

El Recurso de la Hipnosis Ericksoniana en Anestesiología

Javier Arturo Samano Iturria*, Jorge Abia[§]

RESUMEN

El propósito de este capítulo es revisar la utilidad que tiene la aplicación de las diferentes técnicas de Hipnosis Ericksoniana en Anestesiología y transmitir nuestra experiencia en la práctica de ellas en nuestro Hospital. El método y las técnicas hipnóticas nos revelan que nuestros problemas tienen antecedentes en nuestra historia personal (debido a experiencias dolorosas del pasado desarrollamos defensas mentales para protegernos del dolor emocional). El paciente encuentra en sí mismo recursos internos para superar sus dificultades presentes a través del uso de su imaginación y del refinamiento de la comunicación verbal y transverbal para que la Hipnosis se haga posible. La complejidad de un cuadro doloroso requiere ser atacado desde los niveles psicológico, cognoscitivo, afectivo y simbólico, y la Hipnosis es un recurso que encaja muy bien dentro de este punto de vista.

Palabras Clave: Dolor; Ericksoniana; Estado de Trance; Hemisferio Cerebral Derecho; Hipnosis; Inyuctiva.

SUMMARY ERICKSONIAN HYPNOSIS AS AN ANESTHETIC ALTERNATIVE

The purpose of this chapter is to analyze the usefulness of the different Ericksonian Hypnosis techniques and to report on the firsthand experience we have of them in our Hospital. Hypnotic theory and techniques reveal that our problems are rooted in our past (due to painful past experiences we develop mental defense mechanisms to protect us from emotional suffering. The patient

draws from within the strength to overcome his affliction, and Hypnosis is made possible by appealing to his imagination and by using refined verbal and non verbal communication techniques. The complexity of the pain profile has to be tackled on psychological, cognitive, affective and symbolic levels and hypnosis is a valid alternative in these cases.

Key Words: Pain; Hypnosis: Eriksonian, inyuctive, Right brain hemisphere; pain

Por más de dos siglos, numerosas aplicaciones de Hipnosis para anestesia quirúrgica y analgesia han sido un método efectivo y benigno en el tratamiento de numerosas dolencias médicas y psicológicas. No obstante, la Hipnosis ha sido confundida con lo místico, lo oculto, con la desconfianza de su curación, confusiones que crearon obstáculos en su aceptación como ciencia. Sin embargo, la modalidad probó ser útil en numerosos casos durante un periodo de la medicina en que la cirugía tenía un riesgo diferente y frecuentemente se asociaba a una sensación de muerte¹.

En la actualidad se reconocen dos tipos de Hipnosis, la clásica y la moderna. En la Hipnosis clásica o tradicional, que erróneamente se asocia con lo esotérico y misterioso, se trataba de inducir un estado en que el sujeto perdiera parcialmente la conciencia y el control para que este pasara a manos del hipnotizador, con objeto que estuviera más receptivo a las sugerencias que provinieran de afuera. Ejercida de manera rígida, artificial y arbitraria, se abandonó en favor de la nueva visión de la hipnosis o moderna, a través de una fina observación de lo que el paciente nos brin-

* Médico Anestesiólogo Adscrito al Hospital Angeles del Pedregal, México D.F., [§]Especialista en Medicina Interna, Terapeuta Familiar, Psicoterapeuta Ericksoniano, Co-Director del Instituto Milton H. Erickson de la Cd. de México. Correspondencia: Javier A. Samano Iturria, Hacienda Chimalpa 25, Privada Génova No.5, Col. Villas Prado Coapa, México D.F. 14350, México.

da sin darse cuenta, como su estilo de lenguaje, gestos, cambios de voz, etc., que revelan la flexibilidad y adaptabilidad a la realidad existencial de cada paciente, utilizando esas manifestaciones no conscientes para llevarlo a una conciencia nueva de lo que esta ocurriendo en su interior. Este es el método propuesto por Milton H. Erickson y otros autores (hipnosis Ericksoniana): permisivo, natural y respetuoso, en donde el paciente encuentra en sí mismo recursos internos para superar sus dificultades presentes a través del uso de su imaginación y del refinamiento de la comunicación verbal y transverbal para que esta Hipnosis se haga posible^{2,3}.

La Hipnosis es una técnica para inducir un estado de trance (estado alternativo de la conciencia) en donde el Hemisferio Cerebral Derecho (HCD) tiene una mayor actividad y el paciente esta imaginando y sintiendo más que pensando lógicamente (Hemisferio Cerebral Izquierdo). En el estado de trance, las facultades mentales críticas, el razonamiento y la lógica, están temporal y parcialmente modificadas, como en un estado similar al sueño fisiológico. Por el contrario, en la vigilia estamos bajo el predominio del HCI^{3,4}.

