



336
ZED

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LA PALABRA COMO MEDIO PARA
OBTENER ANALGESIA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :**

JUAN ANTONIO TOMAS TREJO CANCHOLA

FALLA DE ORIGEN



México, D. F.

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

	PAG.
Resumen.	1
Introducción.	2

PRIMERA PARTE

Capitulo 1	
Evolución de la hipnosis.	7
Capitulo 2	
Bases neurofisiológicas de la hipnosis.	22
Capitulo 3	
Bases psicosomáticas de la hipnosis	31
Capitulo 4	
Aspectos básicos del mecanismo sugestivo.	38
Capitulo 5	
Hipnosis	41
5.1 principios básicos que fundamentan la inducción del trance hipnótico	41
5.2 preparación de la mente del paciente	45
5.3 profundidad del trance y susceptibilidad a la hipnosis	46
5.4 generalidades de la inducción del trance	48
5.5 tipo de enfoque que adoptar	49
5.6 forma de comunicar las sugerencias y su fraseología	51
5.7 personalidad del sujeto	54
5.8 principios y leyes de la expresión sugestiva.	55
Capitulo 6	
Fenómenos de la hipnosis	60

Capítulo 7	
Métodos de inducción del trance	66
Capítulo 8	
Profundización del trance	74
Capítulo 9	
Terminación del trance	90

SEGUNDA PARTE

Capítulo 10	
Temática de la investigación	93
a) descripción de los objetivos	93
b) descripción de la metodología de la investigación	93
c) amplitud de la muestra	95
d) procedimiento para obtener la muestra	95
e) escalas de medición	97
f) recursos humanos	99
g) recursos materiales	99
Capítulo 11	
Reporte de casos clínicos	100
Capítulo 12	
Resultados	117
12.1 Representación gráfica de los resultados	118
12.2 Análisis estadístico	126
Capítulo 13 Discusión	128
Capítulo 14 Conclusiones	129
Bibliografía	131

RESUMEN

En la tesis se trata de hacer un enfoque global de lo teórico con lo práctico facilitando así la comprensión del tema.

En lo teórico dando a conocer todos los elementos indispensables para comprender el funcionamiento de la terapia hipnótica desde su evolución hasta las bases científicas en las cuales se sustenta, así también como las técnicas esenciales para la inducción del estado de trance y la profundización del mismo.

En lo práctico dando una serie de casos clínicos facilitando con esto la comprensión y justificando la veracidad en la que se sustenta la teoría hipnótica.

Damos a conocer también los resultados obtenidos de todas las inducciones analizándolas y explicando los posibles motivos por lo que algunas resultan contrastantes con teorías ya existentes.

La hipnosis por el momento no es una ciencia exacta donde todos los resultados de todas las investigaciones tendrán resultados similares. sin embargo estos resultados están sometidos a cierto margen del cual no pueden extenderse.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, la hipnosis estuvo condenada por la profesión médica como algo carente de bases científicas y cercana a la charlatanería y al fraude. Con pocas excepciones, su investigación y explotación estaban en manos de operadores no calificados y de actores de variedades, quienes hicieron muchas afirmaciones extravagantes y faltas de apoyo de curaciones notables lo que inevitablemente la hacía caer en un mayor desprestigio. Sin embargo, tales objeciones ya no son valederas, ya que durante los últimos 20 años se han llevado a cabo tantos trabajos y valiosas investigaciones en este campo especialmente, que incluso en los círculos médicos, al fin la hipnosis ha principiado a investirse con el manto de la respetabilidad. Ahora está aceptada como una forma legítima de tratamiento médico y es empleada con éxito en una pluralidad de condiciones, muchas de las cuales caen dentro del ámbito de la práctica de la Odontología y la Medicina general. A pesar de esto, sus posibilidades en este campo se han descuidado mucho, debido principalmente a ciertos conceptos equivocados que tienden a disuadir al médico general y al odontólogo de tener un interés en un método que con frecuencia podría resultar muy valioso para tratar muchas condiciones molestas que se observan en la práctica general, estas, parecen originarse en la idea equivocada de que la inducción de la hipnosis no es fácil de aprender, que son muy pocos los pacientes capaces de lograr una profundidad

suficiente y que todo el procedimiento consume mucho tiempo para ser de utilidad en una práctica intensa.

El arte de la inducción hipnótica por cierto no es difícil de adquirir y no toma mucho tiempo aprender las técnicas esenciales. La mayoría de las personas lo puede hacer, aun cuando es natural que algunas tengan más éxito que otras. No obstante debe uno darse cuenta que esta diferencia depende mucho más de la personalidad del médico individual y del contacto de simpatía que pueda establecer con su paciente, que del dominio de los sencillos principios de la inducción hipnótica.

