

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

19466
1994
32

Memoria para optar al título de psicólogo

*"Hipnosis en el manejo y control del dolor:
una propuesta de intervención
en pacientes oncológicos infantiles y juveniles con
leucemia linfoblástica aguda."*



AUTORES:

M^a Olga Herreros C.

Alvaro Venegas M.

PROFESOR PATROCINANTE:

Psic. Isabel M. Fontecilla S. *Isabel Fontecilla*

PROFESOR GUÍA:

Psic. Mario Pacheco L.

PROFESOR ASESOR METODOLÓGICO:

Psic. Elisabeth Wenk W.

19466

1994

AGRADECIMIENTOS

A Pamela, por su amor y comprensión, pero principalmente por Florencia.

A mis padres, por permitirme seguir mis propios pasos.

Alvaro Venegas Müller

Quiero agradecer a mis padres por todo el apoyo prestado durante el tiempo de realización de este trabajo.

También a Jaime, mi amor, por todo el apoyo y cariño durante esta etapa de mi vida.

María Olga Herreros C.

En primer lugar quisieramos agradecer a nuestra profesora Isabel Margarita Fontecilla, por su apoyo incondicional, orientación y amistad. Pero sobre todo, por su entrega a trabajar sin descanso, y codo a codo, junto a sus alumnos.

A Mario Pacheco, socio fundador del Instituto M. H. Erickson de Santiago de Chile, por su considerable aporte profesional e importantes consideraciones técnicas a este trabajo.

A Elisabeth Wenk, sin cuyas sugerencias esta memoria no tendría la claridad necesaria de un buen trabajo universitario.

A Francisco Barriga por su incansable defensa de nuestro trabajo, y por su importante asesoría médica.

Los autores

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
I EL CÁNCER	10
A. EL PUNTO DE VISTA MÉDICO: ANTECEDENTES GENERALES	10
* <i>CÁNCER:</i>	10
1. <i>Fisiopatología de la Enfermedad</i>	11
2. <i>El Crecimiento del Tejido Canceroso</i>	12
3. <i>Formas de Propagación</i>	12
* <i>CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE CÁNCER:</i>	13
1. <i>Clasificación Anatómica</i>	13
2. <i>Clasificación por Sistemas</i>	13
* <i>EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER</i>	13
* <i>ETIOLOGÍA DEL CÁNCER</i>	14
B. EL PUNTO DE VISTA MÉDICO: ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	18
* <i>CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES</i>	18
* <i>LEUCEMIA</i>	19
* <i>ETIOLOGÍA</i>	19
* <i>TIPOS DE LEUCEMIA</i>	20
II ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CÁNCER	22
A. EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO	22
* <i>EL SISTEMA ONCOLÓGICO</i>	22
1. <i>El Subsistema Familiar</i>	23
2. <i>El Subsistema Equipo de Salud</i>	23
* <i>ETAPAS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER</i>	25
* <i>PACIENTES TERMINALES</i>	29

III	DOLOR	32
A.	INTRODUCCIÓN AL TEMA DEL DOLOR	32
	" <i>COMPENDAMOS EL DOLOR</i>	32
	" <i>DOLOR: LA NECESIDAD DEL ABORDAJE</i> <i>INTERDISCIPLINARIO</i>	34
	" <i>EL MITO DE LOS DOS DOLORS</i>	35
	" <i>EL DOLOR: UN CONSTRUCTO COMPLEJO</i>	37
	" <i>DOLOR Y SUFRIMIENTO</i>	38
	" <i>CLÍNICAS DEL DOLOR: UN ATAQUE DIRECTO AL DOLOR</i>	39
	" <i>EL DOLOR: LO COMPLEJO DE SU ABORDAJE</i>	41
B.	DEFINICIONES RELACIONADAS CON EL DOLOR	44
	" <i>DOLOR</i>	45
	" <i>DOLOR SENSORIAL Y SUFRIMIENTO</i>	45
	" <i>FACTORES PSICOLÓGICOS COMO COMPONENTES DEL DOLOR</i>	46
	" <i>EL CONTINUUM DEL DOLOR:</i>	47
	1. <i>Dolor Agudo</i>	48
	2. <i>Dolor Agudo Recurrente</i>	51
	3. <i>Dolor Crónico:</i>	51
	* <i>Modelos Explicativos</i>	51
	* <i>Definición</i>	53
	* <i>Etapas del Dolor Crónico</i>	54
	4. <i>Dolores Intratables</i>	56
	5. <i>Dolor Psicogénico</i>	56
	" <i>A MANERA DE CONCLUSIÓN</i>	59
	" <i>TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL DOLOR</i>	60
	1. <i>Teorías Fisiológicas del Dolor</i>	60
	2. <i>Teorías Psicológicas del Dolor</i>	64
	3. <i>Factores Psicológicos Moduladores</i> <i>del Dolor</i>	68
	" <i>EL DOLOR EN LAS ENFERMEDADES MALIGNAS</i> <i>V/S NO MALIGNAS</i>	71

IV	DOLOR Y CÁNCER	77
	1. Ideas Erróneas en relación al Cáncer ...	77
	2. Tipos de Dolor en el Cáncer	79
	3. Etiología del dolor en el Cáncer	80
	4. Manejo del Dolor en el Cáncer	82
	* Farmacológico (Método W.H.O.)	82
	* Métodos No Farmacológicos	84
	ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS Y CÁNCER	86
	1. Inconveniencia de los Fármacos	86
	2. Estrategias Psicológicas en el Manejo de Efectos Colaterales del Cáncer	87
	* Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva (ERMP)	88
	* Hipnosis	90
	* Juegos y/o Distracciones de la Atención	91
	* Terapias Cognitivas, Conductuales y Breves	91
	* Biofeedback	92
	3. Mecanismos de Acción de las Intervenciones Psicológicas	93
	4. Sugerencias y Conclusiones	95
V	HIPNOSIS	97
	INTRODUCCIÓN	97
	A. ¿QUÉ ES LA HIPNOSIS?	99
	DEFINICIÓN GENERAL	99
	DEFINICIÓN ESPECÍFICA	101
	CONTROVERSIAS DEL ESTADO O NO ESTADO ESPECIAL DE CONCIENCIA	102
	TRANSE HIPNÓTICO	103
	INDUCCIÓN DEL TRANSE	105
	PROFUNDIDAD DEL TRANSE	107
	INDICADORES DEL TRANSE HIPNÓTICO	109
	SUGESTIÓN HIPNÓTICA	109

	·	<i>FENÓMENOS HIPNÓTICOS</i>	111
	·	<i>CONCEPTOS ERRÓNEOS EN RELACIÓN A LA HIPNOSIS</i>	116
B.		PERSPECTIVAS EN HIPNOSIS	118
	·	<i>INTRODUCCIÓN</i>	118
	·	<i>TEORÍAS BASADAS EN UN FACTOR UNITARIO</i>	119
	·	<i>TEORÍAS CLÍNICAS</i>	121
	·	<i>TEORÍAS SOCIOCOGNITIVAS</i>	123
	·	<i>MODELOS INTERACTIVOS-FENOMENOLÓGICOS</i>	128
VI		HIPNOSIS ERICKSONIANA	131
	·	<i>INTRODUCCIÓN</i>	131
	·	<i>HIPNOSIS TRADICIONAL V/S HIPNOSIS ERICKSONIANA</i>	131
	·	<i>EL ENFOQUE ERICKSONIANO</i>	132
A.		CONCEPTOS CLAVES EN HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA ..	134
	·	<i>CONSCIENTE V/S INCONSCIENTE (INCONSCIENTE CONSTRUCTIVO)</i>	134
	·	<i>TÉCNICAS INDIRECTAS</i>	135
	·	<i>SEÑALES MÍNIMAS</i>	135
	·	<i>EVOCACIÓN (EXTRAER UN TRANCE O FENÓMENO)</i>	136
	·	<i>INDUCCIÓN DE TRANCE</i>	136
	·	<i>RATIFICACIÓN DEL TRANCE</i>	137
	·	<i>UTILIZACIÓN</i>	138
B.		CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS O PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA HIPNOSIS ERICKSONIANA.....	139
	·	<i>ORIENTACIÓN NATURALÍSTICA</i>	139
	·	<i>ORIENTACIÓN INDIRECTA Y DIRECTIVA</i>	140
	·	<i>DISPOSICIÓN A RESPONDER</i>	140
	·	<i>ORIENTACIÓN DE UTILIZACIÓN</i>	141
	·	<i>ORIENTACIÓN DE PRESENTE Y FUTURO</i>	141
C.		INDUCCIÓN V/S UTILIZACIÓN DEL TRANCE	142
D.		MANEJO DE RESISTENCIAS EN LA HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA	143

VII	HIPNOSIS EN EL CONTROL DEL DOLOR	147
	* <i>HIPNOSIS Y DOLOR</i>	147
	1. <i>Manejo Hipnótico del Dolor</i>	147
	2. <i>Estrategias Usadas en el Manejo y</i> <i>Control del Dolor Agudo</i>	148
	3. <i>Estrategias Usadas en el Manejo y</i> <i>Control del Dolor Crónico</i>	152
VIII	EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA LEUCEMIA	
	LINFOBLÁSTICA AGUDA	155
	* <i>INTRODUCCIÓN</i>	155
	* <i>PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</i>	156
	1. <i>Protocolo I</i>	156
	2. <i>Protocolo M</i>	158
	3. <i>Protocolo II</i>	160
	A. LOS MEDICAMENTOS Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS	162
	B. EL DOLOR EN LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA	167
	* <i>DOLOR POR LA ENFERMEDAD</i>	167
	* <i>DOLOR SECUNDARIO A LOS MEDICAMENTOS</i>	168
	* <i>DOLOR POR LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS</i>	168
IX	HIPNOSIS EN NIÑOS	174
	* <i>HIPNOSIS EN EL CONTROL DEL DOLOR EN NIÑOS</i>	174
	* <i>HIPNOSIS CON NIÑOS</i>	177
	* <i>USO DE METÁFORAS COMO SUGESTIONES HIPNÓTICAS</i>	183
	* <i>AUTO-HIPNOSIS NATURALÍSTICA</i>	186
	* <i>INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES PARA EL USO</i> <i>DE LA HIPNOSIS EN NIÑOS</i>	187
X	SÍNTESIS Y CONCLUSIONES PRELIMINARES	191
XI	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	202
	A. INTRODUCCIÓN	202
	B. INTERVENCIÓN EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS	207
	* <i>DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DE DESARROLLO</i>	207

	·	<i>EJEMPLOS DE INDUCCIÓN</i>	208
	·	<i>EJEMPLOS DE SUGESTIONES</i>	208
	·	<i>TRATAMIENTO HIPNOTERAPÉUTICO</i>	208
	·	<i>PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE HIPNOSIS</i>	210
C.		INTERVENCIÓN EN NIÑOS DE 2 A 7 AÑOS	213
	·	<i>DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DE DESARROLLO</i>	213
	·	<i>EJEMPLOS DE INDUCCIÓN</i>	214
	·	<i>EJEMPLOS DE SUGESTIONES</i>	219
	·	<i>TRATAMIENTO HIPNOTERAPÉUTICO</i>	220
	·	<i>PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE HIPNOSIS</i>	223
D.		INTERVENCIÓN EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS	226
	·	<i>DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DE DESARROLLO</i>	226
	·	<i>EJEMPLOS DE INDUCCIÓN</i>	227
	·	<i>EJEMPLOS DE SUGESTIONES</i>	233
	·	<i>TRATAMIENTO HIPNOTERAPÉUTICO</i>	236
	·	<i>PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE HIPNOSIS</i>	239
E.		INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES DE 12 Y MÁS AÑOS ..	242
	·	<i>DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DE DESARROLLO</i>	242
	·	<i>EJEMPLOS DE INDUCCIÓN</i>	243
	·	<i>EJEMPLOS DE SUGESTIONES</i>	244
	·	<i>TRATAMIENTO HIPNOTERAPÉUTICO</i>	246
	·	<i>PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE HIPNOSIS</i>	252
F.		EJEMPLO DE TRATAMIENTO HIPNÓTICO DEL DOLOR	255
G.		DISCUSIÓN	260
		BIBLIOGRAFÍA	266

INTRODUCCIÓN

La presente memoria surge como respuesta a la necesidad vista por los autores de una sistematización y organización del conocimiento disponible acerca de la hipnosis -actualmente disperso en un gran número de publicaciones- en torno a una proposición concreta, que permita operar con esta herramienta en un sector de la población infantil y juvenil que, debido a su particular problemática y circunstancias vitales, se beneficiaría en gran medida con el desarrollo de esta propuesta de intervención y con su posterior implementación.

Se ha considerado relevante este tema de trabajo debido, en primer lugar, al contacto que han tenido los autores de este estudio, en la realidad laboral de la psicoterapia, con los temas de cáncer y dolor, en un caso, y con la hipnosis en el otro.

Esto hace surgir una importante motivación personal por el desarrollo de este estudio, que busca integrar sus experiencias individuales -en cuanto a la constatación de una necesidad laboral que enfrentan quienes trabajan en el medio hospitalario dedicado al tratamiento oncológico- con los conocimientos aportados por la teoría psicológica e hipnoterapéutica.

Al plantearse el trabajo con la hipnosis y revisar la bibliografía nacional al respecto, se observa, como ya se mencionó, una relativa escasez de material sobre el tema, y más aún de material que trate el uso de la hipnosis en el dolor. Esto hace pensar que se está dejando de lado una herramienta muy útil para el tratamiento psicoterapéutico de múltiples dolencias y problemas, lo cual se confirma al contrastar este hecho con la realidad de otros países donde es posible encontrar un gran número de artículos, así como de

revistas e incluso libros, que tratan profusamente el tema de la hipnosis, abordando las más variadas problemáticas humanas.

Si lo planteado anteriormente es cierto para el material sobre hipnosis en general, lo es en mucha mayor medida para el material referido específicamente al uso de la hipnosis en niños, lo cual ha contribuido también en cierto grado a focalizar la propuesta de esta memoria en el trabajo con este grupo etario.

Junto con centrar el interés de este estudio en el trabajo con niños y adolescentes, se ha creído importante proporcionar un aporte al tratamiento de pacientes que sufren cáncer, por ser esta una enfermedad de aumento progresivo en nuestro medio, y en algunos casos, como el de la leucemia, sin resultados terapéuticos exitosos. En este contexto, la implementación de técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor, podría contribuir a aumentar la tolerancia psicológica de los pacientes al tratamiento médico de esta enfermedad, y por lo tanto, a mejorar significativamente su calidad de vida.

Todo esto ha impulsado a la realización de esta investigación teórica, que pretende aportar interesantes antecedentes para su labor, así como para la de otros muchos profesionales que trabajen en esta y/o en otras áreas de la salud. Vale decir, la realización de esta investigación se enmarca dentro de lo que se denomina una "memoria teórica" o "tesis de compilación", donde los autores proponen una revisión bibliográfica extensa del tema en cuestión y un análisis nuevo que pueda aportar, desde esta perspectiva, información relevante a un especialista en el ramo, que no haya estudiado el problema en profundidad y que se vea en la necesidad de abordar este tema. (Eco, 1989)

Siendo el marco general de este estudio el uso de técnicas hipnóticas en el manejo y control del dolor, este proyecto pretende, en lo concreto, describir con claridad y precisión los

PASOS A SEGUIR para lograr un estado de trance en niños y adolescentes; y junto con esto, explicar y proponer las TÉCNICAS más adecuadas para estos grupos, en el marco de la teoría psicológica en general e hipnoterapéutica en particular.

Así, el objetivo general que guía la realización de esta memoria, puede ser definido como:

Justificar teóricamente la utilidad y eficacia de la hipnosis en el control y manejo del dolor en pacientes oncológicos infantiles y juveniles.

Además de este principio orientador, y para darle cabal cumplimiento, será necesario y posible cumplir con los siguientes objetivos de carácter específico:

- a.- *Entregar una recopilación bibliografía relevante del uso de hipnosis en el control del dolor en niños y adolescentes.*
- b.- *Justificar teóricamente la utilidad de la hipnosis en el tratamiento del dolor.*
- c.- *Justificar el uso de técnicas hipnóticas específicas en el manejo y control del dolor en pacientes oncológicos infantiles y juveniles.*
- d.- *Desarrollar un esquema de a quiénes, cuándo y cómo aplicar dichas técnicas.*
- e.- *Reunir las técnicas hipnóticas más adecuadas (teóricamente) para el control y manejo del dolor en pacientes oncológicos infantiles y juveniles.*

- f.- *Proporcionar una descripción de las técnicas de inducción de trance más apropiadas para niños y jóvenes para el manejo y control del dolor.*
- g.- *Proporcionar una descripción de las técnicas hipnóticas más apropiadas de manejo y control del dolor para niños y jóvenes.*
- h.- *Proporcionar una descripción esquemática del modo en que se deberán aplicar dichas técnicas.*
- i.- *Proporcionar una descripción de las técnicas posthipnóticas más apropiadas para el manejo y control del dolor para niños y jóvenes.*

La realización de esta investigación puede, además, hacer interesantes e importantes aportes en el ámbito científico, relacionados, en lo teórico, con suplir la carencia de un material sistematizado de consulta y de estudio sobre el trabajo de hipnosis con niños y adolescentes, describiendo técnicas e intervenciones específicas (lo cual constituye la principal falencia del material actualmente disponible); y en lo práctico, con permitir a los interesados en el tema disponer de una guía práctica para realizar intervenciones terapéuticas, de manera tal que puedan ser reproducidas, sujetas a verificación o incluso modificadas a través de investigaciones empíricas en cuanto a su eficacia, es decir, al cómo, cuándo y en quiénes funcionan las técnicas hipnóticas que se proponen.

Además, como un logro subsidiario a los anteriores -aunque no por ello menos relevante- esta memoria entrega una justificación teórica para la integración de psicólogos clínicos a los equipos médicos tradicionalmente dedicados al tratamiento de los pacientes oncológicos.

Por otro lado, en cuanto a la generación de investigación aplicada a futuro, el estudio bibliográfico que se propone puede contribuir a destacar a partir de su propia realización, importantes temas de investigación, como los siguientes:

- ¿Qué técnicas hipnóticas son aplicables en adultos con cáncer?, ¿Son las mismas que con niños?.
- Las intervenciones propuestas, ¿sirven también en otros tipos de dolencias físicas, como los dolores artríticos, ulcerosos, traumáticos, etc.?

De manera coherente con lo recientemente planteado, la estructuración por capítulos de esta memoria permite acceder de un modo convergente y gradual a la información que es necesario conocer para lograr una comprensión adecuada de su planteamiento final, es decir, de su propuesta.

Así, el primer capítulo trata el tema del cáncer, permitiendo a los profesionales que no poseen formación médica, conocer los aspectos más relevantes de esta enfermedad, en cuanto a su fisiopatología, formas de crecimiento y propagación, clasificaciones, epidemiología y etiología, todo desde una perspectiva general; para luego adentrarse en los temas más específicos relativos al cáncer y su presentación en niños y adolescentes.

Una vez que se ha entregado esta información general de carácter médico -cuyo objetivo no es otro que facilitar un lenguaje común y conocido para la presentación de los temas posteriores- se discuten los aspectos psicológicos asociados a esta patología, en cuanto a los sistemas sociales que se generan, a las etapas del tratamiento y al caso particular de los pacientes terminales.

El siguiente tema en ser tratado permite lograr un acercamiento al tema del dolor, consignándose su valoración cultural y la necesidad de abordaje multidisciplinario. Luego se entrega una visión

panorámica de las diversas concepciones filosóficas, médicas y psicológicas respecto a las clases de dolor y a los modelos y teorías explicativos de éste, de manera de unificar un discurso que será fundamental manejar con cierta claridad en lo sucesivo.

También se presenta una exposición de aquellos factores que, desde un punto de vista psicológico, constituyen moduladores del dolor que experimenta una persona; concluyéndose este capítulo con una comparación de las diversas connotaciones que adquiere el dolor en enfermedades malignas -como el cáncer- versus enfermedades no malignas.

Para continuar el sentido convergente de la exposición, el siguiente capítulo presenta una exposición de la relación entre el dolor y el cáncer, abarcándose brevemente temas como: tipos de dolores que se experimentan en el cáncer, su etiología y formas de manejo, tanto médicas (farmacológicas y no farmacológicas) como psicológicas; para pasar a continuación a una discusión más detallada del rol de la psicología en el tratamiento del cáncer, donde se analizan las estrategias psicológicas aplicables y los mecanismos de acción de tales intervenciones.

Al concluir este capítulo se hace una reseña, a modo de sugerencias y conclusiones, de las consideraciones generales derivadas de la presentación previa, para el uso de estrategias de carácter psicológico en el tratamiento oncológico.

Entrando más de lleno en lo que constituirá la esencia del planteamiento final de esta memoria, los capítulos siguientes tratan sobre la hipnosis.

Así, el capítulo V presenta una síntesis de los conceptos más fundamentales en relación a qué es la hipnosis, a cómo se define (de manera general y específica, es decir, la definición lo a que

adscriben los autores), a cómo se caracteriza, y a qué teorías se han planteado para dar cuenta de la ocurrencia de este fenómeno.

Posteriormente, se revisa el tema de la hipnosis ericksoniana, planteándose en primer lugar un paralelo entre ésta y la hipnosis tradicional, caracterizando de manera breve y general el enfoque ericksoniano. Debido a la relevancia de este enfoque para el objetivo central de la memoria, a continuación se describen con suficiente claridad y detalle los conceptos considerados claves en la hipnoterapia ericksoniana, así como sus principios básicos o características distintivas en relación a otros enfoques hipnóticos.

El capítulo VII presenta una primera aproximación, de carácter general, al tema de la hipnosis en el tratamiento del dolor, en sus formas aguda y crónica.

Una vez que se han revisado los temas precedentes, cuya presentación buscaba sentar las bases teóricas generales sobre las cuales se construirá la propuesta, se expone en una aproximación detallada, lo que constituye el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda (L.L.A.), comenzando con una justificación de porque se escoge esta patología en particular.

Fundamentalmente se busca mostrar cuáles son y en qué consisten los "protocolos" de tratamiento; que medicamentos se utilizan y los efectos secundarios que conllevan; así como analizar las diversas etiologías del dolor, su mecanismo de presentación y la acción sedativa que se lleva a cabo para reducirlo (si es que se aplica alguna).

Habiendo interiorizado al lector sobre el tratamiento de la patología que se trabajará y habiendo hecho evidente con su sola presentación, la necesidad de cualquier esfuerzo que contribuya a

aminorar la incomodidad que éste supone, se concluye la exposición teórica con un capítulo dedicado al tema específico de la hipnosis en niños.

En este capítulo se expone lo más relevante de la bibliografía sobre el tema, en cuanto al control del dolor, al uso de metáforas como sugerencias hipnóticas, y a la autohipnosis naturalística. Se incluye una sección donde se considerarán las principales indicaciones y contra-indicaciones para el uso de hipnosis con niños.

El capítulo X, constituye una fase de transición entre lo que ha sido esta revisión teórica (sobre cáncer, dolor e hipnosis en general, y sobre hipnosis Ericksoniana, L.L.A. e hipnosis en niños en particular)) y el planteamiento y descripción de la propuesta de intervención diseñada por los autores.

Debido a la extensión de la revisión teórica, se consideró imprescindible incluir este capítulo a modo de síntesis y conclusiones preliminares. Su objetivo es resumir lo fundamental en cuanto al enfoque y postura de los autores sobre los planteamientos teóricos que suscriben.

Finalmente, el capítulo XI, contiene la propuesta de intervención. Esta propuesta se ha estructurado en torno a los diversos estadios del desarrollo que es posible distinguir a la luz de la psicología evolutiva. De esta manera se proponen, grupos de intervenciones divididas por rangos de edad.

Dentro de la sección correspondiente a cada estadio, se hace una caracterización de la etapa del desarrollo correspondiente, enfatizando los logros cognoscitivos y de lenguaje. En segundo lugar se plantean y se analizan ejemplos de inducciones y de sugerencias apropiadas o indicadas para cada etapa. A continuación

se expone en detalle lo que constituye, a juicio de los autores, el tratamiento hipnoterapéutico sesión a sesión.

Posteriormente, haciendo una analogía a lo que son los protocolos de tratamiento de la L.L.A., y en base a su estructura se estableció el formato de protocolo de tratamiento hipnoterapéutico, que muestra en forma gráfica la cronología de la intervención planteada.

Por último, esta memoria concluye con el capítulo XII donde se exponen las "Conclusiones Finales", reflexiones surgidas a lo largo de la realización de este estudio, conducente al desarrollo de una propuesta de intervención. Se analizan también, el logro de los objetivos planteados inicialmente.

CÁNCER

EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

ANTECEDENTES GENERALES

El objetivo de este capítulo es interiorizar al psicólogo clínico con la información relevante, desde el discurso médico, para el trabajo con pacientes con cáncer y leucemia. Entre otros temas, se pretende mostrar cómo se entiende o explica el fenómeno del cáncer y qué es lo que ocurre durante el periodo de tratamiento. Y, entregar información básica para poder establecer una relación interdisciplinaria y de apoyo al tratamiento médico con los profesionales de la salud que intervendrán en el proceso de tratamiento. También es necesario disponer de la información correcta para poder estructurar el trabajo de apoyo terapéutico contingente a las distintas etapas del tratamiento médico y dar apoyo psicológico en las llamadas "emergencias oncológicas".

Por lo tanto, en este capítulo se responderán de manera básica las siguientes interrogantes: ¿Qué es el cáncer? ¿A qué nos estamos enfrentando, es decir, cuál es el contexto en el que se desarrolla esta enfermedad? ¿Cómo es el tratamiento contra el cáncer?

CÁNCER

Esta enfermedad, conocida desde tiempos ancestrales, se constituye como la segunda causa de muerte en todo el mundo, afectando en mayor o menor grado todas las razas; sin discriminar por sexo, edad y condición socioeconómica.

1.- Fisiopatología de la enfermedad

Básicamente el cáncer es una alteración a nivel celular, que involucra la función de reproducción de las células. Se observa a nivel de todos los tipos celulares, en todos los órganos. Si bien existen notables diferencias entre los distintos tipos de cáncer, lo explicado anteriormente es válido para todos ellos.

En estricto rigor, lo que ocurre es el fenómeno denominado *neoplasia celular* que es una hiperplasia celular anómala. Esta consiste en el "crecimiento anormal e inusual incremento del número de células de un tejido o parte del tejido resultando en el incremento de la masa del tejido (Prhen, citado en Kruse 1979).

Existen dos tipos de hiperplasia:

- i.- la fisiológica: que es debida a estímulos y desaparece cuando el estímulo es removido.
- ii.- la forma neoplásica: este término significa nueva formación y consiste en una anormalidad del crecimiento celular. Son anomalías celulares que constituyen el cáncer, que pueden considerarse consecuencias directas o indirectas del crecimiento tisular. "Es un aumento del volumen de un tipo de tejido causado por el crecimiento patológico del tejido vivo, sin especificar si este crecimiento es de carácter benigno o no."(Egaña,1963)

Aunque se han postulado diversas causas, no existe claridad respecto del mecanismo por el cual el crecimiento y reproducción normal de células o hiperplasia se convierte en neoplasia; sin embargo, se ha observado que los factores gatillantes para la hiperplasia son los mismos que para la neoplasia. Este proceso de crecimiento celular tiene relación con la síntesis de proteínas; hay crecimiento celular de reparación, lo que hace que aumente la velocidad de crecimiento. En el proceso están implicadas hormonas que están estimulando o inhibiendo el crecimiento celular.

Otros mecanismos como procesos infecciosos o ciertos virus aumentan la velocidad de crecimiento tisular. Por ejemplo, heridas que no cicatrizan, generan hiperplasia como un mecanismo reparador: si pasa el tiempo puede que una lesión se convierta en cancerosa, como ocurre en el cuello uterino.

2.- Formas de crecimiento del tejido canceroso:

Se piensa que el neoplasma crece a expensas de sí mismo, lo que significa que ocurre a través de la reproducción de las células alteradas del tejido original. El crecimiento del neoplasma se realiza a través de los mecanismos de *crecimiento e infiltración* de los tejidos vecinos. La velocidad de infiltración varía en los distintos tipos de cáncer.

3.- Formas de propagación:

La propagación del tejido canceroso ocurre a través de dos mecanismos:

- i.- por contigüidad: a los tejidos vecinos infiltrándolos y destruyéndolos
- ii.- por metástasis: que son nidos de células cancerosas que se desprenden de la masa tumoral y que son transportadas por la corriente sanguínea o linfática hacia órganos distantes al origen del cáncer.

Un hecho interesante lo constituyen las llamadas defensas biológicas antineoplásicas del órgano huésped, es decir, el cuerpo humano produce estas células neoplásicas, sin embargo no todas proliferan desarrollando la enfermedad. Pareciera que en un organismo sano siempre se producen células anómalas, aunque el por qué se rompe el equilibrio no está claro aún. (Egaña, 1963)

CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE CÁNCER

Existen básicamente dos tipos de clasificaciones para identificar el cáncer:

- 1.- Clasificación anatómica: es decir, recibe su denominación según el órgano comprometido.
- 2.- Clasificación por sistemas: es decir, recibe su denominación según el tejido comprometido, distinguiéndose así:
 - i.- Cáncer del tejido linfoideo (o linfosarcoma)
 - ii.- Cáncer del tejido conjuntivo(o sarcomas)
 - iii.-Cáncer del tejido muscular (o miosarcomas)
 - iv.- Cáncer del tejido epitelial, de dos tipos:
 - a.- Epitelio de revestimiento (Piel y mucosas)
 - b.- Derivados de epitelios glandulares.(Egaña 1963).

EPIDEMIOLOGÍA

Desde el punto de vista del análisis estadístico, es decir, el análisis de la frecuencia de la enfermedad por habitantes, el cáncer es hoy un problema de salud en Chile. "Deducido esto de los análisis de los indicadores de *mortalidad* que muestran que desde 1940 hay un ascenso sostenido, alcanzando en la década de 1970 el segundo lugar entre las causas de muerte en Chile".(Berrios, 1987)

En nuestro país se han observado cambios biodemográficos importantes que contribuyen a que el fenómeno se destaque de esta manera: la disminución de la tasa de natalidad; el descenso mantenido de la tasa de mortalidad infanto-materna y la disminución de las enfermedades transmisibles, aumentó la expectativa de vida para los chilenos al nacer: de 31 años en 1920 a 68 años en 1985. Cuando la medicina comienza a evitar y controlar la mayoría de las enfermedades que mataban a la humanidad, surgen como un desafío evidente las llamadas *enfermedades crónicas no transmisibles*: enfermedades cardiovasculares, enfermedades digestivas y

osteomusculares, la diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, y enfermedades tumorales, como es el caso del cáncer.

ETIOLOGÍAS DEL CÁNCER

Se consideran causas predisponentes al cáncer a los siguientes factores de riesgo:

1.- Tabaco: Se relaciona al hábito de fumar con los siguientes tipos de cáncer(en orden decreciente):

- i.- pulmones.
- ii.- laringe.
- iii.-boca.
- iv.- faringe.
- v.- esófago.
- vi.- páncreas.

Además, se ha encontrado alguna incidencia, aunque en menor relación, en el cáncer de riñón. (De Vita, 1990)

En relación a los fumadores pasivos (no fumadores en contacto con fumadores) y a esposas de fumadores, el riesgo de contraer cáncer a causa de esta condición, es de un 30%.

2.- Alcohol: Se relaciona como factor coadyudante en la formación de ciertos tipos de cáncer, actuando como potenciador del efecto del tabaco. En experimentos de laboratorio no se ha encontrado evidencia directa de la relación cáncer-alcohol; sin embargo se le relaciona, en orden decreciente, con los siguientes tipos de cáncer:

- i.- boca.
- ii.- faringe.
- iii.-esófago.

Su acción es debilitar al organismo, incrementando la permeabilidad de las membranas a otros agentes carcinogénicos.

Por otro lado, el alcohol produce cirrosis hepática, la que secundariamente puede llegar a ser un carcinoma hepatocelular. (De Vita, 1990)

3.-Riesgos ocupacionales: Se entiende como la exposición a agentes carcinogénicos. A este factor se le adjudica el 5% de todas las muertes por cáncer de vejiga y de pulmones.

Como agentes carcinógenos se consideran los siguientes:

- i.- Asbesto (asociado a cáncer de pulmones).
- ii.- Arsénico inorganico (asociado al cáncer de pulmones).
- iii.-Industria del cuero (Cáncer nasal)

4.- Contaminación ambiental: Se le atribuye el 3% de las muertes por cáncer.

- i.- el principal agente estudiado han sido los hidrocarburos policíclicos derivados de la combustión de los subproductos del petróleo.
- ii.- los rayos X, gamma y la radiación iónica son agentes de riesgo para el personal de salud.
- iii.-radiacion solar: la exposición prolongada a los rayos del sol se asocia al cáncer a la piel.
- iv.- medicamentos: un ejemplo de esto es la evidencia encontrada que permite asociar la aparición de cáncer al útero de hijas mujeres, expuestas durante el embarazo, de madres tratadas con estrógenos sintéticos. Contraceptivos orales usados por largo tiempo se correlacionan también, con la aparición de cáncer en este órgano. (De Vita, 1990)

5.- Tipos de cáncer mas frecuentes en Chile: Tomando como información base las tasas de mortalidad de 1984 los tipos de cáncer más frecuentes en Chile son:

- i.- Cáncer gástrico: 19,4% del total de muertes por cáncer.
- ii.- Cáncer broncopulmonar: 10.1% del total de muertes por cáncer.
- iii.-Cáncer de vesícula biliar: 8.1% del total de muertes por cáncer.
- iv.- Cáncer de cuello uterino: 5.7% del total de muertes por cáncer.

Desde la epidemiología del cáncer y con respecto a sus causas, Berríos y sus colaboradores (1987) plantean que: "La razón última no la sabemos dado que no se conoce a cabalidad la etiología y patogenia de estas enfermedades. Alguna información se ha reunido como resultado de la intensa y pertinaz lucha de los investigadores y científicos de todo el mundo por conocer los secretos de su génesis y comportamiento."

En relación a las etiologías por localización del cáncer, estos autores mencionan que, en el caso particular de Chile, se explican de la siguiente manera:

- Cáncer de pulmón: se asocia con el hábito de fumar, que en Chile alcanza a el 47,1% de los hombres y al 26,2% de las mujeres. También se asocia con actividades mineras en la zona norte y en Cachapoal, y con actividades petrolíferas en Magallanes.
- Cáncer de mama: "Existe relación entre algunas variables como paridad baja, obesidad post-menopausia, antecedentes familiares y patología mamaria" (Berríos 1987).
- Cáncer de cuello uterino: se explica por la elevada y precoz fertilidad de la mujer, común en América Latina (Berríos, 1987).
- Cáncer de estómago: se postula que tiene relación con los hábitos alimenticios, en especial con los compuestos del tipo nitrosaminas.(Op. cit)

En Chile, en las tablas generales por localizaciones, sólo se menciona la leucemia en menores de 24 años, con una incidencia nacional de un 4,6 x 100.000 habitantes, lo que es una cifra baja. El total de cánceres para ese rango de edad alcanza a 111.7 x 100 000 háb. La leucemia en adultos, mayores de 24 años, alcanza una tasa de 30.4 x 100 000 háb.

Como se desprende de las tasas de incidencia expuestas, la población afectada por esta última enfermedad no es mucha; sin embargo, este pequeño pero significativo grupo humano recibe tratamientos que implican dolor, por lo tanto, es un grupo de pacientes que necesita atención de todos aquellos profesionales que puedan contribuir en alguna forma al alivio del dolor.

EL PUNTO DE VISTA MÉDICO:

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La prevalencia del cáncer en niños y adolescentes es muy baja. En los EEUU. cada año enferman 6500 nuevos casos. (De Vita, 1990) Sin embargo, es la segunda causa de muertes en niños después de los accidentes. (Barriga, 1988)

En un período de tres años en los EEUU los principales cánceres fueron en orden decreciente:

- Leucemia.
- Tumores del sistema nervioso Central.
- Tumores del tejido linfático.
- Tumor del tejido nervioso simpático.
- Tumor de Wilm.
- Cáncer óseo.
- Rabdomiosarcoma (cáncer muscular)
- Retinoblastoma y tumores de ojo. (De vita, 1990)

En las tablas generales por localizaciones sólo se menciona la leucemia en menores de 24 años con una incidencia a nivel nacional de 4,6 casos x 100 000 hab.

Sin embargo, a pesar de que la incidencia es baja cada año enferman 400 nuevos casos (la leucemia es el cáncer más frecuente en niños en Chile). (Barriga, 1993, comunicación personal)

LEUCEMIAS

Las leucemias son un grupo heterogéneo de neoplasias que surgen de la transformación maligna de células hematopóyeticas (formadoras de sangre). Las células leucémicas proliferan principalmente en la médula ósea y tejidos linfoides, donde interfieren con la hematopoyesis e inmunidad normales. Por último, emigran hacia la sangre periférica e infiltran otros tejidos. (Champlin y Wold en Harrison 1987)

ETIOLOGIA

En cuanto a las etiologías de las leucemias, se distinguen principalmente dos:

1.- genética: existe evidencia de familias con frecuencias anormalmente elevadas de leucemias. La tasa de incidencia, sube también para el caso de hermanos gemelos idénticos.

2.- ambientales: fundamentalmente se relaciona con la exposición a radiación, siendo esta relación más clara con algunos tipos de leucemia solamente. Lo que incide directamente en un mayor riesgo es si la dosis de radiación es más alta, como se observa entre los sobrevivientes de Chernobyl e Hiroshima y Nagasaki.

Dentro de las etiologías ambientales, la aparición de la leucemia se relaciona también con la exposición a sustancias como el benceno y los hidrocarburos.

En relación a los virus, solo hay evidencia de correlación clara en el laboratorio, con un tipo de leucemia que se contagia de un portador a otro. Las demás no son contagiosas.

TIPOS DE LEUCEMIA

Las leucemias se clasifican según la serie de células afectadas en:

1.- Mieloides o leucemias no linfáticas, es decir, aquellas originadas en otras células sanguíneas.

2.- Linfoides, es decir, originadas en los linfocitos.

En cuanto a la evolución natural del padecimiento, es posible clasificar las leucemias, en:

1.- Agudas: son aquellas de curso clínico rápido, que provocan la muerte en un periodo de meses. Es el caso de la leucemia aguda linfática y de la leucemia aguda no linfática).

2.- Crónicas: son aquellas de duración más prolongada, entre las que se cuentan la leucemia mieloide crónica y la leucemia linfática crónica.

A continuación se presenta la clasificación Franco- Americana- Británica de las leucemias y su pronóstico: (Harrison, 1987)

i.- Leucemias linfáticas:

Tipo de célula	Pronóstico
L 1	Bueno
L 2	Bueno
L 3	Malo

ii.- Leucemias no linfáticas:

Tipo de célula	Pronóstico
M 0	Malo
M 1 indiferenciada	Malo
M 2 mieloide con diferenciación	Malo
M 3 promielocítica	Bueno (si en la primera etapa del tratamiento desaparece).

M 4	Malo
M 5 monocítica	Malo
M 6 eritroleucemia	Malo
M 7 megacarioblástica	Malo

Además de lo anterior, el pronóstico se establece en función de los siguientes factores:

- 1.- Edad: el grupo con mejor pronóstico es el comprendido entre los 2 y los 5 años.
- 2.- Nº de glóbulos blancos: al momento del diagnóstico, el mejor pronóstico es que sean menos de 50 mil; mientras más sean, peor pronóstico.
- 3.- Presencia de alteraciones cromosómicas: si hay evidencia de marcadores cromosómicos el pronóstico es malo.
- 4.- Compromiso de órganos: si al momento del diagnóstico hay compromiso del S.N.C., el mediastino, o los testículos en el caso de los hombres, el pronóstico es malo.

Para concluir, se quiere resaltar la importancia que tiene la leucemia en nuestro país, ya que es el principal cáncer en niños. Por esta razón, que los autores de la memoria la toman como el objetivo sobre el cual intervenir.

La leucemia como enfermedad es silenciosa, esto quiere decir que los fenómenos dolorosos constitutivos de la enfermedad no son muchos. Sin embargo, la gran paradoja que encierra su tratamiento, camino para lograr la cura de la enfermedad, es que la quimioterapia está estrechamente relacionada con el dolor, el cual es persistente, agudo e interfiere con la calidad de vida del paciente.

Aún con la farmacoterapia contra el dolor, el fenómeno se presenta. Todos estos puntos son desarrollados en los siguientes capítulos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL CÁNCER

EL PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO

El objetivo de este capítulo es revisar la información acerca de la relación entre cáncer y psicología que se ha acumulado desde una perspectiva multidisciplinaria.

EL SISTEMA ONCOLÓGICO

Para comenzar se definirá el *tratamiento de cáncer* como un proceso, es decir, como un fenómeno de complejas relaciones entre personas, todas unidas en el proceso de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Se denomina a este conjunto de personas interactuantes como sistema oncológico, el que incluye dos subsistemas: la familia y el equipo tratante. Entendido así, es posible distinguir -a lo largo del tiempo- una serie de eventos identificables en la dinámica de cada uno de los miembros de la familia, así como también en el conjunto de las relaciones que los constituyen como tales. Es decir, el sistema oncológico es un sistema que, a partir del momento del diagnóstico, comienza a interactuar, de manera estable en el tiempo en torno a un objetivo: *recuperar la salud de la persona enferma de cáncer*. Es, además, un encuentro de seres humanos con seres humanos (Roldán et al 1993), por lo que los procesos emocionales y cognitivos que se presentan en la familia también se manifiestan en los miembros del equipo tratante.

Esta perspectiva permite comprender aquellas complejidades de la relación familia-equipo tratante que no son perceptibles desde una perspectiva que enfatice los roles de los subgrupos.

EL SUBSISTEMA FAMILIAR

Este subsistema puede definirse como aquel con un miembro que manifiesta la enfermedad o un miembro con cáncer.

Según la experiencia recogida por los autores de esta memoria, en el trabajo (Hospital Clínico de la Universidad Católica) con niños pequeños con cáncer, generalmente son los padres y en particular la madre quien debe acompañar al enfermo. No es poco frecuente que cuando ambos padres trabajan, el cuidado sea asumido por la abuela, quien generalmente tenía a su cargo el cuidado del niño. En el caso de los adolescentes, los acompañantes primeros siguen siendo los padres, aunque también es posible que aparezcan asumiendo funciones algunos miembros del grupo de pares: pololos o compañeros de colegio. En algunos casos, ocurre que permanecen solos al cuidado del personal hospitalario.

EL SUBSISTEMA EQUIPO DE SALUD

El "*equipo tratante o de salud*", es el conjunto de todos los profesionales de la salud.

Es posible definir a este subsistema como compuesto por una compleja red de relaciones formales e informales, que presenta una estructura jerárquica y formal establecida, estable en el tiempo y con ritmo de cambio lento. Su objetivo o acuerdo es hacer prestaciones de salud.

Es una red organizada de servicios con el objetivo de recuperar a los individuos de las alteraciones en sus homeóstasis biológicas.

Los médicos son los encargados de la conducción del proceso. Es el médico a quien corresponde la función de diagnosticar y corroborar el diagnóstico. Es también el encargado de conducir la toma de decisiones en cuanto al tratamiento.

Las enfermeras son las encargadas de la administración de las acciones terapéuticas en el contexto hospitalario.

El personal auxiliar es el encargado de ejecutar acciones menores de tratamiento y de atender el "confort" del paciente.

El personal de nutrición tiene la función de satisfacer las necesidades alimenticias determinadas por la condición del paciente.

En el hospital o institución de salud se presentan también otros niveles de organización que hacen posible el funcionamiento conjunto de éste: el personal administrativo, que coordina al sistema en su conjunto; otros servicios como son cocina, lavandería, farmacia, etc. que prestan servicios de hotelería y de apoyo a los servicios primarios.

Esta estructura formal no tienen injerencia en el tratamiento, pero sus miembros también mantienen relación, en algunos casos significativa, con la familia y con el paciente.

Desde que un grupo familiar recibe el diagnóstico de cáncer hasta saber el resultado o desenlace del tratamiento, es decir, saber si logró recuperarse o no de la enfermedad, pasarán al menos un par de años. Esto hace que las interacciones entre la familia y el equipo asistencial, al prolongarse por largos períodos de tiempo, cobren una significancia emotiva que escapa al plano meramente formal.

Cuando un niño o un adolescente llega al hospital, comienza a enfrentarse con una organización formal, con reglas definidas a las

cuales deberá adaptarse, y que, eventualmente, pueden generar conflicto al interior de la familia o con el equipo tratante.

Entrará en contacto con sus médicos especialistas, con médicos residentes, con enfermeras, psicólogos, nutricionistas, auxiliares de enfermería, auxiliares de apoyo, auxiliares de nutrición, personal de aseo, etc. Cada una de estas personas maneja información acerca de lo que ocurrirá con el paciente desde que éste ingresa a hospitalizarse hasta que sale de alta. Lógicamente la información que maneja cada estamento no es igual. Existe una jerarquía de conocimientos que es innegable y que se distribuye en orden decreciente desde los médicos y enfermeras, hasta los otros profesionales de la salud.

ETAPAS DE TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Desde la experiencia en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, se plantean las siguientes etapas generales que atravieza la familia. Los autores de esta memoria, también rescatan la teorización hecha por Margareth Kübler Ross basada en la evidencia empírica con más de 500 pacientes terminales de cáncer. (Kübler Ross, 1969)

1.- Etapa de diagnóstico de la enfermedad:

En esta etapa se establece por primera vez el contacto médico-paciente. Es un momento de gran angustia para el paciente y su familia: no conocen a la persona que está frente a ellos, no conocen el contexto hospitalario, todo es incierto. Aunque, como plantea Sourkes (1993), se pueda dar un buen pronóstico de cáncer, la palabra aún connota muerte.

Desde el punto de vista del personal médico, es una situación altamente estresante, ya que él comunica a la familia la situación que deben enfrentar, debe contener las angustias de la familia,

plantear las reglas del juego y anticipar lo que vendrá. Si en esta primera etapa el médico logra tranquilizar y ser visualizado como un profesional que de manera honesta y congruente trabaja en el proceso de tratamiento, probablemente, los períodos críticos que siguen se vivirán con menor desconfianza hacia el equipo tratante. Un ejemplo de lo anterior es el manejo de la información: se ha planteado en múltiples ocasiones la disyuntiva de si decir la verdad al niño o no (Sourkes, 1993). Se ha descubierto que el no decirselo causa un aumento de la ansiedad y el miedo y, por lo tanto, puede provocar a la vez un aumento en la desconfianza del paciente en su equipo tratante, lo que incidirá en el resultado del tratamiento.

2.- Hospitalizaciones:

En un tratamiento de cáncer, las hospitalizaciones se convertirán en una rutina obligatoria para las familias.

Generalmente esto ocurre de dos maneras:

i.- Hospitalizaciones planificadas: Están en conocimiento previo de la familia, ya que son aquellas que están descritas en el calendario o protocolo de tratamiento. Corresponden a los momentos o períodos en que se aplica algún procedimiento médico que requiere de apoyo hospitalario por ser de más alto riesgo. Esto ocurre, por ejemplo, en el caso de drogas muy fuertes, de operaciones, etc.

ii.- Hospitalizaciones repentinas: Ocurren como consecuencia de alguna complicación del tratamiento, frecuentemente por fiebres muy altas a consecuencia de infecciones durante el período en que el paciente se encuentra con sus defensas bajas.

En las hospitalizaciones repentinas la familia llega en crisis, con mucha angustia. Frecuentemente, es en esta etapa en donde surgen los conflictos con el personal de salud, ya que este último enfrenta la emergencia según patrones establecidos, lo que a veces no es comprendido por la familia que visualiza estos procedimientos como demasiado lentos.

3.- Etapa de las crisis por el tratamiento

Es el momento en que el paciente se enfrenta a los efectos nocivos o negativos de la quimioterapia, que consisten en las aplasias medulares y la disminución en las defensas del organismo. Esto ocurre siempre después de una aplicación de quimioterapia, pero variará en intensidad dependiendo de la cantidad de drogas utilizadas y su toxicidad.

Desde el punto de vista psicológico, esta etapa está cargada de mucha angustia para la familia y el paciente, ya que es un momento en el que el paciente corre peligro de muerte debido a que cualquier infección, por más leve que sea, se convierte en mortífera si el sistema inmunológico no está funcionando. Es también un evento altamente estresante para el equipo médico, ya que muchas veces a pesar de los esfuerzos que éste invierte, la infección no cede fácilmente y puede, incluso, llevar a la muerte del paciente.

4.- Etapa de adaptación o fase crónica de la enfermedad:

Esta etapa sobreviene luego de los seis meses iniciales, en que debido a la agresividad del tratamiento la vida del paciente y su familia se ve alterada de manera radical, por lo que la adaptación del paciente y su familia a su antiguo ritmo de vida no es fácil, debido a que durante toda la fase de tratamiento intensivo se ha generado una dependencia total de la familia respecto del equipo tratante. El miedo a sobrepasar los límites de libertad que ha fijado el médico en relación a lo que puede y no puede hacer la persona debe ser concretamente explicitado y abordado por el equipo médico. Cuando esto no ocurre así, se observa que la adaptación se produce con mayor lentitud y dificultad. También se observa en algunas familias el mito que puede expresarse con la siguiente frase *"Si no hago lo que el médico me dice, no me voy a sanar."* (Comunicación personal con pacientes)

5.- Etapa de recaída:

Esta etapa puede ocurrir al menos en el 50% de los casos de leucemia, luego del período crónico de la enfermedad. Es una etapa de mucha intensidad emocional y angustia, ya que tanto la familia como el equipo tratante ven como las posibilidades de curación se alejan.

La falta de preparación para enfrentar estas situaciones con los pacientes a menudo hace que el equipo evite mantener relaciones más cercanas con la familia y el paciente. Esto se observa incluso en aquellas relaciones médico-paciente que anteriormente habían sido cercanas. El equipo tratante suele no actuar como un grupo cohesionado que sirva de apoyo para cada uno de los miembros frente a estas situaciones. La tendencia conductual es que cuando aparece este tipo de situaciones, los contactos intragrupalos tienden a disminuir evitándose hablar del tema.

6.- Etapa terminal:

Esta etapa ocurre cuando el grupo médico declara que la medicina no puede hacer nada más por el paciente y que la enfermedad no entró en remisión y/o siguió avanzando. Se observa entonces que comienza un distanciamiento familia-equipo. A veces esto es decidido de manera implícita por el equipo frente a circunstancias en que se auto-percibe como imposibilitado de ofrecer algo más. Esto deja a la familia en el desconcierto más absoluto, ya que no alcanza a comprender por qué puede estar ocurriendo lo anterior. Al disminuir la atención a la familia terminal quedan sin tomarse las provisiones necesarias para el confort del paciente como es control del dolor, de las infecciones recurrentes, de la preparación de la familia frente al impacto de hacerse cargo de un ser humano que muere. etc.

7.- Muerte del paciente:

Esta etapa es la más difícil de enfrentar de todo el proceso, tanto para la familia y el paciente como para el equipo tratante. La formación de los profesionales del área de la salud no enseña cómo asumir este hecho (en la cultura occidental, es un tema sobre el cual hay mucho tabú como para enfrentarlo).

Tal vez la situación más importante que marca lo especial del trabajo con pacientes oncológicos, a diferencia de otros tipos de pacientes, es la inminencia de la presencia de la muerte. Desafortunadamente para esta especialidad, se ha puesto mucho énfasis en la preparación profesional para asistir en la salud y sobrevida de los pacientes, pero poco se ha explorado acerca de la asistencia que se le puede ofrecer a un paciente en un proceso de muerte. La muerte en pacientes oncológicos suele ser acompañada de condiciones de mucho sufrimiento y dolor, lo que la aleja de lo que podría ser una muerte natural.

PACIENTES TERMINALES

Una de las teorizaciones más importantes acerca de pacientes terminales fue realizada en la década de los setenta por la psiquiatra norteamericana Margareth Kübler Ross, quien describe una serie de etapas por las que atraviesan estos pacientes al enterarse de su condición. Estas etapas se detallan a continuación :

1.- Rechazo a la verdad o negación: una vez que se ha confirmado el diagnóstico, el paciente rechaza la enfermedad por días o semanas. Se plantea esta etapa como un mecanismo de defensa que no debe ser perturbado (Kubler Ross, 1969). Pasado el impacto inicial el paciente puede tener ganas de hacer preguntas, y está en condiciones de recibir información más precisa. Según esta autora, el médico debe responder honestamente, sin privarle de toda esperanza. En la familia se observa rechazo a hablar del tema.

Cuando no se habla directamente el tema de la muerte, frecuentemente se observa que se expresa en lenguaje simbólico a través de los contenidos de los sueños en dibujos (K.Ross 1969)

2.- Ira, rabia o indignación: Como consecuencia del diagnóstico, el paciente comienza a sentir como injusto o inmerecido lo que acontece, y suele suceder una explosión de rabia. Quiere obtener respuesta a la pregunta ¿Por qué yo?. Las manifestaciones de rabia pueden estar dirigidas hacia el equipo médico, contra los tratamientos, los familiares, dios o contra sí mismos.

A menudo trata de demostrar, mediante estas explosiones, que está vivo, que conserva sus energías físicas y mentales y que es capaz de controlar la situación.

Es en esta etapa que los pacientes son agresivos y con frecuencia encontrarán todo malo, harán preguntas irónicas y criticarán todo lo que esté cerca, sea de la familia o del equipo de salud. Lo más adecuado en esta etapa es tratar de entender la postura del paciente y no juzgarlo.

3.- La negociación: En una curiosa reacción, el paciente trata de transar por su vida: establece ciertas conductas a seguir a cambio de una prolongación del tiempo. Por ejemplo, puede lamentarse de haber ocupado todo su tiempo ganándose la vida y no con su familia, prometiéndose modificar sus prioridades si regresa a casa. Es como si se reconociese la finitud del tiempo y la vida. Como si se comenzase a vislumbrar la posibilidad de que las cosas no saldrán tan bien. (K. Ross, 1969)

4.- La depresión total y razonable: El paciente sufre por sí mismo, ante el hecho de su muerte, ya que piensa que perderá todo lo que ama. La doctora Kübler Ross (1969), ha encontrado, sin embargo, que pacientes afligidos saldrán frecuentemente de su depresión y podrán encarar, más calmadamente, la perspectiva de la muerte por el hecho

de haber pasado por esta depresión. A menudo es una etapa en la que lloran bastante, se retraen del mundo: y también donde algunos cometen suicidio.

5.- Aceptación: Es la etapa en que los pacientes ya pueden admitir la posibilidad de su muerte. Un testimonio de esto es el Stewart Abrop quien murió de cáncer en 1974, quien mencionó "La razón más importante por la cual no sentí ningún pánico.....fue creo el extraño, inconsciente e indescriptible proceso que trato de describir en este libro: el proceso de ajuste por el cual uno se reconcilia con la muerte. Un hombre moribundo necesita morir, así como un hombre somnoliento necesita dormir y llega el día en que es inútil resistirse....Existe un tiempo para vivir pero también existe un tiempo para morir".(extractado del libro "La muerte y el morir"; Kubler Ross, 1969)

Las etapas anteriormente planteadas pueden presentarse en forma simultánea, desaparecer y reaparecer en cualquier orden.

El trabajo terapéutico debe estar orientado a acompañar al paciente con el objeto de reducir su ansiedad, sin forzar ni intervenir sobre el tema cuando es inconveniente para el paciente.

DOLOR

INTRODUCCIÓN AL TEMA DEL DOLOR

En primer lugar, se debe explicar el motivo que impulsa a los autores de esta memoria a abordar la temática del dolor en el contexto del cáncer.

