias más adecuadas, efectos inmediatos y reforzar su cooperación.

La intervención hipnótica no fue fácil debido al pensamiento concreto y negativo de la paciente y a sus problemas de concentración. Primero se intentó realizar una inducción por fijación de ojos, pues la paciente siempre miraba una mancha del techo, pero atendía sólo por algunos momentos y no dio señales de estar en trance.

Finalmente la inducción fue conseguida mediante un trance conversacional que la disoció. Para esto se sugirió una actividad conocida, no muy gratificante y que requería cierto tiempo y trabajo: desenrollar una madeja de lana para tejer algo en el futuro. La inducción fue exitosa, la paciente dio señales de estar en un trance profundo, se mantuvo inmóvil en una posición incómoda, recostada de lado, con un riñón en la mano, durante varios minutos (30 minutos) se reincorporó por petición de la terapeuta.

Al reincorporarse se evaluaron las molestias, la paciente no refirió dolor ni náuseas. El bienestar se mantuvo por tres horas aproximadamente, le gustó la experiencia y manifestó su interés por continuar.

Es importante señalar la persona no era el sujeto "ideal" para realizar un trance hipnótico, según los criterios estandarizados, además las condiciones ambientales de ruido e interrupciones, hacían más difícil el procedimiento; sin embargo, la paciente pudo experimentar un trance profundo.

Esto se logró gracias a la aplicación de los principios de utilización, lo que permitió sortear las dificultades y aflorar los recursos de la paciente para experimentar trance y conseguir el alivio esperado. Los recursos no se refieren sólo a capacidades intelectuales o culturales, como se podría suponer: son todas las experiencias de vida que tiene una persona por más comunes y corrientes que puedan parecer.

T: ¿Cuál es su nombre?	Se consultan los datos personales de la paciente.
P: María (para proteger la identidad de la paciente no se coloca su identidad).	
T: ¿Qué edad tiene?	
P: 53.	
T: ¿Dónde vive?	
P: En Renca (no se anota la dirección de la paciente para cuidar su privacidad).	
T: ¿Teléfono?	
P: Sí (no se anota el teléfono de la paciente para cuidar su privacidad).	
T: ¿Qué hace?	Se consulta por sus actividades en busca de recursos que permitan realizar la intervención hipnótica.
P: Trabajo en una casa.	
T: ¿Hasta hace poco estaba trabajando?	
P: Sí.	
T: ¿Con quién vive?	Se evalúa su red de apoyo.
P: Con mis hijos.	

T: Sus hijos ¿con cuántos hijos?

P: Cuatro, cinco con una niña y un nieto.

T: Cinco hijos...

P: Y un nieto.

T: ¿Cuál es su enfermedad?

Se hace un pregunta general para saber la información que maneja la paciente.

P: Tengo cáncer, me lo detectaron el 97, pero dónde yo trabajaba no me dieron permiso, me vinieron a buscar los médicos del Consultorio Carlos Urzúa y... me dijo el jefe... ya... tení todo el invierno pa' tratarte ahora que es verano vení a lesiar.

T: ¿Trabajaba usted?

P: Trabajaba en una fábrica, por eso no... después se me olvidó, de verdad que se me olvidó, se me olvidó a mí.

Por un olvido no inicio el tratamiento.

T: Ah... el 97. ¿De cuándo que está hospitalizada?

P: No me acuerdo señorita, si del cuatro o del 7.

T: ¿Acá mismo? Lleva bastante tiempo hospitalizada.

P: Es que me encontraron todo lo que no tenía, señorita; si yo venía a hacerme una quimioterapia y me encontraron todo lo que yo no tenía.

T: Tiene dolor.

Se comienza a evaluar el dolor.

P: Sí.

T: ¿Dónde?

Localización del dolor.

P: Aquí [la paciente señala el abdomen].

T: ¿En ese lugar solamente?

Se consulta por otros lugares posibles, que no estén presentes en este momento.

P: Y en el poto, estoy estítica... donde esas gotas que me dio el doctor, me ponen tan estítica.

T: ¿Qué está tomando?

P: Nada, pero hice el cuerpo hoy día.

T: Ya, ¿Pero para el dolor está tomando algo?

Se consulta por los medicamentos que toma la paciente para el dolor.

P: Sí, la señorita me dice que tengo que tomarme esa [la paciente señala una gotas que están sobre su mesa].

T: Codeína (la terapeuta la mira el medicamento es codeína 6%).

La paciente toma codeína 6%.

P: Me iban a dar un calmante no sé que, a la noche parece.

T: Y ¿cómo se ha sentido con el medicamento?	Se evalúa el alivio obtenido por la paciente con el medicamento.
P: Sí, se me pasa el dolor, pero poquito ahora, antes me lo daban cada 6 horas, ahora aguanto una hora y media no más.	La paciente siente alivio con el medicamento por una hora y media.
T: Y ¿cómo es este dolor si me lo pudiera explicar?	Se consulta por las cualidades del dolor.
P: No sé cómo explicarlo, señorita.	
T: A ver... ¿Cuánto tiempo le dura?	Se trata de ayudar a la paciente en la explicación del dolor, para eso se consulta por la duración del dolor.
P: Mire si respiro así... [la paciente respira rápidamente realizando pequeñas respiraciones].	La paciente señala una de las estrategias que utiliza para el control del dolor.
T: ¿ Ahí se le pasa?	
P: Se me va pasando y duermo un ratito y de ahí vuelve otra vez. El ibuprofeno lo vomité, entonces no lo estoy tomando hasta que vaya al hospital de Cáncer a hacerme un raspao quizá pueda tomar.	
T: ¿El dolor se mantiene durante todo el día? ¿hay ratos en el día que no tiene?	Se insiste en consultar sobre la duración porque las respuestas de la paciente no permiten definirlo.
P: Ratos, ratos.	
T: ¿Hay ratos que no tiene dolor?	
P: Claro, ratos. Pero aquí tratan de ponerme calmantes para que yo me sienta bien, sí.	La paciente siente alivio con los medicamentos.
T: Entonces usted encuentra que los calmantes le hacen bien, pero necesita tomarse más seguidos los calmantes.	
P: Claro.	
T: ¿Es el mismo dolor siempre o va cambiando?	Se consulta por las cualidades del dolor, cómo es el dolor este aspecto puede ser de utilidad para construir una intervención hipnótica.
P: No igual...	
T: El mismo dolor. ¿Hasta que curso estudió? (pregunta que faltaba hacer en la entrevista).	Se consulta porque se evaluará la intensidad del dolor mediante la Escala Visual Análoga, se quiere saber el nivel educacional de la paciente para determinar el lado de la regla que se le mostrará, la escala utilizada tiene un lado con caras y otro con números. Se podría haber consultado antes este aspecto para no desviarse del tema.

P: Segundo básico.

T: Segundo básico.
Aquí es sin dolor y aquí es el dolor más fuerte que usted pudiera soportar o que no ha soportado, pero se imagina que podría soportar...

Se muestra el lado de las caras.

P: No sé señorita, soy tan ignorante.

Mira la regla por el lado de las caras y no sabe qué responder.

T: A ver acá (la terapeuta le muestra la Escala por el lado de los números) Cero es sin dolor, nada y aquí (la terapeuta señala el diez) es lo que más le pueda doler.

P: Yo creo que en la 6, señorita.

Para la paciente fue más fácil contestar por el lado de los número de la Escala Visual Análoga.

T: En la 6, más o menos se mantiene generalmente.

P: Sí.

T: Y ¿ahora tiene dolor?

P: Sí .

T: Cuando respira cortito se le pasa.

P: Se me pasa un poco después puedo tomar agua y me duermo, después despierto otra vez con el maldito dolor.

T: ¿Cuándo duerme no le duele?

Se consulta por molestias al dormir.

P: Anoche la señorita me dio un calmante y me duró hasta las tres, después seguí así.

Al parecer los fármacos alivian su dolor.

T: Y ¿qué otras cosa le ayudan a bajar el dolor?

Se indagan sobre otras alternativas para disminuir su dolor.

P: Eso lo que me han dao no más.

T: Y qué hace usted, por ejemplo, cuando respira cortito le baja un poco el dolor y los medicamentos que le hacen bien. ¿Qué hace cuando tiene dolor?

P: Lloro, me dan ganas de llorar fuerte, no puedo llorar (N.E)

La paciente siente ganas de llorar con el dolor, pero no lo hace.

T: Sí, pues.

P: En mi casa me tomo los remedios puntuales y paso bien. Aquí donde me han pinchao... me dio hasta una trombosis en una pierna... Estar aquí... si un nunca he estado hospitaliza... yo decía voy a la quimioterapia me voy a mejorar, voy a seguir trabajando... me salió todo el tiro por la culata... tengo ganas de morirme no más.

La paciente ha sido puntual para tomar sus remedios, se siente frustrada porque pensó que su mejoría sería más rápida.

T: Sí.

P: Los chiquillos me compran la droga... me dicen mamá... mejórate queremos verte en la casa. Ellos están

Al parecer la familia se preocupa por la paciente.

preocupados de mí y yo no pongo nada de mí parte.

T: Difícil estar en una situación así.

P: Sí. Y lo que no sé si tengo mejoría, no sé.

No sabe sobre su pronóstico.

T: Ya ¿No le ha preguntado a los médicos?

P: No, me dijo: usted tiene grado tres. ¿Qué es grado?

T: Ah, usted no entiende qué es grado tres.

P: No, si yo no sé de eso.
Para qué estar luchando si me voy a morir, para qué, entonces yo le dijo a mi hijo para qué, si yo me voy a morir, hijo... le digo yo.

La paciente piensa que se va a morir irremediablemente, por eso no tiene sentido luchar para seguir viviendo.

T: Este dolor se mantiene durante todo el día, constante, día y noche y más o menos es un dolor 6.

Al parecer la paciente se mantiene con un dolor 6, día y noche.

P: Sí.

T: Y ¿es un dolor que le punza? ¿un dolor que le clava? ¿un dolor difuso cómo es ese dolor?

Se consulta nuevamente por las cualidades del dolor porque en ocasiones anteriores la conversación se ha desviado y la pregunta ha quedado sin respuesta.

P: Me clava desde aquí hasta el poto [la paciente señala el vientre] como que me dan ganas de ir al baño.

T: Ya.

P: Y como le dije, fui al baño y logré hacer un poco estaba contenta... porque tomé vaselina, es lo más malo la vaselina.

T: Estas preguntas se las voy a hacer para que me quede muy claro cómo es, porque usted es la que mejor sabe de su dolor ¿cierto?

P: Ahora le pregunté a la Margarita: Margarita y ¿la quimio duele?

T: ¿Quién es la Margarita?

P: La enferma (una paciente hospitalizada junto a la cama de la paciente por la misma causa, a quien se invitó a participar, pero no aceptó por no encontrarlo necesario).

T: Yo le voy a ir preguntando para ver cómo vamos.

Se refiere al dolor.

P: Ya, señorita.

T: Y vamos a tratar de hacer lo mejor posible. ¿A usted le cuesta relajarse?

P: Yo creo que sí, señorita.

T: ¿Pasa tensa?

P: Sí, eh.

T: Pero usted se ha dado cuenta que cuando nos

relajamos hasta nuestro cuerpo se siente un poco mejor.

P: No, sé qué lo que es relajamiento, señorita.

La paciente no entiende que es relajarse, tal como se pensó, la explicación dada no fue suficiente.

T: Cuando por ejemplo usted ha estado en un lugar bonito... bajo un árbol... siente el viento... en un momento que está descansando.

Se utilizan lugares que normalmente la gente se relaja.

P: (N.E)

T: ¿Sí? Por ejemplo en los días de verano uno ha tenido recuerdos... o cuando era chica, entonces eso es relajarse... A veces uno no está en esos lugares, pero la misma sensación uno la puede volver a llamar... como cuando le digo piense en un limón... ¿Siente la sensación de acidez?

P: Mmm.

Hace una mueca al mencionar el limón.

T: A mí también me pasa, a todos nos pasa; pero el limón no está acá. Entonces en vez de pensar cosas desagradables como el limón, uno piensa en cosas agradables y esa misma sensación de agrado que sintió en ese lugar la puede sentir ahora... ¿Ve? A eso yo le llamo relajarse y esto funciona así: uno tiene una mente que uno se da cuenta que está acá y tiene otra mente que es la que sueña la que se imagina...

Se comienza a hablar en tono hipnótico y se mencionan ciertas verdades obvias y sugerencias de disociación.

P: Sí.

T: Esa mente influye en las sensaciones del cuerpo como cuando le di el ejemplo del limón.

P: Ya.

T: Entonces lo que vamos a ir haciendo es ir conociendo esta mente.

P: Ya.

T: Y enseñarle a nuestro cuerpo que se meta en ese tipo de experiencia ¿Sí?

P: Ya.

T: Por ejemplo... Es lo que hacemos todos los días, por ejemplo cuando miramos un punto.... entonces miramos un punto porque todos hemos mirado un lugar y nuestra mente se va a otro lugar... y nos ponemos a recordar otras cosas...

