



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA HIPNOSIS COMO UN AUXILIAR EN LA
PRACTICA ODONTOLOGICA

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIO ALBERTO CARRANZA SANVICENTE

Mexico, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

Podemos decir que la hipnosis casi nació con el hombre ya que desde los tiempos más remotos, se ha venido ejerciendo esta técnica con el fin de ayudar a controlar el dolor y ciertos malestares, puesto que en aquellos tiempos era el único medio -- con el que se contaba debido a que no había algún fármaco o medicamento capaz de ayudar a eliminar dichas dolencias.

En la antigüedad los primeros hombres que se aventuraron en la práctica odontológica, realizaban sus curaciones por medio de curaciones rudimentarias que eran de acuerdo a sus --- creencias, invención e imaginación de cada uno de ellos.

Posteriormente, los conocimientos empíricos pasaron a ser más técnicos debido a la gran necesidad que se requería para un buen tratamiento y una mejor relación odontólogo-paciente, - con lo cual aparecen alusiones referentes a la hipnosis aplicada en los tratamientos con problemas de origen dentario.

En la actualidad los adelantos tecnológicos y el ansia del conocimiento por las ciencias ocultas, ha llevado al hombre a aventurarse hacia el mundo complejo y aún desconocido que es - la mente humana logrando con esto mejorar métodos y técnicas capaces de ayudar y a la vez motivar al paciente para una mejor -- atención en cuanto a odontología se refiere.

I N D I C E

| | Página |
|--|--------|
| INTRODUCCION * | |
| CAPITULO I HISTORIA DE LA HIPNOSIS. | 1 |
| CAPITULO II CONSIDERACIONES GENERALES Y NATURALEZA DE LA HIPNOSIS. | 23 |
| CAPITULO III PREPARACION PREHIPNOTICA DEL PACIENTE. | 36 |
| CAPITULO IV TECNICAS HIPNOTICAS DE INDUCCION Y DE PROFUNDIZACION. | 41 |
| CAPITULO V ADMINISTRACION DE FARMACOS PARA AYUDAR A LA INDUCCION DE LA HIPNOSIS. (NARCOHIPNOSIS) | 64 |
| CAPITULO VI HIPNOANALGESIA. | 67 |
| CAPITULO VII COMPLICACIONES DE LA HIPNOTERAPIA. | 74 |
| CAPITULO VIII USOS CLINICOS DE LA HIPNOSIS EN LA ANES- TESIOLOGIA. | 78 |
| a) Hipnosis en la hemofilia. | 81 |
| CAPITULO IX HIPNOSIS EN NIÑOS. | 84 |
| CAPITULO X HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA | 91 |
| CONCLUSIONES | 96 |
| BIBLIOGRAFIA. | 97 |

CAPITULO I

CAPITULO I (HISTORIA DE LA HIPNOSIS)

Antiguamente se conocían los fenómenos hipnóticos, que se hallaban relegados solo a unos pocos iniciadores, y se la mantenían en las penumbras del misterio como una de las "ciencias ocultas". Ya la conocían y practicaban en forma empírica los magos, curanderos, y shamanes de las tribus primitivas; el médico o "mágico" persa y también los pueblos orientales, Indúes especialmente a través de los yogas que practicaban profundas autohipnosis. Lo mismo ocurría con los faquires, santones y derviches. En las sociedades primitivas era difícil distinguir al médico del sacerdote.

Si nos remontamos a los tiempos Bíblicos, las milagrosas curas que realizaron los apóstoles ya tenían entonces su origen en dichos extraños fenómenos de magnetización e hipnosis. Era la medicina del contacto. La Biblia y el Talmud de los hebreos contienen numerosas alusiones al hipnotismo.

Entre los primitivos cristianos hubo fenómenos de autohipnosis individual y colectiva, inducidos por la fé, ante la visión cruel de la muerte inminente.

En el libro 7º de su historia natural, Plinio mencionaba curaciones por contacto, y cree ser debidas a la transmisión de cierta fuerza que emana del cuerpo humano, y admite que la intención -- puede aumentar la influencia curativa.

A pesar del tiempo transcurrido, dichas prácticas superviven en pueblos primitivos actuales como indios de Círculo Artico, hechiceros en esquimales; en Bali, Japón, Africa, y en shamanes del Asia central y siberia, quienes procuran estimular en sus pacientes y admiradores la entrada en el estado de autohipnosis.

Recordemos que desde el fondo de la historia la clase sacerdotal hizo uso de éste medio curativo o de fuerza oculta para mayor gloria de las divinidades que representaban; así los brahmanes de la India y los mágicos o Phostoforos de Persia, curaban -- por medio de simples contactos e insuflaciones; los caldeos y egipcios empleaban las mismas técnicas con idénticos resultados. Asimismo en caldea, los videntes o augures se contaban en gran número especialmente en los templos.

En Egipto existían "Los templos del sueño", y un bajo relieve de una tumba en Tebas presenta a un sacerdote hipnotizando a un paciente. Los sacerdotes del templo de Isis, según Dioscoro de Sicilia, adormecían a ciertas jóvenes, las que en el sueño se convertían en "hipnópatas" o sea dotadas de la facultad de ver en los enfermos la causa de sus dolencias e indicando el tratamiento. Se decía que el Dios Apis inspiraba igualmente en dichas mujeres el entusiasmo profético.

De Egipto se propagó a Grecia la idea de los templos del sueño, cuya más relevante manifestación fué el templo hipocrático de Cos. Hipócrates padre de la medicina dijo: "Las dolencias que padece el cuerpo, el alma las ve claramente con los ojos cerrados".

En la historia de la medicina y odontología en Grecia, sabemos de la mención por Herodoto de los templos hipocráticos, donde se obtenía la curación de los enfermos sumiéndoles en el sueño. Igualmente en los templos griegos se hacían prácticas magnéticas. En el templo de Apolo, en Delfos, construido en una hendidura del suelo de donde surgían emanaciones sulfurosas, se colocaba el trípode sagrado, donde se sentaba la pitonisa de Delfos. Esta preparada por el ayuno y otras pruebas, poco a poco se agitaba entrando en éxtasis, y revelaba los oráculos de los Dioses del Olimpo en medio del caos de su boca espumeante...

Fueron así las sibilas griegas y romanas las que precedían el porvenir en medio de convulsiones, en cuyo estado se les revelaba la voluntad de la divinidad, según Virgilio en su Eneida.

Sin embargo, dichas sibilas griegas no recordaban luego lo que les sucedía en sus sueños, lo cual vendría a configurar fenómenos de amnesia sonambúlica. Los romanos siguieron las huellas de los griegos en esta faz de la medicina hipnótica, en sus templos de Esculapio.

También se hallaban muy desarrolladas las prácticas hipnóticas entre los druidas o sacerdotes hipnotizadores de los Celtas de la antigua Bretaña. Llamaban "sueño mágico" el estado inducido en que el sujeto rectificaba su conducta, dominaba sus pasiones o podía entrar en un estado de muerte aparente.

Los faquieres indúes llenaban de asombro a los occidentales con sus extraordinarias catalepsias y anestias autoprovocadas que más de una sonrisa incrédula provocó en los pueblos occidentales, reacios a admitir la omnipotencia curativa del espíritu y el sorprendente poder de los fenómenos de sugestión e hipnosis. Caían en dichos estados mirándose fijamente la punta de la nariz durante algunos minutos.

Se lo llamó primero Magnetismo, del griego Magnes (imán), que significa atracción entre dos cuerpos, y se distinguía el magnetismo terrestre, sobre los cuerpos inanimados, y el "magnetismo animal" respecto a la acción de simpatía o atracción del hombre sobre otro ser humano o de un animal sobre otro. Recién en el siglo XIX, con el advenimiento de James Braid, cambia la denominación de éstos fenómenos, quien los define como HIPNOTISMO.

En la Edad Media no decayó el auge de las prácticas de la medicina de contacto, aunque se atribuía al llamado "poder de satanás" sus inexplicables reacciones para la informe ciencia de la época. Existía el criterio posesivo y eran "poseídos" los que tenían tal poder de curación, ya que se admitía el origen demoníaco de las enfermedades.

Asimismo en la Edad Media, entre otras supersticiones de que fue época fecunda, se contaba la virtud mágica de frotar el cuerpo con ciertos unguentos de plantas, como la mandrágora, que producía un estado de catalepsia por sugestión, dándose el caso de que los presuntos hechizados al despertar creían haber asistido a un aquelarre.

En 1641, entre las monjas del convento de Cambrai ocurrían accesos de agitación, en que creían adivinar el porvenir, y en 1632 en algunas religiosas de Loudun se observó una gran hiperestesia, y al posesionarse presentaban síntomas cataleptiformes.

Al mismo tiempo, era común en la edad media que la mayoría de los reyes, desde el siglo XI, y aún los simples barones, se atribuían el poder de curar ciertos males a sus vasallos con la sola imposición de sus manos.

AUGE DEL MAGNETISMO.

En el siglo XVIII encontramos las curaciones del padre Hull y del cura suave Gasner que aplican el mismo método para ciertas afecciones neuropáticas y mezclando la religión con la imposición o toques de manos, auyentando las influencias "demoníacas" con un exorcismo previo. Su éxito fué tan amplio como el de Greatrakes. Gasner fue precursor de la técnica magnética de Mesmer quién lo visitó estudiando su quehacer hipnótico: empleaba música religiosa de fondo, ataviado con impresionante ropaje negro, y obtenía la cu

ración ordenando imperativamente a los demonios que se retirasen, blandiendo un gran crucifijo y recitando letanías en latín obtenía un estado hipnótico en el absorto creyente.

Pero con la llegada del médico alemán Francisco Antonio Mesmer a fines del siglo XVIII con su teoría del magnetismo animal, y su extraordinario éxito en París, en 1778, donde multitudes de pacientes se agolpaban a su clínica para la curación de enfermedades orgánicas y psíquicas, se avanzó un poco hacia la interpretación científica de los fenómenos psíquicos y entramos en la PREHISTORIA DE LA HIPNOSIS, en que se deja de lado la interpretación demoníaca de las enfermedades.

Mesmer (1734-1815) nació el 23 de mayo en Iznang, junto al lago Constanza, en Alemania, y fue educado para la carrera eclesiástica, y a los 15 años ingresa en el colegio jesuita de Dillingen, pero posteriormente decide estudiar medicina e ingresa a la escuela de medicina de la universidad de Viena. Se gradúa con la tesis "De Planatarium influx" en 1765, en que se expone la idea del "fluido magnético" que manaba de los astros y que cualquier trastorno en el equilibrio de ese fluido en el cuerpo humano podía originar la enfermedad. Ya había observado las curas del padre Gassner en que la fé eliminaba lo que se llamaba todavía posesión demoníaca. Mesmer se negó a aceptar la explicación teológica y lo derivó a una forma materialista manifestando que la enfermedad era un fluido magnético que pasaba a través del organismo polarizado, por un polo positivo y otro negativo, y que mediante los imanes o magnetos se obtenía que un fluido imantado elimina al fluido maléfico del cuerpo. Lo llamó FLUIDUM, y mediante imanes aplicados a las partes afectadas del organismo procuraba la curación, pues atribuía poderes sobrenaturales a los imanes. Es obvio que tanto sus curaciones como las de Gassner y predecesores eran exclusivamente psicósomáticas aplicando hipnosis de un modo empírico.

Sus procedimientos curativos eran aparatosos y se basaban en los llamados "pases magnéticos" desde el hombro hasta la extremidad de los dedos, su cohorte de ayudantes que miraban fíjamente a los pacientes en medio de una atmósfera de penumbra, en que se confundían los vahos del incienso que ardía en distintos recipientes y el sonido suave de ocultos laúdes -de una habitación contigua-, creando un ambiente propicio para la irrupción en escena del "gran Mesmer" envuelto en su capa lila de seda, y que concluía mediante su "magnetismo animal" la labor hipnótica de sus pacientes agrupados alrededor de la famosa "cubeta de Mesmer", que era una cubeta de madera llena de agua con limaduras de hierro, vidrio machacado y arena, y con borellas de agua "magnetizada" agrupadas en su interior. Cada paciente tenía el extremo de una cuerda proveniente de unas varillas fijadas en la cubeta, de donde partía continuamente el llamado "fluido magnético". Con la dramática irrupción en escena de Mesmer los pacientes caían en convulsiones y crisis. A los remisos a entrar en "trance" bastaba que Mesmer los tocara con una varita metálica para que se produjeran en ellos los mismos fenómenos.

Estudió la influencia de los astros sobre el cuerpo humano y distinguió un magnetismo animal en oposición al magnetismo mineral, pues en su época estuvo en auge la curación de las enfermedades mediante el uso de imanes aplicados a distintas zonas del cuerpo. En el año 1775 Mesmer envía circulares a diversas academias científicas para sostener sus teorías sobre magnetismo animal. La única academia que responde a su circular es la de Berlín, y de modo desfavorable. Sin embargo ello no impidió que Mesmer fuera nombrado miembro de la academia Baviera. Posteriormente descubrió que los imanes no eran necesarios, y que bastaba su sola influencia para obtener efectos curativos con su sola presencia.

De Viena es expatriado luego de 5 años de ejercicio, y entonces comienza a ejercer en París en 1778, donde construye su famosa cubeta con capacidad para 8 a 20 pacientes, la que es magnetizada por él, dándose por supuesto que transmitiría su magnetismo a los distintos pacientes. A pesar que encuentra discípulos que propagan entusiastamente su doctrina de Mesmerismo, magnetismo vital o piomagnetismo, varias comisiones científicas examinan la cuestión, pronunciándose en 1784 contra la existencia del magnetismo animal, denegando la existencia de una fuerza física de verdadero magnetismo, conceptuando sus efectos solo producidos por la imaginación.

Mesmer consideró que el magnetismo puede provocar crisis y adelantar la curación de las enfermedades, llamándolas "crisis críticas"; sostenía que una enfermedad no puede curarse sin crisis; la crisis es un esfuerzo de la naturaleza contra la enfermedad, tendiendo, por un aumento de tono, de movimiento y de intensidad de acción del fluido magnético, a vencer los obstáculos que se encuentran en la circulación y a restablecer la armonía y el equilibrio en todas las partes del cuerpo.

Aquí vemos el concepto de Mesmer de la salud orgánica como un estado de armonía, siendo la enfermedad el estado opuesto, o sea aquel en que se rompe la armonía orgánica.

Vemos entonces que en tiempos de Mesmer, el trance hipnótico y el sonambulismo eran desconocidos; Mesmer solo procuró producir en sus pacientes convulsiones, que el tomó como manifestaciones de poder magnético o magnetismo.

A pesar de actuar en una época precientífica, sus concepciones eran bastante revolucionarias, conociéndose como mesmerismo a unos pases que se hacen de arriba hacia abajo del cuerpo sin -- contactar con él mismo.

Las mujeres especialmente, se mostraban muy sensibles a las influencias hipnóticas de Mesmer, y caían en crisis histeriformes y convulsiones. Su clínica atrajo gente de toda Francia, y se consintió la ira de la profesión médica sobre Mesmer, quien hizo una fortuna explotando el predicamento popular en sus prácticas magnéticas, hasta que en 1784 Luis XVI nombró una comisión integrada por Benjamín Franklin, Lavoisier, José Ignacio Guillotin, James Braile y otros para investigar los métodos curativos de Mesmer. Luego de las conclusiones desfavorables de esa comisión Mesmer tuvo que emigrar a Suiza, aunque en posesión de una sólida posición material. Médicos de Austria, Suecia y Rusia, y el doctor Wolfart, enviado del rey de Prusia, lo visitaron y estudiaron su técnica, creando el término "mesmerismo" en oposición al magnetismo animal.

Posteriormente, un núcleo de 30 médicos magnetizadores y discípulos de Mesmer apareció en París y pronto aparecieron sociedades similares en Estrasburgo, Burdeos y Lyon. Sin embargo, ni Mesmer ni sus primeros discípulos estudiaron los singulares fenómenos que sus prácticas determinaban en ciertas personas.

Su actividad le deparó numerosos discípulos y así mismo enemigos especialmente en la clase médica, que a través de las academias y facultades procuraron desacreditarlo, dado el empirismo que imperaba en sus curaciones. No obstante una segunda comisión investigadora de la academia francesa en 1823, llegó a una conclusión opuesta a la de 1784 y admitió que el magnetismo animal es una rama interesante de la psicología.

Entre sus discípulos se encontraron Carlos D'elton, el marqués de Puységur, que observó que los sujetos magnetizados se veían rendidos por una gran somnolencia y contestaban en el sueño subsiguiente las preguntas que él les hacía; comenzó a estudiar este nuevo fenómeno, dándole el nombre de SONAMBULISMO en 1784, y pre-

scinde del aparato de los mesmeristas. Puységur estableció las bases del estado hipnótico moderno y la ligazón psíquica conocida -- con el nombre de "transferencia", en que el paciente responde solo a la voz de un operador dado.

El marqués de Puységur continuó sus experiencias y produjo el sonambulismo a voluntad, sin crisis ni convulsiones como lo hacía Mesmer. Puységur mejoró igualmente la técnica de producción de hipnosis, aunque fue también combatido por la profesión médica.

A pesar de la oposición de la clase médica, las enseñanzas de Mesmer y de Puységur se extendieron por toda Europa, especialmente en Francia y Alemania, donde estudiosos buscaron de metodizar la enseñanza del magnetismo. Así vemos que el rey de Prusia, mediante un decreto prohíbe la práctica del magnetismo a los profanos de la medicina, y abriéndose en Berlín un hospital para la curación de enfermos mediante el magnetismo.

Debemos recordar también el aporte del abate José Custodio Faria de Portugal, quien basó su método en órdenes imperativas de sueño para provocar fenómenos de hipnosis profunda. Niega la existencia de fluído alguno y sí fenómenos subjetivos. Fue el primero en proclamar que la causa del "trance" se halla dentro del paciente y no era debida a influencia magnética del operador. Sus experiencias en la India y el lejano oriente lo indujeron a producirle el sueño mirando fíjamente a los ojos del paciente.

El abate Faria en sus experiencias de sonambulismo en París, en 1819, rechazó todas las teorías reinantes en su época; ni la existencia de fluído, ni la potencia de la voluntad, ni la eficacia de la oración. Proclamó la naturaleza subjetiva de los fenómenos hipnóticos o magnéticos, como se los denominaba aún, llamándolos "sueño lúcido".

A mediados del siglo XIX los mesmeristas se separan en varios grupos: los fluidistas, los espiritualistas o espiritistas, etc. y aparecen varias sociedades y cultos para practicar el hipnotismo.

En Francia continuaron en la ruta de Mesmer y Puységur: Deleuze, profesor del museo de historia natural de París que publicó varias obras sobre magnetismo en 1813; el Barón Du Potet igualmente llamó la atención sobre los fenómenos del hipnotismo en 1820, y viajó a Inglaterra para propagar la hipnosis y fundó la revista "tratado de magnetismo animal" en 1845. Opera quirúrgicamente bajo hipnosis, y en su revista menciona muchos casos intervenidos, haciendo referencia a los éxitos quirúrgico-hipnóticos de Esdaile.