Esta motivación surge de la creencia de que el dolor es una de las experiencias que a muy pocos deja indiferentes. Si se imagina que quien la está pasando es un niño o un adolescente, que recién comienza su vida, y se agrega a esto el claro riesgo de muerte al cual está expuesto, (debido a que el cáncer sobre todo la leucemia, implica un riesgo de muerte del 50%) entonces este hecho se constituye en un impulso para seguir adelante con este intento para aportar algunas herramientas que permitan lograr, por lo menos en algunos casos, que tal experiencia sea menos traumática. Si se logra disminuir el dolor, ya sea derivado de los procedimientos médicos o los dolores propios de la enfermedad, se logrará mejorar notablemente la calidad de vida de estos pacientes.

COMPRENDAMOS EL DOLOR

El origen del dolor y su mantención, sobre todo si es dolor crónico o recurrente, es una amenaza permanente para nuestra psique y su presencia altera la vida del que lo posee inevitablemente: Como dice Morris (1993), la presencia del dolor nos cambia nuestra forma de actuar, de pensar y de sentir.

¿Qué ofrece el futuro a las personas que sufren dolor? Quizás una de las respuestas que se pueden dar ahora es que en un futuro no tan distante, será el mismo paciente el quien se hará cargo de su dolor; esto no supone de ninguna manera rechazar la ayuda médica,

ni tampoco que sea el paciente el responsable de haberse causado voluntariamente ese dolor.

Que el paciente se haga responsable de su dolor, finalmente, va a implicar que éste se debe hacer cargo de manejar las situaciones personales, médicas y sociales que contextualizan su dolor. El paciente no debe quedarse como un mero espectador de su sufrimiento, debe ir a buscar un significado personal para su dolor y, desde ahí, comenzar a luchar, ya sea para aceptar la presencia de este dolor o para encontrar el camino para aliviarlo. Desde esta perspectiva también se podría decir que la forma en que nos enfrentamos al dolor está directamente relacionada con la forma en que lo comprendemos. Es decir, si suponemos que el dolor pertenece exclusivamente a un plano orgánico (corporal), la forma de abordarlo será apoyándonos en la medicina tradicional que atacará las causas físicas que originan dicho dolor. Este enfoque será adecuado en muchas oportunidades, pero en muchas otras no, como se verá más adelante.

Otra forma de comprenderlo es suponiendo que el dolor es un constructo mucho más complejo que lo meramente somático, un constructo en el que participa la mente, con todo lo que esto implica, es decir, las emociones, los sentimientos, la motivación, etc. Esta comprensión puede producir un vuelco en el abordaje del dolor, y es lo que justamente está sucediendo en estos momentos. El vuelco consiste en un abordaje interdisciplinario del manejo del dolor, en cuyo tratamiento participan numerosos profesionales. Sin embargo, lo más importante de destacar es que es el paciente mismo el actor más relevante en el alivio de sus dolencias, ya que es desde su marco de creencias individuales de donde se sacan las herramientas para manejar y controlar su dolor; y, por lo tanto, sin su participación comprometida es muy poco lo que se puede hacer, ya sea desde la perspectiva médica tradicional o desde la interdisciplinaria.

La postura de los autores no va contra el abordaje médico del dolor, todo lo contrario, es absolutamente necesario, pero no suficiente. Desde esta perspectiva, se debe abordar el tema en forma interdisciplinaria y con este estudio se espera justificarlo. Es probable que quede bien reflejada esta posición con la siguiente cita:

"NO HAY LA MENOR DUDA DE QUE VAMOS A FRACASAR COMO CULTURA SI CONTINUAMOS NEGANDO O IGNORANDO EL DOLOR COMO SI LO PUDIÉRAMOS SILENCIAR BAJO UNA MONTANA DE PILDORAS. Eso no resulta, es evidente. NI TAMPOCO PODEMOS SEGUIR CONFIANDO CIEGAMENTE EN UN VIEJO MODELO ORGANICO QUE, A SU MANERA, ES TAN LIMITADO COMO LA TEORIA QUE ATRIBUYE EL DOLOR A LAS FLECHAS DE LOS DIOSSES. SOMOS ALGO MAS QUE NODULOS DE NEURONAS. DEBEMOS RECUPERAR EL SENTIDO DE LA IMPORTANCIA DE LA MENTE Y DE LA CULTURA EN LA CONSTRUCCION DEL DOLOR Y HACER PROLIFERAR LOS SIGNIFICADOS DEL DOLOR A FIN DE NO REDUCIR EL SUFRIMIENTO A LAS DIMENSIONES DE UN MERO PROBLEMA FISICO PARA EL CUAL, SI SOLO HALLAMOS LA PILDORA ADECUADA, HAY SIEMPRE UNA SOLUCION MEDICA. EL PLACER LLEGA Y SE MARCHA, A VECES EN UN SOLO INSTANTE; PERO EL DOLOR TIENE EL PODER SUFICIENTE PARA QUEDARSE. EL DOLOR CRONICO CAMBIA INEVITABLEMENTE EL MUNDO QUE HABITAMOS, COMO UN INVIERNO PERMANENTE. LA MEDICINA SOLA NO PUEDE RESOLVER TODAS LAS PREGUNTAS QUE PLANTEA EL DOLOR. EL ERROR ESTA EN PEDIR A LOS MEDICOS QUE ASUMAN EL PESO COMPLETO DE UNA SITUACION QUE TRASCIENDE CON MUCHO LOS LIMITES DE LA PRACTICA DE LA MEDICINA." (MORRIS, 1993, pg.332)

DOLOR: LA NECESIDAD DE UN ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Para mostrar la necesidad de un abordaje interdisciplinario del dolor, se revisará una serie de hechos y sucesos que, de una u otra forma, contribuyen a justificar este abordaje. En primer lugar, se debe recordar que históricamente la medicina ha sido la encargada de preocuparse de todo lo relacionado con la salud de las personas, y eso obviamente incluye al dolor; en ese contexto la medicina construyó a lo largo de la historia un paradigma del manejo del dolor. Esta ha sido una construcción hecha en un largo periodo de tiempo, que se ha ido reforzando con los cambios culturales y con los adelantos científicos desarrollados por los propios médicos. Hoy en día, nos encontramos ante esta situación: existe un paradigma médico que ofrece una forma adecuada, correcta y científica para abordar y manejar el dolor.

Como ha dicho Kuhn en su libro *La estructura de las revoluciones científicas* (1987), éste es el paradigma oficial; pero se está desarrollando lentamente toda una investigación paralela que con el tiempo ha de establecer un nuevo paradigma para el abordaje del dolor; es decir, uno que tenga relación con que el dolor es un complejo constructo neuropsicofisiológico y que para un buen manejo de él, en algunos casos se requiere de un equipo interdisciplinario (como ocurre hoy en día en las clínicas del dolor). Y esta sucediendo tal como lo propone Kuhn: investigadores médicos están demostrando en muchos frentes que el dolor es más que una red de impulsos neurales. Ahora es sólo cuestión de tiempo para que el nuevo paradigma se imponga.

Por otro lado, se encuentran estudios tales como uno reciente del Departamento de Urgencias de EEUU, en el cual se informa acerca de un seguimiento de un periodo de cinco meses entre 1987 y 1988; este estudio reveló que los niños que padecen dolor, tienen el doble de posibilidades de no recibir medicación que los adultos. "Si agregamos a esto que en la actualidad hay grupos organizados que proclaman con fuerza que (sin que sea necesario recurrir a la heroína), ya se poseen las medicinas suficientes para aliviar el dolor en el 95% de los pacientes con cáncer, si esas drogas fueran usadas adecuadamente." (Morris, 1993, pg 221)

Si es esta la realidad que se está viviendo con respecto al dolor, es justo plantearse caminos alternativos, ya que el camino oficial puede poner demasiados obstáculos a una persona que padece dolor.

EL MITO DE LOS DOS DOLORES

Para los autores de esta memoria, es necesario pensar que es imprescindible compatibilizar los conocimientos de ambas perspectivas, más aún, recordando que el mundo occidental y, por consiguiente, la ciencia occidental, desde Descartes, se ha

desarrollado en la creencia del "Mito de los dos dolores". Derivados de esta aproximación, los acercamientos que se han desarrollado para controlar al dolor, son absolutamente comprensibles.

La fuerza de este mito -como la de todos los mitos-, depende sin duda de la verdad útil que ofrece a un mundo confuso: este dice que el dolor viene dividido en dos tipos distintos: el físico y el mental. Sin embargo, a la larga, distintas fuentes no implican necesariamente dolores distintos (si se adscribe al principio de 'equifinalidad' de la teoría general de sistemas). No obstante, estas creencias producen una consecuencia obvia: su lógica indica que si el dolor es físico su tratamiento será físico y si el dolor es mental su tratamiento será mental¹.

Cualquier esfuerzo por desmitificar el extendido supuesto cultural de que el cuerpo y la mente producen dos tipos de dolor completamente distintos resulta una tarea formidable.

Sin embargo la investigación actual, tanto dentro como fuera de la medicina, comienza a sugerir que esta división parece ser un gran error cultural; y una vez que se asimilen los nuevos descubrimientos, puede surgir una nueva forma de conocer, percibir y manejar el dolor.

Esta nueva concepción, necesariamente, deberá incluir la comprensión de la visión de mundo del paciente, ya que si postula que el dolor pertenece a una fusión mente/cuerpo o sólo al cuerpo (puede también tomarlo como castigo divino o de cualquier otra forma), entonces esto puede dar indicios sobre cuál abordaje será el más adecuado para ese paciente en particular. La búsqueda de una explicación del surgimiento del dolor sirve para seguir siendo uno

¹ Como se verá más adelante, en las teorías del dolor, ésta es una hipótesis errada, ya que hay muchos factores de carácter central que intervienen en la modulación del dolor.

mismo aun con dolor, ya que implica la búsqueda de significado personal que tiene el dolor para él que lo sufre. Esto, de una u otra manera, le da a la persona una sensación de dominar lo que le pasa, y no lo deja indefenso ante su dolor.

La cita: "No estamos condenados esperar pasivamente la última droga maravillosa que se ha ingeniado para interrumpir la transmisión de los impulsos del dolor. El dolor, después de todo, sólo existe mientras lo percibimos. Anule la mente, y el dolor también se detendrá. Cambie la mente (con la fuerza suficiente) y muy posiblemente también cambie el dolor. Cuando reconocemos que la experiencia del dolor no es intemporal sino que cambiante, producto de períodos específicos y de culturas determinadas, podemos reconocer que podemos actuar para cambiar nuestro futuro o influirlo" (Morris, 1993, pg.5), expresa una postura extrema que no comparten los autores de esta memoria. No es sólo cuestión de dominio mental, los senderos del dolor son múltiples y muy variados y si queremos ayudar a los pacientes deben colaborar distintos profesionales en esta tarea y no sólo los de la mente.

EL DOLOR: UN CONSTRUCTO COMPLEJO

Sin embargo, hay datos relevantes que apoyan indiscutiblemente la importancia de factores mentales, como los motivacionales: "El punto más significativo es que los placebos sólo funcionan cuando los pacientes creen en ellos. Cuando esa creencia existe, los placebos resultan tan eficaces como la morfina en un asombroso y permanente treinta y cinco por ciento de los casos." (Morris, 1993, pg. 113). Este tipo de conocimiento da la certeza de que las intervenciones a nivel psicológico pueden tener una gran influencia para poder manejar y controlar el dolor.

Para todo lo que continúa, no se debe perder jamás de vista que: "El dolor es sin duda el resultado de un proceso bioquímico. Pero los senderos nerviosos y los reflejos corporales no cuentan el

relato completo. El dolor también es una experiencia subjetiva, quizás un arquetipo de la subjetividad, que sentimos sólo en la soledad de nuestra mente individual. Está, además, siempre saturado con la impronta visible o invisible de culturas humanas específicas. Aprendemos cómo sentir dolor y aprendemos lo que significa." (Morris, 1993, pg. 15)

Se debe terminar recalcando la concepción de que el dolor "no" es una sensación y comenzar a comprender que es una percepción, es decir, que es una experiencia en la cual tienen una participación relevante la conciencia, la emoción, el significado y el contexto social. El dolor no es un código simple, estático sino que, como sostiene Morris (1993), una experiencia que continúa cambiando mientras atraviesa las complicadas zonas de interpretación que llamamos 'cultura', 'historia' y 'conciencia individual'. Es un deber de todos los que se relacionan con este tema de una u otra forma, empezar a escuchar a los especialistas en dolor, quienes están sosteniendo que cualquier cosa distinta a un dolor agudo común es una compleja experiencia perceptual que no ocurre exactamente dentro de los límites de nuestro cuerpo, sino también dentro del campo abierto y social del pensamiento y de la acción humana.

DOLOR Y SUFRIMIENTO

Se introducirá en este punto un tema que se analizará más extensamente cuando se revisen las definiciones del dolor, pues aporta al análisis que está efectúandose respecto a la forma de concebir al dolor.

Cuando hablamos de dolor sólo a veces hablamos también de sufrimiento. ¿De que depende que así suceda?. Primero, se debiera empezar por comprender algo acerca del sufrimiento: hablamos de sufrimiento de un modo que implica una dolencia prolongada y profunda cuyo daño no sólo se limita al cuerpo (en este punto

encontramos la presencia de una participación no sólo corporal). El sufrimiento es una especie de daño que trasciende el cuerpo y afecta a la mente, alma o espíritu.

Al revisar el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se encuentran las siguientes acepciones de la palabra sufrir: "sentir físicamente un daño, dolor, enfermedad o castigo; sentir un daño moral; aguantar, tolerar, soportar". Como puede observarse, en estas acepciones es posible encontrar una prominencia de los factores cognitivos en la acción de sufrir.

Una vez claro esto se puede dar un segundo paso: comprender que sólo se sufre cuando el dolor tiene ciertos requisitos. Estos requisitos incluyen: tener una intensidad suficiente para preocupar a la persona; prolongación indefinida o recurrente; una falta de significación conocida o una significación que de por sí, implique algo negativo para la persona.

De esto se podrían encontrar muchos ejemplos pero, por ahora, acéptese que el paciente con cáncer cumple con varios de estos requisitos -si no todos- para sufrir su dolor y de esta manera amplificar un circuito de retroalimentación que puede llevar aún a más sufrimiento y dolor, ya que como se verá más adelante el dolor crónico puede producir una serie de alteraciones somáticas debido en parte al estrés al que está sometido la persona.

CLÍNICAS DEL DOLOR: UN ATAQUE DIRECTO AL DOLOR

Continuando con la discusión sobre la concepción del dolor, se debe mencionar que esta ha sufrido un giro copernicano en los últimos 20 años: se ha pasado de una comprensión de síntoma a una concepción de enfermedad por si misma, sobre todo en aquellos casos en que no se encuentran razones médicas para la presencia de un dolor en particular, cosa que sucede en muchos casos de dolores crónicos. Esto no implica que se estén dejando de lado todos los

conocimientos médicos sobre el manejo del dolor, sino más bien, que se está agregando conocimiento a esta comprensión tradicional.

Este cambio ocurre a través de la formación de las clínicas de dolor, que pese a sus diferencias teóricas y prácticas (que en algunos casos pueden llevarlas a tener diferencias tan fundamentales como concebir el dolor como sensación en algunas clínicas y en otras como percepción) tienen un fin común, que es ayudar a las personas a aliviarse de sus dolores y sufrimientos conexos.

Este ha sido un cambio lento y gradual, que debe ser alentado para que se beneficien muchas más personas.

Es importante concebir para el futuro un acercamiento que no pensará, tal como dice Morris (1993), en categorías rigidamente separadas, llamadas dolor físico y dolor mental.

Por el contrario en el futuro se podría representar el mito de los dos dolores como dos puños cerrados, que con el cambio de concepción, se verán como dos manos abiertas que entrelazan sus dedos. Este entrelazamiento de cuerpo y mente, es absolutamente necesario para el tratamiento exitoso del dolor crónico, ya que el tratamiento clínico que se concentra sólo en el cuerpo o sólo en la mente tiene pocas probabilidades de éxito en los casos difíciles de dolor: cuando fracasa el bloqueo de nervios, cuando el analgésico pierde potencia, cuando se produce acostumbamiento a los estímulos eléctricos, el dolor puede regresar y afincarse más profundamente debido al poder que ha manifestado para superar todas nuestras habilidades técnicas.

EL DOLOR; LO COMPLEJO DE SU ABORDAJE

Para finalizar esta sección, se mostrarán tres aspectos que sintetizan lo difícil que es aproximarse al dolor desde una perspectiva única, ya que como se verá a continuación, hay una infinidad de variables que se debieran abordar para dar una respuesta satisfactoria a los pacientes que consultan por esta causa.

En primer lugar, se expondrá la opinión del neurólogo O. Sacks, en relación a como comprende él la migraña (cualquier médico o psicólogo que haya trabajado con un paciente que sufra de migraña comprende lo difícil que es para estas personas sobrellevar su enfermedad). Para Sacks (en Morris, 1993), la migraña expresa a un tiempo necesidades emocionales y psicológicas: es el prototipo de una reacción psicofisiológica; esto quiere decir que existe claramente un dolor específico y localizado, y que se conocen ciertos mecanismos que gatillan su aparición pero que, sin embargo, no hay una explicación precisa de su génesis y por lo tanto su tratamiento es realmente complejo y de pocos resultados positivos.

Muchos pacientes, o al menos algunos, tienen la necesidad de buscar un significado a esto que les pasa, "la migraña se convierte en un suceso simbólico cada vez que se sobrepone y vincula a nuestras necesidades personales y culturales de descubrirles un significado a las dolencias que se sufren, lo cual quiere decir que es casi siempre un suceso simbólico, aun cuando sólo simbolice el sin sentido de los contratiempos cotidianos, el sin sentido que le atribuimos a ese dolor nos ayuda a manejarlo" (Morris; 1993; pg. 319).

Un segundo ejemplo de lo complejo que es el tema del dolor es el "Síndrome de Couvade" (Morris, 1993), que consiste en que mientras la mujer esta embarazada, el padre experimenta numerosas molestias o dolencias propias del embarazo, como náusea, vómitos, ganancia de

peso o anorexia. Y no es nada de curioso que una de las dolencias principales sea el dolor abdominal.

El dolor de este síndrome es en ocasiones muy serio, y sin duda a los padres que lo sufren no les gustaría que les dijera que sus dolencias están sólo en sus cabezas o que son imaginarias.

Por último, se debe mencionar una innovación importante dentro del abordaje del dolor. Se trata de la analgesia controlada por el paciente (PCA) (Morris, 1993). Suele incluir una bomba computarizada (que contiene una solución de morfina o de otro analgésico opiáceo) que se une mediante un tubo al brazo del paciente. Este presiona un botón y libera una dosis precisa. El computador establece los márgenes de seguridad y de esta forma el paciente no puede recibir una dosis excesiva. Lo curioso y fundamental es que estas precauciones han resultado innecesarias: las investigaciones han mostrado que los pacientes del PCA experimentan una percepción disminuida del dolor, utilizan menos medicinas y permanecen menos días en el hospital que los que reciben analgésicos de modo habitual. Los pacientes se sienten mejor en la medida que aumenta su sensación de control directo sobre su dolor.

Esta estrategia fue introducida en el año 1984, en forma experimental, dando excelentes resultados. Lamentablemente es un abordaje muy caro aun para ser masificado. El elemento del costo de un tratamiento farmacológico, es un tema que no se abordará -no es el objetivo de esta memoria hacer un estudio de costos de los diversos tratamientos-, pero como es obvio suponer es de gran importancia en un análisis más extenso.

Quizás con estos tres ejemplos y con lo expresado anteriormente se haya podido mostrar la relevancia de los factores psicológicos en el abordaje del dolor, y también que la postura de los autores de esta memoria no es que desde la psicología se debiera abordar el dolor, sino que lo adecuado es desde una perspectiva

interdisciplinaria amplia, en la cual claramente debieran estar incluidos los psicólogos (la intención de esta memoria en parte es mostrar algunas de los aportes que se pueden hacer desde nuestra disciplina).

Para llegar a establecer un abordaje interdisciplinario "necesitamos reconocer que el dolor puede cumplir múltiples objetivos y poseer diversos significados que trascienden sus funciones básicas de señalamiento de daño en los tejidos. Ese reconocimiento no es fácil, especialmente para médicos que son fieles al entrenamiento que recibieron, pues obliga a revisar completamente nuestra comprensión del dolor. Pero nos puede ayudar a construir un futuro notablemente distinto del presente y del pasado."(Morris, 1993, pg. 320)

A continuación se revisarán una serie de definiciones, conceptos y temas relacionados a los mecanismos del dolor.

DEFINICIONES RELACIONADAS CON EL DOLOR

Una de las primeras dificultades con que se puede encontrar alguien cuando trata de definir al dolor, es seleccionar cuáles serán los criterios que se utilizarán para definirlo, ya que: EXISTEN DEMASIADAS DEFINICIONES QUE INVOLUCRAN MUCHOS ELEMENTOS.

Cuando se da una situación como la descrita anteriormente, se debe tener presente qué es lo que se quiere abordar del tema del dolor, para así manejar los conceptos más adecuados en ese caso en particular.

En el caso de esta memoria lo importante será reconocer los siguientes elementos: tipos de dolor, componentes asociados a los tipos de dolor y algunas corrientes de opinión que propongan dichos tipos y los mecanismos que generan y/o mantienen al dolor.

Es muy probable que en el desarrollo de este concepto no se pueda seguir un orden demasiado riguroso, ya que los diversos elementos se van combinando en una danza que va produciendo un producto único llamado 'dolor'. De esto nos podemos dar cuenta en la siguiente cita de M. H. Erickson: "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. Es una razón básica para pedir ayuda médica". (Seminario de dolor; Instituto M. H. Erickson, 1992, pg. 41)

Para comenzar se dará la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) (Morris, 1993).

DOLOR

Es una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño real o potencial de algún tejido o que se describe en términos de tal daño.

Se debe notar que la IASP no define el dolor como una sensación sino como una experiencia. También se debe advertir que esta definición no exige que exista daño orgánico real, sino sólo una experiencia descrita en términos de daño. Estos cambios, quizás pequeños, pueden parecer poco relevantes, pero son de una gran importancia para el tratamiento del dolor, ya que si se asume que el dolor es una experiencia de daño que no necesariamente es orgánico, entonces se abre el campo del tratamiento del dolor a otras disciplinas que no son parte de la medicina, entre ellas a la psicología.

DOLOR SENSORIAL Y SUFRIMIENTO

Esta concepción del dolor en términos de experiencia es absolutamente coherente con aquella definición que dan los Hilgard (1991) en la cual afirman que cualquier definición de dolor debiera abarcar los componentes de sufrimiento y de dolor simultáneamente. Ambos componentes se pueden describir en términos de experiencias, por lo que esta postura no contradice la definición precedente.

Aunque no está claro el cómo se combinan estos componentes, su relación específica se puede caracterizar de dos modos.

El 1º de ellos es suponer que el dolor sensorial es como cualquier otra respuesta perceptual a una irritación o lesión, lo que informa sobre el lugar y la intensidad de su fuente, cualquiera que ésta sea. Si esta es la experiencia primaria, entonces habrá una experiencia secundaria como reacción a ella, una experiencia de

sufrimiento que se expresa al gritar, moverse, por medio de expresiones faciales o respuestas autónomas. Este es el componente de sufrimiento, una reacción que sigue al dolor.

Una 2ª forma de caracterizarla consiste en la posibilidad de que ambos componentes se presenten simultáneamente, y no en forma sucesiva.

El dolor sensorial y el sufrimiento pueden ser dos modos de reaccionar a una fuente común de irritación o tensión; si ésta se da en porciones separadas del sistema nervioso tendrá el efecto de activar los dos sistemas.

Conforme a este punto de vista, no sería correcto considerar al componente de sufrimiento sólo como una reacción al dolor sentido; los dos pueden ser componentes interactuantes del dolor total experimentado.

FACTORES PSICOLÓGICOS COMO COMPONENTES DEL DOLOR

La idea expuesta en los párrafos precedentes es compartida por muchos autores (Erickson , Barber, Adrian, Morris, etc.), aunque con algunos matices que los hacen parecer muy diferentes. Sin embargo, la base común de todos ellos, y la línea directriz de esta memoria, es que en la experiencia de dolor participan factores psicológicos en forma relevante.

Como ejemplos del enfoque anterior se pueden dar las siguientes citas: "Al dolor se lo puede describir como un fenómeno cerebral, en el sentido de que nunca es meramente una sensación, sino más bien algo que un cerebro temporal interpreta y que una mente temporal construye, un artefacto humano específico que lleva las señales de su historia humana específica" (Morris, 1993, pg.31).

Allan I. Basbaum (citado en Morris, 1993), profesor de anatomía y

fisiología en la Universidad de California manifiesta: "El dolor no es un mero estímulo que se transmite por conductos específicos, sino una percepción compleja cuya naturaleza depende no sólo de la intensidad del estímulo sino de la situación en la que se lo experimenta y, lo más importante, del estado afectivo o emocional del individuo.

El dolor es al estímulo somático lo que la belleza es al estímulo visual. Es una experiencia muy subjetiva." (Morris, 1993, pg.33) Otra opinión relevante, sobre todo por el sentido que puede dar a un acercamiento adecuado al manejo y control del dolor, es la siguiente frase de M. H. Erickson: "El dolor es un complejo, un constructo, compuesto del dolor anterior recordado, de la experiencia del dolor presente, y del dolor anticipado en el futuro. Así, el dolor inmediato es aumentado por el dolor anterior y acrecentado por las posibilidades de dolor futuro... Nada intensifica tanto el dolor como al temor de que se presente mañana." (seminario dolor, Instituto M.H.Erickson, pg.41,1993).

Esta concepción del dolor expresa con mucha fuerza la relevancia de los factores psicológicos en la construcción personal que puede hacer cada individuo de su dolor. Además, junto con los factores individuales, no debemos olvidar otros factores que son igualmente importantes, tales como los mencionados por Rossel (1989), quien observa que la mayor parte de los investigadores modernos concuerdan en que los factores ambientales y sociales tienen también una contribución destacada en la experiencia de dolor junto a los factores físicos y psicológicos.

EL CONTINUUM DEL DOLOR

El dolor o, mejor dicho, los dolores se pueden localizar a lo largo de un continuum espacial. A un extremo se sitúa el dolor agudo más simple y al otro extremo se encuentra la extrema variedad del dolor crónico llamado psicogénico.

Pero aun quedan algunos elementos fuera de este continuum, ya que los experimentos muestran que el daño en los tejidos produce tres clases distintas de experiencias; dos de estas experiencias han quedado fuera del continuum descrito: el escozor y la quemadura.

El continuum completo de la experiencia que puede tener un ser humano queda entonces constituido por (Hilgard y Hilgard, 1991):

- 1.- escozor: se siente habitualmente cuando se rompe o se irrita la piel.
- 2.- quemadura: también se experimenta cuando está comprometida la piel, pero además compromete capas mas profundas.
- 3.- dolor: se siente habitualmente en lo profundo del cuerpo.

A continuación se comenzará el analisis del continuum del dolor propiamente tal, comenzando por el más básico:

DOLOR AGUDO

Es el dolor que surge generalmente de heridas accidentales o de procedimientos médicos que implican heridas. (Barber y Adrian, 1982)

En el dolor agudo son rasgos distintivos el shock, la sorpresa y el miedo.

La descripción que se hace a continuación aplica exclusivamente al dolor agudo.

El dolor ocurre en la mayoría de los casos cuando el impulso viaja a través de tres sitios claves: el tejido dañado, la espina dorsal y el cerebro. El flujo de impulsos se da en un sistema de retroalimentación continuo, es decir, la 'información' va desde un punto a otro indistintamente, alterando lo que sucede en cada punto

del camino.

Una versión sumamente simplificada de estos flujos se expone a continuación, esta ha sido extraída de Morris (1993, pgs. 178 a 182).

El dolor viaja a través de pequeñas fibras nerviosas llamadas fibras C. En el lugar del daño, los elementos químicos que libera el tejido dañado disparan una serie de sucesos que amplifican la señal de dolor (como se ha visto anteriormente esto sirve como señal de alarma para que el individuo se proteja). Los más importantes de estos amplificadores químicos son las prostaglandinas y bradyquininas (la aspirina es un inhibidor de las prostaglandinas).

Según Morris (1993) en estos días los investigadores están abocados al descubrimientos de bloqueadores de la bradyquinina, que es la sustancia productora de dolor más potente que se conoce. Mientras no se la pueda bloquear, la cadena de reacciones químicas disparada en el sitio del daño seguirá enviando los impulsos amplificados a lo largo de las fibras A delta y C hacia la médula espinal.

En el exterior de la médula espinal, el impulso de dolor, amplificado, ingresa a una región crucial conocida como cuerno dorsal. Lo que aquí sucede y lo que acontece en la médula espinal es aun un misterio para la ciencia. Se sabe que la médula espinal libera químicos llamados neurotransmisores que dan continuidad al mensaje. Hay dos caminos principales por los que el impulso de dolor se desplaza por la médula: el sendero neoespinotalámico (para el dolor agudo, localizado) y el paleoespinotalámico (para el menos localizado, sordo o quemante).

Está claro, para los investigadores en dolor, que la médula tiene sus propios mecanismos que bloquean o reducen el dolor - especialmente un neurotransmisor llamado sustancia P-, pero supóngase que el estímulo doloroso (nociceptivo, como se le conoce

técnicamente) continua su marcha ascendente hacia el cerebro.

En el cerebro el dolor agudo y el dolor sordo avanzan por senderos diferentes hacia el tálamo y luego continúan hacia el córtex. En algún punto se conectan con el sistema límbico, que controla nuestras respuestas emocionales. Un descubrimiento reciente, de gran importancia, es que el cerebro produce péptidos opiáceos llamados endorfinas, encefalinas y dinorfinas. Estas son sustancias analgésicas naturales que se asocian a los receptores cerebrales exactamente como lo hace la morfina. Así, el mismo impulso que alcanza al cerebro para producir la sensación de daño también puede, en circunstancias precisas, disparar la producción o liberación de un analgésico natural que lo neutraliza.

Esta descripción caracteriza principalmente al dolor agudo. No se puede suponer que el dolor crónico procede conforme, exactamente, al mismo modelo. Por otro lado, han quedado fuera de esta descripción otros sistemas que interactúan para transmitir, influir o suprimir el dolor, en particular los sistemas simpático y parasimpático, que regulan la circulación, la respiración, la digestión y las funciones genitourinarias.

El impulso del dolor, por otro lado, no siempre sigue una ruta directa hacia el cerebro: a menudo parece emplear un camino mucho más complejo, una verdadera red de carreteras que se entrecruzan. Si se bloquea la autopista principal, el impulso nociceptivo, muy bien puede cortar por rutas alternativas. También puede suceder que impulsos que descienden del cerebro pueden interrumpir todo el tránsito, incluso hasta el punto de inducir una analgesia profunda. Este último aspecto será revisado cuando se analice la teoría del 'control de puerta' de Melzack y Hall, que se expondrá relacionada con el dolor crónico.

En cuanto al dolor agudo, ha habido muchos progresos en farmacología (Rossel, 1989), que permiten un buen manejo de éste,

incluso de dolor prolongado como en el caso del cáncer. Rossel también informa sobre el aporte de muchos procedimientos técnicos que han tenido un papel al abordar el problema del dolor; entre ellos la hipnosis, la acupuntura, la cirugía, etc. Es probable que no se haya dado la oportunidad seria de abordar dolencias crónicas con tratamientos alternativos, por ejemplo con hipnosis.

DOLOR AGUDO RECURRENTE

El caso del cáncer es muy particular, ya que en esta enfermedad habitualmente se presentan algunos tipos de tumor o crecimiento de células anormales, lo que puede traer como consecuencia la presencia de dolor. *Este dolor no es ni permanente ni continuo, por lo que no es un dolor crónico; pero tampoco satisface los criterios del dolor agudo, en el cual el individuo que lo sufre sabe que es temporal y que se le va a pasar, sino todo lo contrario el paciente sabe que ese dolor puede volver una y otra vez.*

Es importante hacer notar que el objetivo de esta memoria es trabajar con este tipo de dolor, el cual involucra tanto los componentes de funcionamiento del dolor agudo, como los componentes psicológicos del dolor crónico.

DOLOR CRÓNICO

Los modelos centralista y periferalista del dolor

Antes de definir lo que es el dolor crónico, es apropiado exponer dos posiciones encontradas con respecto a la génesis de este tipo de dolor. Estas posiciones son reconocidas como los modelos *centralista* y *periferalista* del dolor crónico.

El *modelo centralista* postula el origen central del dolor crónico; lo que no quiere decir que el dolor sea irreal, imaginado o meramente mental. Destaca, de hecho, que la mayoría de los dolores

crónicos empiezan con un daño orgánico, periférico.

Este dolor, sin embargo, continúa mucho después que la lesión o daño ha sanado, y se transforma en una condición crónica enteramente central, dirigida por el cerebro. El máximo representante de este modelo es el neurocirujano Benjamin L. Crue Jr. (Morris, 1993)

Este modelo implica la necesidad de diseñar nuevos enfoques de abordaje del dolor, diferentes a los quirúrgicos propuestos por los periferalistas.

El *modelo periferalista* explica el dolor como la transmisión de impulsos nerviosos desde el sitio del daño (la periferia) hacia el cerebro.

Este modelo supone que el dolor crónico resulta del daño del tejido y de un flujo aferente nociceptivo continuo. Para detener el dolor, hay que intentar interrumpir la transmisión de los impulsos nerviosos desde la periferia. De esta forma este modelo ha desarrollado una serie de procedimientos para lograr este objetivo, desde el bloqueo de los nervios a través de compuestos químicos, hasta complicadas operaciones neuroquirúrgicas (rizotomía, cordotomía, simpaticotomía, etc.) cuyo fin es interrumpir el sendero normal del dolor. Su máximo representante es el Dr. John Bonica. (Morris, 1993)

Hay antecedentes surgidos últimamente que sugieren un apoyo al modelo centralista. Refiriéndose a ellos, destaca Morris lo siguiente:

"GRAN PARTE DE LA INVESTIGACIÓN ACTUAL TODAVÍA NO APUNTA A APLICACIONES PRÁCTICAS, PERO EL CRECIENTE CONOCIMIENTO DEL CEREBRO NOS PERMITIRÁ OBTENER TERAPIAS NUEVAS PARA EL DOLOR. ENTRE LOS DESCUBRIMIENTOS QUE PUEDEN TENER CONSECUENCIAS MÁS INTERESANTES ESTÁ EL TRABAJO SOBRE CEREBROS DE RATAS QUE HAN EFECTUADO HOWARD L. FIELDS Y SUS COLEGAS. LA INVESTIGACIÓN MUESTRA

QUE EL CEREBRO DE LAS RATAS NO SÓLO CONTIENE UN TIPO CONOCIDO DE NEURONA QUE BLOQUEA LA TRANSMISIÓN DEL DOLOR (CÉLULAS DE "APAGADO"), SINO TAMBIÉN - Y ESA ES LA SORPRESA - UN TIPO DE NEURONA ANTES DESCONOCIDO, QUE FACILITA LA TRANSMISIÓN DEL DOLOR (CÉLULAS DE "ENCENDIDO"). EL VALOR DE SUPERVIVENCIA DE LAS CÉLULAS QUE BLOQUEAN EL DOLOR PARECE CLARO. EN PRINCIPIO NO ES TAN CLARO POR QUE LOS ANIMALES PODRÍAN NECESITAR CÉLULAS DE "ENCENDIDO", QUE POTENCIAN EL DOLOR. FIELDS PROPONE UNA EXPLICACIÓN. "CON LA ATENCIÓN AL DOLOR O A LA POSIBILIDAD DEL DOLOR -SUGIERE- SE 'ACEITA' EL SENDERO DEL DOLOR...". UN SENDERO "ACEITADO" POR LA ACCIÓN DE LAS CÉLULAS DE "ENCENDIDO", SI EXISTE EN LOS SERES HUMANOS, NOS APORTARÍA UN SISTEMA HIPERSENSIBLE DE ALERTA CUANDO HAY PELIGRO. PODRÍA EXPLICAR, TAMBIÉN, EL CÍRCULO VICIOSO EN EL QUE VIVE LA PERSONA QUE SUPRE DOLOR CRÓNICO, CUYAS CÉLULAS DE "ENCENDIDO" CONTINUAN DISPARANDO Y POTENCIANDO LA PERCEPCIÓN DEL DOLOR, PORQUE EL PELIGRO QUE ELLA O EL ANTICIPAN ES EL DE UN DOLOR CRÓNICO ININTERRUMPIDO." (MORRIS, 1993, pg.322)

Definición

Continuando con el análisis del continuum del dolor, se define el concepto de dolor crónico:

Dolor crónico: Se define a aquel dolor que persiste en el curso normal de la curación para una enfermedad dada, o aquel dolor asociado a una enfermedad progresiva. (Rossel, 1989, pg.21)

El dolor crónico es una expresión utilizada para designar un dolor que, de modo perverso y episódico se niega a desaparecer o reaparece por períodos prolongados.

En algunos casos, como en los tumores inoperables o en las enfermedades degenerativas como la artritis reumática, la causa está clara, pero la curación es imposible. En otros casos, el dolor persiste largo tiempo después de que la curación ha terminado y, como en la migraña y otros dolores de cabeza, puede volver a ocurrir a intervalos frecuentes. Hay casos, donde no se consigue identificar ninguna causa orgánica. A pesar de esas variables, hay un rasgo común: el dolor crónico, al revés del agudo, sencillamente no se acaba, no desaparece.

El dolor crónico, además, carece de propósito biológico. El agudo, en cambio, cumple una función reconocible: nos protege de un daño mayor.

Algunos médicos y psicólogos hablan de que algunas veces el dolor crónico ofrece una "ganancia secundaria"; con ello se refieren a un beneficio, difusamente percibido a nivel psicológico, que reciben los pacientes, como el aumento de la atención o incluso la gratificación inconsciente de una necesidad culposa de castigo.

Etapas del dolor crónico

Según Keefe et al. citados en Rossel (1989) el dolor crónico transita por una serie de etapas, cada una caracterizada por experiencias y conductas particulares. Estos autores proponen tres etapas a través de las cuales el paciente progresa a la cronicidad:

1.- La etapa aguda: en las etapas iniciales, la experiencia de dolor está caracterizada por conductas que pueden ser consideradas adaptativas: disminución de la actividad y uso de medicación. Estas conductas evitan espasmos musculares, inmovilizan articulaciones, etc., todo lo cual tiene como objetivo prevenir complicaciones ulteriores.

La duración de esta etapa varía según el carácter de la enfermedad o injuria, pero también está influenciada por factores ambientales y psicológicos.

2.- La etapa pre-crónica: es el período considerado crucial, durante el cual el paciente adopta o no las conductas que hacen su condición crónica.

El proceso curativo se da generalmente entre los dos y seis meses post-injuria, de modo tal que aquellos pacientes que continúan experimentando dolor severo después de ese período se considera que están en la etapa pre-crónica.

Aquí, los pacientes intentan retomar su estilo y actividad premórbida. Algunos lo abordarán gradualmente, otros lo intentan abruptamente, determinando la reaparición de los procesos dolorosos, con la probable consolidación de las conductas desadaptativas (permanecer en cama, abuso de analgésicos, tendencia a interpretar el dolor como incontrolable, reacciones depresivas, etc.)

En la medida que los patrones de conducta asociados al dolor aumentan, la probabilidad de que ocurran consecuencias sociales positivas también aumenta. Es en este momento en que la familia o amistades del paciente pueden asumir responsabilidades que habitualmente realizaba aquel, jugando entonces los factores sociales y/o familiares un rol importante en el paso a la cronicidad.

3.- La etapa crónica: en esta etapa el proceso de cronificación altera al paciente tanto psicológica como fisiológicamente, de modo tal que se dan cambios complejos en la afectividad, en los procesos de pensamiento y en patrones conductuales que contribuyen a que estos desórdenes sean auto-perpetuantes.

Los factores sociales y ambientales reforzantes pueden ser determinantes. Este reforzamiento incluye la atención que puede ser dada por la familia, la evitación de un trabajo poco gratificante o las compensaciones económicas. Mientras más largo sea el período que el paciente esté en tales condiciones, mayor será el período de tiempo en que se genere y consolide el aprendizaje de las conductas desadaptativas.

A esta altura de la exposición, ya es fácil darse cuenta del hecho de que mientras se avanza a lo largo del continuum del dolor, también nos vamos introduciendo, cada vez más, en áreas que son explicadas desde enfoques más heterogéneos, es decir, no sólo hay explicaciones médicas de los fenómenos sino también explicaciones

psicológicas de dichos fenómenos.

DOLORES INTRATABLES

Como última etapa en el continuum del dolor, se abordará una parte que produce mucho conflicto por las connotaciones que posee. Se está haciendo referencia a los llamados dolores intratables: lo cual *"significa que son dolores obstinados y que se resisten al tratamiento. Sin embargo en casi todos los casos, la fuente histológica de un dolor así, es vaga o no existe"*. (Hilgard y Hilgard; 1990; pg.48)

Cuando se hizo hincapié en las connotaciones que produce la temática de los dolores intratables, es debido al hecho de que es un tema que produce muchas posturas encontradas, tal como se ve con los modelos centralista y periferalista.

La posición básica que se debe aceptar es que el cerebro es capaz de producir dolor en ausencia de todo daño en los tejidos. Ese dolor, generalmente de tipo crónico, se llama "psicogénico", el cual se define a continuación.

DOLOR PSICOGENICO

"Significa dolor creado o mantenido por la mente". (Morris; 1993; pg.181)

La medicina tradicional -al menos muchos de sus representantes- niega que este tipo de dolor exista (esta sería una posición semejante a la de los periferalistas). De esta manera, al negar la existencia de este tipo de dolor, también están negando la posibilidad de atención médica a las personas que dicen sufrir este tipo de dolencia. Esta es la clase de pacientes que deben recurrir a métodos alternativos para ser tratados de sus dolores. Sin embargo, aún hay más complicaciones: a estos pacientes ningún

especialista les ha dicho cuál es su problema; debido a esto puede haber aumentado su incertidumbre y ansiedad, con lo que de pasada también pueden aumentar sus dolencias. Además, resulta muy difícil de explicar a un paciente, que él es un participante activo en el dolor que sufre.

Con respecto al tema de los dolores psicogénicos, hay demasiada evidencia clínica como para negar su existencia. Para corroborar la idea anterior se mencionarán y luego explicarán tres ejemplos de este tipo de dolor:

- a) Dolor miembro fantasma.
- b) Dolor referido.
- c) Dolor psicósomático.

a) Dolor miembro fantasma: Es muy común que a la persona que se le ha amputado un brazo o una pierna, tenga la percepción de que sigue teniendo el miembro amputado: este miembro ausente pero percibido recibe el nombre de miembro fantasma.

En algunos casos, el paciente siente dolor en el miembro fantasma; estos son los casos que interesan para este análisis. En seguida, se presenta la posibilidad que sugiere que el dolor fantasma se debe a estímulos en los extremos cortados de los nervios que anteriormente iban al miembro amputado.

A veces, es posible controlar el dolor fantasma del miembro, al menos temporalmente, anestesiando o extirpando quirúrgicamente las acreencias (neuronas) que se desarrollan en el muñon en los extremos de los nervios cortados. Sin embargo, esta explicación no es suficiente, ya que aún al anestesiar todo el muñon no siempre se elimina el dolor fantasma.

Aún mas notable es el hecho de que el dolor tal como es sentido en el miembro fantasma puede reproducir un dolor sentido en el miembro antes de la amputación; lo cual indica que, al parecer, el dolor

fantasma se basa en una especie de memoria.

b) Dolor referido: Los dolores referidos son los que se sienten en un lugar, aún cuando la fuente de irritación está en otra parte; es posible sentir dolor en el hombro o en el brazo cuando se sufre de un ataque cardíaco.

En ocasiones, estimular una pierna adormecida puede producir dolor en la parte superior del abdomen del lado opuesto del cuerpo. Cualquier especialista adiestrado en hacer pruebas apropiadas podrá hallar la fuente del dolor al conocer donde se asienta. En otros casos, sin embargo, quizás intervengan elementos peculiares que lo desconcierten.

c) Dolor psicossomático: A los dolores psicossomáticos se los denomina así porque sus orígenes están relacionados por completo con la vida del paciente que tiene dolor, con el significado emocional que el dolor tiene para él y con los propósitos sutiles a los que quizás sirva. Como ejemplo de esto se podría mencionar el dolor de cabeza que se siente al estudiar mucho para presentar un examen, pero que desaparece si se va al cine. Este dolor es real; el que tenga un origen psicológico no significa que duela menos que el dolor de origen somático.

Para finalizar esta sección, se hará nuestra una frase de Hilgard y Hilgard (1990) quienes indican que estas tres clases de dolor - en un miembro fantasma, referido, y psicossomático - destacan las incertidumbres que priman en cuanto al origen del estímulo en el caso en el que el dolor se siente en un lugar determinado.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Es posible sintetizar una idea general: a lo largo del continuum del dolor, en la medida que se va avanzando por él, se encuentra un aumento de factores psicológicos como elementos explicativos en la génesis y mantención del dolor.

Del mismo modo, las técnicas psicológicas se han mostrado bastante útiles en el abordaje del dolor agudo (Rossel, 1989). Esta evidencia hace posible postular y concluir que, dado que los factores psicológicos están probablemente involucrados en todos los casos de dolor, desde la psicología se puede colaborar en el manejo y control del dolor, sin olvidar, como se ha expresado en párrafos precedentes, que el abordaje del dolor debe ser hecho desde una perspectiva interdisciplinaria.

TEORIAS EXPLICATIVAS DEL DOLOR

En lo que sigue de la exposición se muestra una panorámica amplia de las distintas teorías, tanto fisiológicas como psicológicas, que se han usado para explicar el dolor. No se pretende lograr abarcar todas las teorías, sino sólo mostrar una aproximación parcial que entregue la posibilidad de introducirse en el mundo de la génesis y mantención del fenómeno doloroso.

Se dará comienzo por el análisis y presentación de algunas teorías fisiológicas, para luego revisar algunas teorías psicológicas.

1.- TEORIAS FISIOLÓGICAS DEL DOLOR. (Hilgard y Hilgard; 1990; pgs.51 y siguientes)

i.- Teoría sobre la especificidad del dolor (Von Frey, 1896): este autor sostuvo que las terminales nerviosas libres son receptores de dolor especializados, conforme a lo cual el dolor cutáneo (y probablemente otros) eran resultado, según parecía, de la estimulación de terminaciones nerviosas libres, del mismo modo que la vista se debe al estímulo de conos y bastoncillos en la retina. Esta teoría fue aceptada con amplitud y todavía en nuestros días tiene influencia, aunque ha sido atacada al afirmar que es tan limitada que no cubre todos los aspectos del dolor.

ii.- Teoría de la pauta (Goldscheider; 1897 aprox.): esta teoría, también llamada teoría de la suma, propone que el dolor depende de una suma de entradas neurales que deben alcanzar un nivel crítico para que se sienta dolor. No basta el estímulo periférico, porque en esta suma son importantes los sistemas centrales. Las teorías modernas de la pauta incluyen sumas periféricas y centrales. Las diversas teorías de la pauta tienen en común el empeño por explicar por qué el dolor puede seguir más allá del tiempo de la estimulación focal.

iii.- Teoría del control de la puerta (Melzack y Wall; 1965): estos autores propusieron una nueva teoría de dos componentes, la cual ha tenido en los últimos tiempos una gran influencia en los estudios del dolor.

En realidad, es la última de una serie de teorías de dos componentes; algunas teorías anteriores de dos componentes plantearon que éstos eran una diferenciación delicada (epicrítica) y de sensibilidad difusa (protopática); y conducción rápida y lenta por medio de fibras; o bien como sistemas diferenciados de fibras; en los cuales las fibras pequeñas llevan el dolor en una red, en tanto que las largas tienen a su cargo una función inhibitoria. Probablemente la teoría del control de la puerta se basó en parte en estos enunciados, aunque sin duda es una nueva integración del saber sobre el dolor.

Esta teoría comienza aceptando la distinción anatómica entre dos sistemas neurales de conducción que van desde la médula espinal a los centros cerebrales más elevados, en cuanto algunos impulsos han entrado en la médula como consecuencia de estimulación periférica. Uno de estos sistemas es, en lo primordial, informativo: lleva datos sobre la ubicación e intensidad del estímulo, con poca relación con su toxicidad o evitación. A este sistema se le llama *sensorial-discriminador*. El otro, estrechamente vinculado con las estructuras situadas cerca del centro del cerebro relacionadas con la motivación y la emoción, recibe el nombre de *motivacional-afectivo*. Se ocupa de manera principal del sufrimiento que causa el dolor.

Hay que observar que la teoría del control de la puerta acepta la segunda de las opciones, vistas anteriormente, relacionadas con las componentes sensorial y de sufrimiento porque ambos componentes se inician a la vez y tienen sistemas procesadores separados. Para el propósito de esta memoria baste decir que hay bastante evidencia de la existencia de ambos sistemas, tanto neuroanatómica

como psicofisiológicamente.

Una vez que el dolor y la angustia se repiten o se alargan, deja de tener importancia la prioridad del dolor sensorial o del sufrimiento.

La teoría de la puerta descansa sobre una hipótesis posterior sobre la modulación del dolor conforme es afectado por impulsos transmitidos por los dos sistemas. La hipótesis dice que las fibras largas y pequeñas de la médula espinal interactúan de tal modo que afectan la información sobre el dolor que se transmite a los centros más elevados.

Teóricamente, las fibras largas y pequeñas entran al sistema de control de puerta, en donde su interacción afecta las descargas de las primeras células de transmisión (células-T) de los dos sistemas, que entonces envían los impulsos de dolor. Un mecanismo de control central es impuesto también sobre este mecanismo local en el nivel de la médula.

Una consecuencia práctica de la teoría de la puerta, ha sido acelerar el uso de estímulos eléctricos en el manejo del dolor, ya sea de manera directa a los troncos nerviosos que llevan fibras largas o a la superficie epitelial situada sobre los troncos nerviosos pero sin penetrar la piel. El propósito de este tratamiento ha sido contrarrestar dolores profundos y persistentes transmitidos por fibras nerviosas pequeñas, estimulando fibras largas. Conforme a la teoría, esto lograría cerrar la puerta y reducir el dolor. Los éxitos que en la práctica ha tenido la estimulación eléctrica han sido lo suficientemente grandes como para apoyar la teoría.

Los mecanismos de control centrales obran como otro conjunto de modificadores del dolor. Hay muchas sendas posibles a través de las cuales pueden descender impulsos provenientes de los centros más

elevados para modificar la actividad en la médula espinal. Una de estas sendas comienza en el núcleo ventral posterior, que es un centro ubicado en el tálamo al cual llega con rapidez, por medio de sistemas de fibras largas, información sobre propiedades no dañinas de estímulos. Debido a que esta información llega antes de que tenga lugar el procesamiento motivacional y afectivo, el centro más elevado podrá modificar los impulsos en la puerta cuando todavía están siendo interpretados.

Evidencias experimentales, tomadas de diversas fuentes, indican que el estímulo en estos niveles más elevados pueden afectar impulsos que se originen en la médula.

Sin lugar a duda que esta teoría no da una explicación completa de la génesis y mantención del dolor, pero hoy por hoy es una de las teorías que más se acercan a lograrlo.

En las siguientes tres proposiciones se puede expresar lo que está firmemente establecido sobre la teoría:

a) Al parecer hay dos mecanismos diferentes, uno informativo y otro motivacional-afectivo, que intervienen en la pauta total de la percepción del dolor. Esta distinción está apoyada por consideraciones neuroanatómicas.

b) Un dolor profundo y persistente cabe que se modifique mediante el estímulo concurrente de fibras largas. La reducción del dolor rebasa la duración del contra-irritante, lo cual significa que algunos procesos que perduren en el tiempo pueden servir para moderar respuestas a una fuente de dolor.

c) Procesos centrales de control, ejemplificados por clases reconocidas psicológicamente o por estimulación cerebral, pueden afectar sin duda la percepción de estímulos nocivos.

Estas tres características deberán incluirse en cualquier teoría del dolor satisfactoria; la popularidad de la teoría del control de la puerta se apoya, en parte, en su reconocimiento innegable de esta obligación ineludible. Incluso cuando una teoría empieza a partir de una base neuroanatómica y fisiológica, los factores

psicológicos se introducen prominentemente, en motivación y emoción, en memoria y en control "central", lo que de ordinario significa control "cognoscitivo" o "ideacional".

Con esta teoría se da por finalizado el análisis de las teorías fisiológicas del dolor. A continuación se procederá al análisis de las teorías psicológicas del dolor.

2.- TEORÍAS PSICOLÓGICAS DEL DOLOR.

i.- Teorías operantes y respondientes sobre conductas de dolor: según Barber y Adrian (1982), Fordyce ha mostrado la ventaja de sustituir un modelo de enfermedad por un modelo de aprendizaje del dolor. El modelo de enfermedad infiere una causa subyacente que puede ser vista y tratada. Esto es útil y es un acercamiento de verdad necesario cuando el problema es acerca de un dolor agudo, que puede ser diagnosticado como un síntoma. Sin embargo, el modelo de enfermedad puede no ser útil, e incluso puede llegar a ser irrelevante, cuando el problema es uno de dolor crónico, en donde la causa es comprensible, pero no tratable. En tal situación un modelo de aprendizaje puede ser más útil, ya que en tal modelo, es el dolor por sí mismo -referido como proceso subyacente- el foco de la atención.

Conductas de dolor respondientes: son aquellas elicítadas por estímulos nocivos antecedentes y que son usualmente reflejos en su naturaleza; vocalización, asustarse (retirada repentina) y la contracción muscular, son ejemplos de estos. Tales respondientes pueden ser condicionadas a la manera Pavloviana clásica. Cualquier estímulo regularmente asociado con el estímulo nocivo, puede transformarse el mismo en un elicítador de la respuesta- la oficina del doctor, la presencia de los padres mientras se realiza el tratamiento, etc. En otras palabras, las respuestas de dolor pueden aparecer asociadas a la presencia de estímulos que se ligaron en el

pasado a la generación del dolor.

Conductas de dolor operantes: son conductas emitidas que están gobernadas por reforzadores ambientales que las siguen; tal como una vocalización que es seguida por la atención social, o la conducta de dolor que puede ser seguida por la administración de un analgésico. Estas conductas de dolor operante son condicionadas a la manera Skinneriana; cualquier conducta de dolor seguida por una consecuencia favorable (un reforzador positivo), es más probable que vuelva a ocurrir, esto quiere decir que puede mostrar un aumento en su frecuencia de aparición.

Por otro lado cualquier conducta de dolor seguida por una consecuencia desfavorable (un reforzador negativo, incluyendo la ausencia de un reforzador positivo) puede hacer menos probable que esa conducta vuelva a ocurrir, y en consecuencia mostrará una disminución en su frecuencia.

Se debe agregar que la reducción o abolición del dolor, es la mayoría de las veces un reforzador positivo, y cualquier conducta (conductas de escape) que disminuya el dolor es, por lo tanto, es probable que sea repetida.

Siguiendo a estos autores (Barber y Adrian, 1982), en su exposición, se puede encontrar la siguiente proposición: es frecuente encontrar una mezcla de respuestas respondientes y operantes en los pacientes que sufren de dolor agudo recurrente (dolor por cáncer) o dolor crónico. También es posible esperar, que ambas conductas, la estimulación patogénica antecedente y las conductas de dolor operantes, sean mantenidas por consecuencias ambientales contingentes.

ii.- **Aprendizaje vicario del dolor:** este tipo de aprendizaje puede jugar un importante rol en la expresión del dolor, sobre todo en lo referente al dolor en el cáncer.