La segunda objeción fácilmente se puede contrarrestar, por el hecho de que rara vez se necesita una gran profundidad para obtener resultados satisfactorios. muchos casos responderán con éxito cuando sólo haya sido lograda una profundidad ligera o media. Aproximadamente el 90% de la población puede ser inducida a un estado hipnótico ligero, y del 50 al 60 % puede lograr la profundidad media con poca dificultad (Hartland), resulta obvio que esta forma de tratamiento tiene mucho más ámbito de lo que podría pensarse. Incluso estas cifras pueden ser mejoradas y lograr aún más profundidad si se prepara en forma gradual al paciente para que entre en trance.

ANALGESIA HIPNÓTICA

Muchos de los males que sufren los seres humanos se originan sólo por : **creencia, sugestión y expectación.** Existe la creencia general que todos los pacientes cuando acuden a consulta dental siempre sienten dolor y molestias durante la sesión dental

En realidad se les ha imbuido este hecho tan consistente a través de los años, que están propensos a sufrir esos dolores porque su mente a quedado condicionada para esperarlos.

El reconocimiento de este hecho por Grantley Dick-Read y su explicación del síndrome *temor-tensión-dolor*, han hecho mucho para cambiar los puntos de vista sobre el dolor que demuestra una persona cuando existen los antecedentes de temor y tensión. Los métodos que empleaba, consistían de educación, relajamiento y sugestión.

No cabe duda que uno de los fenómenos más convincentes que pueden ser producidos, es la facultad de abolir toda sensación de dolor. Hablando estrictamente, el término correcto para la pérdida de la sensación de dolor es analgesia, ya que la palabra anestesia indica la pérdida total de percepción sensorial, incluyendo el tacto.

Actualmente esta establecido que la analgesia completa sólo puede obtenerse en un poco menos del 20% de los sujetos, y el alcanzarla se toma como señal de que a ocurrido un trance profundo

o incluso sonambulístico. Hay sin embargo cierto número de sujetos que mostrarán analgesia parcial de distintos grados cuando sólo hayan alcanzado una profundidad media. Pero en la hipnosis ligera, la apreciación del dolor por lo general permanece inalterable por la sugestión.

Una de las modificaciones que trataremos de hacer con este estudio, es demostrar que el rango de personas que pueden lograr obtener analgesia se ve aumentado.

La Analgesia en trance profundo es total y completa, se pueden llevar a cabo intervenciones de cirugía mayor sin ninguna otra forma de anestésico.

La analgesia en trance Medio puede variar de ligera a considerable. En consecuencia es en el paciente de trance medio donde se puede apreciar el mayor uso de la analgesia hipnótica, pero esta sólo se puede obtener quizá en un 30 o 40 % de los pacientes de trance medio.

En esta etapa se enumeran tratamientos como: Trabajos dentales de conservación, tales como endodoncias dolorosas, en especial cuando el paciente teme a la inyección de un anestésico local.

El promedio de personas que puede lograr algún tipo de analgesia es de 55% es decir que el 45% de las personas que son inducibles a trances hipnóticos su sensibilidad es inalterable

El motivo de nuestro estudio es el aumentar el rango de analgesia que se puede obtener por medio de la hipnosis y de esta manera aumentar su utilización en la terapia odontológica.

PRIMERA PARTE
CAPITULO 1
EVOLUCIÓN DE LA HIPNOSIS

La curación en estado de trance es una de las artes más antiguas de la medicina. incluso el hombre primitivo la practicó, el que creía firmemente que el trance era de origen divino y que las curas milagrosas eran de naturaleza religiosa. En consecuencia, consideró que eran dioses las fuerzas misteriosas que la producían, quienes se comportaban en una forma muy irregular e impredecible. Debido a esto las curaciones eran de naturaleza tanto incierta como caprichosa. Pero a medida que los conocimientos científicos progresaban con lentitud , el hombre empezó a aprender la forma de tratar algunos de los padecimientos más sencillos y a manejar casos tan elementales para los cirujanos como fracturas y dislocaciones. Pero quedaban muchas enfermedades para las cuales todavía permanecía la creencia de que tendría que invocarse la ayuda de los dioses. Con frecuencia esto significaba viajar largas distancias hasta los santuarios de curación, tales como el Templo de Esculapio, en Epidauro, que contenía una estatua que se creía dotada de poderes de curación milagrosos. Los pacientes, después de arduos y penosos viajes, acostumbraban colocar valiosas ofrendas a las puertas del templo, después de lo cual se purificaban en las aguas de la fuente. Pasaban una o dos noches orando y

suplicando, después de lo cual eran admitidos al templo en sí. Ahí, se les aconsejaba por medio de oráculos o en forma de sueños proféticos. Esta atmósfera de misticismo y ceremonial era muy importante.