LA HIPNOSIS EN SU ETAPA HISTORICA

Remontándonos a los comienzos de la etapa histórico-científica de la hipnosis, recordaremos a otro de los discípulos de Mesmer: Lafontaine, magnetizador que en una de sus giras de tablado por Inglaterra tiene entre sus oyentes, en 1841, a un médico de Manchester, James Braid (1795-1860), quién se dió cuenta que había un factor en esas experiencias que residía en la mente del enfermo y luego repite en su consultorio las experiencias vistas empleando métodos distintos, como la fijación de la mirada en un punto brillante, obteniendo un estado de sueño análogo al sonambulismo y que el llama NEUROHIPNOSIS, y que el uso abrevió como "hipnosis", del griego hipnos (sueño), negando la Influencia del magnetismo animal, atribuyendo el origen de los fenómenos observados a la fijación de la mirada en un punto brillante. Publica en 1843 su libro neurohipnología o la exposición racional del sueño nervioso, que fue recibido con gran interés en Francia. Crea luego el término "hipnotismo" en 1847.

Braid se negó a aceptar la teoría del magnetismo y fué el primero que conceptuó que era un fenómeno debido a sugestión.

Braid fue combatido por sus colegas y el clero "por pretender suprimir el dolor que Dios consideraba inherente al ser humano". Posteriormente, Braid relegó el procedimiento de fijación de la mirada, pues halló que podía producir el estado hipnótico por la sugestión verbal solamente, y en 1847 descubre que la catalepsia, anestesia y amnesia podían ser producidas sin dormir al paciente.

Observó igualmente que una persona podía ser colocada en un estado similar al sueño a voluntad, aunque observando que el estado de trance hipnótico es diferente al sueño. Con la fijeza de la mirada Braid conseguía fatiga ocular y el cierre consecuente de los párpados, empleando la sugestión como factor dinámico para la inducción de la hipnosis.

Asimismo, Braid pudo determinar distintas graduaciones en el sueño hipnótico, desde una fase de obnubilación ligera hasta la amnesia más profunda. Notó la existencia de los más variados síntomas en los diversos períodos de la hipnosis: el sueño ligero, el sueño pesado, movimientos automáticos; amnesia total o parcial, insensibilidad completa y anestésica, catalepsia y hasta la más viva hiperestesia sensitiva, y alucinaciones, todo ello por simple sugestión auditiva.

Empleó la hipnosis tanto para fines terapéuticos como para realizar intervenciones quirúrgicas sin dolor. Más su deseo de convencer a sus colegas de la utilidad terapéutica de la hipnosis fracasó ante la incredulidad del mundo médico en Inglaterra.

Ello motivó que durante largo tiempo fueran ignorados sus estudios, hasta que diez años después de su muerte, acaecida en -- 1860, preyer reconoció como verdaderas las teorías de James Braid.

Sin embargo, a pesar de la hostilidad que suscitaba su uso, muchos médicos se vieron impulsados a emplear anestesia hipnótica, ya que en esa época aún no se conocía ningún otro medio anestésico. Las intervenciones quirúrgicas se desarrollaban en medio de una atmósfera de dramatismo, con el paciente atado a la mesa operatoria y contenido por varios fornidos ayudantes, y en medio del ulular estridente de los gritos del paciente; a veces se le administraba como medida humanitaria whisky como droga, entrando el paciente en un estado de estupor. En consecuencia, los médicos de mediados del siglo XIX intentaron el uso de la hipnosis en cirugía: Cloquet, en 1829 practica una masectomía por hipnosis en Inglaterra; Broca puza abscesos en 1857; Loisel, en Cherburgo, amputa una pierna con anestesia hipnótica, y Valpeau hace un estudio sistemático de la cirugía en hipnosis.

En el continente europeo, se propagó el descubrimiento de Braid con el nombre de hipnotismo o Braidismo, teniendo cálida acogida en las corrientes médicas de Francia, y en París, en el hospital de la Salpêtrière, el neurólogo Charcot lo aplicó con éxito en las histéricas.

Demarquay y Girar-Teulon en sus investigaciones sobre hipnotismo en 1860, observaron que sus sujetos hipnotizados mediante el método de Braid de la fijación de la mirada en un punto birllante sobre su frente, presentaban evidentes pertrubaciones de su sensibilidad, contractilidad y el conocimiento.

ANESTESIA QUIRURGICA EN HIPNOSIS.

En Inglaterra John Elliotson (1791-1868), médico de renombre, presenció experiencias de hipnosis, aún conocidas con el nom-

bre de magnetismo, practicadas por el barón Du Potet en 1837, en ocasión de una visita de éste a Inglaterra. Elliotson, aunque escéptico al principio, no tardó en apreciar las grandes posibilidades anestésicas del hipnotismo, y el mismo llevó a cabo intervenciones quirúrgicas ante la sociedad médica real que causaron conmoción por las posibilidades anestésicas que revelaban, aunque luego fué sumamente combatido por sus colegas, debiendo renunciar a sus cargos, es de recordar que en los albores de la anestesia general, al ser descubierto el cloroformo por Simpson, fue éste igualmente combatido por los médicos y el clero.

Elliotson no se amilanó ante esa oposición, convencido de la utilidad de la hipnosis, y publicó en 1843 una revista sobre magnetismo y fisiología craneal, que tuvo gran influencia entre los cirujanos de hospitales y clínicas de mesmerismo en Londres, Dublin y Edimburgo; funda en 1846 el Mesmeric hospital de Londres. En su revista se publican casos de numerosas operaciones bajo hipnosis. El doctor Paker, de Exeter, publica sus experiencias de 200 operaciones bajo hipnosis, durante varios años. Igualmente James Esdaile publica en la revista de Elliotson la relación de sus éxitos anestésicos.

En ésta relación de la anestesia quirúrgica en hipnosis conceptuamos el padre de la anestesia quirúrgica hipnótica al ya citado doctor James Esdaile, médico inglés miembro del Magnetic School, quien en 1845 fundó un hospital de hipnosis en Calcuta, dedicado a curaciones e intervenciones quirúrgicas bajo hipnosis.

El doctor Esdaile realizó anestesia hipnótica en centenares de operaciones: 300 de ellas las clasificó como grandes intervenciones incluyendo remoción de tumores y amputación de miembros, todas ellas sin dolor del paciente, redujo la mortalidad quirúrgica del 50 al 10% por supresión del shock operatorio.

Un grupo de médicos designado por el gobierno de Bengala, en Calcuta, fue encargado del control oficial de las prácticas meméricas de Esdaile. Dicha comisión estaba integrada por los doctores R. Thompson, D. Stewart, J. Jackson, F. Mouatt y R. O'Snaughnessy, cuyo informe favorable fue elevado al gobierno un año después, en 1847, convencidos de las inmensas posibilidades de la nueva técnica anestésica.

A pesar de ello, los médicos ingleses desacreditaron y -- combatieron la labor de Esdaile, pues al regreso de éste a su patria, en 1851, en que llega a Perth, Escocia, y trata posteriormente de continuar sus experiencias en Sydenham, no tuvo los éxitos quirúrgicos con la amplitud lograda en los impresionables Indúes, y empleó la hipnosis en la terapéutica clínica.

En 1852 reúne sus observaciones hipnóticas en un libro titulado: INTRODUCTION OF MEMERISM AS AN ANESTHETIC AND CURATIVE AGENT INTO THE HOSPITAL OF INDIA.

Posteriormente, con la evolución de la anestesia general, la hipnosis quedó relegada a la labor de los empíricos artistas de escenario y de los místicos.

En 1842 el cirujano Ward hace una amputación bajo anestesia hipnótica y la comunica a la Real Sociedad Inglesa de Medicina y Cirugía que la rechaza y prohíbe su publicación en las actas de la sociedad.

En 1859 A. Velpeau presenta en Francia, a la academia de ciencias un trabajo de Paul Broca sobre el hipnitismo aplicado a la anestesia quirúrgica. Guerineau, de Poitiers, presenta luego - una comunicación análoga sobre un éxito quirúrgico con anestesia hipnótica.

En nuestros días tenemos la noticia que nos brinda Moss - de la labor de los doctores Sampimon y Woodruff, dos médicos australianos que comunican en el British Medical Journal el empleo de la hipnosis con fines anestésicos durante la última contienda mundial, en que ambos cayeron prisioneros de los japoneses en un campamento de Singapur, debido a la ausencia de drogas anestésicas hicieron allí anestesia hipnótica, describiendo 29 intervenciones de cirugía mayor con inducción hipnótica.

ETAPA CIENTIFICA.

Finalmente entramos en los cauces científicos con Liébault, Bernheim, Beaunis, Ridely, Tuckey, los profesores Forel, Kraft-Ebing, Moll y Vogt.

El doctor Liévault (1823-1904), de Nancy, creó una escuela que repara en la influencia de los gestos y las palabras del operador sobre la imaginación del paciente, obteniendo unos estados de sueño semejantes al sonambulismo mesmeriano y el hipnotismo braidino. Su método lo define como sugestión, y la curación basada en la misma, con el nombre de terapéutica sugestiva, actuando sobre la actividad psiconerviosa del sugeto.

El éxito de la escuela de Nancy bajo la dirección de Liébault se inspira en el trabajo de los precursores: Du Potet, Braid y Elliotson.

Al igual que Braid, Liébault consideró la sugestión como la fuerza dinámica para la inducción y el mantenimiento de la hipnosis, pues el magnetismo aún conservaba su predicamiento en muchos hipnópatas.

En su libro sobre hipnosis, Liébault describía cinco estados de profundización:

- 1.- No suceptibilidad.

- 2.- Hipnoidal.
- 3.- Trance ligero.
- 4.- Trance mediano
- 5.- Trance profundo o sonambúlico.

comprobó que el hipnotismo es un proceso puramente psíquico y la eficiencia de la hipnoterapia.

A la clínica de Liébault en Nancy acudieron pacientes de toda Francia, pero actuó con mas seriedad que Mesmer. El profesor Barnheim, que primeramente criticó la labor de Liébault, al observar su práctica se convirtió en su discípulo y colaborador, lo que reportó a este aun mayor prestigio, amén de los muchos casos tratados en su clínica durante 20 años.

Barnheim publicó en 1884 su libro DE LA SUGGESTION, con la relación de diversas historias clínicas, y en 1886 lo completa con la segunda parte titulada: TERAPEUTICA SUGGESTIVA, cuya bondad resistió la prueba del tiempo, pues fue reimpresso en 1947.

En oposición a las teorías científicas de Liébault y Barnheim, de la escuela de Nancy, aparece la escuela de París, con -- Jean M. Charcot (1825-1893), quien estudia la hipnosis en sus históricas de la Salpêtrière tratando de exumar las teorías de Mesmer, del magnetismo, con sus pases, imanes y metales. Charcot sostuvo que solo las históricas pueden ser hipnotizadas, obteniendo catalepsia y letargia mediante la frotación del Vértex, lo que aparejó una áspera polémica entre las escuelas de París y la de Nancy, que sostenía su posición científica basada en una experiencia de miles de casos de toda configuración mental.

Charcot contó en su causa a Binet, Babinsky y Simón, y -- atrajo la atención de Sigmund Freud hacia la hipnosis. También estudiaron la hipnosis a comienzos del siglo XX los doctores Bramwell

y Lloyd Tukton en Inglaterra; Forel en Zurich, Suiza; Heidenhain en Alemania; Morton Prince y Mac Dougall en Estados Unidos; Wetterstraind en Suecia. Bramwell realizó en la ciudad de Hull cientos de extracciones dentarias indoloras mediante la hipnosis.

La escuela de Nancy, con Liébault y Barnheim, da con el método sugestivo una forma graduada y persuasiva de hipnosis, sin las violentas imposiciones de las escuelas anteriores. Da al sujeto la sugestión de su comodidad y la relajación de su tonismo muscular, - al alejar al sujeto de todo temor mental e incitándolo a asociarse a la intención del operador.

Sigmund Freud, luego de ver experiencias de Charcot, estudió en 1885 la hipnosis, y juntamente con Joseph Breuer realizó en Viena experiencias de hipnosis en relación con el psicoanálisis, pero luego de unos años descartó de su práctica la hipnosis y se basó solo en fenómenos que llamó de "fiebre asociación" en el subconsciente.

Freud hurgó en el subconsciente merced a la hipnosis, pero luego de varios años de experiencias dispares, encontró que se perdía mucho tiempo para lograr la hipnosis de ciertos sujetos, y en otros fracasaba de modo desconcertante. En un trabajo de técnica psicoanalítica Freud estableció que un paciente en trance hipnótico le era dable hablar y relatar los disturbios de su subconsciente.

HIPNOSIS EN EL SIGLO XX.

Luego del gran auge de la hipnosis en el siglo XIX sobreviene un período de decadencia y estancamiento de la misma que coincide con el gran adelanto de la anestesia general, y que abarca - - prácticamente la primera mitad del siglo XX, quedando la hipnosis relegada al culto de los charlatanes, los místicos y a los artistas del escenario.

Recién en 1933 con la publicación del libro de Clarck Hull, de la universidad de Yale, Estados Unidos, sobre hipnosis y sugestibilidad en que resume la labor de años sobre técnica de inducción y síntomas de hipnosis, comienza a tenerse noticias de alguna inquietud científica sobre los fenómenos de hipnosis. Es un libro objetivo, científico, sin coneciones al empirismo.

Hasta la segunda guerra mundial la única forma de tratamiento de los soldados Psiconeuróticos o de bajas por fatiga de guerra era el sistema psicoanalítico fundado por Freud, pero resultaba un sistema largo y costoso que requería años de labor y una enorme cantidad de psicoanalistas de que no se disponía. Y allí apareció la ayuda imponderable de la hipnosis y el auge de la misma hasta el momento actual, en que la British Medical Society declara oficialmente a la hipnosis como "ELEMENTO TERAPEUTICO DE UTILIDAD MEDICA", en abril de 1955, y actualmente la asociación de médicos norteamericanos la recibió como auxiliar terapéutico.

En la última contienda la hipnosis fue igualmente empleada en labores bélicas en el terreno de los servicios secretos de información de los beligrantes, y luego advino simultáneamente su empleo en medicina y odontología. Se la empleó para curar las neurosis de guerra en Estados Unidos, pues se comprobó que el hipnoanálisis reduce a un tratamiento de 3 a 4 meses los 5 ó 6 años del psicoanálisis.

El hipnoanálisis surge así en los últimos 15 años por la fusión entre hipnosis y psicoanálisis. Wolberg publica un libro de hipnoanálisis en 1945, y un trabajo posterior en 1948-49, presentado en dos volúmenes que fueron recibidos con el beneplácito de la profesión psiquiátrica. Allí se hallaba toda la dinámica de la escuela psicoanalítica de Freud, con sus sueños, simbolismo, interpretación, transferencia, represión, etc.; pero reforzada con la ayuda de la hipnosis, mediante la cual el terapeuta no se halla a merced

de los acontecimientos anímicos, sino que "fuerza la acción" produciendo sueños a voluntad e imprimiendo velocidad a los procesos. Ex presa Wolberg: "la hipnosis actúa como un catalítico para la exteriorización de los sentimientos más profundos y más dinámicos, ya que el trae al paciente en estrecha relación; relación que el paciente hubiera resistido si hubiera estado despierto".

Muchos psicoanalistas en Estados Unidos, merced a los resultados obtenidos mediante hipnosis en la segunda guerra mundial y el acortamiento del período psicoanalítico que supone, están empleando actualmente hipnosis en su práctica.

En 1939 la clínica Menninger, de Topeca, Kansas, comenzó a interesarse en la hipnosis. Las fundaciones médicas dieron cada vez mayores subsidios para su estudio, investigación y práctica de los fenómenos hipnóticos y su aplicación terapéutica. Numerosos artículos sobre hipnosis comenzaron a aparecer en las publicaciones de medicina, odontología y psiquiatría. Igualmente comenzó una labor de difusión popular mediante periódicos y revistas para eliminar arraigados prejuicios sobre la naturaleza de la hipnosis, que para el conocimiento en el campo médico y popular siga de cerca el gran desarrollo de la hipnosis en los últimos diez años.

Actualmente hay en Estados Unidos tres grupos que emplean habitualmente hipnosis, según las referencias de Moss: los psicólogos educacionistas, que emplean hipnosis como medio de probar la mente, mediante test mentales y de la emoción; allí encontramos los nombres de Hull, Wells, Estarbrooks, Rouland y Winn. Estarbrooks considera la hipnosis una sugestibilidad exagerada que hace desaparecer el juicio crítico, instalándose el estado hipnótico. Igualmente distingue la hipnosis de las masas como un estado emocional colectivamente exagerado. El segundo grupo es el de los terapeutas que emplean la hipnosis como medio auxiliar de curación de los disturbios emocionales y psiquiátricos. Allí tenemos a Erikson, Wolberg,

Kubie, Meninger y Gill. Kubie habla de la monotonía en la técnica de hipnosis, que da lugar a una gradual exclusión de relación entre sujeto y medio ambiente.

El tercer grupo es el de los hipnodontistas y obstetras, que emplean la hipnosis con fines prácticos de relajación y eliminación de la ansiedad, temor y dolor. Aquí podemos citar a Aarón A. Moss, Leslie Lecron, Thomas Burguess.

EVOLUCION DE LA HIPNODONCIA

De todo lo expuesto surge que la hipnosis no podía hallar se ausente de las actividades odontológicas, en las distintas manifestaciones de su ejercicio, como modalidad de analgesia y sedación.

Para encontrar sus primeras noticias debemos citar a Wolber, quien expresa que la hipnosis en odontología data de unos 130 años. Ya en 1836 se citan casos de extracciones dentarias bajo hipnosis: fue Jean Pierre Oudet, quien extrajo un molar superior mediante anestesia hipnótica y comunicó el hecho a la academia de medicina.

Johan Muller, de Heidelberg, hizo aplicaciones de hipnosis en odontología en 1852.

En Francia, Ribaud y Kiaro, dentistas de Poitiers, eliminaron un tumor de maxilar bajo anestesia hipnótica.

En 1890, Henry Carter y W. Arthur Turner, dos dentistas de Leeds, Inglaterra, hicieron dos demostraciones con éxito ante varios invitados y desde entonces se multiplicaron las experiencias.

Ya el doctor G. Camino Galicia refiere en su obra sobre hipnosis en 1928, sobre un caso en que realizó dos extracciones dentales a una histérica de su consulta, a la que ya había hipnotizado reiteradamente. Dice: "...éste método de anestesia no puede ser empleado más que en los sujetos muy hipnotizables o colocados en sugestión total o completa".

La hipnodoncia tuvo varios nombres sinónimos y así se le llamó terapéutica sugestiva, hipnoanestesia, sueño psicossomático, relajación del paciente e hipnorelajación. Amend dice que el término "hipnodoncia" aparece posteriormente al año 1947 y preconiza la técnica del "abordaje directo" sin mencionarle nunca al paciente la palabra "hipnosis o trance". Moss, por el contrario, emplea el "abordaje indirecto" o sea el consentimiento previo del paciente a practicársele hipnodoncia.

En los últimos 20 años la hipnodoncia tomó mucho auge, especialmente en los Estados Unidos e Inglaterra. En Estados Unidos, de las dos Dakotas y en Minessotta, Thomas Burgess entrenó, según sus manifestaciones, a 38 odontólogos que hicieron 3,000 aplicaciones practicando toda clase de dentística, eliminando el miedo al dolor. Los pacientes mediante la hipnosis concurren tranquilos y confiados, y no pocas "fobias dentales" han sido curadas.

Es así que la labor seria de investigadores en el campo de la hipnodoncia ha contribuido a apartarla del ocultismo, del empirismo, del faquirismo, de la magia..., con que se identificaba la hipnosis hasta época reciente.