Se intenta inducir trance por fijación de ojos porque no resultó el intento anterior.

P: Yo me distraigo con eso que para mí es un palote [la paciente se refiere a una pequeña mancha en el techo] Y en la de allá también es un palote, pero más gordo.

La persona mira un punto en el techo, posibles trances espontáneos.

T: Claro.

P: Empiezo a mirarlo. Yo no quiero pensar en mi casa... y ahí lo veo yo le encuentro a veces más cara de caballo. Y allá cuando me llevaron ayer a un scanner, parece que era... ese no lo puedo ver... y así me llevo distraía.

T: Lo mismo que usted hace, vamos a hacer un ejercicio ahora, para que usted se dé cuenta de qué se trata.

P: Ya.

T: Entonces puede mirar un punto... porque de lo que se trata es ayudarla a distraerse y de la forma que usted tiene... va a hacerlo a su manera ¿ya?...

Entonces sin darnos cuenta a medida que nos distraemos más, nuestro dolor disminuye... a lo mejor es imperceptible el cambio, pero sucede...

Si usted quiere puede mirar un punto... si quiere puede cerrar los ojos como a usted le acomode más, entonces podemos ir a un lugar cómodo...
Entonces cuando usted mira el punto ve el palote, y a veces cuando uno está con el palote se acuerda de la... ¿Dónde creció usted? (la terapeuta olvidó preguntar estos datos antes de iniciar el la inducción, al hacerlo se da cuenta que es necesario saber cuáles son los espacios agradables y familiares para la paciente)

Se intenta inducir trance por fijación de ojos se habla con lenguaje hipnótico y se construyen implicaciones psicológicas.

P: En Nos.

Se consulta por el lugar donde creció para evocar lugares que resulten familiares.

T: En Nos creció usted.

P: En el campo.

La paciente creció en el campo.

T: ¿Qué cosas le agradan?, ¿qué le ha gustado hacer en su vida antes? No ahora que está enferma, antes... ¿qué le gustaba hacer?

P: Cosas...

T: ¿Las cosas de la casa?

Le gusta realizar los quehaceres domésticos.

P: Pero no en el barro, no en el campo, no me gusta el campo. Tengo familia en el campo, pero no voy no me gusta el campo... no. Metía en el barro las patas partías... mucho esfuerzo.

No le gusta le vida del campo, por lo tanto, lugares del campo que pueden ayudar a relajarse a la mayoría, no son de utilidad para la paciente.

T: Sí, usted creció allá.

P: Crecí hasta los doce años. Ahí me vinieron a dejar aquí a Santiago.

T: ¿Cómo la vinieron a dejar?

Se investiga para saber por qué una niña de 12 años llega sola a la ciudad.

P: Una señora necesitaba la compañía de una niña y ella me iba a mandar a la escuela... puros engaños... nunca me mando a la escuela, yo estudié lo que me dio mi mamá no más, segundo año.

De ahí pasé a cuidar el jardín que no hubieran hojas en el jardín cuando llegara el auto, sacarle la maleza al pasto... para que ella... me mantenía me daba comía y trabajo... tantas cosas...

Yo no tenía que estar metía en la calle, no me dejaba estar en la puerta de la calle, ni mirar para afuera, me decían que se iban a reír de mí. Yo le decía agualte... y se enojaba la señora, por qué me no me corregía la señora, para yo aprender más... haber aprendido más...

T: Por esas palabras, ella decía que se iban a reír de usted...

P: Mmm, no me enseñó la señora y estuve diez años con ella.

T: Diez años.

P: Sí, salí para puro casarme.

T: ¿Cuánto tiempo estuvo casada?

P: Diez años... me pegaba.

T: ¿Le daba mala vida?

P: Sí, lo que pasa que no era tan fea como ahora... mi marido era muy celoso, cualquier cosa me pegaba.

La paciente estuvo casada durante 10 años, tuvo 5 hijos y era golpeada por su marido. Luego tuvo una pareja a la cual se refiere con cariño con él tuvo 3 hijos más.

Después me junté con un cabro menor que mí, pero él me cambió por un lola, ahora... hacen doce años ya... cumplimos el 7 de Abril, doce años separados... y ahí quedé con tres niñitas más y cinco más de mi matrimonio.

T: Entonces tuvo 8 hijos.

P: Dos pérdidas, sí. Una de mi marido y otra de mi conviviente. Pero ahora está arrepentido. No, yo le digo córrete no más.

T: Él quiere volver con usted.

P: Sí.

T: Parece que él se equivoco.

P: Sí.

T: Y ¿se acostumbró sin él?

P: ¿Sola?, sí no tengo que andar desesperá lavando... calcetines... porque se cambiaba ropa todos los días. Y había una ropa que le gustaba más... yo pasaba metía en la artesa lavando, no tenía lavadora...

T: Y ¿qué cosa le gustaba hacer?

P: Las cosas de la casa.

T: Y ¿alguna cosa en especial?

P: Preocuparme de las niñas que estén bonitas... y tejer...

A la paciente le gusta tejer.

T: Tejer.

P: Cuando chica tejía con un alambre y con hilos de la basura, me decían la loca... y ahora tejo bien lindo.

T: Sí, todavía teje.

P: Si hago cosas bien bonitas para las guaguas a todos

mis nietos los he recibido con mi ropa tejida.

T: Que bonito.

P: Tengo 6 nietos.

T: Y ¿sus hijos que edad tienen?

P: El mayor tiene 34 y la menor 17.

T:¿ Hay lugares que le gusten?

P: ¿Lugares?

T: Por ejemplo hay personas que le gusta la playa... [la paciente interrumpe a la terapeuta].

P: Ah... sí, me llevo a la playa el año pasado y llegué bien de la playa.

T: La relajó la playa.

P: Sí, llegué mejor, contenta, me andaba riendo sola, pero estaba medio agotá... ahora justo te enfermaste viejita para llevarte a la playa, me dijeron mis niños. Él habló en el trabajo para llevarme por 5 días a la playa.

Aparentemente a la paciente le agrada la playa, aunque tiene un reparo: llegó cansada.

T: Así que le gusta la playa, tiene buenos recuerdos...

P: Sí, mi hijo en esa noche nos sacaba en carretela pa' Quintero a pasear, lo pasamos bien...

T: Que bien, bonita la playa... la playa la relaja.

P: Además que me fui con mis dos lolas chicas, mi nieto... lo pasamos divino con el nieto... porque el corría pa'l agua y yo le tengo miedo, yo lo sujetaba donde llegaba la ola más chiquitita, pero el quería más pa' dentro, yo no, yo le tengo pánico a la mar... y disfrutaba con mis nietos...

Las olas la asustan.

T: ¿Le gustaría hacer un ejercicio?

Se propone realizar la inducción hipnótica.

P: ¿Cómo qué?

T: Como miran un punto... para concentrarnos en esa relajación que sentimos cuando fuimos a la playa... es acordarse como estaba la temperatura del agua... como estaba el aire... y a medida que mire el punto se puede ir acordando más... porque con mirar un punto se acuerda más [la paciente está acostada y mira un punto] la mente se puede acordar de la playa de qué época era...

Se intenta realizar una inducción hipnótica.

P: Sí, verano.

T: Verano.

P: Sí.

T: Calor.

P: Había un día rico, rico.

T: Un día rico.

Se intenta de acompañar a la paciente.

P: Rico... me gustaba que mi hijo me comprara pan amasado y que lleváramos sándwich para la playa con bebida heladita, pero no en la arena.

T: Ya.

P: Antes de bajar a la playa comerlo.

T: Entonces hagamos un paseo por esa playa...

P: A mí no me gustaba la arena, por que una vez que llegaba una miga de arena ya no me gustaba .

A la paciente no le gusta la arena, no se puede sugerir el mar como lugar agradable si no le gusta la arena.

T: Ya, no le gustaba.

P: No.

T: Entonces usted me va diciendo... para que yo la vaya siguiendo

No es fácil guiar a la paciente y realizar el acercamiento hipnótico planteado, muchas cosas del lugar elegido por la paciente son desagradables para ella, se intenta que la paciente guíe el trabajo.

P: Paseábamos por la playa con los chiquillos y decía: ya mamá ¿te barro aquí? Una escala donde hay un internado y hay una pequeña loza y nos daban permiso para sentarnos ahí.

T: Ya.

P: Barríamos bien barrío y ahí nos servíamos los sándwich tomábamos bebida y después llenitos bajábamos pa' abajo, pa' jugar con el agua.

T: ¿Le gusta jugar con el agua?

P: Sí, pero uh... le tengo pánico porque se lleva los pies para adentro, me da miedo a mí.

T: Ya, le gusta más mirarla.

P: Sí, yo corría por el niño no más.

T: Estar sentada mirando el mar ¿le gusta?

Se trata de guiar nuevamente porque la paciente se refiere preferentemente a molestias y a situaciones desagradables. Hasta el momento no ha presentado señales mínimas que indiquen trance.

P: Sí, a más mi hijo me pasó celular, me decía: ¿mamita dónde estay? Y eran las once de la noche y todavía estabamos en el mar, o sea subíamos para arriba como a las 5 se bañaban con agua dulce, ahí nos cambiábamos ropa... me decía: ¿nos vamos a tomar un tecito? - ya tomemos un tecito - y de ahí nos íbamos después de las noticias de las 9 y ahí bajamos pa' abajo otra vez, llegábamos como la una de la mañana.

T: Tiene bonitos recuerdos.

P: Sí.

T: Sí, podemos ir entrando en esos recuerdos sintiendo la temperatura... mirando el lugar... nos podemos concentrar en esos recuerdos miramos el mar... escuchando los vehículos tal vez... o las gaviotas.

P: No, las gaviotas nunca andan.

Se interrumpe la relajación que ha comenzado, la paciente abre los ojos y dice que no habían gaviotas. Poder inducir trance es difícil por la cantidad de detalles que pueden ser molestos o no estar presente en la situación.

T: ¿No?.

P: No nunca andan, lo único que quieren es comer no más.

T: Quieren comer no más...

La terapeuta intenta seguir a la paciente, pero no sabe cómo, por el momento repite lo que ella dice.

P: Ah.

T: Pero mirando hay otros recuerdos y hay otros recuerdos que pueden ser sorprendentes...

Porque cuando uno va a este lugar... de la mente sabia... porque hay una mente de nosotros... que nos cuida que nosotros no sabemos muy bien de ella, pero es la que se preocupa de regular la temperatura de nuestro cuerpo... y nosotros no hacemos nada... es la que se preocupa de nuestra respiración permitiendo que respiremos tranquilamente y para eso no tenemos que recordarlo a cada rato... se preocupa de regular nuestro sueño... que nos va cuidando nos va relajando...

Nosotros no tenemos que hacer nada... sino simplemente dejarnos estar en ese estado que es el más cómodo para nosotros... para nuestra mente para nuestro cuerpo... para que nos vamos relajando y a medida que nos vamos relajando... nos vamos sintiendo más fresca...

La paciente tiene los ojos abiertos, por eso se le dice: "mirando se ven otros recuerdos". Se realiza otra aproximación hipnótica se intenta guiar a la persona para que pueda disociarse, por un camino distinto. La paciente puede no saber con certeza sobre la existencia o no de esta mente sabia.

Al darle las últimas sugerencias la paciente las acepta de mejor manera, se ve relajada, no se mueve, pero no ha mostrado señales mínimas que puedan hacer suponer que ha experimentado un trance.

P: No me ha dolido.

La paciente ha disminuido su dolor con la relajación.

T: No le ha dolido. ¿Qué dolor tiene?

P: Nada.

T: No tiene dolor.

P: Tengo puro deseo de vomitar.

La paciente acerca un riñón.

T: Ya, pero se le quitó el dolor.

P: Sí.

T: Eso es lo que vamos a hacer, por eso hacemos esto porque conversando a algunas personas se les baja el

dolor ¿se ha dado cuenta que se le bajó?

P: Sí.

Se muestra la disminución del dolor para motivar a la paciente.

T: ¿Se le había pasado durante el día?

En todo el día no se le había pasado el dolor.

P: No.

T: Tiene puro deseo de vomitar.

P: Sí.

T: A lo mejor haciendo uso de estos recursos de esta mente veremos si podemos hacer algo con estas ganas de vomitar ¿ya? [la paciente afirma con un movimiento la cabeza].

El dolor ha disminuido, pero tiene náuseas. La terapeuta intenta disminuir las molestias con hipnosis.

T: Entonces vamos a inspirar, vamos a meter el aire para adentro y vamos a botar... vamos a mirar un punto que nosotros queramos vamos a tener la mirada en un punto...

P: Vómito seco [la paciente vomita, pero no bota nada]

T: Entonces vamos a mirar un punto, el que usted quiera...

vamos a ir relajando porque aquí hay unos músculos... esos músculos que le dan ganas de vomitar lo vamos a ir relajando... vamos a mirar un punto... y a medida que usted se va sobando la guatita [la paciente se toca el estómago].