Los estados alternativos de conciencia se dan por vía natural o artificialmente, y se reconocen actualmente los siguientes: 1) Estado hipnagógico: momentos previos al adormecimiento; 2) El dormir; 3) El ensueño durmiente: soñar durante el dormir; 4) El trance natural o ensueño despierto: soñar despierto; 5) El trance inducido por música; 6) El trance hipnótico; 7) El trance inducido por diversas técnicas de meditación; 8) La privación sensorial; 9) Efectos de algunos medicamentos: anestesia; 10) Algunos estados psicopatológicos, y 11) Los efectos de intoxicaciones^{2,5}.

En el caso del dolor, el paciente está en un estado de trance porque está sintiendo más que pensando y/o razonando. Basados en un punto de vista de la Psicología en general y de la psicoterapia en particular, la Hipnosis nos recuerda que nuestros problemas tienen antecedentes en nuestra historia personal y que debido a experiencias dolorosas del pasado desarrollamos defensas mentales para protegernos de ese dolor emocional; de aquí, partimos de dos principios fundamentales: el concepto del dolor como una experiencia con múltiples niveles y la idea de que el ser humano es, entre otras cosas, una unidad psicosomática, es decir, somos una integración funcional de mente y cuerpo, de manera que todo lo que nos sucede se da correlativamente en los dos niveles^{2,6,7}.

Lo que sucede en el cuerpo puede tomarse como una metáfora de la realidad intrapsíquica. Por

ej., en la espondilitis anquilosante las células de defensa destruyen algunas articulaciones, lo cual podría verse como una metáfora de impulsos agresivos dirigidos en contra de la propia persona asociados a falta de diferenciación entre el yo y el yo⁸.

Otra manera de mirar esta interacción, es la propuesta de que cualquier cosa que suceda en el cuerpo puede ser utilizada por el inconsciente para proyectar una conflictiva intrapsíquica representada en metáfora: un accidente, por ej., puede ser vivido como castigo o como una oportunidad para renacer. Por lo tanto, una intervención quirúrgica puede contribuir a complicar la problemática interna de la persona o ser una oportunidad para ayudar a resolverla^{8,9}.

Es evidente que en la Hipnosis la mayoría de las actividades están mediadas por el HCD ya que, al modificar la percepción, se pueden dirigir cambios internos corporales o de desarrollo, y solo individuos expertos, respetuosos, supervisados y suficientemente entrenados deben utilizarla. En el Cuadro I se presenta una lista de actividades en las que cada hemisferio dirige predominantemente el proceso.

Hay diferencias marcadas entre ambos hemisferios; el derecho, que es emocional y subjetivo, y el izquierdo, que es el lógico, formal y objetivo. En la Hipnosis se ponen en palabras las emociones de una manera no exacta sino equivalente y más rica que una mera descripción, pues agrega al relato imágenes, sensaciones y emociones que fluyen libremente y complementan lo verbalizado, más allá del juicio lógico cotidiano y al mismo tiempo sin perderlo. De tal manera que en Hipnosis las actividades son mediadas por el HCD, como el aumento de la sensibilidad a la textura o a la modificación espacio-temporal, ó el recuerdo de situaciones olvidadas, ó a la producción de alucinaciones que no son tales y que se aplican con un fin terapéutico^{2,5,10,11}.

Historia

Ha sido conocida con una variedad de nombres, como magnetismo animal ó mesmerismo, hipnotismo e hipnosis. Ha sido empleada por siglos en una u otra forma en todas partes del mundo: los griegos y los egipcios la usaron para el tratamiento de varias dolencias; hay también datos bíblicos de su uso y en el Oriente, al desviar la atención de los pensamientos y concentrarla en sensaciones que pueden provenir de la simple respiración ligada a un sonido o a un movimiento rítmico.