Entre los odontólogos hipnodontistas no podemos dejar de mencionar la figura excepcional de Aarón A. Moss, de New Jersey, que luego de su especialización en la anestesia general en odontología, se volcó de lleno en el estudio y la práctica de la hipno-

doncia, dando cursos y conferencias sobre la especialidad en varios estados de los Estados Unidos y cuya obra HIPNODONTICS en 1952, marca un verdadero jalón en la historia de la especialidad.

Debemos conceptuar como el comienzo de la hipnodoncia al año 1927 con Thomas Burgess, en Minnessotta, que con dos o tres colegas comenzó experiencias en ese sentido. En 1948 fue presentado un informe sobre sueño psicossomático en odontología, basado en 250 casos, al seminario de cirugía de Minnessotta, informe que abarca todos los campos de la odontología y presentado por la sociedad americana de odontología psicossomática, cuya influencia abarcaba las dos Dakotas y Minnessotta formada por T. Burgess y odontólogos del medio oeste.

Estos 250 casos comprendían todas las fases del tratamiento y la edad de los pacientes osciló entre los 5 y 70 años y el film presentado abarcó tres casos: 1). extracción de dientes superiores e inserción de prótesis inmediata; 2). remoción de una pulpa vital y tratamiento endodóntico de pulpa necrótica; 3). inserción de una porcelana sintética y extracción de tercer molar inferior retenido.

Actualmente se dictan cursos en tres universidades de Estados Unidos y es obligatoria la enseñanza de la hipnodoncia, paralelamente fue fundada la Academia Psicología aplicada en odontología.

C A P I T U L O I I

CONSIDERACIONES GENERALES Y NATURALEZA

DE LA HIPNOSIS

Debe recordarse que cada uno de nosotros tiene un cuerpo (SOMA) y una mente (PSIQUE). Nunca pueden separarse uno del otro. Es verdaderamente trágico que en ésta era de más y mayor especialización, donde tanto dinero se gasta en equipamiento y tanto cerebro se utiliza en manejarlo y en interpretar los resultados, hayan llegado a surgir grupos médicos que se encuentran tan absortos en la minucia de su especialidad que lo ¡saben todo! pero ignoran al paciente, dividen al hombre en dos pequeñas partes, pero aparentemente permanecen ciegos ante cualquier problema psicológico concomitante que pueda surgir.

Los profesionales que han utilizado la hipnoterapia durante un largo período de tiempo saben que en muchos casos la medicación justa se convierte en un "apoyo psicológico" para el individuo. La hipnoterapia proporciona una mejor solución en la que se enseña al paciente a controlar sus emociones desde dentro. La ayuda moral bajo la hipnosis se utiliza al mismo tiempo para mejorar la moral general y el aspecto del paciente.--¿Qué es, por lo tanto, la hipnosis y como puede obrar?.

¿Para que pacientes y en que condiciones puede ser útil?.

Para los propósitos descriptivos básicos podemos dividir la mente en consciente y subconsciente. No existe ninguna división anatómica o fisiológica.

El consciente es la parte de la mente que piensa, siente y actúa en el presente. En el momento de la actuación se le llama consciencia.

El subconsciente es la parte mayor de la mente, que generalmente ignoramos. Es el asiento de todos nuestros recuerdos, vivencias pasadas, en realidad de todo lo que hemos aprendido. Pero, incluso en el cerebro intacto, no hay siempre una conexión directa entre estas dos partes de la mente.

Bajo determinadas circunstancias el subconsciente puede encargarse de la mayoría de las funciones del consciente, con una importante excepción: La del poder crítico. El poder crítico o poder de juzgar, está limitado casi totalmente al consciente.

La hipnosis, por tanto, podemos definirla como:

"Un estado de aquiescencia combinado con una relajación fisiológica en el que la facultad de crítica del consciente está disminuída en algún grado".

Hay por consiguiente tres estados de la mente:

- I) CONSCIENCIA: Cuando predomina la mente consciente (crítica).
- II) INCONSCIENCIA: Cuando ejemplifica el sueño, la anestesia general, el coma metabólico o la lesión cerebral.
- III) HIPNOSIS: Cuando predomina la mente subconsciente (no crítica).

El subconsciente puede considerarse como "El estrato superior" del inconsciente.

Es bien conocido que una mente puede influenciar a otra. Esto lo demuestra la simple relación entre padre e hijo o entre profesor y alumno.

La relación entre médico y paciente puede ser muy estrecha, como ocurría frecuentemente con el antiguo médico general, -- que tenía tiempo para estar con su paciente, mucho más de lo que hace ahora un especialista con el enfermo.

La hipnosis, o la sugestión hipnótica, consiste en la aceptación por parte del sujeto de las ideas que le presenta el terapeuta.

Uno puede ir más allá y decir que la hipnosis consiste en la asunción deliberada por dos personas en los papeles de terapeuta y de sujeto. El sujeto, gradualmente se abstrae de las sugerencias procedentes de cualquier otro que no sean las del terapeuta. Estas sugerencias por lo general consisten en una serie de predicciones de hechos, algunos de los cuales pueden ser obvios y otros sutiles. En el estado profundo de trance final, el sujeto acepta todas las ideas que le presentan sin la más débil duda. La facultad crítica pertenece al consciente, y ésta está casi totalmente abolida en la hipnosis profunda en la que el terapeuta está en contacto directo con el subconsciente del paciente.

Tal estado puede desde luego, utilizarse impropriamente, como lo hace en ridículo el hipnotizador teatral, o para bien, como lo hace la hipnoterapia médica aplicada adecuadamente.

Es muy importante que una vez el paciente esté preparado para que se produzca el estado hipnótico, este se lleve a cabo en un tiempo minúsculo. Desde entonces se dan todas las sugerencias o instrucciones a nivel del subconsciente. Como gratificación el paciente percibe una ayuda moral y la sensación de bienestar. Esto puede ser bastante espectacular, pero como es una sensación

puramente subjetiva, no puede medirse científicamente. Finalmente podemos recordar que la hipnosis no incurre en ningún gasto ni tiene efectos farmacológicos laterales algunos.

La hipnosis es posible en todas las razas. No siempre "actúa" porque no todos los pacientes son hipnotizables; pero esto no disminuirá su valor en los casos seleccionados, al igual que el fracaso ocasional de los tratamientos ortodoxos no conducen a su condenación.

La hipnosis es el resultado de un trabajo conjunto entre el terapeuta como profesor y el paciente como alumno. Aunque es el paciente actualmente quien produce el estado hipnótico, todavía necesita del terapeuta hipnotizador como guía inicial. Siempre que el paciente comprenda la naturaleza del estado hipnótico, puede producir ésta cuando está:

- I) MOTIVADO
- II) PREPARADO

La hipnosis debe considerarse siempre como un proceso de aprendizaje en el que dos personas trabajan juntas hacia una meta común.

La próxima consideración de importancia es que la hipnosis no es igual al estado de sueño. En la mayoría de las técnicas se ruega que se cierren los ojos, y de ésta forma el estado hipnótico se asemeja al estado de sueño; aquí finalizan las semejanzas. El sujeto no solo escucha lo que se le dice, sino que en ese momento se transforma en un conocedor agudísimo de todo lo --

que se le dice; otros sonidos y voces extrañas retroceden gradualmente. El sujeto es capaz, si lo deseamos, de responder a las preguntas que se le hagan. En el trance más profundo puede abrir los ojos, caminar y cumplir las instrucciones que se le den (trance de sonámbulo). Este estado es muy diferente al del sueño, pero es imperativo explicarlo por adelantado al paciente ya que muchos imaginan que bajo los efectos de la hipnosis se sentirán lejos de todo y que no escucharán nada. Como la hipnosis se sentirán lejos de todo y que no escucharán nada. Como la hipnosis es tan diferente, subsiguientemente pueden negar que hayan sido hipnotizados.

Puede también mencionarse que el estado hipnótico es similar al breve período que atravesamos cada uno de nosotros antes de salir del sueño y despertarnos. No es lo mismo, pero ayudará a que el paciente tenga una idea de lo que sentirá con la hipnosis a fin de que sea más hábil para producirla.

Para considerar el estado hipnótico en los términos de la hipnoterapia práctica, debe recordarse que:

- I) La respuesta a la hipnosis es proporcional a la amplitud en el que el consciente y en particular, su capacidad crítica se suprime.
- II) La profundidad de la hipnosis está en relación directa con el grado de supresión obtenida. La supresión débil produce una hipnosis ligera, y la supresión total causa el estado hipnótico mas profundo (el sonambulismo).

El principal problema en la inducción del estado hipnótico es la eliminación del control dominante del subconsciente por el consciente.

En la práctica, ésto incluye asegurarse la atención íntegra del paciente hacia el terapeuta. Más tarde y con mayor aprendizaje, éste estado mental puede producirse siempre que el paciente esté motivado y lo quiera; puede prolongarse tanto como haga falta y terminarse en el momento en que ya no sea útil.

FENOMENOS DE LA HIPNOSIS

Los fenómenos de la hipnosis son muchos y diversos. Los resumimos brevemente a continuación.

I) EFECTOS MOTORES

A)-Alteraciones en la musculatura voluntaria.

- a) Relajación
- b) Catalepsia y rigidez cataléptica
- c) Parálisis de grupos musculares
- d) Rendimiento muscular más efectivo
- e) Movimientos automáticos

B)-Alteraciones en los músculos involuntarios, los órganos y las glándulas.

- a) Corazón y vasos sanguíneos
- b) Coagulación sanguínea
- c) Sistema nutritivo
- d) Modificaciones en las respuestas alérgicas.

II) EFECTOS SENSORIALES

A) Sentidos

Los cinco sentidos pueden aumentarse o disminuirse. (La modificación del umbral del dolor y la producción de la hipnoanalgesia pueden ser consideradas aquí; también el tiempo de distorsión).

B) Memoria

- a) Amnesia; parcial o total. También puede ser espontánea o inducida mediante sugerencia directa bajo hipnosis.
- b) Hiperamnesia: Evocación de recuerdos jamás recordados en estado despierto.
- c) Edad de regresión. También llamado revivificación.

III) SUGESTION POSTHIPNOTICA.

IV) AUTOHIPNOSIS. También llamada hipnósis por uno mismo.

La relajación por parte del paciente es un valor obvio, - especialmente tras un largo período de hospitalización o cuando se anticipa una importante intervención quirúrgica repetida; entonces es cuando el tiempo invertido en inducir la hipnosis y condicionar al paciente puede considerarse que es "rentable".

La angustia extrema, puede surgir del temor de la muerte durante la anestesia; el miedo a los efectos de la desfiguración o a la incapacidad subsiguiente a la intervención también pueden causar efectos de ansiedad. La relajación hipnótica unida a una forma de apoyo moral o reforzamiento del ego. Posiblemente combinada también con un entrenamiento en la autohipnosis, puede ser increíblemente efectiva y es bastante superior a la terapéutica farmacológica. (Tampoco hay problemas con la retirada de fármacos). En el caso extremo. esto podría significar la diferencia entre el éxito o el fracaso cualquier resultado que comprenda desde una ansiedad leve o estado depresivo hasta el suicidio.

LA HIPNOANALGESIA puede ser tan completa que equivalga a un bloqueo regional. Generalmente esto requiere, aunque no siempre, un trance hipnótico profundo. Los grados menores de la analgesia (el umbral del dolor modificado) pueden tener todavía valor clínico, en el que se presisarán menos analgésicos para obtener un efecto determinado. Quizás en determinadas circunstancias pueda evitarse la repetición de los anestésicos y los analgésicos como es el caso de los quemados. Modificar el umbral del dolor es el valor potencial obvio en el tratamiento del cáncer. Este es el -

único caso en que puede realizarse un intento lícito para la eliminación total del dolor. Por otra parte debemos recordar que el dolor tiene una función de aviso.

La desorientación en el tiempo nos ocurre en la vida cotidiana. Las impresiones subjetivas pueden ser modificadas en gran manera por el estado mental; por ejemplo, todos hemos vivido días que pasan con gran celeridad y otros que parecen no terminar nunca. El paciente hipnotizado es particularmente susceptible a las sugerencias de las alteraciones temporales. Este fenómeno puede utilizarse para acortar la duración de algunos tipos de graves dolores crónicos, un efecto que, en pacientes adecuados podemos obtener después de la hipnosis.

La amnesia es posible, generalmente, en la hipnosis profunda, y en realidad es un signo de que ha sucedido. Cuando esto es posible, los procedimientos desagradables relativos al cirujano y al cuidado quirúrgico pueden ser olvidados, o recordados como una experiencia agradable mediante la sugestión directa bajo hipnosis.

La hipnosis y el sueño son fenómenos recíprocos. Un paciente dejado en estado de hipnosis saldrá espontáneamente del trance o se irá a dormir. El último efecto puede ser utilizado para el tratamiento del insomnio. Los problemas para dormirse que tiene un guardia urbano y las demandas de ciertos tipos de intervenciones quirúrgicas pueden hacer el comienzo del sueño difícil o casi imposible. Es digno de mencionarse aquí, que durante el intento de inducción de la hipnosis algunos pacientes resistentes caen en un sueño natural como un mecanismo de defensa.

Las sugerencias posthipnóticas, o sugerencias directas bajo hipnosis (SDBH), suelen ser seguidas, en tanto que resulten aceptables para el paciente y no choquen con su código moral. Por ejemplo si a un paciente en hipnosis se le sugiere que sentirá -- más sed y que tendrá que beber más, en general lo hará en mayor -- escala que si esta indicación se le hubiese formulado a nivel --- consciente.

Desgraciadamente, tales sugerencias bajo el estado de -- hipnosis tienden a desaparecer y es, por lo tanto, necesario rep-- tirlas en cada sesión de hipnosis. A esto se le llama refuerzo y generalmente mejora con cada sesión. El lector, para quién la idea de la hipnosis sea nueva, una vez más puede pensar que todo esto es gastar el tiempo; por ello le recordaré de nuevo que la inducción de la hipnosis dura solo un mínimo de tiempo en los pacien-- tes condicionados, y lo que entonces se dice no dura más tiempo -- que si fuese dicho en estado consciente, lo cual forma parte de -- la relación médico-enfermo. Es más efectivo cuando se dá como -- una idea posthipnótica. Es obvio que todos éstos pacientes ten-- drán que ser condicionados, y la práctica normal de la hipnosis -- incluye el condicionamiento del paciente. Los múltiples usos de las sugerencias directas bajo hipnosis se verán con claridad así como las aplicaciones clínicas de la hipnoterapia.

LIMITACIONES DE LA HIPNOSIS

Propensión a la hipnotización.

Los libros de texto que tratan de la hipnosis generalmente señalan en cifras percentuales el grado de propensión a la hipnotización y las diferentes profundidades del trance que pueden obtenerse para el promedio de una población; estas cifras muestran con frecuencia una notable similitud. Es extremadamente difícil afirmar categóricamente que, por ejemplo, un sujeto pasado de un trance ligero a un trance mediano.

Se señala como un 90% la cifra de individuos a quienes puede hipnotizar un solo terapeuta normalmente; la relación tiene un importante papel. Así si 100 pacientes se presentan a un solo terapeuta normalmente; la relación tiene un importante papel. -

Así si 100 pacientes se presentan a un solo terapeuta, éste sería capaz de hipnotizar a 90 de ellos. Si los 10 pacientes que no ha podido hipnotizar son enviados entonces a otro terapeuta, éste será capaz de hipnotizar a la mayoría de ellos (teóricamente a 9). Finalmente queda un difícil núcleo de individuos que pueden, a fines prácticos, no ser hipnotizables; pero éste núcleo es menor del 10% de la población.

Se ha experimentado que el factor individual más importante en la hipnotización es la motivación del paciente. El segundo es la relación entre el médico y el paciente. Con una motivación fuerte y una explicación adecuada antes de la hipnosis se sobrepasaría la cifra del 90%.

Como guía, damos las cifras de la susceptibilidad promedio de la población a la hipnosis. La motivación, la buena relación entre el médico y el paciente y el entrenamiento repetido las mejoran en gran manera.

| | |
|-----------------------------|-------|
| DEJAN DE RESPONDER | 5-10% |
| ENTRAN EN TRANCE LIGERO | 90% |
| ALCANZAN EL TRANCE MEDIO | 65% |
| ALCANZAN EL TRANCE PROFUNDO | 20% |
| SON SONAMBULOS | 10% |

Puede mencionarse aquí que en el trance ligero hay cierre de los ojos y uno puede realizar refuerzo del ego, y a lo sumo -- psicoterapia.

En el trance medio el sujeto puede conseguir la analgesia parcial y empezar a adiestrarse en la autohipnosis.

En el trance profundo se puede producir la analgesia extensa; también las sugerencia posthipnóticas y la regresión de la edad.

El sonámbulo puede, como indica su nombre, abrir sus ojos bajo la hipnosis sin salir del trance, así como caminar o realizar las instrucciones que se le den.

LIMITACIONES DE LA EDAD

Los niños son probablemente más susceptibles a la hipnosis que los adultos. Las técnicas tienen que ser rápidas y es importante hablar al nivel mental del niño. La edad inferior para

la hipnosis es probablemente la de 3 ó 4 años, aunque esto depende de cuando puede establecerse una comunicación adecuada.

Los límites de edad en que la hipnosis es posible, pueden considerarse alrededor de los 5 hasta los 65 años, aunque la experiencia podría aumentar éstos límites.

OTRAS LIMITACIONES

Los idiotas y los imbeciles no son hipnotizables. Los pacientes de inteligencia escasa y con poco poder de concentración, generalmente se revelan como sujetos pobres. A aquellos que presenten una historia de enfermedades mentales, especialmente los esquizofrénicos, no se les hipnotizará, al menos que el terapeuta esté orientado psiquiátricamente. Es preferible, que lo haga un psiquiatra.

El sordo presenta problemas especiales para una técnica que está basada principalmente sobre la palabra hablada.

Bartlett describe en 1972 los casos de Carroll-Clark dos pacientes odontológicos, uno completamente sordo y mudo, y el otro totalmente ciego. Antes de la hipnosis, el tratamiento odontológico fué virtualmente imposible. Estos dos pacientes lograron una buena relajación y también la suficiente analgesia dental para efectuar el tratamiento.

Las barreras del idioma también crean un importante problema, aunque no son insalvables.

CAPITULO III

PREPARACION PREHIPNOTICA Y ACLARACIONES

PREPARACION MENTAL DEL PACIENTE

Es una parte esencial de la técnica de inducción y habitualmente sigue a la historia clínica y a la exploración física. El concepto de la hipnosis que tenga el paciente, dependerá de lo que ha escuchado, leído y visto. Con frecuencia, el escenario de la hipnosis da lugar a errores, así como también a conjeturas e indagaciones. Es conveniente preguntar al paciente lo que sabe sobre la hipnosis y dejarle hablar; puede hablar mas libremente mientras está relajado.

I) Corregir cualquier error básico.- Muchos pacientes creen sinónimamente el estado hipnótico y el sueño. Podemos corregir ésta mediante las siguientes aclaraciones:

a) Durante la hipnosis el paciente puede escuchar y comprender todo lo que el terapeuta dice. Una persona que está dormida no escuchará lo que le dicen (Estrictamente no es exacto, pero es lo bastante exacto para ésta explicación).

b) El individuo en estado hipnótico puede responder oralmente o por signos a las preguntas que se le hacen.

c) El médico o la enfermera pueden enseñar al paciente que el registro del EEG durante el sueño es totalmente diferente del EEG durante la hipnosis, que es similar al EEG de la persona despierta.