Algunos autores como Craig (citado en Turk y Fernández, 1990), han demostrado el rol del modelamiento en la expresión conductual del dolor agudo y del dolor experimental.

El aprendizaje observacional es de gran importancia, ya que, muchas veces sin quererlo, los pacientes que se van a someter a alguna intervención, como por ejemplo una punción lumbar, tienen la oportunidad de ver o escuchar cuando el procedimiento es hecho en otro paciente, lo que lo puede llevar a suponer (aprender) que la forma en que ha actuado el otro, es la forma en que él o ella debe reaccionar y sentir.

iii.- Aprendizaje dependiente del estado (MACDE): MACDE significa memoria, aprendizaje y comportamiento dependiente del estado. Cualquier droga que atraviese la barrera hémato-encefálica generalmente modifica la memoria, el aprendizaje y el comportamiento de un modo que depende del estado. Es decir, cuando la droga está presente en el cerebro, el sujeto responde al entrenamiento con una cierta clase de memoria, aprendizaje y comportamiento. Cuando la droga es metabolizada, de modo que ya no está presente en el cerebro, se encuentra que lo que fué aprendido bajo la influencia de la droga se pierde parcialmente. Existe una amnesia parcial. Sin embargo, al colocar nuevamente la droga en el cerebro, la memoria, aprendizaje y comportamiento tienden a regresar en su intensidad original.

Los investigadores explican que la memoria, aprendizaje y comportamiento es ahora *dependiente del estado*, es decir, su expresión es ahora dependiente del estado fisiológico del cerebro.

El hallazgo realmente importante que hace a MACDE tan significativo, es que en los últimos 15 años se ha aprendido que no son sólo drogas las que pueden ocasionar una amnesia parcialmente reversible. Ahora se sabe que docenas de las moléculas naturales propias del cuerpo humano están modulando la memoria, aprendizaje

y conducta en una forma dependiente del estado.

La memoria y el aprendizaje dependiente del estado, tienen condiciones de adquisición o inducción especiales, que las hacen sobresalir como formas distintivas en las situaciones ordinarias de la vida. A causa de esta distintividad, memoria y aprendizaje dependiente del estado están encodificadas por conexiones distintivas mente-cuerpo, desde las cuales se generan una serie de comportamientos específicos ligados al estado. Estos comportamientos ligados al estado comprometen típicamente patrones de memoria y experiencias de la vida que están disociadas, vale decir, ellas no están disponibles en el estado despierto de la persona. Estas memorias y, por lo tanto, estos comportamientos pueden ser recordados, sin embargo, ya sea por la reactividad de las condiciones en las que fueron adquiridas o por el acceso vicario a esas condiciones por medio de un estado especial de conciencia.

Aunque MACDE ha sido tema de investigaciones experimentales bien controladas en los últimos 40 años, no es tan bien conocido como el uso de condicionamientos clásicos operantes Pavlovianos y Skinnerianos. Por consiguiente, podría parecer a primera vista que MACDE es una forma exótica y muy especializada de aprendizaje que es una variante inferior del condicionamiento clásico u operante. En realidad lo inverso es más correcto: MACDE es la amplia clase genérica de aprendizaje que ocurre en todo organismo complejo que posee una corteza cerebral y un sistema límbico-hipotalámico; condicionamientos Pavlovianos y Skinnerianos son variantes específicas de MACDE.

El dolor, basado en esta teoría puede estar ligado a las condiciones neuro-psico-fisiológicas que rodean a la enfermedad y su tratamiento, favoreciendo ciertas condiciones (a investigar) se está facilitando la aparición o permanencia del dolor.

FACTORES PSICOLÓGICOS MODULADORES DEL DOLOR

Cuando se habla de dolor, por lo que se ha visto anteriormente, también se puede hablar de variables psicológicas asociadas a éste. Es importante en este punto mostrar las variables psicológicas que han sido mencionadas como implicadas en la percepción y reporte del dolor.

A continuación se analizan y discuten algunas variables asociadas al dolor en la dirección descrita anteriormente, pero también asociadas principalmente al cáncer.

Se han identificado cuatro variables principales:

1.- LA EXPECTATIVA DEL DOLOR

La anticipación del dolor puede conducir a respuestas catastróficas, que aumentan el dolor percibido. Autores como Hall y Stride en el año 1954 (Turk y Fernandez, 1990), mostraron cómo la palabra 'dolor' introducida en las instrucciones del 'set' de un experimento, modificaron las respuestas de un grupo de sujetos experimentales. A los sujetos que se les mencionó la palabra dolor y, por lo tanto, se anticiparon al dolor tuvieron una mayor sensibilidad y un más bajo umbral para la sensación nociva que los sujetos que tuvieron una instrucción neutra.

Otro ejemplo de la importancia de la expectativa del dolor, se puede encontrar en todas las experiencias de uso de placebos. Un 35% de los pacientes que se les da un placebo reducen su dolor hasta niveles sorprendentes, en algunos estudios como los de Yanemoto (Turk y Fernandez, 1990), se indica una reducción del dolor en el orden del 77% de los pacientes controlados (cáncer avanzado).

2.- ELEMENTOS ANGUSTIOSOS

Ha sido demostrado que la ansiedad es causa y componente de la percepción del dolor. En algunos individuos, la ansiedad puede iniciar una serie de cambios psicológicos que pueden realmente producir nocicepción (Bonica en Turk y Fernandez, 1990).

Por otro lado, el estrés emocional puede activar el sistema nervioso simpático y activar una serie de procesos molestos como son: espasmos musculares, vasoconstricción, disturbios viscerales, o hacer surgir la presencia de dolor a través de la producción de sustancias gatillantes en la periferia.

En resumen se puede decir que, la ansiedad influye de alguna manera en los parámetros fisiológicos y en la interpretación de la información sensorial, de manera tal que puede influenciar y exacerbar la percepción de dolor. Por lo tanto, la reducción de la ansiedad debe considerarse en cualquier tratamiento que vaya, también, dirigido a la reducción del dolor.

3.- LA INTERPRETACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

En general cualquier fenómeno puede ser interpretado de dos formas, o descrito de dos maneras; la primera es en términos objetivos, es decir, de forma tal que todos pueden estar de acuerdo en que el fenómeno es tal como lo están viendo todos (acuerdo); la segunda manera es la subjetiva, en ésta el sujeto le atribuye significados personales a los hechos o fenómenos de acuerdo a sus creencias, educación, valores, etc.

Es este segundo abordaje el que interesa en este contexto, ya que los significados personales se basan en las valorizaciones y en las propias habilidades que se posean. De esta manera cuando una persona se enfrenta al dolor, por lo general la valorización que se le da a este es negativa, y por otro lado no se poseen muchas habilidades para enfrentarlo de manera exitosa en forma individual. Si se considera que esta es la situación dada, entonces se puede

deducir que la persona queda sometida a una hecho que favorece un mal enfrentamiento con el dolor, además de generar una situación que genera angustia y temor.

Para concluir con esta variable se cree necesario recalcar que, para manejar el dolor se debe proveer al paciente de significados que le den sentido al por qué de su sufrimiento y junto a esto, herramientas y estrategias que pueda utilizar por él o ella misma, lo que le dará la sensación de control sobre lo que esta pasando en su vida, que es la próxima variable a revisar.

4.- CONTROL PERCIBIDO

Cuando se atribuye control, ya sea de uno mismo (en el caso de un enfermo que sufra dolor) o de otro (que tenga incidencia en la aparición, o mejor dicho, en la desaparición del dolor), es un factor altamente influyente en la percepción de la nocicepción o del del estímulo nocivo.

Se ha demostrado en muchas investigaciones (vease Turk y Fernandez,1990; Morris, 1993; Ritterman, 1988), que cuando un paciente tiene la posibilidad de controlar de una u otra forma la aparición de estímulos dolorosos, esto hace que dicho paciente disminuya los requerimientos de fármacos u otros tipos de atención. Se puede dar como ejemplo la analgesia controlada por el paciente, en este caso cuando el paciente tiene el control de una pequeña bomba que le suministra drogas analgésicas cada vez que él necesita calmar su dolor, una vez que el paciente se somete a esta experiencia, este tiende notoriamente a disminuir el consumo de analgésicos.

EL DOLOR EN LAS ENFERMEDADES MALIGNAS V/S NO MALIGNAS

Al comparar pacientes cancerosos (ambulatorios) con pacientes (ambulatorios) con dolores causados por enfermedades no malignas, se encontró que los pacientes con cáncer son significativamente más viejos, tienen dolor menos intenso, dolor de una duración menos prolongada, menor cantidad de angustia, menor cantidad de dificultades y un nivel de actividad más baja.

Muchas de las diferencias encontradas entre el grupo de pacientes con dolor por cáncer y el grupo de pacientes más jóvenes con dolor causado por enfermedades no malignas, también fueron encontrados en la comparación entre el grupo de pacientes con dolor por cáncer y su grupo pareado por edad de pacientes con dolor por enfermedades no malignas. Sin embargo, cuando se comparan los grupos pareados por edad y por severidad, muchas de las diferencias entre el grupo de dolor por cáncer y el de dolor no maligno se vuelven no significativas (Warner, 1992).

Los resultados de la investigación de Warner (1992) sugieren que hay una especie de relación entre la duración del dolor y algunas variables operantes relevantes ligadas a las conductas de dolor.

Los resultados obtenidos de los grupos con dolor por cáncer y dolor por enfermedades no-malignas son consistentes con una teoría cognitivo-conductual propuesta por Rudy, Kerns y Turk en 1988 (veáse en Turk y Fernández [1990] algunas de sus proposiciones). En ese modelo, el control percibido y problemas de la vida diaria son variables que median la relación entre la severidad del dolor y la angustia. El control percibido es el mejor predictor de la angustia en todos los grupos. Sin embargo el control percibido, la severidad del dolor, el apoyo social y la duración del dolor son variables relativamente pobres como predictoras de la angustia y de la

calidad de vida de los pacientes con dolor. Después de todo, los resultados de esta investigación sugieren finalmente, que las diferencias en cuanto a la multidimensionalidad de la naturaleza del dolor entre los pacientes que lo sufren por el cáncer y entre aquellos que lo sufren por enfermedades no-malignas, son escasas.

La gran diferencia se encuentra en la probabilidad, generalmente alta, que existe de morir cuando se tiene cáncer, esto afecta psicológicamente la percepción del dolor en los pacientes con cáncer. (Turk y Fernández, 1990)

EL DOLOR EN NIÑOS CON CÁNCER

Beales (en Mount, 1985), ha escrito un artículo muy instructivo, en el cual revisa la experiencia del dolor en los niños con cáncer. A continuación se incluyen muchas de sus conclusiones debido a su relevancia, para comprender mejor este contexto.

Beales sugiere que hay diferencias importantes en cómo los adultos y los niños perciben el dolor; y esto es particularmente verdadero en el caso del dolor producido por el cáncer. Él sugiere que una adecuada terapia, depende de comprender y entender estas diferencias.

El dolor extremo e intratable, que ocurre en una porción significativa de los pacientes con cáncer adultos, ocurre con menor frecuencia en los niños. Además, se encuentra con mucha frecuencia una baja correlación (o ausencia de esta) entre la extensión de la patología y la experiencia de dolor. Esto es particularmente notorio en el caso del dolor del hueso. Mientras que ya son conocidos una variedad del tipo vías cerebro corticales, que podrían estar influyendo en la intensidad de la percepción del dolor, también existen mecanismos psicológicos que involucran la percepción del dolor, y que en la actualidad están siendo más

conocidos. Con respecto a ellos, se puede decir que son más fácilmente utilizables en niños que en adultos.

Se puede informar que de acuerdo a las investigaciones de Melzack y Casey (en Mount, 1985), el dolor está compuesto por una combinación de sensaciones y afectos negativos, y que diferencias en la cantidad de la carga de afectividad negativa, puede producir algunas de las diferencias que se observan en la percepción del dolor que tienen los niños, cuando son comparados con los adultos.

Estudios realizados con pacientes artríticos juveniles crónicos, sugieren que con el aumento en la edad de los niños, también crece la experiencia del dolor (aumenta la sensación de dolor); no porque haya un aumento real del estímulo nocivo en la envoltura de la articulación, sino porque aumenta la carga de los afectos negativos asociadas a la enfermedad. Para los niños mayores, el significado de la enfermedad está más cargada negativamente, condicionada por una mayor comprensión de sus limitaciones físicas y sociales, presentes y futuras.

Otra diferencia entre la experiencia del dolor entre los niños y las personas de mayor edad surge del menor desarrollo y claridad del concepto de enfermedad y del proceso que involucra esta. Los niños menores, aún no han aprendido las potenciales implicancias de aquellas sensaciones originadas internamente, y de esta forma han asociado en menor medida los afectos negativos con estas sensaciones. Los niños se afectan mucho más por daños visibles o por patologías tales como el corte de un dedo, una inyección o cualquier otra amenaza a la superficie de la piel, que por síntomas que surgen desde invisibles localizaciones internas.

Una última diferencia que caracteriza la experiencia de dolor en los jóvenes surge de la incompleta conceptualización que poseen los niños de la muerte y sus implicaciones. Cuando los niños crecen, su visión de la muerte comienza a asemejarse a la de los adultos, pero

aún falta comprender cuales son los factores que intervienen en la comprensión que tienen los niños de cualquier edad de su cáncer.

Para comenzar, son más flexibles que los adultos y son más capaces para adaptarse a las restricciones. La meta de la terapia, podría ser asistir al niño en que aprenda a conducir su vida tan normalmente como sea posible, dada las circunstancias por las que atraviesa.

El primer objetivo de la intervención psicológica cuando se está ante la presencia de dolor atribuible a la enfermedad, es disminuir las cargas afectivas negativas que componen al dolor. Debe ser recordado que para los niños muy chicos, debido a su limitado concepto de la muerte, el ominoso pronóstico que su enfermedad puede acarrear, puede no ser la fuente principal de los afectos negativos, como es probable que suceda en el caso de los niños mayores y de los adultos.

Restricciones en el juego, en el contacto con la familia y amigos, cambios en el físico y la disminución en la habilidad para tomar parte en sus actividades favoritas pueden ser, con largueza, factores más importantes.

Los padres pueden ser advertidos de no ser sobreprotectores con su hijo, de forma tal que no aumenten, inconscientemente, los afectos negativos (señales mínimas que pueden estar entregando los padres al niño, de forma tal que este las pueda interpretar negativamente).

Los niños mayores tienen una capacidad de darse cuenta aumentada, en relación a comprender la gravedad potencial de su enfermedad. Esto puede evocar un aumento en la capacidad cognitiva y sensibilizarse ante el más mínimo estímulo. El dolor que no está relacionado con la enfermedad, podría ser identificado y de esta forma se podría tranquilizar a los niños, ya que ellos siguen siendo sujetos de los mismos problemas y dolores que sufren el

resto de los niños. Se podría ayudar a los niños a concluir que no todas sus dolencias y malestares están relacionados con sus tumores.

Beales (en Mount, 1985), sugiere que muchos de los actuales planes de apoyo a los jóvenes pacientes en contra de la amenazante presencia del dolor, que se asocia tan frecuentemente a la terapia oncológica, tienden a confirmar las creencias de estos, y pueden aumentar la posibilidad de que el dolor y las entradas sensoriales asociadas aumenten cuando estas ocurran. Este autor sugiere como una alternativa, que los niños sean razonablemente bien informados por adelantado de todo lo que va a ocurrir y principalmente utilizar "técnicas de distracción" en el momento de los procedimientos médicos. La distracción (producida por cualquier medio), es más fácilmente aplicable en niños que en adultos y puede ser altamente efectiva en disminuir la percepción del dolor. Los procedimientos de distracción deberían ser planificados de acuerdo al nivel de comprensión de los niños y su objetivo es evitar la ansiedad y temores innecesarios, y como se ha visto anteriormente, evitar que aumente la percepción del dolor (que se deba a estos procesos).

La presencia de los padres durante las pruebas y los procedimientos quirúrgicos menores, puede hacer decrecer el temor en el niño, pero antes, los padres deben estar preparados para no agregar a sus hijos una carga de estrés adicional por medio de sus propias reacciones y ansiedades.

Se puede concluir entonces, que hay dos metas primarias:

- 1.- favorecer que los mecanismos psicológicos que están asociados a factores que aumentan la percepción del dolor sean minimizados.
- 2.- estimular la inhibición cognitiva de las señales productoras del dolor, a través de cualquier procedimiento que acarree esta consecuencia.

Estas tareas son actividades de tiempo completo y son responsabilidad de todo el equipo profesional que trabaja con el paciente oncológico.

A continuación se analiza la presencia del dolor en el cáncer, desde una perspectiva general.

DOLOR Y CÁNCER

IDEAS ERRÓNEAS EN RELACIÓN AL CÁNCER.

El cáncer genera en la población una serie de ideas, que por lo general son bastante inexactas.

Se cree fundamental exponer y aclarar estas ideas, de manera tal de poder continuar analizando el tema sobre bases sólidas y precisas. Estas ideas son:

1.- El cáncer es inevitablemente letal:

Aunque la incidencia de fallecimientos es alta, se ha comprobado que sobre el 38% de los pacientes sobrevive más de cinco años, después del diagnóstico respectivo. (Taylor y Crisler, citado en Turk y Fernández, 1990)

Con esto se desea aclarar, que el cáncer puede o debe ser abordado como una enfermedad que no siempre lleva a la muerte, por lo que debiera existir esperanza en los pacientes o de alguna forma generarla, una esperanza que les permita luchar con todo de lo que dispongan.

2.- El cáncer es inevitable y extremadamente doloroso:

La mayoría de las personas considera que el cáncer es un sinónimo de dolor, esta idea aunque generalizada, es bastante errónea. Para demostrarlo se citan las siguientes estadísticas: Levin et al. (en Turk y Fernández, 1990) encontraron que sólo el 48% de su muestra de pacientes con cáncer pulmonar no sentían ningún dolor. También Ahles et al. (en Turk y Fernández, 1990) encontraron que en su muestra de pacientes con linfoma, el 82% no sentían dolor.

Por otro lado, Kelly y Payne (1991), después de un análisis de 44 estudios, encuentran una incidencia de dolor, rangeada entre el 38 y el 65% y en estados avanzados de la enfermedad sube a un 74%.

Bonica (en Kelly y Payne, 1991) declara una presencia del dolor en el 51% de los casos. Este mismo autor, según Turk y Fernández (1990), concluye que alrededor del 40 al 45% de los pacientes que han sido diagnosticados con cáncer recientemente, sienten un dolor de moderado a severo; que entre un 35 a 40% de los pacientes que están en una etapa intermedia de la enfermedad también sufren de dolores, al igual que el 60 al 85% de aquellos que tienen un cáncer avanzado.

Como se puede apreciar, el dolor puede o no estar asociado al cáncer en cada paciente individual, pero hay que estar preparado para intervenir, si es que así ocurre.

3.- El reporte del dolor debido al cáncer está siempre ligado al al daño tisular:

Como se ha visto al revisar las teorías del dolor, el dolor no requiere que exista daño en los tejidos para aparecer.

En estos momentos existe claridad para asegurar que el dolor es más que una simple transmisión de señales sensoriales desde la fuente del dolor, por la espina dorsal, hasta el cerebro. Es más bien el resultado de una serie de complicadas interacciones entre procesos neurofisiológicos y neuroquímicos, que permiten que procesos psicológicos como la motivación, la emoción, la cognición y el aprendizaje modulen la percepción y experiencia del dolor y la subsecuente respuesta conductual.

Esto tiene una serie de implicancias, ya que debe dejarse de tratar a las técnicas psicológicas como herramientas para abordar fenómenos asociados al dolor (tensión muscular, depresión, atención, concentración, etc.). Hay demasiados factores psicológicos

involucrados como para restarle importancia a las intervenciones psicológicas, para el abordaje directo del dolor.

Con esto no se quiere decir que la mente genera el dolor, como se verá a continuación hay demasiadas fuentes que generan el dolor en el cáncer.

TIPOS DE DOLOR EN EL CÁNCER

En líneas generales los dolores producidos por el cáncer, se pueden dividir en dos grandes grupos: orgánicos y psicológicos.

Entre los orgánicos se encuentran los dolores:

i.- somáticos: que son constantes y bien localizados; y cuyo mecanismo se encuentra en la activación de los nociceptores.

ii.- viscerales: son constantes y generalmente asociados con náuseas; su mecanismo es igual al anterior.

iii.- neuropáticos: localizados a nivel de nervios y cuyo mecanismo se encuentra a nivel del sistema nervioso central.

iv.- dolores mantenidos por el sistema nervioso simpático: usualmente severo en intensidad.

Dolores de orden psicológicos:

i.- psicológicos: como se ha visto, hay numerosos elementos de orden psíquico que afectan la percepción del dolor, ya sea aumentándolo o disminuyéndolo.

Para mostrar claramente la aseveración anterior se expondrá un ejemplo dado por Turk y Fernández (1991); ellos relatan el caso de un paciente, quién podía controlar fácilmente su dolor con codeína mientras creyó que su dolor correspondía a un dolor ciático, pero cuando le fué diagnosticado cáncer, este mismo paciente requirió de una gran cantidad de medicamentos para lograr el mismo nivel de alivio de su dolor que antes del diagnóstico.

ETIOLOGÍA DEL DOLOR EN EL CÁNCER

El dolor en el cáncer puede estar relacionados con diversos factores, pero los principales son:

- 1.- el dolor asociado con complicaciones directas del tumor.
- 2.- el dolor asociado con el tratamiento del cáncer.

Dentro del primer grupo se encuentran las siguientes complicaciones, entre otras:

i.- comprensión del cordón espinal: la columna vertebral es el sitio más común de metástasis esquelética. Incidencias entre el 15 y 41% de los pacientes que fallecen de cáncer.

ii.- metástasis leptomenígea: con una incidencia entre el 8 y 10% en los pacientes que presentan un cáncer sistémico. La principal presentación del dolor es a nivel de cabeza y espalda.

iii.- metástasis del plexus.

iv.- metástasis de los nervios periféricos.

v.- dolor en huesos: es la causa más común de dolor intratable en los pacientes con cáncer.

Asociado al segundo grupo se pueden identificar las siguientes complicaciones:

i.- síndromes dolorosos post-cirugía:

síndrome doloroso post-mastectomía.

síndrome doloroso post-toracotomía.

síndrome post-disección radical del cuello.

dolor del miembro fantasma o muñón.

ii.- síndromes doloroso post-radiación:

mielopatía por radiación.

radiación inducida en tumores de nervios periféricos.

necrosis del hueso.

mucositis: daño o inflamación en las mucosas.

iii.- síndromes dolorosos post-quimioterapia:

neuropatía periférica dolorosa.

pseudoreumatismo esteroideal.

necrosis del hueso.

mucositis: puede ocurrir después de una dosis agresiva de quimioterapia. La inflamación orofaríngea puede producir ulceración y dolor extremo en un 90% de los pacientes y usualmente comienza dentro de 2 o 3 días después de la implementación y puede durar 2 o 3 semanas.

iv.- dolor asociado a los procedimientos:

implantación del catéter.

asparaginasa.

intratecal.

mielograma.

MANEJO DEL DOLOR EN EL CÁNCER

En esta sección se quiere presentar de una manera muy informativa los acercamientos que existen para manejar el dolor en los pacientes con cáncer.

MANEJO FARMACOLÓGICO

Anteriormente se ha mencionado, que en la actualidad existen las drogas necesarias para aliviar completamente el dolor producido por el cáncer. Se cree necesario analizar seriamente esta proposición, ya que de ser cierta (o por lo menos factible de ser utilizadas), todos los tratamientos alternativos pueden ser innecesarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha propuesto lo que se denomina el Método WHO (World Health Organization) (Ventafriida et al., 1987 y Ashburn y Lipman, 1993); que consite en la aplicación de un programa de tres pasos principales:

- 1.- los analgésicos sistémicos generalmente proveerán de alivio del dolor si se da la dosis y el programa de administración correcta es usado.
- 2.- la administración oral es la ruta preferida. Sólo cuando existe un obstáculo para este tipo de administración, se puede usar una vía alternativa (subcutánea, rectal, intravenosa, etc.).
- 3.- (paso I) el tratamiento se comienza con una droga no-opiácea; la dosis se ajusta al nivel óptimo del paciente. Si es (son) necesaria (s) una (s) droga (s) auxiliar (es), es (son) agregada(s).
- 4.- (paso II) si, o cuando, el tratamiento no produce mayor alivio del dolor, un opiáceo blando es administrado, sumandolo al no-opiíoide y junto con una o más drogas auxiliares, si son necesarias.

- 5.- (paso III) cuando los opiáceos blandos no producen mayor alivio del dolor, se comienza inmediatamente la terapia con opiáceos fuertes junto, si es necesario, con drogas auxiliares o con analgésicos no-opiáceos.
- 6.- las dosis son diseñadas basandose en el reporte del dolor del paciente, y es administrada regularmente en intervalos de tiempo dictados por la farmacodinámica de la droga.
- 7.- el escalón inicial del tratamiento se determina de acuerdo a la terapia previa. Por ejemplo, si no hay tratamiento previo o no coincide con el protocolo WHO, se parte con el paso I. Si el tratamiento satisface los requerimientos del paso I, y el dolor continúa, la terapia comienza en el paso II; y así sucesivamente.

Según los experimentos de Ventafridda et al. (1987), el uso de este sistema escalonado de analgésicos, permite lograr el control satisfactorio del dolor en el 71% de los casos. Sin embargo, estos mismos autores han notado que en los países en vías de desarrollo, ni siquiera se venden en farmacias los opiáceos fuertes y, por lo tanto, son de difícil acceso para los tratamientos y, por otro lado en los países desarrollados, pese a contar con estos remedios, se encuentra que entre el 30 y 80% de los pacientes no reciben una terapia adecuada (por: temor a la adicción, mal manejo de las dosis, desinformación de la enfermera, etc.).

Junto a lo anterior, el uso de analgésicos producen un sinnúmero de efectos colaterales, aunque también pueden producir el alivio del dolor de 2 a 5 días.

Los principales efectos colaterales son:

- sequedad de boca entre el 35 y 51% de los pacientes.
- somnolencia entre el 26 y 46% de los pacientes.
- agitación entre el 18 y 26% de los pacientes.
- náusea y vómito entre el 10 y 23% de los pacientes.
- constipación entre el 13 y 36% de los pacientes.

- dolor de estómago entre el 14 y 18% de los pacientes.
- sangramiento entre el 4 y 6% de los pacientes.
- transpiración entre el 8 y 29% de los pacientes.
- prurito entre el 7 y 8% de los pacientes.
- sin efectos colaterales entre el 21 y 39% de los pacientes.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN EL CÁNCER

Ahora bién, una vez que se ha comprobado que el dolor no se puede manejar al 100% con drogas, aparece el espacio necesario para un sinnúmero de otras alternativas de tratamiento, como son:

1.- la cirugía:

- adrenolectomía
- hipofisentomía
- disección del tumor
- etc.

2.- la neurocirugía:

- cordotomía
- estimulación cerebral profunda
- estimulación columna dorsal
- etc.

3.- los métodos físicos:

- acupuntura
- acupresión
- estimulación eléctrica del nervio de manera transcutánea
- implantación de electrodos

4.- los métodos anestesiológicos:

- bloqueo de nervios
- etc.

5.- los métodos psicológicos:

- relajación
- hipnosis
- biofeedback

psicoterapia breve
imagineria
terapias cognitivas
descensibilización sistemática

ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS Y CÁNCER

INCONVENIENCIA DE LOS FÁRMACOS

Efectos colaterales y demandas que generan su administración (e.g. hospitalización, alto costo, etc.) hace que a algunos pacientes no les agrade usarlos.

"Hasta fines de 1970, los efectos colaterales de los fármacos era el único efecto colateral reconocido empíricamente en la literatura médica. Hace un poco más de una década, nosotros publicamos un artículo sugiriendo que algunos de los efectos colaterales de la quimioterapia, pueden realmente ser de naturaleza psicológica, más que de naturaleza farmacológica. Investigaciones posteriores han confirmado esta temprana idea.

Es importante enfatizar que estos efectos colaterales de orden psicológicos, no tienen relación, generalmente, con desordenes psicopatológicos o psiquiátricos; más resultan de un predecible y normal proceso psicológico (e.g. aprendizaje), que ocurre en el contexto de la quimioterapia." (Burish y Tope; pg.288,1992)

La prevalencia de las náuseas y de los vómitos se han ubicado entre un 18 y 57%, en diferentes estudios; en páginas precedentes se ha considerado la prevalencia del dolor, por lo que no se extenderá más en esa temática.

Los autores Burish y Tope (1992), hicieron posteriormente una revisión de 21 estudios de prevalencia de los efectos colaterales de los fármacos, que incluía a 1700 pacientes.

En esta revisión se concluyó que la prevalencia promedio en los estudios era aproximadamente del 32%; posteriormente a algunos ajustes de reactualización, alcanzó un 33%.

ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS EN EL MANEJO DE LOS EFECTOS COLATERALES DEL CÁNCER

Ahora bien, diversos autores han revisado la utilidad de las intervenciones psicológicas para abordar los efectos colaterales de los fármacos y las dificultades de la propia enfermedad. Por ejemplo, Rijsburg et al. (1992), revisaron 22 estudios sobre intervenciones psicológicas, que abarcaban diversos aspectos del tratamiento, concluyendo que: diecinueve de los veintidós estudios reportan efectos positivos de las intervenciones psicológicas, en al menos algunos aspectos del funcionamiento psicológico o somático del paciente.

Puesto que todos los estudios descritos, usaron al menos un grupo de control, la conclusión generalizada es que, el tratamiento psicológico de los pacientes con cáncer es beneficioso por al menos alguna extensión, con la excepción de los estudios que utilizaron el análisis de sobrevida de los pacientes; los efectos positivos, fueron encontrados, más allá de un año después de realizada la intervención."(Trijsburg et al.; pg.503;1992)

Por otro lado, Redd y Andrykowski (1982), estudiaron (a través de una revisión bibliográfica) cuatro estrategias psicológicas, para intervenir sobre los efectos colaterales de la quimioterapia; estas estrategias fueron: hipnosis con imaginería guiada; entrenamiento en relajación muscular progresiva con imaginería guiada; biofeedback (electromiograma) combinado con entrenamiento en relajación y desensibilización sistemática. Las conclusiones a las que llegaron fueron que estas cuatro estrategias eran de una u otra forma beneficiosas para los pacientes.

Aún poseyendo una gran cantidad de material que apoyan la hipótesis de que las estrategias psicológicas son de utilidad para los pacientes, no se puede creer que son infalibles. Hay demasiados factores que inciden en su eficacia, y se deben considerar para

utilizarlas, exclusivamente cuando hay una probabilidad significativa de que tendrán resultados positivos.

Un ejemplo de lo anterior se puede observar leyendo a Carey y Burish (1988). Estos autores dicen: "Aunque las intervenciones psicológicas son efectivas para reducir los efectos colaterales en la quimioterapia en muchos pacientes, ellas no son efectivas con todos los pacientes. Al menos hay dos tipos de factores que podrían estar contribuyendo a este hecho. Primero, no todos los pacientes oncológicos en quimioterapia, están dispuestos a intentar o a continuar intentando mediante intervenciones psicológicas: Por ejemplo, Zetzer et al. (1983), reportan que el 25% (3 de 12) de los adolescentes que ellos estudiaron, rechazaron la hipnosis por razones culturales. Hendler y Redd (1986), encontraron que muchos pacientes en quimioterapia, crían que el estado hipnótico es un inconsciente y poderoso estado que involucra una pérdida de control, y que si se les daba la oportunidad, ellos preferirían una intervención no llamada 'hipnosis'... Segundo, no todos los pacientes que tratan con técnicas psicológicas, se beneficiaron de ellas." (Carey y Burish; pg.319,1988)

A continuación se comenzará a revisar algunas de las técnicas psicológicas que se han demostrado eficientes en el control y manejo de los efectos colaterales de los fármacos y de las complicaciones de la propia enfermedad.

ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA (ERMP)

Apoyandose en la investigaciones de Burish et al. (1992), con respecto a la aplicación de la ERMP para aliviar efectos colaterales del tratamiento del cáncer, se puede concluir lo siguiente:

- 1.- El ERMP puede reducir la ansiedad a la quimioterapia, incluyendo las náuseas y emesis condicionada, los afectos

negativos y la excitación fisiológica.

- 2.- Si el ERMP es enseñado antes de iniciarse la quimioterapia, puede prevenir o al menos retrasar el establecimiento del set de síntomas condicionados a este tipo de tratamiento.
- 3.- Los pacientes que aprenden a aplicar el ERMP en si mismos y pueden emplearla con éxito, la continúan ocupando en las sesiones de quimioterapia que siguen una vez que termina el entrenamiento.
- 4.- Muchos pacientes continúan usando el ERMP aún después de haber terminado su tratamiento en quimioterapia, la encuentran efectiva como una ayuda para salir adelante ante una variedad de situaciones estresantes.

Burish et el (1992), también investigaron como era más efectivo el ERMP e hicieron un estudio donde compararon la aplicación del entrenamiento bajo distintas condiciones. Estas condiciones fueron:

- i.- con terapeuta profesional
- ii.- con voluntarios entrenados
- iii.- con cassette preparado profesionalmente y,
- iv.- con el tratamiento clínico standar

Los resultados indicaron que sólo la condición (i.-), logró reducir la ansiedad sobre las condiciones de control del tratamiento standar.

Esto último es de gran significación, ya que esta condición puede ser la clave para justificar que todos estos tratamientos psicológicos deben ser realizados por psicoterapeutas entrenados para el caso.

Otro dato que se debe agregar, es que hay algunos fármacos que pueden afectar el rendimiento del ERMP.

HIPNOSIS

En cuanto al tema de la hipnosis, este será revisado muy superficialmente en estas páginas, ya que por ser el tema principal de esta memoria tendrá un espacio especial más adelante en la exposición.

Autores como Lyles, Burish et al. (1982), reportan estudios acerca de la aplicación de hipnosis en el tratamiento de los efectos colaterales de la quimioterapia.

Algunos de estos estudios son por ejemplo el de Dempster, Balson y Whales en 1976, quienes trabajaron con una mujer que tenía mucha ansiedad y náuseas anticipatorias a la quimioterapia, y largos períodos con sintomatología somática post-quimioterapia. La hipnoterapia fué exitosa, según el reporte de los autores y de la propia paciente.

También reportan el estudio de LaBaw et al en 1975, quienes trabajaron con 27 niños, que mediante la autohipnosis redujeron su sintomatología. El de Redd et al en 1982, quienes trabajaron con seis mujeres, que mientras estuvieron en tratamiento hipnótico, disminuyeron significativamente los efectos colaterales de la quimioterapia.

Como se puede ver en estas descripciones bibliográficas, la mayoría de los autores relatan el éxito o el fracaso de los procedimientos, pero no el como se obtenían estos resultados.

Los autores de esta memoria creen que estos procedimientos descriptivos, aunque aportan al conocimiento, no permiten que otros investigadores repliquen los experimentos hipnóticos, lo que dificulta el avance de esta disciplina. Sobre todo en hipnosis, que existen diversas formas de inducción y elicitación de los fenómenos

hipnóticos; y donde cualquier variación en estos procedimientos puede producir resultados muy diverso. Cuando se revisen los distintos acercamientos hipnóticos se comprenderá un poco mejor esta suposición.

JUEGOS Y/O DISTRACCIÓN DE LA ATENCIÓN

Power (1991), en su tesis doctoral, demostró la utilidad de enseñar a los niños leucémicos a utilizar técnicas de juegos (distracción de la atención) y respiración (relajación) para tolerar los procedimientos que debían utilizar inyecciones o punciones.

En la investigación que realizó, los niños mostraron una disminución de la ansiedad ante los procedimientos; posteriormente siguieron ocupando las técnicas que aprendieron en las sesiones post-estudio.

Burish et al. (1992), ha comprobado que la diversificación de la atención es tan eficiente como el entrenamiento en relajación muscular progresiva.

TERAPIAS COGNITIVAS, CONDUCTUALES Y BREVES

Hay distintas terapias que se han mostrado eficientes en el apoyo psicológico de los pacientes oncológicos, sin embargo lo fundamental en todas ellas, es que son terapias focalizadas en asuntos puntuales, en asuntos del momento histórico actual de los pacientes.

Por ejemplo Rape (1993), demostró en su tesis doctoral que el entrenamiento cognitivo-conductual en niños oncológicos, les permitió exhibir menor angustia en forma significativa, que los niños no entrenados durante la punción lumbar, que es parte del procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer.

También Davis(1986) probó que la terapia cognitiva , aplicada en un grupo de mujeres con cáncer de mamas, era eficiente para manejar en forma más adecuada los efectos psicológicos asociados al cáncer.

Por otro lado, Andersen (1992), al revisar exhaustivamente la investigación acerca de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de los efectos colaterales de los fármacos y factores psicológicos asociados a la enfermedad, llegó a ciertas conclusiones que se pueden resumir de la siguiente forma:

- 1.- El modelo terapéutico de intervención en crisis o terapia breve, es la mejor manera de afrontar la situación en la etapa de diagnóstico.
- 2.- Recomienda lo siguiente en el contexto del cáncer: un contexto de soporte emocional; información acerca de la enfermedad y el tratamiento; estrategias conductuales de auto-ayuda; estrategias cognitivas de soporte y entrenamiento en relajación.

BIOFEEDBACK

Uno de los autores que ha trabajado con el biofeedback en el control de los efectos colaterales del tratamiento del cáncer es Davis (1986), este autor realizó un estudio en el cual dividió a su muestra (mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mamas) en tres grupos; al primero le aplico técnicas de biofeedback; al segundo terapia cognitiva y el tercero fué su grupo de control. Sus variables dependientes fueron el cortisol urinario y el estado de ansiedad. Una vez aplicado el procedimiento experimental se constataron los siguientes resultados: ambos grupos experimentales lograron conseguir una disminución significativa en las variables dependientes y los resultados entre ambos grupos experimentales eran similares.

Sin embargo Burish et al.(1992); concluyeron, basados en sus estudios de comparación entre el entrenamiento en relajación muscular progresiva; el biofeedback por control encefalomiográfico y el biofeedback a través de la temperatura de la piel, que los procedimientos de biofeedback no son efectivos , a menos que los pacientes hayan tenido entrenamiento previo en relajación muscular.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

A continuación se plantean algunos mecanismos que podrían estar incidiendo en el buen resultado de las intervenciones psicológicas. Se debe considerar a estos mecanismos como potenciales hipótesis de trabajo, que requieren de mucha mayor investigación científica para poderlos considerar como las bases últimas del éxito de las intervenciones psicológicas, aunque hay bastantes fundamentos teóricos y prácticos que avalan su importancia.

Estos mecanismos son:

- 1.- factores no específicos: como efecto placebo, expectación positiva; a veces lo inusual del tratamiento, etc.

Estos factores no específicos ayudan, pero por si solos no disminuyen los efectos colaterales más que las intervenciones psicológicas.

- 2.- Relajación fisiológica: otra posible explicación que se debe considerar, es que muchas técnicas psicológicas (hipnosis, entrenamiento en relajación muscular progresiva; desensibilización sistemática y biofeedback encéfalo miográfico), producen una relajación corporal profunda, que ayuda a paliar los efectos de contracción muscular y ansiedad que produce el tratamiento de quimioterapia (miedo, dolor, etc.).

- 3.- **contracondicionamiento:** una tercera posibilidad, es debida al contracondicionamiento que producen los tratamientos o intervenciones psicológicas en relación a los síntomas que abordan.

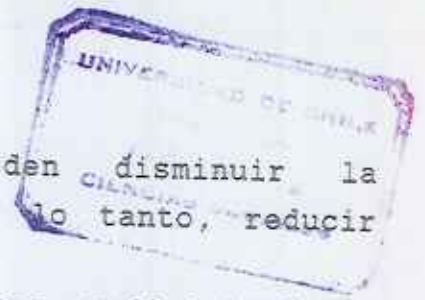
Si se supone que estos se han desarrollado en un contexto determinado y se produce un aprendizaje contrario, es decir, se enseña otra respuesta a los estímulos del contexto (hay investigaciones que confirman esta suposición con respecto a la desensibilización sistemática y datos indirectos para las otras tres técnicas mencionadas anteriormente).

Si se establece este aprendizaje contrario se estarían produciendo sentimientos y sensaciones más placenteras, que colaborarían en la reducción de los efectos colaterales.

- 4.- **diversificación o redirección de la atención:** una cuarta posibilidad, que se da en la hipnosis, ERMP, biofeedback EMG, distracción y D.S., es la diversificación de la atención; esto consiste en que al producir un foco de atención en asuntos placenteros, queda una menor capacidad para atender a los estímulos nocivos. El único problema es que el estímulo distractor debe ser poderoso.

- 5.- **percepción aumentada de auto-eficacia y maestría:** los cinco tratamientos mencionados anteriormente producen en los pacientes esta sensación; y como se ha visto en páginas precedentes, la percepción de autocontrol puede colaborar enormemente en superar las dificultades del tratamiento oncológico.

Según Burish y Tope (1992) han hipotetizado que los tratamientos conductuales pueden ser efectivos en reducir los efectos colaterales, por al menos cuatro razones:



- i.- las intervenciones conductuales pueden disminuir la excitación fisiológica afectiva y, por lo tanto, reducir algunos indicadores de ansiedad.
- ii.- pueden servir como distractores cognitivos, redirigiendo la atención del paciente fuera del estímulo condicionado o potencial estímulo condicionado en el ambiente clínico y refocalizando en uno neutral o en imágenes relajantes.
- iii.- pueden promover sentimientos de control y reducir sentimientos de desamparo, a través de demostrarle al paciente que ellos pueden ayudarse a sí mismos a reducir los efectos colaterales del tratamiento oncológico.
- iv.- pueden ser fácilmente administrados y aprendidos dentro del ambiente de la quimioterapia y podrían tener pocos, si es que algún efecto colateral, es decir, no habrían riesgos asociados a los tratamientos psicológicos.

SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES RELACIONADAS CON LAS ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

- 1.- Las intervenciones psicológicas, son más efectivas cuando se introducen tempranamente en los tratamientos del cáncer. Aunque también son de utilidad si se aplican con posterioridad.
- 2.- Muchas técnicas psicológicas, han probado ser de utilidad para reducir la ansiedad al tratamiento oncológico y así colaborar en que el paciente se preste a este.
- 3.- Otros tratamientos podrían ser efectivos, y en algunos casos más prácticos (en términos económicos y de tiempo), que el entrenamiento en relajación para reducir la ansiedad a la quimioterapia. Se sugiere la simple distracción de la atención durante la quimioterapia y preparar a los pacientes a entender y sacar adelante su quimioterapia.

4.- finalmente, aunque los resultados son altamente positivos, ningún tratamiento solo parece ser efectivo uniformemente con todos los pacientes. Esto implica, que es necesario combinar tratamientos, tanto médicos como psicológicos (con más de un tratamiento psicológico).

En este punto, una vez mas, se puede concluir que es necesario que el tratamiento psicológico sea llevado a cabo por un psicoterapeuta entrenado.

Entre las estrategias psicológicas que se expusieron, se mencionó a la hipnosis como una alternativa. Además la hipnosis cumple con todos los parámetros que deben darse para que una intervención psicológica sea eficaz.

Teniendo esto presente, se revisa a continuación el tema de la hipnosis terapéutica.

HIPNOSIS

INTRODUCCIÓN

La hipnosis es una de las áreas del conocimiento humano que ha atravesado por una gran cantidad de variaciones en cuanto a su valoración a través de su desarrollo histórico, tanto por parte de científicos como de psiquiatras y psicólogos. La explicación de este fenómeno se puede encontrar en la forma en que se ha desarrollado esta disciplina, donde ha sido difícil encontrar teorías satisfactorias y donde además se puede encontrar durante toda su historia, representantes que le han restado credibilidad, usándola como un espectáculo circense, generando una serie de mitos y temores que ha traído como consecuencia un sentimiento de incredulidad y su desprestigio, por lo que muchas personas no han podido beneficiarse con esta técnica. —

Según los autores de esta memoria, es difícil estimar si la hipnosis esté pasando nuevamente por una etapa de alta valoración, tanto en el laboratorio como en la clínica. De lo que sí se está seguro al estudiar el tema, es que en estos momentos se están produciendo grandes avances en el conocimiento de esta disciplina. Ejemplo de esto es el extenso trabajo desarrollado por M. H. Erickson, quien llevó a la hipnosis a un nivel de "arte" dentro de la psicoterapia, siendo uno de los psiquiatras que más aportes realizó en esta área (baste mencionar que con él surge el desarrollo y evolución de la hipnosis naturalística, es decir, una nueva concepción dentro de esta disciplina).

Cabe mencionar también el trabajo de los esposos Hilgard, quienes han hecho y siguen haciendo una valiosa contribución a que la hipnosis se desarrolle como una disciplina científica.

Y por último y no por ello menos importante, el trabajo que ha realizado E. Rossi, quien ha llevado a la hipnosis al laboratorio de psicofisiología, donde se han desarrollado teorías y sus demostraciones, que deparan grandes satisfacciones en el futuro tanto a los terapeutas como a los pacientes que se verán beneficiados por sus descubrimientos.

El objetivo de esta sección es clarificar de una manera amplia lo que se entiende por hipnosis; mostrar la variada gama de acercamientos que existen a ella; resaltar las diferencias fundamentales en los distintos acercamientos; clarificar mitos que rodean a la hipnosis; y por último, a través de la difusión del conocimiento que se expondrá en las siguientes páginas, contribuir al desarrollo y consolidación de la hipnosis en nuestro país como una herramienta psicoterapéutica que se puede utilizar en las más diversas problemáticas humanas.

A continuación se revisarán algunos conceptos generales que son imprescindibles en el desarrollo de esta memoria.

¿QUÉ ES LA HIPNOSIS?

Al revisar la bibliografía sobre el tema se puede observar que la hipnosis es un término difícil de definir, ya que al existir un variada gama de enfoques (ver 'PERSPECTIVAS EN HIPNOSIS'), no se encuentra una definición única.

La dificultad en definirla está dada porque el proceso hipnótico abarca muchas variables, y para cada corriente o escuela hipnótica estas variables son diferentes (aunque pueden coincidir en algunas).

Por lo tanto ante esta dificultad, se abordará la definición de hipnosis desde dos perspectivas: una *general* (que no es una definición precisa desde ninguna corriente, y por tanto, contiene elementos que son controversiales) y una *específica* (la cual refleja la orientación hipnótica, sobre la que se fundamenta la intervención de tratamiento propuesta).

DEFINICIÓN GENERAL

"La hipnosis es un fenómeno complejo, que conlleva apareado un conjunto de procesos psicológicos" (Heap y Dryden, pg.2, 1991)

Según estos autores tales procesos psicológicos involucrados en la hipnosis se pueden categorizar en:

1.- Atención selectiva: es decir, el sujeto hipnotizado focaliza su atención en algún punto reducido de sus procesos internos (sentimientos, pensamientos, percepción corporal interna, etc.)

2.- Relajación: para estos autores la hipnosis involucra un componente de relajación corporal, es decir, en un estado de trance un sujeto presentará todas las características de un estado de

relajación psico-física (ver 'Hipnosis como relajación' de Edmonston, 1991).

3.- Expectación: guarda relación con la expectativa a cómo se va a responder. Se crea un contexto en el cual, se motiva a responder, al sujeto a hipnotizar, como a un sujeto hipnotizado.

4.- Imaginación: el sujeto para poder ser hipnotizado deberá poseer la capacidad de imaginación, es decir, para poder inducir el trance de una u otra forma, el sujeto tendrá que participar voluntariamente en el proceso de inducción, a través de centrar alguno de los canales de percepción en procesos de imaginación interna.

5.- Conformidad o complicidad: con estos términos Heap y Dryden (1991), aluden al hecho que el sujeto hipnótico debe participar voluntariamente (aunque no lo exprese verbalmente) por lo tanto, existirían factores de personalidad que estarían influyendo en la disposición a responder hipnóticamente. Por otro lado, al presentarse resistencias a la situación de inducción, el paciente no podría ser hipnotizado.

6.- Role-playing: muy ligado al punto anterior, en éste se introduce la noción que la persona actúa como debe actuar una persona hipnotizada; es decir, la persona cumple un rol asignado socialmente a la situación hipnótica. (ver 'Teoría del rol' de Coe y Sarbin, 1991)

7.- Atribución: en este punto se introduce la idea que el estado hipnótico es un estado absolutamente particular y único para cada persona; además el sujeto supone cosas con respecto a este estado, lo que retroalimenta sus propias actitudes y conductas hacia nuevas experiencias hipnóticas.

En esta definición general, se refleja lo complejo que resulta el análisis del fenómeno hipnótico, y lo complejo de las variables que incluye.

A continuación se expone la definición de hipnosis que se utiliza en todo el resto de esta memoria.

DEFINICIÓN ESPECÍFICA

La hipnosis es "...un estado especial de conciencia en el cual el paciente está más receptivo a la presentación de ideas y está así más motivado para explorar sus propios potenciales corporales para el control de sus respuestas psicológicas, fisiológicas y comportamiento." (Erickson 1952/1980; 1954/1980; 1959/1985; 1966/1980).

Al analizar esta definición, lo primero que llama la atención es la referencia al estado especial de conciencia que involucra la definición que plantea Erickson, estado especial de conciencia que implica que sea más factible que sucedan fenómenos que en otras circunstancias serían de difícil ocurrencia.

Nótese que Erickson, no hace hincapié en que condiciones deben darse para la ocurrencia del fenómeno hipnótico. Esto implica que es un fenómeno de ocurrencia general, que le puede suceder a *cualquier* persona cuando se dan las circunstancias adecuadas.

Otra observación relevante que se desprende del análisis de la definición anterior, es que la respuesta hipnótica involucra distintos niveles de respuesta, es decir, el psicológico, el fisiológico y el conductual. La respuesta hipnótica no es sólo un suceso mental o imaginario.

El primer alcance, en relación al concepto de estado especial de conciencia, es capital en prácticamente todas las teorías de hipnosis, ya que de una forma u otra, se discute sobre si la hipnosis es o no, un estado especial de conciencia. De esta discusión, surge la controversia del estado o no estado especial de conciencia.

CONTROVERSIA DEL ESTADO O NO ESTADO ESPECIAL DE CONCIENCIA

Cabe aclarar que el tema que se trata a continuación no implica dudar de los hechos hipnóticos, sino que se refiere a desacuerdos en torno a su conceptualización.

Los teóricos de la hipnosis se han dividido a lo largo de un continuo constituido en un extremo, por aquellos que conceptualizan a la hipnosis como un fenómeno conductual en el cual no es necesario un estado especial de conciencia para su ocurrencia (aceptan que es un componente de habilidad o rasgo), hasta aquellos teóricos que sostienen que la hipnosis es un fenómeno que se da exclusivamente ligado a una alteración de conciencia, es decir, sostienen la teoría del estado especial de conciencia, que sería absolutamente diferente del estado de vigilia (ver más adelante, algunas posiciones al respecto en 'PERSPECTIVAS EN HIPNOSIS').

Aceptando la validez de esta controversia, incluso los teóricos extremos del rasgo se ven obligados a reconocer que las diferencias individuales que caracterizan a los sujetos más hipnotizables y a los menos hipnotizables representan un componente de habilidad o de sensibilidad hipnótica. Quienes se encuentran en el otro extremo de la teoría sostienen que todos los sujetos pueden ser hipnotizados si las circunstancias son favorables.

Al observar nuevamente, las definiciones general y específica dadas para la hipnosis, se puede ver que en la primera, no se hace referencia a si es o no un estado especial de conciencia. Esto se

explica por que, como lo dice su nombre, es una definición general y, por lo tanto, los autores (Heap y Dryden, 1991), no quisieron entrar en un tema tan controversial y teórico como es el que se discute.

En la otra definición, Erickson asume inmediatamente la posición del estado especial de conciencia, y todo su trabajo lo realiza desde esta postura particular, lo que trae apareado importantes consecuencias en la práctica clínica, como se verá cuando se exponga el tema de la Hipnosis Ericksoniana.

Ahora, si se asume la hipnosis como un estado especial de conciencia, se debe agregar a su análisis los conceptos de trance, inducción de trance y sugestión hipnótica.

TRANCE HIPNÓTICO

Aunque es difícil encontrar una definición unánime del término, para los efectos prácticos de la esta memoria, se optó por la siguiente:

"El trance es un estado especial de conciencia en el cual el paciente está más receptivo a la presentación de ideas y está así más motivado para explorar sus propios potenciales corporales para el control de sus respuestas psicológicas, fisiológicas y de comportamiento". (Erickson 1952/1980; 1954/1980; 1959/1985; 1966/1980).

Del mismo modo "la persona hipnotizada, según cual sea su nivel de trance, desconecta en mayor o menor grado su atención de su contexto exterior inmediato" (Ritterman; 1988, p.56)

Junto a lo anterior se puede conceptualizar además a la hipnosis terapéutica como "un proceso de acceder y utilizar de manera ventajosa la información y conducta disociada o ligada al estado

especial de conciencia" (Rossi; 1987, p.33), es decir, el terapeuta a través de la hipnosis, evoca experiencias, aprendizajes y memorias, que no están fácilmente disponibles para la consciencia del sujeto hipnótico. O como dice M. Ritterman (1988): el hipnoterapeuta usa este estado especial para ayudar a la persona a que imagine y que finalmente reifique lo imaginado.

Para Heap y Dryden (1991) es un estado de relajación mental; de absorción en experiencias internas tales como imaginaria, memorias y el desinterés por los eventos actuales en el mundo externo.

Los atributos o suposiciones que involucra el trance hipnótico son: (Zeig, 1988)

1.- *Percepción alterada*: en el trance hipnótico, es posible que se den fenómenos perceptuales, que vistos por un observador externo, aparece como una percepción, por parte del sujeto hipnotizado, que no calza con la realidad objetiva; por ejemplo, pueden darse tanto alucinaciones positivas como negativas.

2.- *Pensamiento alterado*: al igual que en el punto anterior, el sujeto en estado hipnótico, puede evocar fenómenos de pensamiento alterados como son la amnesia, la hipermnesia, etc.

3.- *Acceso al inconsciente*: una de las características del trance hipnótico, tal como lo comprenden los autores de esta memoria, es que a través de él, se puede acceder a una parte de nuestra 'mente' (o "espíritu", según G. Bateson, 1985), a la cual no se puede acceder directamente fuera de este estado. El acceso al inconsciente¹, es un acceso a un territorio que le permitiría al sujeto recuperar habilidades y potencialidades "olvidadas".

¹Se entenderá por "inconsciente" en esta memoria, al vasto potencial de experiencias y recursos psicológicos, psicofisiológicos y conductuales que poseemos las personas, de los cuales no nos percatamos conscientemente o no están disponibles a nuestro percatar consciente. También podría entenderse como un repertorio de aprendizajes dependientes del estado (ver 'Teoría MACDE' de Rossi).

4.- *Procesos involuntarios*: otra característica fundamental que rodea al trance hipnótico, es que todos los fenómenos y conductas que se emiten durante su transcurso tienen que poseer un carácter involuntario para ser definidos como hipnóticos; es decir, los sujetos manifiestan que ellos no saben como hacen las cosas que hacen y que ellos no hacen las cosas que hacen. Ocurren sin que ellos hagan nada para que así suceda.

Una vez que se ha establecido la existencia del fenómeno del trance, se puede preguntar cómo es que se puede lograr este fenómeno.

La respuesta que han generado Erickson y Rossi (Pacheco, 1990 [b]), en sus investigaciones son conocidas por el nombre de las *microdinámicas del trance*.