De esa manera se va soltando y va dejando que su mente vaya mirando el mar... y a medida que mira el punto... viene un recuerdo del mar... vamos al lugar de esta mente... que controla las funciones...

Va ir relajando que es como ir soltando los nudos de la lana... se van desatando los nudos de la lana se van soplando... [la paciente se queda sentada, absolutamente inmóvil, sin mostrar gestos de malestar, se encontraba en una posición incómoda, de costado, con el riñón en la mano, esto sucede de un momento a otro, después de mencionar la frase "desatar nudos"].

La paciente ha mencionado anteriormente su gusto por tejer. Muchas veces cuando se teje la lana se anuda, las personas tienen que desatar los nudos, dicha experiencia es sugerida por la terapeuta, la sugestión facilita el trance manifestando claros rasgos de estar en dicho estado, lo cual no se había conseguido antes.

A veces demora un poco, pero de a poco esta madeja se va desenredando... y vamos a enrollar otra nueva... sabiendo que dura un momento... No sabemos cuando, estando absolutamente alerta... mandándole aire a ese lugar...

Y es como cuando soplando esa lana... esos nudos que pueden estar ahí...y a medida que soplamos todos los malestares se van... es como cuando soplamos la lana... con el aire del mar...

A medida que más nos concentramos entramos en este lugar de la mente... y esta comodidad del aire fresco puede ir acomodando todo... lentamente...

Y confiando en nuestra sabiduría de nuestra naturaleza... que hace que recorra nuestra sangre... cada vez nosotros

podemos mirar un punto... imaginamos cómo formamos ciertas cosas... y vamos dejando que siga circulando suavemente a nuestro ritmo... (silencio durante seis minutos).

Y con un poco de paciencia vamos desatando estos nudos... algunos se demoran más... otros menos... pero lo importante es ir desarmándolos... ir confiando en nuestra sabiduría interna porque todos tenemos un sabio interno (la sugestión pretende dar seguridad a la paciente) que nos cuida... podemos confiar...

Cuando usted quiera puede volver a este lugar... sintiéndose relajada sabiendo lo que es estar tranquila... están los nudos disueltos, tenemos la lana esponjadita... trayendo frescor... a su ritmo...
Sabiendo que puede volver cuando usted quiera...
¿Ya?

P: Ya.

T: Señora María ¿cómo se esta sintiendo?... podemos buscar la posición que nos acomode más...

Señora María puede volver a su ritmo... ¿Se fueron las náuseas? (la terapeuta sube el tono de la voz para que facilitar que la paciente se reincorpore)

La paciente logró estar en un trance profundo, inmóvil semisentada, de lado, con un riñón en la mano por largo tiempo.

P: Sí. [la paciente contesta sorprendida y un poco sorprendida].

La paciente se reincorpora, se muestra sorprendida.

T: ¿Sí?

P: Sí.

T: ¿Cómo se siente?

La paciente no siente molestias.

P: Bien.

T: ¿Tiene alguna molestia?

P: No.

T: El dolor ¿cómo está?, ¿se pasó?.

P: Bien.

T: ¿Se pasó?

P: Sí.

T: Bueno eso es todo, puede dormir relajada.

P: Sí.

T: Entonces quede tranquila.

P: Ya, señorita.

T: Cada vez que usted mire un punto usted solamente tiene que mirar un punto...

Se intenta dar sugestión posthipnóticas que faciliten la autohipnosis.

P: Ya.

T: Cada vez que usted mire un punto se puede ir relajando... desatando los nudos.

P: Ya.

T: Sólo tiene que mirar un punto, puede cerrar los ojos y puede confiar en que todos tenemos un cuerpo que sigue funcionando y respira de la mejor manera... eso es relajarse... y usted se relajó de la mejor manera.

P: Sí, señorita.

T: ¿Le gustó?

P: Sí.

T: ¿Fue agradable?

P: Sí, señorita.

T: Bueno eso es todo... ¿Eso se lo saco? (se refiere al riñón)
P: No, yo lo pongo ahí.

T: Y ahora cuando me vaya puede dormir.

P: Sí.

T: ¿Tiene sueño?

P: mmm [afirma con un gesto].

T: Después la vengo a ver.

P: Gracias a usted.

Fin del cassette y de la sesión.

SESIÓN 2.

PACIENTE: 5.

FECHA: 26 de Enero de 2001.

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, Unidad de Ginecología.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encuentra hospitalizada, luce cansada, no realiza actividades, tiene dolor, problemas para dormir y náuseas.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: la paciente no presenta alteraciones psicopatológicas importantes. En cuanto a su estado afectivo, presenta tristeza, impaciencia y le preocupa el futuro de algunos integrantes de su familia.

HIPNOSIS: respecto a las sesiones de autohipnosis se encuentra motivada, las encuentra efectivas en el alivio del dolor, le gustaría continuar con ellas. Pero la no ha logrado aprender autohipnosis. En La sesión se pudo inducir trance conversacional y logró controlar las molestias.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 3.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 3 aprox.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 3 aprox.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 0.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): 1
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Dolor base: la mayor parte del día, pero en ocasiones no presenta dolor.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 0.
b) Duración del alivio inmediato después de la sesión: 3 hrs aprox.

TRATAMIENTOS:

Medicamentos para aliviar el dolor codeína 6% c/ 4 hrs.

RESUMEN:

La paciente se encontraba hospitalizada. Fue muy difícil realizar la entrevista por el ruido ambiental y porque se disponía de poco tiempo.

Se quiso realizar la segunda sesión al día siguiente, para reforzar el trabajo anterior y evitar posibles problemas para continuar después del alta.

En la sesión que se describe a continuación se evaluaron los resultados del día anterior y se realizó un procedimiento hipnótico.

El alivio conseguido en la sesión anterior se mantuvo durante tres horas aproximadamente, para la paciente la experiencia fue agradable y le gustaría continuar.

Tal como ocurrió en la primera sesión, no fue fácil encontrar el camino adecuado para realizar la intervención hipnótica. Lo primero que se intentó fue seguir las mismas estrategias utilizadas el día anterior, pero no tuvieron el mismo efecto, la paciente sólo logró relajarse sin dar señales de estar en trance.

Al analizar lo sucedido, se puede pensar que el error estuvo en suponer que los mismos elementos darían los mismos resultados, olvidando que los pequeños detalles marcan la diferencia. Lo anterior es un ejemplo de lo importante que es adecuar la intervención hipnoterapéutica a la persona y a su circunstancia, lo segundo no se cumplía en esta ocasión. Pues si bien los contenidos eran familiares, en esta oportunidad la paciente no quería relajarse, todo lo contrario, quería estar atenta para dar respuesta a sus problemas familiares.

Lo anterior se confirma con el siguiente hecho: la intervención fue efectiva cuando se dio espacio para pensar en el problema y se incluyeron ciertos elementos que permitieron hacerlo "hipnóticamente". En ese momento la paciente experimentó un trance profundo, similar a la primera vez, permaneció inmóvil y relajada, durante un tiempo largo. La inducción se logró mediante trance conversacional, utilizando predominantemente la disociación.

En días posteriores la paciente fue dada de alta, se acordó una cita en su casa, pero el día acordado la terapeuta no pudo encontrar la casa.

Por esto, la sesión que a continuación se transcribe fue la última realizada, pues la paciente falleció en los días siguientes.

T: Voy poner acá la grabadora.

P: Ya

T: ¿Cómo ha andado la molestia, el dolor?

P: Más intenso.

T: Más intenso.

P: Sí... anoche... (N.E).

T: Anoche y después cuando me fui ¿cómo se sintió?

Se evalúa el efecto de la sesión anterior.

P: Bien, hasta como las seis y media.

T: Hasta como las seis y media.

Después de la intervención estuvo aproximadamente 3 horas sin dolor.

P: Sí.

T: Cómo unas tres horas sin molestia.

P: Sí.

T: Y pudo estar en la visita con sus hijos.

P: Sí... estoy tan cansá... cansa de estar en cama, pero la señorita dijo que tenía que pasar ya... que la quimioterapia tenía que venir luego, por lo menos ahí... que iba a ver otro doctor para que se moviera.

T: En estos días ¿cómo ha estado su dolor? Aquí no le dolía nada y aquí el dolor más grande ¿se acuerda? (la terapeuta le muestra la EVA) [la paciente señala el número tres de la escala].

Se evalúa el dolor mediante la Escala Visual Análoga.

P: Por ahí, en el tres .

T: Tres y ayer después que me fui estuvo hasta la seis sin dolor y el dolor que tuvo después de las seis ¿cómo fue?

P: Intenso.

T: ¿Intenso?

P: Sí.

T: De cero a diez ¿cuánto fue?

Se refiere a la intensidad del dolor según EVA.

P: Ah... el diez, yo creo. Porque ya tuve que pararme, gritar a la señorita ya no daba más ya... y ahí la matrona vino a inyectarme.

T: Y le hizo efecto el medicamento.

P: Sí.

T:¿ Se acuerda el ejercicio que hicimos ayer? ¿qué le pareció?

Se refiere a la sesión de hipnosis realizada ayer.

P: Bien.

T: ¿Lo ha practicado? ¿Se ha acordado de él?

P: No, no he practicado. Sólo esa maña que tengo, no sé (se refiere a mirar el techo y ver manchas).

T: Pero a lo mejor le ayuda eso.

P: Sí.

T: Porque uno no sabe como hay cosas que a uno le ayudan...

Y ahora tiene un dolor tres y ¿es el mismo dolor de siempre?, ¿cómo es?

P: Es aquí [la paciente señala el vientre].

T: Y no se le pasa o ¿hay momentos en que se le pasa?

P: Sí, se me pasa.

T: Y en ¿cuánto tiempo se le pasa?

P: Una vez que haga arcá

T: Cuando hace arcá se le pasa.

P: Ahí se me pasa.

T: Yo pensé que le daban de alta, por eso le vine a ver temprano.

P: No, si me dan de alta yo le aviso, la llamo por teléfono.

T: ¿Le gustaría seguir ?

P: Sí.

T: Vamos a tratar de seguir para que después haga esto usted sola, porque esta es una habilidad que usted tiene y que yo le ayudo.

Se refuerza los recursos de la paciente para disminuir la dependencia con la terapeuta y favorecer la autonomía de la paciente.

Entonces se acuerda que ayer hablábamos que había una mente... uno tiene una mente normal con la que se mueve todos los días, que ve las cosas que sabe que está en el hospital, es lo que nos damos cuenta..

Pero hay otra mente que funciona sin que nosotros nos preocupemos por hacer cosas, ella hace las cosas solita y en silencio, por ejemplo nosotros no tenemos que pensar que tenemos que respirar ¿no es cierto? Uno respira, uno no tiene que pensar en cómo va a estar la temperatura del cuerpo, ni pensar en cómo tiene que estar la circulación de la sangre, eso está no más. Y esa mente es la que puede cuidar de nuestro cuerpo.

Se comienzan los intentos para inducir trance hipnótico, favoreciendo la disociación al nombrar dos tipos de mente y cambiando la entonación normal de la voz por un tono lento pausado utilizado en las inducciones hipnóticas.

P: Sí.

T: Entonces... es esta mente que nosotros nos podemos ir y es esa mente la que puede cuidar de nuestro cuerpo ¿no es cierto?

P: Sí.

T: Entonces puede poner una de sus manitos... ¿le duele esa? o la otra (la paciente ha sido inyectada y sus manos se ven afectadas).

P: No, ésta, está más... me duele, mire... [muestra una de sus manos]... esa mejor.

T: ¿Esta le duele menos?

P: Sí.

T: Entonces si usted mira un punto que a usted le agrade y a medida que usted mire este punto que a usted le agrade nos vamos a ir a esta mente que le va a traer recuerdos agradables...

Lugares agradables sensaciones agradables que vamos a

estar ahí y esto va a ser la señal para que nuestro se acomode... para que esté más cómodo

Y así como ayer hablábamos, usted lentamente sin que haga nada... puede que la mano se ponga liviana.... puede ir mirando un punto puede ir relajándose...

A su ritmo, no necesariamente tiene que tener los ojos abiertos puede cerrar sus ojos o puede abrirlos... como a usted le acomode, lo importante es encontrar ese punto... donde nuestra mente se pone más liviana... también su mano se puede poner más liviana... tal vez pueda sentir como su mano se va poniendo más liviana...

Su mente más fresca y cada vez que su mente se coloque más liviana su cuerpo se acomoda más... y tal vez mirando su mano y viendo como su mano se coloca ahí, su mente se acomoda más sin que usted haga nada...

Y que agradable es darse cuenta que uno no tiene que hacer nada y uno se relaja... y a lo mejor miramos un punto...

[hasta el momento la paciente se ha encontrado mirando su mano, la cual ha estado levitando, pero no se ven señales claras de un trance hipnótico como en la sesión anterior].

¿Cómo se siente?

P: Se me ha pasado el dolor.