Algunos pacientes creen que la hipnosis es como un coma, con la amnesia subsiguiente. Si es necesario, puede explicarse que la consciencia no se perderá un solo momento, y que la amnesia, normalmente, solo ocurrirá como el resultado de una sugestión directa bajo hipnosis. Para bien del lector, apuntamos --

que la amnesia espontánea ocurrirá frecuentemente durante el psicoanálisis para proteger el consciente de material sumamente traumático, mientras llega la ocasión en que esté preparado para aceptarlo.

II) Describir la naturaleza de la hipnosis. Es necesario que el paciente tenga algún conocimiento de la naturaleza de la hipnosis, ya que debe desempeñar una parte en la producción de éste estado, bajo la guía del terapeuta. No debe tener miedo a lo que le compromete.

Las recomendaciones dadas anteriormente son muy útiles como aclaraciones para el paciente. Debe recordarse sin embargo, que todos los pacientes necesitan una explicación completa sobre todos estos puntos; en realidad, a veces demasiadas explicaciones pueden hacer más difícil la inducción de la hipnosis. La experiencia le dirá al terapeuta lo que debe explicar a su paciente, que dependerá en cierto modo del coeficiente de inteligencia del sujeto:

a) Describir en términos sencillos el concepto de diferentes estados de la mente: consciencia, inconsciencia (P.ej. el sueño, la anestesia y el coma), y el estado subconsciente (hipnosis).

b) Explicar la hipnosis como un estado de la mente en el que la capacidad de crítica del consciente esta suprimida en mayor o menor grado; ésto combinado con una profunda relajación física. Podemos informar al paciente que un cuerpo relajado se correlaciona con una mente relajada (y receptiva), y viceversa.

c) Explicar que la respuesta hipnótica se construye en el interior de cada paciente, más que como reflejo. Para producir el estado hipnótico, todo lo que se necesita es la motivación y la cooperación por parte del paciente, y el conocimiento práctico exigible por parte de terapeuta.

d) Aclarar que el individuo en estado hipnótico escuchará todo lo que le diga el terapeuta. Sentirá, sin embargo, que aumenta la distancia de otros sonidos y voces.

III) Eliminar todas las dudas y temores expresados.

Los más corrientes son:

a) Que nunca pueda despertarse. Se le debe explicar que si un paciente en estado hipnótico se queda solo, se despertará espontáneamente o caerá en un sueño que durará entre media y cuatro horas.

b) Que si entra a un estado hipnótico es porque tiene una voluntad débil. Esto es inexacto; la motivación es la razón más importante para que un individuo acepte y entre en el estado hipnótico.

c) Que él o mas probablemente ella, puedan hacer algo contrario a sus principios morales mientras están en estado hipnótico. Diremos firmemente al paciente que esto no puede suceder. En la práctica, esto es extremadamente improbable.

d) Que subsiguientemente, un individuo estará bajo el poder perpetuo del terapeuta. De nuevo esto es bastante inexacto. En verdad, la hipnoterapia tendría el efecto opuesto.

IV) Recordar que la hipnosis es frecuentemente la última oportunidad para un paciente que ha pasado por muchos tratamientos ortodoxos ineficaces. Este efecto puede causar:

1.- Miedo al fracaso

2.- Gran ansiedad por el éxito

La duración de la inducción hipnótica se convierte, entonces en algo importante y el empleo de un método indirecto y sutil dará mejores resultados que el del método ortodoxo y formal.

V) Los niños no requieren la mayoría de éstas explicaciones y entrar en demasiados detalles podría ser también desaconsejable para los adultos nerviosos. Debe confiarse en la simple --- tranquilidad, en la comprensión cariñosa y en el factor de su --- prestigio; en el caso de los niños se tendrá en cuenta su edad.

INSTRUCCIONES FINALES ANTES DE LA INDUCCION DEL TRANCE

1) Recalcar que la hipnosis depende de un trabajo en equipo.
2) Tratar de convencer antes de la inducción. Resaltar lo agradable que podría ser la vida para el paciente en cuanto se desembarace de su sintomatología: Miedo, fobia, sensación de in--- capacidad, etc.

3) Asegurarse de que su paciente sepa:

a) Qué tiene que hacer exactamente.

b) Qué le harán exactamente

c) Qué sentirá en el estado hipnótico exáctamente.

Posteriormente se pregunta al paciente por lo que respecta a como se sintió él. El paciente emplea descripciones tales como --- sensación de flotación, sensación de mecerse, etc. Las anotará el terapeuta y utilizará esta misma verbalización en las ins--- trucciones siguientes. A ésto se le llama realimentación.

d) Preguntar si existen interrogantes y calmar las du--- das o temores que queden.

CONSIDERACIONES AMBIENTALES PARA LA INDUCCION DE LA

HIPNOSIS

1] Calor - Los pacientes que tienen frío y tiritan no pueden ser hipnotizados rápidamente. Una alfombrilla que rodea -- las piernas puede servir si la habitación está demasiado fría.

2] Comodidad - Solo se requiere un asiento moderadamente -- comodo, pero es esencial el cabezal. Los sillones de los dentistas, tanto los de estilo moderno como los de estilo antiguo, son bastante adecuados.

3] Ruido - No es necesario el silencio extremo, ni tampoco será la habitación demasiado ruidosa. Evitar los ruidos repentinos.

4] Luz - La habitación puede estar bien iluminada, pero evitar la luz brillante que de directamente a los ojos del sujeto

5] Presencia de un acompañante - A causa de la naturaleza personal de la relajación hipnótica, se considera que generalmente es mejor que no haya delante una tercera persona, a menos que lo pida el paciente o lo considere conveniente el terapeuta.

CAPITULO IV

TECNICAS HIPNOTICAS DE INDUCCION Y DE PROFUNDIZACION

Este capítulo describe los aspectos prácticos de muchas técnicas hipnóticas de profundización e inducción. El propósito de éste capítulo ha sido el de dar al lector una relación razonablemente comprensiva de las mismas, bosquejar los principios de la sugestión y dar una orientación general. A veces se ha sugerido una verbalización comprensiva, pero generalmente es mejor para un terapeuta expresar sus ideas de acuerdo con su personalidad, su experiencia y su temperamento. Es importante que se sigan los principios descritos.

PRINCIPIOS GENERALES DE LA INDUCCION AL TRANCE

I) Repetición de los estímulos sensoriales. Habitualmente la repetición rítmica de los estímulos sensoriales induce al estado Hipnótico. Estos estímulos pueden ser:

a] Estímulos visuales, tales como mirar fíjamente a un punto; o mirar atentamente un objeto oscilante, o una luz vacilante. Tales métodos básicos se les enseña a los estudiantes de la hipnosis, que pueden confiar en el cierre cataléptico del ojo como la señal del comienzo del trance hipnótico.

b] Estímulos auditivos, o sea lo que el terapeuta dice, se aconseja que la voz sea lisa y monótona y se considera que lo que se dice es probablemente más importante que cómo se dice. La suavidad de la predicción y la continuidad de la verbalización, aunque el terapeuta emplee su voz normal, serán perfectamente adecuadas.

c] Los estímulos táctiles, es mejor evitarlos en los adultos, especialmente cuando el paciente y el terapeuta son del sexo opuesto. Durante la inducción del estado hipnótico en los niños, sin embargo, el contacto físico tal como un roce suave, puede ser útil para la producción de fenómenos tales como la rigidez o analgesia.

II) Manera de hacer sugerencias. Generalmente se recomienda que se hagan las sugerencias con un tono de voz llano y monótono. Un principio general es el de bajar la voz propia al inducir a la hipnósis, y elevarla al despertar el paciente.

Existen dos formas básicas:

a) Método tolerante. Damos las sugerencias de forma discreta, de manera que el sujeto crea que son persuasiones y no opone ninguna resistencia consciente. Tiene la ventaja adicional que las sugerencias ganan fuerza con la repetición. Es posible cambiar gradualmente de éste método al otro más dominante.

III) Fraseología. La construcción actual y la verbalización de las sugerencias es uno de los aspectos más importantes de la hipnoterapia, observaremos los principios siguientes:

a) Las sugerencias serán siempre claras y sin ambigüedades.

b) Es esencial la repetición, que también da al terapeuta tiempo para meditar al su próxima sugerencia.

c) Los errores distraen. Por ejemplo si se menciona una relación numérica al revés se omite un número de la misma. Será fatal dirigirse al paciente con un nombre diferente al suyo.

d) Vigilar cualquier efecto adverso que cause la fraseología.

e) Nunca se hará sugerencia alguna que el paciente pueda encontrar reprobable o desagradable.

f) Finalmente, tendremos en consideración estas cuatro palabras: DEBE, QUIZA, QUIERE, Y PUEDE.

Debe no se empleará nunca: esto sugerirá la dominación del sujeto lo cual evitaremos a toda costa.

Quizá, conducirá probablemente al fracaso de la sugerencia.

Quiere, No puede repetirse sin pérdida de fuerza y dejará en desventaja al terapeuta si fracasa la sugerencia.

Puede, deja la responsabilidad sobre el paciente y puede adquirir fuerza con la repetición.

MÉTODOS DE FIJACION OCULAR PARA PRODUCIR LA HIPNOSIS

Existen tres métodos básicos de inducción de la hipnosis por medio de la fijación ocular:

- 1] Fijación ocular con sugestión verbal.
- 2] Fijación ocular con distracción (pasivo)
- 3] Fijación ocular con relajamiento progresivo (activo)

Antes de especificar con detalle estos métodos diferentes, - describiremos ciertos puntos que conciernen a la fijación ocular actual.

El paciente debe sentirse cómodo en el asiento, y entonces - fijar su mirada de manera que esta abarque al echar su cabeza hacia atrás todo lo que sea compatible con una cierta comodidad. El paciente puede tanto concentrarse en un objeto que el terapeuta mantenga por encima de su línea normal de visión como en un lugar del techo. Debe dársele al paciente la orden firme que no permita que sus ojos vaguen ni un solo momento.

El cierre cataléptico de los ojos es patognomónico de entrada en el estado hipnótico ligero. El parpadeo y el cierre completo del ojo se produce con una serie de contracciones. Si los ojos se cierran normalmente, y especialmente si ocurre demasiado pronto, podemos sospechar de una acción voluntaria o consciente, es decir, nada en tal caso hay que pedir al paciente que abra sus ojos nuevamente y no los cierre hasta que no pueda mantenerlos abiertos durante más tiempo.

La ventaja principal de las técnicas de fijación ocular es - que el terapeuta sabe cuando su paciente entra en hipnosis por que ésta va seguida del cierre cataléptico de los ojos. Tiene -- sin embargo algunos inconvenientes.

Primeramente, el paciente puede alardear y cerrar los ojos - voluntariamente. Esto requiere experiencia para detectarlo y -- confianza para manejarlo. También es posible que el paciente no

cierre los ojos por equivocación, por falta de atención o de resistencia a la hipnosis. De nuevo la experiencia y la confianza son necesarias; si el paciente mira fijamente un objeto, por ejemplo una pluma que sostiene el terapeuta, dicho objeto puede bajarse gradualmente hacia el pecho del paciente y ordenarle -- que lo siga atentamente. Esto consigue producir enseguida el cierre de los ojos que puede completarse con las sugerencias -- apropiadas. En algunas ocasiones un tajante ¡cierre los ojos! -- será efectivo.

Finalmente es posible que un paciente entre en la hipnosis despierto, es decir, el paciente permanece con los ojos abiertos aunque éste en estado hipnótico; por lo general, éstos pacientes tienen una mirada vidriosa. Otros medios nos pueden demostrar el estado hipnótico, por ejemplo la rigidez del brazo.

Antes comenzar una técnica de fijación ocular hay que explicar al paciente que cuando sus ojos se hayan cerrado por sí mismos, estará en un estado de hipnosis ligero, que no tendrá el más leve deseo de abrirlos hasta que el terapeuta le diga que lo haga y que por ésta falta de deseo de abrirlos, los ojos permanecerán cerrados.

A veces, después del cierre de los ojos, puede verse al paciente fruncir el entrecejo, como si intentase abrirlos. El paciente indica al terapeuta: me gustaría hacer esto, pero no puedo. El observador puede utilizar ésta situación: "está intentando abrir los ojos, cuanto más lo intente más se cerraran y entrará en hipnosis más profunda. No puede habrirlos hasta que termine la hipnosis".

Recordaremos siempre:

- a) No precipitar nunca las sugerencias; darle tiempo al paciente para que le hagan efecto.
- b) Repetir las sugerencias: Acrecentar su efecto.
- c) Pausas entre las sugerencias: Evitar la confusión al paciente.

Ahora describiremos los detalles técnicos, especialmente la verbalización de los tres métodos básicos de fijación ocular:

I) Fijación ocular con sugestión verbal.- La verbalización se concentra en los párpados. Decimos al paciente que se relaje más y más, que respire lentamente y sobre todo que se relaje durante la expiración lenta, mientras que al mismo tiempo el paciente notará que sus párpados tienen la tendencia a parpadear, a humedecerse y a sentir escozor. Haremos éstas sugerencias antes de que sucedan tales echos. De ésta forma podemos predecir el lagrimeo del ojo y cuando veamos aparecer una lágrima, se lo apuntaremos y le añadiremos: Ahora que sus ojos comienzan a lagrimear, como ya le había dicho, notará que los párpados comienzan a ser más y más pesados y que el parpadeo es más y más lento, deje que suceda todo como tenga que suceder. No intente hacer que suceda algo, y no intente pararlo.

Podemos emplear varias analogías tales como: Sentiré los párpados pesados... como los postigos. Igual que los postigos, pronto se cerrarán. Las sugerencias las repetimos rítmica y monotonamente, las sugerencias hacia el ojo las intercalamos con otras sobre el sueño y la relajación.

Cuando el parpadeo sea más lento, las sugerencias se harán mas firmes y más fuertes.

II) Fijación ocular con distracciones (pasiva). La fijación ocular con el cierre cataléptico está dirigida aún. La distracción consiste en una tarea mental, Contar del 1 al 100 (para los niños) ó contar hacia atrás desde el 500 (adultos). Los individuos más brillantes pueden hacer otras cosas, tales como alternar cuatros y sietes, lo cual es bastante difícil. El paciente contará por sí mismo y no necesita estar seguro; es decir si comete una equivocación la ignora y continúa la cuenta ó el cálculo.

El objeto es ocupar la parte consciente de la mente y de ésta forma hacer más accesible el subconsciente. Decimos al paciente que ignore lo que el terapeuta éste diciendo para que se centre en su cuenta.

El terapeuta puede entonces pedir al paciente que fije la mirada en la punta de su pluma y que la siga con los ojos. Las sugerencias continuas de relajación progresiva, sensación de cansancio, pesadez de los párpados y cierre final de los ojos como ya describimos.

III) Fijación ocular con relajación progresiva. (activa)
Es ésta una técnica de contraste para los individuos más despiertos. Le decimos que preste un cien por ciento de atención a lo que el terapeuta le diga las experiencias que él sienta durante el actual proceso de inducción.

Damos las sugerencias continua y progresivamente de relajación física. Le decimos que se imagine a sí mismo en cualquier lugar en donde pueda sentirse completamente relajado, una frase útil que imagine ciertas cosas agradables en el "ojo de su mente", otra es "dejarse así mismo ir libre y ligero como una muñeca de trapo."

TECNICAS ALTERNATIVAS DE INDUCCION

Es muy importante tener varias técnicas en nuestro poder ya que algunas veces el empleo de una forma diferente puede asegurar el éxito. En realidad, esto puede decirse al paciente antes de que comience la inducción: "Hay muchos métodos es el que le conviene, pero esté seguro que si no le gusta una técnica determinada, si no está feliz con ella, entonces puede emplear otra totalmente diferente que le será más aceptable". Esto da al paciente nervioso, confianza en un caso de fracaso inicial y más aún cubre al terapeuta y quizá le de seguridad.

1) METODO DE DEJAR CAER LA MONEDA. Le pedimos al paciente que levante el brazo que quiera de forma que este en posición horizontal con la palma de la mano hacia abajo. Entonces le damos una moneda grande y le pedimos que apriete una mano

contra la otra de manera que esté fuertemente presionada en la palma de la mano. Si realmente aprieta con firmeza es imposible mantener esta situación; debe relajar su puño. Las sugerencias conciernen a los efectos que ésto causará.

Un punto práctico: Si el paciente esta sudando, la moneda puede pergarse y no caer, aún cuando se habra la mano. Al poner en la palma de la mano polvos de yeso, solvertaremos ésta complicación. La verbalización es aproximadamente así:

"Me gustaría que apretases tus puños de manera que esta moneda esté estrechamente cogida en la palma de tu mano, quiero que te concentres en todo lo que te digo y en todas las sensaciones subjetivas que observes, antes que nada nota la tensión en tu mano y el brazo. Mira los nudillos de los dedos y observa la blancura de los mismos y la sensación de presión de la moneda en la palma de tu mano. Observa también las sensaciones diferentes que experimentarás en éste brazo y en ésta mano, --sensaciones que ocurrirán pronto, nota como tu brazo se mueve arriba y abajo con tu respiración, nota que pronto la moneda empezará a presionar menos la palma de tu mano, y que sentirás tu mano relajarse ligeramente nota también tus nudillos, míralos de cerca. Pronto algo de su blancura desaparecerá y el color rosa normal volverá".

[El terapeuta notará particularmente cualquier relajación de los dedos, especialmente el dedo meñique, que es el más fácil de observar]. "Nota como tu dedo meñique está empezando a relajarse, como la punta de éste dedo presiona menos en la palma de tu mano, y dentro de poco no hará ninguna presión. Nota como ahora la moneda te aprieta menos en la palma de tu mano, eso sin que seas capaz de controlarlo, tu mano se relaja más y más, y los dedos los sientes como si fueran a enderezarse y finalmente, se enderezarán".

(La duración de las sugerencias es importante. Más aún cuando es necesario, se puede ganar tiempo con la repetición ó con la adición de unas cuantas sugerencias).

"Pronto tu mano se abrirá tanto que la moneda se te caerá. - Cuando ésto suceda, será la señal para que cierres los ojos. Sentirás que cuando la moneda caiga, te encontrarás impulsando a cerrar los ojos".

(No hay que decir: "Cuando la moneda caiga al suelo"; si la moneda cae en el regazo del paciente, la norma de entrada en -- hipnosis no será la correcta). Las sugerencias de la relajación continua del brazo y de la mano se siguen de modo similar. La -- caída de la moneda más el cierre de ojos es una indicación cierta de la entrada en el estado hipnótico. Este puede prolongarse mediante la sugerencia de que el brazo pesa y cae. Entonces es -- una indicación de profundización de la hipnosis.

2).- "TECNICA DE BRAZOS ARRIBA Y ABAJO". El paciente se colocará comodamente y extenderá los brazos. Entonces le diremos que va a notar uno de sus brazos más pesado que el otro y que poco a poco bajará más y más y el otro lo sentirá más leve. Le pediremos que elija cual de los dos brazos se hará más pesado.

Entonces le pediremos que ponga la palma de la mano del brazo "pesado" hacia arriba, y que con la mano del brazo "más leve", apriete el puño ligeramente con el dedo pulgar señalando hacia arriba. Después de una prueba final, para asegurarnos de que sus brazos están a un mismo nivel, le pediremos que cierre los ojos. El terapeuta continúa: "Quiero que se imagine que le pongo un -- lastre, (algo así como un par de guías telefónicas), en la palma de su mano derecha (izquierda). Quiero que realmente sienta el -- peso de aquellas en su imaginación, note como su brazo sube y baja". (Hará ésto en consonancia con su respiración.) "Note ense-- guida como, cuando baja, cada vez caerá un poco más de lo que subirá". (A la palabra "Bajar" puede subrayarse y sincronizarse con el efectivo movimiento hacia abajo" que ocurre durante la --

respiración).