INDUCCIÓN DEL TRANCE

Erickson, Rossi y Rossi (1976) han esbozado las siguientes microdinámicas de la inducción de trance y sugestión:

1.- Fijación de la atención:

Erickson sostenía que el propósito de la inducción clínica es focalizar la atención hacia adentro y alterar algunos de los patrones de funcionamiento habituales del individuo. La debilitación de la consciencia cotidiana usual de los pacientes, es así una forma de debilitar facetas de sus limitaciones personales. La fijación de la atención, ya sea hacia un evento interno (v.g. imaginaria, relajación, etc.) o externo logra ese propósito.

2.- Debilitación de esquemas concientes:

La debilitación de las limitaciones de los patrones del darse cuenta usuales del individuo, abren así la posibilidad que puedan

ser desarrolladas combinaciones de asociaciones y habilidades mentales nuevas, posibilitando soluciones creativas para problemas al interior del individuo. Como los esquemas de realidad usuales están debilitados, el sujeto estará dispuesto a responder a las indicaciones del hipnotista.

3.- Búsqueda inconsciente:

Los acercamientos ericksonianos, son dispositivos que inician una búsqueda de nuevas combinaciones de asociaciones y procesos mentales que pueden presentarse a la consciencia con resultados útiles en la vida cotidiana, así como en la hipnosis.

4.- Procesos inconscientes:

En ese periodo de búsqueda y de procesos en un nivel inconsciente, se produce finalmente un resultado que da un nuevo dato a la consciencia. Los procesos inconscientes guían a una respuesta autónoma (la respuesta hipnótica).

5.- Respuestas hipnóticas:

Cuando se da la respuesta hipnótica, los pacientes se sorprenden al encontrarse a sí mismos confrontados con un nuevo dato de conducta. Esto produce una nueva oportunidad para que surja una mayor inmersión en los procesos inconscientes.

Aunque se puede delinear estos procesos como fases de una secuencia (esta división, sólo se hace para propósitos de análisis) generalmente funcionan como un proceso simultáneo.

Al mencionar la respuesta hipnótica, los teóricos y clínicos han discutido sobre el nivel de profundidad (del estado de trance) que se requiere para que ciertos fenómenos hipnóticos tengan lugar - o expresado correctamente - puedan ser evocados.

PROFUNDIDAD DEL TRANCE

Para Erickson, un problema primario en todo trabajo hipnótico, es la inducción de un estado de trance satisfactorio; y la mantención de éste, para su utilización terapéutica. Y esto es especialmente cierto, cuando se trata de la hipnosis profunda.

Erickson (1952/1980) definió la hipnosis profunda como *"el nivel de hipnosis que permite a los sujetos funcionar adecuada y directamente en un nivel de darse cuenta inconsciente sin interferencia de la mente consciente"*.

Los sujetos en trance profundo, funcionan de acuerdo con las comprensiones inconscientes, independientemente de las fuerzas por las cuales su mente consciente responde ordinariamente; se comportan de acuerdo con las realidades que existen en la situación hipnótica, dada por sus "mentes inconscientes".

Las concepciones, recuerdos e ideas constituyen su realidad, mientras se encuentre en este estado. La realidad externa circundante, es relevante sólo cuando ésta se utiliza en la situación hipnótica.

- En el trance leve o en el estado consciente, los objetos, hechos y conductas, poseen un significado por sí mismos, además de aquellos significados particulares para la mente del individuo.

Es importante considerar que para Erickson, cualquier descripción del trance profundo deberá variar necesariamente en detalles menores de un sujeto a otro.

Según ese autor, no puede haber un listado absoluto del fenómeno hipnótico, como perteneciente a un nivel de hipnosis. Algunos sujetos desarrollarán el fenómeno en el trance leve, usualmente asociado con el trance profundo, y otros en el trance profundo

mostrarán algunas de las conductas comúnmente consideradas características del trance leve. Incluso, es posible que sujetos que evocan un fenómeno en un estado leve, pierden tal capacidad en un estado más profundo.

Para otros autores como LeCron (1989), la agrupación de los fenómenos hipnóticos, como dependientes del estado de profundidad, permite facilitar al terapeuta la búsqueda del acercamiento más adecuado para la intervención.

Según Leslie M. LeCron (1989), la aparición de ciertos procesos hipnóticos dependen de la profundidad del trance. Por ejemplo:

1.- En estado ligero: relajación con tendencia a no moverse; parpadeo al cerrar los ojos; imposibilidad de abrirlos bajo sugestión al efecto; catalepsia de los miembros; regresión parcial, entre otros fenómenos.

2.- En estado mediano: catalepsia en todo el cuerpo; anestesia en cualquier parte del cuerpo; relajación mayor; amnesia parcial si se sugiere; control de algunas funciones orgánicas como flujo sanguíneo y salival, etc.

3.- En estado profundo: regresión total; sonambulismo; anestesia completa; amnesia completa; control de las funciones del cuerpo; alucinaciones positivas o negativas de los cinco sentidos; distorsión del tiempo; etc.

Hasta este punto, se ha establecido la existencia del estado hipnótico y de manera general, como se logra este estado.

El logro del estado hipnótico está estrechamente relacionado con las sugestiones hipnóticas.

INDICADORES DE TRANCE HIPNÓTICO

Para un hipnoterapeuta, es relevante evaluar en qué momento el paciente está más predispuesto para la evocación de un trance. Esta evaluación no se basa en hechos fortuitos sino que en la cuidadosa observación del paciente.

Rossi (en Bowie y Pacheco, 1993), en sus continuos trabajos con Erickson, pudo identificar en conjunto con éste, una serie de señales comportamentales (denominadas "señales mínimas") que indicaban que los pacientes estaban experimentando un período natural de quietud y expectación, en donde su receptividad era óptima para evocar un trance.

Algunos de esos patrones conductuales o señales mínimas de trance incluyen²:

- rasgos faciales relajados, calma.
- mirada hacia el vacío, no focalizada.
- bostezo o inspiración profunda.
- reflejos disminuidos.
- etc.

SUGESTIÓN HIPNÓTICA

La sugestión es una comunicación dada por el hipnoterapeuta al sujeto, que va dirigida a alterar sentimientos, pensamientos y conductas, de una manera específica o inespecífica (según sea una sugestión directa o indirecta, respectivamente).

El uso de sugerencias directas o indirectas, está dado por la orientación del terapeuta. Más adelante se podrá encontrar que la utilización de técnicas indirectas es una de las características

² Para mayor información ver: Erickson y Rossi, 1976, 1980; Rossi, 1982.

distintivas de la hipnosis ericksoniana.

A continuación se definirán las sugerencias directas e indirectas.

1.- Sugerencia directa: es una *instrucción* dada por el operador, en la cual se intenta, por parte de éste, imponer el surgimiento de un fenómeno específico. Esto obliga al sujeto hipnótico a adaptarse a las condiciones del hipnotista.

Si el fenómeno aparece, el sujeto es un buen sujeto hipnótico. Si el fenómeno no aparece, el sujeto es un mal sujeto hipnótico (poco susceptible³).

2.- Sugerencia indirecta: es una *comunicación especial entre el hipnoterapeuta y su paciente*, en la cual se sugiere indirectamente el surgimiento de algún fenómeno hipnótico específico, o el surgimiento de alguna señal inespecífica, que el sujeto pueda reconocer como una respuesta hipnótica (es decir, involuntaria).

Si el fenómeno aparece, entonces hay una respuesta hipnótica verdadera. Si el fenómeno no aparece, entonces el hipnoterapeuta no ha sabido evocar en su paciente la respuesta hipnótica y, por lo tanto, debe intentar por otro camino.

³ Desde el punto de vista de la hipnosis tradicional la respuesta hipnótica puede ser medida entonces con confianza; si la respuesta aparece, el sujeto presenta alta o mediana "susceptibilidad hipnótica".

Para los teóricos de la denominada "hipnosis experimental" o "hipnosis estandarizada" (Hilgard y Hilgard, 1990), la susceptibilidad hipnótica es un rasgo individual estable durante la vida. Desde la perspectiva ericksoniana esto es cuestionable, ya que se ha construido en el laboratorio en donde se aplican las mismas rutinas de inducción a los sujetos, sin considerar su ideosincracia. Por lo tanto, si la inducción fracasa en ese sujeto, como saber si es poco o nada "susceptible" a la hipnosis o a las sugerencias directas estándares utilizadas.

Erickson (1952/1980), ha mencionado que a través de toda su experiencia en hipnosis, la que abarcaba el trabajo con más de 3.500 sujetos hipnóticos, una de las variables que más puede estar influyendo en el surgimiento de un estado de trance, es el tiempo que se le da al sujeto para que experimente tal estado.

En su trabajo, Erickson se encontró con un sujeto que demoró 30 segundos en lograr un estado de trance, y también encontró un sujeto que requirió de 300 horas de trabajo sistemático, para enseñarle a lograr tal estado, y que resultó ser un excelente sujeto experimental.

Obviamente el tiempo en el laboratorio experimental es limitado y, por lo tanto, el sujeto tiene poco tiempo para mostrar la conducta hipnótica, por lo cual queda catalogado como poco susceptible.

Esto tiene consecuencias significativas, ya que se puede rechazar a un paciente (que puede beneficiarse enormemente de la hipnosis, si se le dedica el tiempo necesario [si es la única alternativa]), por ser "poco susceptible".

Con las sugerencias indirectas, generalmente los sujetos no reconocen la relación entre sugestión y sus propias respuestas. No puede haber una cuestión de complacencia voluntaria con las sugerencias del terapeuta. Si tiene lugar una respuesta, entonces ha sido mediada por procesos involuntarios fuera del rango inmediato de consciencia del sujeto.

Con la sugestión o técnicas indirectas, la aparición de una respuesta puede ser un criterio satisfactorio de su naturaleza involuntaria, ya que el sujeto es inconsciente de por que o como es que sucede y, por lo tanto, se puede concluir que es una respuesta hipnótica verdadera, no simulada.

Las características de la sugestión según Heap y Dryden (1991) son:

- 1.- el sujeto responde de una manera involuntaria.
- 2.- puede ser aumentada si es acompañada por imaginaria apropiada.
- 3.- es un fenómeno multimodal: ideacional, motor, olfatorio y visual.
- 4.- no es un concepto unitario: puede responderse bien a algunas sugerencias y no a otras.
- 5.- puede diferir en el estilo de ejecución, la respuesta es individual.
- 6.- puede diferir en relación a la inducción hipnótica: puede ser administrada sin preparación (sin inducción previa) o después (incluida en la inducción).

FENÓMENOS HIPNÓTICOS

Hasta este punto, tenemos que a una persona a la cual podemos inducir un estado especial de conciencia, denominado "trance". Luego, a través de sugerencias hipnóticas directas o indirectas se pueden hacer surgir ciertos fenómenos denominados "fenómenos hipnóticos" (cuando se habla de fenómenos hipnóticos, se los

identifica como aquellas conductas de carácter involuntario, que surgen en el estado de trance).

La importancia de los fenómenos hipnóticos, radica en que es a través de su evocación y utilización, que se construye la terapia hipnótica.

Los distintos fenómenos se pueden ir utilizando solos o en combinación, para llegar a la meta terapéutica establecida.

Se han podido identificar la existencia de doce fenómenos hipnóticos, los que se definen a continuación:

1. Regresión de Edad:

Es posible definir este concepto como una extensa utilización de la memoria, que implica llevar al cliente hacia atrás en el tiempo a alguna experiencia, para re-experimentarla. (Yapko, 1990)

Se distinguen dos variedades de este fenómeno:

1.1 Revivir: En esta, el sujeto está completamente inmerso en la experiencia, reviviéndola tan intensamente como fue originalmente, de manera exactamente igual a como sucedió en la época en que el recuerdo fue incorporado, es decir, cuando sucedió realmente.

1.2 Hipermnesia: En este tipo de regresión de edad, la persona está en el presente, mientras recuerda vívidamente los detalles del acontecimiento.

2. Progresión de Edad o Pseudo-orientación en el tiempo:

Este fenómeno implica "guiar" al cliente hacia el futuro, donde tendrá la oportunidad de imaginar las consecuencias de los cambios conductuales o experienciales, y de integrar significados en niveles profundos.

3. Analgesia:

Yapko (1990), define la analgesia como una reducción de las sensaciones de dolor, la que admite la percepción de sensaciones asociadas (v.g., presión, temperatura, posición).

4. Anestesia:

La anestesia se refiere a una eliminación casi completa o completa de las sensaciones en una parte del cuerpo del sujeto o en todo éste.

5. Catalepsia:

Se puede definir la catalepsia como la inhibición de los movimientos voluntarios, asociada con la focalización intensa sobre un estímulo específico (Yapko, 1990). Erickson y Rossi (1981) definen en cambio este fenómeno como "una forma de tonicidad bien equilibrada".

Históricamente, se ha considerado que el grado evidente de catalepsia de un sujeto en trance está directamente relacionado con el grado de profundidad del trance o de involucración experiencial.

Las respuestas asociadas a la catalepsia pueden incluir: mirada fija, inmovilidad general, "flexibilidad cérica", rigidez muscular, movimientos inconscientes y la lentificación de procesos tales como la respiración, pestañeo y deglución.

La catalepsia debe considerarse como uno de los rasgos más básicos del trance, por lo que está asociada de manera directa o indirecta a virtualmente todos los otros fenómenos de trance (Yapko, 1990; en Pacheco, 1991).

6. Disociación:

Se ha definido la disociación como la "habilidad para separar una experiencia global en sus partes componentes, amplificando la conciencia a una parte, mientras disminuye para las otras" (Yapko, 1990, p. 285). Otra definición es "la habilidad para separar los componentes de una experiencia y ser capaz de responder selectivamente" (Yapko, 1981, p. 56).

Esta forma de considerar la disociación está relacionada con el funcionamiento de las mentes consciente e inconsciente. Durante el trance la persona tiene su atención focalizada selectivamente en las sugerencias del clínico. La mente consciente está ocupada en el proceso de trance y el inconsciente en una búsqueda activa de significados simbólicos, asociaciones pasadas y respuestas apropiadas. El hecho de que las mentes consciente e inconsciente puedan ser separadas y utilizadas como entidades independientes es el fundamento de la hipnosis. "La facilitación de la disociación a través del trabajo de trance permite tener un acceso más directo a muchos recursos y conocimientos de la mente inconsciente del cliente" (Yapko, 1990, p. 136).

Otra forma de considerar la naturaleza disociativa del trance es a través de la "conciencia paralela" durante esta experiencia. El

individuo en trance posee múltiples conciencias operando cada una a un nivel separado. Uno de estos niveles es relativamente objetivo, y posee una comprensión realista de la naturaleza de la experiencia, al que Hilgard (Yapko, 1990) llama "observador oculto". Este observador oculto es separado o disociado de la urgencia de las experiencias surgidas, en el trance y puede mantener un grado de objetividad respecto a éstas. Esta característica disociativa del estado de trance permite al sujeto atender y responder a las sugerencias, mientras al mismo tiempo se observa a sí mismo experimentando la experiencia.

7. Amnesia Hipnótica:

La amnesia es la pérdida de memoria, y puede ser descrita como la experiencia de olvidar algo (Yapko, 1990).

En el inconsciente se encuentran muchos recuerdos, sin embargo no todos pueden ser traídos a la consciencia o recordados, ya sea porque las experiencias de que surgen fueron muy superficiales como para prestarles atención e incorporarlas a la memoria de larga duración o porque son tan amenazantes que se mantienen reprimidas (o están "atadas al estado; Rossi, 1986). Incluso pueden estar tan profundamente reprimidas que sean irrecuperables para fines prácticos.

8. Alucinación Hipnótica:

Se ha definido la alucinación hipnótica como una experiencia sensorial que no surge de la estimulación externa. Esta experiencia puede darse en cualquiera de los sistemas sensoriales: visual, auditivo, kinestésico, gustativo y olfatorio.

Es posible dividir las alucinaciones en:

8.1 Alucinación positiva: que consiste en tener la experiencia de algo que no está presente objetivamente; y,

8.2 Alucinación negativa: que consiste en no experimentar sensorialmente algo que está objetivamente presente. Estas son frecuentes cuando la persona se absorbe en otros niveles sensoriales.

9. Distorsión del Tiempo:

Consiste en experimentar subjetivamente un determinado período de tiempo como más largo o más breve de lo que ha sido cronológicamente. ✕

Es un fenómeno común, en el cual las experiencias placenteras pueden acortar el tiempo subjetivo y las displacenteras o dolorosas pueden alargarlo.

10. Sugestiones Post-hipnóticas

Son sugerencias que se dan durante el estado de trance, para que se hagan realidad posteriormente, fuera del trance. (Pacheco, 1990 b) Cuando se hacen realidad, el sujeto entrará en un micro-trance hipnótico. (Erickson y Erickson, 1941/1980) X ✓

CONCEPTOS ERRÓNEOS EN RELACIÓN A LA HIPNOSIS

El tratamiento hipnótico, ha sido a través de su historia, una técnica difícil de llevar a un nivel de importancia, dentro de las demás estrategias psicológicas de orden psicoterapéutico.

Es probable que esta dificultad sea debido a la inmensa cantidad de mitos e ideas erróneas que rodean a la hipnosis.

En este apartado se mostrarán algunas de estas ideas o mitos, y se dará la visión correcta sobre la cual trabajan los hipnoterapeutas.

mito 1.- "la persona que esta hipnotizada se vuelve inconsciente y por lo tanto vulnerable".

La idea de la inconsciencia en que queda la persona hipnotizada es uno de los mitos más extendidos que ha rodeado a la hipnosis a través de su historia.

La persona nunca queda a merced de la voluntad del terapeuta, existen mecanismos (véase Hilgard y Hilgard, 1991), que protegen a la persona; que incluso la pueden hacer salir del estado de trance para evitar hacer algo que no quiera hacer.

mito 2.- "la persona que esta hipnotizada obedece sugerencias que van en contra de sus valores o principios".

Una persona hipnotizada, jamás hace nada que no haría en estado de vigilia, si se dan las circunstancias apropiadas.

La hipnosis puede facilitar la ocurrencia de fenómenos y conductas, las cuales serían de más difícil ocurrencia, sin ese estado.

Las personas hipnotizadas, siempre actúan dentro de su marco valórico y de creencias, por ejemplo un ladrón que es hipnotizado, será capaz de robar en estado de trance; en cambio una persona que ha sido formada excluyendo el robo y así lo cree firmemente, tampoco robará en un estado de trance.

mito 3.- "la persona que esta hipnotizada dice cosas que no quiere decir en un estado de vigilia".

Este punto es muy semejante al anterior. A una persona en estado de trance, no hará nada que no haría por propia voluntad, si se dan las circunstancias apropiadas.

mito 4.- "la persona hipnotizada puede quedarse atascado en un estado alterado de consciencia".

Si bien es cierto que en algunas circunstancias pueden presentarse dificultades durante un trance; también es cierto que un experto puede manejar estas dificultades, ya que es parte de su entrenamiento; y de todos modos, si no se ha hecho un trabajo específico durante el trance, la persona regresará a su estado de consciencia normal en un periodo de 20 a 30 minutos (Rossi, 1982).

Ahora que se ha revisado de una manera muy general el concepto de hipnosis, y los conceptos que se derivan de él, se presentarán una serie de teorías sobre la hipnosis, que darán una visión panorámica de cómo los diversos teóricos ven y analizan el fenómeno de la hipnosis.

PERSPECTIVAS EN HIPNOSIS

INTRODUCCIÓN

Es útil mostrar a través de una breve revisión de distintas perspectivas teóricas sobre la hipnosis, el amplio territorio que abarca esta técnica.

La hipnosis como fenómeno, ha sido difícil de conceptualizar, de ahí entonces la diversidad de teorías que intentan explicarlo; incluso muchos autores lo han negado como fenómeno válido de investigar.

Se expondrán teorías muy variadas, dentro de las cuales hay algunas que suponen que la hipnosis es un estado especial de conciencia, otras que opinan lo contrario; también se encontrarán teorías que establecen que el fenómeno hipnótico es un evento interaccional y otras que es un evento intrapersonal. Como se verá, dentro de el término genérico de hipnosis, se pueden encontrar las más variadas interpretaciones del mismo fenómeno.

Esto puede parecer caótico, pero también puede ser observado desde otro punto de vista: *la hipnosis es una disciplina que está despertando un interés creciente en la comunidad científica, y debido a este interés, es que se le observa desde distintos prismas; son estos enfoques diferenciales los que hacen aparecer tantas teorías.*

A. TEORIAS BASADAS EN UN FACTOR UNITARIO.

A 1. La perspectiva de la neodisociación (E.R.Hilgard):

"La teoría de la neodisociación está pensada para ser más general que una teoría de la hipnosis, pero sus orígenes se encuentran en la experimentación hipnótica, y su importancia puede ser demostrada basándose en dos puntos: la prominencia de la disociación dentro de la hipnosis y el control que la hipnosis ejerce sobre los sistemas de control cognitivo." (Hilgard, 1991, pg.97)

Esta teoría está basada en tres supuestos: la existencia de un ego ejecutivo; la existencia de estructuras cognitivas separadas y el concepto de jerarquía, o mejor dicho, la existencia de jerarquías entre estas estructuras cognitivas.

La hipnosis intervendría como una barrera a la autonomía del ego, interviniendo a nivel de las estructuras de control central, lo que produciría una falta de conflicto, con la ocurrencia de los fenómenos hipnóticos en la conciencia (las estructuras de control cognitivos estarían sobrepasadas), ya que la hipnosis puede cambiar las jerarquías de las subestructuras. De esta forma pueden tener lugar, en el contexto hipnótico, movimientos motores alterados, percepciones y memorias distorsionadas y alucinaciones percibidas como una realidad externa.

A esto se le puede llamar una disociación del nivel jerárquico "normal", es decir, se produce un cambio en el control de los mecanismos cognitivos.

A 2. Hipnosis como un caso especial de regresión psicológica
(Michael R. Nash):

Esta teoría está desarrollada a partir del pensamiento psicoanalítico actual sobre la naturaleza de los cambios en el funcionamiento psicológico durante las terapias intensivas, sueños, meditación, fantasía y condiciones patológicas. La hipnosis es vista como un caso especial de regresión psicológica, marcada por cambios característicos en: los procesos de información, la experiencia del yo y las relaciones interpersonales.

"La hipnosis es una condición durante la cual un subsistema del ego viaja hacia una regresión topográfica (en el espacio, no en el tiempo), lo que resulta en cambios característicos en la experiencia del yo y de los otros. Estos cambios pueden incluir un cambio desde un sistema de procesamiento secundario a los primarios; mayor receptividad del ego; disponibilidad aumentada de los afectos; desplazamiento y condensación en la relación con el hipnotista; una capacidad aumentada para la regresión al servicio del ego; distorsiones en la experiencia corporal; y un cambio en la experiencia de la voluntad."(Nash, 1991, pg.175)

A 3. Hipnosis como relajación (William E. Edmonston Jr.):

Esta teoría está basada en el trabajo clínico y experimental de ese autor. En general, según éste, se ha asociado la relajación mental y física con lo que se ha llamado hipnosis (a lo que Edmonston llama "Anesis").

Su teoría está basada en información experimental que demuestra que las respuestas de los sujetos durante la hipnosis, no difiere de aquella elicitada durante la condición de simple relajación.

"Anesis es un proceso de dos pasos:

1º) relajación, seguido por

2º) niveles fluctuantes de alerta dirigidos por los requerimientos activos de las sugerencias subsecuentes. Las tres características básicas de anesis, - hipersugestibilidad, amnesia espontánea, e impresión subjetiva de que todo es involuntario-, son facilitadas por la relajación que precede a todos los fenómenos hipnóticos". (Edmonston, 1991, pg.207)

B. TEORÍAS CLÍNICAS ✓

B 1. El modelo Locksmith: accedendo la disposición a responder en forma hipnótica (Joseph Barber):

Según este autor para comprender el fenómeno de la hipnosis hay que comprender la interacción entre: las sugerencias; el efecto benéfico de la experiencia subjetiva de la condición o estado hipnótico y; el poder sanador de la relación hipnoterapéutica.

Para hacer esto hay que adoptar "el acercamiento Locksmith" que hace surgir los siguientes atributos:

- 1.- La cura psicoterapéutica involucra alteraciones tanto en los procesos cognitivos como en los afectivos. Estas alteraciones requieren de cambios personales en la habilidad para atender a experiencias que no están dentro de la capacidad habitual de "darse cuenta", y capacidades para cambiar que no están en manos del control volitivo.
- 2.- La hipnosis permite acceder a experiencias no conscientes (no necesariamente solo inconsciente).

- 3.- Es un estado alterado en el cual se puede estar simultáneamente consciente y también accedendo procesos no-conscientes: se pueden alterar creencias, significados, percepciones, memorias y asociaciones aprendidas. Por lo tanto, se pueden producir cambios en la conducta y en la experiencia.
- 4.- La hipnosis puede facilitar la atención al material que es útil al contexto del tratamiento, evitando los procesos defensivos, como también las estructuras cognitivas no defensivas (encargadas del funcionamiento automático, entre otras cosas).
- 5.- La relación terapéutica que se desarrolla como una parte de la experiencia hipnótica es esencial, ya que se altera la relación del paciente consigo mismo o con otro, de una forma que se crea un contexto seguro para el cambio interno.
- 6.- El tener una experiencia hipnótica facilita cambiar las ideas personales y las expectativas de las nuevas conductas y afectos.
- 7.- Las personas varían en sus capacidades para desarrollar un estado alterado, por lo tanto, el proceso hipnótico y la relación debe ser variada idiosincráticamente para desbloquear o facilitar la ocurrencia natural de las capacidades para la disociación y otros procesos curativos inconscientes.

"Hay razones para creer que la disposición a responder hipnótica no es una capacidad fija y estable. Pero el cómo usar mejor la hipnosis con un individuo ha sido descubierto; es necesario comprender los complejos e idiosincráticos determinantes de la disposición a responder hipnótica para cada individuo". (Barber, 1991, pg.269)

B 2. Hipnoterapia Ericksoniana (Jeffrey K. Zeig y Peter J. Rennick):

La hipnoterapia Ericksoniana esta basada principalmente en el trabajo clínico del psiquiatra norteamericano Milton H. Erickson.

Según Zeig Y Rennick (1991), Erickson originó y desarrolló una hipnoterapia cuya característica esencial no era el trance formal, el cual podía o no utilizarse, sino un sistema muy particular de comunicación interpersonal, que estaba dirigido principalmente a elicitar capacidades inconscientes y disposición a responder.

"Dentro de este acercamiento el 'trance' es irrelevante. Además, la hipnosis debe ser entendida como un proceso interpersonal, diseñado para generar una disposición a responder especializada y para elicitar recursos en la dirección de las metas terapéuticas". (Zeig y Rennick, 1991, pg.296)

Más adelante se analizará este enfoque con mayor profundidad.

C. TEORÍAS SOCIOCOGNITIVAS

C 1. Teoría del rol (William C. Coe y Theodore R. Sarbin):

La teoría que proponen Coe y Sarbin (1991) está basada en el principio que indica que la hipnosis no es un estado especial de consciencia, sino que postulan que la transacción entre el sujeto hipnótico y el hipnotista puede y debe ser visto como un encuentro social.

Para explicar este encuentro social extraen del léxico teatral la palabra "rol" y la introducen a su teoría, observando que la interacción hipnótica involucra una ejecución teatralizada donde

cada uno de los participantes cumple un papel o "rol", y que dicho rol está definido por seis variables que son:

- 1.- la expectativa que tiene el sujeto acerca del rol.
- 2.- la exactitud en la ubicación del sujeto en esta pequeña estructura social (la situación hipnótica).
- 3.- habilidades motoras e imaginativas.
- 4.- demandas al rol generadas por condiciones específicas de la situación experimental o clínica.
- 5.- la congruencia entre el rol hipnótico y la autoconcepción del sujeto.
- 6.- las propiedades de guía y de refuerzo que provengan de la audiencia del sujeto.

"Los auto-reportes (del estado hipnótico) no son reflexiones de un estado mental misterioso, pero pueden ser situados en un contexto más amplio de la auto-narrativa, donde los sujetos son vistos como los agentes de sus acciones, como hacedores, como ejecutantes. Sus acciones no son impulsadas por fuerzas desconocidas, son realizadas por razones. Para encontrar las razones de esta conducta paradójica, que va en contra de cualquier expectativa, uno debe mirar más allá de la situación inmediata y considerar la auto-narrativa del sujeto." (Coe y Sarbin, 1991, pgs.317-18)

C 2. Acercamiento sociocognitivo a la hipnosis (Nicholas P. Spanos):

La visión sociocognitiva de la respuesta hipnótica está basada en la noción de que las personas son agentes sensibles que están involucrados continuamente en la organización de las entradas sensoriales y las transforman en categorías de significados o esquemas que son utilizados para guiar las acciones.

Desde esta perspectiva, la respuesta hipnótica es como un rol permitido. La situación hipnótica es vista como un minidrama social

y también se considera que la hipnosis no es un estado especial de conciencia.

"Desde la perspectiva sociocognitiva, las "conductas hipnóticas" son hechos sociales. Estas conductas no reflejan características esenciales de un "estado de trance" constante. Más bien, están gobernadas por reglas (las conductas hipnóticas); son acciones sociales dependientes-del contexto que reflejan la concepción de hipnosis compartidas por sujetos e hipnotistas en ciertas circunstancias históricas. De esta manera para la perspectiva sociocognitiva, la meta para la investigación no es aislar una esencia hipnótica, sino más bien integrar la respuesta hipnótica a una teoría más general de la acción social."(Spanos, 1991, pg.355)

C 3. Teoría del no-estado sociocognitiva (Graham F. Wagstaff):

Como lo dice su nombre, el autor de esta teoría propone que la hipnosis no es un estado especial de conciencia y que además no es necesario considerarlo así, ya que esto sólo tiende a desviar el foco de atención hacia los fenómenos hipnóticos y no a como se producen dichos fenómenos, ni como es que funcionan.

Wagstaff (1991) propone un cambio de vocabulario en las teorías hipnóticas, ya que se hace muy difícil leerlas con la terminología que usan. Según este autor se deberían incluir términos como conformidad, sumisión, creencias, actitudes, expectativas, atención, concentración, relajación, distracción, rol ejecutado e imaginación.

En esta teoría hay dos términos muy relevantes: sumisión y creencia (este último definido como la aceptación de algo como verdadero). Estos términos son ordenados de forma tal, que explican lo que sucede con los sujetos en la situación hipnótica:

- 1.- los sujetos actúan lo que es adecuado para el rol.
- 2.- los sujetos aplican estrategias cognitivas "normales" o conductas para convertir las experiencias en verídicas o "creíbles", en concordancia con las expectativas y lo que es implícita o explícitamente demandado en las sugerencias.
- 3.- si la aplicación de las estrategias "normales" fallan, no son posibles o son consideradas inapropiadas para el contexto, los sujetos cumplen o fingen conductualmente.

Según Wagstaff (1991) para explicar los fenómenos hipnóticos bastan dos categorías:

- 1.- los atribuibles a simulación.
- 2.- los no simulados, pero no atribuibles a un proceso específico hipnótico.

Para la perspectiva del no-estado sociocognitiva la tercera categoría posible (3.- Atribuible a un proceso hipnótico específico) "...es redundante. Realmente, el asignar cualquier fenómeno a la categoría 3 puede ser vista como una categorización errónea- un error producido debido al fracaso en percibir que el fenómeno puede ser situado usando las categorías 1 y 2, ya sea individualmente o en combinación."(Wagstaff, 1991, pg.383)

C 4. Acercamiento ecosistémico a la hipnosis (David P. Fourie):

El enfoque ecosistémico de la hipnosis no reduce las circunstancias hipnóticas en elementos o partes, más bien rescata cada elemento.

De acuerdo con esto, no ve a la hipnosis como una entidad, tal como un estado de conciencia, existiendo dentro del individuo. Desde esta perspectiva se percibe a la hipnosis como un concepto que denota una situación, en la cual cierta clase de conductas pueden ser vistas como conductas llamadas "hipnóticas" o "involuntarias". La clase de conductas dependen de las ideas que tengan todos los

participantes en la situación. La definición de la situación es importante en ese aspecto.

Otro aspecto relevante de este enfoque, tiene relación con el concepto de causa. Ecosistémicamente visto, la conducta hipnótica no es causada por nada. Cuando la conducta ocurre, lo que los participantes observan como "hipnótico", es lo que ellos han calificado mutuamente como "hipnótico" de maneras diferentes y sutiles.

Un tercer elemento a considerar desde esta perspectiva es el concepto de objetividad. Para Fourie (1991) la situación hipnótica no incluye a un observador objetivo. Todos los participantes son observadores de la situación, pero ninguno de ellos puede ser objetivo, pues todos son parte del mismo sistema. Lo que resulta de este sistema es una co-construcción que esta basada en los significados e ideas que cada uno de los participantes aporta. Se puede concluir que este enfoque es construccionista.

"El procedimiento de inducción no causa la hipnosis. La inducción tiene dos funciones: sirve como un vehículo para el proceso de mutua calificación, y como un punteo del flujo de los eventos; tal como una vía que indica qué conductas, durante y después de la inducción, pueden ser vistas y calificadas como 'hipnóticas'."(Fourie, 1991, pg.469)

D. MODELOS INTERACTIVOS-FENOMENOLÓGICOS

D 1. Modelo social-psicobiológico de la hipnosis (Eva L. Bányai):

Este modelo conceptualiza a la hipnosis como un estado alterado de conciencia que puede tener un valor adaptativo. Este estado surge de un contexto social especial, que resulta de las interacciones recíprocas entre el sujeto y el hipnotista.

De acuerdo con este modelo, la hipnosis está influenciada tanto por las características personales y predisposiciones fisiológicas del hipnotizador como las del sujeto; incluyendo sus actitudes, expectativas, estilos cognitivos característicos y la relación entre ambos. La hipnosis también está influenciada por las modificaciones experienciales a nivel subjetivo, conductual y fisiológico, que acompañan al proceso de inducción y de ratificación.

El modelo social-psicobiológico ve a la hipnosis como un proceso en permanente cambio, y busca delinear la interdependencia de los diversos elementos que participan en la interacción hipnotista-sujeto.

"Finalmente, el modelo enfatiza el valor adaptativo de la hipnosis. Desde la perspectiva social-psicobiológica, el hecho real de que las técnicas tipo-hipnosis hayan existido por miles de años, sugiere que la hipnosis sirve para modular la tensión psíquica y facilitar la adquisición de nuevas experiencias y 'darse cuenta'. Y esto es realizado a través del compromiso de los participantes en una relación interpersonal intensiva, exenta de riesgos indebidos para ellos u otras personas. La hipnosis, de esta manera ayuda a los participantes a funcionar más adecuada, constructiva y creativamente en el medio social-biológico." (Bányai, 1991, pgs. 566-67)

D 2. Teoría de la Memoria, Aprendizaje y Comportamiento Ligado al Estado [MACDE](Ernest Rossi):

Esta teoría ha sido desarrollada por E. Rossi (1982 y 1991), y su importancia radica en la nueva comprensión que le otorga a conceptos que se han generado en los últimos doscientos años. Rossi, desde el laboratorio de la neuropsicofisiología, ha efectuado una resíntesis de conceptos tales como: estado de doble conciencia, psicofisiología, síntomas ligados al estado, el síndrome general de adaptación, la hipnosis naturalística, además de conceptos como el sistema reticular activante y el sistema córtico-límbico-hipotalámico, entre otros. A través de esta resíntesis, ha logrado formar una teoría de la curación mente-cuerpo.

Rossi ha investigado dos fenómenos que poseen relevancia para esta memoria: los fundamentos psicobiológicos de la denominada "hipnosis naturalística" y los mecanismos de comunicación mente/cuerpo.

Rossi relacionó sus investigaciones en hipnosis con los hallazgos de la psicobiología, que indicaban la existencia de un ritmo de descanso-actividad mente/cuerpo, con una periodicidad mucho mayor que los ritmos circadianos, denominados "ritmos ultradianos" (con una ocurrencia de 90 - 120 minutos).

Se percató que los procesos involucrados durante esos ritmos eran muy similares a los presentados durante el trance hipnótico, y a lo que Erickson había denominado "trance común de cada día"; Erickson, en sus últimos días esperaba que los pacientes mostraran ciertas señales comportamentales (véase Indicadores de Trance) para inducir/evocar/profundizar el trance hipnótico.

Esto llevó a Rossi a postular una teoría naturalística de la hipnosis: las personas presentamos varias veces al día un período de actividad mente/cuerpo similar al trance hipnótico (con un mayor predominio de la actividad hemisférica no dominante y de procesos

parasimpáticos), y la inducción hipnótica que lleva al sujeto desde un predominio de activación hemisférica dominante a una activación hemisférica no dominante, está utilizando ese ritmo natural.

El otro concepto clave en la teoría de Rossi es el de "memoria y aprendizaje dependiente del estado" (MACDE). En resumen esta teoría expresa lo siguiente: en los organismos que poseen un sistema límbico-hipotalámico, las experiencias aprendidas bajo un estado de activación psicofisiológica, sólo son recuperables bajo el mismo estado de activación. Este fenómeno explicaría la amnesia hipnótica espontánea.

Los fenómenos de condicionamiento clásico y operante serían subclases de MACDE, una clase genérica y amplia en los organismos que encodifican o recuperan información a través del sistema córtico-límbico-hipotalámico.

Desde esta perspectiva, puede postularse entonces, que las sugerencias hipnóticas indirectas actúan como señales semánticas que evocan aprendizajes dependientes del estado, para hacer realidad los diversos fenómenos hipnóticos (los cuales son naturales y ocurren comúnmente en la vida cotidiana).

HIPNOSIS ERICKSONIANA

INTRODUCCIÓN

HIPNOSIS TRADICIONAL V/S HIPNOSIS ERICKSONIANA

A continuación se expone la diferencia entre ambos tipos de hipnosis, la diferencia básica que da resumida en el siguiente párrafo:

"No son dos tipos diferentes de hipnosis, ya que a la base de ambas conceptualizaciones se encuentran los mismos procesos psicofisiológicos; lo que los diferencia es la forma de aprehender el fenómeno de trance hipnótico, es decir, sus modos de inducción de trance, su explicación y en menor grado su utilización." (Pacheco [edit.], 1990 (a), pg.8)

Es probable que uno de los elementos que más diferencia a un acercamiento del otro, es que la hipnosis tradicional cree que hay sujetos más susceptibles de ser hipnotizados que otros, y se han desarrollado escalas de susceptibilidad para medir este fenómeno. A través de estas escalas deciden y pronostican en qué sujetos las intervenciones hipnóticas darán o no resultado.

La hipnosis ericksoniana en cambio postula que el trance y los fenómenos hipnóticos son capacidades que tienen todas las personas, y que es responsabilidad del hipnoterapeuta crear la atmósfera para hacer surgir estas capacidades en sus pacientes. Sin duda que cuando esto es muy difícil, habrá que optar por otro acercamiento para ayudar al paciente en la búsqueda de su bienestar.

EL ENFOQUE ERICKSONIANO

La característica que más distingue a la psicoterapia ericksoniana de otros enfoques, es su énfasis sobre la influencia social, es decir, el uso de la comunicación para efectos terapéuticos específicos.

Para Erickson (citado en Zeig, 1987), la hipnosis no era solamente un estado de trance dentro de una persona; era un contexto especial para la comunicación y un proceso interpersonal individualizado. Para Zeig (1987), el clínico se centra en dos procesos principales para acrecentar la influencia terapéutica:

- 1.- la construcción de la disposición a responder (del paciente).
- 2.- el acceso a los recursos (del paciente).

A continuación se desarrollarán más extensamente ambos procesos:

- 1.- Esta disposición a responder interpersonal, es un proceso central dentro de la hipnosis y la hipnoterapia ericksoniana. El terapeuta induce esta disposición a responder a sus comunicaciones verbales, no verbales y para-verbales (señales mínimas).

Para lograr lo anterior, el uso de las técnicas indirectas son fundamentales, ya que si el terapeuta sugiere directamente una levitación de mano a su paciente y este la levanta, dicha respuesta no es necesariamente una respuesta hipnótica. En cambio, si el terapeuta sugiere que el paciente se de cuenta de alguna manera que sea significativa, que la hipnosis puede ser un camino a recorrer y que es probable que aparezca una señal de que esto es cierto, y en esas condiciones el paciente levita un brazo, sólo entonces se podría considerar que esa respuesta es una respuesta hipnótica y que además es una respuesta a las señales mínimas emitidas por el terapeuta.

El grado de disposición a responder mínimo varía entre los individuos, por lo tanto, tiene sentido que en la hipnosis ericksoniana se realcen las diferencias individuales y se desarrollen tratamientos a la medida del paciente.

- 2.- Cuando se habla de la extracción de los recursos del paciente, se hace referencia a lo que hacía Erickson: trabajar con la persona para establecer lo mejor de las habilidades mutuas (que podían surgir de la relación que se establecía).

Es importante hacer notar, que los recursos con los que trabajaba Erickson, eran recursos que estaban dentro del paciente, recursos que se habían generado en la experiencia vital del paciente, de los cuales podría estar consciente o no.

Por otra lado, la disposición a responder a las señales mínimas, también abre la puerta al inconsciente constructivo (ver su definición en: 'CONCEPTOS CLAVES EN HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA'), donde se encuentran muchos de los recursos que se pueden ocupar en la hipnoterapia.

Las diferencias individuales, también existen al considerar los recursos inherentes y cómo pueden ser accedidos estos recursos. El proceso de acceder los recursos consiste básicamente en buscar aspectos de la situación actual que puedan ser usadas en la situación de terapia, para lograr los objetivos o metas terapéuticas. También a través de la elicitación de fenómenos hipnóticos se pueden acceder recursos, por ejemplo si se logra una hipermnesia se podría lograr recordar una gran cantidad de material para un examen. Por otro lado se pueden extraer recursos del ambiente externo del paciente y de la historia vital de éste.

CONCEPTOS CLAVES EN HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA

CONSCIENTE V/S INCONSCIENTE (INCONSCIENTE CONSTRUCTIVO)

La consciencia se entiende como programada para satisfacer estándares de logros consensuales externos, mientras que todo lo que es único dentro del individuo permanece en suspenso. Es decir, mucha de nuestra individualidad permanece inconsciente y desconocida.

Para la terapia Ericksoniana, los pacientes tienen problemas porque su programación consciente está también limitando sus capacidades. La solución es ayudarlos a romper las limitaciones de sus actitudes conscientes para liberar su potencial inconsciente para la solución de problemas. (Erickson y Rossi, 1979)

Desde esta perspectiva, el inconsciente (constructivo) sería el reservorio de experiencias que están a la disposición de la consciencia, para ayudarla a conseguir los cambios deseados.

La forma de acceder a estas experiencias y potencialidades, es recurriendo a técnicas indirectas que rodeen las resistencias aprendidas durante la vida, y de esta forma recuperarlas en beneficio de la vida futura.

Para Rossi (en Bowie y Pacheco, 1993), el inconsciente creativo podría conceptualizarse como el repertorio de patrones de memoria y aprendizajes dependientes del estado que pueden estar disponibles para la resolución de problemas.

TÉCNICAS INDIRECTAS

Con las sugerencias indirectas, generalmente los sujetos no reconocen la relación entre sugestión y sus propias respuestas. No puede haber una cuestión de complacencia voluntaria con las sugerencias del terapeuta. Si tiene lugar una respuesta, entonces ha sido mediada por procesos involuntarios fuera del rango inmediato de consciencia del sujeto.

Con la sugestión o técnicas indirectas, la aparición de una respuesta puede ser un criterio satisfactorio de su naturaleza involuntaria, ya que el sujeto es inconsciente de por qué o cómo es que sucede y, por lo tanto, se puede concluir que es una respuesta hipnótica verdadera, no simulada.

SEÑALES MÍNIMAS

Son las respuestas ideosincráticas de los pacientes o de las personas en general, dichas respuestas son muy sutiles y difíciles de descubrir sin una observación específica y exhaustiva.

Según los estudios de Bandler y Grinder (1981), Erickson utilizaba un proceso de tres secuencias en la utilización de las señales mínimas: reflejando, acompañando y guiando. "Al llegar un paciente, Erickson reflejaba cuidadosamente de vuelta las señales mínimas con que se presentaba a la sesión. Tan pronto como podía, Erickson se unía al paciente en sus comportamientos, acompañandole. Luego, Erickson buscaba oportunidades para guiar al paciente.

Usaba diversas maneras: aprovechando las pausas en la verbalización del paciente, introducía un elemento, y luego otro, hasta que el paciente se encontraba esperando sus próximas intervenciones para seguir con el 'juego'.

A continuación pasaba a guiar. Al comenzar a guiar, Erickson lograba reducir el tiempo de los intercambios, más y más lento, hasta lograr focalizar la atención del paciente, estado necesario para la inducción de trance."(Bowie, en Pacheco, 1990, pg.20)

Además, la observación de esas señales mínimas indicarán al terapeuta cuándo y cómo intervenir, de modo de construir los acercamientos terapéuticos a ese paciente en particular.

EVOCACIÓN (EXTRAER UN TRANCE O FENÓMENO)

Cuando se habla de evocación, se quiere expresar que lo evocado está ahí para salir a la luz. Esto implica que todas las personas podrían, eventualmente, experimentar un trance y los fenómenos asociados a éste, si se dan las condiciones necesarias para esta persona (estas condiciones son específicas para cada sujeto).

Desde la perspectiva Ericksoniana, en rigor, no se induce un trance sino que se evoca; ya que según las investigaciones de E. Rossi (ver 'PERSPECTIVAS EN HIPNOSIS'), el trance es un estado natural del ser humano y, por lo tanto, lo que haría el hipnoterapeuta, es esperar las señales específicas que indican que el fenómeno natural está ocurriendo.

INDUCCIÓN DE TRANCE

La inducción de trance "es una técnica de disociación que conduce a un nuevo estado asociado" (estado de trance) (Pacheco (edit.);1990 (a),p.23). O también, es el procedimiento por medio del cual, dirigimos la atención del sujeto desde lo externo a sus realidades internas.

Dicha técnica incluye todas las microdinámicas de la inducción de trance y sugestión:(ver atrás)

- 1) Fijación de la atención. ✓
- 2) Debilitación de esquemas concientes. ✓
- 3) Búsqueda inconsciente. ✓
- 4) Procesos inconscientes.
- 5) Respuesta hipnótica.(Erickson, Rossi y Rossi,1976) ✓

Lo que resalta en el enfoque de Erickson, es su aspecto de utilización. en donde no existen rutinas o guiones para la inducción de trance, y hay tantos tipos de inducciones como sujetos; aunque es posible determinar lo básico en los acercamientos de inducción de Erickson:

- a.- Acompañar (pacing) el comportamiento presente del sujeto, para luego dirigir su atención a las realidades internas (Erickson, 1958/1980; 1959/1980); o
- b.- Debilitar sus esquemas concientes a través del uso hábil del lenguaje, la sorpresa y el shock. (Erickson, Rossi y Rossi, 1976)

RATIFICACIÓN DEL TRANCE

Son aquellas estrategias que ocupa el hipnoterapeuta para ayudar a su paciente a validar y reconocer su estado alterado; esto, con el fin de crear una mayor disposición a responder en el sujeto; "ya que de lo contrario sus creencias rígidas pueden desbaratar el proceso terapéutico que se ha iniciado." (Pacheco (edit.), 1990 (a), pg.41)

UTILIZACIÓN

Para Erickson, la hipnosis no es un procedimiento misterioso, sino la utilización sistemática de las señales mínimas y los aprendizajes experienciales que están dentro del sujeto; es decir, los extensos aprendizajes adquiridos a través del proceso mismo del vivir. Las palabras del terapeuta, no ponen nada en el sujeto; sólo sirven como un estímulo para evocar secuencias de experiencias presentes en el cliente, y luego crear situaciones en las cuales esos sistemas o secuencias pueden ser actualizados como una realidad presente.

El tema de la utilización Ericksoniana, es un pilar fundamental en esta terapia, sirve como fundamento para la construcción de las intervenciones individualizadas a la vez que obliga al terapeuta a considerarse como un participante que debe modificar su propio comportamiento para adecuarlo al comportamiento del paciente.

CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS O PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA

1.- ORIENTACIÓN NATURALÍSTICA:

A la hipnosis que practicaba Erickson le denominan hipnosis naturalística, o según otros autores, como O'Hanlon (1989), hipnosis con una orientación naturalística.

La definición que da O'Hanlon de esta orientación naturalística es la siguiente: "Erickson creía que las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar dificultades, resolver problemas, entrar en trance y experimentar todos los fenómenos del trance. Su enfoque consistía en que esas capacidades naturales emergieran." (O'Hanlon, 1989, p.19). También O'Hanlon manifiesta que Erickson creía que el trance era una aptitud o capacidad natural, una experiencia cotidiana. La tarea del terapeuta consiste en crear un contexto o una atmósfera adecuada para lograr que en los pacientes emerjan dichas capacidades que antes puede que no hayan estado usando para resolver sus dificultades.

Cuando se habla de esta orientación naturalística, tampoco hay que olvidar otro aspecto fundamental de su concepción, es decir, aquel que sustenta que la psicoterapia y la hipnosis pueden llevarse a cabo de tal manera que parecieran conversaciones y situaciones muy naturales. Según esta concepción, no es necesario que la inducción de trance adquiriera la forma de un ritual estandarizado, ni que tampoco el sujeto sepa o tenga conciencia que la inducción de trance ya se ha iniciado.

2.- ORIENTACIÓN INDIRECTA Y DIRECTIVA:

Como dice O'Hanlon (1989), Erickson era directivo y además indirecto en cuanto a que utilizaba técnicas y sugerencias de esta índole. En principio esto parece una contradicción, pero al revisar el trabajo de Erickson, se puede llegar a comprender su forma de operar: él asignaba tareas o formulaba sugerencias, que tenían por objetivo aflojar las rigideces que mantenían a los pacientes en dificultades, de forma tal que éstos descubrieran otras formas de pensar y de actuar y que, por lo tanto, también encontraran otras formas de resolver sus problemas.

"Erickson era muy directivo en el abordaje de los síntomas, y muy indirecto en lo concerniente a la manera en que las personas vivirían sus vidas una vez suprimida la sintomatología, incluso en lo que tenía que ver específicamente con la resolución del síntoma."(O'Hanlon, pg.21, 1989)

3.- DISPOSICIÓN A RESPONDER:

Con respecto al tema de la disposición a responder, ésta se liga muy estrechamente con los conceptos de hipnotizabilidad y de sugestionabilidad. A Erickson estas cuestiones parecían no preocuparle en demasía, ya que lo que él buscaba, lo encontraba en sus mismos pacientes y no en esquemas preconcebidos. Esto quiere decir, que aprendía los esquemas individuales de los pacientes(su propia capacidad para responder) y luego las utilizaba al servicio del cambio, en vez de considerarlas impedimentos.

4.- ORIENTACIÓN DE UTILIZACIÓN:

Quizás sea ésta una de las características distintivas más marcadas de la terapia ericksoniana, ya que todo lo que trae el paciente a la terapia puede ser utilizado en en algún momento para el logro de las metas terapéuticas. No existen prerequisites para una terapia ericksoniana, ni condiciones que determinen que un paciente es poco viable para la hipnosis.

"Sea lo que fuere lo que la persona presenta, se lo toma como un punto de partida para una psicoterapia fructífera y, si es posible, se lo utiliza al servicio del objetivo deseado."(O'Hanlon, pg.23, 1989)

5.- ORIENTACIÓN DE PRESENTE Y FUTURO:

Sin ser Erickson el primer terapeuta que concluyó que las terapias debían realizarse en el aquí y ahora, si fue uno de los primeros que le dió una orientación de futuro a la situación resultante. Como dice O'Hanlon (1989), Erickson no estaba a favor de que se volviera la mirada hacia el pasado en busca de los orígenes del problema o de las limitaciones aprendidas de las personas. Se orientaba hacia las soluciones y fuerzas que existían en la persona en el presente, o que podían desarrollarse en el futuro.

Uno de los únicos usos que Erickson daba al pasado era la búsqueda de recursos y fortalezas en la historia de sus pacientes, ya que siempre existen estas en cualquier persona, solo hay que darse el tiempo de encontrarlas.

INDUCCIÓN VERSUS UTILIZACIÓN DEL TRANCE

Entre las mayores consideraciones en cualquier trabajo con hipnosis, está la necesidad de reconocer que la inducción de trance es una cosa y que la utilización del trance es otra (al igual que la preparación quirúrgica y anestesia es una cosa y la cirugía es otra).

Esta diferenciación debe ser hecha en beneficio de ambos participantes de la situación hipnótica, el hipnoterapeuta y el sujeto hipnótico. De otro modo, puede haber una continuación de la conducta de inducción de trance en el estado de trance, con el resultado que las actividades de trance se conviertan en una mezcla de respuestas de inducción parciales e incompletas, elementos de conducta consciente y conductas de trance real. Todo esto, puede llevar a producir cierto tipo de dificultades en el control de la situación hipnótica.

La práctica de la inducción de trance ayuda al terapeuta a percatarse cuándo el paciente está "listo" para trabajar. Erickson acostumbraba dejar transcurrir un tiempo de alrededor de veinte minutos antes de utilizar el trance; período que ocupaba para confundir más a su paciente, con lo cual obtenía una mayor disposición a responder de parte de éste.

MANEJO DE RESISTENCIAS EN LA HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA

Una de las principales dificultades que puede tener un terapeuta, es manejar las resistencias que presenta el paciente, resistencias que van en perjuicio de su mejoría terapéutica.

Desde el principio de utilización propuesto por la hipnoterapia ericksoniana, han surgido técnicas y actitudes terapéuticas que permiten evadir las resistencias del paciente, más aún, las resistencias del paciente son incorporadas al tratamiento de éste.

La ventaja que tiene este acercamiento es significativa, ya que si se intenta luchar contra la resistencia, se podría estar mucho tiempo intentándolo, lo que impediría avanzar hacia el logro de las metas terapéuticas, e incluso obstaculizar de modo permanente esas metas.

Con el sistema propuesto, utilizar las resistencias, se introduce una variable de aceptación total de las conductas, pensamientos, valores, etc. que presenta el paciente; y a través de ellos se avanza en la terapia, con menor grado de interferencia por parte del paciente.

Según Zeig (1987), hay siete aspectos de influencia para utilizar y manejar la resistencia; estos aspectos son los siguientes:

1.- ACOGER AL PACIENTE DENTRO DE SUS MARCOS DE REFERENCIA:

Las personas son más fácilmente influenciables, si se intenta hacerlo dentro de su propio marco valórico; si se utilizan sus creencias, principios, etc.

2.- ENFATIZAR LO POSITIVO:

"Cuando se intente influenciar terapéutica y rápidamente, se hace claro que las personas son mejor influenciadas al enfatizarse, y comenzar desde; sus potencialidades. La influencia no tiene mucha relación con analizar déficits. Uno comienza con lo que se está haciendo bien."(Zeig,pg.12,1987)

3.- USAR INDIRECCIÓN PARA GUIAR ASOCIACIONES:

Las técnicas indirectas involucran una comprensión de la resistencia que utiliza el paciente en su terapia. A mayor resistencia, mayor uso de indirección.

Las instrucciones indirectas, llevan a la meta terapéutica sin producir temor en los pacientes, aunque por un camino más largo, pero no por eso en más tiempo.

4.- DIVIDIR Y SEMBRAR:

El problema debe dividirse en fracciones más pequeñas, de manera tal que su abordaje sea mas sencillo y, por lo tanto, mas fácil de resolver paso a paso.