T:¿ Sí? Que increíble... el dolor se va disminuyendo.

P: Hay señorita... ¿Hasta cuándo voy a estar aquí? Tengo arcá.

T: Parece que cuándo se está disminuyendo a usted le dan arcadas, parece que esa es la señal... como ayer que al estar disminuyendo miramos le dio una después miramos un punto...

Se pretende profundizar el trance recordando un episodio anterior.

Y después empezamos a pensar en el mar... a veces sentíamos las sensaciones... de repente sentíamos el mar... y en el mar podíamos desatar los nudos... como los nudos de la lana... y llega un momento en que desatamos los nudos de la lana...

Los desatamos... fijándonos en un punto... pensando solamente en eso... en desarmar...

Y podemos acordarnos de una situación agradable, puede que no sepamos cuál es la situación agradable, pero nuestra mente, ella sola sabe cuál es...

Miramos un punto y estamos en esta situación agradable... miramos un punto que puede ir cambiando destellando... cambiando... y a medida que nos fijamos en ese punto encontramos esa posición de comodidad, nuestra mente se pone fresca esta alerta, está descansada... no tenemos que preocuparnos...

P: Me preocupa la casa... [la paciente deja de mirar el punto y tener inmóvil su mano].

La preocupaciones familiares de la paciente son el foco de atención principal en este

momento. Se intentará atender estas preocupaciones.

T: Entonces con esta preocupación que tenemos... que nos acordamos de los seres que queremos... de todo y puede que ellos también se preocupen... y quieran que estemos bien... y a medida que estemos mejor que sintamos nuestro cuerpo con más comodidad ellos van a estar menos preocupados... esta puede ser la forma que tenemos de ayudarnos... y a ellos también.

P: Es tan complicado, tengo problemas con la otra hija mayor, me dice: a todo le day la razón al cabro chico. Tiene 17 años, me dice como...

No entiende si es mi hija... y ahora el Pablo viene a puro regañarme... (N.E) que todo le molestaba del chico... ella ponía un cassette de Chachane y el niño se sabe todas las canciones y cantaba y ella decía que no le dejaba escuchar el cassette de Chachane y prendía la tele y también cantaba... Tiene cuatro años el niño.

Le tomó tanta mala al sobrino, mala, pero tanta mala. La mamá lo dejó botao a los dos años.

T: ¿Es hijo de su hijo?

P: Sí, va ir al colegio este año, tiene cuatro años. Entonces eso me preocupa a mí. Me dice mamá no te dejí.

Ayer le dije vino una señorita me habló tan bien, me relajó harto - eso tiene que pensar- que se relaje harto, me traen el diario.

T: Se relajó bastante ayer.

P: Sí, mi hija me trajo unas revistas y le dije que no quiero leer. Desperté cuando dieron la comida, veinte para las siete.

T: Despertó sin molestia.

P: Sin molestia, veinte para las siete.

T: Ayer tenía una molestias más grande, ayer estaba con seis ¿se acuerda?

P: Uy... que me hizo bien conversar con la señorita...

T: Que bueno, porque las preocupaciones nos llevan a pensar y usted se ha dado cuenta que el cuerpo responde cuando uno está asustado, cuando uno está contento... cuando un está asustado uno se aprieta, pero puede... ¿le duele mucho la mano? [la paciente se mira la mano y hace una mueca de dolor].

P: Sí, no tengo fuerzas para nada con esta mano, no me pillaban las venas, me pinchaban y me pinchaban... de los puros nervios no me pillan las venas, porque yo me ponía muy tensa, la escondía.

T: Por todo es mejor para usted si se relaja. Si se relaja su familia va a estar más tranquila, además no va a sufrir tanto con los pinchazos...

P: A más tengo un hijo flojo que no le trabaja un día a

nadie, tiene 33 años y no trabaja... se queda en la pura casa no más.

T: Pero a lo mejor como tiene que estar acá estos días puede aprender a relajarse, eso le puede servir para tantas cosas, porque eso sirve para todo, sirve para los problemas de la casa...

La paciente manifiesta señales de comenzar un trance se ve tranquila inmóvil.

Uno puede pensar mejor las cosas, porque a veces uno piensa, piensa y piensa... pero a veces uno no encuentra solución a tantos pensamientos...

A veces es bueno tener en mente un solo pensamiento que sea claro... que sea constructivo que podamos hacer algo con él...

Es como el hilo de la madeja tiene que ser uno y con él se puede ir tejiendo se puede ir armando cosas... pero cuando las cosas están desordenadas no se tiene claridad, no se puede formas cosas no se puede formar nada y como usted bien sabe... (una persona estornuda y se cae algo que provoca un ruido intenso y sorpresivo, la paciente continúa en trance).

No necesita incomodarse por los ruidos de acá, porque como usted bien sabe son ruidos que siempre van a estar presenten en nuestra vida...

Al escucharlos podemos relajarnos, podemos irnos al lugar de la mente, pensamos en esas lanas que teníamos que pueden estar desordenadas que tenemos que ordenar...

Podemos ordenar y cerrar nuestros ojos... puede... formar un punto ¿cuál es el punto que usted necesitaría?

P: ¿A un guagüito de cuatro años, se le puede tener mala, tan chiquitito? Tan chiquitito ¿no cierto que no?

T: Pero en el fondo tal vez no... en la apariencia sí... tal vez hay otras razones pueden haber celos, pueden haber cosas, pero en el fondo tal vez no le tiene mala, hay muchas cosas...

Se consideran las preocupaciones de la paciente sobre su situación familiar; se la invita a entrar en un trance como una manera de dar una solución a los problemas que tiene en ese momento. La paciente experimenta un trance profundo se queda inmóvil, en ocasiones inspira profundamente, en un estado similar al experimentado en la sesión anterior.

A veces las cosas en las superficie parecen de otra manera y en el fondo son de otra. Pero en el fondo nosotros tenemos muchas respuestas y nadie mejor que usted sabe esa respuesta y es bueno relajarse para que podamos encontrar esa respuesta para ese tipo de cosas... (silencio).

Hay que buscar la respuesta con esa mente sabia y es la que realmente sabe, es la que se preocupa del funcionamiento del cuerpo que nos puede relajar...

Porque nosotros que hemos vivido tantas cosas... que conocemos muy bien a las personas que hemos compartido tantos años con ellas...

Sabemos que las cosas cambian y que en el fondo no son como parecen... que se pueden entender cosas, situaciones si lo vemos desde nuestra mente sabia... desde la mente más sabia que tenemos... y para que nuestra mente sabia nos ilumine... dejamos que esta mente se eleve descanse y a medida que podemos estar en otros lugares nuestro cuerpo se relaja podemos estar en otros lugares, podemos estar en otra cosa... [la

paciente se queda inmóvil presentando signos similares a los del día anterior, se encuentra en trance].

Correcto... nos vamos a ese lugar... y lo importante es saber que esta capacidad de relajarse es suya... sólo usted puede acceder a ese nivel de confort, de descanso...

Se encuentran otras soluciones... correcto... podemos disfrutarlo... nuestro cuerpo se acomoda... correcto... y dejarnos ir...

Encontrar la respuesta a sus preguntas encontrar la calma... correcto y saber que todos los seres humanos tienen lugares bondadosos que nos enseñan a ver la situación desde otro punto de vista... cosas que en la apariencia puede que no sean agradables, pero puede que tengan un sentido... porque cuántas cosas nos han parecido injustas, desagradables, tremendas y después de los años hemos comprendido por qué han sucedido... correcto...

En este minuto lo que hacemos es aprenden a disfrutar de este tiempo en que vamos a deshacer nuestros nudos, liberar nuestra mente y poder ir al lugar de nuestra mente sabia... y confiar en que ella hará todo lo necesario para que nosotros estemos bien, cuidados, protegidos y esta mente sabia está en todos los seres humanos, en las plantas, en el aire... y cada vez que inspiremos [la paciente inspira]... correcto...

Vamos inspirando esa sabiduría que nos llena de bienestar... que nos llena de amor, de tranquilidad, de confianza...

Sin tener que incomodarnos por lo que pase a nuestro alrededor y que sorprendente debe ser darnos cuenta de la capacidad que esta mente sabia nos regala para relajarnos... tan profundamente...

Y este es un regalo y lo único que debemos hacer es acceder a esto, encontrar los caminos... y los caminos son mirar un punto... recordar partes de estas conversaciones (se intenta dar sugestiones posthipnóticas) o no recordarlas, pero si saber que hay un lugar en nuestra mente que podemos tener los más bellos pensamientos, los más claros pensamientos... es como el agua clara...

A veces nos podemos perder en cosas que nos están perturbando, pero no es lo único... correcto... muy tranquilo, muy relajado y si tenemos algún nudo lo desatamos... solamente tenemos que hacer eso... estar ahí sin tener que incomodarnos con nada...

T: Señora María puede ir despertando sintiéndose cómoda relajada... tranquila... tomándose su tiempo para despertar... Señora María... ¿cómo se siente?

Sugestiones para reincorporarse.

P: Bien, tranquila.

T: Que bueno, eso es todo la dejo descansar después nos vemos.

SESIÓN 1.

PACIENTE: 6.

FECHA: 18 de Junio del 2001.

LUGAR: Hospital San Juan de Dios, sala común de Ginecología.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encuentra hospitalizada, luce cansada, no realiza actividades, tiene dolor, problemas para dormir, comer, vómitos, estreñimiento y náuseas.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: en la sesión no presentó alteraciones psicopatológicas importantes. En cuanto a su estado afectivo, presenta tristeza, impaciencia e irritabilidad.

HIPNOSIS: se encuentra sorprendida y motivada para practicar autohipnosis. En la sesión se indujo dos veces trance mediante levitación de manos, la paciente logró trances profundos.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: EVA 4.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: EVA 4.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: EVA 4 y 7 aprox.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 3.

DOLOR FRECUENCIA:

a) N° de episodios de dolor intenso en el último tiempo (EVA 10): diarios.
b) Presenta dolor base.

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: horas hasta recibir medicamentos.
b) Dolor base: constante.

TRATAMIENTOS medicamentos codeína 6% 20 gotas cada 4 horas y dipirona inyectable en caso de dolor intenso.

RESUMEN:

La paciente se encontraba hospitalizada en Ginecología en el Hospital San Juan de Dios, lucía cansada e impaciente. Desde un principio cooperó con agrado por ser una posibilidad que podría disminuir sus molestias, las cuales eran muy intensas en el último tiempo.

Lo primero fue explicar a la paciente sobre el trabajo a realizar: seis sesiones de hipnosis ericksoniana con el objetivo de darle una herramienta para disminuir el dolor. A la paciente se le explicó a en qué consistía el tratamiento, se dieron algunos ejemplos y se

consultaron posibles dudas. Además se informó que el trabajo sería parte de una investigación que evaluaría las posibles ventajas del procedimiento. Por este motivo las sesiones serían grabadas y transcritas, por lo tanto, el contenido sería publicado, pero la identidad permanecería en reserva. La paciente aceptó con mucho agrado, incluso no quería escuchar las explicaciones para comenzar lo más pronto posible.

Se realizó una entrevista que tenía por objetivo obtener información referente a distintos aspectos como: datos personales, red de apoyo, fenomenología de la experiencia dolorosa, repercusión de la enfermedad en la vida de la paciente, gustos personales y actividades previas.

La paciente puede ser identificada como una persona de nivel socio-económico y cultural bajo. Siempre ha vivido en la ciudad (Santiago). Se casó, se separó, actualmente vive con otra pareja con quien se siente acompañada. Es madre de dos hijos, este rol es el más importante, siente un gran cariño por ellos y son su principal preocupación. La paciente cuenta con el apoyo de su madre (cuidadora), padre y hermanos; la familia vive en un terreno común. Además, cuenta con el apoyo religioso de un sacerdote católico. Si bien la paciente tiene personas cercanas; no se apoya emocionalmente en ellos porque trata de protegerlos ocultando sus padecimientos.

Con respecto a su estado de salud, la paciente hace algunos años se trató por cáncer, esta es la segunda vez, y en esta oportunidad la enfermedad se encuentra en una etapa terminal. El limitado pronóstico es desconocido por la afectada porque la familia ha decidido no informarla. A pesar de la desinformación en que se encuentra, ella cree conocer exactamente su estado de salud porque consulta a las personas indicadas de manera muy insistente hasta recibir una respuesta.

Piensa que vive una recaída de la cual se recuperará, tal como lo hizo una vez. Si bien es optimista al pensar en su futuro, está muy enojada y triste por vivir una situación tan dolorosa. Su rabia la dirige principalmente al personal médico, a quienes culpa de haber actuado negligentemente por no escuchar a tiempo sus quejas que avisaban de un retorno de la enfermedad. Lo anterior ha generado una actitud de desconfianza en el personal de salud.

En cuanto al dolor, según la paciente, éste comenzó en Octubre del año pasado. En un principio ella pensó que era producto del cese de las menstruaciones, luego lo relacionó con el cáncer y se lo comunicó a los médicos quienes le restaron importancia.