Podemos situar al inicio formal de la Hipnosis en 1765 con los trabajos de Franz Anton Mesmer y

Cuadro I

HEMISFERIO CEREBRAL DERECHO	HEMISFERIO CEREBRAL IZQUIERDO
Información espacial Percepción de uno mismo Entonación del sonido y lenguaje Aspectos emocionales Reconoce palabras sencillas y conocidas Atención difusa Pensamiento totalizador Atemporalidad Evaluación de características cognoscitivas de las palabras (si las conoce, desconoce o reconoce) Especialización en tareas que requieren procesamiento no secuencial y espacial Más apto que el HCI para distinguir frecuencias sónicas mas altas y para la detección de texturas	Información verbal Control motor del lenguaje Información lógica Información matemática Planeación, toma y ejecución. de decisiones Aspectos lógico-gramaticales del lenguaje Atención focalizada Control del tiempo Organización de la sintaxis Planeación, toma y ejecución de decisiones Menos apto que el HCD para distinguir frecuencias sónicas altas y para la detención de texturas

sus curaciones colectivas espectaculares. Sin embargo, el primer caso documentado de anestesia hipnótica fue en 1829, cuando se realizó una mastectomía por Jules Cloquet en París. En los Estados Unidos, en 1836, fue inicialmente aplicada por Harwood, en Boston, para cirugía dental. En 1838, es usada en Inglaterra. En 1850, James Esdaile escribió su libro «Mesmerismo en la India», describiendo 250 operaciones bajo Hipnosis. En 1886, Bernheim escribió sus primeros tratados científicos en su libro «Terapéutica Sugestiva», que forma parte del desarrollo histórico del hipnotismo^{2,12-14}.

La hipnosis moderna tiene sus antecedentes en los años 30's en Nancy, Francia, entre cuyos exponentes destacan: Bernheim, Liebault y Coue, que consideraban el estado de Trance como normal y no como un estado patológico como se afirmaba en la escuela de Charcot y de Freud. Además, proponían que las sugerencias operan solamente cuando encuentran en la persona que las recibe un eco interno y, en este sentido, son autosugerencias presentes de una forma no consciente, a través de la imaginación y sin intervención de la realidad externa¹⁵.

Congruente con los principios en Nancy, en los años 50's, Milton H. Erickson desarrolló las técnicas hipnóticas modernas, incorporándolas como un estilo de comunicación, y eliminando los rituales y la formalidad de la Hipnosis clásica. La nueva Hipnosis o H. despierta se cristalizó en los años 70's, siendo sus abanderados Milton H. Erickson del lado clínico-práctico y T.X. Barber del de la investigación científica. En la Hipnosis Ericksoniana participan dos personas, el paciente, que es experto en sí mismo, y el terapeuta, que es experto en sus técnicas. A lo largo del proceso, el terapeuta acompaña al paciente guiándolo

a donde quiere ir, a su estilo y a su paso. Dentro de este enfoque, más que pacientes resistentes al cambio o difíciles, existe la necesidad de ajustarse al ritmo y estilo de cada paciente. Por lo tanto, no hay necesidad de decidir por medio de pruebas cuestionables si la persona es o no hipnotizable. El problema no es la hipnotizabilidad del paciente sino la habilidad de hipnotizar del terapeuta, influyendo positivamente en el control de las funciones de nuestro cuerpo, de nuestras emociones, y promoviendo nuestro desarrollo para el enriquecimiento personal que es el fin ultimo de toda psicoterapia^{3,4,15}.

APLICACIONES TERAPEUTICAS EN MEDICINA Y EN ANESTESIOLOGIA

En psicología, se distinguen dos situaciones relacionadas con la impresión que el mundo interno como externo producen en ambos hemisferios, se llaman sensación y percepción. La sensación es el hecho simple de recibir información; la percepción es la integración y la atribución de un sentido o un significado a ese estímulo dentro de una vivencia total. El psicoanalista utiliza la atención flotante y los psicoterapeutas mantienen una atención global; actividades del HCD, y todos usamos las palabras y las hipótesis de orden lógico para explicar con el HCI⁴.

El lenguaje hipnótico utiliza palabras, el tono de la voz, la entonación, la rima, que el HCD capta y que tienen una función primordial, emitir símbolos en sensaciones e imágenes. Los dos cerebros colaboran, ya que el izquierdo comunica las imágenes y sensaciones del derecho. La manifestación no verbal se representa en símbolos, de forma que la persona la tolere de acuerdo con su juicio socialmente aprendido, el

cual es función del HCl. Los símbolos se traducen a palabras durante el trance, trabajando en forma indirecta, sin privilegiar a alguno de los cerebros, y permitiendo modificar en esos mismos términos los símbolos. Después, se puede ir tan lejos como el paciente lo desee en la interpretación lógica^{2,16,17}.

Todo el proceso de Hipnosis se centra en un marco de referencia dado por dos teorías: el Psicoanálisis, para entender lo que sucede en la integración mente-cuerpo de cada persona, y la Teoría de Sistemas, para entender como esto se concreta en las relaciones con los demás.