Al mismo tiempo que su brazo derecho (izquierdo) sigue sintiendo lo más y más pesado, y que cae más y más bajo, también quiero que se concentre en el otro brazo, quiero que se imagine que hay un globo en su mano y que está atado a su dedo pulgar con elástico. Quiero que note que enseguida tendrá tirones en esta mano, hacia arriba y hacia abajo, y también hacia los lados. Sentirá como si el elástico estuviese tirándole del dedo pulgar. Pronto sentirá que el brazo izquierdo (derecho) le da tirones hacia arriba, mientras que al mismo tiempo lo siente más y más leve".

Repetimos éstas frases con una pequeña variación, y cualquier hecho que ocurra en ése momento (por ejemplo un tirón del dedo pulgar) es señalada inmediatamente y utilizada como un enlace con otra sugerencia.

Concentrar la verbalización sobre el brazo que es la mejor "realización".

Generalmente, el brazo 'pesado' cae primero. Como que esto es obviamente lo que va a ocurrir, se indicará, que cuando este brazo toque el regazo del paciente ó el brazo del sillón, relajará completamente el brazo, toda la tensión saldrá de su cuerpo y se sentirá totalmente relajado.

Por lo general el brazo "leve" solo sube un poco. Naturalmente, este efecto es contrario a la gravedad y requiere un sujeto mas sugestionable. Conseguido el aligeramiento, entonces, hay que tratar que el brazo se eleve hacia la frente del paciente y que después caiga por medio de las indicaciones apropiadas. En otras palabras, sugerirle que "corte el elástico" y el brazo caerá a su sitio y lo sentirá bastante relajado, tanto como lo está el otro brazo. Podemos sugerir el " corte" tocando la muñeca del paciente.

3) TECNICA DEL ALIGERAMIENTO DE LA MANO. Esta técnica puede emplearse tanto para inducir la hipnosis como para profundizarla. Las ventajas son:

a] Si la utilizamos como método inicial, normalmente se obtiene un trance hipnótico más profundo.

b] El sujeto mismo tiene un mayor papel en el proceso de inducción y puede decidir la ocasión propicia para caer en el sueño.

c] Hay menos riesgo de que el paciente niegue que ha estado en estado hipnótico ya que tiene consciencia del aligeramiento físico.

Las desventajas son:

a] Puede durar mucho tiempo, por ejemplo una hora o más. -- Una vez comenzada, debe preservarse hasta que el brazo suba.

b] Requiere de una experiencia técnica considerable por parte del terapeuta (capacidad de observación y de verbalización).

Los principios generales son los siguientes: El paciente se relaja en un asiento con sus manos, las palmas hacia abajo y los dedos juntos descansando o sobre las piernas o en uno de los brazos del asiento. Tiene que concentrar la vista y la atención en las manos (una mano si estas están sobre el brazo del asiento). Es, desde luego, bastante difícil que una mano permanezca inmóvil indefinidamente. Así que el terapeuta pueda, indicará un movimiento o una contracción. Inicialmente éstas indicaciones son vagas: "pronto se le contraerá un dedo, o su dedo pulgar, no puedo decirle exactamente cual, pero pronto le ocurrirá".

Al paciente le indicamos el movimiento más ligero como una predicción afortunada", y le hacemos otra. Estas predicciones -- fortuitas no son suficientes, así que entonces hacemos una indicación definitiva: "Pronto notará que una cosa muy interesante va a ocurrirle. Notará que el espacio entre sus dedos está ampliándose. Pronto notará que hay menos presión entre las puntas de los dedos y que tiene la sensación de que se va a partir".

Ocurrirá esto y por el proceso normal de realimentación, se separan los distintos dedos: "Sus dedos se mueven cada uno lentamente, más ampliamente, ahora no puede controlarlos". A esto le sigue la indicación de la ligereza de la mano, y finalmente del brazo entero.

La verbalización de ésta técnica llega a hacerse muy artificiosa y sutil. los ejemplos son: "Sentirá muchos tendones moverse bajo la piel del dorso de su mano; sentirá que la mano (y posteriormente el brazo), no son por más tiempo parte suya; sentirá que su brazo entero, desde el hombro hasta los dedos, se hace más y más ligero, como si tirasen de él muchos globos y lo llevarán al aire lejos del cuerpo; comienza a sentir que el codo es la -- única parte de su cuerpo en contacto con el brazo del asiento de la silla, que incluso éste contacto empieza a disminuir. Siente que su codo se desliza muy lentamente por el brazo del asiento, - etc".

Simultáneamente hacemos las sugerencias habituales sobre la relajación cada vez más profunda. Se efectúa el cierre de los -- ojos cuando lo indican el parpadeo u otros signos.

Si el brazo se aligera realmente bien, las indicaciones apropiadas pueden aproximarle a la cara, diciéndole al paciente - que cuando la mano toque la cara, cerrará los ojos y entrará en hipnosis:

"En el momento en que su mano caerá en el regazo, completamente relajada" Si es necesario, hay que guiar el brazo del paciente hacia abajo. La inducción podrá trastornarse si el brazo del paciente toca el dorso del brazo del asiento.

4) TECNICA DE LA SORPRESA CATALEPTICA. Planeó originalmente ésta técnica el Dr. Milton H. Ericson. El método pone en énfasis en - que la hipnosis puede considerarse como un estado de hipnoconcentración con una mente activa, y que la relajación no es un requisito previo.

Siguiendo la explicación apropiada de un individuo en estado de trance profundo, Robertson (1970) ha inducido el instante en que se produce la catalepsia por el lanzamiento de una pelota de tenis: En el momento en que él cogía la pelota, permanecía -- quieto, rígido e inmóvil.

Este método no es deseable en la práctica clínica y no serviría, de cualquier modo para los pacientes. Hay sin embargo, algunos altamente motivados e inteligentes que, durante la charla prehipnótica están casi hipnotizados. La inducción de la hipnosis en tales casos es casi una formalidad que puede llevarse a cabo de la forma siguiente:

"Realmente no necesita una inducción larga y formal de la hipnosis será capaz de entrar en el estado hipnótico simplemente siguiendo las tres sencillas instrucciones que le voy a dar..... ¿comprende?, está preparado?.

- Respire profundamente...
- Cierre los ojos...
- Duerma;--

Al levantar el brazo podemos inducir la catalepsia, y entonces el trance ha profundizado.

TECNICAS INDIRECTAS DE INDUCCION

Hay situaciones en las que una inducción ritualista formal de la hipnosis fallará, mientras que una aproximación indirecta puede tener éxito.

a) Cuando la hipnosis es rechazada. El paciente no puede recoger la naturaleza de la hipnosis y está temeroso. Las exhibiciones teatrales pueden ser en cierto modo censurables y las explicaciones no pueden ser útiles debido a opiniones fijas o bajo coeficiente de inteligencia.

b) La resistencia a la hipnosis por causas diferentes.

c) Ganar tiempo, especialmente en las situaciones de emergencia.

d) A veces. una inducción formal puede parecer al paciente completamente alejada de su problema (por ejemplo si va a ser tratado de enuresis nocturna y le pedimos que fije la vista en un -

lugar del techo de la habitación). Puede ser imposible razonar y asegurar la cooperación del paciente.

e] Generalmente se evitarán las explicaciones prolongadas.

El terapeuta experto tiende a utilizar los métodos menos -- formales. En efecto, podemos considerar que los métodos, tales como las técnicas de la fijación ocular, son más beneficiosas para el doctor para ganar su autoconfianza, que para el paciente. Ahora describiremos tres métodos indirectos:

1) EL PACIENTE QUE RECHAZA LA HIPNOSIS PUEDE SER HIPNOTIZADO COMO SIGUE:

"Quiero asegurarle que no dormirá en algún tiempo, todo el tiempo quiero que sea capaz de escuchar lo que le diga, debe permanecer despierto para tranquilizarse continuamente de que no ha sido hipnotizado.

Entonces podemos pedirle que cuente lentamente desde uno; se cronometra ésta cuenta con los movimientos respiratorios. Al mismo tiempo estará relajado totalmente y escuchará lo que el doctor le dice. No sabrá que ha sido hipnotizado; ni tampoco es necesario informarle.

2) La relajación puede producirse como un efecto de sorpresa en contraste completo con una situación tensa, que el terapeuta ha elevado. Por ejemplo, si un paciente tiene períodos de extrema ansiedad que culminan en ataques de llanto, podemos reproducir esto por la sugestión directa en el estado consciente mediante preguntas, lo que creará un crescendo de la ansiedad, y entonces sugerirle rápidamente:

"Observándose usted mismo en estado de relajación, puede -- estar mucho más cómodo. ¿Por qué no cierra los ojos y se relaja?. El paciente recibirá bien esto como una fuga de la tensión constituida, y entonces el paciente entrará en hipnosis.

Mediante una serie de preguntas que serán progresivamente -- más difíciles de responder y que disparamos con un tiempo creciente, podemos construir una crisis mental similar. De nuevo, cuando

sugerimos rápidamente la relajación, el alivio será proporcionalmente mayor.

3) Fumar un cigarrillo es un método rutinario cuando se tratan pacientes que desean de fumar. Cuando se ha hecho la historia y la hipnosis está siendo examinada, generalmente se pregunta al paciente:

"¿Por qué no quiere un cigarrillo ahora? No vamos a dejar de fumar ahora mismo y estoy seguro que le ayudará a relajarse. Quiere que entre en un estado relajado de la mente". La implicación - sobreentendida es la de que cuando acabe el cigarrillo, el paciente estará relajado y listo para la hipnosis. Con frecuencia se nota que está hipnotizable, y la inducción de la hipnosis es una formalidad; entonces empleamos la técnica de la "sorpresa".

La relajación desgraciadamente conseguida al fumar un cigarrillo, también podríamos utilizarla en los heridos, donde tales efectos van emparejados a sugerencias apropiadas sincronizadas -- con los movimientos respiratorios; así mismo podría concentrarse la atención sobre las volutas de humo; estas cosas distraen de -- una manera efectiva la realidad de la lesión.

METODOS DE PROFUNDIZACION DEL ESTADO DE TRANCE

El tiempo es probablemente aquí el factor más valioso. Si se deja a un paciente en la hipnósis sin ninguna sugerencia específica, generalmente producirá un estado del trance más profundo. La mayoría de los terapeutas emplean los métodos positivos, algunos de los cuales serán descritos aquí.

- 1] RELAJACION PROGRESIVA DEL CUERPO. Su verbalización la hemos dado anteriormente en conexión con la técnica de la fijación ocular y la de relajación progresiva.
- 2] RESPIRACION PROFUNDA. El efecto relajante de la respiración, incluso a nivel consciente, es bien conocido. Este efecto aumentará después de un breve período de - aguantar la respiración.

Diremos al paciente que cuando cuente hasta tres, inalará aire tan profundamente como le sea posible y que lo mantenga - hasta que le ordenemos que lo expulse. Esto lo ejecutará lentamente, de manera que sienta todos los músculos de su cuerpo, de los brazos y de las piernas, relajados. Si ha manifestado - ya la relajación de los músculos del cuello por una inclinación ligera de la cabeza, ésta puede reforzarse, y cuando - amente la siguiente expiración, insistir de nuevo en las sugerencias antes de la próxima respiración profunda.

Este ejercicio puede realizarse tres veces. El terapeuta da la instrucción: -expire y relájese- como parte de una expiración para reforzar la sugestión. También podemos instruir al paciente para que lo haga dos veces profundo, una frase -- sin sentido que el paciente interpreta ajustándola a sí mismo; en efecto, profundizará la hipnósis.

- 3] BALANCEO DEL BRAZO. El terapeuta toma delicadamente el brazo del paciente y lo mueve de un lado hacia otro. El efecto sedante de éste suave movimiento de balanceo puede tener alguna connotación con el balanceo o de la cuna en la infancia.

Cuando sentimos que el brazo se balancea "automáticamente", el terapeuta puede soltarlo y decir todavía "adelante y atrás" - en simpatía con el movimiento del brazo. Decimos al paciente que deje caer el brazo a su sitio cuando esté lo bastante profundo, - una aproximación permisiva que deja al paciente juzgar la situación.

En algunas ocasiones, un paciente resistente a la hipnosis comenzará a balancear el brazo "sin simpatía" con lo que el terapeuta le dice. Esto puede tratarse repitiendo una de las palabras de manera que el paciente sea devuelto "inconscientemente" al ritmo: "Adelante y atrás. Adelante y atrás-adelante-adelante, atrás."

Esto puede servir para hacer que un paciente resistente entre en hipnosis.

4] INDUCCION DE LAS "RESPUESTAS GRADUADAS". Le hacemos pruebas al paciente que progresivamente son más difíciles. Inicialmente podemos inducirlo en las extremidades pesadas, generalmente el brazo. Algunos terapeutas actuales acarician el brazo mientras que sugieren que se le está haciendo más y más pesado. Finalmente, cuando levantamos por la muñeca el brazo pesado del paciente lo soltamos, caerá en su regazo. Si el terapeuta detecta cualquier tono voluntario en el brazo, instruye al paciente para que profundice más y se relaje más, y deje caer el brazo otra vez. Un brazo realmente pesado puede dejarse caer repentinamente, sugiriéndole en cada ocasión una hipnosis más y más profunda.

Entonces puede producirse la rigidez del brazo, seguida de la catalepsia. Es posible hacer saber al subconsciente del paciente, tanto si quiere como si no, que el terapeuta desea que el brazo caiga como un brazo pesado o permanezca en el aire como un brazo cataléptico. Esto se hace por la forma que los dedos del terapeuta sueltan la muñeca del paciente con un movimiento lento y casi acariciante.

Si el brazo del paciente tiende todavía a caer, uno o dos traqueteos ligeros en dirección hacia arriba bastarán generalmente para obligar al brazo a que permanezca en una posición cataléptica. Es puede ser un ejemplo de sugestión no verbal.

5).- ESCALA DE LA PROFUNDIDAD DE LA HIPNOSIS. Le decimos al paciente que se imagine una escala numerada desde el 0 hasta el 36; el 0 denota que está bien despierto ("como cuando estaba usted al entrar a esta habitación") y el 36 denota el grado más profundo posible en hipnosis que podría imaginar usted mismo alcanzar. Le decimos al paciente que los números del 1 al 12 representan una hipnosis profunda. También le decimos que no puede estar en el 0, lo que significaría que estaría despierto, ni tampoco puede estar en el 36, que representaría el estado de hipnosis más profundo que podría imaginar. Debe estar en algún lugar entre ambos. Le pedimos que de un número que representará para él a qué profundidad se siente en ese momento.

El paciente no tiene alternativa, pero da un número entre el 0 y el 36, que equivale a admitir que está en hipnosis. Podemos decirle entonces que cuando contemos hasta el 36, subjetivamente sentirá que entra en una hipnosis más profunda. Recíprocamente, al contar hacia atrás hasta el 0, le hará sentirse hipnotizado cada vez menos, se sugiere una cuenta desde el 5 hasta el 1 para terminar la hipnosis.

Haremos la cuenta lentamente, sincronizada con los movimientos respiratorios (Por ejemplo. Un número por cada tres movimientos respiratorios). Otra técnica de profundización es la cuenta a la inversa por sorpresa, si por ejemplo el paciente da el número 10, la cuenta es inicialmente hacia atrás, quizá hasta el 6, y entonces continúa hacia un número más alto. Esto es, con frecuencia, muy efectivo en la profundización de la hipnosis.

Debe notarse que para el individuo, tal escala tiene una significación y expresa una sensación subjetiva como un número que puede utilizarse en cada sesión de hipnosis. Para los pacientes - "diferentes", las escalas no tienen ninguna significación comparativa.

6).- ESCRITURA EN LA PIZARRA. Este es otro método de profundización que utiliza la propia estimación del paciente en la escala de profundidad de la hipnosis. Se le pide que imagine que tiene una pizarra delante de él y un trozo de tiza en la mano, entonces le pedimos que escriba su número en la pizarra, formando grandes guarismos (lo cual requerirá una gran elevación del brazo). Mientras que hace esto, las sugerencias del incremento de la pesadez del brazo y el aumento de la dificultad de realizar ésta tarea de escribir van unidas a sensaciones de una hipnosis progresivamente más profunda. El paciente finalmente deja caer el brazo y se relaja profundamente.

FINALIZACION DEL TRANCE.

Esta se consigue diciendo al paciente que se despertará siguiendo ciertas sugerencias, por lo general la relación de una secuencia. El método empleado es inmaterial, dado que es consistente.

El terapeuta cuenta de 5 a 1, lo cual está en consonancia con las asociaciones de los cómputos establecidos en las técnicas de profundización ya descritas, es decir, el número más alto, la hipnosis más profunda y viceversa.

Antes de finalizar el trance es aconsejable preguntar al paciente si su subconsciente ha comprendido todas las instrucciones,

si le queda alguna duda sobre la sesión. Debe recordarse también que hay que normalizar al paciente, especialmente si han surgido algunos efectos sensoriales o motores o si ha verificado la edad regresión. Las sugerencias posthipnóticas no serán conflictivas; tendrán un tiempo limitado de aplicación y se finalizarán tan pronto como su utilidad desaparezca.

La verbalización que el terapeuta emplea es aproximadamente ésta: "Ahora voy a despertarle, cuando esté despierto, se sentirá relajado y satisfecho, más que despierto y alerta... voy a contar lentamente de 5 a 1, cuando lleque a 1, abriré los ojos.

"Cinco, los párpados comienzan a hacerse más ligeros... cuatro, empieza a despertarse... tres, los párpados se mueven y pronto se abrirán dos, próximo a despertarse... y, uno abra los ojos. ¡Ya está despierto!

Generalmente el terapeuta debe despertar al paciente en la primera sesión de la hipnosis, y luego en la segunda sesión dejar que se despierte por él mismo. Esto le da confianza al paciente que ya puede finalizar el estado hipnótico por sí mismo. Es también un requisito esencial antes del entrenamiento en la autohipnosis.

El paciente que se despierta amodorrado no puede vencer este estado fácilmente a nivel consciente. Es mejor volverle a hipnotizarle, y entonces poner el énfasis en que ésta vez estará muy despierto.

Indicaremos la diferencia al paciente, ya que es una buena prueba de la realidad y de la eficacia de la hipnosis. También

Hay que mencionar que al contar siempre se llegará hasta el uno, aunque los ojos del paciente estén abiertos antes de llegar a ese número.

Después de la hipnosis se preguntará al paciente como le fué. Se anotarán las características positivas (agradable) y las negativas (desagradable). Han de aumentarse las sensaciones desagradables en la siguiente sesión, y, tras la hipnosis, sugerirle que las sensaciones desagradables no las notará.

FRACASO AL TERMINAR EL TRANCE. (Deshipnotización). Esto es raro y el terapeuta no tiene ni una sola prueba. Puede ser debido a:

- a).- Una reacción defensiva, el paciente prefiere permanecer en estado hipnótico más que enfrentarse a la realidad del estado consciente.
- b).- Una equivocación en cuanto a lo que ocurriría.
- c).- Una repulsa a aceptar las sugerencias dadas bajo el estado hipnótico.
- d).- Una sugerencia posthipnótica que es objetable o desagradable.