Actualmente la paciente se encuentra hospitalizada y los dolores han aumentado. La afectada se mantiene con un dolor constante de intensidad EVA 4. Además, presenta dolores intensos EVA 10, los cuales se presentan todas las noches como bruscas e intensas clavadas en la zona hipogástrica, sacra y rodillas.

Cuando eso sucede llora, se desespera, se golpea, respira, trata de relajarse, pero no puede. El dolor sólo cede si toma más codeína de la indicada y solicita que le inyecten dipirona, la paciente no ha informado al personal médico que ella aumenta las dosis de la codeína. Según ella, los fármacos logran disminuir el dolor, pera cada vez el efecto es menor y estando en el hospital, no recibe los medicamentos en el horario indicado.

Durante la sesión se realizaron dos trances para familiarizar a la paciente con el procedimiento, tener información sobre las facilidades, estrategias adecuadas, efectos inmediatos y reforzar su aprendizaje.

Se realizó fácilmente una intervención hipnótica mediante levitación de manos. En la inducción se incorporó el ruido ambiental y se disoció a la paciente, quien dio señales de experimentar un trace profundo. Ella logró disminuir el dolor y disfrutar una experiencia que la sorprendió.

Después de una hora se realizó una segunda inducción porque la paciente presentaba un dolor más intenso (EVA 7). En esta ocasión se procedió de manera similar y la paciente logró experimentar un estado más profundo, con el cual pudo disminuir su molestia, esto aumentó su sorpresa y su motivación para practicar autohipnosis.

T: ¿Cuál es su nombre?

P: Marcela (no se transcribe el apellido).

T: ¿Qué edad tiene?

P: Treinta.

T: ¿Dónde vive?

P: En Cerro Navia.

T: ¿Tiene algún teléfono?

P: Sí (no se transcribe el número).

T: Bueno ya te expliqué el procedimiento que vamos a grabar y de qué se trata.

P: Sí.

T: Ya. A ver Marcela... ¿Desde cuándo tienes dolor?

Se evalúa el dolor.

P: Yo empecé con dolor en Octubre más, menos... que me toma la cola hasta las rodillas y aquí adelante.

T: ¿Las dos o una?

P: No las dos piernas.

T: Ya.

P: Yo le decía al médico y a la doctora de la Arturo López Pérez.

T: Ya.

P: Incluso la doctora en el último control me dijo que era psicológico lo mío, que estaba bien y que era psicológico lo mío... que seguramente yo me producía los dolores. Cuando le llevé los exámenes el otro día casi se fue de espalda porque tengo el inmenso tumor de nuevo.

T: Ah... habías tenido antes tratamiento por...

La paciente había recibido

atención médica por cáncer. La primera atención tuvo intención curativa. En el presente, el pronóstico de vida es de dos meses, pero ella lo desconoce.

P: Sí, yo tuve cáncer.

T: ¿Cuándo?

P: En el noventa y ocho.

T: Ya.

P: Me hicieron 29 radiaciones más dos braquiterapia.

T: Ya.

P: Entonces como que no me creían mucho porque como al tacto vaginal estaba bien y todo. Pero yo le decía que no era ahí que tenía que ser en otro lado...

La paciente ha tenido más dolor en los últimos días.

Y ese día poco menos que se lo refrejé en la cara porque yo tenía razón que tenía algo. Y desde el Martes hasta que me hospitalicé como que me ha aumentado más el dolor.

T: Ya, en la Fundación Arturo López Pérez, te dijeron que no tenías cáncer.

P: Sí. Y el doctor aquí también me decía que no, que estaba bien y todo. Incluso el otro día vino y también le dije: ve usted me dijo que no tenía na' y todo. Y también quedó para dentro cuando vio el este. Porque mide 83 cm o mm o algo así... Uno no entiende mucho. Y ahora me llega como aquí arriba el dolor.

T: Ya.

P: Y tengo todo sensible si ya no me puedo ni tocar... La codeína me calma el dolor, pero un cierto rato.

La paciente siente alivio con la codeína, pero no es suficiente.

T: Ya. Cero es nada de dolor...

Se evalúa la intensidad del dolor mediante EVA.

P: Sí.

T: Y diez es el máximo de dolor...

P: Sí.

T: ¿Cuál es el dolor normal que tienes, el dolor promedio con el que te mantienes constantemente?

Se consulta el EVA habitual.

P: Ahora yo diría que está como en un cuatro, está fuerte, pero leve. No es para decir ah me duele mucho, no.

La paciente se mantiene con un dolor EVA 4.

T: Y la codeína ¿hasta cuando te calma le dolor?

La codeína logra disminuir el dolor hasta cuatro.

P: Así me mantiene.

T: Ya hasta cuatro. ¿Cuántas gotas de codeína estás tomando?

P: Veinte.

T: ¿Cada cuánto?

P: Cada cuatro horas.

T: Cada cuatro horas. ¿Desde cuándo que estás tomando codeína?

Se consulta el tiempo que la paciente toma el medicamento.

P: Me las dieron por ahí por el Miércoles o Jueves. Primero me las habían dado cada seis horas, pero como ven que me dura muy poco el lapso me la dieron cada cuatro horas.

T: Ya.

P: Incluso me dieron a tomar dipirona inyectable, pero a tomar con la codeína.

T: Ya.

P: Pero yo también pido una inyectable porque sino tampoco se me quitan los dolores.

T: Ya. ¿Y antes?... porque esto es el Martes y ahí te empezaron a dar codeína...

P: Sí. Antes también me dieron codeína, pero se me echaron a perder porque yo no sabía como había que tenerlas, entonces las tuve que botar.

Y la doctora de allá me dio unas pastillas Codeínpar, que era codeína con paracetamol. Y también me lo calma, pero como que me los amortigua no más, porque no me los quita por completo.

La codeína fue recetada tiempo antes, pero la paciente no la tomó porque no supo mantener el medicamento en buenas condiciones.

T: Ya. Y ahora ¿que te están haciendo?

P: Mira hasta el momento no me han hecho nada todavía porque el urólogo hoy día dio la respuesta porque me tiene que poner un doble jota. Porque tengo líquido tengo pus... por eso me tiene que hacer primero ese tratamiento.

La paciente tiene problemas renales por lo que se mantiene hospitalizada.

T: Ya.

P: Y en la mañana llamaron y el urólogo creo que les avisó que si no me hacen la intervención hoy día, me la hacen mañana y después de eso me hacen las quimio... son seis quimio semanales que me tengo que hacer.

La paciente espera iniciar tratamiento de quimio-radioterapia, con finalidad paliativa.

T: Ya. ¿Cuáles han sido los dolores más fuertes que has tenido esta semana? ¿has tenido dolores intensos?

Se consultan por los dolores más intensos.

P: Sí. En la noche se me agudizan más.

En la noche los dolores son más intensos.

T: Los dolores intensos ¿hasta cuánto llegan?

Se consulta por el EVA de los dolores.

P: El otro días cuando me lo hizo medir la señora...

T: Angélica.

P: A... yo le medí en la regla ocho. Y me dijo que era bastante, pero yo diría que me ha aumentado a nueve.

La paciente ha sentido más dolor que en los últimos días.

T: A nueve.

P: Yo considero que el diez es ya... A pesar de que es insoportable... porque yo no puedo estar acostá, sentá, no puedo caminar... parece que todo adentro se me desgarra... me toma con las piernas... me tiran a dar calambres en las piernas...

La paciente tiene dolores intensos.

T: ¿Y eso te pasa con un dolor ocho o con un nueve?

P: Con un nueve.

T: Entonces ¿qué haces cuando tienes dolor?

Se indagan las soluciones intentadas para disminuir el dolor.

P: Me desespero... camino me acuesto, me siento, me paro... me tiro... me golpeo... [se ríe].

La paciente comenta las soluciones intentadas.

T: (Se ríe).

P: Si es verdad me pego así... paso para allá para acá y respiro... Trato de relajarme, pero no puedo.

T: En la última semana ¿cuántos de esos dolores has tenido?

Se evalúa la frecuencia de los dolores.

P: Todos los días.

La paciente ha tenido dolores intensos EVA 9 diariamente.

T: ¿Cuánto te duran esos dolores?

Se consulta por la duración de los dolores.

P: Hay veces que a esta hora ya se me están agudizando.

T: Ya.

P: Cuando me tomo la codeína de las cuatro de la tarde, se me calman por un ratito y como a las seis de tarde estoy con los dolores ya máximo.

La paciente siente alivio con el medicamento por poco tiempo.

T: Ya como a las seis de la tarde comienza el dolor máximo. ¿Ahí empieza tu crisis de dolor?

La paciente relata que el máximo de dolor comienza como a las seis de la tarde.

P: Sí.

T: Como a las seis de la tarde más ó menos.

P: Sí.

T: Y ¿cuánto te dura?

P: Depende... porque usted sabe que aquí no son muy este...

T: ¿Cómo muy este?

P: No se preocupan mucho porque... porque yo las picoteo, me pinchan.

La paciente se queja de la atención que recibe para el alivio del dolor, debe ser insistente para que le den los medicamentos.

T: Ya.

P: Que eso puede ser a las cuatro de la mañana.

T: Ya entonces puedes estar desde las seis de la tarde hasta las cuatro de la mañana con ese dolor.

La paciente si no recibe medicamentos, puede estar con dolor desde la 6 de la tarde hasta las 4 de la mañana.

P: Sí y cada vez se va agudizando más.

T: Ya. Y ¿qué tipo de dolor tiene cuando está agudo... un ocho, un nueve... que dolor dirías tú que tendrías ahí?

Los dolores intensos llegan a EVA 10.

P: Es que yo diría que diez es lo máximo... pero yo diría que si es diez... ahí es cuando lloro... cuando no lo aguanto, no lo soporto.

T: Ya.

P: Por mí meterme la mano y sacarme todo... es un dolor que no sé.

T: Ya, entonces ese dolor te puede durar desde las seis de la mañana hasta las cuatro de la tarde.

P: Sí. Porque se me quita ya... cuando tomo más gotas... porque sin que se den cuenta, yo tomo más gotas. Tomo más para que se me calmen y después pido el pinchazo.

La paciente toma más dosis de codeína sin autorización.

T: Ya tomas más gotas y después pides el pinchazo y ¿ahí se te calma?

Para que el dolor disminuya la paciente pide más medicamento.

P: Sí, me disminuye un poco después me quedo dormía. Y después en la mañana despierto con el dolor más suave.

Con la dosis aumentada de codeína y la dipirona inyectable, la paciente puede dormir.

T: Ya.

P: En la noche se me agudiza sí.

La paciente siente sus dolores más intensos en la noche.

T: En la noche se te agudiza. ¿Cuánto sería un dolor tolerable para ti que no te complique mucho?

Se consulta por la intensidad de dolor que puede tolerar la paciente.

P: Yo diría como estoy ahora, que sé que está el dolor, pero se que lo aguanto. Yo diría que hasta el seis por ahí soy capaz de soportarlo... pero como el siete al diez sube demasiado el dolor y ya no.

La intensidad de dolor que puede tolerar es EVA 6.

T: Entonces tendría que ser un dolor que fuera menos de seis.

P: Claro, ahí me punzan las piernas todo... pero soy capaz de aguantarlo... no me complica mucho. Y me vienen de repente que me punza fuerte... Pero cuando me viene fuerte es constante y duele y duele...

T: ¿Te das cuenta cuando van a venir estos dolores fuertes?

Se consulta para saber si la paciente puede advertir cuando comenzará una crisis.

P: Sí, porque me pega un zapatazo fuerte a todo, todo

junto la pelvis, las piernas todo... aquí arriba.

T: Cuando te pega el zapatazo después ¿se disminuye el dolor?

P: No, empieza fuerte.

Las crisis de dolor tienen un comienzo brusco.

T: Entones empieza el zapatazo y después viene un dolor fuerte, fuerte... no se disminuye.

P: No.

T: Ya... entonces es un dolor...

P: Incluso me complica porque no como. Porque me dan los vómitos y prefiero no comer... y en la mañana tomé la pura leche porque amanezco bien. Pero en el almuerzo ya me complica comer porque por los dolores en seis no como... porque viene los dolores fuertes... una por el dolor y la otra por los vómitos.

T: Entonces estás con náuseas.

P: Sí y con vómitos. Como decirle que desde el Jueves hasta hoy día empecé con los vómitos, náuseas... porque prefiero no comer... y a la vez, no me da hambre tampoco.

T: Ya. Problemas para ir al baño ¿has tenido?

Se consultan posibles problemas de estreñimientos.

P: Orino unas veces bien y otras veces es poco lo que voy al baño. Del cuerpo es poco lo que hago.

La paciente tiene estreñimiento y dificultades para orinar.

T: Ya. ¿Le has dicho al médico eso?

P: Sí.

T: ¿Tú estás informada de tu enfermedad, de tu tratamiento?