En cada uno de estos pasos, se van sembrando sugerencias positivas para ser utilizadas en el futuro, tanto por el paciente como por el terapeuta.

5.- USAR LO ILÓGICO Y LA CONFUSIÓN:

Generalmente, los pacientes han estado tratando de resolver sus problemas de forma racional, por lo tanto, el usar la lógica para abordar estos problemas, puede ser un mas de lo mismo, lo que involucra agragar mas al circuito de mantención del problema.

6.- ACTIVAR EMOCIONES CONSTRUCTIVAS PARA REALIZAR COSAS MEMORABLES:

Erickson accedía frecuentemente emociones y asociaciones a través de anécdotas dramáticas, acertijos y enigmas para efectuar cambios a niveles múltiples (Zeig, 1987; Rosen, 1989).

De esta forma conseguía focalizar la atención del paciente sobre un tema terapéutico, con un sentido constructivo y memorable para este.

7.- USAR LA AMNESIA Y LOS TEMAS RELACIONADOS CON LA MEMORIA:

"Al influenciar a las personas, el énfasis debiera colocarse sobre lo que está almacenado en la memoria, como recuperarlo, como influenciar en el comportamiento..."(Zeig, pg.18, 1987)

El uso de la amnesia tiende a sorprender al paciente con los cambios que pueden suceder, lo que reafirma que son cambios logrados por él, con sus propios recursos inconscientes.

8.- DAR AL PACIENTE TAREAS PARA CONQUISTAR LAS METAS TERAPEUTICAS:

Es fácil comprender para muchos terapeutas, que los pacientes aprenden más de lo que ellos hacen, que de lo que ellos escuchan, al igual que todos los seres humanos. O como dice H.Maturana (1987) "ser es hacer".

9.- USAR LOS SISTEMAS SOCIALES:

Las personas son influenciadas tanto positiva como negativamente por su ambiente social (laboral, escolar, familiar, etc.). Además, el cambio puede suceder no sólo alterando aspectos de la psique del paciente; el cambio también puede suceder alterando el contexto del sujeto.

10.- ASUMIR UNA ORIENTACIÓN TELEOLÓGICA:

La terapia debe ser vivida en el presente y dirigida hacia el futuro.

Deben establecerse metas, y el tratamiento es dirigido paso a paso hacia el logro estratégico de esas metas.

Una vez que se ha analizado brevemente el enfoque Ericksoniano, a continuación se abordarán brevemente las formas y estrategias que ocupa la hipnosis para abordar el problema del dolor.

HIPNOSIS EN EL CONTROL DEL DOLOR

El objetivo de este capítulo es revisar los antecedentes sobre cómo se ha utilizado la hipnosis en el control del dolor, presentando las estrategias más utilizadas en su manejo.

HIPNOSIS Y DOLOR

MANEJO HIPNÓTICO DEL DOLOR

En relación al concepto de dolor, Hilgard y Hilgard (1990), distinguen entre dolor sensorial y sufrimiento. El primero hace referencia a cualquier respuesta perceptual a una irritación o lesión que informa sobre el lugar o intensidad de la fuente; el sufrimiento se refiere a las reacciones emocionales frente al dolor. Esto es una distinción que a juicio de los autores de esta memoria válida que el uso de la hipnosis se realice en un marco terapéutico, en donde el hipnoterapeuta esté capacitado para decidir si es o no el momento de intervenir y con cuál herramienta intervenir.

Una segunda observación que los autores mencionados hacen es que existe evidencia de dolor consciente y dolor inconsciente. Cheek encontró que personas en estado vigíl no reportaban dolor conscientemente, sin embargo, en el trance hipnótico describían estar experimentando dolor (Rossi y Cheek, 1988).

Para Barber (1989), la hipnosis es eficiente en eliminar o reducir el dolor. Ese autor ha trabajado principalmente en el manejo del

dolor crónico; en sus investigaciones ha encontrado que la hipnosis es una herramienta muy útil en el control del dolor crónico, por las siguientes razones:

- 1.- Puede eliminar, o al menos reducir significativamente el dolor;
- 2.- No posee efectos colaterales demostrados;
- 3.- Facilita otros tratamientos que esté recibiendo el paciente;
- 4.- Permite que el paciente aprenda a usar por sí mismo el tratamiento lo cual lo hace menos dependiente del cuidado de otras personas.

El tratamiento hipnótico, también ha demostrado ser útil en el manejo del dolor agudo, dando excelentes resultados tanto en adultos como en niños.

Es importante considerar que previo al inicio del tratamiento hipnótico, el terapeuta debe evaluar cuidadosamente las consecuencias de la reducción del dolor para el paciente. El tratamiento debe verse desde una perspectiva terapéutica más integral o ecológica.

ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR AGUDO

1.- Acompañar y dirigir: Acompañamiento del mundo fenoménico de la persona. El modo de hacerlo es repitiendo las verbalizaciones de la persona, comunicándole que se comprende su estado. Una vez que se establece el rapport, se concatena y se focaliza con los deseos presentes de la persona y se dan sugerencias que incorporen esa motivación o deseo.

En el control de dolor, esta técnica logra evitar la respuesta de desconfianza acerca de la capacidad de observación del que está ayudando, ya que la situación de comunicaciones contradictorias

referidas a un mismo fenómeno, gatilla miedo adicional. Un ejemplo, una persona herida sabe que la función de alarma del dolor ha cumplido su propósito y que se está haciendo todo lo necesario en ese momento, puede estar más razonablemente preparada para que el dolor desaparezca. (Instituto Milton Erickson Santiago ,1992)

2.- Uso de la distracción: Es un acercamiento conversacional, incluye fijación de la atención, distracción de la atención, intercalación de sugerencias y distorsión de tiempo.(Op. cit.)

3.- Confusión: Tal como lo dice su nombre, esta estrategia consiste en confundir los esquemas mentales habituales de la persona, de forma tal de atraer su atención fuera del foco del dolor; de este modo se logra desviar la atención. Por otro lado, se puede lograr inducir un trance por confusión. Entre otras formas de conseguir lo anterior se pueden mencionar dar una sorpresa a través de la levitación de manos, cambios inesperados en el tono de la voz, cambios inesperados en la posición del brazo del paciente, etc.(Op. cit.)

4.- Acercamiento utilizando marcos de referencia, sorpresa y distracción por absorción en imaginación: En esta técnica lo central es atraer la atención del paciente utilizando su marco de referencia habitual, luego se dan sugerencias indirectas de final abierto ¹ y se intercalan sugerencias para sentirse crecientemente más cómodo.

¹Erickson frecuentemente utilizaba un acercamiento de "disparo" que ofrece al paciente muchas posibilidades de respuesta en una forma de final abierto; así, el propio inconsciente del paciente puede seleccionar cuál experiencia es más apropiada. En esa ocasión. Ofreciendo sugerencias de esta forma, se logran tres metas importantes:

1. No hay posibilidades que un paciente fracase en una sugerencia, ya que todas las respuestas son definidas como un fenómeno hipnótico admisible;
2. Son exploradas las habilidades de respuesta del paciente, para proveer indicios en cuanto a aquellos comportamientos que están disponibles para el logro de metas terapéuticas; y
3. Ya que cualquier cosa que los pacientes hagan es definida como una respuesta hipnótica adecuada, ellos no pueden resistirse o retirarse de la situación. Cualquier cosa que hagan tiende a impulsarlos además en la situación hipnótica de las sugerencias siguientes.

5.- Analgesia y anestesia: Esta estrategia propuesta por Rossi y Cheek (en Instituto M.H.Erickson, 1992), consiste en inducir una disminución y abolición de la sensación respectivamente, a través de sugerencias hipnóticas específicas.

Erickson (Erickson y Rossi, 1979) afirma que como resultado de eventos experienciales de la vida pasada de las personas, se han estructurado dentro del cuerpo, aunque no totalmente reconocidos por aquellas, ciertos aprendizajes psicológicos, fisiológicos y neurológicos, asociaciones y condicionamientos, los cuales hacen posible que el dolor sea controlado e incluso abolido.

A través de experiencias cotidianas, como por ejemplo el corte de un dedo, sin la percatación del hecho hasta que uno lo observa; las sensaciones de entumecimiento de un brazo o una pierna, el término de una jaqueca al concentrarnos en una película, etc. El cuerpo ha aprendido una riqueza de asociaciones y condicionamientos psicológicos, emocionales, neurológicos y fisiológicos que son el potencial que ocupa la hipnosis para controlar el dolor intencionalmente sin recurrir a drogas (Erickson y Rossi, 1979, en Pacheco, 1990a).

Dicha estrategia está compuesta de tres pasos, en los cuáles, obviamente, habrá que utilizar la idiosincracia del paciente:

- Paso 1: acceso al fenómeno, es decir, al control inconsciente de la anestesia.
- Paso 2: utilización terapéutica del fenómeno.
- Paso 3: ratificación y ampliación de la habilidad hipnótica adquirida.

Otras modalidades de anestesia/analgesia son:

a.- Anestesia de guante: Es una modalidad que consiste en evocar la sensación de frío y entumecimiento en una mano, por ejemplo, cuando se introduce la mano para sacar hielo del congelador, se asocia esta imagen con la idea de que sentir frío es una experiencia agradable. Luego, se traslada esa sensación a otra área del cuerpo donde se necesite de la anestesia o analgesia

b.- Desplazamiento de dolor: Es otra modalidad de anestesia en donde el dolor no desaparece, sino que es removido hacia otra área menos peligrosa. Al describir esta técnica, Erickson recomendaba acceder a la anestesia y/o analgesia a través de accesos indirectos como es recordar la experiencia de entumecimiento, etc.

6.- Disociación hipnótica: a través de sus métodos usuales más efectivos: desorientación en el tiempo y desorientación del cuerpo.

6.1.- desorientación en el tiempo: esta dividida en dos fenómenos hipnóticos:

6.1.a.- Regresión de edad: que consiste en volver a una época más temprana de la enfermedad o de la vida del sujeto, donde el dolor era menos intenso o no existía respectivamente.

6.1.b.- Progresión de edad o pseudo orientación en el tiempo: consiste en orientar al sujeto a una época futura donde el dolor no estará presente.

6.2.- desorientación del cuerpo: el sujeto es disociado hipnóticamente e inducido a experimentarse a sí mismo como aparte de su cuerpo.

ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN EL MANEJO Y CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO

Las estrategias que se describen a continuación están especialmente recomendadas para el manejo y control del dolor crónico, pero con ciertas modificaciones, pueden utilizarse también para el manejo y control del dolor agudo.

1.- **Sugestiones directas para la abolición total del dolor:** son aquellas sugestiones que se dan en estado de trance, que solicitan directamente el cese de la sensación dolorosa. Sin embargo, es posible que fracasen. (Erickson, 1980)

2.- **Abolición permisiva indirecta del dolor:** sugestiones indirectas para la abolición del dolor.

3.- **Amnesia:** el olvido del dolor es posible cuando otras experiencias más amenazantes o absorbentes atraen la atención del sujeto que sufre de dolor.

La amnesia en relación al dolor puede ser aplicada hipnóticamente en una gran variedad de formas: amnesias parciales, selectivas o completas en relación al estímulo doloroso.

4.- **Analgesia y anestesia:** consiste en inducir una disminución y abolición de la sensación, respectivamente, a través de sugestiones hipnóticas específicas.

5.- **Reemplazo o sustitución hipnótica de sensaciones:** consiste en cambiar la sensación de dolor por otra sensación significativa, pero que le produzca menos problemas al sujeto.

6.- Desplazamiento hipnótico del dolor: es el desplazamiento sugerido del dolor desde un área del cuerpo a otra.

7.- Disociación hipnótica: (ver página anterior).

8.- Distorsión de tiempo: consiste en alterar la percepción del tiempo por parte del sujeto, de forma tal de minimizar la experiencia dolorosa.

Existen dos formas de distorsión de tiempo:

8.1.- La condensación de tiempo: que consiste en la experiencia de reinterpretar un determinado período de tiempo como de menor duración. Esto permite experimentar un período de tiempo doloroso, como un período de menor duración cronológica.

8.2.- la expansión de tiempo: un determinado período cronológico es subjetivamente experimentado como un período de tiempo de mayor duración. (Yapko, 1990). Esto permite experimentar un tiempo sin dolor, como un momento de mayor extensión cronológica.

9.- Alucinación hipnótica: esta estrategia se usa combinada con disociación y distorsión de tiempo y espacio.

10.- Sugestiones post-hipnóticas: el uso de sugestiones post-hipnóticas en el control del dolor crónico permite que el paciente sea independiente del terapeuta en el control de su dolencia y pueda reincorporarse a su vida acostumbrada, y/o que pueda dejar de depender (en parte o totalmente) de los fármacos analgésicos.

Schwartz (en Instituto M.H. Erickson, 1992), clasifica en dos grupos principales este tipo de sugestiones hipnóticas:

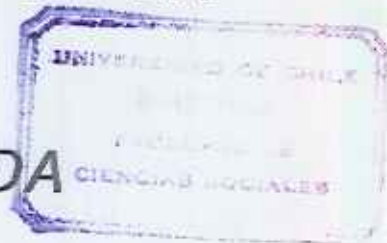
10.1.- Sugestiones post-hipnóticas que apuntan a variables intrapersonales: dirigidas a la percepción del dolor y/o a las variables psicológicas asociadas al dolor.

10.2.- Sugestiones post-hipnóticas que apuntan a variables interpersonales: dirigidas a los factores interpersonales que pueden estar manteniendo o generando el dolor percibido.

11.- Autohipnosis: es otra forma efectiva de crear independencia del paciente y alivio persistente del dolor.

El paciente es entrenado para desarrollar estados de trance por sí mismo y a través de este elicitar los fenómenos hipnóticos que le permitirán aliviar su dolor.

EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA



El siguiente capítulo tiene por objeto describir el tratamiento de la más común de las leucemias, la leucemia linfoblástica aguda por ser esta la más frecuente en niños.

El tratamiento que se realiza en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica es el llamado protocolo ALL BFM 90, correspondiendo a un protocolo alemán de altas dosis de drogas antineoplásicas (Comunicación personal DR. Francisco Barriga 1993).

El tratamiento tiene una duración aproximada de 6 meses, período en el cual se aplican las drogas en forma intensiva, dividiéndose en las siguientes tres fases:

- 1) Quimioterapia productora de remisión,
- 2) Profilaxis para el sistema nervioso central, e
- 3) Intensificación del tratamiento. (Harrison 1987)

Durante cada una de estas fases se aplican drogas a través de las vías oral, intramuscular, endovenosa e intratecal. Cada una de estas vías involucra la presencia de dolor, en diferente magnitud.

Las drogas aplicadas tienen por objetivo producir inmunosupresión para lograr que las células leucémicas desaparezcan; sin embargo, producen también efectos colaterales que involucran dolor y alteraciones de la calidad de vida de los pacientes.

A continuación se mostrará el protocolo de tratamiento y su respectiva explicación:

1) PROTOCOLO I (QUIMIOTERAPIA PRODUCTORA DE REMISIÓN)

En el protocolo señalado esta fase dura 64 días en los cuales el paciente recibe 8 drogas distintas, a través de diversas vías de administración, según muestra la tabla siguiente:

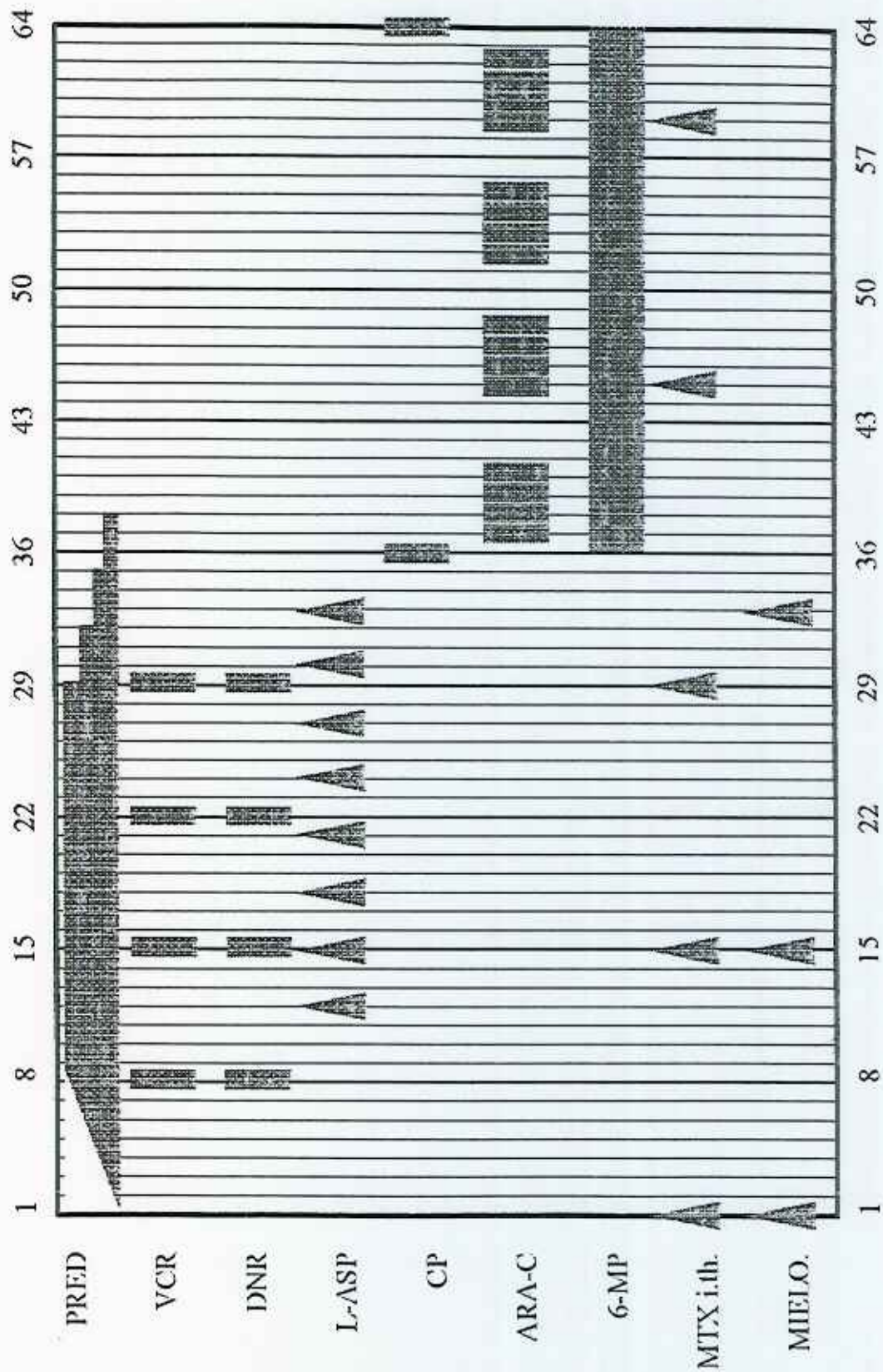
DROGA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOLOR
Prednisona	Oral	Sin dolor
Vincristina	Endovenosa	Sin dolor
Daunorubicina	Endovenosa	Sin dolor
Asparaginasa	Intramuscular	Dolorosa
Carboplatino	Endovenosa	Sin dolor
Citarabina	Endovenosa	Dolorosa
Mercaptopurina	Oral	Sin dolor
Methotrexato	Endovenosa	Sin dolor
Methotrexato	Intratecal	Extremadamente dolorosa

Junto con lo anterior, en esta primera fase, se realiza un procedimiento llamado mielograma (ver definición en 'DOLOR POR LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS'), en los días 1, 15 y 33 del protocolo.

Además se efectúan aplicaciones de methotrexato intratecal (ver definición en 'DOLOR POR LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS'), los días 1, 15, 29, 45 y 59 del protocolo.

A continuación se presenta el cuadro del protocolo I.

P R O T O C O L O I



= PROCEDIMIENTO DOLOROSO

2) PROTOCOLO M (PROFILAXIS PARA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL)

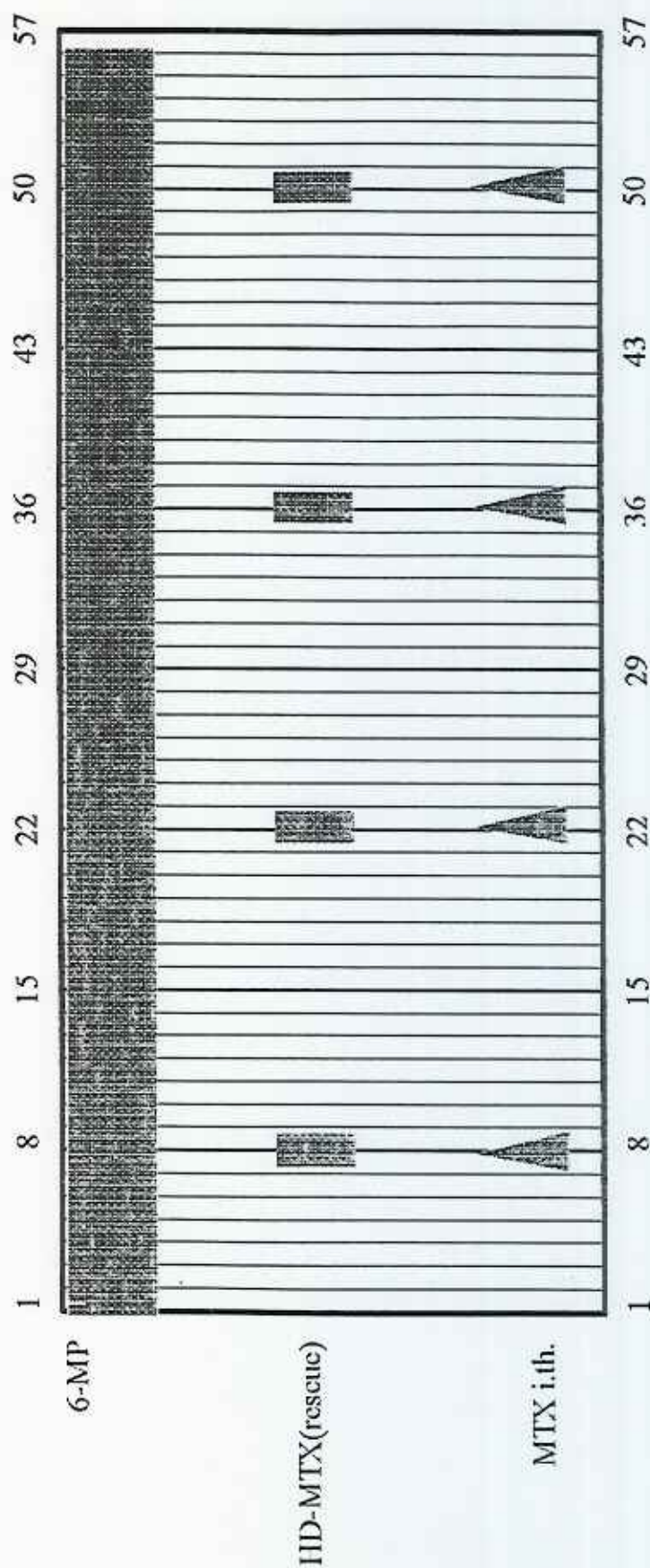
Durante esta fase, de 56 días de duración, se aplican las siguientes drogas:

DROGA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOLOR
6 Mercaptopurina	Oral	Sin dolor
Methotrexato	Endovenosa	Sin dolor
Methotrexato	Intratecal	Extremadamente dolorosa

Las aplicaciones del Methotrexato intratecal se efectúan los días 8, 22, 36 y 50.

A continuación se presenta el cuadro del protocolo M.

PROTOCOLO M



= PROCEDIMIENTO DOLOROSO

3) PROTOCOLO II (INTENSIFICACION DEL TRATAMIENTO)

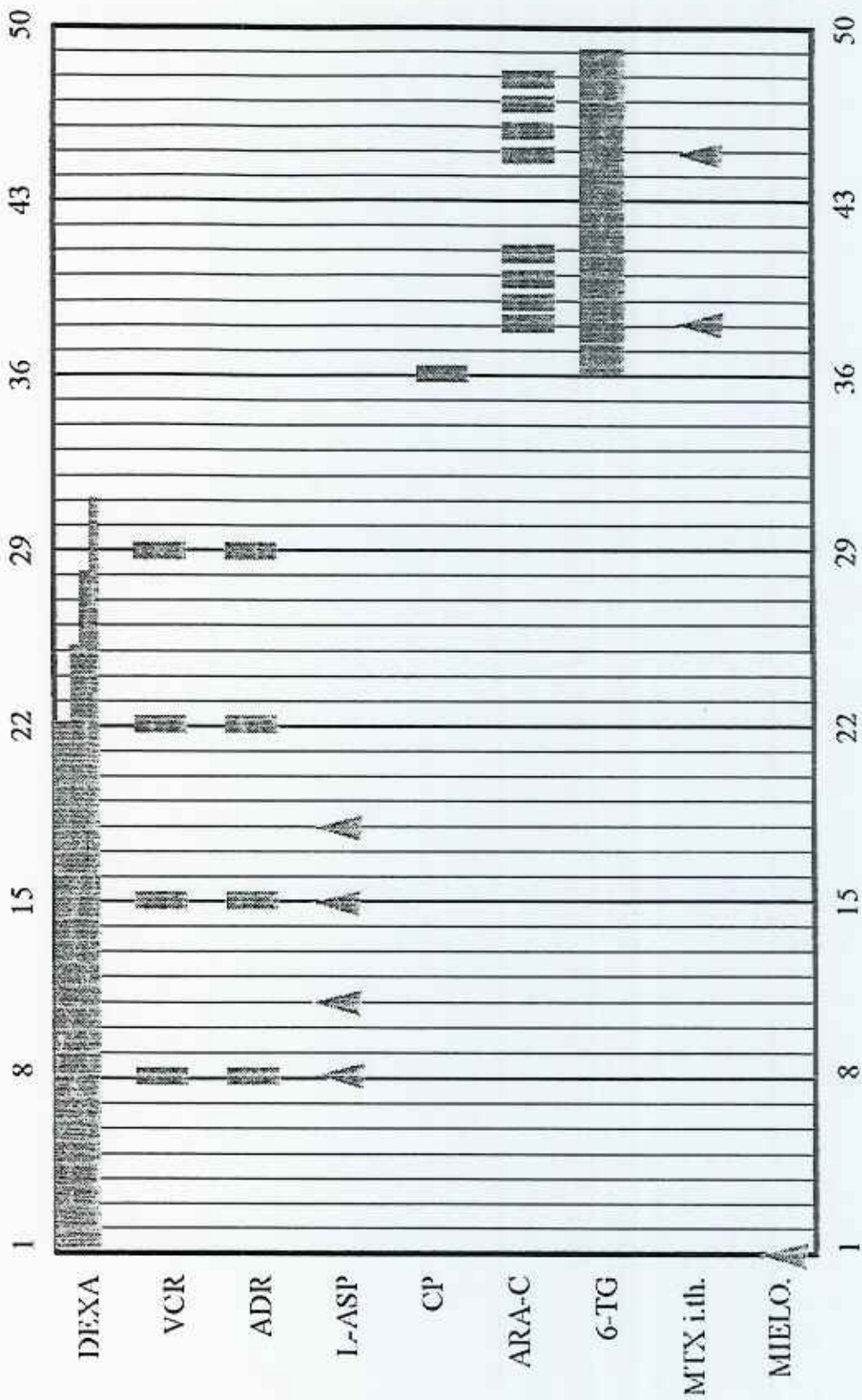
A lo largo de los 49 días de esta fase se aplican las siguientes drogas:

DROGA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DOLOR
Dexametasona	Oral	Sin dolor
Vincristina	Endovenosa	Sin dolor
Adriamicina	Endovenosa	Sin dolor
Asparaginasa	Intramuscular	Dolorosa
Carboplatino	Endovenosa	Sin dolor
Citarabina	Endovenosa	Dolorosa
6 t.g.	Oral	Sin dolor
Methotrexato	Intratecal	Extremadamente dolorosa

Este protocolo incluye un mielograma en el día 1. Las aplicaciones de methotrexato intratecal ocurren los días 38 y 45.

A continuación se presenta el cuadro del protocolo II.

PROTOCOLLO II



 = PROCEDIMENTO DOLOROSO

En el protocolo de tratamiento, que como se ha visto consta de tres fases, se han mencionado diversos medicamentos que son utilizados en la quimioterapia.

LOS MEDICAMENTOS Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS

A continuación se expondrán los medicamentos usados en el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda, y sus efectos colaterales, incluidos aquellos dolorosos (National Cancer Institute, 1987).

Se marcarán con un * los efectos colaterales dolorosos. Algunos de estos dolores no son provocados directamente por cada medicamento, sino por el efecto acumulado de los fármacos (ver más adelante).

MEDICAMENTO	EFEECTO
Prednisona	Alteraciones visuales. Micciones frecuentes. Aumento de la sed. Problemas en la piel. * Dolores en las costillas. * Dolores musculares. Depresiones. Náuseas y vómitos. * Dolor de estómago y ardor.

Vincristina

- Alteraciones de la visión.
- Constipación.
- Dificultad para caminar.
- * Dolor de estómago.
- * Dolor de cabeza.
- * Dolores articulatorios.
- Alteraciones auditivas.
- * Dolor en los testículos.
- Hinchazón de pies y manos.
- Problemas para dormir.
- Sensación de debilidad.
- Confusión.
- Convulsiones.
- Vértigo.
- Alucinaciones.
- Disminución del apetito.
- Depresión.
- * Dolor al orinar.

Daunorrubicina

- Latidos irregulares.
- Falta el aliento (fatiga).
- Hinchazón en pies y piernas.
- Fiebre.
- * Úlceras en la garganta.
- * Úlceras en la boca y labios.
- * Dolor de estómago.
- * Dolor en las articulaciones.
- Sangramiento y magulladuras.
- Náusea.

Asparaginasa

- Dificultad para respirar.
- * Dolor en las articulaciones.
- Hinchazón de la cara.
- Alergias en la piel.
- * Dolor de estómago.

Náusea y vómitos severos.
Pigmentación amarilla en los ojos y piel.
Confusión.
Somnolencia.
Fiebre.

- * Úlceras en la garganta.
- * Dolores costales y de estómago.
Alucinaciones.
Depresión.
Nerviosismo.
- * Úlceras en boca y labios.
Hinchazón en pies y piernas.
- * Dolores de cabeza severos.
Convulsiones.

Citarabina

- Fiebre.
- * Úlceras en la garganta.
Sangramientos y magulladuras.
- * Dolor de estómago.
- * Dolor en las articulaciones.
Pérdida de sensibilidad de oídos, dedos y cara.
- * Úlceras en labios y boca.
Hinchazón de pies y piernas.
Cansancio.
- * Dolores a los huesos y músculos.
- * Dolor en el pecho.
Tos.
Dificultades para tragar.
Sensación de incomodidad.
Pulso irregular.

Mercaptopurina

- Fiebre.
- * Úlceras en la garganta.
Sangramientos y magulladuras.
Cansancio.
Ojos y piel amarillos.
Pérdida del apetito.
 - * Dolor de estómago.
 - * Dolor en las articulaciones.
Náuseas y vómitos.
Hinchazón de pies y piernas.
 - * Úlceras en boca y labios.

Methotrexato

- Sensibilidad a la luz del sol.
- * Úlceras en la garganta.
Sangramientos en la orina y magulladuras.
 - * Úlceras en boca y labios.
 - * Dolor de estómago.
Vómitos con sangre.
Diarrea.
Deposiciones negras.
Visión nublada.
Confusión.
Convulsiones.
Tos.
Orina oscura.
 - * Dolor en las articulaciones.
Dificultades respiratorias.
Hinchazón de pies y manos.
Cansancio.
 - * Dolor de cabeza.
Náusea y vómitos.

Observando el listado de fármacos y sus efectos colaterales, se puede concluir que el dolor es una consecuencia importante del tratamiento de quimioterapia en este tipo de afección.

Sin embargo, el dolor como efecto secundario de los medicamentos, no es la única consecuencia dolorosa con que se enfrentan estos pacientes.

A continuación se revisa dónde y cuándo aparece el dolor en la leucemia linfoblástica aguda, tanto como efecto colateral de la quimioterapia, como consecuencia de los procedimientos médicos que son parte del tratamiento de la enfermedad.

EL DOLOR EN LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA

DOLOR POR LA ENFERMEDAD

En general, en los pacientes en tratamiento, es muy difícil hacer la distinción entre los dolores que surgen de la enfermedad misma y los derivados del tratamiento. La leucemia es una enfermedad silenciosa, muchas veces difícil de diagnosticar debido a la escasa sintomatología que presenta.

Habitualmente el diagnóstico se ve retardado porque la enfermedad se enmascara bajo la forma de un resfrío persistente, no existiendo molestias mayores que las clásicas para una gripe.

Por lo tanto, si bien muchas veces la enfermedad misma es indolora, el tratamiento que se aplica a quienes la padecen se realiza a través de ciertos procedimientos y conlleva una serie de efectos colaterales, que producen, de manera directa o indirecta, algún grado de dolor.

A continuación se describen las fuentes de dolor para los pacientes en tratamiento oncológico, así como su mecanismo; la acción sedativa que se lleva a cabo para reducirlo (si se aplica), y el grado de sensación dolorosa que se considera para efectos de esta memoria en cada caso.

DOLOR POR LOS MEDICAMENTOS (efecto colateral)

Mucositis: Este síndrome es el resultado de la sensibilidad de las mucosas a los medicamentos, siendo dañadas primariamente por la quimioterapia y suele ocurrir después de una dosis agresiva de quimioterapia. Es decir, los efectos acumulados de distintos medicamentos coayudan a que se produzca este síndrome doloroso.

La inflamación orofaríngea producida puede generar ulceración y dolor extremo en un 90% de los pacientes. Usualmente comienza al cabo de 2 o 3 días de la aplicación de la quimioterapia y puede durar 2 o 3 semanas.

DOLOR POR LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

1.- Inyección intramuscular (l-asparaginasa): consiste en la introducción de una aguja en un ángulo de 90 grados, que atraviesa la piel deteniéndose en la capa muscular. El dolor en este procedimiento proviene de la combinación de la sensibilidad del músculo y de la reacción provocada por la droga.

En este procedimiento no se utiliza ninguna sedación específica. Para los efectos de esta memoria, se define este dolor como un dolor agudo de mediana intensidad.

2.- Mielograma (absorción de médula ósea): este procedimiento comienza con un corte en la piel (de 1cm.) con un bisturí, a través del cual se introduce una aguja especial llamada trócar (que en su interior lleva inserta una aguja de menor diámetro), la cual atraviesa todos los tejidos en un ángulo de 90 grados hasta llegar a la espina ilíaca del hueso de la cadera. Cuando toca la superficie externa del hueso, el médico presiona hasta introducirla en el hueso mismo; en ese instante retira la aguja interna del trócar, y con una jeringa ajustada al extremo externo de éste, comienza a hacer presión negativa, succionando la médula.

El procedimiento finaliza cuando se obtiene la muestra necesaria (unos 3cc.). La sedación utilizada en este procedimiento es lidocaína al 2% inyectable, cuyo efecto alcanza en profundidad hasta la membrana externa del hueso. Sin embargo, no es posible sedar farmacológicamente el tejido óseo, por lo cual este procedimiento resulta muy doloroso.

En los niños, para lograr una mayor cooperación, se les administra dormonid¹ -de la familia de las benzodiazepinas- que provoca relajación profunda -pero no inconsciencia- y amnesia posterior del evento.

Para los efectos de esta memoria, se define el dolor producido por este procedimiento como un dolor agudo intenso.

3.- Intratecal (punción lumbar): consiste en una inyección en un ángulo de 90 grados en el espacio intervertebral, a nivel de las vértebras lumbares, y que termina en el espacio subaracnoideo de las meninges. Al igual que en el procedimiento anterior, la aguja utilizada es un trócar, retirándose la aguja interior de éste, y con una jeringa ajustada al extremo externo, se extraen algunos cc. de líquido cefalorraquídeo (para ser examinado); utilizando la misma vía, se introduce el methotrexato. Luego se retira el trócar y finaliza el procedimiento.

La sedación utilizada en este procedimiento es lidocaína al 2%. No se anestesia directamente la zona interaracnoidea, debido a lo cual resulta muy doloroso.

¹ El efecto farmacológico del dormonid, es inducir sueño profundo, con relajación muscular completa.

La primera vez que es inyectado este fármaco, el resultado es tal como se describe en forma precedente. En las sucesivas aplicaciones de la droga, se observa que el niño lucha contra el efecto del fármaco: intenta hablar, aunque no se le entiende; intenta moverse, aunque en forma desordenada, etc.

El efecto secundario del medicamento, es amnesia posterior del evento. A pesar de esto, en la siguiente sesión de algún procedimiento muy doloroso el niño manifiesta conductualmente rechazo a someterse a este procedimiento, esto es interesante por cuanto no debería tener recuerdo de la experiencia.

Al igual que en el procedimiento anteriormente descrito, en el caso de los niños, para lograr una mayor cooperación se les administra dormonid.

Para los efectos de esta memoria, se define el dolor producido por este procedimiento como un dolor agudo muy intenso.

A continuación se presentan cada uno de los protocolos de tratamiento, considerando la aparición de los efectos dolorosos producidos por los procedimientos médicos y por los efectos secundarios de los medicamentos.

Cada tabla se identifica como:

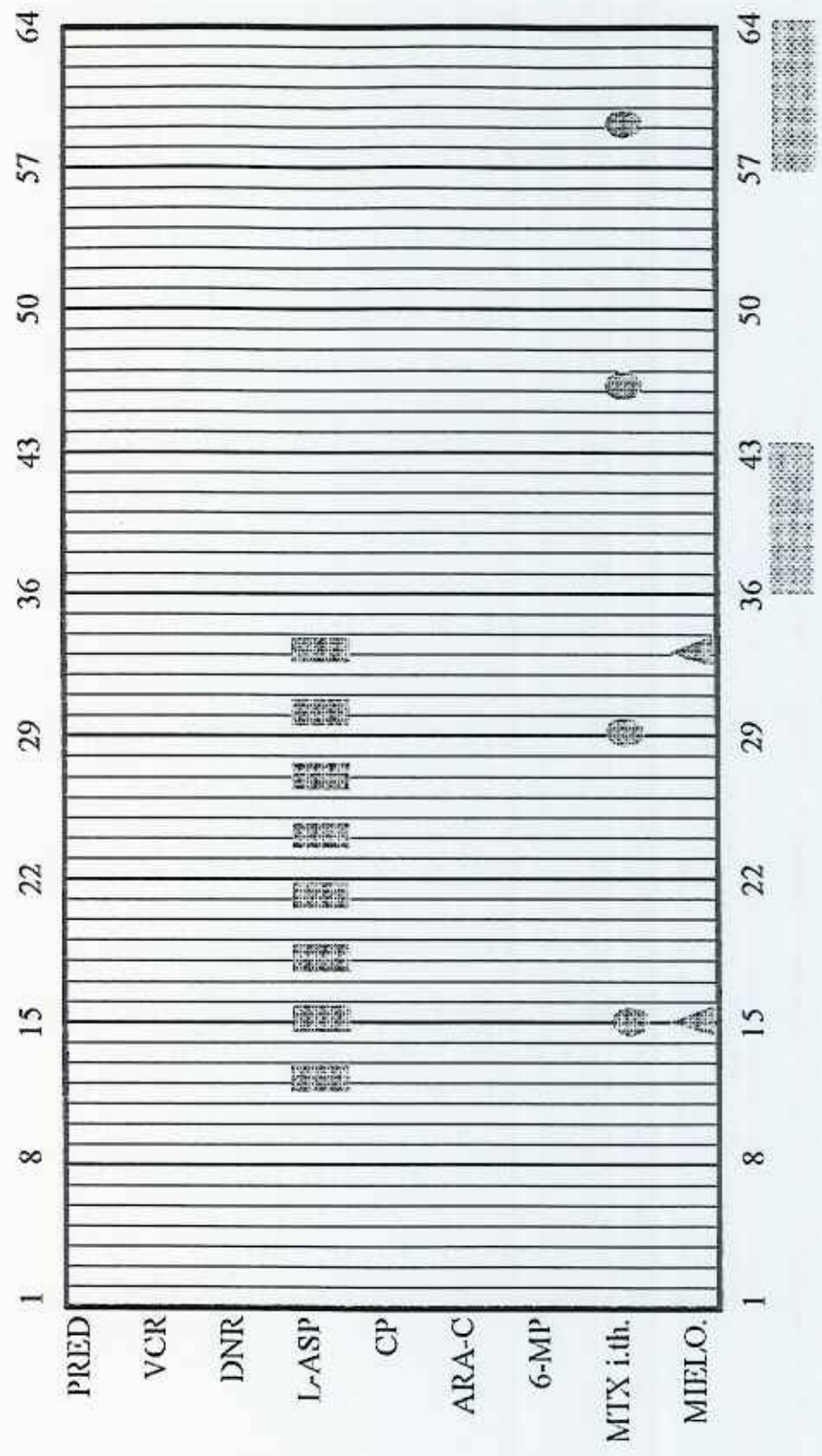
protocolo I / dolor
protocolo M / dolor
protocolo II / dolor





Se indican en cada una de estas tablas el día de aplicación de los siguientes procedimientos: las inyecciones intramusculares (asparaginasa), que producen un dolor agudo de mediana intensidad; los mielogramas, que producen un dolor agudo intenso, y; las intratecales, que producen un dolor agudo muy intenso.

Además se marcan los días que puede producirse la mucositis (efecto secundario, por la acción acumulada de los remedios), lo que puede acarrear un dolor agudo recurrente de significativa importancia.

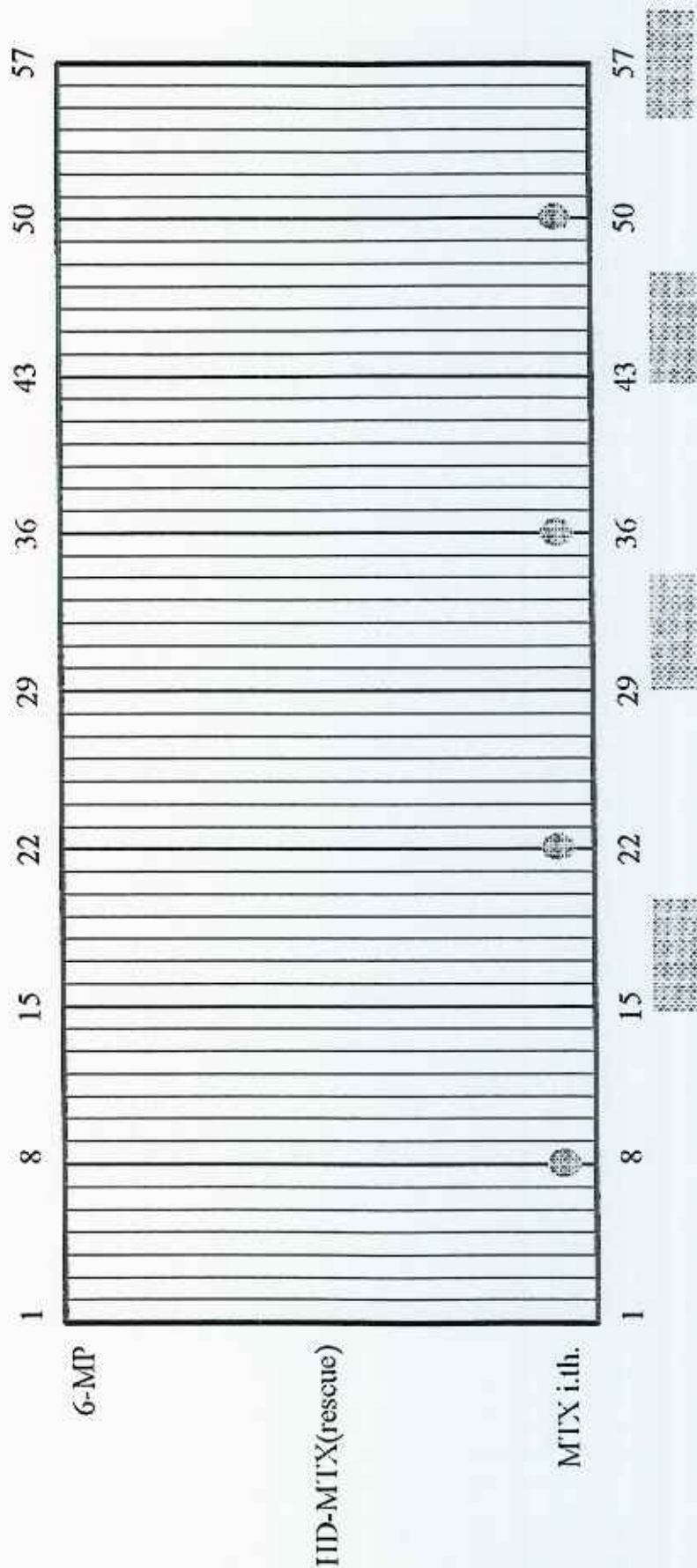
A continuación de las tablas de los protocolos de dolor, se aborda el tema de la hipnosis en el control del dolor en niños y adolescentes, ya que una vez que se ha identificado el fenómeno doloroso a abordar, se puede comenzar a abordar la estrategia a utilizar en su manejo y control.

P R O T O C O L O I / D O L O R



-  = DOLOR AGUDO MEDIANA INTENSIDAD
-  = DOLOR AGUDO MUY INTENSO
-  = DOLOR AGUDO INTENSO
-  = DOLOR AGUDO RECURRENTE POR MUCOSITIS (PUEDE O NO APARECER)

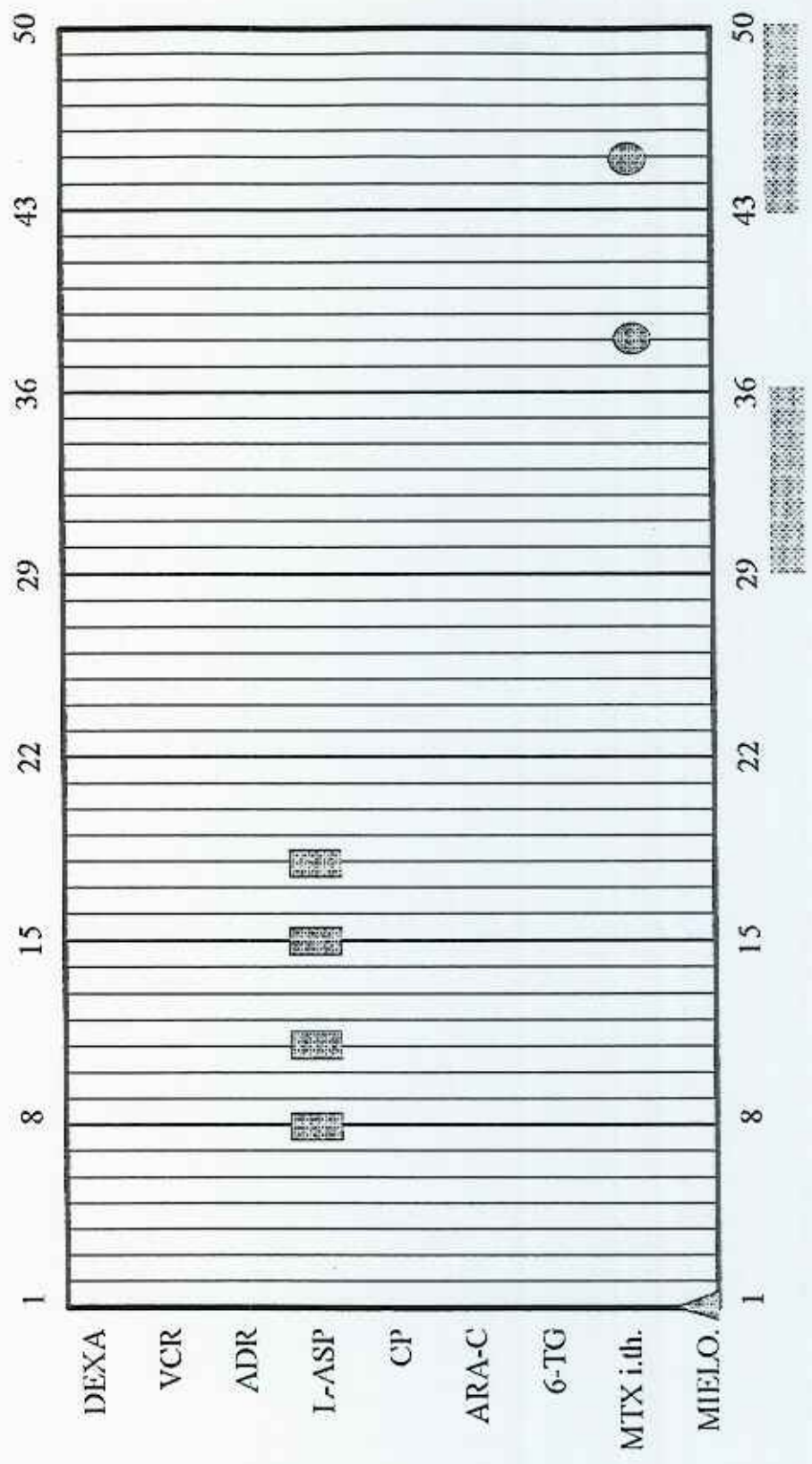
P R O T O C O L O M / D O L O R







● = DOLOR AGUDO MUY INTENSO

■ = DOLOR AGUDO RECURRENTE POR MUCOSITIS (PUEDE O NO APARECER)

P R O T O C O L O I I / D O L O R



-  = DOLOR AGUDO MEDIANA INTENSIDAD
-  = DOLOR AGUDO MUY INTENSO
-  = DOLOR AGUDO INTENSO
-  = DOLOR AGUDO RECURRENTE POR MUCOSITIS (PUEDE O NO APARECER)

HIPNOSIS EN NIÑOS

HIPNOSIS EN EL CONTROL DEL DOLOR EN NIÑOS

La hipnosis ofrece una contribución valiosa al manejo y control del dolor agudo y crónico en los niños, siendo este campo uno de los más investigados a través de estudios empíricos, sobre todo en el área de la pediatría oncológica.

Gardner y Olness (1981) y Hilgard y LeBaron (1982 y 1984) han proporcionado una detallada y autorizada cuenta de métodos hipnóticos aplicables a niños.

Los niños tienen una mayor facilidad que los adultos para controlar el dolor (Wakeman y Kaplan, en Dryden y Heap, 1991), la hipnoterapia es efectiva para ayudarles a reducir por sí mismos el dolor asociado a enfermedades (tales como en el cáncer o la anemia celular falsiforme), fracturas y procedimientos médicos invasivos (tales como inyecciones, aspiración de médula ósea, punción lumbar, cambio de vendaje y extracción de pus mediante una incisión en los quemados). También se ha mostrado efectiva con los dolores de cabeza tensionales y la migraña, los dolores reumáticos, la anestesia en procedimientos quirúrgicos menores y con los niños enfermos terminales.

O'Grady (1991) enfatiza la importancia de tomar en consideración las variables mediadoras entre el estímulo doloroso y las diversas formas de responder o expresar el dolor de cada paciente, con el fin de individualizar el tratamiento hipnótico y manejar con otras modalidades de tratamiento aquellas variables que no pueden incluirse en dicho tratamiento.

Esas variables son:

- a.- El estatus cognitivo/afectivo del niño: nivel de desarrollo, grado de ansiedad y depresión, expectativas y experiencias pasadas para enfrentar situaciones;
- b.- Grado de reforzamiento positivo y negativo ambiental, y las exigencias socioculturales y familiares para la expresión o supresión del dolor; y
- c.- Factores constitucionales, como diferencias en edad y umbral del dolor.

A continuación se expone la tabla I que contiene información resumida de:

Tabla I: estudios controlados de alivio del dolor agudo con hipnosis en niños.

TABLA 4: ESTUDIOS CONTROLADOS SELECCIONADOS DE ALIVIO DEL DOLOR AGUDO CON HIPNOSIS EN NIÑOS

Referencia	Sujetos	Fuente de Dolor	Hipnosis	Resultados
Hilgard y Leibaron (1982)	24, entre 6 y 19 años, con cáncer.	AMOs	Inducción individualizada, fijación, fantasía con simulación/ensayo hipnótico antes de AMO. Sugerencias hipnoanalégsicas.	15 de 24 pacientes redujeron significativamente el dolor de autorreporte y el dolor reportado por un observador desde la línea base del tratamiento.
Zelzer y Leibaron (1982)	33, entre 6 y 17 años.	AMOs (27) PLs (22)	Individualizada, involucramiento en fantasía e imaginaria placentera, respiración profunda, sugerencias prácticas. Terapeuta presente para el procedimiento. Sin inducciones hipnoanalégsicas.	Significativa reducción del dolor.
Kellerman et al. (1983)	18, adolescentes.	AMOs, PLs, e inyecciones.	Inducción individualizada, con fijación de ojo o levitación de mano de sugerencias para la relajación, lugar favorito, bienestar, molestia reducida, y habilidad aumentada.	16 pacientes mostraron una significativa reducción de la ansiedad y "molestia" antes, durante y después del procedimiento.
Wakeman y Kaplan (1978)	42, entre 7 y 70 años.	Quemaduras	Las inducciones fueron fijación de ojo, o relajación. Sugerencias para hipnoanalgesia, disociación, y reducción de la ansiedad. Tiempo usado individualmente fue variable.	Uso significativamente más bajo de medicamentos. Niños y adolescentes disminuyeron significativamente su uso más que los adultos (19-70 años).
Kalz, Kellerman y Ellenberg (1987)	36, entre 6 y 12 años.	AMOs	Fijación de ojos, con o sin cerrarlos. Imaginería individualizada activa y sugerencias de relajación para "reducir o reestructurar" la experiencia sensorial/dolorosa. Sugerencias post-hipnóticas para señales de práctica y reentrada. Señales no verbales sólo para hipnosis en la habitación de AMO.	Significativa reducción de la angustia en el autorreporte. Conductual (PBR-R) no significativa. Respuesta a la hipnosis correlacionada con los autorreportes de miedo y dolor reducidos.
Kulther (1988)	25, entre 3 y 6 años.	AMOs y PLs	Imaginación, inducción de historia favorita; sugerencias de comodidad, disminución de la conciencia del "dolor", copia aumentada.	Significativa reducción del dolor reportado por un observador.
Wall y Womack (1989)	20, entre 5 y 18 años.	AMOs y PLs	Instrucciones hipnóticas estandarizadas. Cintas de audio usadas para señales. Sin terapia presente.	Reducción significativa del dolor por autorreporte y reporte de observador.

AMO= Aspiración de Médula Ósea.

PL = Punción Lumbar

HIPNOSIS CON NIÑOS

Para iniciar el trabajo con hipnosis en niños, y previo a comenzar la hipnoterapia, el terapeuta debe establecer rapport con el niño y conocer acerca de sus intereses, gustos y cosas que le desagradan, actividades, programas de televisión y fantasías favoritas. Debe detectar si tiene prejuicios acerca de la hipnosis, de ser así, deberán ser aclarados preguntándole al niño qué es lo que conoce acerca de ella.

Generalmente los niños menores no tienen prejuicios o ansiedades relacionadas con la hipnosis; y tienden a saber poco o nada acerca de ésta.

Una sesión didáctica parece ser más apropiada para adolescentes, dado que necesitan mantener el control de la situación.

El terapeuta debe siempre hacer una cuidadosa evaluación del problema presentado. La elección del método de inducción dependerá del estilo del terapeuta y de su creatividad, además del nivel de desarrollo y edad del niño. El terapeuta debe ser flexible y estar preparado para usar diferentes métodos si alguno no es exitoso. Los niños disfrutarán las inducciones fantásticas que capturen su imaginación y atención. Este es el propósito de la inducción hipnótica con los niños. Este involucramiento en la fantasía le permite al niño desvincularse de algunos aspectos del ambiente (tal como un procedimiento médico desagradable) por disociación.