El método dorado es preguntar al paciente por que no se despierta, frecuentemente, ésto le dará la clave al terapeuta con relación a por qué ésto es así, y de ésta forma indicarle lo que ha de hacer. Describimos a continuación dos formas que podemos emplear en esta situación:

- a).- Lograr que el paciente afirme con un movimiento de cabeza que nos escucha. Una vez obtenida esta afirmación, lentamente pasar a cada frase de la técnica normal de despertar, recibiendo una afirmación similar de cada estadio antes de proceder a la siguiente.

- b).- Empleo de la técnica del "doble ciego". Le damos su gerencias al paciente, cualquiera de las dos conducirá últimamente a la salida del estado hipnótico, por ejemplo: ¿Le gustaría dormir 30 seg. más y después - despertarse o le gustaría despertarse ahora?

RESISTENCIA A LA HIPNOSIS

En otras partes se han mencionado muchas causas diferentes en ésta resistencia.

Aquí están resumidas:

A. PREPARACION MENTAL INADECUADA, que produce:

- a).- Temor al estado hipnótico (se quiere conscientemente pero se teme inconscientemente).
 b).- Incomprensión total de la naturaleza de la hipnosis.

B. SELECCION INADECUADA DEL PACIENTE:

- a).- El paciente ha venido solamente a ser hipnotizado: No tiene que tratarse.
 b).- El paciente es incapaz de la atención y de la concentración adecuada. (bajo coeficiente de inteligencia).

C. LA ACTITUD BASICA DEL PACIENTE ES INCOMPATIBLE CON LA HIPNOSIS,- con el terapeuta en particular o con ambos. Esto puede acabar en:

- a).- Un desaffo a la autoridad.
 b).- Necesidad de demostrar superioridad.

D. LA HIPNOSIS ES EL ULTIMO REFUGIO, para un paciente que ha seguido muchos tratamientos ortodoxos sin éxito; ésto puede producir:

- a).- Gran ansiedad ante el éxito.
 b).- Temor al fracaso.

E. AVERSION AL METODO DE INDUCCION debido a:

- a).- Fraseología adversa.
- b).- Incomodidad física, tal como una posición incómoda (la cabeza debe estar apoyada); pies inestables (tacones altos: quitar los zapatos); el frío y las corrientes de aire (utilizar mantas); la luz brillante que da directamente a los ojos; la vejiga llena, etc. Tengase en cuenta que a veces estas incomodidades pueden ponerlas como una excusa, debido a una ansiedad emocional mucho más profunda que es la causa de la resistencia.
- c).- Dolor físico, por ejemplo un brazo extendido le dolerá más a un paciente que tenga un hombro artrítico, aunque puede ser que no se mencione esto.
- d).- Ver al terapeuta "sentado allí": Algunas veces esto puede molestar a algunos pacientes. Un cambio en los arreglos del asiento puede ser suficiente para que permita la inducción de la hipnosis.

F. INCOMPATIBILIDAD MUTUA. Esta es probablemente una razón importante por la que todos los terapeutas tienen una proporción determinada de fracasos.

Muchas de estas causas potenciales del fracaso de la hipnosis pueden evitarse mediante:

- a).- Una cuidadosa selección del paciente.
- b).- Una explicación adecuada antes de la hipnosis.
- c).- Una observación meticulosa durante toda la inducción de todo aquello que pueda trastornar al paciente. Recordar también que el paciente puede dormirse para eludir la hipnosis.

Se intentará descubrir la naturaleza de la dificultad preguntando al paciente qué es lo que le parece que está mal en la técnica.

nica. Con frecuencia lo sabrá. Pero no dirá nada si no se le pregunta. La experiencia ayudará a disminuir muchos factores que producen resistencia a la hipnosis. Mejorar el juicio y la fraseología; aumentar la confianza; un repertorio más amplio de técnicas de inducción y una mayor profundización en las sugerencias verbales. Estas son recíprocas con el paciente, que rápidamente puede sentir la propia sensación de confianza del terapeuta, o la falta de ella, de entusiasmo o de aburrimiento, de sinceridad, etc.

Con el paciente resistente podemos utilizar las siguientes técnicas diferentes:

- a).- El cambio de la técnica de inducción. La carta de inducción de SKEMP es útil, ya que no anticipa el cambio de color.
- b).- La técnica Indirecta ("Escúcheme todo el rato de modo que no entre en hipnosis").
- c).- Empleo de fármacos (por ejemplo el DIACEPAM) en una sesión siguiente.
- d).- Una vez que la hipnosis ha sido inducida, la resistencia a la profundización de la misma puede revelarse - con los métodos del balanceo del brazo, "al invertir" la verbalización se puede romper la resistencia.
- e).- El terapeuta debe reconocer la existencia de la resistencia a la hipnosis. No puede haber ninguna resistencia a lo que no existe, y sólo su existencia permite la posibilidad de la resistencia.

CAPITULO V

ADMINISTRACION DE FARMACOS PARA AYUDAR A LA INDUCCION DE LA HIPNOSIS (NARCOHIPNOSIS).

Los terapeutas normalmente no emplean fármacos para ayudar la inducción de la hipnosis. Existen sin embargo, circunstancias excepcionales en las que la administración de fármacos puede ser ventajosa:

- a).- Cuando el temor extremo hace la inducción de la hipnosis difícil o imposible.
- b).- Si llevamos a cabo la inducción de la hipnosis bajo condiciones adversas; por ejemplo, en mujeres con dolores del parto o en la sala de la anestesia.
- c).- Para vencer la resistencia.

Se han recomendado y utilizado diferentes fármacos:

TRANQUILIZANTES. Si el paciente ya los tomaba, continuará tomándoles aún cuando haya venido para un tratamiento hipnótico.

HEXOBARBITONA SOLUBLE (EVIPAN). Uno de los anestésicos intravenosos primeros; este fármaco es utilizado como una vía rápida y útil para producir una especie de "hipnosis artificial" para el psicoanálisis. Actualmente ha sido sustituido por el PENTOTHAL.

TRIOPENTONA (PENTOTHAL). Se recomienda el empleo de la triopentona en administración intravenosa lenta para ayudar a la inducción de la hipnosis en los pacientes difíciles.

LA TRIOPENTONA se administra lenta e intermitentemente, previo aviso al paciente que se encontrará amodorrado, relajado y mucho más tranquilo. Puede confirmar éstas sensaciones con un lento movimiento de la cabeza. La dosis que se administrará será aquella que no produzca la pérdida de la consciencia; le pedimos al paciente que note como desciende la frecuencia de su pulso y le repetimos las sugerencias. Este procedimiento puede durar unos cinco minutos, y un pulso de 130/min. puede reducirse a 90/min. Se ha notado que, sin esta técnica, persiste una taquicardia nerviosa frecuentemente aún después de la inducción de la anestesia.

TRICLOROTILENO (TRILENE). Se ha empleado este fármaco en pacientes resistentes a la hipnosis, pero en vista de las náuseas desagradables que generalmente siguen a la administración del triclorotileno, se sugiere en su lugar el uso del DIACEPAM.

DIACEPAM (VALIUM). Este moderno fármaco es un tranquilizante rápido de un gran valor práctico cuando se utiliza en las técnicas de la analgesia regional. Podemos emplearlo intravenosamente, en dosis para los adultos de 5 a 10 mg., o combinado con la hipnosis en una dosis más reducida.

Un ejemplo de éste empleo del diacepam es la combinación de la analgesia local, una cantidad mínima del diacepam y la hipnosis.

Un fallo del diacepam es que con frecuencia produce una sensación sonrojante en la cara. Este hecho desconocido para el paciente, podremos utilizarlo como algo útil. Puede sugerirse, si el paciente visualiza una escena veraniega, que cuando realmente se sienta allí, su cara puede aún sentir calor como si el sol brillase sobre ella. Podemos instruir al paciente para que nos indique cuándo sucede esto mediante señales ideomotoras.

TERAPEUTICA DE GRUPO EN LA PRACTICA HOSPITALARIA.

Como siempre, el factor tiempo es el más importante, y el hecho de que la hipnosis no sea un procedimiento que pueda acelerarse, no nos ayuda a este respecto. Si el médico del hospital tiene varios pacientes que tratar, debe afrontar éste problema de forma práctica. La terapia de grupo es la mejor solución para el problema.

Básicamente hay dos tipos de grupos:

- a).- Aquellos en los que todos los pacientes del grupo tienen la misma condición, la misma enfermedad o el mismo problema. (por ejemplo en pacientes con problemas dentales).

b).- Aquellos en los que los pacientes dentro del grupo sufren enfermedades o problemas diferentes.

CAPITULO VI

HIPNOANALGESIA

La hipnoanalgesia implica insensibilidad al dolor que produce la hipnosis sola. En sujetos apropiados podemos producir la analgesia hipnótica en cualquier parte del cuerpo y transferirla de una parte a otra. Literalmente podemos producir la analgesia en la mitad o en el cuerpo entero, y esto puede ser apropiado para la cirugía mayor. La hipnosis no produce ningún trastorno bioquímico ni metabólico, no precisa de fármacos ni de instrumental; la sedación preoperatoria es máxima y la analgesia posoperatoria puede prolongarse de manera que la sedación posoperatoria se hace innecesaria. No hay depresión respiratoria. Teóricamente es el anestésico ideal.

Pero las condiciones anteriormente dadas solo podríamos obtenerlas con un individuo adecuadamente preparado y motivado que cooperase con terapeuta médico hábil. Hay pocos médicos que tengan la aptitud, el conocimiento y la confianza necesaria para tal labor, y aún menos cirujanos que estén preparados para operar a los pacientes bajo el estado de hipnosis. Por esto, la hipnosis no reemplaza a los métodos anestésicos normales.

Las ventajas de la analgesia hipnótica no serán olvidadas ya que todavía tiene un lugar en esos campos y en otras situaciones especiales: a continuación describimos otros empleos además de los de cirugía:

1).- Para aliviar o modificar el dolor existente en condiciones orgánicas, especialmente el carcinoma inoperable y la causalgia y el miembro fantasma; incluso el alivio parcial del dolor es de gran beneficio para el paciente, como toda moral y como un medio para reducir la medicación.

2).- Para aliviar el dolor psicógeno. En este caso la psicoterapia concomitante será necesaria casi con toda certeza, y el terapeuta debe estar bastante seguro de que el dolor no tiene ningún origen orgánico.

3).- Para capacitar al paciente que sepa que ha entrado en

hipnosis. La analgesia podemos emplearla como una sugestión post-hipnótica. Esta situación no surgirá con las explicaciones prehipnóticas apropiadas

4).- Para evaluar la profundidad de la hipnosis.

5).- Para profundizar la hipnosis.

6).- Como parte de una explicación demostrativa general de la hipnosis médica. Generalmente se pasa una aguja a través de un pliegue de la piel del antebrazo, si la retiramos estando el paciente en hipnosis, con frecuencia no hay pérdida de sangre. Esto es siempre muy convincente para una demostración, tanto que el efecto está muy alejado de la cooperación del paciente.

7).- La hipnoanalgesia puede emplearse en el tratamiento de las náuseas, combinada también con la psicoterapia.

CONSIDERACIONES TEORICAS.

Virtualmente cada hombre ha vivenciado el dolor, sin embargo, la experiencia elude una definición precisa, y uno no podría describir el dolor a una persona que no lo haya experimentado. Los estudios de las sondas del dolor no explican el impacto total de la experiencia dolorosa de un individuo. Los anestesiólogos están bien enterados de la amplia gama de las reacciones de los pacientes a la inserción de las agujas agudas disponibles en la piel. Con agujas idénticas podemos considerar que produce un estímulo doloroso similar; la variación en las respuestas debe depender de la amplia gama de los componentes afectivos y emocionales de los diferentes individuos.

CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS.

La vía del dolor en dirección superior es el tracto espino talámico contralateral desde donde las fibras dolorosas alcanzan el tálamo y la parte superior del sistema reticular.

Las fibras talámicas se proyectan a:

- a).- La corteza cerebral, donde proporcionan los componentes diferentes, por ejemplo, la percepción, la emoción, la memoria de la vivencia dolorosas.
- b).- El hipotálamo donde se producen los cambios viscerales, vía nervioso vegetativo.

Las fibras reticulares se proyectan:

- a).- Por arriba hasta la corteza cerebral, donde alternan el nivel de conocimiento de los componentes corticales anteriormente mencionados de la vivencia dolorosa, es decir, la intensidad.
- b).- Hacia abajo hasta la primera sinapsis de las fibras dolorosas en el sistema nervioso central donde pueden alterar el número de los estímulos dolorosos ascendentes, es decir la entrada.

La teoría neurofisiológica de la hipnosis se describe como un estado de la consciencia disminuido y restringido producido por una modificación de la actividad del sistema reticular.

- a).- La CONSCIENCIA está disminuida por una reducción en la actividad facilitadora de las fibras reticulocorticales. Esto conduciría a una reducción en la intensidad de la vivencia dolorosa.
- b).- La consciencia está restringida por un incremento de la actividad inhibidora de las fibras reticulares descendentes. En la vivencia dolorosa esto limitaría la entrada de los estímulos dolorosos.

La suma de estas dos altera nuestra consciencia del dolor. Esto, a su vez, conduciría a una vivencia dolorosa alterada, a una emoción disminuida y a una memoria diferente a la que habría sido ocasionada por una vivencia dolorosa sin modificar.

Se ha demostrado que la hipnoanalgesia tiene dos componentes:

- a).- Un efecto inespecífico o placebo.
- b).- Una distorsión de la percepción específicamente indicada durante la hipnosis profunda que es análogo a otras alucinaciones negativas hipnóticamente inducidas.

La relación entre el medio y el dolor es bien conocida. --

La reducción del miedo y de la aprensión reducirá la intensidad del dolor que siente un individuo. A este efecto podemos emplear los cuidados cariñosos, los fármacos y la hipnosis. La hipnosis funciona -- aquí de una manera inespecífica en la práctica obstétrica y también en la cirugía dental, donde el temor está fuera de toda relación con la experiencia.

Sin embargo, la analgesia total producida por la hipnosis que capacita para el vendaje de las quemaduras dolorosas y aún para que la cirugía sea llevada a cabo.

PROFUNDIDAD HIPNOTICA Y GRADO DE ANALGESIA.

Consideremos generalmente que la analgesia está en relación directamente proporcional a la profundidad hipnótica, es decir, con la hipnosis ligera, no hay la analgesia deseada; con la hipnosis media se produce un grado variable de analgesia; con la hipnosis profunda es posible la analgesia total. Se considera que el grado de la analgesia producida en los estados de profundidad hipnótica media y profunda depende más de la motivación del paciente que de la profundidad de la hipnosis. Si está indicada la analgesia, entonces la producción de la analgesia formará parte del programa de entrenamiento desde el comienzo. Describiremos los diferentes métodos de producción de la analgesia ya que no es apropiado para todos los individuos ningún método determinado.

1).- METODO DE LA VISUALIZACION.

La capacidad de visualizar es un requisito previo, y lo podemos probar de la forma siguiente:

Pedimos al paciente que cierre los ojos y que intente visualizar un par de zapatos. No le preguntaremos entonces: "¿Puede verlos?", sino que su lugar preguntaremos: "¿De que color son?", si el paciente puede describir vívamente un par de zapatos, entonces puede

ser un candidato apropiado para este método de producción de la analgesia hipnótica que describimos más abajo.

Rogamos al paciente que imagine que hay un balde con cubitos de hielo junto a su sillón dentro del cual sumerge la mano repetidamente. Si los pacientes quieren, las acciones pueden hacerse mímicamente. Durante todo el tiempo el terapeuta repite que la mano y el brazo se quedan fríos, marchitos o ateridos, más fríos, más marchitos y mas ateridos.

2).- COMPROBACION Y TRANSFERENCIA.

El mejor método para comprobar la analgesia hipnótica es con una aguja adecuada. Probar primero el lado "normal", mientras se dice: "Voy a probar su brazo normal con una aguja y, probablemente, sentirá como un pinchazo agudo". Estas palabras invariablemente crean un estado hipersensitivo y el brazo del paciente con frecuencia tiembla. Esta estará en marcado contraste con el lado frío, y la prueba puede empezarse "Ahora voy a probar su brazo frío". "Notará una marcada diferencia entre los lados, ya que ahora solo sentirá como una presión". La prueba es entonces realizada, al principio, apaciblemente, ya que es importante no destruir la confianza. El reconocimiento lo hacemos por la diferencia de las sensaciones.

Pero aún no es suficiente, a pesar del orgullo del paciente, y se pondrá en énfasis que éste es el primer intento, que la próxima vez estará en un estado hipnótico más profundo y que la prueba irá -- mejor. La experiencia enseña al hipnoterapeuta hasta que distancia puede llegar, igual que el anestesista experimentado sabe cuando su paciente está listo para la insición. Cuando el paciente presenta la analgesia adecuada, es muy posible atravesar un pliegue cutáneo con una aguja. Entonces podemos sacar de la hipnosis al paciente dejando la aguja IN SITU, lo que convence al paciente de su propia capacidad para manifestar la analgesia (y también de haber sido hipnotizado).

A cualquier paciente que esté motivado para la manifestación de la analgesia y ha tenido éxito, podemos rápidamente enseñarle a que la transfiera. Se le pide al paciente que coloque la mano fría encima de la otra mano y que se concentre en ésta sensación de frialdad para que la pase a la otra mano. Se le enseña que, cuando toda la frialdad haya sido transferida, separará sus manos. Esto indica nuevamente al terapeuta que dicha sensación subjetiva ha ocurrido, así que confiadamente, el terapeuta puede decir: "Notará que la mano que tenía primero fría, es ahora muy sensible al pinchazo de la aguja, mientras que la otra mano se ha hecho muy insensible y fría". "Nuevamente la comprobación puede realizarse, comenzando con la mano normal".

3).- HIPNOANALGESIA ANALOGA A LA ANESTESIA LOCAL.

Informamos al paciente que ha tenido varias experiencias, -- las cuales pueden contribuir a su capacidad de aprendizaje para producirse la hipnoanalgesia. Entonces le hacemos algunas preguntas mediante señales ideomotoras con el dedo. Nótese que éstas preguntas solo requieren una contestación de SI o NO. Debe esperarse la respuesta con el dedo a cada pregunta antes de pasar a la siguiente:

¿Le han anestesiado alguna vez localmente?

¿En alguna extremidad?

¿En la mandíbula?

¿Ha tenido alguna vez sensación de hormigueo por haber mantenido una postura difícil por mucho tiempo?

¿En un pie o en la pierna?

¿En un brazo o en una mano?

¿Ha sentido alguna vez entorpecimiento por una exposición prolongada al frío?

Informamos al paciente que todas o algunas de esta experiencias pueden contribuir al aprendizaje de la hipnoanalgesia al permitir que se repitan durante la lección todas o algunas de ellas, entonces le pedimos que indique en que mano desea aprender a producirse la analgesia, y al elegir confía en sí mismo para aprender.

4).- ANAGESIA DENTAL.

Esta es más útil para el trabajo de conservación que para la extracción ocasional. El individuo que cuida su dentadura y requiere una labor regular de ella, pero que es nervioso y a quién tal vez desagraden los efectos de las inyecciones locales, se beneficiará más. En la hipnoanalgesia de los hemofílicos, puede ser potencialmente salvadora de la vida.