P: Sí, porque los jodo porque usted sabe que no dicen, que no informan... no dicen: usted tiene esto y lo otro... Los cateteo hasta que me dice al final.

La paciente dice estar informada porque consulta insistentemente hasta recibir información.

T: ¿Con quién vives?

Se consulta la situación familiar de la paciente.

P: Yo... con mi pareja y mis dos hijos.

La paciente estuvo casada anteriormente, ahora vive con otra pareja y sus dos hijos.

T: Ya. ¿Qué edad tienen tus hijos?

Se consulta por la edad de los hijos.

P: Nueve y doce.

T: ¿Cómo han reaccionado ellos con tu enfermedad?

Se consulta por la reacción del núcleo familiar con la enfermedad.

P: De primera yo no les dije.

En un principio la paciente no informó a su familia de su

enfermedad.

T: ¿A quién a tu pareja?

P: No a mis hijos porque no quería achacarlos porque como la otra vez tuvieron el mismo drama...

La paciente no quiso informar a sus hijos sobre su enfermedad para evitarles un sufrimiento.

T: Ya.

P: Pero el día Lunes en la noche... veinte para las doce de la noche llegó a verme el sacerdote, el padre de la parroquia donde asistimos nosotros, y yo pensé que mis dos hijos estaban durmiendo... el chiquitito sí, pero como era tarde... yo pensé que el grande también estaba durmiendo... y me puse a contarle al padre lo que tenía... Él me dio la unción de enfermos todo. Y cuando se fue, me dijo: que es mentirosa usted mamí... él estaba despierto y escuchó todo.

Uno de sus hijos se enteró de la enfermedad de la madre de forma casual.

La paciente es católica practicante.

El Viernes subieron a verme y creo que el mayor salió llorando de aquí [la paciente se emociona] Silencio.

Yo digo que no me importa cuánto yo sufra... a mí lo que me preocupa son ellos...

Lo que más le preocupa a la paciente es el sufrimiento de sus hijos.

T: ¿Qué te preocupa?

P: Que no me vena sufrir, porque ellos saben cuanto sufrí con el otro cáncer... saben que es lo mismo... y saben que es más grande... A las finales le tuvimos que decir.

A los hijos se les informó sobre la enfermedad de la paciente.

T: Es mejor, van a estar más tranquilos si saben.

P: Sí. Todos días me llaman por teléfono, me preguntan si dormí bien. Yo le digo que sí, pero el grande no es tonto, sabe como es...

Los hijos se preocupan de la salud de la madre.

Por eso yo les digo que me hagan lo que me tiene que hacer... Porque una semana que estoy acá y no me hacen nada. Si es por eso mejor estoy en la casa... estoy con ellos...

T: ¿Pero exámenes te han hecho?

P: Sí los exámenes me lo habían hecho la semana anterior todo aquí mismo.

T: Seguramente están esperando algo.

P: Sí po' se supone que ahora me tiene que hacer el catéter para el riñón, porque si no me lo hacen pierdo el riñón. Después que tenga libre el riñón de la pus de la infección que tengo me hacen la quimio.

T: Ya

P: Sí. Incluso tengo la primera droga comprá del otro día.

T: La otra vez que estuviste enferma el '98 ¿terminó el tratamiento?.

P: Caí en Febrero, el 16 de Febrero caí con una metrorragía... me daba vuelta el cuerpo solo así... y salí de aquí el 11 de Marzo, ahí fue derivada a la Arturo López

Pérez para hacer las 29 radiaciones que me hicieron más dos braquiterapias.

T: Ya.

P: Y después de eso tuve una semana más hospitalizada aquí porque me dio una pielonefirtis aguda.

T: Ya.

P: Que es una infección al riñón, al riñón derecho me dio. Entonces estuve toda una semana más hospitalizá... al final estuve hasta Julio todo ese lapso en tratamiento.

T: Ya y estuviste todo el 99 bien de tu enfermedad.

P: Sí, pero siempre con mis controles nunca he perdido mis controles. Y en el 2000 igual, pero a fines del 2000 en Octubre más, menos empecé con las molestias.

T: ¿Con dolores?

P: Con dolores. Se me agudizaba una vez al mes. Yo pensaba que como uno no tiene sus reglas... lo aceptaba pensando que era por... porque a uno le viene igual esos achaques, pero en Octubre - yo dije que no- porque no era lo mismo en dolor. Cambió el tipo de dolor, no era lo mismo porque yo sabía diferenciar de los dolores que eran de los achaques que me venían, del dolor que me había comenzado ahora.

T: Ya.

P: Y ahora no, son mucho más fuertes.

T: Y la primera vez que estuviste enferma ¿tuviste dolores intensos?

P: Con el cáncer sí, pero yo diría que no fue tanto como ahora.

Anteriormente, la paciente tuvo dolores, pero no tan intensos como los que tiene ahora.

T: Ya ahora es más.

P: Sí, ahora es más pienso yo.

T: Ya.

P: Lo que si me daban dolores, pero yo era capaz de soportarlos. Incluso me paraba, andaba en pie todo. Ahora no, me desespero con los dolores.

La paciente se ha dado cuenta que en esta oportunidad los dolores le influyen en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

T: Ya.

P: No me encuentro capaz para estar de pie un rato, estar acostá... camino me vuelvo a parar me vuelvo a sentar...

T: Ya. ¿Qué hacías antes de estar enferma?

Se consultan por actividades previas para rescatar los recursos de la paciente.

P: En mi casa, dueña de casa. Incluso en Enero del 2000 esa temporada trabajo porque hago forros de cuaderno, carpetas archivadores, todo eso.

La paciente se desempeñaba como dueña de casa, en algunas épocas de año realiza

trabajos manuales.

T: Ya.

P: Pero ese puro tiempo que es la temporada que se hacen. Hasta el año pasado trabajé bien, este año no trabajé.

T: Ya. ¿Qué cosas te gusta hacer?

Se consulta por los gustos de la paciente en busca de recursos que puedan ser utilizados en el tratamiento.

P: Me gusta tejer... hacer el aseo... doy vuelta mi casa a cada rato... dura tres días de una forma y a los tres días vuelvo a desarmar todo, cambio los muebles de un lado y para otro.

A la paciente le gusta realizar los quehaceres domésticos, actividades manuales, ordenar y cocinar.

T: ¿Te gusta ordenar, hacer el aseo... ese tipo de cosas?

P: Sí. Me gusta la cocina. A mis hijos le hago torta, queque, galletas, alfajores de todo les hago... si me gusta hacer cosas. Incluso ahora habíamos empezado a hacer volantines porque en este tiempo vendemos volantines también... y me gusta ir afuera a venderlos... pero tampoco voy a poder. En la casa ya estamos vendiendo, pero en la casa no más...

La paciente no ha podido continuar con sus actividades.

T: Esas cosas te gustan y de lugares... ¿qué lugares te gustan la playa, el campo, la cuidad?

Se consultan por los lugares que son más agradables para la paciente, para utilizarlos el tratamiento.

P: Me gusta salir harto con los hijos.

A la paciente le gusta salir con sus hijos.

T: Ya.

P: Porque decimos que los más bonitos recuerdos que tiene uno cuando adulto es decir mis papás me sacaban a pasear... íbamos a la quinta, jugábamos con la pelota, todo eso. Y cuando hay y se puede y están los días bonitos salimos con ellos a cualquier parte, aunque sea andar en micro en metro... siempre salimos. Compartimos harto con mi familia.

T: Ya y tú siempre ¿has vivido acá en Santiago?

Se consulta para saber si la paciente a vivido en otros lugares.

P: Sí.

T: ¿Tienes a tus hermanos acá, a tus papás?

Se consulta por su familia, para conocer la red de apoyo de la paciente.

P: Sí, vivimos todos juntos, pero separados. Mi mamá tiene su casa mi hermana detrás de ella tiene su casa, sus piezas... y yo al otro lado tengo las mías.

La paciente vive en un sitio que es compartido por su madre y sus hermanas, no vive sola.

T: Ya.

P: La otra hermana se fue el otro día se fue a Peñaflor.

T: Ya.

P: Siempre estamos todos ahí. Incluso fue como un balde triple de agua fría porque ninguno pensaba que otra vez iba a tener la enfermedad y más grande... y que me tenga tomá la columna con el riñón todo.

La paciente dice que la noticia ha impactado a la familia.

T: Ya esas cosas te gustan. Entonces tienes dolor intenso todos los días no se quitan hasta que tomes más gotas y te inyectes y eso puede ser hasta las cuatro de la mañana.

P: Sí.

T: Y siempre te mantienes con un dolor cuatro más ó menos ¿no cierto?

El dolor base de la paciente es EVA 4 aproximadamente.

P: Sí, siempre está ahí nunca se me quita por completo. A veces está bien suavecito.

T: Entonces te voy a explicar de qué se trata esto. Cuando nos veamos te voy a preguntar cómo está tu dolor para saber si se disminuye, sigue igual, para saber cómo está.

Se explica nuevamente a la paciente en qué consiste el trabajo a realizar.

No sé si sabrás que la mente puede hacer cosas por nuestro cuerpo porque se conectan. Entonces tu cuerpo tiene sustancias que te ayudan a controlar las molestias.

P: Ya.

T: Como las gotitas que te tomas, pero son gotitas que salen de tu cerebro ¿me entiendes?

Sugestión sin hipnosis que apunta a disminuir el dolor.

P. Sí.

T: Ahora para que estas gotitas salgan, tienes que estar relajada. Ahora a veces estamos en ese estado sin darnos cuenta, lo que vamos hacer es tratar de estar más tiempo en este estado para que hayan más gotitas de tu cerebro que estén circulando por tu cuerpo. ¿Ya?

Metáfora orientada a disminuir el dolor.

A veces uno dice cosas o piensa cosas y al cuerpo le pasan cosas, no sé si te has dado cuenta, por ejemplo: a veces uno se asusta y el corazón le late... o después de estar muy contenta nos sentimos relajadas... o si te digo: piensa en un limón ¿sientes algo?

Verdades obvias, se busca obtener la disposición a responder de la paciente.

P: Se me hace agua la boca.

T: Viste. Entonces tal como sale agua de tu boca va a salir otro tipo de agua que te puede ayudar.

Metáfora orientada a buscar la disposición a responder de la paciente.

Lo primero que vamos a hacer es comunicarnos con una mente... Mira uno tiene una mente que es la mente consciente que es la mente que nos permite darnos cuenta que estamos conversando ahora.

Se comienza el trabajo de disociación.

Y también tenemos una mente que es la mente inconsciente y esta mente inconsciente está con nosotros cuando soñamos, respiramos, no tenemos que estar pensando como lo hacemos, ni pensar cómo tiene que latir el corazón toda esas cosas las hace sola.

P: Ya.

T: Entonces como esta mente no se concentra tanto en el lenguaje hablado... nos responde a través de lenguaje del

cuerpo... y este es el tipo de mente que vamos a usar y vamos a tratar de relajarnos para que aparezcan estas sustancias.

P: Ya.

T: Entonces busca una posición en la que te sientas cómoda. [la paciente se acomoda].

¿Tienes una molestia ahora?

Se sugiere a la paciente que busque la posición más cómoda para comenzar el trance formal, una vez obtenida la disposición para cooperar. Se consultan posibles molestias para ayudar a disminuirlas.

P: Sí, la cola.

T: De cero a diez ¿cuánto dolor tienes?

P: Yo diría que un cuatro.

El dolor actual de la paciente es EVA 4.

T: En cuatro.

Entonces elige una de tus manos y la levantas un poquito [la paciente se encuentra acostada y levanta su mano derecha].

Se comienza la inducción hipnótica mediante levitación de manos.

Ya. Ahora déjala abajo. Entonces yo voy a tomar tu mano y la voy a levantar, la puedes mirar si quieres o puedes cerrar tus ojos, o los dejas abierto de la forma en que te relajes más.

P: Ya. [la paciente cierra los ojos].

T: Y vamos a ver de qué se trata este trabajo. Entonces vamos a tener esta mano ahí... esta mano va ser la señal que empezamos este trabajo... y ahora que cierras los ojos puedes respirar profundo... [la paciente respira profundo y se ríe, se encuentra acostada con la mano levantada].

Se comienza a hablar en tono hipnótico.

Puedes reírte... este es sólo un experimento para ti... Puedes estar muy atenta... ¿Ya? puedes escuchar mi voz o los ruidos de esta sala... puedes respirar profundo... o puede que no escuches mi voz, eso no importa...

La paciente se ríe y en la habitación hay mucho ruido, por este motivo se incluyen en la intervención los elementos antes señalados.

Porque lo que vamos a tratar de hacer es ir viendo como podemos acomodar todo para que te relajes... Esto puede ser un lugar de la naturaleza... puedes ir caminando por ese lugar... respirando...

En este momento puedes hacer uso de otro tiempo y de otro espacio... porque podemos hacer uso de nuestra mente inconsciente quien ha estado con nosotros durante toda la vida...

Mensajes que favorecen la disociación.