Zeltzer y LeBaron (en Dryden y Heap, 1991), han descrito como los niños responden diferencialmente a la hipnosis a los distintos niveles de edad.

Los niños preescolares por sus características de desarrollo no son capaces de involucrarse en imágenes internas y, por lo tanto, el acercamiento hipnótico debe ser realizado a través de una forma

activa. Los niños mayores pueden experimentar la hipnosis de manera interna, focalizando su atención en fantasías e imágenes.

En los adolescentes esta característica está aumentada, debido a una mayor habilidad verbal y cognitiva. Mientras que los adolescentes responderán a todos los métodos de inducción adultos, las inducciones formales no son necesarias con los niños.

Los niños preescolares responden mejor a inducciones orientadas a juegos activos. Un elemento muy útil, puede ser una burbuja de jabón, un juguete o un títere, todos los cuales requieren que el niño mantenga los ojos abiertos. Los niños, a diferencia de los adultos, tienden a estar intranquilos y distráctiles durante la hipnosis y pueden abrir y cerrar sus ojos o rehusarse por completo a cerrarlos lo que no es problema ya que es su nivel de absorción en las imágenes y fantasías el que indica el nivel de disposición a responder.

El cierre de los ojos no es necesario para la inducción hipnótica, aunque se les puede decir a los niños que cerrándolos puede ser más fácil imaginarse algo. Gardner y Olness, (1981) advierten sobre algunas palabras particulares que pueden tener connotaciones negativas para los niños pequeños, tales como: dormir, soñoliento, y cansado.

Las inducciones descritas por diferentes autores (Gardner, Olness, Hilgard, LeBaron) son permisivas e invitan al niño a una involucración activa, a elicitar participación y habilidades. Los métodos descritos son mecánicos o ideomotores (por ejemplo, fijación de ojos o levitación de mano) y técnicas de imaginación o fantasía (por ejemplo, montar una alfombra mágica). Estos métodos ideomotores son útiles para acrecentar la involucración de la imaginación, focalizan la atención del niño sobre detalles de la experiencia sensorial tales como lo que él puede ver, sentir o escuchar, aumentando aún más la disociación.

Los niños a diferentes edades prefieren diferentes métodos de inducción. Dichos métodos pueden ser utilizados flexiblemente por el terapeuta teniendo en cuenta la edad del niño y su desarrollo cognitivo y social.

Los deseos de aventura, curiosidad y desafío que son parte del niño deben ser utilizados; aunque debe cuidar de no reactivar un desafío que involucre incapacidad para abrir los ojos ya que pueden producirle ansiedad (Gibson y Heap, en Dryden y Heap, 1991).

Ejercicios de relajación muscular progresiva y de respiración pueden ser agregados a ejercicios de imaginación tales como: burbujas de jabón flotando, o apagar velas en un pastel mágico. Algunos métodos usados con adultos pueden ser adaptados para niños, aunque debe utilizarse un lenguaje e imaginación adecuado al nivel del niño. Las sugerencias terapéuticas pueden ser entregadas directa o indirectamente a través de historias o metáforas.

Karle y Boys (en Dryden y Heap, 1991), enfatizan la importancia que el terapeuta use el lenguaje apropiado. Ellos proponen que el terapeuta comprenda el lenguaje utilizado por el niño y la familia, de manera tal de evitar malos entendidos con el niño.

Otra consideración importante antes de comenzar la terapia es saber si el niño requerirá de la presencia de los padres o no. Los niños menores o más ansiosos generalmente requieren de la presencia de sus padres. El terapeuta debe preguntar al niño su preferencia. Si alguno de los padres está presente, éste podrá a menudo ser utilizado para que tenga al niño sentado sobre su regazo o incluyéndolo como co-terapeuta. Para utilizar a los padres éstos deben estar completamente informados en qué consistirá el tratamiento y obviamente deberán estar de acuerdo.

En las páginas siguientes se encuentran las tablas que entregan un resumen de:

Tabla II: intervenciones hipnóticas divididas por edades.

Tabla III: clasificación de las intervenciones hipnóticas para el alivio del dolor.

Esta información puede dar una visión amplia acerca del abordaje hipnótico de los niños, sin embargo debe recordarse permanentemente, que cada intervención es individual y, por lo tanto, las tablas sólo muestran caminos posibles, no los únicos.

TABLA II: INTERVENCIONES HIPNÓTICAS (INDUCCIÓN)

EDADES	HAMMOND	WALL	O'GRADY
0 - 2		<p>Los métodos que muestran mayor utilidad son aquellos que estimulan el uso de la percepción, es decir, que mantienen la atención del niño centrada fuera de él. Por ejemplo, técnicas que impliquen simplemente una distracción pueden funcionar bien.</p>	
2 - 7	<p>Las técnicas más adecuadas son las que se basan o incluyen las siguientes actividades, por rango de edad:</p> <p>Para niños de 2 a 4 años: Inflar globos, uso libros con imágenes que se abren de pronto, relato de cuentos, uso de un visor estereoscópico, imaginarse una actividad favorita, hablarle a través de un títere o animalito de peluche, y mirar una inducción de trance en un vídeo.</p> <p>Para niños de 4 a 6 años: Imaginar: un lugar favorito, la interacción con animales favoritos, estar en un jardín con flores, un pizarrón con letras apareciendo sobre él, un programa de televisión, actividades en un patio de juegos. Relato de historias. Uso de un visor estereoscópico. Simular lanzar una pelota.</p> <p>Con niños de 7 a 11 años son útiles las siguientes actividades: Imaginar un lugar favorito, una actividad o música, andar en bicicleta, o ser transportado por una alfombra voladora mágica, o los cambios de colores y formas de las nubes. Fijación de ojo en un punto de la mano.</p> <p>Para este rango de edad son adecuadas las actividades de: Imaginar conduciendo un automóvil, estar en un lugar favorito, desempeñando una actividad deportiva, tocando o escuchando música. Catalepsia de brazo. Levitación de mano. Absorberse en la respiración. Métodos adultos de inducción de trance.</p>	<p>En este período el niño busca establecer un sentido de control y dominio. Su funcionamiento se centra, aun, en la percepción, por lo que deben evitarse las técnicas que impliquen cerrar los ojos. Debido al desarrollo de la noción de causalidad, es conveniente usar los "porque" y los "debido a", en lugar de frases constituidas en potencial. Pueden también relatarse cuentos más metafóricos, ya que el niño está preparándose para entrar al período de las operaciones concretas y, así, sus representaciones internas pueden materializarse.</p>	<p>Niños de 4 a 6 años: Juego/imaginación con ojos casi siempre abiertos. Pocos movimientos. Absorción en los juegos a través de preguntas.</p>
7 - 12		<p>Pueden emplearse técnicas que utilicen la imaginación y la imaginación visual, sin embargo, el trabajo metafórico con hechos abstractos puede resultar difícil de seguir para el niño.</p>	<p>Relajación con imaginación. Ojos cerrados. Inducciones que impliquen escasez de movimientos. Participación activa en fantasmas.</p>
12 y +		<p>El adolescente muestra un elevado egocentrismo, que debe ser considerado en el acercamiento hipnótico. Es necesario tener en cuenta la habilidad para considerar en abstracto los efectos que tiene uno sobre los otros o la validez de nuestros pensamientos. El adolescente difícilmente aceptará la aparición mágica de personajes en las historias que se le relata. Es importante mostrarse empático con su reciente identidad, evaluar sus pensamientos y sentimientos y respetar su necesidad de mantener el control externo mientras realiza una búsqueda interna.</p>	<p>Ojos cerrados. Poco movimiento. Técnicas que impliquen disociación. Inducciones directas o indirectas con imaginación activa. Inducciones fraccionadas.</p>

TABLE III: CLASIFICACIÓN DE SUGESTIONES HIPNÓTICAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR

<i>Brown y Fromm, 1987</i>	<i>Golden et al., 1987</i>	<i>Olness y Gardner, 1988</i>
Evitación Distracción, interna y externa Regresión de edad Distorsión de tiempo	Relajación hipnótica y técnicas de distracción	Técnicas de Distracción Atención a "material no relacionado" Discusión de detalles de la lesión o procedimiento
Alivio Sugestión directa Hormigneo Analgesia Imaginada	Sugestiones directas e indirectas para analgesia	Sugestiones directas para hipnoanestesia Hormigneo Anestesia tópica Anestesia local
Alteración Memoria, significado o anticipación alterada Disociación	Transformación del dolor a otra parte del cuerpo o a otro tipo de sensación Técnicas disociativas y reestructuración cognitiva	Sugestiones de distanciamiento Llevando el dolor lejos de sí Transfiriendo el dolor a otra parte del cuerpo
Conciencia Focalización en las sensaciones y reacciones		Poniendo atención al dolor mismo - "globo acroestático"

A continuación se abordará una temática, que dentro de la hipnosis Ericksoniana, tiene una gran importancia, ya que su utilización ha demostrado ser de gran ayuda en los más diversos tratamientos hipnóticos, incluido el tratamiento hipnótico del dolor.

* METÁFORAS: USO DE COMO SUGESTIONES HIPNÓTICAS CON NIÑOS

Una metáfora es una forma lingüística, que hace una comparación implícita entre dos entidades diferentes (Lankton y Lankton, 1983). Sin embargo, desde el punto de vista terapéutico ericksoniano, no hay diferencias técnicas entre el uso de cuentos, anécdotas y metáforas.

El uso de metáforas en hipnosis es una estrategia poderosa, debido a que tienen la habilidad para evadir las resistencias conscientes de los pacientes; y llegar directamente al inconsciente. Además: "Es evidente que desde el punto de vista del desarrollo cognitivo, los niños estarán más dispuestos a responder a los cuentos, relatos o historias que los adultos. Afortunadamente, los niños no han perdido esa capacidad de imaginarse vívidamente los relatos que escuchan, y atribuyen carácter de realidad a esa imaginación. No es casualidad que los cuentos hayan sido la mejor forma de transmitir la cultura a los pequeños." (Pacheco, 1993)

Los esposos Lankton (1983), especialistas en el campo de las metáforas terapéuticas, afirman que cuando construyen metáforas para los niños, lo hacen basados en los mismos criterios diagnósticos y metas terapéuticas que utilizan con los adultos; lo que modifican es el contenido de las historias, las cuáles están adaptadas al nivel de comprensión de los niños. (Lankton y Lankton, 1989)

Estos autores sugieren los siguientes criterios a tomarse en cuenta al construir metáforas para los niños: (Lankton y Lankton, en Pacheco, 1993)

- 1.- Hacerlas apropiadas a la edad y grado escolar del niño, con un vocabulario comprensible para él.
- 2.- Hacer las historias cortas y con poco drama y detalles verbales ya que la capacidad de atención de los niños es más reducida que la del adolescente o el adulto.
- 3.- Crear las historias basadas en la realidad ya que los niños muestran una mayor identificación con los niños o las personas, que con los objetos inanimados. Los niños son capaces de identificar con rapidez a los personajes reales de los de fantasía.
- 4.- Usar la voz como un recurso dramático. Para muchos niños son adecuados los descensos y subidas en el tono de la voz para retratar a los personajes. Los niños se absorben más con el tono de la historia, mientras que los adultos prefieren más los dramas que son regulados por recursos sintácticos (selección de palabras).
- 5.- Relatar las historias lentamente y con énfasis porque cuando los niños escuchan el relato de una historia, responden más a través de la participación experiencial.

Ejemplo de metáfora terapéutica: Supóngase que ha hecho la entrevista al niño, y ha resultado ser un niño muy activo al cual le gustan mucho los deportes. En función de esta información, se podría construir una metáfora significativa para él, que pudiera evocar disociación y analgesia:

"Me gustaría saber, si eres capaz de ver una televisión delante de tí...cerca de tu mano está el control remoto para que puedas prenderla. Es probable que puedas prenderla y apagarla cuando quieras o lo estimes conveniente.

Me pregunto si serías lo suficientemente imaginativo para ver en ese televisor un partido de fútbol que grabó tu papá, sin que te dieras cuenta de cómo lo hacía; ese partido de fútbol donde jugaste tan bien, pero que después quedaste adolorido, ¿te acuerdas?. No es necesario que te esfuerces en recordar ya que la grabación tiene mejor memoria que cualquier persona.

Mira ese partido y ve como estás corriendo detrás de la pelota; estás contento, quieres ganar, quieres hacer un gol. ¿Puedes ver como te sentías?

Mira la tele, ve como un niño del equipo contrario te hace un foul cerca del área... caes al suelo... algo te incomoda unos segundos, pero algo es más importante... ¡estás cerca del área!... ¡puedes hacer un gol!... estás emocionado... tu equipo puede ganar si haces ese gol.

Colocas la pelota en la posición que tantas veces has practicado, sabes que triunfarás... Tomas impulso y comienzas a correr hacia el balón y le pegas con toda tus fuerzas... por un momento cierras tus ojos y sueñas... todo es posible en ese momento... abres los ojos y la pelota está entrando justo donde tu la tiraste... todo resulta como en el mejor de tus sueños, has ganado. Estás feliz en esa pantalla de televisión, todos te felicitan, te sientes bien ahí...

Ahora fijate bien en la película, después de terminado el partido miras tu rodilla, y la tienes raspada... pero ¿cuándo? ¿cómo?... no recuerdas en que momento fue... ¡si! el foul ¡ahí fue!... pero fue sólo incomodidad, no te diste mayor cuenta... había algo más importante: ganar... y viendo esa grabación, ambos podemos ver y sentir que lo lograste y que lo podrás seguir logrando.

Este ejemplo busca dar una idea de lo que se debe intentar con las metáforas: evocar capacidades internas del paciente, que lo ayuden a manejar su dolor.

Al igual que las metáforas, hay otras estrategias que resultan muy poderosas y eficaces en el abordaje hipnótico de los más diversos problemas humanos.

Una de estas estrategias es la auto-hipnosis. La auto-hipnosis ha demostrado ser eficaz desde la edad de la adolescencia en adelante. También ha demostrado ser una técnica muy adecuada para el manejo y control del dolor en los pacientes oncológicos adolescentes y mayores.

AUTO-HIPNOSIS NATURALÍSTICA

La auto-hipnosis naturalista, generalmente se relaciona con los ritmos ultradianos (ciclos que se repiten cada 90-120 minutos), cada vez que se produce uno es el momento oportuno para acceder a los mecanismos de curación inconscientes. Para realizar esto existen técnicas específicas que facilitan el proceso de evocación de los fenómenos hipnóticos, como por ejemplo el "dominio hemisférico nasal" o el "acercamiento naturalístico de las manos" (para más detalles ver Rossi, 1986).

Para entrenar a los pacientes en la auto-hipnosis no se requiere de mucho tiempo, sino que dedicación. Es por esto que se necesita por parte del paciente motivación, entrega y constancia.

Se ha discutido mucho acerca de la autohipnosis en el contexto específico de la intervención pediátrica. La autohipnosis es particularmente útil cuando el problema es recurrente, tal como un dolor de cabeza tipo migraña, o la enuresis nocturna.

Las ventajas de enseñar autohipnosis al adolescente incluyen:

- 1.- El adolescente experimenta una sensación de control y habilidad.
- 2.- Se refuerzan frecuentemente sugerencias terapéuticas y ejercicios de imaginación.

Es prudente agregar una sesión didáctica en la cual se explique el uso de la autohipnosis y de cómo y cuándo utilizarla.

Los adolescentes pueden utilizar fácilmente la autohipnosis teniendo una palabra de entrada secreta, la cual ellos puedan decir cuando estén en un lugar seguro y/o privado, o a través de repetir un procedimiento de inducción enseñado por el terapeuta, tal como la fijación de ojos en una moneda; una cinta de audio con una sesión de terapia grabada o un cuento de hadas personalizado puede constituir parte de la autohipnosis a ser practicada.

Los adolescentes pueden no estar dispuestos a usar autohipnosis si es que no están suficientemente motivados a resolver el problema, o si es que están muy preocupados de que la terapia terminará cuando ellos estén mejor, o por la interferencia de los padres.

Antes de comenzar a exponer la propuesta de trabajo, es conveniente hacer referencia al tema de las indicaciones y contraindicaciones para un tratamiento hipnoterapéutico con niños.

INDICACIONES Y CONTRA-INDICACIONES PARA EL USO DE HIPNOSIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hammond (1990, pp. 476-477), siguiendo a Olness y Gardner, sugiere las siguientes implicaciones del trabajo hipnótico con niños y adolescentes:

La hipnosis se indica:

1.- Cuando el paciente muestra disposición a responder a las inducciones hipnóticas.

Esto es correcto para quienes, como Hilgard y LeBaron <1984>, evalúan primero a través de escalas la "susceptibilidad" hipnótica la respuesta del niño y adolescente. Podríamos esperar que un terapeuta "ericksoniano" estudiara cuidadosamente a su paciente y diseñara un acercamiento hipnótico "hecho a medida" de aquel.

2.- Cuando se ha demostrado que el problema es tratable a través de hipnosis.

A esto se agrega, además, que el terapeuta ha hecho un buen análisis diagnóstico del problema en cuestión, y ha tratado de determinar el rol que juegan los síntomas en el sistema familiar; y los tratará, consecuentemente.

En este punto es interesante recordar que los acercamientos hipnóticos son más bien intrapersonales que interpersonales, aunque en la estrategia hipnótica -o contenido del tratamiento- pueden incluirse variables interpersonales entre el paciente y su entorno. Aún así, cuando el terapeuta determina que la sintomatología juega un papel de estabilizador dentro de un sistema familiar, y no trata al sistema como paciente, sus esfuerzos hipnóticos fracasarán.

3.- Cuando hay una relación positiva entre el terapeuta y el niño o el adolescente.

4.- Cuando el paciente posee suficiente motivación para remediar la queja.

5.- Cuando los padres o cuidadores aprueban el plan de tratamiento.

6.- Cuando el uso de la hipnosis no ocasionará daño iatrogénico.

Contra-indicaciones:

El uso de hipnosis está contra-indicado en las siguientes situaciones:

1.- Cuando las expectativas o deseos de los padres, en relación al uso de la hipnosis, se contraponen a las necesidades del hijo.

2.- Cuando el niño no posee motivación para el cambio. Esto es especialmente crucial en aquellos casos en que el paciente adolescente es obligado a asistir a psicoterapia, ya sea por deseos de los padres, cuidadores o la escuela. El terapeuta debiera tratar tales casos como lo haría con un paciente resistente.

3.- Cuando el terapeuta no posee los conocimientos relativos a las distintas etapas del desarrollo psicológico infanto-juvenil. El desarrollo de habilidades para llevar a los pacientes al trance hipnótico, no es condición suficiente para garantizar el éxito de la intervención hipnótica.

4.- Cuando el caso requiere, principalmente, una intervención a nivel biológico (médico-pediátrica), sería iatrogénico tratar al paciente solamente con hipnosis (o psicoterapia).

5.- Cuando el tratamiento puede implicar daño físico al paciente (por ejemplo, el uso de acercamientos hipnóticos para favorecer el rendimiento atlético).

6.- Cuando el uso de la hipnosis podría agravar un problema psicológico existente o crear uno adicional. (Por ejemplo, crear una amnesia de un evento sin haberlo reencuadrado primero; o acceder un evento traumático sin haber considerado primero la conveniencia de tal procedimiento o ser incapaz de enfrentar terapéuticamente el trauma accesado).

7.- Cuando un problema sería tratable de una manera más eficaz a través de otro tipo de intervención psicoterapéutica.

8.- Cuando el paciente es referido a hipnosis en base a un diagnóstico erróneo.

A pesar de que en las líneas anteriores se manifiestan una serie de contraindicaciones para el tratamiento hipnoterapéutico, también es cierto que la hipnosis ha demostrado, tanto en el campo clínico como experimental, ser una herramienta valiosa, por ser extremadamente útil y eficaz en el manejo y control del dolor en niños y adolescentes, sobre todo si es llevada a cabo por un terapeuta calificado en dichas técnicas.

Con la revisión de este tema, se da por finalizado el estudio teórico del cáncer, dolor e hipnosis.

A continuación, se realizará una síntesis del material expuesto para posteriormente, presentar la propuesta de intervención hipnótica en pacientes oncológicos infantiles y juveniles con leucemia linfoblástica aguda.



SÍNTESIS

En este capítulo se entrega una síntesis del material anteriormente presentado, cuyo objetivo es establecer claramente cuál es el fenómeno a abordar y mediante qué estrategias se realizará dicho abordaje.

Es posible establecer un punto de partida para identificar el fenómeno. La medicina, a pesar de controlar y evitar la mayoría de las enfermedades, aún tiene un desafío pendiente: *las enfermedades crónicas no transmisibles*.

Entre estas enfermedades se encuentra el cáncer que, como se ha visto, puede tener una gran variedad de presentaciones. A pesar de esta variedad, se ha establecido estadísticamente que la leucemia tiene una frecuencia de aparición significativa.

A pesar de que la incidencia es baja, se puede asegurar que la leucemia es el cáncer más frecuente en niños en Chile, cada año enferman 400 nuevos casos. (Barriga, 1993, comunicación personal)

Estos 400 casos pueden parecer pocos, pero sin lugar a dudas son muy significativos, tanto para el paciente que lo sufre como para su familia. El equipo médico tratante también se ve fuertemente involucrado, profesional y emocionalmente.

Estos tres subsistemas forman el denominado sistema oncológico, es decir, un sistema que a partir del momento del diagnóstico comienza a interactuar, de manera estable en el tiempo para conseguir un objetivo: *recuperar la salud de la persona enferma de cáncer*.

Se ha podido establecer en las páginas anteriores, que cuando ha comenzado la lucha por recuperar la salud, el paciente necesariamente se encontrará con un mundo que se le presentará

hostil y peligroso, ya que el tratamiento contra el cáncer es extremadamente agresivo.

En esta lucha el paciente se deberá enfrentar, en algunas circunstancias, con el dolor. Este es el caso de los pacientes que sufren de leucemia. Aunque se ha podido establecer que la leucemia en sí no es dolorosa, también se ha manifestado que su tratamiento sí lo es, y en algunos casos puede llegar a niveles en donde el paciente debe permanecer de manera constante bajo el efecto de drogas, como la morfina, para soportar el dolor.

Una vez que el paciente se ha encontrado con el dolor, éste no debe quedarse como un mero espectador de su sufrimiento, debe ir a buscar un significado personal de su dolor y desde ahí comenzar a luchar, ya sea para aceptar la presencia de este dolor, o para encontrar el camino para aliviarlo.

Desde la perspectiva anterior, también se podría decir que la forma en que nos enfrentamos al dolor está directamente relacionada con la forma en que lo comprendemos, es decir, si suponemos que el dolor es un complejo constructo neuropsicofisiológico y que para un buen manejo de él, en algunos casos se requiere de un equipo interdisciplinario.

El abordaje interdisciplinario se hace cada vez más necesario, debido a que las últimas investigaciones han revelado que hay muchos factores de carácter central que intervienen en la modulación del dolor, como también muchos elementos de carácter fisiológico que se deben considerar para un buen manejo del dolor. Además se debe agregar la participación indudable de la conciencia, la emoción, el significado y el contexto social en la construcción del dolor que experimenta el paciente.

En líneas generales, los dolores producidos por el cáncer se pueden dividir en dos grandes grupos: orgánicos y psicológicos.

La división anterior, una vez más, abre la posibilidad para que el abordaje del dolor sea a través de diferentes especialidades profesionales que, trabajando mancomunadamente, puedan ayudar al paciente a tener una mejor calidad de vida, a pesar de su enfermedad.

Se puede decir, que el dolor en el cáncer está relacionado con diversos factores los principales de estos son:

- 1.- complicaciones directas de la enfermedad.
- 2.- el tratamiento del cáncer.

Ahora bien, el caso de la leucemia es muy particular, ya que en esta enfermedad habitualmente no se presentan síntomas dolorosos asociados directamente a ella; sin embargo, el tratamiento de esta enfermedad puede traer como consecuencia la presencia de dolor. Este es un dolor que no es ni agudo ni crónico; es el denominado dolor agudo recurrente: un dolor que no es ni permanente ni continuo, por lo que no es crónico. Pero tampoco satisface los criterios del dolor agudo, en el cual el individuo que lo sufre sabe que es temporal y que se le va a pasar; sino todo lo contrario, el paciente sabe que ese dolor puede volver una y otra vez.

Se ha descrito el tratamiento de la leucemia como de una duración aproximada de 6 meses, período en el cual se aplican las drogas en forma intensiva, dividiéndose en las siguientes tres fases:

- 1) Quimioterapia productora de remisión,
- 2) Profilaxis para el sistema nervioso central, e
- 3) Intensificación del tratamiento.

Durante cada una de estas fases se aplican drogas a través de las vías oral, intramuscular, endovenosa e intratecal. Cada una de estas vías involucra la presencia de dolor, en diferente magnitud.

Las drogas aplicadas tienen por objetivo producir inmunosupresión para lograr que las células leucémicas desaparezcan; sin embargo, producen también ciertos efectos colaterales que involucran dolor y alteraciones de la calidad de vida de los pacientes.

Por lo tanto, si bien muchas veces la enfermedad misma es indolora, el tratamiento que se aplica a quienes la padecen se realiza a través de ciertos procedimientos y conlleva una serie de efectos colaterales que producen, de manera directa o indirecta, algún grado de dolor:

1.- Dolor por los medicamentos (efecto colateral):

a.- Mucositis

2.- Dolor por los procedimientos médicos:

a.- Inyección intramuscular (l-asparaginasa)

b.- Mielograma (absorción de médula ósea)

c.- Intratecal (punción lumbar)

Una vez que se estableció a la leucemia y sus efectos asociados, como la afección-objetivo para ser abordada desde la psicología, se debió justificar el uso de estrategias psicológicas para dicho abordaje.

Al comenzar a revisar la bibliografía, se fue encontrando un sinnúmero de publicaciones en donde la psicología, a través de sus técnicas psicológicas, era utilizada como herramienta para abordar fenómenos asociados al dolor (tensión muscular, depresión, atención, concentración, etc.).

Sin embargo, también se fue encontrando evidencia de la gran cantidad de factores psicológicos involucrados directamente en la percepción y mantención del dolor, por lo que restale importancia a las intervenciones psicológicas, para el abordaje directo del dolor fue pareciendo inadecuado.

Desde la psicología, se pudo identificar cuatro variables principales que modulaban el dolor: la expectativa, los elementos angustiosos, la interpretación de los síntomas y el control percibido.

Estas cuatro variables por sí mismas, permitirían y justificarían el uso de intervenciones psicológicas para disminuir la presencia del dolor, ya que modificando una o más de estas variables, se podría encontrar un alivio significativo del dolor.

Se han comprobado, a lo largo de la revisión realizada, los efectos positivos de las intervenciones psicológicas en, al menos, algunos aspectos del funcionamiento psicológico o somático del paciente.

Por otro lado, aunque las intervenciones psicológicas son efectivas para reducir los efectos colaterales de la quimioterapia en muchos pacientes, ellas no son efectivas con todos los pacientes.

Hay, al menos, dos tipos de factores que podrían estar contribuyendo a este hecho. Primero, no todos los pacientes oncológicos en quimioterapia, están dispuestos a intentar o a continuar un tratamiento mediante intervenciones psicológicas. Segundo, no todos los pacientes que tratan con técnicas psicológicas, se benefician de ellas.

También se han destacado los posibles mecanismos de acción de las intervenciones psicológicas y el por qué de su efectividad en el manejo y control del dolor. Estos mecanismos posibles son:

- 1.- factores no específicos, como efecto placebo, expectación positiva; a veces lo inusual del tratamiento, etc.
- 2.- relajación fisiológica.
- 3.- contracondicionamiento.
- 4.- diversificación o redirección de la atención.
- 5.- percepción aumentada de auto-eficacia y maestría.

Se ha podido establecer, hasta este punto, que las intervenciones psicológicas son más efectivas cuando se introducen tempranamente en los tratamientos del cáncer; aunque también son de utilidad si se aplican con posterioridad.

Además, muchas técnicas psicológicas han probado ser de utilidad para reducir la ansiedad al tratamiento oncológico y así colaborar en que el paciente se someta a éste.

Finalmente, aunque los resultados son altamente positivos, ningún tratamiento solo parece ser efectivo uniformemente con todos los pacientes. Esto implica que es necesario combinar tratamientos, tanto médicos con psicológicos como más de un tratamiento psicológico para que la intervención sea exitosa.

En este punto, se debe concluir que es necesario que el tratamiento psicológico sea llevado a cabo por un psicoterapeuta entrenado, ya que las investigaciones realizadas demuestran...

Dentro de las estrategias psicológicas se mencionó a la hipnosis como una de las posibles de utilizar.

Creemos que se ha podido justificar teóricamente, hasta este punto, que la hipnosis satisface los criterios que hacen que una estrategia psicológica sea eficaz en el manejo y control del dolor.

Se ha podido mostrado que la hipnosis Ericksoniana es un estado especial de conciencia en el cual el paciente está más receptivo a la presentación de ideas y está así más motivado para explorar sus propios potenciales corporales para el control de sus respuestas psicológicas, fisiológicas y de comportamiento.

Erickson creía que las personas tienen dentro de sí las capacidades naturales necesarias para superar dificultades, resolver problemas, entrar en trance y experimentar todos los fenómenos del trance. Su

enfoque consistía en ayudar a que esas capacidades naturales emergieran.

Esto implica que es un fenómeno de ocurrencia general y natural (de ahí que denota una de sus características distintivas, como es su orientación naturalística), que le puede suceder a cualquier persona, sólo se tienen que dar las circunstancias adecuadas.

Otra observación relevante que se puede hacer al analizar lo anterior, es que la respuesta hipnótica involucra eventualmente todos los niveles de respuesta posible para un ser humano, es decir, el psicológico, el fisiológico y el conductual. Y es por esto que las técnicas hipnóticas pueden llegar a ser tan potentes en sus resultados.

Los atributos o suposiciones que involucra el trance hipnótico son:

- 1.- *percepción alterada*
- 2.- *pensamiento alterado*
- 3.- *acceso al inconsciente*
- 4.- *procesos involuntarios*

Al analizar los atributos arriba presentados nos podemos dar cuenta que a través de estos cambios, se pueden obtener todas las condiciones necesarias para que una intervención psicológica sea efectiva en el manejo y control del dolor.

La hipnoterapia ericksoniana se centra en dos procesos:

- 1.- la construcción de la disposición a responder (del paciente).
- 2.- el acceso a los recursos (del paciente).

El grado de disposición a responder mínimo varía entre los individuos, por lo tanto, tiene sentido que en la hipnosis ericksoniana se realcen las diferencias individuales y se desarrollen tratamientos a la medida del paciente.

Es importante hacer notar que los recursos con los que trabajaba Erickson, eran recursos que estaban dentro del paciente, recursos que se habían generado en la experiencia vital del paciente.

El proceso de acceder los recursos consiste básicamente en buscar aspectos de la situación actual que puedan ser usados en la situación de terapia, para lograr los objetivos o metas terapéuticas.

La forma de acceder a estas experiencias y potencialidades, es recurriendo a técnicas indirectas que evadan las resistencias aprendidas durante la vida, y de esta forma recuperarlas en beneficio de la vida futura. En los niños estas resistencias debieran, al menos teóricamente, ser menos poderosas.

Con el sistema propuesto (incluir las resistencias) se introduce una variable de aceptación total de las conductas, pensamientos, valores, etc. que presenta el paciente; lo que permite que a través de ellos se avance en la terapia, con menor grado de interferencia por parte del paciente.

Las palabras del terapeuta, no ponen nada en el sujeto; sólo sirven como un estímulo para evocar secuencias de experiencias presentes en él, y luego crear situaciones en las cuales esos sistemas o secuencias pueden ser actualizados como una realidad presente.

La forma de acceder a los recursos es elicitando los llamados fenómenos hipnóticos y utilizándolos en beneficio del paciente.

La importancia de los fenómenos hipnóticos, radica en que es a través de su evocación y utilización, que se construye la terapia hipnótica.

También se pudo establecer cuáles eran los fenómenos hipnóticos a utilizar para lograr establecer el manejo y control del dolor en los pacientes oncológicos infantiles y juveniles.

Estos fenómenos son: desplazamiento del dolor, anestesia, analgesia, disociación, distorsión de tiempo, amnesia, sugerencias post-hipnóticas y autohipnosis.

Para entrenar a los pacientes en la auto-hipnosis no se requiere de mucho tiempo, sino que dedicación. Es por esto que se necesita por parte del paciente motivación, entrega y constancia.

Sin embargo cuando el problema a abordar es el manejo y control del dolor, la literatura indica que en los niños menores de 12 años, la autohipnosis no es tan eficaz como en los adolescentes. Por lo tanto, para los efectos de la intervención que más adelante se propone, sólo se describirá la autohipnosis para la edad de 12 o más años.

Otra forma de hacer surgir esas capacidades naturales es utilizando las metáforas terapéuticas.

El uso de metáforas en hipnosis es una estrategia poderosa, debido a que tienen la habilidad para evadir las resistencias conscientes de los pacientes; y llegar directamente al inconsciente. Además, es evidente que desde el punto de vista del desarrollo cognitivo, los niños estarán más dispuestos a responder a los cuentos, relatos o historias que los adultos.

En resumen, la hipnosis:

- 1.- puede eliminar, o al menos reducir significativamente el dolor;
- 2.- no posee efectos colaterales demostrados;

- 3.- facilita otros tratamientos que esté recibiendo el paciente;
- 4.- permite que el paciente aprenda a usar por sí mismo el tratamiento lo cual lo hace menos dependiente del cuidado de otras personas.

Por último y para finalizar este capítulo se indica que, la meta de la terapia, podría ser asistir al niño o al adolescente, a que aprenda a conducir su vida tan normalmente como sea posible, dada las circunstancias por las que atraviesa.

El primer objetivo de la intervención psicológica cuando se está ante la presencia de dolor atribuible a la enfermedad, es disminuir las cargas afectivas negativas que componen el dolor. Debe recordarse que para los niños muy chicos, debido a su limitado concepto de la muerte, el ominoso pronóstico que su enfermedad puede acarrear, puede no ser la fuente principal de los afectos negativos, como es probable que suceda en el caso de los niños mayores y de los adultos.

Restricciones en el juego, en el contacto con la familia y amigos, cambios en el físico y la disminución en la habilidad para tomar parte en sus actividades favoritas pueden ser, con largueza, factores más importantes.

Se ha sugerido como una alternativa absolutamente necesaria, que los niños sean razonablemente bien informados por adelantado de todo lo que va a ocurrir y principalmente utilizar "técnicas de distracción" en el momento de los procedimientos médicos. La distracción (producida por cualquier medio [la hipnosis ericksoniana posee una gran variedad de estrategias que pueden producir este efecto]), es más fácilmente aplicable en niños que en adultos y puede ser altamente efectiva en disminuir la percepción del dolor.

Los procedimientos de distracción deberían ser planificados de acuerdo al nivel de comprensión de los niños y su objetivo es evitar la ansiedad y temores innecesarios, y como se ha visto anteriormente, evitar que aumente la percepción del dolor (que se deba a estos procesos).

Se puede concluir entonces, que hay dos metas primarias en el tratamiento psicológico que abordará el problema del dolor en los pacientes que sufren de leucemia:

- 1.- Favorecer que los mecanismos psicológicos que están asociados a factores que aumentan la percepción del dolor sean minimizados.
- 2.- Estimular la inhibición cognitiva, conductual, emocional y fisiológica de las señales productoras del dolor, a través de cualquier procedimiento hipnótico que acarree esta consecuencia.

*PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
PARA EL MANEJO Y CONTROL
DEL DOLOR EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS
INFANTILES Y JUVENILES CON
LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA*

INTRODUCCIÓN

Para el desarrollo de cualquier intervención psicológica, es necesario conocer numerosos elementos que pudieran influir en el resultado de dicha intervención.

La intervención propuesta es una intervención hipnótica en el contexto de pacientes oncológicos infantiles y juveniles, tratados en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Aunque la propuesta está desarrollada en este contexto, es fácil de adaptar a otras situaciones, que pueden ser: atención de pacientes en la práctica psicoterapéutica privada o en otros contextos hospitalarios.

Para los autores de esta memoria, el universo de pacientes oncológicos al que se refieren, lo componen adolescentes y niños. En la experiencia del Hospital Clínico, el grupo de pacientes se distribuye, por edad, desde los 6 meses hasta los 20 años. Desde el nacimiento hasta la adolescencia se recorren varias etapas en el desarrollo. El nivel de desarrollo se refiere a un amplio rango de estados físicos, cognitivos, lingüísticos, emocionales y

sociales (Wall, 1991). De estos estados, los que más se relacionan con la hipnosis son: el desarrollo cognitivo, emocional y el lenguaje.

"La hipnosis es en parte un vehículo, por el cual nosotros damos al paciente herramientas para transformar el código cognitivo o de lenguaje en una respuesta física o emocional." (Wall, 1991, pág. 3). Por esta razón y para lograr estructurar intervenciones hipnóticas que respeten el nivel de desarrollo en el que el niño se encuentra, es que se abordará a la psicología evolutiva, como un marco de referencia teórico que permita entender cuáles son las características normales de cada etapa del desarrollo que atraviesan niños y adolescentes.

Para lograr este objetivo, se describen, junto a las intervenciones por edad, los elementos de la teoría de Jean Piaget sobre el desarrollo cognitivo, y de Erik Erikson sobre el desarrollo psicológico emocional-social, que se consideran más relevantes, desde el punto de vista de la intervención hipnótica.

Se concibe como fundamental, para el uso de técnicas hipnóticas en el control del dolor en niños, lo siguiente:

1.- Lograr el apoyo de los padres para esta intervención; el momento oportuno para abordar a los padres es al comienzo del tratamiento oncológico, cuando la familia del paciente tiene sus primeras entrevistas con el equipo de salud. Generalmente esto ocurre durante la primera hospitalización.

2.- Establecer un buen rapport con el niño.

3.- Presentar la intervención hipnótica de modo que se adecúe al estilo familiar y al difícil momento que enfrenta tanto la familia como el paciente.

4.- Explicar la intervención, en su totalidad, como una técnica más, evitando cualquier explicación que pudiera hacer que la familia la confunda o la entienda como un evento mágico.

5.- Debe quedar claro que es una técnica psicoterapéutica, cuya eficacia varía según el caso, por lo que hay niños y adolescentes con los cuales será difícil lograr éxitos. Esta es una técnica que con niños puede resultar fácil, pero no simple (Wall, 1991).

6.- Es necesario estimular a la familia a manifestar todas las dudas e inquietudes que pudiesen tener al respecto. Para que todo esto se entienda más claramente, es aconsejable facilitar literatura relacionada, que pudiese clarificar y fundamentar el uso de técnicas hipnóticas con niños que presentan dolor por el tratamiento del cáncer.

En niños menores de 8 años, el énfasis del logro del rapport debe estar dirigido hacia los padres, ya que serán ellos quienes tomen la decisión, es decir, si aceptan o no la intervención.

En pacientes mayores de 9 años, las explicaciones deben dirigirse fundamentalmente al paciente, quien suele ser el que decide si acepta o no someterse a la intervención.

Una vez que la familia y el paciente han aceptado la intervención, las siguientes entrevistas deben estar dirigidas ha lograr establecer un clima de confianza con el terapeuta. En niños menores de 12 años es recomendable establecer el vínculo a través del juego, por lo que es necesario contar con material con el cual hacerlo.

En niños mayores de 12 años lo recomendable es lograrlo a través de conversaciones de temas cotidianos y de interés para el niño.

Durante estas entrevistas, el terapeuta debe recoger toda aquella información del niño que luego pueda utilizarse para establecer las inducciones y sugerencias hipnóticas. Algunas de estas informaciones relevantes las constituyen los canales perceptuales más utilizados por el niño; información sobre las actividades de interés para el niño; lugares, juguetes, personajes favoritos; fantasías, experiencias emotivas, etc., como también experiencias y cosas que le provoquen rechazo; y todos los elementos que el terapeuta considere útiles para su eventual uso en una sesión de hipnoterapia.

También es importante intentar lograr, durante estas primeras entrevistas, algún pequeño éxito con alguna técnica de inducción como por ejemplo, fijación de ojos, para luego reforzar la idea en el paciente y su familia de que es posible que el niño lo logre.

Para lograr dicho objetivo, pueden usarse y combinarse creativamente, muchas técnicas de inducción. Los métodos de inducción incluyen: imaginería visual, auditiva y de movimiento, cuentos; técnicas ideomotoras; relajación progresiva; métodos de distracción y de utilización.

Todos estos métodos deben ser específicos y diseñados para cada edad en particular. Debido a esto, el manejo de la psicología evolutiva es importante.

Una última consideración se refiere a la intervención misma. Se debe alentar, mas no demandar, que los niños practiquen sus habilidades para el manejo y control hipnótico del dolor, usando variaciones o nuevos métodos que ellos puedan desarrollar. En los niños más seguros de sus habilidades, es más probable que las ocupen en cualquier ocasión que sea apropiado hacerlo.

Luego de aplicada la intervención, otras formas de ayudar a los niños a consolidar lo adquirido son: cintas de audio, películas de

video, acciones de los padres como aliados del terapeuta, reuniones de grupo y contacto con otros pacientes que hayan tenido éxito usando hipnosis en el control del dolor.

Después de varias sesiones de consolidación de lo aprendido, el terapeuta puede sugerir al niño, qué tipo de ejercicio de imaginaria o relajación puede ser más adecuado y útil. Este puede ser grabado sobre la pieza musical favorita del niño, si es que éste quiere, y tenerla disponible en un aparato estereofónico durante los procedimientos.

El niño también puede ser animado a grabarse a si mismo guiándose en un ejercicio de relajación; lo que también puede sobreponerse a la música que le guste.

El terapeuta también puede estimular al niño que es hábil en su manejo hipnótico del dolor a ser el terapeuta entrenador de otros niños. Esto le da confianza al niño que esta enseñando y les dará esperanzas a los niños que están aprendiendo.

A continuación se describirán la intervenciones propuestas para cada etapa del desarrollo, desde el nacimiento hasta los 18 años aproximadamente. Esta división resulta de la experiencia acumulada en relación a la eficacia de las intervenciones hipnóticas a cada edad.

La estructura que tendrá intervención sugerida es la siguiente:

DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DE DESARROLLO.

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE INDUCCIÓN PARA LA EDAD DE DESARROLLO.

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE SUGESTIONES PARA LA EDAD DE DESARROLLO.

TRATAMIENTO HIPNOTERAPIA PARA LA EDAD DE DESARROLLO.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO/HIPNOSIS PARA LA EDAD DE DESARROLLO.

INTERVENCIÓN EN NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS

DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DEL DESARROLLO

Lactancia (0 - 2 años aproximadamente): Desde el punto de vista de Erikson, esta etapa es de confianza v/s desconfianza básica, en donde la dependencia de otros es total. La presencia de la madre es primordial, ya que ella representa al mundo en la satisfacción o no de las necesidades del recién nacido. A mayor satisfacción contingente de las necesidades, mayor será la confianza que el niño desarrollará en su relación con el mundo.

Desde la perspectiva de Piaget, la etapa en que estaría el niño es la etapa sensorio motriz: durante esta etapa la conducta se organiza en función de la interacción con el medio a través de la acción práctica (Cerfogli 1991).

Es en la interacción con el mundo, en donde el niño experimenta el contacto con las personas y objetos, generándose el conocimiento sensoriomotriz de las propias conductas y de los efectos de la realidad sobre el organismo. A medida que el niño interactúa con el medio, va incorporando hábitos y percepciones organizadas, constituyendo así nuevas conductas: esquemas mediante los cuales se van formando relaciones, que se hacen más complejas a medida que el niño va madurando neurológicamente (Maier, 1969).

Desde el punto de vista del desarrollo del lenguaje, en esta etapa el lenguaje verbal no se ha formulado aún, pudiendo existir balbuceos de palabras o sílabas. (Wall, 1991)

Dada las características anteriormente mencionadas, no es posible utilizar técnicas hipnóticas formales.

Por estas mismas características, lo que ha resultado más eficaz es utilizar los vínculos afectivos con los padres y la relación con algunos objetos significativos en técnicas de distracción, desfocalizando al niño del dolor al que ha sido expuesto.

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE INDUCCIÓN

No se utilizan a esta edad.

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE SUGESTIONES

No se utilizan a esta edad.

TRATAMIENTO HIPNOTERAPÉUTICO

Fase de acercamiento

1ª sesión: entrevista con los padres (antes día 0, período de diagnóstico).

Entrega de información acerca del tratamiento.

2ª sesión: momento en que los padres contestan si aceptan o rechazan la hipnoterapia.

Responder dudas y entregar material de apoyo a la intervención hipnótica (antes día 0, período de diagnóstico).

Fase de tratamiento y sesiones de hipnoterapia

1ª sesión: día 2 técnicas de distracción¹

2ª sesión: día 5 técnicas de distracción

3ª sesión: día 8 técnicas de distracción

4ª sesión: día 12 (asparaginasa intramuscular) técnicas de distracción

¹ Según Hall (1991), los métodos que prestan mayor utilidad son aquellos que estimulan el uso de la percepción, por lo tanto cualquier estrategia que llame la atención del lactante podría ser eficaz para desviar su atención del dolor. En este sentido, los padres del niño se transformarán en los verdaderos terapeutas de su hijo, ya que son ellos los que mejor saben cómo atraer la atención de su hijo y cómo mantenerla.

- 5ª sesión: día 15 (asparaginasa intramuscular, intratecal, mielograma) técnicas de distracción(ver pie de pág.en 191)
- 6ª sesión: día 18 (asparaginasa intramuscular) técnicas de distracción
- 7ª sesión: día 21 (asparaginasa intramuscular) técnicas de distracción
- 8ª sesión: día 24 (asparaginasa intramuscular) técnicas de distracción
- 9ª sesión: día 27 (asparaginasa intramuscular) técnicas de distracción
- 10ª sesión: día 29 (intratecal) técnicas de distracción
- 11ª sesión: día 30 (asparaginasa intramuscular) técnicas de distracción
- 12ª sesión: día 32 (mielograma) técnicas de distracción
- 13ª sesión: día 33 (asparaginasa intramuscular) técnicas de distracción

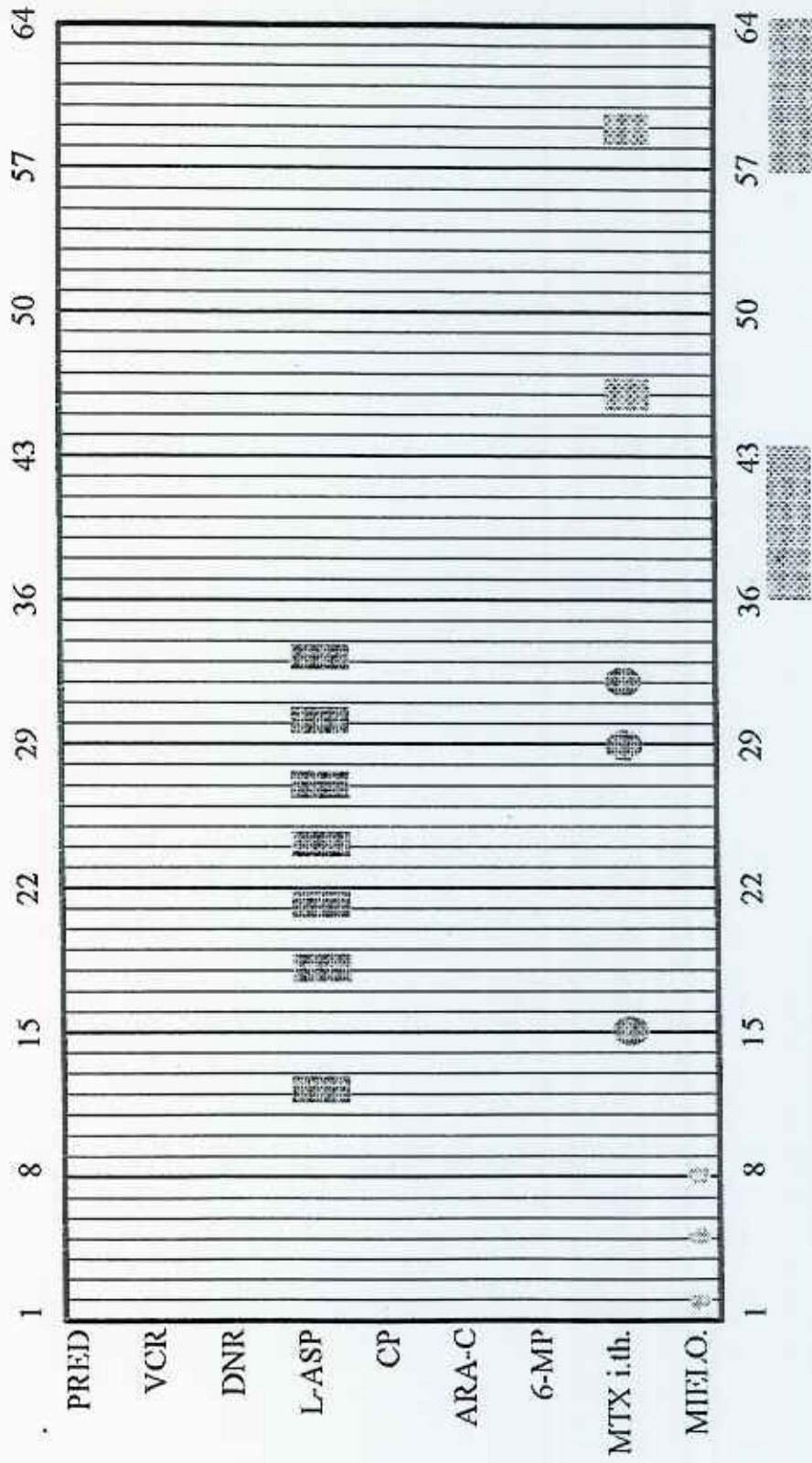
A continuación se presentan los cuadros que indican los momentos en que se hará cada intervención hipnótica en el protocolo de tratamiento.

La intervención propuesta abarca sólo el primer protocolo de tratamiento, lo que no implica que el tratamiento termine ahí.

Después de aplicada esta intervención, se deberá evaluar si se continúa con más sesiones o se suspende.

Lo importante, si se continúa, es que los protocolos restantes permiten ir identificando en que momentos hacer las intervenciones.

PROTOCOLO I / HIPNOSIS



○ = INTERVENCIÓN SIN DOLOR

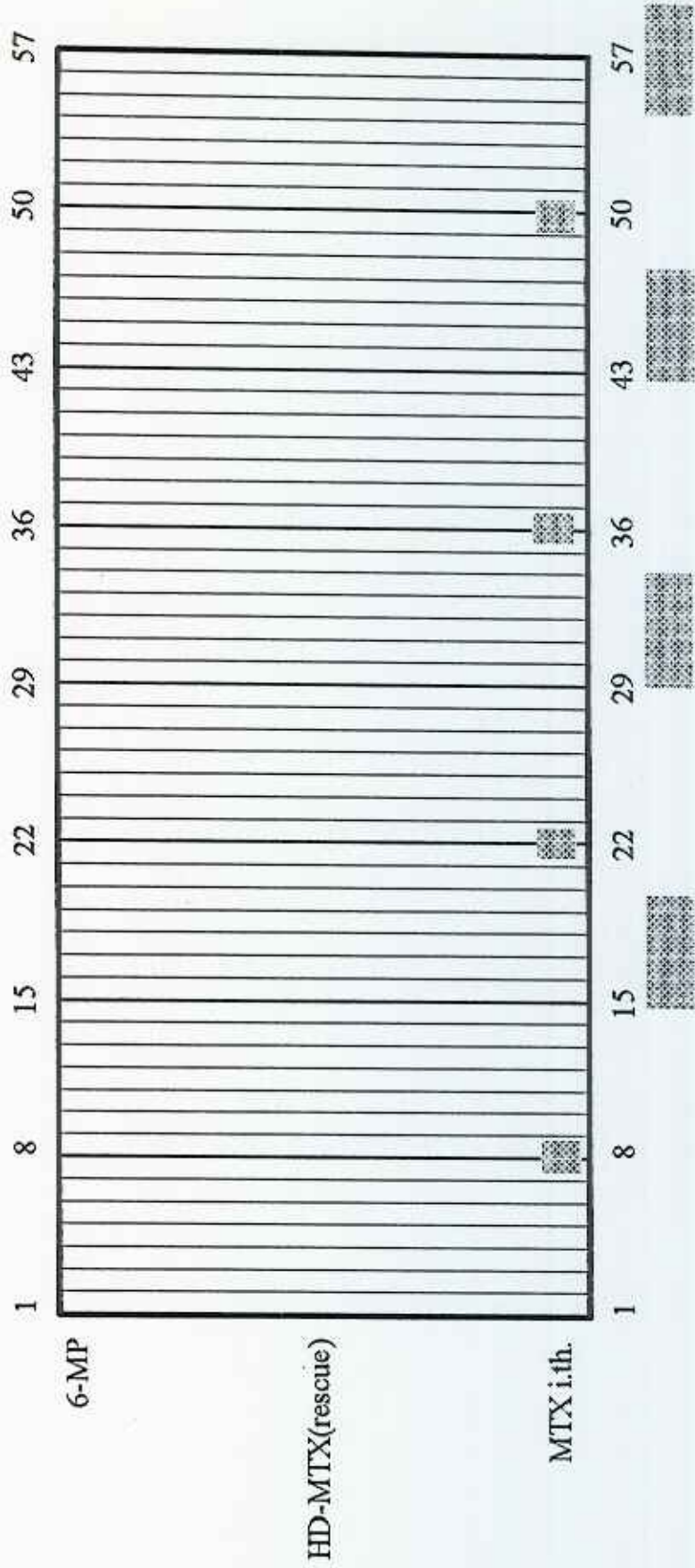
▬ = INTERVENCIÓN CON DOLOR DE MEDIANA INTENSIDAD

● = INTERVENCIÓN CON DOLOR MUY INTENSO

▨ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

▩ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

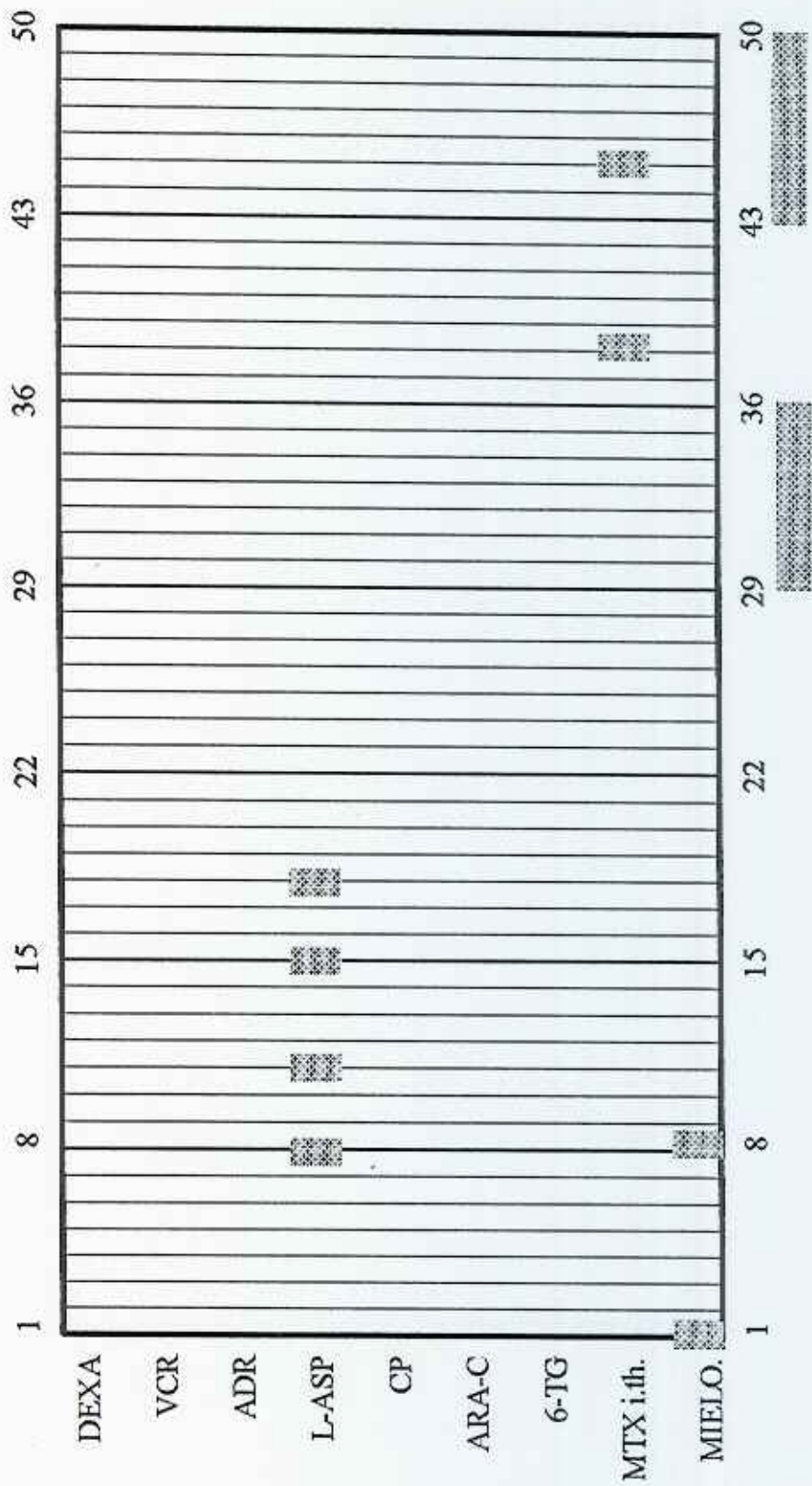
PROTOCOLO M / HIPNOSIS



■ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

■ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

PROTOCOLO II/HIPNOSIS



= INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

= INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

INTERVENCIÓN EN NIÑOS DE 2 A 7 AÑOS

DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DEL DESARROLLO

Primera infancia o edad preescolar (2 - 6 años aproximadamente)
En la teoría de Erikson, en este rango de edad el niño atraviesa por dos etapas: "autonomía v/s vergüenza y duda". Es la etapa en que el niño desea explorar, controlar y manipular su mundo. Esto deriva en la autonomía en la medida en que los padres, de un modo gradual, permitan que el niño controle las actividades y elecciones que afectan a su vida, al mismo tiempo que se establecen reglas y límites que le provean de protección y guía. (Cerfogli et al., 1991)

La segunda etapa descrita por Erikson, vivida en este rango de edad, es "iniciativa v/s culpa". El niño se define por objetivos que tienen que ver con sus logros, define metas y lo intenta, lo que constituye la "Iniciativa". La resolución exitosa de esta etapa depende del logro repetido de metas y del recibimiento de aprobación por las metas elegidas. La culpa proviene de la desaprobación de otros por el no logro de los objetivos o de los objetivos puestos como metas.