En la Teoría de Sistemas se dice que la flexibilidad y la funcionalidad aparecen cuando hay variedad de alternativas, de llaves, de caminos, y que la rigidez y la disfuncionabilidad son sinónimos de estereotipia. En la Teoría Psicoanalítica los distintos tipos de patologías se caracterizan porque tienen mecanismos de defensa, o sea, modos de reaccionar ante la angustia, estereotipados. En ambos casos se trata de nudos. Una vez deshechos, la persona queda libre para probar diferentes caminos. Por eso, un principio básico de la terapia ericksoniana es nunca frenar o cortar opciones, sino al contrario, siempre promover nuevas. Desde el primer momento es importante construir la realidad de que todo lo que suceda es un paso para lograr el cambio deseado y sugerirlo a través de distintas verbalizaciones. Así queda protegido el proceso y quedan establecidos el camino y su dirección^{2, 18,19}.

De tal manera que la Hipnosis ericksoniana puede ser utilizada para: permitir la relajación en general y la superación de situaciones traumáticas. Para develar material reprimido, como es el significado de un síntoma. Modificar fantasías y objetos internos creados desde la infancia. Para desencadenar procesos de cambio, como por ej. «Aprender a disfrutar» y «para anticipar soluciones». Para movilizar recursos mentales y fisiológicos (acelerar un proceso de curación física). Para el manejo de afecciones de origen psicosomático. Para el control de hábitos, como adelgazar, y para el manejo de la dependencia psíquica al tabaco y al alcohol, etc. Para el manejo de técnicas de autohipnosis, que pueden servir para cualquiera de las anteriores, o para el manejo del dolor. Para el manejo de la psicoterapia individual, familiar o de grupo. Para tratamientos y/o cirugías dentales, y para inducir analgesia hipnótica a través de un proceso psicoprofiláctico para cirugía menor o para cirugía mayor, sin anestesia química, con anestesia en dosis baja o local que se potencia con la Hipnosis, o con anestesia total tradicional, puesto que aun con esta última, la persona conserva suficiente registro de estímulos auditivos

para recibir las sugerencias. Los resultados han permitido concluir que los sujetos apropiados para esta técnica son cualquiera que no sea débil mental grave o que tenga un estilo cognoscitivo catastrófico que lo lleve a interpretar cualquier señal como amenaza^{19-22, 2}.

Respecto de las contraindicaciones, no se considera que las haya; sin embargo, este tipo de técnicas debe manejarse solo por profesionales. Casi todos los cuadros que el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)²³ señala bajo los rubros de desordenes psicóticos o limítrofes, corresponden dentro de la Teoría Psicoanalítica a las patologías cuya etiología se ubica en los primeros dos años de vida, y los nudos que aparecen en esta etapa se conocen con el término de psicosis²⁴. En los estados de trance, tales nudos aparecen como estados de desintegración, despersonalización, deformación de la imagen corporal, angustia que invade. Vivencias aterradoras para el paciente y también para el terapeuta si no se encuentra preparado y no es capaz de manejarlas connotándolas como momentos necesarios de transformación y crecimiento. Y dado que durante el trance, la comunicación se da no sólo con palabras sino sobre todo a través de lo emocional, si aquel se angustia, el paciente lo percibe como una construcción de la realidad de que todo está perdido y se autosugiere eso mismo².

ANALGESIA HIPNOTICA

En lo que respecta al dolor, existe una red muy complicada de información que almacena las experiencias y sensaciones como patrones de memoria en forma de conexiones neurales entre las neuronas y los órganos. Los estímulos serán producidos física o bioquímicamente para permitir una respuesta conductual o funcional, a través de fenómenos hormonales, membranas receptoras y células especializadas de almacenamiento.

Existen tres niveles en la presentación del dolor: el orgánico, el subjetivo y el interaccional. En situaciones quirúrgicas tratamos fundamentalmente los 2 primeros y su interrelación. En conceptos como el de una intervención quirúrgica, se espera sentir dolor. Esta expectativa lleva a interpretar como dolorosos los estímulos diferentes a los habituales (nivel subjetivo). Además, el miedo y la sensación de impotencia disminuyen el umbral al dolor, ya que puede deberse a haber sufrido situaciones similares desagradables, o a la falta de información sobre el procedimiento y/o al hecho de sentir que se pierde el control de la situación

(nivel interaccional).