Y no tenemos que incomodarnos con nada... Podemos disfrutar de este espacio y de este lugar porque estamos más allá del dolor del sufrimiento sin que hagamos nada, sin que nos esforcemos... y solamente estamos en este espacio que nos agrada...

Sugerencias de no hacer para favorecer el trance. Además se entregan sugerencias que favorecen la disociación.

Y podemos respirar... Correcto [la paciente inspira profundamente]. Entre más profundo respiramos descansamos... Y vamos a ir mirando este lugar que

Sugerencias que favorecen la disociación.

hemos elegido...	
Sabiendo que mientras tanto en esta sala pueden haber voces y ruidos que son los de la gente que trabaja y se preocupa por hacer bien lo que hacen... Y mientras esto ocurre podemos ir a este lugar, estar ahí...	Sugerencias que integran el ruido ambiental.
Podemos imaginar que metemos nuestros pies en agua fría y eso va aumentando... va subiendo y nuestro cuerpo se va acostumbrando a esa sensación y podemos quedarnos el tiempo que queramos... o podemos ir a otro lugar...	Sugerencias de anestesia para controlar el dolor.
Y mientras hacemos estos agradables paseos... sabemos que en nuestro cuerpo se liberan sustancias que nos ayudan para que nuestras molestias se calmen... y esto es tan simple... ocurre sólo con mirar este lugar agradable... de la misma forma que ocurre cuando uno dice limón y siente que la saliva corre en la boca... Y al ver este lugar agradable podemos descansar...	Sugerencias que favorecen la disociación.
Podemos dejar a un lado parte de nuestras preocupaciones, podemos ordenarlas...	Se sugiere el orden porque es agradable para la paciente.
Cuando nuestra mano lentamente llegue abajo puede ser una señal que nos indique que nuestra mente inconsciente hace su trabajo y está liberando las gotitas que están en nuestro cerebro... ni siquiera tenemos que esforzarnos... sólo tenemos que irnos a ese lugar agradable... (silencio).	Sugerencias posthipnóticas para autohipnosis. Metáfora orientada a disminuir el dolor.
Podemos fijarnos en la suavidad con que baja esta mano [la paciente tiene su mano extendida totalmente rígida y la baja lentamente] (Silencio).	La paciente da señales mínimas que indican que se encuentra en un trance profundo.
Podemos descansar sabiendo que esta mente sabia te cuida te protege (fin de la primera parte del cassette).	Sugerencias que trasmiten seguridad.
Y cada vez que sientas que es agradable ir a este lugar solamente tienes que levantar tu mano mirarla y ella sola hará su trabajo... poniendo las cosas en orden mientras tú descansas... porque es otro tipo de descanso... es un descanso desde lo más profundo... Correcto...	Sugestiones posthipnóticas para autohipnosis.
Y cuando tú creas que es conveniente puedes ir regresando reincorporándote... regresando con calma... sintiéndote cómoda...	Sugestiones para reincorporarse.
[la paciente se reincorpora] ¿Cómo te sientes?	La paciente se reincorpora, se consulta cómo se siente.
P: Con el cuerpo pesao.	
T: ¿Pesado? ¿es incómoda esa sensación?	Se consulta si la sensación es incómoda.
P: No. El brazo como que se me iba cayendo solo.	La paciente se dio cuenta que experimentó conductas involuntarias.
T: ¿Te gusto?	
P: Sí, porque pensé en los chiquillos... en ellos no más... que estabamos en la casa haciendo las tareas...	La paciente relata las imágenes que vio en su trance.
T: Eso es más ó menos... Pueden ser otras cosas también.	

¿Cómo te sientes?

P: Relajá.

La paciente se siente relajada.

T: Relajá. ¿Cuánto dolor tienes ahora?

Se evalúa el EVA actual.

P: Yo diría que dos suavecito.

La paciente se encuentra con un dolor EVA 2, su dolor disminuyó.

T: Ya muy suavecito. Esta es la primera vez y es como andar en bicicleta uno tiene que ver los caminos que uno tiene para relajarse bien...

P: Anduve en hartas partes... fui a la playa con ellos... estuve en la quinta... pero siempre con los dos.

La paciente comenta los lugares que visitó con sus hijos en la inducción hipnótica.

T: Claro, mientras más veces lo hagas es más rápido que lo puedas hacer... entonces te invito a practicarlo aprovechando que estás en el hospital y uno no tiene muchas cosas que hacer. Puede que no te resulta al principio, pero no importa porque llevamos sólo una vez. Vamos a ver que parte te cuesta, que parte no te funciona... Tú levantas tu mano, la miras y la dejas... ella hace sola su trabajo... a lo mejor la sientes pesada.

Se sugiere a la paciente que realice las inducciones, se prescribe un posible fracaso por ser primera vez.

P: La sentí pesada.

T: ¿Sí? ¿te incomodaba sentirla así?

P: Un poco.

T: Ya.

P: Como que quería afirmarla, pero se me iba para allá [se ríe].

T: ¿Viste que funciona la otra parte de nosotros?.

P: [Se ríe].

Al parecer la paciente se impresionó al experimentar trance.

T: Lo bueno es que lo hicieras antes de las seis de la tarde.

Se sugiere este horario porque la paciente ha dicho que sus dolores se presentan a partir de las seis de la tarde.

P: Antes que me vengan los dolores fuertes.

T: Claro. Esto funciona aunque estés sin dolor. Si lo practicas antes también funciona.

Puede que en las crisis de dolor se disminuyan... también puedes hacerlo cuando te sientas intranquila o cuando quieras.

Hay muchas personas que se acuerdan de esto cuando el dolor está en lo más fuerte y se puede hacer, pero cuesta un poco más... si sientes un poco de dolor levanta la mano y anda practicando... incluso en la crisis de dolor, pero lo ideal es que lo hagas antes. Para que tengas más gotitas y con eso menos dolor.

Se recomienda a la paciente realizar autohipnosis antes de los episodios de dolor por la facilidad para realizarlo.

Yo te voy a venir a ver y sino te voy a llamar. ¿No vas al Policlínico de Dolor, al frente?

Se consulta a la paciente si asistirá al Policlínico del Dolor.

P: No, no sabía.

T: Ah, ¿no? puede ser porque estás recién con el tratamiento.

P: La matrona me explicó de un Policlínico del Dolor, pero no le entendí muy bien.

T: Puede ser porque ahora estás hospitalizada no lo sabes muy bien, pero después te lo explicarán seguramente, para que vayas al frente donde atiende la señora K.

P: Ya.

T: Puedes ir los días Lunes en la mañana.

Entonces lo puedes ir practicando y sola te vas a ir dando cuenta de lo que pasa. Lo ideal es que lo hagas antes y si te cuesta dormir, también lo puedes hacer. Te vas a un lugar agradable y después me cuentas cómo vas.

¿En este teléfono te puedo ubicar?

Se despide de la paciente.

P: Sí.

T: Bueno y cualquier cosa a Angélica le puedes decir, también. Ha sido un gusto trabajar contigo. (Luego se siguió trabajando con la paciente que se encontraba en la cama del frente. Si bien se dio por finalizada la sesión, al terminar con la señora María, se pudo observar que Marcela tenía dolor, por este motivo se trabajó nuevamente con ella, en esta ocasión el trance fue más profundo que el primero. El tiempo entre una inducción y otra fue de una hora aprox.)

T: Entonces tienes un dolor... ¿estás bien del cuello?

La paciente presenta un nuevo dolor. Se induce trance nuevamente.

P: Más o menos.

T: Colócate en una posición que estés cómoda...

P: Es fuerte.

T: ¿Te acomoda levantar la mano o prefieres otra cosa?

P: ¿Cómo qué?

T: Como mirar un punto.

P: No.

T: Porque te gusta con los ojitos cerrados.

P: Sí.

T: Ya. Vamos a levantar la mano ¿la sientes en el aire? [la paciente mueve la cabeza en señal de sí].

Se induce trance mediante levitación de mano.

Entonces tu manito está en el aire... hay una molestia... y

Se incluye la sensación

vamos a estar muy atenta... y lo que vamos a tratar de hacer es que junto con la molestia... puedes escuchar el sonido de mi voz.. o puedes escuchar el ruido de la tele... o la conversación de la señora...	dolorosa en la inducción hipnótica.
Generalmente uno no puede escuchar las tres cosas al mismo tiempo...	Metáfora para analgesia.
P: No.	
T: No. Entonces vamos a escuchar una que puede ser el sonido de mi voz... o escuchar el sonido de la tele... y el sonido de la tele puede ser el dolor... Y como tú sabes uno por interesante que sea la tele cuando hay propagandas uno no escucha el sonido de la tele... Correcto	Metáfora para controlar el dolor.
Y dejamos que tu mano se suspenda en el aire y no vamos a hacer nada... solo nos vamos acomodando para que tu cuerpo se relaje y cuando se relaje se van a soltar las gotitas que están en tu cerebro... y van a llegar al lugar de la molestias y lo harán a su forma... no tan rápido, no tan lento... de la forma en que elijas...	Metáfora para el control del dolor.
Estamos aprendiendo a manejar esto nuevo... y a medida que respiramos nos vamos más allá del dolor... más allá de la molestia... de todo...	Sugerencias para la disociación.
Y nos vamos al lugar que elijamos... Podemos bajar una escalera... y cada peldaño que vemos... profundiza mucho más, nuestro estado de tranquilidad...	Sugerencias para profundizar el trance.
Y como sabemos que es tu mente inconsciente la que está controlando nuestro estado... y al hacer esto no tenemos de qué preocuparnos... porque ella nos cuida... Podemos dejar de preocuparnos nosotros también...	Sugerencias que brindan seguridad.
Porque cada vez que tu mano está arriba es una señal que tu mente te está cuidando y está haciendo los arreglos necesarios... para que se desconecten las molestias...	Sugestiones para el control del dolor.
Mientras estás en el lugar que quieres estar... y haciendo las cosas que quieres hacer... y mientras más presente estás en ese lugar... tu mente puede manejar la situación a su manera... puedes respirar... ver lo que sucede... dónde estás... cómo es... y vas respirando... ¿qué estás haciendo?... en esa situación agradable que tal vez no la tenías tan presente... Pero ahora puede estar muy presente... Y cada vez estar más presente... y esta situación se hace más conocida...	Se entregan sugestiones que buscan la disociación de la paciente.
Y sabemos que este trabajo lo podemos hacer incluso cuando estés despierta... Porque nosotros decidimos a qué le prestamos atención... Incluso podemos ir imaginando... que el limón se va estrujando... y esas sustancias se van esparciendo... Correcto y nos vamos sintiendo bien... (silencio)	Sugestiones posthipnóticas para el control del dolor.
Y en estado sacamos más nos acomodamos... y más nos sorprendemos de esta capacidad tuya y que la tenemos todos...	
Y podemos respirar... Correcto... y nuestra mente inconsciente es como el aire de esta habitación que no nos damos cuenta la mayor parte de las veces... pero está... Y solamente tenemos que respirar profundo... para sentir su	Sugestiones que brindan seguridad.

presencia... y sentirnos protegidas... porque nos ha cuidado... Y cuando alguien nos ha cuidado tanto podemos confiar con más tranquilidad...

Y por eso... podemos trasladar nuestra atención a un lugar que está más allá de las molestias y podemos conversar... y hacer todo estando presentes y estando en ese lugar... Porque uno tiene distintos canales y elige lo mejor en ese momento...

Sugestiones orientadas a las disociación.

Y luego que tu mente inconsciente ha bajado el volumen de esa molestia... Puedes aumentar las sensaciones agradables que experimentas ahora... y esto lo puedes hacer incluso estando presente...

Y cuando tú y tu mente inconsciente hayan hecho el trabajo que se necesita hacer... puedes regresar sintiéndote tranquila... con los sonidos adecuados... en el canal adecuado... tranquila, bien... (silencio).
Sin apurarte a tú ritmo... [la paciente se reincorpora]
¿Te relajaste?

Sugestiones para reincorporarse.

Se consulta para saber como se sentía la paciente.

P: Sentía que le cuerpo se me hacían así en la cama. Quedé bien.

Se hundía.

T: ¿Qué molestia tienes ahora de cero a diez?

P: Tres.

Disminuyó de EVA 7 a 3.

T: Teníamos siete.

P: Sí.

T: Bastante mejor ¿o no?

La paciente se siente mejor.

P: Sí. Hasta me acomodé mejor.

Se acomoda nuevamente en la cama.

T: Lo quise hacer otra vez porque entre más uno lo practique mejor y como lo hemos hecho sólo una vez... y para ser la primera vez muy bien.

P: ¿Yo lo puedo hacer las veces que quiera?

La paciente muestra interés.

T: Las veces que quieras, no te preocupes porque el cuerpo después solo despierta. Es como cuando uno duerme uno solo despierta.

Se le recomienda a la paciente practicar autohipnosis.

P: Ya.