Al trabajar en hipnosis con niños de esta etapa es importante motivarlos a establecer fenómenos hipnóticos en los cuáles sea el propio niño quien establezca sus objetivos, y si no lo lograra, es importante vigilar que no sienta culpa por el fracaso.

En el desarrollo cognoscitivo, según Piaget, la etapa que se estaría desarrollando es la etapa preoperacional o preoperativa. En esta etapa, el niño ya posee lenguaje y es capaz de un pensamiento

simbólico. Por ejemplo: aunque no puede comprender que cuando junta piedritas de colores está estableciendo una categoría, tampoco comprende las cosas desde un punto de vista diferente al suyo mostrando una posición de egocentrismo (Musssen, 1984).

Desde el punto de vista de las intervenciones hipnóticas, el niño ya comprende las metáforas. Esto es posible si van acompañadas de estímulos perceptuales, visuales. Las relaciones comprendidas con el uso del "por qué" y "sí" dan la posibilidad de hacer más complejas las metáforas. (Wall, 1991)

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE INDUCCIONES

Técnicas de distracción

(4 a + años) Focalizando la atención en un material distinto:

Los niños menores a menudo obtienen algún alivio del dolor si el terapeuta les cuenta una historia, aún si tiene elementos originales o con variaciones ridículas, tales como un cambio en los personajes. Por ejemplo, "Hace mucho tiempo habían tres pequeños lobitos y un cerdo grande y malo" o en los roles "Una vez había un lobo que gritaba ¡viene el niño! ¡viene el niño!". Los niños mayores pueden ser distraídos a través de discusiones que involucren áreas de su interés, tales como el deporte o la música.

(4 a + años) Focalizando la atención en el procedimiento o en la lesión:

Este método es especialmente útil en aquellos niños cuya principal característica defensiva son las habilidades cognitivas. El terapeuta puede sugerirle al niño que describa la lesión en detalle, cómo ocurrió ésta, cómo reaccionaron los otros y todo lo relacionado con lo que ocurrió. En el caso de un procedimiento doloroso, el terapeuta describe varios de los instrumentos y le pide al niño que lo ayude sosteniendo los instrumentos o vendas, que cuente las suturas, o que compruebe el tiempo en diversos

momentos.

(4 a + años) Focalizándose en el menor de dos males:

Si un niño siente tanto dolor como frío, el terapeuta puede focalizarlo en el frío. Por ejemplo si un niño va a ser sometido a un procedimiento en la espina dorsal y también a una inyección intravenosa, el terapeuta lo puede focalizar sobre la intravenosa.

(5 a + años) Fijación de ojos en una moneda:

Al niño se le incentiva a tomar una moneda entre el pulgar y el dedo índice, con la mano elevada manteniendo el brazo extendido; mientras se dan sugerencias para que tanto el brazo como los ojos se vuelvan pesados, y conjuntamente se dan sugerencias de relajación y comodidad. La atención del niño puede ser aumentada mediante un dibujo hecho en la uña del pulgar, e incentivando al niño a mirar éste o a la moneda. El terapeuta puede sugerir que, cuando los dedos estén cansados, la moneda podrá caer al suelo, donde el niño podrá encontrarla más tarde. Los niños más chicos pueden disfrutar esta experiencia usando un peluche (su peluche) que sostenga la moneda. Aunque el cerrar los ojos ha sido uno de los ítems más difíciles dentro de los sistemas de inducción para niños, en comparación con adultos (London y Cooper, en Ioannou, 1991), éste puede ser exitoso si se usa una moneda extranjera, lo que podrá llamar más la atención del niño.

Fijación de la atención con niños: Utilización de la distracción y el asombro.

A continuación se expone un ejemplo de la técnica ,que fue utilizado por Erickson: "Con el paciente que usted usa más efectivamente esa técnica, es el niño pequeño. Al niño pequeño que viene a su consulta, no le gusta su chaqueta blanca, no le gustan las fotografías de su pared, nada le gusta en esa situación. No le gusta la posibilidad que usted pueda pincharlo. No quiere nada de eso. Ahora, ¿Qué puede hacer usted con ese niño?

Usted tiene un fichero con los casos. Abre con un chasquido el

fichero y lo mira pensativamente. Lo cierra y lo abre nuevamente.

Usted está fijando la atención del niño sobre el fichero. Tome el fichero y póngalo aquí; muévelo allá. El niño probablemente está pensando, "¡Tengo suerte que él esté pensando en el fichero y no me pinche!"

Eso es lo que quiero lograr: al niño pensando en el fichero, tener sus pensamientos lejos de mí y de él mismo, tenerlo pensando respecto a la cosa que le presento, y lograr que él fije su atención sobre un punto focal, de modo que él dé toda su atención a ese asunto. Entonces estoy en una posición para pedirle que piense en la mente consciente y la mente inconsciente; y después sugerirle una palabra para que dé su atención en la forma que se lo pido."(Erickson,M., 1985, pp. 149-150)

La misma técnica con niños poco cooperadores:

En una oportunidad le preguntaron a Erickson cómo induciría un trance a un niño hiperactivo. La respuesta de Erickson fue la siguiente (Erickson, 1985, pp.210):

"El niño inquieto, energético, nervioso, excitable, emocionalmente inestable, puede ser colocado en trance en la misma forma que usted se acerca al paciente adulto inquieto, nervioso, irritable, excitable. Usted intenta reconocer las necesidades del paciente; usted intenta atraer su atención e intenta utilizar su comportamiento..."

En otra conferencia se refirió a este mismo tema (Erickson, 1983, pp. 104):

"Usted necesita pensar respecto de la forma de sentir, pensar y emocionarse que tiene el paciente en relación a la realidad de su cuerpo y a la experiencia de su cuerpo en ese momento. Esta mañana me preguntaron respecto al niño que viene a la consulta y que

compite una y otra vez y es terriblemente poco cooperador. Mi respuesta fue muy simple. La primera cosa que yo reconocería respecto a ese niño es que su realidad es competir una y otra vez; es una realidad de poca cooperación conmigo. Usted ve que ese niño está llevando a cabo alguna actividad motora. Pienso que el niño tendría una actividad mejor que aquella, pues el niño necesita trabajar conmigo. ¿Cómo trabajaría ese niño conmigo?

Le digo, "Estás corriendo por este piso; estás corriendo hacia aquí y estás corriendo hacia allá; por este piso aquí y regresas nuevamente allá" (Ver "Manejo de la resistencia"; especialmente el procedimiento que consiste en "acompañar" el comportamiento presente y "dirigirlo" hacia la meta deseada).

La primera cosa que el niño sabe es que realmente espera que yo le diga la forma en que corra. Si el niño comienza a pelear conmigo <Erickson gesticula para demostrar un movimiento de golpear> puede decirle cómo ahora está golpeando con la mano derecha, después con su mano izquierda. La primera cosa que sé, es que el niño está esperando que yo le diga, "¡Golpéame con tu mano derecha; ahora golpéame con tu mano izquierda!". En otras palabras, el terapeuta aprende a utilizar la orientación personal del paciente en su situación. Usted debería tener en mente que son los propios procesos mentales del paciente los que permiten hacerlo."

Técnica de historias

(Ioannou, Chrissi; en Dryden y Heap, 1991)

Los niños pequeños parecen responder mejor a la técnicas basadas en los cuentos más que a los métodos hipnóticos formales. Una historia puede ser hecha incorporando los gustos, intereses y necesidades del niño. Los cuentos pueden ser particularmente terapéuticos para los niños pequeños que experimentan procedimientos invasivos, los cuales pueden ser dolorosos y atemorizantes (Gardner y Olness,

1981). La historia puede ser original o una adaptación de una historia favorita o de un programa de televisión que al niño le guste. Las sugerencias terapéuticas para bienestar, analgesia, la resolución del problema presente, pueden ser intercaladas en la historia. Esta técnica es más que una distracción. Gardner y Olness (1981), comentan que esta técnica se basa en el reducido foco de atención en el que se mantienen los niños, junto con la alteración de sensaciones, las cuales también son observadas en el estado hipnótico.

La mayoría de los niños son capaces de escuchar una historia alrededor de los cuatro años. Las historias pueden incluir sugerencias indirectas para el cambio, tales como: reducción de la comezón, ansiedad o dolor. El procedimiento para crear una historia de hadas personalizada involucra un conocimiento acertado de las cosas que le gustan y disgustan al niño, particularmente sus figuras de fantasía, colores, objetos y actividades favoritas. Las historias de hadas son entonces creadas incluyendo los gustos de los niños y las figuras fantásticas, las cuales interactúan con el niño en la historia. Dichas figuras fantásticas muestran las formas de resolver la problemática del niño. Una cinta de audio puede ser dada al niño para ser tocada en el momento de irse a la cama. Esta debe incorporar sugerencias de agrado, relajación, confianza, etc.

Técnica de la fantasía

El terapeuta debe estar preparado para ser creativo e innovador, para usar técnicas imaginativas con los niños.

Nuevas técnicas de fantasía pueden desarrollarse para satisfacer los intereses de cada niño. Estas pueden incluir, por ejemplo, un bosque mágico, montar sobre una montaña rusa en un centro de diversiones infantiles, o un vuelo mágico sobre un modelo de aeroplano que el mismo niño haya hecho. Otras experiencias favoritas incluyen volar sobre una alfombra mágica o viajar en una

nave espacial. Las sugerencias terapéuticas pueden ser dadas a lo largo de la fantasía.

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE SUGESTIONES

(4 a 7 años) Metáforas para diversos fenómenos hipnóticos:

Las metáforas deben incluir al niño y a otros personajes que le muestren como resolver el problema o la dificultad que tiene, por ejemplo en el caso de una inyección intratecal se le puede construir la siguiente historia:

Eres un vaquero y estás peleando con los indios junto a tu mejor amigo, de pronto a tu amigo lo lastima una flecha en la espalda y grita, tu lo vas a ayudar y lo calmas con tu cariño y amistad.

Le dices que no se preocupe debido a que la herida es pequeña y no es de gravedad, que pronto le sacarás la flecha y le dejará de doler. Tu logras ver, que lo que dices es verdad, a tu amigo no siempre le va a doler, sino que muy pronto dejará de ocurrir esa sensación que no necesita estar ahí.

(2 a 4 años) Técnicas de distracción:

Mantener la atención del niño con libros de dibujos, con juguetes, etc., y mientras están concentrados en esos elementos sugerir sensaciones que compitan con las sensaciones dolorosas que vendrán.

El sabio interno:

Se les cuenta a los niños que dentro del cuerpo hay un personaje (que ellos le pongan el nombre que encuentren más significativo), que es el encargado de controlar todo lo que sucede en el cuerpo. Decirle, que es posible viajar dentro para ir a conocerlo, y si le gustaría hacer eso. Luego, diseñar un viaje imaginario e ir rescatando los elementos que pueden ir ayudando al niño a controlar su dolor (v.g. valentía, comodidad, sueño, confianza, etc.).

Es importante que el niño vaya conociendo los procesos que involucran los medicamentos, para que de esta forma, su sabio interior, ayude a que ciertos procesos pasen más rápido (los

negativos) y otros más lento (los positivos).

TRATAMIENTO HIPNOTERAPÉUTICO

Fase de acercamiento

1ª sesión: entrevista con los padres (antes día 0, período de diagnóstico).

Entrega de información acerca del tratamiento.

2ª sesión: momento en que los padres contestan si aceptan o rechazan la hipnoterapia.

Responder dudas y entregar material de apoyo a la intervención hipnótica (antes día 0, período de diagnóstico).

3ª sesión: sesión de conocimiento mutuo entre niño y el terapeuta. Establecimiento de rapport (antes día 0, período de diagnóstico). Búsqueda de información relevante para las futuras intervenciones hipnóticas.

Fase de tratamiento y sesiones de hipnoterapia

1ª sesión: día 2. a.- Atraer la atención del niño, por ejemplo usando un títere, para luego en la sesión siguiente utilizar ese método, como sistema de inducción.

b.- Relato de un cuento que incorpore la idea del cateter como un aliado.

2ª sesión: día 5. sesión de refuerzo del vínculo, fijación de atención en algún objeto, preparación para la inyección, cuento sobre la aguja

3ª sesión: día 8. imaginería sobre la primera experiencia de la inyección de asparaginasa, con focalización en los procesos internos de valor, poder, control sobre los sucesos.

4ª sesión: día 12 (asparaginasa intramuscular). inducción y

sugestiones recuperando habilidades y poderes de la sesión anterior.

- 5ª sesión: día 15 (asparaginasa intramuscular, intratecal, mielograma). debido a que en este día se procederá con los tres procedimientos más dolorosos, se incluye la sedación con dormonid (vía catéter). La inducción debe comenzar antes de administrarle el dormonid, a través de un cuento previamente establecido, que incluya la experiencia de alteración de conciencia que produce el fármaco. Cuento de indios con flechas y el soportar el dolor producido por los enemigos, ya que habrá un médico que le ayudará a tolerar el dolor.
- 6ª sesión: día 18 (asparaginasa intramuscular). inducción y sugestiones recuperando habilidades y poderes de las metáforas introducidas anteriormente.
- 7ª sesión: día 21 (asparaginasa intramuscular) inducción y sugestiones recuperando habilidades y poderes de las metáforas introducidas anteriormente.
- 8ª sesión: día 24 (asparaginasa intramuscular). inducción y sugestiones recuperando habilidades y poderes de las metáforas introducidas anteriormente.
- 9ª sesión: día 27 (asparaginasa intramuscular). inducción y sugestiones recuperando habilidades y poderes de las metáforas introducidas anteriormente.
- 10ª sesión: día 29 (intratecal). Idem 5ª sesión
- 11ª sesión: día 30 (asparaginasa intramuscular). inducción y sugestiones recuperando habilidades y poderes de las metáforas introducidas anteriormente.
- 12ª sesión: día 32 (mielograma). Idem 5ª sesión
- 13ª sesión: día 33 (asparaginasa intramuscular). inducción y sugestiones recuperando habilidades y poderes de las metáforas introducidas anteriormente.

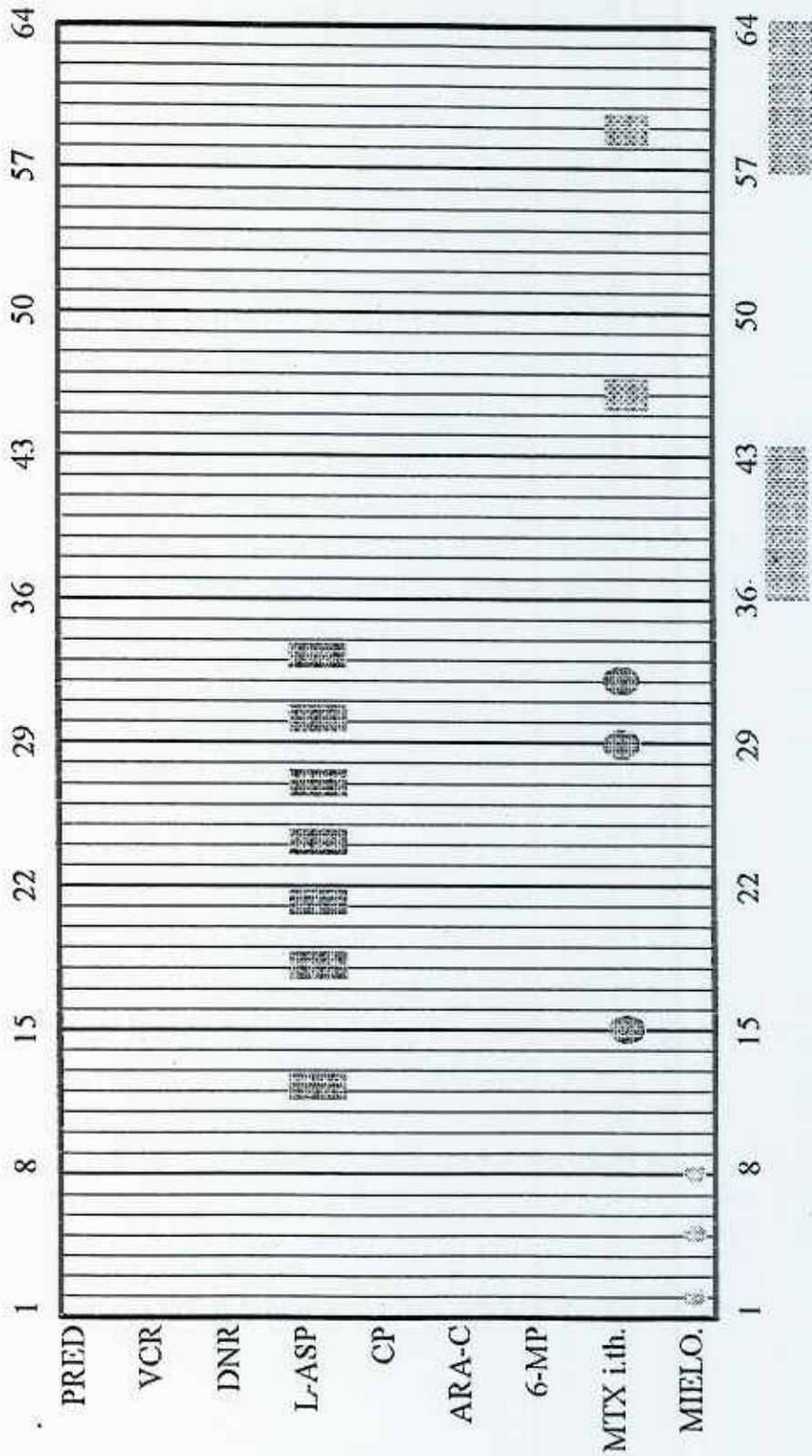
A continuación se presentan los cuadros que representan los momentos en que se hará cada intervención hipnótica en el protocolo de tratamiento.

La intervención propuesta abarca sólo el primer protocolo de tratamiento, lo que no implica que el tratamiento termine ahí.

Después de aplicada esta intervención, se deberá evaluar si se continúa con más sesiones o se suspende.

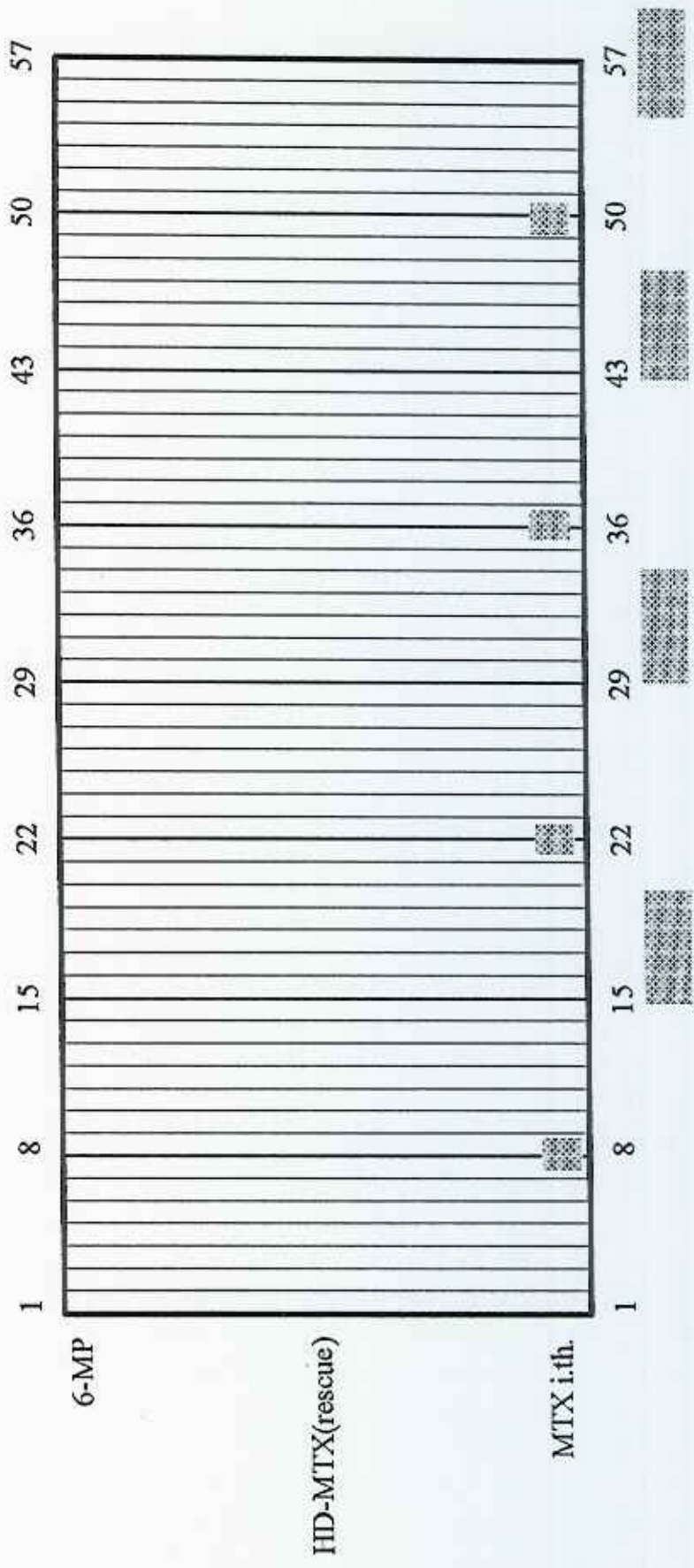
Lo importante, si se continúa, es que los protocolos restantes permitirán ir identificando en que momentos hacer las intervenciones.

PROTOCOLO I / HIPNOSIS



- = INTERVENCIÓN SIN DOLOR
- = INTERVENCIÓN CON DOLOR DE MEDIANA INTENSIDAD
- = INTERVENCIÓN CON DOLOR MUY INTENSO
- = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO
- = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

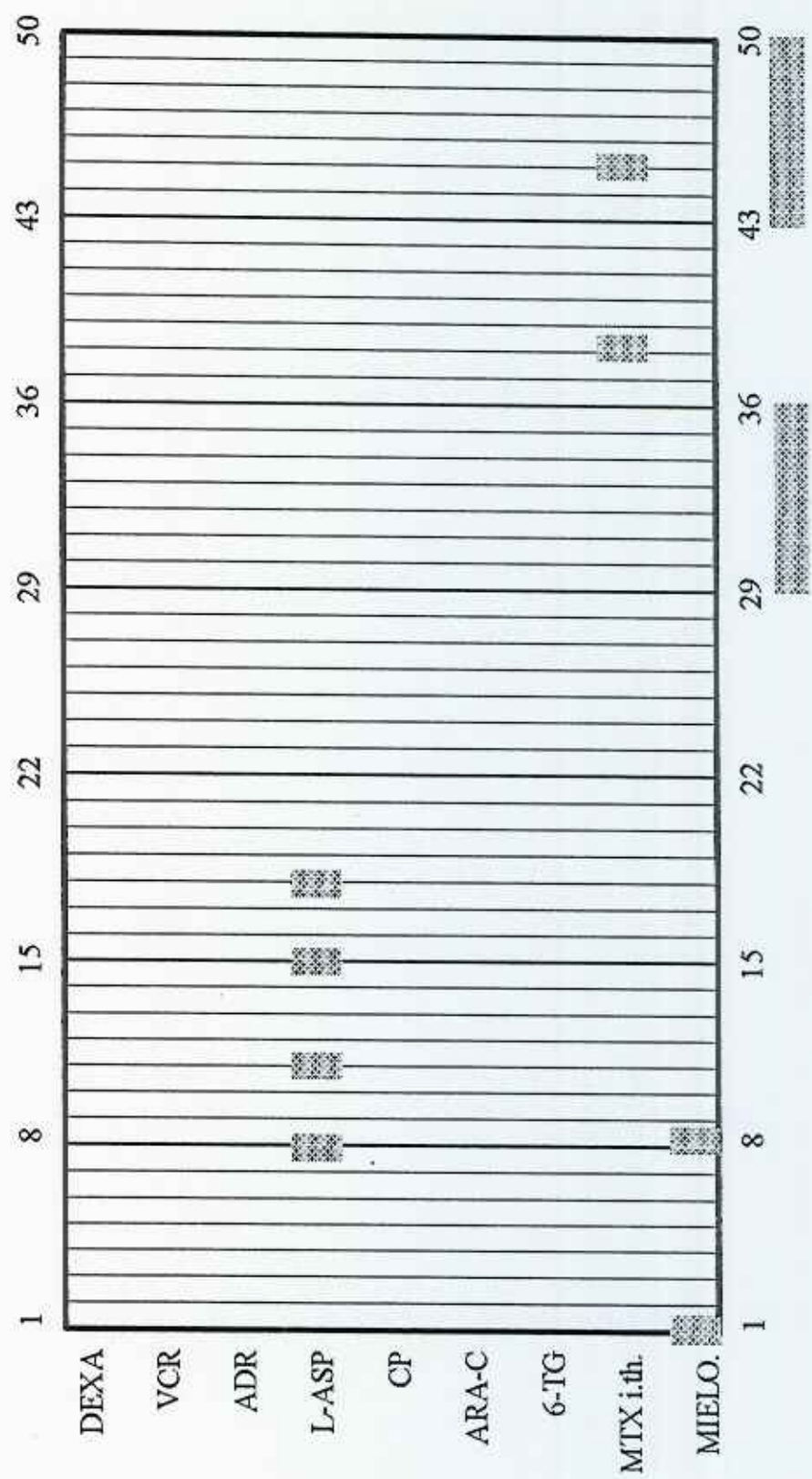
PROTOCOLO M / HIPNOSIS



▒ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

▒ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

PROTOCOLO II / HIPNOSIS



= INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO
 = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

INTERVENCIÓN EN NIÑOS DE 7 A 12 AÑOS

DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DEL DESARROLLO

Etapa Escolar o Segunda Infancia:(6 - 11 años aproximadamente):
Según Erikson, la etapa a superar es la de la "industriosidad v/s inferioridad". Es aquí en donde el niño se orienta hacia la realización de actividades con metas, permitiéndole la adaptación en el mundo de las herramientas. De este modo, analizar una situación productiva equivale a la realización de un juego (Cerfogli et al., 1991).

Desde el punto de vista de Piaget, esta etapa corresponde a la etapa lógico concreta, en donde los niños han desarrollado un nuevo conjunto de reglas denominadas "agrupamientos", pudiendo extrapolar verdades lógicas como son la asociatividad en matemáticas, y pudiendo razonar simultáneamente acerca de las partes y el todo (Mussen 1984). A estas alturas el niño es capaz de considerar distintos aspectos de la realidad y coordinarlos lógicamente de acuerdo a principios generales. Sin embargo, puede aplicarlos sólo en situaciones concretas, sin ser capaz de razonar con abstracciones que no tengan un referente concreto (Cerfogli et al. 1991).

Con respecto al lenguaje, el niño ha aumentado su capacidad de tener representaciones internas de actos y actividades.

Dado lo anterior, en las intervenciones hipnóticas se puede utilizar las áreas de conocimiento del niño, usando sus actividades de interés. Además ya posee habilidad para reconocer y usar la entonación de la voz para reconocer significados (Wall.1991). Esta capacidad es interesante desde el punto de vista hipnótico, ya que el terapeuta tendrá un mayor espacio para desarrollar otras estrategias.

DESCRIPCIONES DE EJEMPLOS DE INDUCCIONES

(4 a + años) Focalizando la atención en el procedimiento o en la lesión:

Procedimiento similar al ya presentado (ver página 214).

(4 a + años) Focalizándose en el menor de dos males:

Procedimiento similar al ya presentado (ver página 215).

(5 a + años) Fijación de ojos en una moneda:

EJEMPLO

"<Nombre del niño>, me gustaría enseñarte algo muy especial que puedes aprender, y con la práctica puedes hacerlo mucho mejor. La primera cosa que me gustaría hacer, es que sostengas esta moneda <se le dá al niño una moneda de tamaño mediano> así en alto. <El terapeuta coloca la moneda entre los dedos pulgar e índice, y lleva el brazo y la mano lentamente al nivel de los ojos>. Me gustaría que mires fijamente la moneda y concentres toda tu atención en alguna parte especial de esa moneda, y mientras lo haces, permítete relajarte más y más. Mientras te sientes más y más relajado, la moneda se pondrá más y más pesada. Mientras la moneda se coloca más y más pesada, tu brazo también se pondrá más y más pesado. En un momento, la moneda se caerá de tus dedos y tus ojos se cerrarán, y tu brazo regresará a descansar sobre tu falda. <Esperar la respuesta y reforzar si es necesario>. Ahora podemos hablar respecto a algunas otras cosas agradables que pueden ayudarte a relajarte más y más. Me gustaría que te imaginaras que estás en un picnic maravilloso. Este es el mejor picnic al que has ido -el cielo está azul y claro, las nubes están de la forma que te gusta a tí; es un día fresco o cálido, como te gustaría que estuviera; deja que sea la clase de día que querrías que fuera.

Podrías querer estar solo en ese picnic o compartirlo con alguno de tus amigos favoritos, y jugar alguno de tus juegos favoritos.

Alguien en este picnic, <nombre del niño>, ha dejado en el suelo una alfombra muy especial. Me gustaría que te sentaras sobre la alfombra, solo o con un amigo. Encuentras que es una alfombra muy especial, pues puedes hacer que esa alfombra vuele. Puedes volar tan alto o bajo como desees, tan rápido o lento como quieras; puedes ir a la derecha o a la izquierda, puedes hacer todo lo que quieras que haga la alfombra. Eres el piloto y tienes el control. Puedes volar donde quieras y ver lo que quieras ver. Es un sentimiento maravilloso volar junto a tu alfombra, disfrutando el día y teniendo el control. Sólo disfruta lo que estás haciendo en ese día maravilloso; mientras vuelas, podrías pensar por un momento <dar las sugerencias terapéuticas, puede charlarse con el niño a través de señales ideomotoras>.

<Continuar reforzando que el niño es el piloto y tiene el control>. Todas las veces que desees ir a este picnic tan especial y volar en tu alfombra, puedes hacerlo -siempre recordando que eres el piloto y tienes el control. Cada vez que lo practiques será más y más fácil <meta terapéutica>.

Y ahora <nombre del niño>, me gustaría que aterrizaras tu alfombra en un lugar que te guste mucho -de regreso al picnic donde te sientes cómodo, muy relajado y seguro. Cuando tu alfombra toque suavemente el suelo, puedes abrir tus ojos, sintiéndote refrescado, relajado y cómodo. Así. Hiciste un magnífico trabajo <nombre del niño>. <Durante algunos segundos procesar la experiencia del niño>.

(7 a + años) Lugar favorito:

Un lugar favorito, seguro, o feliz puede ser imaginado por el niño. La imaginación puede ser intensificada invitando al niño a imaginar aquel lugar tan bien que sienta como si estuviera realmente ahí. Pueden ser hechas sugerencias de bien-estar, relajación y comodidad. El lugar favorito puede proporcionar una valiosa experiencia de disociación a aquellos niños que deben someterse a procedimientos médicos displacenteros (Hilgard y LeBaron, 1984).

A menudo se incluyen sugerencias durante la autohipnosis para el control de la ansiedad y para relajación.

Ejemplo:

"Ponte cómodo en esa silla. Ahora me gustaría que colocaras tus manos sobre tu falda/piernas y usaras tus ojos para encontrar un lugar en tus manos, en el cual te gustaría poner toda tu atención. Podría ser una arruga o una uña... Ahora que has encontrado ese lugar -ese lugar especial que has escogido para poner toda tu atención en él- permítete concentrarte realmente en ese único lugar; permítete concentrarte totalmente en ese lugar que fué especial para ti, concéntrate en él todo lo que puedas. Cuando lo hagas, puedes estar percatándote de mi voz y puedes permitir a todo tu cuerpo colocarse muy relajado y cómodo. Ahora, en un breve momento -no estoy exactamente seguro de cuándo, pero probablemente muy pronto- tus ojos se relajarán tanto y se sentirán tan cómodos, que querrán cerrarse.

Tú tomas el tiempo que sientes que es el justo para ti. Y cuando eso suceda, puedes sentirte más relajado y cómodo que lo que te estás sintiendo ahora. Cuando eso suceda, cuando tus ojos se cierren, puedes hablar respecto a las otras cosas muy agradables que están relajándose y acomodándose para ti. <Reforzar lo necesario para el cierre de ojos>. Eso es -muy cómodo y agradable, desde tu cabeza hasta tus pies. Y cuando estés sintiéndote muy cómodo y relajado, como te sientes ahora, podría gustarte imaginar que estás en tu lugar favorito. Imaginar estar ahí en este momento. Ahora, ese lugar favorito podría ser un lugar donde realmente has estado antes, o un lugar sobre el cual solamente leíste, o un lugar que soñaste. Pero todas las cosas en ese lugar favorito son como tú quieres que sean. Podrías estar solo ahí o con algún amigo muy especial. Desde luego, estás haciendo tus actividades favoritas y todo lo que pase ese día es como te gustaría que fuera. No estoy seguro donde queda ese lugar -me imagino que podría ser <información obtenida del niño en la entrevista>.

Sé que tú sabes dónde está ese lugar favorito y que estás disfrutándolo en este momento. Puedes continuar disfrutando tu lugar favorito y todas las cosas que te gustaría hacer, mientras te hablo de cosas especiales que puedes hacer mientras estás relajado en tu lugar favorito -cosas que pueden ayudarte. <El terapeuta comienza a trabajar en base a las metas de tratamiento dando las sugerencias apropiadas y preguntando con señales ideomotoras>.

Ahora puedes continuar estando en tu lugar favorito un tiempo más. En el próximo minuto o algo más, será tiempo para que regreses a esta habitación, aquí conmigo, sintiéndote refrescado y relajado y muy bien respecto a lo que has aprendido y que puedes hacer cuando <reforzar las sugerencias terapéuticas>. Sólo permítete retornar gradualmente, sintiéndote refrescado y relajado, preparado para abrir tus ojos y estar de regreso aquí conmigo. Puedes ir a tu lugar favorito cuando lo desees, <nombre del niño>.

Bienvenido de nuevo aquí <nombre del niño>."(Webster, 1991, pgs.36-38)

(7 a 12 años) programa de T.V. imaginado:

El terapeuta puede preferir este método, en el cual se incentiva al niño a cerrar los ojos e imaginar una sala con un gran televisor, con buenos colores y un control remoto, con el que puede escoger su programa favorito. Se les puede decir a los niños que es más interesante que ellos escojan lo que desean y que la voz del terapeuta es semejante a la voz de la mamá cuando ellos están ocupados viendo televisión y no desean ser molestados. Las sugerencias hipnóticas o posthipnóticas pueden ser transpersonales, por ejemplo, usando un héroe de televisión como modelo o sugiriendo la resolución de un problema. Pidiéndole al niño que cierre sus ojos al comienzo se supera cualquier dificultad en relación a las resistencias (para cerrar los ojos) durante el proceso.

EJEMPLO

Me gustaría mostrarte y enseñarte cómo puedes usar tu habilidad para imaginar, en áreas de tu vida, para ayudarte. ¿Te gustaría aprender cómo puedes ayudarte con <el problema presentado por el niño>? <El niño responde "sí">.

Puedo mostrarte cómo usar tu imaginación en una forma muy especial. Primero, me gustaría que te pusieras en una posición muy cómoda. Sólo coloca tus piernas enfrente tuyo, con tus manos descansando cómodamente en tu falda. Podrás advertir que, en esa posición, todo tu cuerpo se siente muy bien apoyado, con cada parte de tu cuerpo sintiéndose sostenida por algo. Y ahora me gustaría que cerraras tus ojos -así- y con tus ojos cerrados, puedes disfrutar la oscuridad y la quietud, la paz y la calma.

Puedes percatarte más de tu respiración. Sentir cuán fresca se siente tu respiración mientras entra en tu cuerpo, dándote con cada inspiración energía y oxígeno, que llega a cada lugar de tu cuerpo. Cuando el aire sale, puedes sentirte más cálido, y tu cuerpo puede relajar todos los músculos de tu cuerpo. Cada vez que tu aire sale de ti, entras más profundo en la relajación y la comodidad.

Mientras te relajas más y más profundo, me gustaría que imaginaras que una pantalla de TV ha aparecido ante tus ojos -una TV muy especial que solamente se encontraría en un lugar muy especial. Esta TV ha sido hecha especialmente para ti. Ves los botones de la TV y los examinas muy cuidadosamente y encuentras el botón de encendido. Enciendes la TV y cambias el sintonizador hasta que encuentras el programa que parece el más adecuado para ti. Puede ser un programa que ya has visto antes, o uno que solamente te gustaría imaginar que te gustaría ver. ¿Cuál es el programa que estás viendo en este momento, <nombre del niño>? <Obtener la respuesta del niño y preguntar después detalles adicionales para hacer más vívida la imagen>. Puedes continuar disfrutando esa escena por un momento más y después te gustaría cambiar de canal

hasta que encuentres un canal en el cual puedes verte a ti mismo y encontrarte en <el lugar que el terapeuta desea que sea el ambiente terapéutico> y eres la estrella del programa. ¿Has encontrado ese canal? <El niño responde>. Bien. ¿Qué estás haciendo en este momento en la película de la TV? <El niño responde>.

Continúa mirando ese programa, pues es una TV especial y tienes el control de ella. <Uso terapéutico de las sugerencias relacionadas con el problema de presentación del niño -realizar los logros y los sentimientos positivos. Usar una sugestión posthipnótica para que el niño pueda regresar a ese canal especial cuando lo necesite. El terapeuta también puede pedir al niño que use "cámara lenta" cuando sea necesario.>

Ahora cambia a un canal con el cual te gustaría finalizar, uno que te dé la buena sensación de ser tú y buenas sensaciones de estar cómodo y tranquilo, de ser fuerte y sabio, y sabiendo lo que es mejor para ti y cómo hallarlo. Puedes pensar que tienes esta TV especial en tu mente y que puedes usarla todas las veces que lo desees.

Ahora es tiempo que la apagues y te permitas retornar gradualmente a la habitación, aquí conmigo, sintiéndote refrescado y relajado y preparado para un bonito día - preparado para ABRIR tus ojos AHORA. Eso estuvo muy bien, <nombre del niño>.

(7 a 12 años) Una pelota en el agua:

Se le solicita al niño que imagine algo tan vívidamente como lo haya visto y como si estuviera sucediendo. El niño se puede imaginar sentado al lado de un gran chorro de agua con una pelota flotando en el tope. Al niño se le puede preguntar de qué color puede ser la pelota y también pedirle que se imagine colocando su mano en el tope del chorro para evitar que la pelota siga ahí. Se dan sugerencias para que la pelota disminuya en tamaño y para que el niño mueva la mano, la cual podrá flotar en el aire. Además se

dan sugerencias de comodidad y relajación.

(7 a + años) Actividad favorita:

Esta es similar al lugar favorito, excepto que la fantasía del niño es acerca de una actividad favorita del niño, tal como andar en bicicleta, nadar, bailar, jugar en el jardín, o ir a la montaña rusa. Se enfatiza la participación activa del niño y la atención de éste es focalizada en la experiencia sensorial de la fantasía.

(7 a + años) Técnicas ideomotoras:

Estas técnicas requieren que el niño se focalice en la idea del movimiento y que además permita que el movimiento ocurra sin que él haga nada para que suceda. Una técnica ideomotora común es la levitación del brazo. El niño imagina un hilo amarrado alrededor de su muñeca con un gran globo de múltiples colores en el otro extremo de la cuerda, el cual está flotando en el aire. Se proporcionan sugerencias para aumentar la liviandad de la mano.

El método es apropiado para niños en edad escolar, aunque también puede ser usado en niños menores. Otro ejemplo de esta técnica incluye: pesadez del brazo, movimiento de dedos, y rigidez del brazo.

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE SUGERENCIAS

Sugerencias directas para hipnoanestesia

(Olness, Karen y Gardner, Gail; en Hammond, 1990)

Preguntas que focalizan en el adormecimiento:

"¿Tú sabes lo que es una sensación de adormecimiento?"

¿Cómo te puede llegar una sensación de adormecimiento? (El niño responde). Bien, permite ahora que esa parte de tu cuerpo se adormezca, que se adormezca tal como con un bloque de hielo (o cualquier otra imagen que el niño haya usado)".

Anestesia local:

"Ahora imagina que estás colocando una medicina que adormezca sobre aquella parte de tu cuerpo. Avisame cuando hayas terminado de hacerlo".

"Imagina inyectando un anestésico dentro de aquella parte de tu cuerpo. Siente cómo éste fluye por tu cuerpo y nota el cambio en las sensaciones y cómo aquella área comienza a adormecerse".

Anestesia General:

"Primero, pon atención a tu mano. Nota cómo tú puedes sentir sensaciones de hormigueo en aquella mano. Ahora permite que ésta se adormezca. Cuando esté muy adormecida toca con esa mano tu (cualquier parte del cuerpo que necesite anestesia total) y permite que la sensación de adormecimiento se transfiera desde la mano a".

Panel de Control:

El terapeuta explica la idea de que el dolor es transmitido por nervios desde varias partes del cuerpo hacia el cerebro, el cual entonces envía un mensaje de dolor de vuelta hacia el cuerpo. El terapeuta puede describir los nervios y los caminos que recorren o puede preguntarle al niño para que éste les asigne un color a los nervios. La importancia de la exactitud varía con la edad y con las necesidades del niño. Entonces se le sugiere al niño que escoja una clase de panel de control que pueda apagar cuando llega la señal del nervio. El terapeuta puede describir varios tipos de paneles, como un interruptor de luz, como el interruptor de las luces del auto, un control de televisión o un panel de control de luces de un estadio, etc. Una vez escogido el tipo de interruptor, se le sugiere al niño que comience a practicar apagando los interruptores o las luces que conectan el cerebro y ciertas áreas del cuerpo. Es útil sugerirle al niño que apague la señal que viene del nervio por períodos definidos de tiempo (por ejemplo, 10, 15 o 90 minutos).

El éxito de este ejercicio es juzgado tocando al niño con una pequeña cabeza de alfiler o algún otro objeto agudo y luego preguntándole para que compare con sensaciones provenientes de otra parte del cuerpo donde la señal del nervio no ha sido cambiada.

Sugestiones de distanciamiento:

Moviendo el dolor fuera del cuerpo: "Imagínate por un momento que aquel brazo (o cualquier otra parte del cuerpo) no te pertenece, no es parte tuya. Piensa en él como una parte de una escultura, un juguete o un cuadro y fíjate cómo este empieza a flotar lejos de tí por sí mismo." Algunos pacientes se imaginan de una manera muy confortable teniendo sólo un brazo, otros imaginan tres brazos, de los cuales uno está disociado.

Tranfiriendo el dolor a otra parte del cuerpo: "Imagínate colocando todo el malestar de la columna dentro de tu dedo meñique o de una de tus manos, la que tú quieras elegir. Cuéntame cómo es el gran malestar que está en aquel dedo. Catalógalo en una escala numérica y permíteme saber si éste cambia. Bien. Ahora deja que éste se vaya".

Moviéndose lejos del dolor: "Tú me has dicho que te gustaría ir a las montañas (o cualquier otra parte). Imagínate ahora a tí ahí. Permítete estar realmente ahí, deja atrás todo el disconfort y está en las montañas, mira los árboles y las flores. Mira a los conejos jugar. Puedes darles algo de tu comida si tú quieres. Aspira el aire fresco y el aroma de los pinos. Escucha la suave brisa. Escucha correr el agua del arroyo."

TRATAMIENTO HIPNOTERAPEUTICO

Fase de acercamiento

1ª sesión: entrevista con los padres (antes día 0, período de diagnóstico).

Entrega de información acerca del tratamiento.

2ª sesión: momento en que los padres contestan si aceptan o rechazan la hipnoterapia.

Responder dudas y entregar material de apoyo a la intervención hipnótica (antes día 0, período de diagnóstico).

3ª sesión: sesión de conocimiento mutuo entre niño y el terapeuta. Establecimiento de rapport (antes día 0, período de diagnóstico).

Búsqueda de información relevante para las futuras intervenciones hipnóticas.

Fase de tratamiento y sesiones de hipnoterapia

1ª sesión: día 2. Relato de una historia que vaya incorporando la idea de lucha, de valentía, de esperanza, etc. Sembrar ideas y sugerencias, que serán recuperadas en futuras intervenciones.

2ª sesión: día 5. Inducción de trance y elicitación de sensaciones de comodidad y bienestar. Sesión de práctica para la evocación de diversos fenómenos hipnóticos (esto permitirá que el niño adquiera confianza en estos procedimientos y puede maravillarse de esta habilidad que comienza a encontrar en si mismo).

3ª sesión: día 8. Inducción de trance y evocación de fenómeno hipnótico que le permita al niño demostrarse que la sensación de dolor es controlable. Ejercicio de el rasguño en la mano: consiste en una vez evocado algún fenómeno hipnótico mostrarle al niño que si

se le hace un rasguño en su mano, ésta puede no sentir nada o muy poco (especialmente con anestesia y analgesia hipnótica).

4ª sesión: día 12 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito en este primer encuentro real con una intervención dolorosa.

5ª sesión: día 15 (asparaginasa intramuscular, intratecal, mielograma). Este día es particularmente importante, ya que en él, el niño se enfrentará a las tres intervenciones dolorosas que constituyen el tratamiento. Además al niño le será aplicado el dormonid, lo que hará necesario inducir un trance en un estado de conciencia ya alterado por el medicamento. Es necesario lograr este día, alterar y reencuadrar la experiencia dolorosa, para que en futuras intervenciones, con el dormonid, el niño no muestre las conductas fóbicas que generalmente presentan.

El ideal es lograr una amnesia verdadera del estado alterado inicial, a través de una disociación y anestesia para el evento particular.

6ª sesión: día 18 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.

7ª sesión: día 21 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.

8ª sesión: día 24 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.

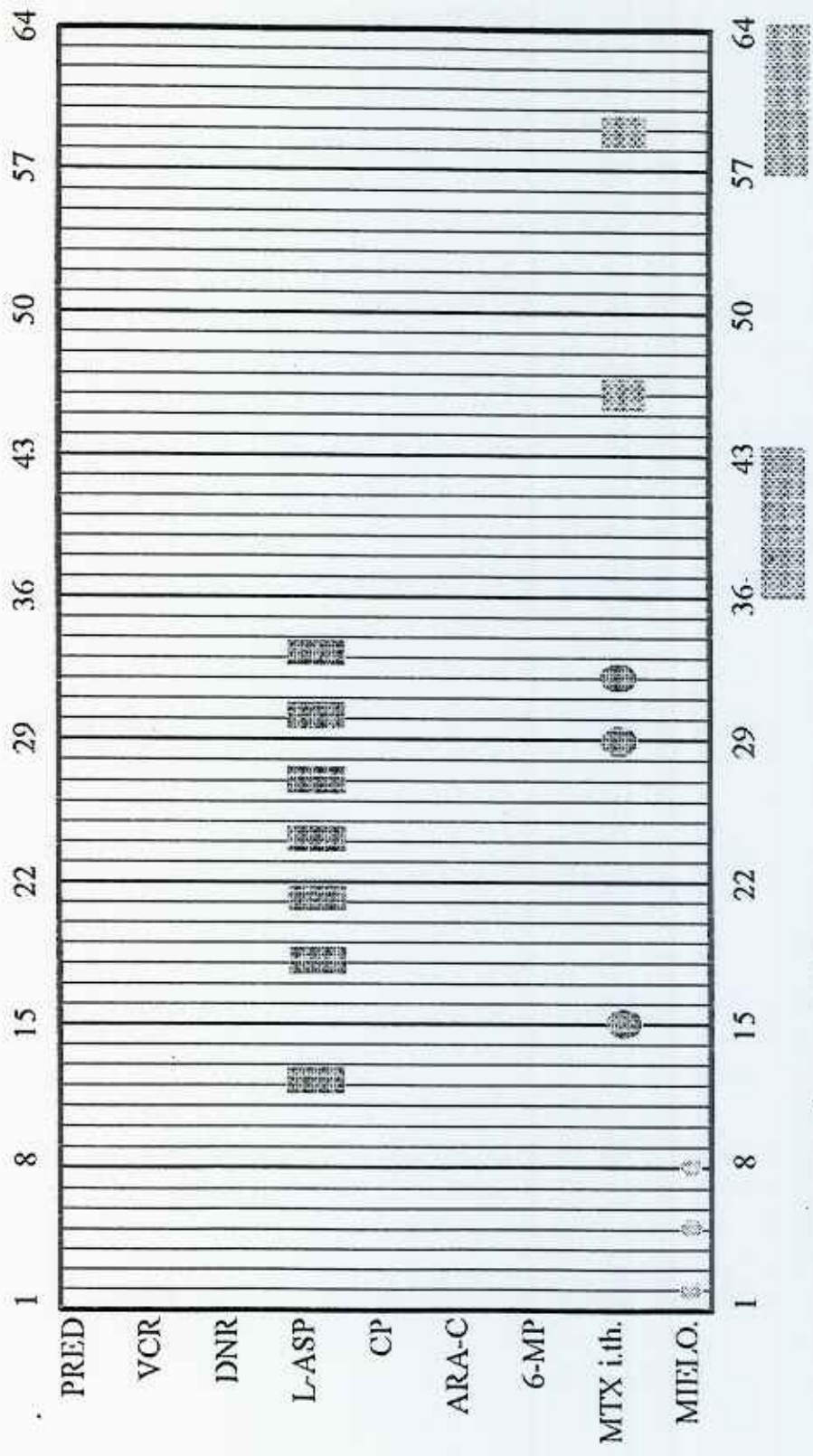
- 9ª sesión: día 27 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.
- 10ª sesión: día 29 (intratecal). Reforzar intervención del día 15. Son durante estos procedimientos donde el terapeuta debe poner su máximo esfuerzo por colaborar con el niño, en el logro de los objetivos planteados.
- 11ª sesión: día 30 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.
- 12ª sesión: día 32 (mielograma). Reforzar intervención del día 15. Son durante estos procedimientos donde el terapeuta debe poner su máximo esfuerzo por colaborar con el niño, en el logro de los objetivos planteados.
- 13ª sesión: día 33 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.






A continuación se presentan los cuadros que representan los momentos en que se hará cada intervención hipnótica en el protocolo de tratamiento.

La intervención propuesta abarca sólo el primer protocolo de tratamiento, lo que no implica que el tratamiento termine ahí. Después de aplicada esta intervención, se deberá evaluar si se continúa con más sesiones o se suspende.

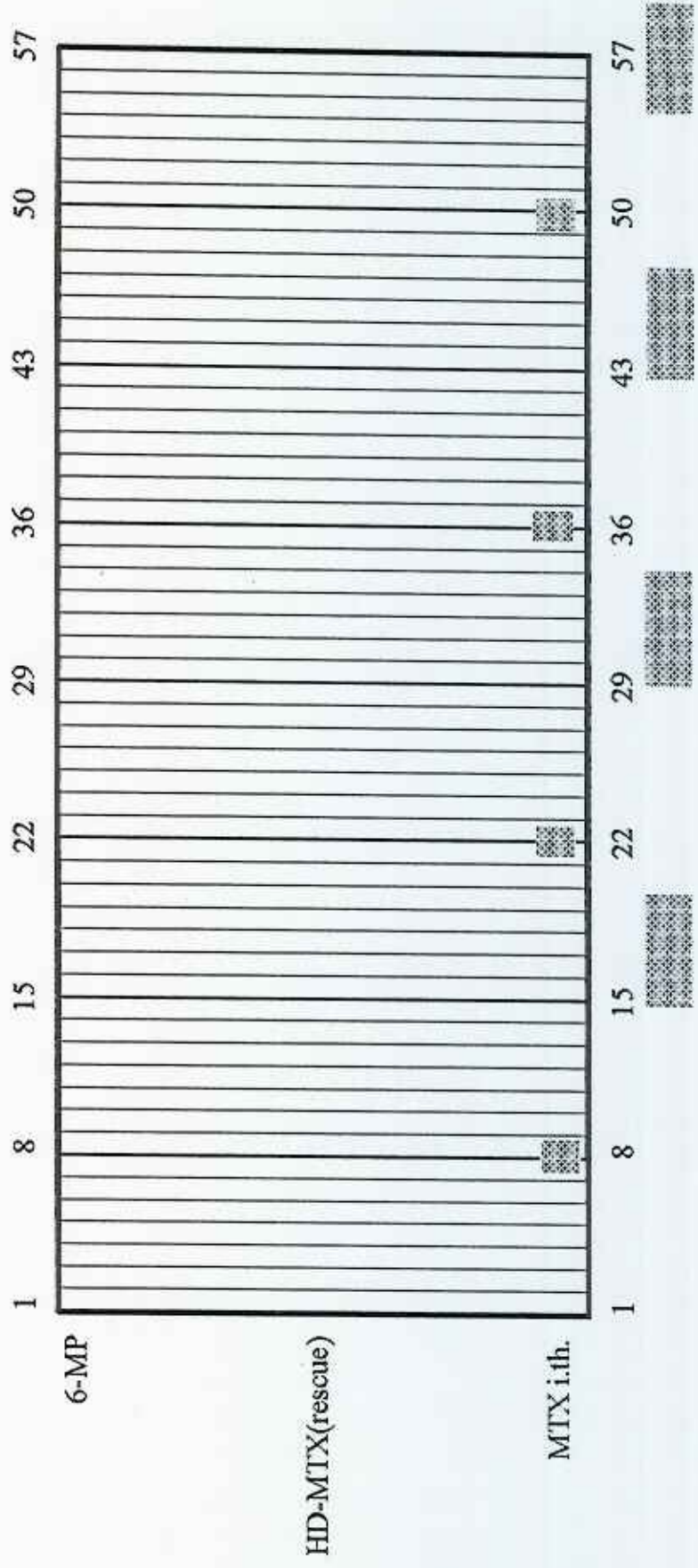
Lo importante, si se continúa, es que los protocolos restantes permitirán ir identificando en que momentos hacer las intervenciones.