El dolor, al igual que la angustia, cumplen una función: señal de alarma de que algo inadecuado está sucediendo y de que es indispensable atender esa señal. Sin embargo, en algunos casos, como el dolor crónico o en momentos terminales, en donde ya no tienen esa función, o en los que la medicación es insuficiente, o en los que tienen efectos secundarios que afectan al paciente, es aquí en donde es conveniente trabajar con técnicas de Hipnosis, e incluso, entrenar al paciente para que aprenda a controlar el dolor con técnicas de autohipnosis.

En primer lugar, es necesario explorar la percepción del dolor para cambiar esta, reetiquetándola como signo de mejoría. En Segundo lugar, se debe investigar si el dolor cumple una función en el sistema familiar o en el sistema terapéutico total. Por ej., si el paciente se siente tranquilo y seguro cuando tiene el dolor, porque así es atendido por la familia y/o por el equipo de salud. O bien, percibir el dolor puede ser vivido como una forma de estar alerta de lo que sucede, para así controlar una situación como es una enfermedad crónica. En estas circunstancias, lo conveniente es disminuir el dolor a un nivel aceptable, pero no eliminarlo^{2,6,7,25}.

Una vez determinada esta situación, se puede proceder a eliminar el dolor con diferentes técnicas hipnóticas. Dentro de las técnicas más frecuentemente utilizadas existen: focalización de la atención en otra parte del cuerpo; transformación de imágenes quinesísticas en visuales (al visualizar algo deja de sentir, y mientras más detalles visuales tenga, mejor la desensibilización); la técnica de los símbolos; la bio-retroalimentación, etc.

En la hipnosis, la inducción del trance es un momento fundamental. Es el primer paso en donde se prueba qué tan hipnotizable es el sujeto y la habilidad del terapeuta para mantener el control sobre él. Se trata de facilitar o aprovechar el trance que aparece en forma natural en nosotros en diferentes momentos, para que así la atención se centre en lo que es verdaderamente importante. La inducción no es un paso previo, es parte ya del proceso terapéutico. Es muy útil primero respirar al ritmo de la otra persona y después hablar siguiendo ese ritmo, creando una unidad. Cualquier modificación en el ritmo o estilo de respirar del paciente, nos hace sentir que hay un cambio dentro de él. A través de sus gestos y expresiones percibimos que algo va mal, y si aparece una situación difícil, utilizarla como un recurso, transformar esa situación en una que sea placentera.

En el trance las cosas se viven, como en un

sueño donde todo puede ocurrir: no existe sentido del tiempo, las sensaciones se distorsionan, podemos flotar o quedar paralizados, surgen disociaciones, se presentan movimientos involuntarios, en fin, todo lo que sucede en un sueño tiene un sentido metafórico, simbólico, y este es el lenguaje en que se expresa el inconsciente. De este modo, mediante la inducción el número de caminos es limitado y las técnicas de inducción que se utilizan con mas frecuencia son: crear o revivir una escena placentera; inducir a través de la percepción de sensaciones; inducción a partir de la percepción de un afecto o de un dolor; inducción a partir de la utilización de metáforas; inducción a través de la disociación (disociación entre sujeto observador y sujeto observado), o disociación entre la mente consciente y la mente inconsciente: la confusión es una técnica muy poderosa para romper el estado consciente y ayudar a que surja el estado de trance; inducción para entrenar en autohipnosis².

En la hipnosis ericksoniana un principio fundamental es la utilización de todo lo que suceda para mantener a la persona en el camino y que llegue a donde quiera llegar en una forma protegida. Cualquier interferencia posible se convierte en un RECURSO del proceso de cambio y de crecimiento.

Mediante la verbalización, usando términos y frases ambiguas, se dan cambios en el paciente y la autosugestión avanza, hasta donde se pueda explorar, sugerir y reconstruir escenas y así llegar a la solución del problema mediante las técnicas de SUGESTION y del ENTREMEZCLADO que se dan en una forma constante, verbalizando el ayer y el ahora, empezando a construir la realidad de que el dolor se controla y se transforma, y hablando con el mismo lenguaje experiencial del paciente^{16,26}.

Hay dos formas de sugestión, la verbal y la analógica. En la analógica, se orienta y se lleva a la persona a donde esta quiere ir o estar, construyendo imágenes siempre en forma ambigua para que predomine el HCD. En la forma verbal, se construye una realidad junto con el otro, verbalizando en forma ambigua, dejando diferencias entre el ayer y el ahora, dando por hecho las cosas, como por ej. "ya te diste cuenta de lo que sientes ahora en donde antes estabas sintiendo dolor". Siendo insistentes en lo que ya se dio se terminó, y que este cambio es para bien (sugiriendo y disfrutando el cambio). Por medio de la inducción verbal es cuando se llega al símbolo del afecto, el cual se profundiza sintiendo la respiración y con la técnica del entremezclado, siempre buscándolo posterior al símbolo del recurso. Como ej. de verbalización tenemos: Fíjate que hora del día o de la noche es,

nota la luminosidad o la oscuridad, escucha los sonidos o el silencio, siente la temperatura de ese lugar y las diferentes texturas de lo que toca tu piel.... Estas ahí sintiéndote como te quieres sentir, viviendo como quieres vivir, actuando como quieres actuar.