El entrenamiento de la producción de la analgesia en una mano y su transferencia de mano a mano puede enseñarse como ya describimos. Es más fácil para el paciente imaginar su mano, y para el terapeuta demostrar la analgesia allí, que inicialmente producirla en las encías.

Una vez que el paciente está convencido de su habilidad para producir la analgesia y transferirla a cualquier parte, podemos enseñarle a que la transfiera desde la mano a las encías y a los dientes mediante las instrucciones siguientes:

"Quiero que se restriegue sus encías de ambos lados con el dedo índice de la mano entumecida, de forma que sienta que está actualmente inyectándose éste entumecimiento en las encías. Continúe haciéndolo hasta que sus encías y los dientes en el área requerida estén entumecidos. Sentirá la misma clase de sensación que ha experimentado después de una inyección de anestesia local en las encías. Continúe restregando hasta que las encías estén lo bastante entumecidas y, cuando logre esta sensación por completo, deje de restregar, coloque la mano en su sitio y continúe relajándose hasta que entre en un estado hipnótico más profundo, más profundo".

Con el entrenamiento el paciente puede hacerlo por sí mismo.

C A P I T U L O V I I

COMPLICACIONES DE LA HIPNOTERAPIA

Consideremos la hipnoterapia como una técnica con sus indicaciones, contraindicaciones y complicaciones. La mayoría de los médicos no consideran peligrosa la hipnosis, pero el concepto de peligro todavía constituye para algunos un argumento en contra de su empleo. Como ocurre en todas las técnicas médicas, con la hipnosis los doctores inexpertos y mal preparados encontrarán mas problemas técnicos que sus colegas experimentados.

Este capítulo está relacionado con aquellas complicaciones posibles que se planteen en conexión con el empleo de la hipnosis por los anestesiistas y por otros médicos del hospital. No se refiere primeramente a los riesgos que entraña la utilización psiquiátrica de la hipnosis, que son similares a aquellos que acompañan a cada situación psicoterapéutica.

Uno de los principios básicos es que nunca debe intentarse la eliminación de los síntomas hasta después de que haya sido efectuada una exploración física completa. Debe tenerse en cuenta que las enfermedades orgánicas y psicógenas coexisten habitualmente. Más aún la eliminación de los síntomas por sí mismos no es en general muy efectiva o duradera, y casi siempre es necesario el simultáneo refuerzo del ego.

1).- COMPLICACIONES DE LA TECNICA HIPNOTICA.

a).- No comenzaremos la inducción de la hipnosis hasta que todas las dudas y temores del paciente hayan sido suavizadas. Ese fracaso es probablemente la razón más común del fallo en la inducción de la hipnosis.

b).- Uno debe vigilar cuidadosamente cualquier efecto adverso causado por la fraseología.

c).- No es necesario y sí potencialmente peligroso en la vida cotidiana emplear claves para la inducción. Por ejemplo, el condi-

condicionamiento del paciente para que entre en hipnosis cuando escuche una pieza musical determinada, tendría el riesgo teórico de que ocurriese la hipnosis cuando se interpretase esta pieza por la radio del coche. Puede argüirse que los reflejos protectores básicos serían demasiado fuertes y lo prevendrían, pero nunca puede eliminarse el riesgo.

d).- Recordar que todos los efectos motores y sensoriales sugeridos, debemos cancelarlos al final de la sesión hipnótica. Esto es especialmente importante después de la edad de regresión. Las sugerencias poshipnóticas no serán conflictivas; tendrán un tiempo de aplicación límite y terminará su acción tan pronto como su utilidad no sea necesaria.

2).- BLOQUES PROTECTORES.

Una vez condicionado a la hipnosis, un individuo puede ser vulnerable a los hipnotizadores profanos o a los autoexperimentos. - Ciertos 'bloques' serán parte de la hipnoterapia de rutina.

a).- Proteger al paciente de los hipnotizadores principiantes y de los parientes de ésta forma: "Solo un doctor o un dentista será capaz de hipnotizarle con su consentimiento y con propósito médico u odontológico apropiado".

Nunca hay que decir: "Usted solo puede ser hipnotizado por mí". El médico puede fallecer de repente, y quien va a continuar el tratamiento.

b).- Proteger al paciente del autoexperimento y del pavoneo mediante las sugerencias adecuadas en los casos seleccionados.

3).- RIESGOS DE LA AUTOHIPNOSIS.

Solo enseñaremos la autohipnosis a las personas maduras y responsables que tiene una inteligencia buena y que son emocionalmente estables; de otra forma uno puede correr el riesgo de que abusen, los ejemplos son:

- a).- El paciente puede utilizar la autohipnosis para ocultar síntomas especialmente el dolor de una enfermedad que se desarrolla subsiguientemente.
- b).- El paciente podría emplear la autohipnosis como un escape de la realidad.
- c).- Una mujer embarazada podría inducir la hipnosis en lugar de llamar a la ambulancia cuando comienzan los dolores del parto, y de ésta manera, relajada y sin dolor, progresaría el parto sin dolor y sin los cuidados médicos.
- d).- Los pacientes entrenados en la autohipnosis estarán condicionados para salir de la hipnosis si cualquier interrupción que sucediese durante el trance exigiera su atención consciente, por ejemplo, si sonara la puerta o el teléfono. Esto lo podemos ensayar en la sala de consulta.

4).- COMPLICACIONES EN LA REGRESION DE LA EDAD.

Esta es una técnica avanzada. Es de valor en los casos elegidos cuando uno desea obtener detalles del pasado de la vida de un paciente del cual no tiene conocimiento consciente.

A. Se le asegurará al paciente que no hay ningún riesgo de un trastorno repentino por despertarle durante la actual regresión.

B. La pérdida de contacto puede ocurrir:

a).- Si el paciente falla al fijar al terapeuta en la situación regresada.

b).- Si el paciente ha sido regresado a una edad en la que no comprendía el lenguaje oral. Para tales regresiones, que son raramente necesarias, impondremos un tiempo límite.

c).- Si hemos regresado al paciente a una edad cuando solo comprendía un lenguaje que es extraño al terapeuta.

La pérdida del contacto durante la edad de regresión podemos evitarla si condicionamos al paciente bajo la hipnosis a una se-

ñal no verbal tal como la de colocar nuestra mano sobre su hombro - que le producirá el retorno al tiempo presente, mientras que permanece bajo la hipnosis.

C. Si la historia clínica ha revelado material muy traumático en el nivel de la consciencia, entonces no intentaremos la regresión de la edad salvo que el terapeuta sea lo bastante competente - para competir con cualquier reacción anómala. Esto puede ser muy frustrante. También sugeriremos una amnesia para cualquier material inconsciente que la mente consciente del paciente no esté ya dispuesta a aceptar. Esto es frecuentemente, aunque no siempre, espontáneo.

5. COMPLICACIONES DE LA HIPNOANALGESIA.

La hipnoanalgesia puede ser total: equivalente a un bloqueo regional. De esta forma, una vez creada, cualquier advertencia que el dolor pueda dar es retirada.

- a).- El dolor del posoperatorio actualmente tiene una función protectora.
- b).- El dolor limita normalmente la fisioterapia. El fisioterapeuta que trabaja con la hipnosis no debe sobrepasar la extensión del movimiento que juzgaría -- por lo general como clínicamente razonable.
- c).- El alivio del dolor y la relajación general puede ocurrir en las pacientes obstétricas pueden confundir al tocólogo sobre el punto hasta el que ha progresado el parto.

C A P I T U L O V I I I

USOS CLINICOS DE LA HIPNOSIS EN ANESTESIOLOGIA

Antes de entrar en los detalles referentes a los diversos usos clínicos de la hipnosis que podrían concernir al anestesista se haremos la importancia de ciertos rasgos generales:

1. En manos de un terapeuta experimentado, la hipnosis no es una pérdida de tiempo. Después de la explicación y de la inducción inicial, la inducción siguiente y la necesaria profundización, solo lleva un par de minutos.

Sin embargo uno no esperaría una técnica tan eficiente inicialmente. La inducción de la hipnosis depende de la palabra hablada; el paciente puede detectar fácilmente cualquier falta de confianza.

2. La hipnosis es una técnica mediante la cual uno puede tratar un amplio espectro de síntomas y de reacciones de los pacientes sin tener que recurrir a una gran cantidad de fármacos.

3. La hipnosis con frecuencia da al paciente una tremenda sensación de bienestar sin que le sea indicado ninguna terapéutica especial.

4. Cualquier médico que intente practicar la hipnosis clínicamente aprenderá algo más que un conocimiento vacilante de un par de técnicas de inducción.

I. HIPNOSIS ANTES DE LA ANESTESIA.

En la práctica hospitalaria normal, la hipnosis antes de la anestesia esta relativamente injustificada y el grado de ansiedad que encontramos comúnmente lo podemos controlar rápidamente con los fármacos.

Existen varias condiciones especiales en las que podemos considerar que la hipnosis está indicada antes de la anestesia:

1. En la ansiedad maligna.

2. Cuando se planea una serie de operaciones mayores, especialmente si pueden ocurrir problemas psicológicos concomitantes. Esto concierne especialmente a los pacientes quemados y a la cirugía reconstructora.

3. Cuando se sabe que el paciente será inmediatamente después de la operación, transferido a una unidad de cuidados intensivos, particularmente si está ansioso y se prevé un curso posoperatorio prolongado y difícil.

4. Si existe un problema especial, tal como la incapacidad para tragar una sonda nasal, que puede ser vital para el procedimiento planeado.

5. Cuando la hipnosis forma parte de la técnica anestésica actual.

6. Cuando deseamos dar las sugerencias posthipnóticas que van a ser realizadas en el período posoperatorio inmediato.

Quando se planea realmente una operación mayor, o una serie de ellas entonces el paciente es hospitalizado invariablemente algunos días antes de la intervención. En estas circunstancias se acepta totalmente, por ejemplo, que un fisioterapeuta visite al paciente antes de la operación en orden a acostumbrar el cuerpo del paciente a la fisioterapia. También es una rutina comprobar los valores fisiológicos del paciente y aproximarlos a la normalidad tanto como sea posible. Parecería, por tanto, bastante razonable preparar la mente del paciente de forma similar mediante el empleo de la relajación hipnótica antes de la operación, mediante el refuerzo del ego y creando en el paciente una actitud positiva hacia el procedimiento en su totalidad. Mucho ganarían el paciente, el cirujano, el anestesista y el personal del hospital con tal rutina. El tiempo dedicado a la hipnosis en los pacientes de larga estancia en el hospital podemos considerarlo como invertido durante todo el período del posoperatorio.

2. HIPNOSIS DESPUES DE LA ANESTESIA.

La reacción individual del paciente a los problemas diversos del período posoperatorio suele estar condicionada a su temperamento básico y la previa experiencia de la vida completa. Los pacientes que son tranquilos por naturaleza, generalmente sufren menos y tienen un curso posoperatorio más fácil; también son considerablemente más fáciles de cuidar.

Es obvio que cualquier técnica que pueda modificar y mejorar éstas reacciones complejas del paciente puede tener un efecto benéfico para reducir las así llamadas complicaciones a un nivel aceptable; también que esta sería de un beneficio inmenso para el paciente, para el cirujano y para todo el personal.

Existen ciertas circunstancias especiales en donde la hipnópsis podría ser más útil para mejorar el período del posoperatorio.

a).- Cuando se prevee una intervención repetida y dolorosa.

b).- Cuando es inevitable un curso posoperatorio largo y difícil, comprendiendo posiblemente un período de cuidados intensivos.

c).- Cuando es muy probable que se haga necesario un apoyo psicológico concomitante.

d).- Para modificar la ingestión de alimentos y de líquidos también en éste caso la reacción del paciente, durante un período largo.

e).- Cuando existen o surgen otros problemas especiales tales como la extrema dificultad para retener la sonda de RYLE, o el desarrollo de un hipo persistente.

Debe recordarse que el dolor y otros síntomas tienen un valor exacto de advertencia.

La eliminación simple del síntoma no tendrá en tal caso, valor alguno e incluso sería perjudicial.

Si consideramos a la hipnópsis como parte integral del método quirúrgico, entonces idealmente la inducción, la profundización y el acondicionamiento se llevarán a cabo antes de la intervención. Difícilmente podemos esperar que un paciente que está sufriendo un dolor durante el posoperatorio se relaje apropiadamente y que se concentre lo suficiente.

DOLOR DURANTE EL POSOPERATORIO.

La ansiedad proporciona el terreno en el que el dolor puede echar raíces, cualquier medio para reducir dicha ansiedad con un mínimo de efectos colaterales será de utilidad para el paciente.

La sugestión bajo hipnosis es mucho más potente, se señala una gran mejoría en la realización del paciente durante el posoperatorio después de un entrenamiento hipnótico antes de la anestesia.

RECUPERACION GENERAL.

No hay ningún fármaco tan efectivo para disminuir el temor como la hipnosis. Es, por tanto, un instrumento valioso para tratar muchos aspectos de la recuperación de las intervenciones quirúrgicas mayores en los pacientes seleccionados.

La repetición de las sugerencias durante la inducción de la anestesia general y su continuación hasta que pierde el paciente la consciencia pueden tener un efecto en la fase inmediata del posoperatorio.

HIPNOSIS EN LA HEMOFILIA.

Existen al menos tres razones por las que la hipnosis es de un valor práctico en la hemofilia:

- a).- Los pacientes hemofílicos durante la hipnosis sangran menos.
- b).- La hipnosis es un potente medio de reducción de la ansiedad en los pacientes hemofílicos, habitualmente aprensivos.
- c).- El empleo de la hipnoanalgesia evitará la necesidad de inyecciones locales en el tratamiento odontológico.

El tratamiento del estado de la sangre es de una importancia suprema cuando se plantea una intervención quirúrgica en un pa

ciente hemofílico y las sugerencias hechas aquí no son intento para disminuir dicho tratamiento. Desgraciadamente, se presta tanta atención al estado de la sangre que con frecuencia es olvidado el estado de la psique. Para el hemofílico, la intervención quirúrgica se convierte en una crisis dentro de una vida de miedo.

El valor de la hipnosis es, por tanto, obvio. Mientras que los tranquilizantes tienen una utilidad temporal cuando se plantea una intervención quirúrgica, la hipnosis no solo tiene la posibilidad de producir unas probabilidades de mejoría permanentes para el paciente sino que también tiene la posibilidad de enseñarle a producirse la autoanalgesia, con lo que se evitará la necesidad y el riesgo de las inyecciones de analgésicos locales en el dentista.

PELIGROS DE LAS INYECCIONES LOCALES EN LOS HEMOFILICOS.

Cualquier inyección local en un hemofílico puede seguirse de la formación de un hematoma. En la región submandibular éste puede extenderse y producir una asfixia fatal.

LEATHERDALE (1958) Aboga por la anestesia general en las extracciones de piezas dentarias de los hemofílicos, con el empleo de un relajante y con la técnica del óxido nítrico y oxígeno. Indica que la intubación oral es obligatoria debido al riesgo de una epístaxis profusa después de una intubación nasal. El inconveniente obvio del tubo oral puede vencerse en parte mediante el empleo de un tubo flexible reforzado de látex. Señalamos que LEATHERDALE describe esta técnica que se emplea en el OXFORD UNITED HOSPITALS. Hay, sin embargo, muchas partes del mundo en donde no existen las facilidades similares en la odontología hospitalaria y muchos odontólogos no se sentirán como en casa al trabajar en ambientes extraños por éstos raros casos. Más aún intentarlo en la práctica odontológica privada representaría una negligencia profesional.

Se piensa que la preparación de pacientes seleccionados -- para que se produjesen la hipnoanalgesia se procuraría una solución mejor. LEATHERDALE señaló que éstos pacientes generalmente cooperan más; deben estar seguramente muy motivados. Una vez preparados en éste arte personal, el paciente puede producirse la hipnoanalgesia en cualquier momento y podría también utilizarla para conservar la dentadura, manteniendo de esta forma su dentición en una condición de primera clase.

La hipnoanalgesia será solo una faceta de un programa, que incluirá la autohipnosis y la relajación general, y con el cuál el paciente aumentará la confianza en sí mismo (refuerzo de ego) y también hará autorrelajación durante los momentos de tensión, por ejemplo, cuando deba afrontar una intervención quirúrgica.

EXTRACCIONES DE LAS PIEZAS DENTARIAS EN LOS HEMOFILICOS

Antes de inducir la hipnosis al paciente, le explicaremos sus ventajas.

A continuación describiremos tres principios básicos y resalta el hecho de que la hemostasis no puede realizarse solo en la hipnosis:

- a).- Hipnosis.
- b).- Taponamiento del alviolo.
- c).- Protección de la zona de la extracción.

Se mantiene que con éstos tres principios es posible extraer hasta 6 dientes sin necesidad de transfusiones antes de la operación. Es importante un procedimiento quirúrgico cuidadoso, y cualquier intento de emplear la hipnosis sola para efectuar la hemostasia no es de ninguna utilidad si se desprecian los otros dos principios.

· C A P I T U L O I X

HIPNOSIS EN LOS NIÑOS.

La sedación del niño nervioso antes de la inducción de la anestesia es probablemente el empleo más importante de la hipnosis en los más jóvenes. Es fatal que los esquemas de la premedicación, basados en el proceso corporal, puedan producir una sedación óptima cuando se requiera menos cantidad. El niño tranquilo llega al quirófano dormido mientras que el niño aprensivo llega muy despierto.

Aunque los niños son sujetos ideales para la hipnosis, existen pocas descripciones en la literatura de su ejemplo por parte de los anestesiistas. Recordaremos los hechos siguientes:

a).- Los niños tienen una fantasía y una imaginación vivas; son muy sugestionables.

b).- Se distraen fácilmente, mientras que para la inducción hipnótica son esenciales la paz y la tranquilidad.

c).- Pronto se aburren, así que una técnica de inducción -- lenta, tal como la fijación ocular con la relajación progresiva, es totalmente inapropiada.

d).- Debemos decirle a los niños algo que les interese.

e).- Los niños normalmente tienen una confianza implícita -- en los adultos.

Solo cuando ésta se ha roto, observamos el miedo Histérico antes de la anestesia en el niño. Esto puede ser producido por -- una promesa falsa y tonta de los padres.

La mayoría de los anestesiistas hablan con los niños durante la inducción de la anestesia e intentan conseguir algún contacto. La aproximación hipnótica puede tener un éxito más consistente. Muchas veces la relación que se crea entre el anestesiista y el niño es la relación de una sugestibilidad exagerada mediante la -- persuasión y la fijación de la atención. Sea cual fuese la técnica empleada, una visita del niño el día antes de la operación, servirá para correr un gran camino en la reducción de su temor y aprensión.

Siempre que sea posible nos acercaremos a los niños como a un grupo, y que el tema central de la aproximación inicial es el de la sugestión concerniente a su parte de participación activa en la próxima experiencia. Ciertamente en los hospitales infantiles y para otra clase de tratamiento (por ejemplo amigdalitis), ésta aproximación tiene unas ventajas posibles. Se señala que la motivación extrema de los niños por escapar de los temores y de los peligros - potenciales de la intervención quirúrgica, facilita el empleo de la hipnosis.

A continuación describiremos diversos métodos para los grupos de edad diferente.

| | |
|---------------------------|--|
| Hasta los tres años: | Efecto arrullador. |
| De los tres a los 8 años: | Pretensión. |
| De los 8 a los 14 años: | Fantasía alucinatoria (juego televisivo) |
| De los 14 a los 20 años: | Fijación de la vista, relajación progresiva y fantasía visual. |

Estudiaremos éstos grupos Independientemente y se expondrán técnicas al tiempo que las de los otros.