PROTOCOLO I / HIPNOSIS



-  = INTERVENCIÓN SIN DOLOR
-  = INTERVENCIÓN CON DOLOR DE MEDIANA INTENSIDAD
-  = INTERVENCIÓN CON DOLOR MUY INTENSO
-  = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO
-  = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

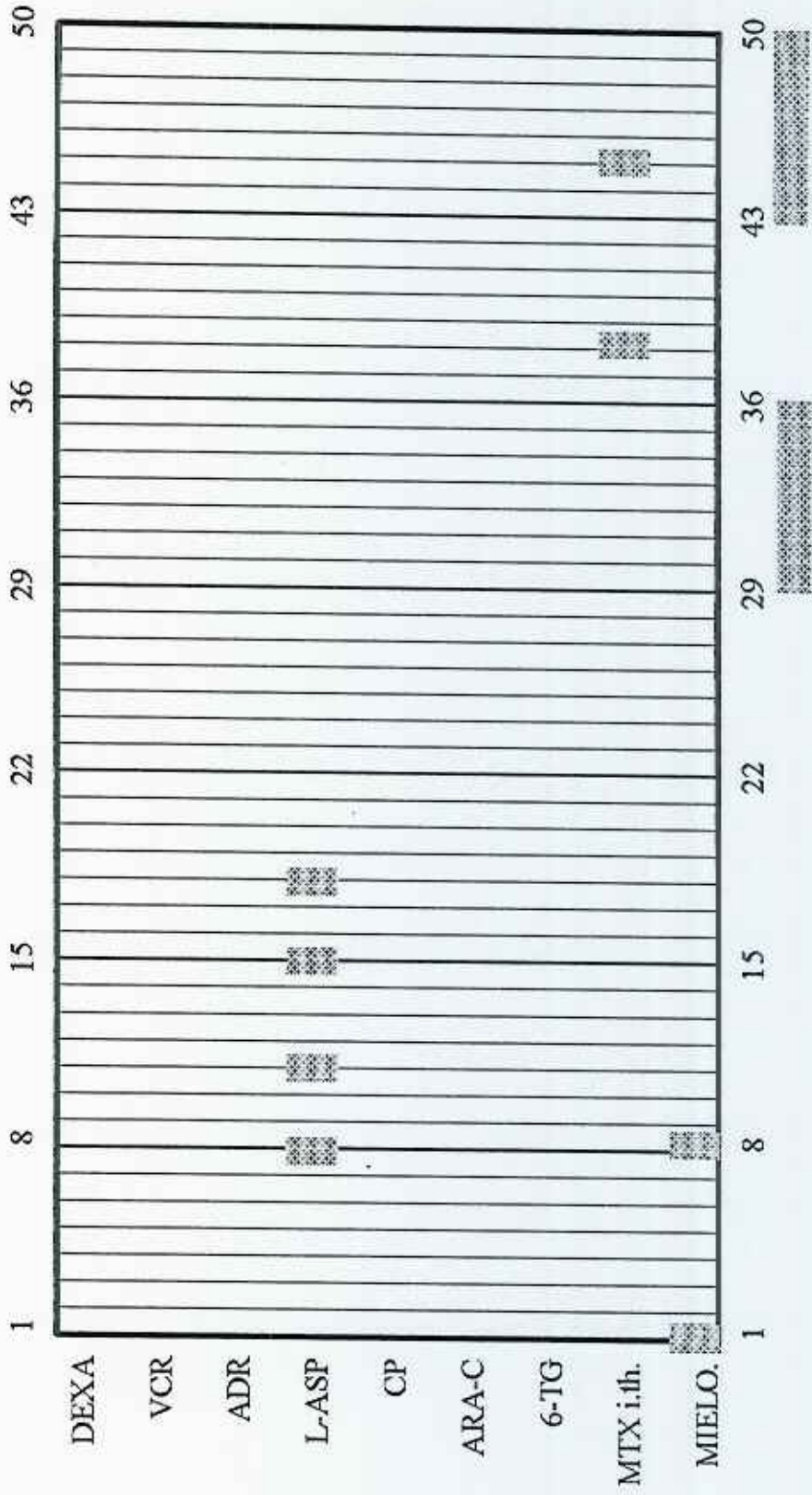
P R O T O C O L O M / H I P N O S I S



▣ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

▣ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

PROTOCOLO II / HIPNOSIS



■ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

▨ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

INTERVENCIÓN EN NIÑOS DE 12 A + AÑOS

DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DEL DESARROLLO

Adolescencia (12 - 18 años aproximadamente):

La adolescencia se inicia con una serie de cambios a nivel biológico y psicológico (Mussen 1984). En el área biológica se da un segundo cambio de configuración corporal que le da al prepúber un aspecto disarmónico y provoca dificultades en el área de coordinación, pudiendo presentarse problemas de autoestima.

Desde la perspectiva de Erikson, el adolescente vive una crisis en relación a la identidad v/s confusión de rol, en donde la tarea de esta etapa es la necesidad de definir la propia identidad, que si no se logra puede llevar a confusión de rol. Para Erikson la identidad surge como una integración de identificaciones anteriores. A través de las experiencias acumuladas y de la consideración de aspectos físicos y psicológicos. En la consecución de esto, no es extraño observar a jóvenes que buscan distinguirse y diferenciarse de distintas maneras. La confusión de rol surgirá a partir de dudas anteriores y podría llegar a expresarse a través de episodios de delincuencia, problemas en la identificación sexual e incluso episodios psicóticos (Cerfogli et al 1991).

En la teoría de Piaget, esta es la etapa de las operaciones formales. El logro principal de esta etapa permitiría concebir realidades no experimentadas, generar diferentes explicaciones de una realidad, considerar distintas alternativas de solución para un mismo problema y probar mentalmente hipótesis. Además permitiría construir realidades, criticar, cuestionar, a partir de la experiencia pasada y deducir, inferir, concluir y construir nuevos conceptos a partir de lo que ya posee (Mussen 1984).

Desde el punto de vista de las intervenciones hipnóticas, lo aconsejable es lo que el adolescente considera su propia identidad ya que aún el egocentrismo es importante en esta etapa. (Wall,1991)

Para esta edad, más que en ninguna otra, las técnicas de utilización permitirán manejar mucho mejor las resistencias que puedan presentar los adolescentes. En conjunto con esto, se les debe permitir siempre mantener el control de la situación hipnótica (aunque el control de la hipnoterapia es siempre del hipnoterapeuta).

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE INDUCCIONES

Focalizando la atención en el procedimiento o en la lesión:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg.214).

Focalizándose en el menor de dos males:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 215).

Lugar favorito:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 228).

Actividad favorita:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 233).

Técnicas ideomotoras:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 233).

Autohipnosis:

Esta técnica se propone para esta edad debido a que los pacientes de este grupo etario son capaces de llevar responsablemente y por ellos mismos su tratamiento.

Se utilizarán las técnicas de acercamiento naturalístico de las manos y el predominio nasal hemisférico, para la enseñanza de autohipnosis con estos pacientes.

DESCRIPCIÓN DE EJEMPLOS DE SUGESTIONES

Sugestiones directas para sentimientos contrarios al dolor.

Comodidad:

"Intentemos recordar un tiempo cuando tú te sentías muy cómodo, muy bien. Ahora trae aquellos agradables sentimientos al presente. Permite a tu cuerpo sentirse cómodo aquí y ahora. Tú puedes sentirte cómodo. Llena todo tu cuerpo y tu mente con agrado, con comodidad, con alegría, hasta que no haya espacio alguno para otra cosa. Tú estás completamente cómodo y puedes quedarte con estas agradables sensaciones todo el tiempo que quieras."

Risas:

"Reirse ayuda a llevarse el dolor. Piensa en la película más graciosa que hayas visto o la cosa más graciosa que tú hayas hecho o que un amigo haya hecho. Al mismo tiempo puedes imaginarte riendo, tu dolor se vuelve cada vez más pequeño, y más pequeño. Te puedes encontrar riendo de verdad y sintiéndote muy bien."

Relajación:

"Concéntrate en cómo sale la respiración para que comience un estado de relajación. Si tú te logras relajar completamente cuando salga el aire de los pulmones, entonces podrás reducir el dolor. Sigue el ritmo de tu respiración. Relájate más y más cada vez que

salga el aire. Puedes notar cómo has podido reducir el dolor a la mitad. Y luego, de nuevo a la mitad. Usa tu energía donde ésta te pueda ayudar a sentirte mejor y a estar mejor".

Sugestiones directas para hipnoanestesia

(Olness, Karen y Gardner, Gail; en Hammond, 1990)

Preguntas que focalizan en el adormecimiento:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 233).

Anestesia local:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 234).

Anestesia General:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 234).

Panel de Control:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 234).

Sugestiones de distanciamiento:

Moviendo el dolor fuera del cuerpo:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 235).

Transfiriendo el dolor a otra parte del cuerpo:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 235).

Moviéndose lejos del dolor:

Similar al procedimiento presentado anteriormente, adaptado a la ideosincracia del sujeto (ver pg. 235).

TRATAMIENTO HIPNOTERAPÉUTICO

Fase de acercamiento

1ª sesión: entrevista con los padres (antes día 0, período de diagnóstico).

Entrega de información acerca del tratamiento.

2ª sesión: momento en que los padres contestan si aceptan o rechazan la hipnoterapia.

Responder dudas y entregar material de apoyo a la intervención hipnótica (antes día 0, período de diagnóstico).

3ª sesión: sesión de conocimiento mutuo entre el adolescente y el terapeuta.

Establecimiento de rapport (antes día 0, período de diagnóstico).

Búsqueda de información relevante para las futuras intervenciones hipnóticas.

Fase de tratamiento y sesiones de hipnoterapia

1ª sesión: día 2. Relato de una historia que vaya incorporando la idea de lucha, de valentía, de esperanza, etc. Sembrar ideas y sugerencias, que serán recuperadas en futuras intervenciones.

2ª sesión: día 5. Inducción de trance y elicitación de sensaciones de comodidad y bienestar.

Sesión de práctica para la evocación de diversos fenómenos hipnóticos (esto permitirá que el niño adquiera confianza en estos procedimientos y puede maravillarse de esta habilidad que comienza a

encontrar en si mismo).

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

3ª sesión: día 8. Inducción de trance y evocación de fenómeno hipnótico que le permita al niño demostrarse que la sensación de dolor es controlable. Ejercicio de el rasguño en la mano: consiste en una vez evocado algún fenómeno hipnótico mostrarle al niño que si se le hace un rasguño en su mano, ésta puede no sentir nada o muy poco (especialmente con anestesia y analgesia hipnótica).

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

4ª sesión: día 12 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito en este primer encuentro real con una intervención dolorosa.

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor. Diseñar sugerencias posthipnóticas especiales para la sesión siguiente, que preparen al paciente para tan importante sesión.

5ª sesión: día 15 (asparaginasa intramuscular, intratecal, mielograma). Este día es particularmente importante, ya que en él, el niño se enfrentará a

las tres intervenciones dolorosas que constituyen el tratamiento. Además al niño le será aplicado el dormonid, lo que hará necesario inducir un trance en un estado de conciencia ya alterado por el medicamento. Es necesario lograr este día, alterar y reencuadrar la experiencia dolorosa, para que en futuras intervenciones, con el dormonid, el niño no muestre las conductas fóbicas que generalmente presentan.

El ideal es lograr una amnesia verdadera del estado alterado inicial, a través de una disociación y anestesia para el evento particular.

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

6ª sesión: día 18 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

7ª sesión: día 21 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

- 8ª sesión: día 24 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.
Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.
- 9ª sesión: día 27 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.
Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.
- 10ª sesión: día 29 (intratecal). Reforzar intervención del día 15. Son durante estos procedimientos donde el terapeuta debe poner su máximo esfuerzo por colaborar con el niño, en el logro de los objetivos planteados.
Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.
- 11ª sesión: día 30 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.
Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos

hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

12ª sesión: día 32 (mielograma). Reforzar intervención del día 15. Son durante estos procedimientos donde el terapeuta debe poner su máximo esfuerzo por colaborar con el niño, en el logro de los objetivos planteados.

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

13ª sesión: día 33 (asparaginasa intramuscular). Inducción de trance y evocación de fenómenos hipnóticos para el manejo del dolor, además de técnicas de distracción para reforzar el éxito.

Sugestiones posthipnóticas, que el paciente pueda ir utilizando entre sesiones y en futuras sesiones, para evocar el estado de trance o los fenómenos hipnóticos que colaborarán en el manejo y control del dolor.

14ª sesión: día 36 enseñanza autohipnosis.

15ª sesión: día 40 enseñanza autohipnosis.

16ª sesión: día 44 enseñanza autohipnosis.

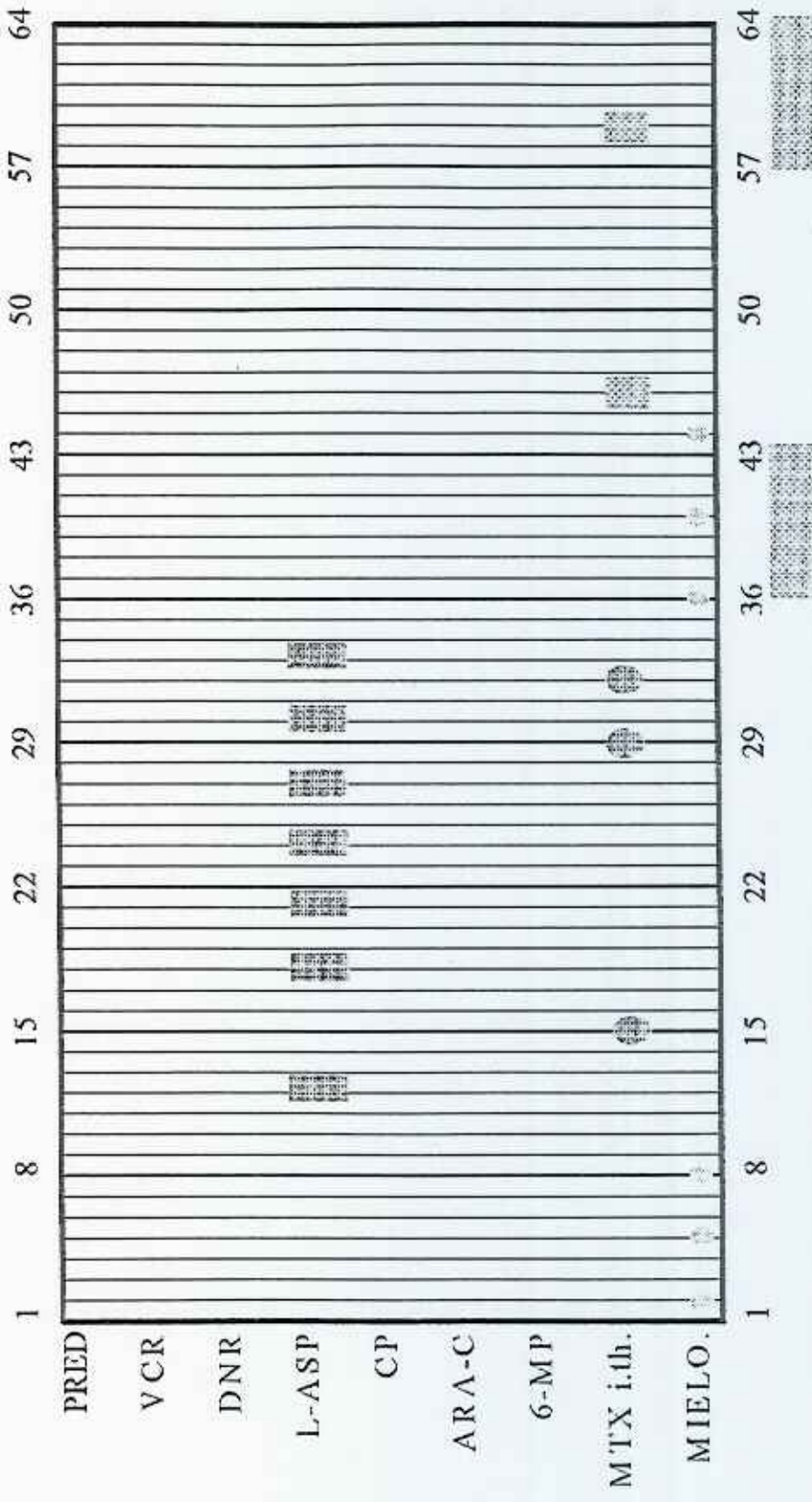
A continuación se presentan los cuadros que representan los momentos en que se hará cada intervención hipnótica en el protocolo de tratamiento.

La intervención propuesta abarca sólo el primer protocolo de tratamiento, lo que no implica que el tratamiento termine ahí.

Después de aplicada esta intervención, se deberá evaluar si se continúa con más sesiones o se suspende.

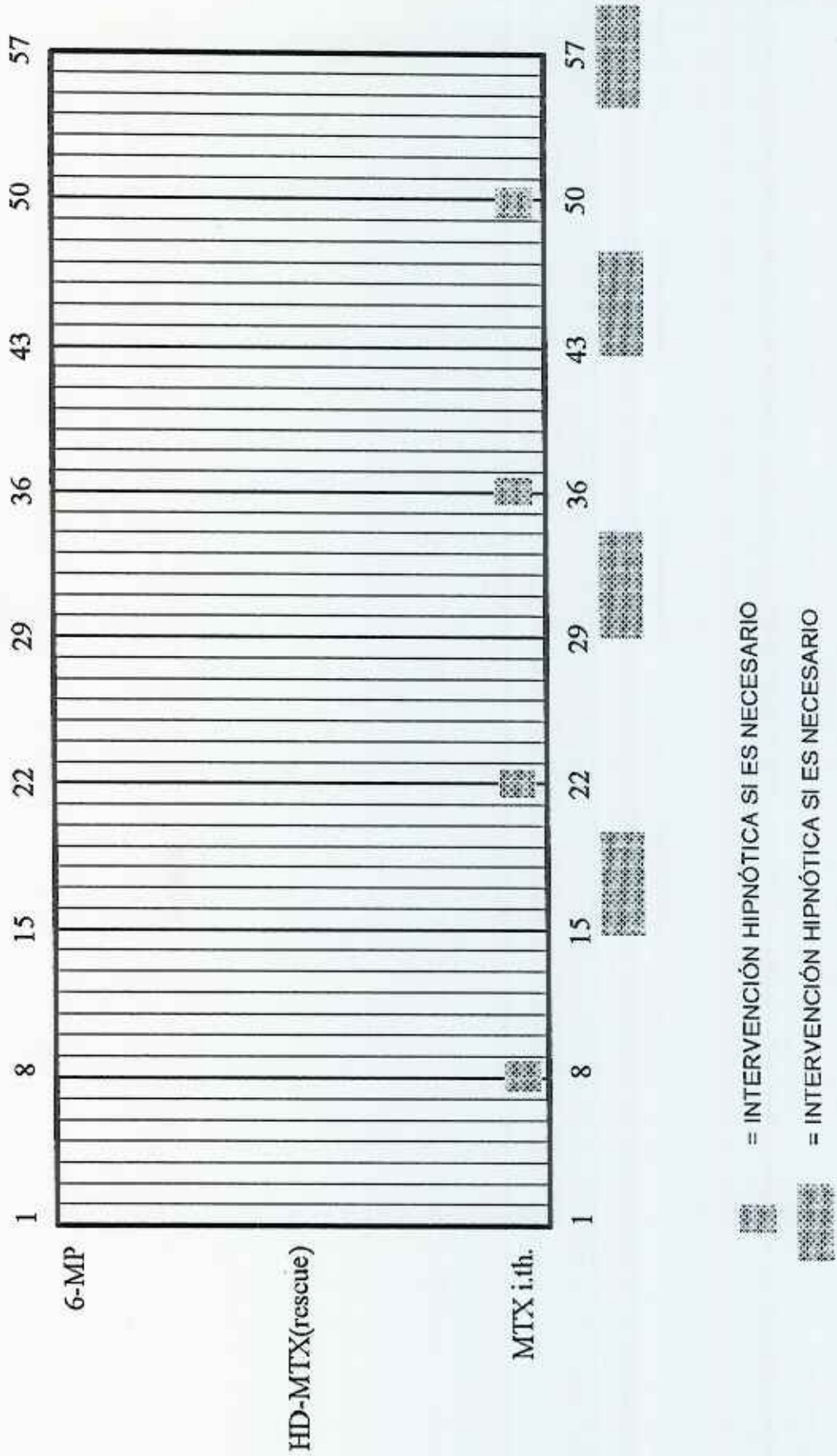
Lo importante, si se continúa, es que los protocolos restantes permitirán ir identificando en que momentos hacer las intervenciones.

PROTOCOLO I / HIPNOSIS



- = INTERVENCIÓN SIN DOLOR
- ▮ = INTERVENCIÓN CON DOLOR DE MEDIANA INTENSIDAD
- ⊖ = INTERVENCIÓN CON DOLOR MUY INTENSO
- ⊙ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO
- ⊙ (red) = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

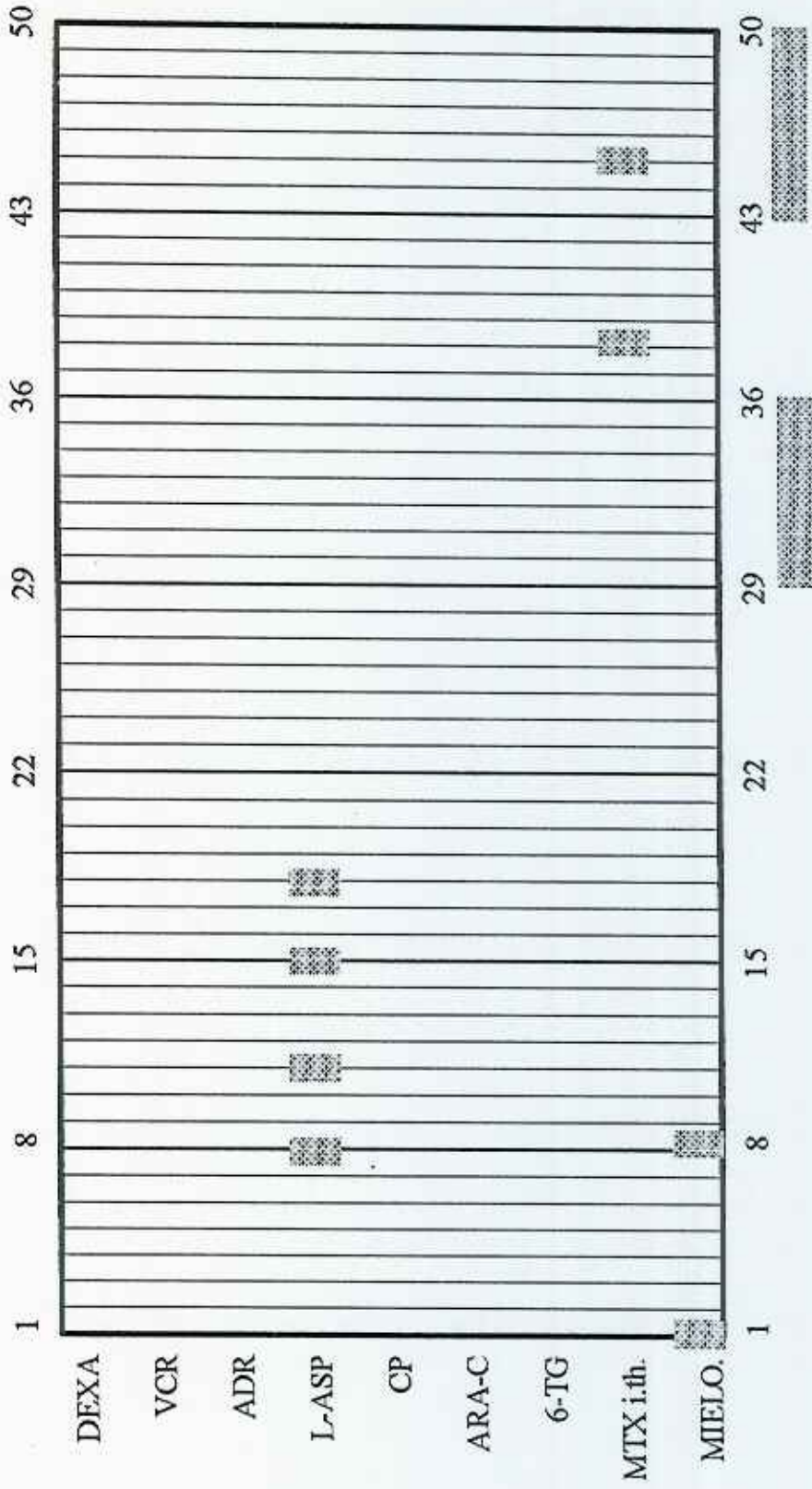
P R O T O C O L O M / H I P N O S I S



■ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

■ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

PROTOCOLO II / HIPNOSIS



■ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

▨ = INTERVENCIÓN HIPNÓTICA SI ES NECESARIO

UN EJEMPLO DE TRATAMIENTO HIPNÓTICO DEL DOLOR

Los autores de esta memoria consideran que desde la teoría se pueden proponer un sinnúmero de propuestas, pero que es sólo en la práctica donde se puede demostrar la factibilidad de ellas. Por lo tanto a continuación se presentará un caso, que si bien es cierto no se ajusta a la propuesta, puede mostrar la efectividad y factibilidad del tratamiento hipnótico.

Paciente de 16 años de sexo femenino.

1ª sesión:

La paciente solicita la consulta psicológica. Se le ofrece la posibilidad de trabajar sobre técnicas de hipnosis para disminuir la presencia de un dolor abdominal (según los exámenes médicos no existen causales físicas que expliquen dicho dolor).

La paciente relata como en los dos protocolos anteriores se le han presentados problemas abdominales (durante el primer protocolo: gastritis; durante el segundo protocolo: infección intestinal), lo que significó hospitalizaciones inesperadas para ella; y ahora en el tercer protocolo aparece este dolor sin causas médicas aparentes.

En relación a lo anterior se le explica sobre el aprendizaje del cuerpo y de como nos va dejando enseñanzas; se le redefine este dolor como una señal de su cuerpo para hacer todos los protocolos más semejantes.

Se le pregunta si ella cree que la hipnosis podría ayudarla a disminuir el dolor, a lo que responde que no sabe; lo anterior permite al terapeuta observar que a la paciente se le deberá demostrar que estas técnicas son eficaces y que si puede ser útil para algunos pacientes.

Se realiza un interrogatorio para obtener la información que se usará durante la intervención: que cosas le agradan, que cosas la divierten, que cosas la hacen sentirse feliz, etc.

Duración aproximada de la sesión 1 hr.

2ª sesión:

En esta sesión se demostró a la paciente que ella podía beneficiarse de las técnicas hipnóticas. Lo anterior se realizó utilizando un ejercicio denominado acercamiento naturalístico de las manos, en el cual el paciente coloca sus manos, frente a frente, y se le sugiere que sienta la energía real o imaginaria que se va formando entre ellas. Luego de un período de espera las manos de la paciente se comenzaron a acercar lentamente, lo que la sorprendió mucho.

Esta sorpresa es utilizada para establecer aún con mayor intensidad la debilitación de sus esquemas conscientes, y de esa forma lograr evocar un trance.

Una vez que las manos se juntaron se le sugirió que una de ellas, cualquiera de las dos, bajaría por su propia voluntad sin que ella tuviera nada que hacer. A los pocos instantes una de sus manos comenzó a descender lentamente.

Mientras sucedía esto se le ofrecía la posibilidad de cerrar los ojos o mantenerlos abiertos. Prefirió cerrarlos.

Posteriormente a que su mano hubiera descendido completamente, se le indicó si ella creía que su otra mano podría recorrer el mismo camino. A los pocos segundos su mano comenzó adescender.

Mientras esa otra mano bajaba, el terapeuta preguntó si es que la mente inconsciente estaba dispuesta a mostrarse a la paciente una sorpresa que le confirmaría, que para ella podría ser útil dejar hacerse cargo de su dificultad a su mente interior.

Cuando la mano iba a mitad de camino, se le sugirió a la paciente que quizás esa mano ya no querría ni subir ni bajar, y que ella podía abrir los ojos y observar como esa mano estaba ahí y ella no podía hacer nada. Eso la podía sorprender positivamente, ya que eso implicaba que habían habilidades internas que podían producir efectos en el cuerpo, y que dichos cambios podían ser controlados por su mente inconsciente.

La mano de la paciente se detuvo y ella abrió sus ojos, sorprendiéndose de no poder mover su mano, se notaba algo confundida, pero también contenta.

Después se sugirió que podía volver a cerrar los ojos y dejar a su mente inconsciente a cargo de la situación. Se dieron sugerencias de relajación y de comodidad; la mano continuó descendiendo y finalmente la paciente se encontró en una cómoda situación de relajamiento corporal y mental.

Se restableció lentamente hacia el estado de vigilia, permitiendo que su mente inconsciente le permitiera permanecer con esa sensación de agrado y comodidad.

Una vez orientada, se habló de la experiencia y la paciente estaba más segura del posible éxito de la intervención que se haría el día siguiente.

Duración de la sesión 1 hr. 40 min. aproximadamente

3ª sesión:

En el momento de realizar la intervención la paciente está con sedantes, pero reporta un nivel de dolor de 6 en una escala de 10 puntos (escala subjetiva de dolor reportado).

Por la edad de la paciente, y para permitir que ella tenga un mejor control personal (a futuro) de su sintomatología, se decide utilizar una inducción de trance conversacional, de forma que no crea que hay que producir fenómenos espectaculares para tener éxito en el tratamiento.

Se le pregunta por sus actividades favoritas y se mantiene una conversación casual hasta que se focaliza en una experiencia placentera.

Lo que reporta con mayor vivacidad es el veraneo del año pasado y se le pide que nos empiece a contar con mucho detalle como fue ese verano.

Parte su relato con los ojos abiertos y con mucha fluidez verbal, se le pide que se detenga a sentir con mayor calma las sensaciones que vayan apareciendo; se le pide que cierre los ojos, a lo que accede; los terapeutas van reemplazandola en ciertos períodos del relato, dando sugerencias de disociación (para el control físico del dolor).

La paciente no muestra movimiento corporal y se deja llevar por los terapeutas; luego de unos instantes la paciente recomienza su relato y se le pide que vuelva a centrarse en sus sensaciones, se le pide que se focalice en una actividad imaginativa y se logra que se centre en sus agradables sensaciones y sentimientos, se le dan sugerencias para analgesia y relajación.

Muestra un gran relajamiento corporal; se mantiene esta situación por algunos minutos y luego se le pide que vuelva a estar con nosotros; pareciera que esta despertando de una siesta, le cuesta un poco reorientarse, pero pronto lo logra satisfactoriamente.

Luego del ejercicio anterior, la paciente relata un dolor en el nivel 2 de la escala subjetiva y accede a seguir aprendiendo más técnicas como la anterior para disminuir sus dolores.

Duración aproximada de la sesión 1 hr.20 min.

La paciente no volvió a consultar por causa de sus dolores y actualmente se encuentra en fase de remisión de la enfermedad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta memoria ha tenido una orientación eminentemente teórica, y en ese sentido se ha debido recurrir a una exhaustiva recopilación bibliográfica.

Dicha recopilación originalmente se planteó como una revisión del material psicológico que abordaba el tema. Sin embargo, para lograr satisfacer los objetivos planteados había que interiorizarse en otras áreas del conocimiento científico.

Las áreas a investigar fueron el cáncer y el dolor, ya que si no se tenía un cabal conocimiento de estos temas mal se podía establecer un tratamiento para disminuir el dolor en los pacientes con cáncer.

Una vez finalizada esta memoria, se visualiza cómo el texto final da cuenta de un fenómeno complejo que necesita ser abordado con conocimientos que van más allá de lo estrictamente psicológico, aunque el punto de vista sobre el cual se basa la observación siempre es el de la psicología.

El trabajo realizado fue reunir información que ha sido estudiada y tradicionalmente reservada en áreas distintas, de manera integrada y unificada, pudiendo establecer una coherencia en torno a identificar y tratar, en la leucemia en pacientes infanto-juveniles, el fenómeno del dolor a través de la hipnosis ericksoniana.

Se redujo una realidad amplia y difícil de abordar, a una realidad comprensible de tratar en función de datos y recopilaciones, que transforman a esta memoria en un texto de consulta sistematizado del tema.

En relación al fenómeno del cáncer, lo más importante del trabajo realizado fue profundizar en qué consiste y lo que el fenómeno del dolor en la Leucemia significa.

Por un lado aprender acerca de qué es la enfermedad, cómo ataca a niños y adolescentes; cuáles son las principales enfermedades que constituyen al cáncer. Por otro lado, poder focalizar nuestro trabajo en relación a un tipo de esas enfermedades que en particular fue la Leucemia.

Esto constituye un aporte porque es la enfermedad neoplásica más frecuente en niños y adolescentes en Chile hoy. A pesar que cada año enferman aproximadamente cuatrocientos niños, aún es la segunda causa de muerte para ese grupo, después de los accidentes.

Importante también fue poder conocer la realidad de lo que significa esta enfermedad para todos los seres humanos involucrados. Una visión transversal del problema no da cuenta del proceso que significa vivir cotidianamente con la enfermedad y el tratamiento.

Las variables psicológicas involucradas no sólo afectan al paciente y su núcleo familiar, también el personal de salud sufre las consecuencias emocionales de lo que significa vivir un tratamiento contra el cáncer.

Cuando se planteó la idea de establecer un tratamiento y trabajar con pacientes oncológicos en relación al control de dolor, el objetivo parecía claro. Sin embargo, una cosa fue diseñar el plan de trabajo y otra distinta fue introducirse en lo que significa para cada una de las personas involucradas vivir el fenómeno del cáncer.

La primera conclusión que surge de esta experiencia fue que el trabajo psicológico debe incorporar las necesidades de cada persona

involucrada.

Manejar la idea de que lo que se enfrenta, además de la enfermedad, es la posibilidad siempre presente de la muerte, ya sea por complicaciones del tratamiento o porque no es posible ganar, plantea una dinámica de relación familia-equipo de una intensidad y compromiso que escapa a lo estrictamente profesional.

Dentro de esto mismo, lo importante es enfrentar la situación desde un punto de vista interdisciplinario, pero por sobre todo con un intenso trabajo en equipo, ya que sólo así se puede cuidar a la familia y al paciente de un modo integral, no desgastador.

El formar parte de un equipo interdisciplinario, significó una gran experiencia en términos profesionales y humanos, debido al compromiso que significa interdepender, en conjunto a otros profesionales, en lo que es el tratamiento directo del paciente. Esto no fue una experiencia fácil para los autores de esta memoria, ya que en general la participación de psicólogos en el tratamiento del cáncer, se relaciona de manera más indirecta con estos pacientes.

Al revisar cada uno de los aspectos o variables relacionadas con la leucemia, uno de los hechos más relevantes que surgió, fue visualizar que los problemas que surgen en la calidad de vida del paciente se deben al tratamiento y en menor medida a la enfermedad misma. Esto es difícil de aceptar porque por un lado, la enfermedad es mortal en pocos meses si no es tratada, pero por otro lado no acarrea grandes síntomas ni dolores intensos (al menos en etapas tempranas).

Al poder señalar cómo el tratamiento afecta la calidad de vida de la familia oncológica se logra adelantar las problemáticas y a las que se enfrentarán. Planificar de antemano cuáles son las principales dificultades a enfrentar y cómo el equipo de salud puede

enfrentarlas sin someterse a un gran estrés, como ocurre con la planificación de cualquier actividad. Por ejemplo, al conocer la reacción psicológica del paciente y la familia durante cada momento del tratamiento, permite la posibilidad de acompañarlos y guiarlos de la mejor manera hasta la resolución de la crisis.

Un punto fundamental del trabajo con estos pacientes significó poder conocer cómo el dolor se presenta, cuándo se presenta y poder sugerir alternativas de tratamiento para éste.

Un elemento importante de señalar fue que durante todo el tiempo que se mantuvo contacto con el equipo de salud, pesar del hecho de lo estructurado del tratamiento, por lo tanto, lo estructurado de las respuestas del paciente a las drogas, hospitalizaciones y dolor, no había la capacidad de planificar la siguiente crisis del paciente, al menos hipotéticamente. Esto adquiere particular importancia frente al dolor, ya que existe suficiente evidencia acerca de que el dolor condiciona la aparición de otras respuestas psicológicas después de episodios dolorosos repetidos: angustia, temor, depresión, etc. Además estas respuestas psicológicas se asocian a otras respuestas somáticas tales como: náuseas, vómitos etc. Si la situación es manejada previo a la aparición de estos síntomas la experiencia dolorosa y su significado varía en favor de una mayor adaptación a la situación de enfermedad, mejorando la calidad de vida del paciente.

Esta observación abre interesantes perspectivas de investigación en torno a establecer si efectivamente el momento en que se realiza la intervención puede producir un efecto terapéutico relevante, ya que existen evidencias que revelan que mientras antes se comience el tratamiento, mejores resultados se pueden esperar.

Otro punto a considerar, es la necesidad de hacer algunas observaciones en relación a la propuesta de intervención: como el trabajo realizado es en relación a los planteamientos teóricos y conceptuales que abarcan la leucemia, el dolor y la hipnosis, es necesario considerar este tratamiento como un tratamiento ideal, es decir, un tratamiento que se ajusta a los eventos como si no hubieran contratiempos. Sin embargo, tal como ocurre en el tratamiento médico, este puede sufrir modificaciones, que necesariamente deben ser evaluadas cuando las dificultades se presenten y no antes.

Ahora, si se plantea este procedimiento como una investigación experimental (por otros autores) entonces, lo indicado es fijar el contenido de las sesiones y no la frecuencia de éstas, ya que se verán muy probablemente afectadas por los inconvenientes del tratamiento médico.

Por otro lado, si el objetivo del procedimiento propuesto es clínico, entonces el terapeuta deberá tomar esta propuesta como una orientación para el abordaje de cada caso en particular, colocando especial énfasis en considerar las diferencias individuales y familiares de cada paciente, por lo tanto, deberá ajustar la frecuencia de las sesiones, el contenido (por ejemplo: agregar sugerencias para auto-estima, emesis, náuseas, etc. si son necesarias); y el grado de presencia del terapeuta durante las intervenciones dolorosas.

Uno de los hallazgos más interesantes que surgen como consecuencia de la revisión realizada es la posibilidad de realizar un trabajo hipnótico, mientras el paciente está bajo los efectos del Dormonid.

El objetivo sería lograr una experiencia de trance en un estado de conciencia alterado, para lograr acceder al observador oculto descrito por los Hilgard (1990); Y de este modo lograr evitar que

se produzca un evento atascado (MACDE, Rossi, 1993), lo que gatillaría las conductas aversivas del niño en los procedimientos siguientes, que es lo que se observa cuando el dormonid es aplicado solo.

El dolor, basado en esta teoría puede estar ligado a las condiciones neuro-psico-fisiológicas que rodean a la enfermedad y su tratamiento, favoreciendo ciertas condiciones (a investigar) se está favoreciendo la aparición o permanencia del dolor.

Otra línea interesante de desarrollar, es la posibilidad de entrenar al personal de salud en técnicas de manejo y control de dolor con hipnosis ericksoniana menos complejas como es por ejemplo uso de distracción, o metáforas etc. Esto en el caso de que la inclusión del profesional psicólogo en el equipo de salud no sea posible.

Por último, para finalizar esta discusión acerca del trabajo realizado, se desea enfatizar que lo fundamental fue justificar que la hipnosis puede ser una herramienta eficaz en el control de dolor en enfermedades como la leucemia.

BIBLIOGRAFÍA

Andersen, Barbara L.(1992): "Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life"; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 60 NQ4, pgs.552-568.

Andrykowski, Michael A.(1990): "The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cancer chemotherapy: a review and synthesis"; Psychosomatic Medicine; 52, pgs. 458-475.

Ashburn, Michael A. y Lipman, Arthur G.(1993): "Management of pain in the cancer patient"; Anesth Analg; 76, pgs. 402-416.

Bányai, Eva I.(1991): Toward a social-psychobiological model of hypnosis. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Gilford Press, New York.

Bandler, R. y Grinder, J.(1981): Trance-formations.

Barber, J. y Adrian,C. (eds.)(1982): Psychological Approaches to the Management of Pain; New York; Brunner/Mazel.

Barber, J.(1991): The Locksmith Model: Accesing Hipnotic Responsiveness. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Gilford Press, New York.

Barriga, Francisco (1988): "Cáncer infantil y cuidados auxiliares"; Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol. 18 N°4, pgs. 85-94.

Bateson, Gregory (1985): Pasos hacia una ecología de la mente. Ediciones Carlos Lohlé. Buenos Aires

Berrios, X. et al. (1987): Aspectos epidemiológicos del cáncer en Chile. Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile; Vol 17 (4), pgs. 13- 21.

Bodley Scott, Sir Ronald (1979): Cancer; Oxford University Press.

Burish, Thomas G.(1991): "Progress in psychosocial an behavioral cancer research": the need for enabling strategies; Cancer; 67, pgs. 860-864.

Burish, Thomas G.(1991): "Behavioral and psychological cancer research: building on the past, preparing for the future"; Cancer; 67; pgs. 865-867.

Burish, Thomas G. y Tope, Denise M.(1992): "Psychological techniques for controlling the adverse side effects of cancer chemotherapy: findings from a decade of research"; Journal of Pain and Symptom Management; Vol. 7 N°5, pgs. 287-301; julio.

Carey, Michael P. y Burish, Thomas G.(1988): "Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: A critical review and discussion"; Psychological Bulletin; Vol. 104 N° 3, pgs. 307-325.

Cerfogli, C. et al. (1991): Factores psicológicos que influyen en la adaptación y tratamiento del niño hospitalizado. Tesis para optar al título de psicólogo U.C.

Coe, William C. y Sarbin, Theodore R. (1991): Role Theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Guilford Press, New York.

Coleman, Beth K. y Heiney Sue P. (1992): Storytelling as a therapeutic technique in a group for school-aged oncology patients; Children's Health Care; Vol. 21 NQ1, invierno.

Coody, Deborah (1985): High Expectations; Nurses who work with children who might die; Nursing Clinics of North America; Vol. 20 NQ 1; Marzo.

Cumsille, Patricio y Zalaquett, Carlos (1986) : Perfil de inducción Hipnótica (HIP): Un instrumento para el estudio de la hipnosis; Revista terapia psicológica; año V NQ8; p.23-29.

Davis IV, H. (1986): Effects of biofeedback and cognitive therapy on stress in patients with breast cancer; Psychological Reports 59; pgs.967-974.

De Vita, V. et al. (1990): Cancer principles and practice of oncology. J.B. Lippincot Company. Philadelphia.

Eco, Umberto (1989): Cómo se hace una tesis; Gedisa; México.

Edmonstone, William E.(1991): Anesis. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Gilford Press, New York.

Egaña, Mariano (1962): Fisiopatología General; Editorial Andrés Bello; Santiago.

Erickson, M.H.(1952/1980): Deep hipnosis and its inductions. En E. Rossi (ed.), The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hipnosis, Vol I. New York; Irvington. pp 139-167.

Erickson, M.H.(1954/1980): Hipnotism. En E. Rossi (ed.), The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hipnosis, Vol III. New York; Irvington. pp 21-25.

Erickson, M.H.(1959/1985): Special States of Awareness and Receptivity. En E. Rossi; M. Ryan & N. Sharp (eds.), Life Reframing in Hipnosis. The Seminars, Workshops and Lectures of Milton H. Erickson, Vol I. New York; Irvington. pp 223-242.

Erickson, M.H.(1966/1980): Hipnosis: its renaissance as a treatment modality. En E. Rossi (ed.), The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hipnosis, Vol IV. New York; Irvington. pp 52-75.

Erickson, M.H.(1980): An introduction to the study and application of Hipnosis for Pain Control. En E. Rossi (ed.), The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hipnosis, Vol IV. New York; Irvington. pp 452-477.

Erickson, M.H. & Rossi, E.L.(1979): Hypnotherapy: An exploratory casebook. New York; Irvington.

Erickson, M.H. & Rossi, E.L.(1981): Experiencing Hypnosis: Therapeutic Approaches to Altered States. New York; Irvington.

Erickson, M.H.; Rossi, E.L. y Rossi, S.I.(1976): Hypnotic Realities. The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion. New York; Irvington.

Eyre, Harmon J. y Ward John H.(1984): Control of cancer chemotherapy-induced nausea and vomiting; Cancer, 54, pgs. 2642-2648.

Freedman, A.; Kaplan, H. y Sadock, B. (1990): Tratado de psiquiatría. Salvat Editores; Barcelona.

Fourie, David P.(1991): The ecosystemic approach to hypnosis. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Guilford Press, New York.

Gibbons, Martha B. y Boren, Hallie (1985): Stress reduction: a spectrum of strategies in pediatric oncology nursing; Nursing Clinics of North America; Vol. 20 NQ 1; Marzo.

Gordon, Wayne A. et al.(1980): Efficacy of psychosocial interventions with cancer patients; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 48 NQ6, pgs.743-759.

Haley, Jay (1980): Terapia no Convencional: Las técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson. Amorrortu Ed.; Buenos Aires.

Haley, Jay (1987): Estrategias en Psicoterapia. Ediciones Toray, Barcelona.

Hammond, D.C. (ed.)(1990): Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors. New York; Norton.

Harrison, R. (1987): Principios de medicina interna. 2ª edición. Ed. Interamericana; Mc.Graw-Hill.

Heap, Michael y Dryden, Windy (1991): Hypnotherapy: a handbook. Open University Press, Milton Keynes, Philadelphia.

Hilgard, E.R.(1991): A Neodissociation interpretation of hypnosis. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Gilford Press, New York.

Hilgard E.R. y Hilgard J,R.(1990): La hipnosis en el alivio del dolor; Fondo de Cultura Económica; México.

Hilgard, Josephine R. y LeBaron, Samuel(1982): Relief of anxiety and pain in children and adolescents with cancer: quantitative measures and clinical observations; International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; XXX NQ4, pgs. 417-442.

Hilgard, J.R. and Le Baron, J.R.(1984): Hypnotherapy of Pain in Children with Cancer. Los Altos, CA; William Kaufmann.

Hockenberry, Marilyn J. y Cotanch, Pat H.(1985): Hypnosis as adjuvant antiemetic therapy in childhood cancer; Nursing Clinics of North America; Vol. 20 NQ 1; Marzo.

Kruse, Reese, Hart (1979): Cancer; Pathofisiology, Etiology and Management; The C.V. Mosby Company.

Kübler Ross, M. (1969): The death on dying. Mac.Millan Publishing Co, Inc.

Kuhn, T.S.(1987): La Estructura de las Revoluciones Científicas; Fondo de Cultura Económico; Madrid.

Instituto "Milton H. Erickson" de Santiago de Chile (1992)(a): Manejo hipnótico del dolor; Apuntes de seminario; Santiago.

Instituto "Milton H. Erickson" de Santiago de Chile (1992)(b): El nuevo lenguaje de la comunicación mente-cuerpo; Apuntes de seminario; Santiago.

Instituto "Milton H. Erickson" de Santiago de Chile (1993): Fundamentos para una terapia psicobiológica: uniendo mente/cuerpo; Bowie, D. y Pacheco M. (comp.); Santiago.

Katz, Ernest R. et al.(1992): Teacher, parent and child evaluative ratings of a school reintegration intervention for children with newly diagnosed cancer; Children's Health Care; Vol. 21 NQ 2.

Kelly, John B. y Payne, Richard (1991): Pain syndromes in the cancer patients; Neurologic Clinics; Vol. 9 NQ4; noviembre.

Kraft, Tom (1992): Counteracting pain in malignant disease by hypnotic techniques: five case studies; Contemporary Hypnosis; Vol.9 NQ2, pgs 123-129.

Labarca R.: Aspectos psicológicos del paciente con cáncer; Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol. 17 NQ4, pgs. 27-30.

LaBaw, Wallace et al.(1975): The use of self-hypnosis by children with cancer; The American Journal of Clinical Hypnosis; Vol 17 NQ4; abril.

Lankton, C.H. y Lankton, S.R.(1989): Tales of enchancement. Goal-oriented Metaphors for Adults and Children in Therapy. New York, Bruner/ Mazel.

LeCron, Leslie M.(1989): Autohipnotismo; Ed. Diana, México.

Lyles, Jeanne N. et al.(1982): Efficacy of relaxation training and wided imagery in reducing the aversiveness of cancer chemotherapy; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 50 NQ4, pgs.509-524.

Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.(1991): Theories of Hypnosis: current models and perspectives. The Gilford Press, New York.

Maier, H. (1969): Tres teorías sobre el desarrollo del niño. Erikson, Piaget y Sears. Amorrortu Editores; Buenos Aires.

McCalla, June L.(1985): A multidisciplinary approach to identification an remedial interventions for adverse late effects of cancer therapy; Nursing Clinics of North America; Vol. 20 NQ 1; Marzo.

Morris, David (1993): La cultura del dolor; Editorial Andrés Bello.

Nash, Michael R.(1991): Hypnosis as a Special case of Psychological Regression. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Gilford Press, New York.

National Cancer Institute (1987): Chemotherapy and You: A guide to self-help during treatment. NIH Publications

O'Hanlon, W.H.(1989): Raíces Profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson; Paidós; Buenos Aires.

Osby, Nathan (1987): Hematology of Infancy and Childhood; W.B. Saunders Company.

Pacheco, Mario (edit.)(1990)(a): Introducción a la hipnoterapia ericksoniana; Instituto Chileno de Hipnosis Aplicada; Santiago.

Pacheco, Mario (1990)(b): "Hipnosis Ericksoniana: nivel básico"; Apuntes de clases; U. de Chile.

Pacheco, Mario (1990)(c): "Hipnosis Ericksoniana: nivel intermedio"; Apuntes de clases; U. de Chile.

Pacheco, Mario (1991): "Hipnosis Ericksoniana: nivel avanzado"; Apuntes de clases; U. de Chile.

Powers, Scott W.(1992): Increasing coping with invasive medical procedures: a psychological intervention program for preschool cancer patients and their parents; Dissertation Abstracts International; Vol. 52 NQ10; abril.

Rape, Roger N.(1992): Psychological preparation for pediatric oncology patients: A process-outcome investigation of hypotheses derived from self-efficacy theory and bioinformational theory; en Dissertation Abstracts International; Vol. 53 NQ6, Diciembre.

Redd, William H. et als.(1982): Hypnotic control of anticipatory emesis in patients receiving cancer chemotherapy; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 50 NQ1 pgs.14-19.

Redd, W.H. y Andrykowsky M.A.(1982): Behavioral intervention in cancer treatment: controlling aversion reactions to chemotherapy; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 50 NQ6, pgs.1018-1029.

Ritterman, Michele (1988): Empleo de hipnosis en terapia familiar; Amorrortu editores; Buenos Aires.

Roldán, J. y Yasky, J. (1993): Construcción de un instrumento para diagnosticar estructuras de carácter esquizoide, desde una perspectiva bioanalítica. Memoria para optar al título de psicólogo. U. de Chile.

Rossel, Lister (1989): Medicina conductual: el desafío del dolor crónico; Revista terapia psicológica; Año VIII nQ11.

Rossi, E.L.: Hypnosis and Ultradian Cycles: A new state(s) theory of hypnosis?. American Journal of Clinical Hypnosis 25(1), 21-32.

Rossi, Ernest (1987): La teoría del aprendizaje y la memoria dependientes del estado; Revista terapia psicológica; Año VI NQ9; p.33-41.

Sociedad Chilena de Cancerología : Manual de enfermería en quimioterapia.

Sourkes, Barbara M.(1993): Psychologic aspects of leukemia and other hematologic disorders. En Nathan and Oski:"Hematology of infancy and Childhood" 4a Ed.;W.B. Saunders Company.

Spanos, Nicholas P.(1991): A sociocognitive approach to hypnosis. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Gilford Press, New York.

Taborga, Huáscar (1992): Cómo hacer una tesis; Grijalbo; México.

Taylor, Shelley E. et al.(1986): Social supports, support groups, and the cancer patient; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 54 N05 pgs.608-615.

Telch, Christy F. y Telch, Michael J.(1986): Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies; Journal of Consulting and Clinical Psychology; Vol. 54 N06, pgs.802-808.

Torregrosa, S. y Tagle, P.: Dolor y cáncer; Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol. 17 N04, pgs. 48-54.

Trijsburg, R.W. et al.(1992): Effects of psychological treatment on cancer patients: a critical review; Psychosomatic Medicine; 54, pgs. 489-517.

Turk, Dennise C. y Fernández, Ephrem (1990): On the putative uniqueness of cancer pain: do psychological principles apply?; Behavioral Research Therapy; Vol. 28 NQ1, pgs. 1-13.

Ventafriidda, V. et al. (1987): A validation study of the WHO method for cancer pain relief; Cancer 59; pgs. 850-856.

Wagstaff, Graham F. (1991): Compliance, believe, and semantics in hypnosis: a nonstate, sociocognitive perspective. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Gilford Press, New York.

Warner, J.E. (1992): The nature of cancer pain: Comparisons of malignant and non-malignant pain; en Dissertation Abstracts International; vol. 53 NQ 6; diciembre.

Waskerwitz, Mary J. y Ruccione, Kathy (1985): An overview of cancer in children in the 1980s; Nursing Clinics of North America; Vol. 20 NQ 1; Marzo.

Watzlawick; Paul (1992): Métodos hipnoterapéuticos en la terapia familiar, en La Coleta del Barón de Münchhausen, Ed. Herder, Barcelona.

Wester, W.C. y O'Grady, D.J. (edit.) (1991): Clinical hypnosis with children; Brunner/Mazel; Nueva York.

Zeig, Jeffrey K. (ed.) (1987): The evolution of psychotherapy. New York, Brunner/Mazel. En: Instituto Milton H. Erickson de Santiago de Chile.

Zeig, Jeffrey K. (1988): An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. En J.F.Zeig & R.Lankton (eds.), Developing Ericksonian therapy: State of the arts (pp.353-375). New York: Brunner/Mazel.

Zeig, Jeffrey K. y Rennick, Peter J.(1991): Ericksonian hypnotherapy: a communications approach to hypnosis. En: Theories of Hypnosis: current models and perspectives. Lynn, Steven J. y Rhue, Judith, W.; (Edits.); The Gilford Press, New York.