T: Es como cuando la radio está mal sintonizada tienes que sintonizarla de tal manera que el dolor no la complique. Puede estar el dolor, pero tú le prestas más atención a tu mano. Porque tienes que elegir el dolor o la mano, no puedes escuchar las dos cosas al mismo tiempo.

Sugestiones para autohipnosis y control del dolor.

P: Claro, donde le pongo atención a la mano... si con el ejemplo se me pasa a mí el dolor...

La paciente se ha dado cuenta que el dolor disminuye con la hipnosis.

T: Claro así que practícalo no más... después me cuentas como vas... que bueno que se bajo.

Fin de la sesión.

Chao Marcela, que estés bien.

P: Chao. (fin del cassette y de la sesión).

SESIÓN 2.

PACIENTE: 6.

FECHA: 21 de Junio 2001.

LUGAR. Hospital San Juan de Dios, Sala Común de Ginecología.

ESTADO FÍSICO DE LA PACIENTE: la paciente se encuentra hospitalizada, luce cansada, no realiza actividades y tiene dolor.

ESTADO PSICOPATOLÓGICO: en la sesión presentó embotamiento.

HIPNOSIS: la paciente se encuentra motivada con la autohipnosis, ha practicado tres veces al día porque las considera efectivas para controlar el dolor, sin embargo, no ha podido experimentar trance cuando el dolor es muy intenso. En la sesión se indujo trance mediante levitación de manos, la paciente finalizó la sesión con un dolor leve EVA 2.

RED DE APOYO: buena.

DOLOR INTENSIDAD:

a) Dolor promedio: sin información.
b) Dolor más intenso: EVA 10.
c) Dolor al inicio de la sesión: sin información.
d) Dolor en el transcurso de la sesión: sin información.
e) Dolor al finalizar la sesión: EVA 2 .

DOLOR DURACIÓN:

a) Duración de los episodios de dolor intenso: horas.
b) Dolor base: constante.

DOLOR SESIÓN ANTERIOR:

a) Intensidad del dolor al finalizar la sesión anterior: EVA 3.
c) Duración del alivio inmediato después de la sesión: sin información.

TRATAMIENTOS: quimioterapia, radioterapia y medicamentos para aliviar el dolor: morfina 20 mg c/ 6 hrs (catéter).

RESUMEN:

La paciente se encontraba hospitalizada presentaba embotamiento, lucía cansada, débil, tenía dificultades para conversar y hablaba muy bajo. Por esta razón la sesión fue lo más breve posible, se consultaron sólo aspectos centrales para no confundir a la paciente.

La enferma ha tenido dolores intensos, los cuales se presentan durante la noche. Por este motivo los medicamentos fueron cambiados, ahora toma morfina cada 6 horas, pero según ella no recibe los medicamentos en el horario indicado. Además, para controlar el dolor practica hipnosis tres veces al día, pero no puede controlar las crisis de dolor con este método.

En la sesión se realizó una inducción hipnótica para reforzar el aprendizaje. La cual se realizó fácilmente, la paciente logró experimentar un trance profundo y disminuir la molestia que presentaba. Finalizó la sesión, tranquila y agradada por el alivio conseguido.

T: ¿Has estado con dolores fuertes?	
P: Sí.	
T: ¿Ahora estás con morfina?	Se consulta por los medicamentos.
P: Sí.	
T: ¿Cada cuánto?	Se consulta por la frecuencia de los medicamentos.
P: Me la ponen cada seis, pero no me pinchan cada seis.	La paciente dice que los medicamentos no son administrados en los horarios recomendados.
T: ¿Son como contracciones las que le dan?	Se consulta por las crisis de dolor.
P: Más fuerte.	
T: ¿Cuánto le duran?	Se consulta por la duración del dolor.
P: Harto.	La paciente tiene dolores de larga duración.
T: Harto. El otro día cuando vine ¿se acuerda? ¿estuvo con dolor?	Se consulta si la paciente se acuerda de la última sesión.
P: Sí practiqué varias veces y estuve bien hasta que me vino el dolor fuerte ahí no pude.	La paciente ha practicado autohipnosis.
T: Claro, es más difícil hacerlo ahí.	La paciente no ha podido realizar autohipnosis con crisis de dolor.
P: (N.E).	
T: Ya, entonces no le costó hacerlo, pero cuando no tiene tanto dolor.	

P: Claro.

T: ¿Lo practicó una vez no más o todos los días?

P: Varias veces, pero cuando avanza demasiado el dolor no logro hacerlo.

La paciente practicó autohipnosis tres veces al día.

T: Ya. ¿Cuántas veces más ó menos lo hace en el día?

P: Unas dos, tres veces.

T: Ya. Estamos recién empezando vamos a ver que va pasando.
Entonces vamos a levantar esta manito y la vamos a dejar ahí... y cuando la manito está ahí no nos preocupamos de nada porque lo único que tenemos que hacer es levantar la mano... y vamos a dejar en nuestra mano nuestras preocupaciones... y todo lo que nos incomoda...

Se realiza inducción hipnótica mediante levitación de mano para que la paciente pueda practicar el trance.

Y podemos respirar... y sabemos que nuestra mente inconsciente se va a preocupar de todo... en nuestra mano vamos a dejar todas nuestras cosas...

Si tenemos alguna molestia respiramos botamos y a medida que respiramos las molestias se van alejando... es como lavar una olla que tiene comida pegada... en esos casos lo único que podemos hacer es dejarla remojar... y tener un poco de paciencia... y cada vez que hagamos este ejercicio esta olla se va limpiando más...

Y podemos respirar y nos podemos imaginar un lugar que nos agrade... porque después de un buen orden vamos a colocar afuera los pensamientos que nos hagan sentir mal... las cosas pueden estar influyendo...

Sugerencias orientada a la disociación. Además se entregan sugerencias orientadas al control de variables intrapersonales que pueden influir en la sensación dolorosa.

Podemos estar en el lugar que nos agrada... y siempre podemos saber que podemos poner atención en la mano sobre todo cuando las cosas se ponen más molestas...

Sugerencias orientadas a la disociación; se entregan sugestiones posthipnóticas para autohipnosis y metáforas orientadas al control del dolor.

Incluso nos podemos ir regulando... porque es como sintonizar un canal... podemos ir regulando la frecuencia en que queremos estar... No nos tenemos que preocupar por los ruidos... incluso los podemos escuchar... y también podemos irnos de las molestias... y si esas molestias son muy intensas... podemos hacer lo mismo que hacemos cuando apagamos una tele....

Sugerencias orientadas a la disociación y al control del dolor.

Y yo no sé cómo va a hacer tu mente inconsciente para disminuir las molestias más grandes... no sé cómo... Lo importante creo, es darle la oportunidad de que lo haga...

Por eso si tenemos una molestia podemos decirle que sí a nuestra mente inconsciente para que ella encuentre la forma para disiparla... Mientras nosotros estamos en este lugar agradable... Porque podemos tener la tranquilidad que entre más intensas son nuestras molestias... nuestra mente inconsciente puede trabajar mejor.. y por eso nos podemos relajar...

Podemos escuchar las voces... y no incomodarnos con eso... y situarnos en ese lugar que está más allá...

Por eso es muy importante que respiremos

profundamente [la paciente respira profundamente].

Y lo hacemos a nuestra manera... nos quedamos en el lugar que nos agrade y en este lugar... puedes estar por el tiempo que quieras... (silencio).

Y en esta estado se puede tener menos temor porque tenemos tantas cosas conocidas... Tu mente inconsciente te regala una forma para que aprendas...

Y puede elegir múltiples caminos... Y cuando lo desees puede regresar a tu ritmo sin apurarte...

[la paciente continúa en trance por algunos minutos].

Y saber que puedes disfrutar porque estás más allá del dolor de las molestias de todo... (silencio).

[la paciente permanece en trance por unos veinte minutos aproximadamente].

P: Está suave.	La paciente se refiere al dolor.
T: Suave. ¿Cuánto?	La paciente disminuyó su dolor.
P: Un dos.	El dolor disminuyó a EVA 2.
T: ¡Que bueno!. Entonces no te ha costado mucho practicarlo.	
P: No, me cuesta mucho cuando tengo dolores fuerte.	
T: No importa sigue practicando...	
¿Cómo ha estado el dolor? antes empezaba a las seis los dolores fuertes ¿y ahora?	
P: Estaba bien, como a la una me vino un dolor fuerte y vómitos hasta ahora que había despertado con dolor.	La paciente se ha podido mantener con menos dolor.
T: Ya. Si puedo te vengo a ver ¿no sabes hasta cuando vas a estar acá?	
P: No sé no tengo idea.	
T: Chao, te dejo tranquila por si quieres dormir.	Se termina la sesión y se despide de la paciente.
P: Chao. (Fin de la sesión).	Al comenzar la paciente tenía un dolor EVA 8, disminuyó a dos.

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Cs. Sociales
Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO

La Carrera de Psicología de la Universidad de Chile está realizando una investigación en el Hospital San Juan de Dios. El estudio pretende explorar la efectividad de la hipnoterapia ericksoniana en el manejo del dolor y sufrimiento de pacientes de cáncer cervicouterino.

En otros países se han realizado estudios de hipnosis ericksoniana en el control del dolor, algunos autores han obtenido resultados satisfactorios, por esto, se considera que puede ser de mucha utilidad realizar este procedimiento en Chile.

La hipnosis ericksoniana consiste en una técnica de relajación profunda; mediante una conversación el paciente junto al terapeuta, buscan la mejor manera para que pueda sentirse cómodo, luego se le ayuda a fantasear situaciones (imaginar) y en ciertas ocasiones se cuentan cuentos cortos o anécdotas.

En esta situación la mente está alerta y el cuerpo relajado, es posible experimentar respuestas involuntarias como: adormecimientos, disminución de la sensibilidad de algunas áreas, movimiento de dedos, etc. Estas experiencias son comunes, las vivimos sin darnos cuenta todos los días, por ejemplo: imaginarnos otro lugar, recordar o darnos cuenta que tenemos un pie adormecido. Esta técnica no tiene nada que ver con lo que tal vez hemos visto en la televisión, el paciente hace lo que quiere, no se le obliga a nada, se da cuenta de lo que sucede y se utiliza para beneficio de la persona.

El único riesgo que puede experimentar el paciente es no poder relajarse lo suficiente y con esto no poder lograr un estado que le permita aliviar sus dolores, o no poder poner en práctica lo aprendido, pero esto de ninguna manera puede dañar la salud del paciente.

En el caso de la aplicación de esta técnica para el manejo del dolor, se realizará una evaluación del dolor para determinar cómo se presenta el

dolor y eventuales cambios; durante 6 sesiones se les enseñará a las personas a relajarse, se espera que durante este tiempo las personas aprendan a realizar esta relajación profunda por sí mismas y de esta manera contar con una herramienta que le permita enfrentar de mejor manera su experiencia dolorosa.

Por ser una técnica que puede ser de mucha utilidad, no pone en riesgo la salud de las personas y con la intención de ayudarlas en el alivio del dolor, se ha pensado en realizar un trabajo que permita evaluar la efectividad de la técnica y contar con información que permita ir mejorando y eventualmente, poder ayudar a más personas.

La investigación de la Universidad de Chile, será una Memoria de Psicología a cargo de la Licenciada en Psicología de la Universidad de Chile Srta. Valeria Monroy Araya, quien realizará las intervenciones a 6 personas que padezcan cáncer cervicouterino y deseen participar durante 6 sesiones en las cuales se les enseñará hipnosis ericksoniana; después se evaluarán los posibles logros, la manera de hacerlo será consultando a las pacientes sobre sus molestias. Las sesiones serán grabadas y transcritas para preparar las sesiones y poder obtener las conclusiones de la investigación. La identidad de las personas se mantendrá en privado. Y no tendrá ningún costo económico para las pacientes.

Si tiene alguna duda puede plantearla. Su participación en esta actividad es absolutamente voluntaria.

Esperando pueda ser beneficioso
para usted, agradeciendo la atención
prestada y posible cooperación.

Atentamente,
Elisabeth Wenk W.
Prof. Patrocinante y Asesor Metodológico
Depto. de Psicología
Facultad de Cs. Sociales
Universidad de Chile

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Cs. Sociales
Departamento de Psicología

CONSENTIMIENTO

Fecha : Stgo,_____2001.

Yo_____
(nombre completo y apellidos)

C.I. _____ Acepto participar voluntariamente en sesiones de hipnosis ericksoniana, dirigidas a controlar el dolor cuya duración será de 6 sesiones aproximadamente.

Doy mi autorización para que las sesiones sean grabadas, el contenido de las sesiones será escrito y utilizado en una Memoria de Psicología de la Universidad de Chile. Las sesiones serán realizadas por la Lic. Valeria Monroy A.

Al momento de firmar he recibido información detallada, se me han leído dos páginas anteriores en la cuales explican el tema en cuestión, además, he tenido la posibilidad de plantear mis dudas al respecto.

Mi identidad se mantendrá en reserva y el procedimiento no tendrá ningún costo económico para mí.

Firma:_____