A los niños de hasta tres años, se les puede anestesiar en brazos de una enfermera, que puede arrugar al niño al mismo tiempo.

A veces se les distrae haciendo sonar un manajo de llaves para atraer su atención.

En el segundo grupo, de tres a ocho años, a los niños les gusta alardear. Se sugiere que entrarían en ése estado: "Mira ese conejo ahí..." Lo que puede continuar con un cuento acerca del conejo, y el niño se dormirá poco a poco.

Debemos señalar que una vez que el niño ha cerrado los ojos, la inducción de la anestesia por inalación se empieza empleando óxido nitroso, oxígeno y alotano. Es importante utilizar solamente un flujo de gas total bajo, por ejemplo, 4 1/2 min., evitar la corriente de aire en la cara, incrementar la concentración de alotano gradualmente y no tocar nunca la cara con la mascarilla.

Para el grupo de ésta edad, existe una técnica propia de aplicación en odontología para los niños sin premedicación, que será descrita a continuación:

METODO ODONTOLOGICO.

Se utiliza sobre todo en odontología para los niños sin premedicación. Lo podemos emplear en cualquier niño a quién la medicación previa haya hecho un efecto mínimo.

Después del cierre de los ojos, inducimos la anestesia con óxido nitroso, oxígeno y alotano, con un flujo de gas total mínimo.

PRINCIPIOS.

Si el aroma lo colocamos a ambos lados de la nariz, éste tendrá un efecto refrescante, Si al acerlo así el terapeuta pasa la mano sobre los ojos, éstos parpadearán.

METODO.

Informamos al niño que le contaremos un cuento, pero que antes cerrará los ojos mágicamente (a los niños les gusta la palabra mágico, que excita su imaginación latente y su fantasía secreta). Recordemos que siempre hay que hablarle a los niños a su nivel mental. También le damos al niño un muñeco para que lo abrace y le pedimos que le ponga un nombre. El pensamiento de un nombre equivale a contar.

Ahora voy a poner un poco de olor mágico en la nariz - del muñeco... mira a él le gusta, ahora te pondremos un poco en tu nariz y esto te hará dos cosas: hará que parpadees y hará que sientas la nariz fría.

"Nota como parpadeas, eso es porque es mágico, lo haré otra vez, y parpadearás más y más esta vez, ¿Ves?, parpadeas tanto ahora que pronto querrás cerrar los ojos y dejar de parpadear".

Repetimos éstas sugerencias con la aplicación de olor, una vez más, y si no cierra los ojos involuntariamente, hacemos la sugestión así: "Te sentirás mucho mejor con los ojos cerrados que parpadeando de ésta forma", seguido de la orden: "No mires".

Entonces generalmente se les cuenta un cuento sobre algo -- que les gusta. El tiempo de año nuevo puede siempre distraer a los niños al imaginarse que están en una cueva, y reciben un regalo de alguien a quien ellos quieren.

"Quieres un paquete grande o pequeño?" (pesado o ligero, liso o cuadrado que suene o que no suene, etc). conseguir que el niño mueva la cabeza sirve para dos propósitos: Primeramente el movimiento de la cabeza, fija la atención del niño en lo que se le dice, y segundo, el cese del movimiento de la cabeza indica el comienzo de la anestesia, y con ésto es posible decir que tenemos al niño en -- "nuestras manos" para poder practicarle cualquier tratamiento odontológico que se requiera.

VISUALIZACION DE LA TELEVISION.

Se recomienda éste método para el grupo de niños de edades comprendidas entre los ocho y los 14 años. Puede emplearse igualmente en niños menores así como también en niños mayores. El Dr. MAXWELLBERNSTEIN (1965) da las siguientes instrucciones:

a).- Pedir al niño que cierre los ojos.

b).- Ordenarle que cuente lentamente hacia atrás desde 100 (o hacia adelante desde el 1, si son muy pequeños).

c).- Decirle que se relaje progresivamente y desarrollar en él un sentimiento de familiaridad que le dé la sensación de estar en casa.

d).- Finalmente decirle que se imagine que está viendo la televisión, se describe como el desarrollo de los fenómenos psicossensoriales de la alusinación de un programa televisivo.

Después del cierre de los ojos, y de las anteriores normas, la técnica verbal es como sigue: "De forma que te encuentras bien y relajado, bueno, quiero que te imagines que estás en tu casa, viendo el televisor, aún no está enchufado, pero pronto verás tu programa favorito, "¿Qué programa te gustaría ver?"..."ah, sí a mi también me gusta ese programa, vamos a verlo juntos, de paso, que es lo que ves encima del televisor?" (el niño contestará espontáneamente y describirá algún objeto, tal como un jarrón o un adorno. Si no describe nada, significa que el niño no imagina nada. Debemos volver a pedirle que realmente intente imaginar que es lo que hay en su casa). "Ahora quiero que enchufes el aparato (el niño asiente con la cabeza) bueno, sigue y míralo, dime lo que hacen ellos (si el terapeuta puede nombrar los personajes más que decir "ellos", será mucho mejor).

La mayoría de los niños pueden imaginar un programa que contendrá material original. Otros lo describen de memoria (es decir, no lo imaginan), y una pequeña minoría son incapaces de hacer ni lo uno ni lo otro. Para estos casos el terapeuta puede inventar y describir su propio programa.

Con práctica el niño puede imaginarse un programa rápidamente, especialmente cuando sabe que si lo hace puede ayudarse a sí mismo, a evitarse el malestar; frecuentemente desarrollará una analgesia espontánea sin que ésta le sea específicamente sugerida.

EMPLEOS POSOPERATORIOS DE LA HIPNOSIS EN NIÑOS.

La ansiedad e los niños proviene de la confusión que experimentan en cuanto a por qué les hacen éstas cosas dolorosas. Es especialmente importante que el alivio del dolor no parecía provenir de la sugestión directa bajo hipnosis, ni tampoco de la analgesia o -- anestesia. Parecía estar relacionado de algún modo con la sensación de ser rescatado de una terrible situación. Un eficiente terapeuta "llega" al niño de una forma muy directa, que puede parecerle al niño bastante diferente de aquella otra del personal del hospital; esto ha sido ya indicado, y se ha descartado la importancia de la intimidad de la relación hipnótica.

HIPNOANALGESIA EN LOS NIÑOS.

Por todo lo que hemos descrito, apreciaremos que algunos niños producirán una analgesia espontánea si la situación lo exige. - Podemos emplear los métodos de inducción de analgesia descritos anteriormente, especialmente a aquellos que requieren imaginación.

KLOPP (1961) describe una técnica de analgesia dental que ilustra el límite de la sugestibilidad. Siguiendo la explicación de la sugestibilidad, él simplemente dá masajes con los dedos a las encías y le sugiere continuamente que pronto las sentirá dormidas, y que si las encías están lo suficientemente dormidas, no habrá necesidad de utilizar las agujas. Utilizaremos cualquier idea que refuerce esta sugestión, por ejemplo: la analogía de la experiencia previa de la analgesia local; podemos decirle a los muchachos que este es un anestésico nuevo recientemente desarrollado por un grupo que merezca el respeto de los muchachos; podemos emplear algún agente actual, especialmente alguno que tenga buen sabor; idealmente un poco de una solución de un analgésico tópico. Si en una prueba preliminar (por ejemplo, comenzar a reducir una fractura) manifiesta que la sensación dolorosa está todavía presente, parecería aconsejable intentar producir la hipnoanalgesia o emplear otro método mejor que apretar o desatender al paciente.

RESUMEN DE LOS POSIBLES EMPLEOS DE LA HIPNOSIS EN LOS NIÑOS.

Esta es una relación extensa de los posibles y de las indicaciones de la hipnosis en los niños. Muchos anestesistas utilizan métodos similares a los descritos anteriormente; es muy posible que inconscientemente se produzcan con facilidad estados hipnóticos a pacientes susceptibles. El empleo deliberado de las técnicas hipnóticas específicas mejorará cualquier resultado obtenido cuando se utilizan:

A. Como parte de la inducción de la anestesia (La combinación hipnosis -halotano): de especial utilidad en los niños sin premedicación en odontología.

B. Antes de la operación, para mitigar el miedo, y también - para facilitar cualquier procedimiento necesario con el cual el niño tenga una gran dificultad.

C. Después de la operación, cuando las intervenciones quirúrgicas repetidas comprenden numerosos procedimientos menores pero dolorosos.

D. Para la producción de la hipnoanalgesia:

a).- En la labor de conservación de los dientes, en casos de miedo extremo (fobia a las agujas); sensibilización a la adrenalina y a otros fármacos.

b).- En el departamento de accidentes del hospital (especialmente cuando el paciente haya tomado algún alimento recientemente); la hipnosis es más apropiada para las heridas agudas (por ejemplo, - fracturas y cortes) que para la extracción de cuerpos extraños y la incisión de furúnculos.

E. En los departamentos de rayos X, para las pielografías -- descendentes, y también para las exploraciones radiológicas repetidas.

F. En medicina general:

Estados de ansiedad, anorexia nerviosa, asma, eccema, enuresis, morderse las uñas, la tartamudez, los tics. etc.

La hipnosis también puede ser utilizada junto a analgésicos locales (especialmente de aplicación tópica y así mismo con sedantes menores).

C A P I T U L O X

HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA.

Es verdaderamente lastimoso que tantas personas tengan un miedo anormal a los tratamientos odontológicos. Los traumas psicológicos de la infancia con las experiencias en las consultas de los odontólogos, especialmente la anestesia unida a los relatos de horrores escuchados en la escuela y en el hogar, contribuyen a ésta situación. Más aún, el paciente odontológico es generalmente el voluntario de un tratamiento que, aunque pocas veces sea doloroso, es con frecuencia bastante molesto.

Los pacientes de los odontólogos pueden ser divididos en "regulares" y "casuales". Los primeros generalmente acuden dos veces al año a consulta para estudio y tratamiento; los últimos van solo cuando tienen dolor y entonces, por regla general, piden (y necesitan) que les extraigan las piezas dentarias. La proporción entre pacientes "regulares" y "casuales" variará considerablemente según el tipo de clínica.

Esquemáticamente, la práctica odontológica podemos considerarla de ésta forma:

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Pacientes que cuidan su dentadura ("regulares") | nerviosos tranquilos |
| 2. Pacientes que no cuidan su dentadura ("casuales") | nerviosos tranquilos |

La hipnosis puede ser de utilidad en pacientes seleccionados del primer grupo. Más todavía, estos pacientes generalmente presentarán las tres cualidades principales de las que depende la hipnotizabilidad:

Deseo + motivación + inteligencia y cooperación.

Podemos pensar que la hipnosis podría ser útil en los pacientes casuales para modificar su actividad hacia los cuidados dentales.

Estos pacientes van frecuentemente con mucho dolor a la consulta y ésto eliminará cualquier inducción de la hipnosis en ellos; ya que los dentistas tendrán que hablar a éstos pacientes nerviosos durante el tratamiento para tranquilizarlos continuamente ¿Porqué no -- hacerlo bajo hipnosis? No olvidemos que: LA HIPNOSIS FUNCIONA COMO UN AMPLIFICADOR.

RECIPROCIDAD DE LA TENSION.

El dentista puede tener tanta aprensión a su paciente, como éste a aquel. Tal estado de cosas no conduce a una mejor labor odontológica, y puede empeorar progresivamente. El desarrollo de una tensión creciente con un gran número de pacientes puede un último lugar producir en el dentista estados de tensión que puede ser un factor etiológico de la enfermedad coronaria, sobre todo cuando va unido con el fumar cigarrillos.

La administración de una medicación sedante entre visita y visita para tratar al paciente en cada ocasión que se presente no consigue NADA ni para la tranquilidad del paciente ni tampoco para la del dentista.

FACTOR TIEMPO.

La falta de tiempo es una de las principales razones por la que los dentistas (y médicos en general), rechazan la hipnosis, sin embargo, los médicos que la utilizan frecuentemente consideran que a largo plazo ganan tiempo. El tiempo empleado en la explicación antes de la hipnosis, en la inducción y en el acondicionamiento será considerado como tiempo invertido. Esto dura menos de lo que la mayoría piensa y el aumento de experiencia y de prestigio lo disminuirá considerablemente: todavía más el paciente condicionado puede entrar en estado hipnótico en cuestión de segundos, mientras que el dentista se lava las manos.

ELECCION DE LOS PACIENTES.

Primero, éstos pacientes serán los que hayan demostrado el deseo de cuidar sus dientes y que tengan necesidad de aprender a relajarse durante el tratamiento. Deben quererlo y no tener miedo; además, la charla antes de la hipnosis es de gran importancia, hay que elegir a los pacientes con un coeficiente de inteligencia de lo más elevado posible, y mejor jóvenes que adultos. Deben ser eliminados aquellos que tengan un trasfondo emocional o una historia de trastornos mentales.

PACIENTE ODONTOLOGICO TRANQUILO.

La principal utilización de la hipnosis en odontología es la producción de la relajación y la reducción del temor y la ansiedad. Señalamos que la relajación total es un proceso mental y que tiene poco que ver, relativamente, con la comodidad del sillón dental. El paciente nervioso puede permanecer inquieto en los sillones más modernos, idelamente diseñados y anatómicos, en contraste con el paciente hipnotizado que puede encontrarse totalmente relajado en un sillón de antiguo diseño.

El dentista, al considerar la utilidad de la hipnosis en su práctica puede reflexionar sobre las ventajas posibles del paciente tranquilo:

- 1).- Menor esfuerzo para el dentista y sus colaboradores.
- 2).- Mejor cooperación del paciente -posibilidad de efectuar más trabajo en cada sesión- mejoría en la productividad.
- 3).- Ambas partes pueden considerar las secciones de tratamiento -mejoría en la asistencia del paciente.
- 4).- Relajación muscular general durante la hipnosis -menor tensión en los maseteros, etc.
- 5).- Reducida la salivación en algunos pacientes -menor deglución y menor trastorno.
- 6).- Los pensamientos positivos de los adultos hacia el tratamiento, junto a una actitud tranquila, tanto en la clínica como

después en casa, contribuirá a desarrollar una actitud similar en sus niños que son, después de todo, los futuros pacientes.

7).- Eliminación de los anestésicos generales totalmente innecesarios. Esto significa evitar un factor de riesgo para el paciente así como la inconveniencia de ayunar, de ser incapaz de conducir un coche o de trabajar en ese día.

El trabajo de conservación bajo anestesia general es con frecuencia un arreglo pobre con respecto al trabajo de conservación en un paciente sereno y despierto y, aunque ésta técnica este muy sofisticada, en la actualidad no trata el temor continuo del paciente entre cita y cita (incluso el temor a un anestésico).

8).- Alrededor de un 15 a un 20% de los pacientes serán capaces de producirse una hipnoanalgesia adecuada para la mayoría de los tratamientos dentales. Muchos de los restantes precisarán menos cantidad de anestésico local que puede tener un efecto prolongado mediante la sugestión si es necesario.

Al final de cada sección de tratamiento bajo hipnosis, las sugestiones posthipnóticas directas podemos orientarlas a la amnesia de ésta ocasión, a que no haya ninguna ansiedad en la próxima vez a que recuerde la próxima cita, a la tolerancia de las próte-sis siempre y cuando estas no produzcan izquemia.

OTROS EMPLEOS ESPECIALES.

Nuevamente resaltamos el hecho de que el principal empleo de la hipnosis en odontología es el de conseguir tranquilidad y -relajación del paciente. A continuación expondremos otras utiliza-ciones:

1).- Como parte de la inducción de la anestesia general en los niños.

2).- En el tratamiento del bruxismo durante el sueño. La -psicoterapia concomitante es invariablemente necesaria.

3).- Para ayudar a la tolerancia de los aparatos protési-cos y ortodónticos. Este tratamiento puede prolongarse mucho tiempo y alterar el patrón del sueño del paciente, pero debe mantenerse

para que tenga éxito. La terapéutica hipnótica de apoyo, incluido el refuerzo del ego, puede ser útil en esos casos.

4).- Para ayudar a controlar la mandíbula cuando se planea hacer un puente prolongado en pacientes ansiosos.

5).- En el tratamiento del paciente hemofílico. En las extracciones realizadas bajo hipnoanalgesia se ha notado con disminución de las hemorragias o una ausencia casi total de la misma. La utilidad de la hipnoanalgesia en los hemofílicos es obvia. Más todavía, las inyecciones pueden ser peligrosas, y en la región submandibular se ha informado de muertes por asfixia debido a una extensión del hematoma que se formó en dicha zona. La hipnoanalgesia eliminará la necesidad del riesgo de las inyecciones locales; la otra posibilidad es la anestesia general y ésta tiene sus problemas.

6).- También podemos emplear la hipnoanalgesia en pacientes que presentan una historia de fracasos repetidos a las inyecciones locales o, como alternativa, la hipnosis puede ser utilizada para tratar la alergia a los medicamentos de acción local. Como en el hemofílico, la motivación será de suma importancia.

7).- En el tratamiento de fobias tal como a las agujas hipodérmicas mediante la desensibilización, el refuerzo del ego y, - el hipnoanálisis.

CONCLUSIONES

Se ha observado la gran ayuda que aporta la hipnosis a la odontología en varios aspectos y que combinada con ciertos fármacos y/o anestésicos ha demostrado ser de gran utilidad en la rama odontológica que aunada a la práctica y experiencia del terapeuta, adquiere cada vez mayor importancia.

La hipnosis ha tomado mucho auge en la práctica odontológica, pues se ha comprobado que su aplicación clínica es factible siempre y cuando se cuente con los medios adecuados para el buen desarrollo de dicha técnica.

Por medio de la elaboración de esta tesis se ha querido dejar constatar que la hipnosis en la odontología puede tener una aplicación práctica con resultados positivos en pacientes con problemas de salud general ó bien demasiado aprehensivos.

A través de la hipnosis se han obtenido resultados positivos de algunos casos que se consideraban como imposibles; pero con ésto no queremos decir que la hipnosis sea el remedio universal.

BIBLIOGRAFIA

HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA

Dr. Salvador Lerman
Editorial Mundi, S.A. (1974)

MANUAL DE HIPNOSIS MEDICA Y ODONTOLOGICA

Dr. Osmard Andrade Faria
Editorial Cajica. (1959)

HIPNOSIS EN ANESTESIA

Dr. David L. Scott
Traducido por Dr. Francisco Pérez Masellón
Editorial Salvat Editores, S.A. (1976)

PSICOSOMATICA E HIPNODONCIA

Dr. Andrew E. McDonald
Editorial Mundi, S.A. (1957)

HIPNODONCIA, HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA

Aarón A. Moss
Editorial Mundi, S.A. (1961)

APLICACIONES CLINICAS DE LA HIPNOSIS EN ODONTOLOGIA

Dr. Samuel Leyt
Editorial Mudni, S.A. (1958)

HIPNOSIS CLINICA Y EXPERIMENTAL EN MEDICINA, ODONTOLOGIA Y PSICOLOGIA.

Dr. William S. Koger
Traducido por: Rubén Solís
Editorial Glem (1965)

PROBLEMAS ACTUALES DE LA HIPNOSIS

Dres. George H. Starbrooks, Seymour Fisher

Editorial Fondo de cultura económica (1967)

MANUAL DE FISILOGIA MEDICA

Dr. William F. Ganong

Traducido por: Dr. Guillermo Anguiano L.

Editorial El manual moderno (1978).