Aquí es importante señalar que se dice fíjate, nota, siente, y NO trata de. «Tratar» implica esfuerzo y abre la posibilidad de que no pueda; es también un acto voluntario, actividad del HCl, y debemos buscar el predominio del HCD para mantener el estado de trance. Al igual que lo inducimos provocando movimientos involuntarios, salimos de él provocando movimientos voluntarios, lo cual nos lleva a recuperar la conciencia².

Las técnicas de relajación son útiles para antes y después de una cirugía (analgésia hipnótica), tales como «vivir en una escena placentera» y/o «sentir la respiración». El dolor es un proceso perceptual susceptible de presentar habituación^{27,28} y la somnolencia es capaz de suprimir o disminuir los procesos perceptuales al dolor. Es durante la somnolencia y el sueño cuando se decrementa la sensación y las respuestas nociceptivas en el hombre. De esta manera, se sugiere una participación activa del mecanismo tálamo-cortical en el proceso de analgesia²⁸.

En la visita preanestésica se puede mejorar el dolor induciendo analgesia hipnótica a través de un trabajo psicoprofiláctico: con información de todas las sensaciones que tendrá en el pre, trans y postoperatorio (como por ej. reestiramiento de la piel como parte de la cicatrización), reetiquetándola como signo de mejoría, de manera que las perciba como tales y no como dolor.

Respecto al sistema endógeno del control del dolor, Melzack (1975) afirmó que el dolor inhibía el dolor. Posteriores observaciones mostraron que estímulos nocivos activan neuronas del rafe y cuerno posterior de la médula espinal. Por lo tanto, actualmente se sabe que el dolor es un factor que activa el sistema de analgesia endógena y a su vez existen factores compartamentales que influyen sobre este sistema, desencadenados por actividad psíquica (analgésia inducida por estrés).

Los opioides endógenos no solo ejercen su acción de modulación de la nocicepción a nivel segmento sino que son fundamentales para modificar la apreciación, tolerancia al dolor y aliviar la ansiedad y miedo concomitantes. Estas acciones muy probablemente están relacionadas con un sitio a nivel del sistema límbico y corteza, modificando la apreciación consciente al dolor. La sustancia gris periacueductal fue la primera región implicada en la modulación del

dolor, y la región ventrolateral de esta es la más efectiva en generar analgesia.

La experiencia global del dolor comprende tres grandes propiedades: 1ª) El dolor es un evento sensorial reconocible y discriminable; 2ª) El dolor tiene una connotación espacial y temporal y 3ª) El dolor es una experiencia desagradable y aversiva. La información procesada de la médula espinal y que es transmitida a estructuras superiores llega al diencéfalo y tiene un componente medial y otro lateral. La distribución lateral está dada por el núcleo posterior del tálamo, en donde se define el estímulo nociceptivo como tal; y el núcleo ventral posterior tiene que ver con la localización del estímulo. La distribución medial corresponde a los núcleos intralaminares en donde se procesan los aspectos afectivos de la estimulación nociceptiva. La descripción de la intensidad del dolor por el paciente es influenciada considerablemente por variables psicosociales y factores socioculturales.

Se concluye que todo síntoma tiene también tres niveles: en el cuerpo, que lo siente; en la mente, con un significado simbólico, que es parte de nuestra realidad interna; y en la interacción con los demás, donde casi siempre sirve para algo, como por ejemplo, para obtener atención o para agredir indirectamente a los demás. A menudo llegamos a descubrir el significado simbólico y el origen de un síntoma y, aunque se supone que una vez develado esto el síntoma debe desaparecer; si permanece es tal vez por que todavía sirve para algo en la interacción (beneficio secundario), o bien, por simple inercia a nivel corporal^{2, 25}.

DISCUSION

Durante el proceso de la hipnosis existe una comunicación, la cual tiene un contenido (ofrecer información), y un mandato (mensaje acerca de cómo utilizar esta información). Al mismo tiempo, toda comunicación tiene un nivel social y uno psicológico, y la salida de toda comunicación está dada por este último.

Así mismo, toda comunicación tiene indicaciones como inyecciones. Las inyecciones son mensajes imperativos que dicen: ¡Haz algo! De esta manera, se puede definir la Hipnosis Ericksoniana como la ciencia de la comunicación inyección, porque aprendemos a oscurecer el nivel indicativo y a enfatizar el inyección²⁹.

Un ejemplo de indicación puede ser decirle al paciente que levante su brazo, y si el paciente lo levanta, tal vez esté hipnotizado, tal vez no, pero si lo que queremos es una respuesta automática, cambia-

mos un poco de niveles y hacemos que la indicación sea menos obvia y la inyección más prominente, usando una forma indirecta de comunicación. Podemos decir al paciente hipnotizado: «Me gustaría que entendieras que tu puedes levantar la mano». Esto provoca confusión porque es una obviedad, un hecho, una inyección, y el paciente tiene que destinar energía a responder o no a la inyección. Y se puede hacer la inyección todavía más indirecta usando juegos de palabras, con entremezclados: yo quisiera que te des cuenta de una manera habilidosa que hay una sensación que se eleva que puedes descubrir de una manera derecha. El paciente eleva la mano derecha por asociación con estas sugerencias indirectas. Pero si se quiere ser todavía más inyección, se pueden contar series de historias, una por ej., sobre un niño que quería alcanzar esas galletas allá arriba, en la alacena; otra más sobre alguien que levanta la mano para preguntar algo en clase; otra más sobre un nadador, y de repente el paciente empieza a levantar su brazo como respuesta a las inyecciones.

Esto es hipnosis. La comunicación inyección es la llave que nos conduce a un inconsciente constructivo. Cuando un paciente esta respondiendo a las inyecciones le dice al terapeuta: «Estoy abierto a ti, puedes influirme, estoy listo para ser influenciado». Y cuando el paciente ya está respondiendo a las inyecciones, el terapeuta presenta las sugerencias, porque el paciente le ha mostrado que quiere responder²⁹.

El inconsciente funciona, entre otras formas, por asociación y condensación²⁶. Cuando soñamos, por ejemplo, integramos en un personaje elementos de muchos. Al asociar un proceso fisiológico, la respiración o el soñar, con un proceso intrapsíquico, la transformación de una escena displacentera en una placentera, ambos quedan condensados, indisolublemente unidos. Por otro lado, se conoce que los sueños son mecanismos de reestructuración, indispensables para el equilibrio psíquico⁴.

Debe tomarse en cuenta que el trabajo de las Clínicas de Dolor requieren de un trabajo interdisciplinario con la presencia de varios médicos de diferentes especialidades así como Psicólogos con diferentes orientaciones para optimizar resultados terapéuticos, ya que la complejidad de un cuadro doloroso requiere ser atacado desde los niveles psicológico, cognoscitivo, afectivo y simbólico, y la Hipnosis es un recurso que encaja muy bien dentro de este punto de vista, pero siempre debe ser manejado y/o coordinado por personal experto en sus técnicas ajustándose al ritmo y estilo de cada paciente. En aquellos pacien-

tes que oponen resistencia y no cooperen adecuadamente debe esperarse que no progresen rápidamente, por lo que es razonable anticipar que ocurrirá un progreso gradual que refleje aprendizaje y la utilización de nuevas técnicas, y esperar que se den altas y bajas en el proceso.

Para cirugía general, este trabajo interdisciplinario con técnicas de Hipnosis Ericksoniana se utilizó ya recientemente en dos cirugías en el Hospital Angeles del Pedregal. La primera, fue para una colecistectomía abierta, y la segunda, para una ritidectomía cervicofacial con anestésico local con vasoconstrictor en el Segundo lado por problemas de sangrado. Los resultados permitieron concluir que se encontró una mayor estabilidad de los signos vitales, recuperación 50% más rápida medida por tolerancia oral, nivel de dolor postoperatorio, tiempo de cicatrización y ausencia de complicaciones postoperatorias, resultados que se publicaran próximamente³⁰.

REFERENCIAS

1. Gravitz, Melvin A. Early Uses of Hypnosis as Surgical Anesthesia, *Am J Clin Hypnosis*, 1988;30:201-208
2. Robles Teresa. Concierto Para Cuatro Cerebros. En: *Psicoterapia*. Editorial del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, S.A. de C.V., 1990
3. Robles T. Dos Tigres Aprenden a Pelear: Elaboración de la Simetría en una Pareja a Través del Trance, *Psicoterapia y Familia*. Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C., vol.I, num. 1, 1988, p. 29.
4. Pérez Gómez A. Alteraciones Perceptuales. En Ardila A. *Psicología de la Percepción*, Trillas, México, 1980, pp. 335-355.
5. Ardila A. *Psicología de la Percepción*, Trillas, México, 1980, p. 335-342
6. Barber J, Cheri A. *Psychological Approaches to the Management of Pain*, Brunner/Mazel, Publishers, New York, U.S.A., 1982
7. Dorcus, RM. *Hypnosis and its Therapeutic applications*, McGraw Hill, New York, 1956
8. Erickson MH. *Hypnosis: A General Review*, *Dis Nerv Syst*, 1941;2:13-18
9. Esdaile J. *Hypnosis in Medicine and Surgery*, Julian Press, Inc., 1957
10. Resumido de: Ardila A. *Psicología de los Procesos Complejos*, Trillas, México, 1982, pp 75-76, y OSTROSKY, Solís, F. y alfredo Ardila, *Hemisferio Derecho y Conducta. Un Enfoque Neuropsicológico*, Trillas, México, 1986, pp. 33, 55-56, 81-83
11. Ostrosky, Solís F, Ardila A. *Hemisferio Derecho y Conducta. Un Enfoque Neuropsicológico*, Trillas, Mexico, 1986, pp. 43-44
12. Asimov I. *Los Egipcios*, Alianza Editorial, México, 1989, p.95, y LYONS, A.S. y J.R. Petrucelli, *Historia de la Medicina*. Doyma, España, 1984, p. 207
13. Cogliati A L. *The Medieval Health Handbook*. Tacuinum Sanitatis, George Braziller, New York, 1976, p. 11
14. Lyons AS, Petrucelli JR. *Historia de la Medicina*, Doyma, España, 1984, pp. 77, 360-376
15. Araoz DL. *The New Hypnosis*, Brunner/Mazel, New York, 1985, P 4
16. Ardila A. *Psicofisiología de los procesos complejos*, Trillas, México, 1982, pp. 64
17. Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de Psicoanálisis*, labor, España

- ña, 1968, pp. 11-12
18. Rogers CR, «Rogers, Kohut, Diccionario de Psicoanálisis, Labor, and Erickson: A Personal Perspective on Some Similarities and Differences En: The Evolution of Psychotherapy, Edited by Jeffrey K. Zeig, Brunner/Mazel, New York, 1987, p.180
 19. Bateson G. Forma, Sustancia y Diferencia. En: Pasos hacia una Ecología de la Mente. Una Aproximación Revolucionaria a la Autocomprensión del hombre, Carlos Lohlé, Argentina, 1976, pp. 479-495
 20. Tanenbaum BLM. Ericksonian Techniques in Emergency Situations: Pain Control. En: Ericksonian Psychotherapy Vol.II: Clinical Applications, Brunner/Mazel, Publishers, New York, U.S.A., 1985, pp. -439-446
 21. Wolberg L. Medical Hypnosis, Vol.I and 2: Grune & Strstton, 1948
 22. Rossi EL. The Psychobiology of Mind-Body Healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis., W.W. Norton & Co., New York, U.S.A., 1986
 23. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition) D.S.M. III, Washington, 1980, pp. 199-203 y 306-324
 24. Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de Psicoanálisis, Labor, España, 1983, pp. 321-323.
 25. Freud S. El síntoma es indicio y sustituto de una satisfacción pulsional, interceptada, es un resultado del proceso represivo. En: Inhibición, síntoma y angustia, En: Freud S. Obras Completas, vol.XIX, Amorrortu, Argentina, 1979, pp. 2-66
 26. Freud S. Las Propiedades particulares del Sistema Inconsciente. En: Freud S: Lo Inconsciente. Obras completas Vol.XIV, Amorrortu, Argentina, 1979, pp. 183-192
 27. Condes Lara M, León OM, Sánchez AM, Omaña ZI. Nocicepción: Participación de un mecanismo modulador a nivel Talámico y Cortical. *Pain* 1990;2:4-18
 28. Condes Lara M, Calvo JM, Fernández GA. Habituation to bearable experimental pain elicited by tooth pulp electrical stimulation. *Pain*, 1981;11:185-200
 29. Robles T. Terapia Cortada a la Medida. Editorial del Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México, S.A. DE C.V., 1991. (Seminario Ericksoniano con el Dr. Jeffrey K. Zeig)
 30. Robles T, Abia J. Hipnosis ericksoniana en cirugía mayor. Proposición de un modelo de trabajo a partir de un caso. *Phoenix*, Vol.3, no. 11, 1991, Francia, pp. 6-10