En 1765, Franz Anton Mesmer aprobó sus exámenes en medicina con honores, habiendo sustentado una tesis basada en la influencia de los planetas en la salud humana. Creía que esto ocurría mediante un fluido magnético -Una especie de gas invisible en el que se encontraban sumergidos todos los cuerpos- y principió a investigar el efecto de estas fuerzas magnéticas tratando a sus pacientes con imanes conformados para ajustarse a las diversas partes del cuerpo. Los resultados fueron tan dramáticos como sorprendentes. Los pacientes que sufrían de retención urinaria, dolores de muelas, de oídos, depresión, trances, ceguera temporal y ataques de parálisis, y que hasta entonces se habían considerado incurables, perdieron los síntomas por completo. Sin embargo, tales curaciones asombrosas no podrían ser efectuadas sin una gran notoriedad. Por cierto despertaron tanta hostilidad entre sus colegas médicos que Mesmer pronto se vio obligado a abandonar Viena. Se mudó a París, en donde estableció una de las clínicas más famosas de Europa en donde trataba toda clase de enfermedades.

No existe ninguna duda de que Mesmer en realidad tenía éxito en la curación de muchos que habían sido considerados como incurables y, como es natural, su fama se extendió con rapidez. Los pacientes llegaban a su clínica de todas partes de Europa, con gran

disgusto por parte de la profesión médica que una vez más se volvió extremadamente hostil.

El segundo periodo del magnetismo animal data desde más o menos 1787. por aquel tiempo se hicieron dos descubrimientos de importancia. Uno de los seguidores de Mesmer, el Marqués de Puységur, describió un estado que llegó a ser conocido como sonambulismo artificial. La principal característica de este estado era una clase de sueño en el cual las ideas y la acciones de la persona magnetizada podían ser dirigidas por el magnetizador, sin aparecer la clásica crisis catartica que Mesmer conseguía. Después a principios del siglo XIX, Bertrand describió esto como debido por completo al trabajo de la imaginación del sujeto. Esto fue aprovechado por el Abate Faria, quien fue el primero en inducir el sonambulismo en sus sujetos con sólo decirles "deseo que duermas". Sin embargo, a pesar de esto, la oposición inquebrantable de la profesión médica obligó al mesmerismo a permanecer en sueños durante más de 60 años. Durante este periodo, sólo fue explotado por los actores en las feria ambulantes, quienes acostumbraban hacer demostraciones de los fenómenos del trance.

En 1841, el magnetizador francés, Lafontaine, visitó Manchester y dio una demostración de experimentos magnéticos. James Braid, un cirujano local bien conocido, aconteció estar presente con un colega. Observaron que una muchachada en apariencia entraba en trance y Braid estaba tan enfadado que subió

al escenario para demostrar que era un completo fraude. Para su gran asombro, encontró que el trance era perfectamente genuino. En consecuencia, inició una serie de experimentos con sus parientes y amigos, y encontró que pronto pudo producir un estado de trance similar con bastante facilidad, induciéndolos a fijar la vista en un objeto brillante, tal como el estuche de su bisturí. También encontró que obtenía muy buenos resultados cuando hacía uso del trance para propósitos médicos y quirúrgicos, y en 1842, ofreció leer un artículo para la British Association (para el progreso de la ciencia) que celebraba una asamblea en Manchester. No es necesario decir que su oferta fue rechazada y su escrito calificado de ridículo, junto con sus reportes de curaciones de contracturas y alteraciones de la sensibilidad, tales como la sordera.

Varios años después, la misma inflexible oposición de la profesión médica hizo que el médico Elliotson fuera expulsado de su puesto en el University College Hospital, Londres. Más o menos en la misma época, James Esdaile, que ejercía la cirugía en la India, envió un reporte; el Medical Board, De 75 operaciones practicadas sin dolor bajo anestesia hipnótica, pero nunca se le dio reconocimiento a su carta.

James Braid. Observo que haciendo fijar la vista del sujeto en un objeto brillante y cercano hasta producir cansancio visual, era relativamente fácil provocar el estado mesmerico. En un principio, Braid penso que la fijación constante de la mirada determinaba el

estado mesmérico, pero luego le concedió sólo el valor de un método de inducción, considerando al trance en sí dependiente de mecanismos sugestivos. Con todo reconoció que la sugestión no era la explicación total de los procesos en juego. Braid creó la palabra Hipnosis, (del griego hypnos: sueño) e Hipnotismo, cuyo empleo ha prevalecido.

Ambroise Auguste Liebault (1823- 1904) Creyó ver el secreto cabal de estos fenómenos en la sugestión .

Bernheim junto con Liebault fundaron lo que se conoce como Primera Escuela de Nancy. La experiencia de Liebault unida al prestigio y capacidad de Bernheim elevaron el nivel científico de la hipnosis, proveyéndola de una base definitivamente sólida que cristalizó en conceptos y técnicas aún vigentes. Bernheim publicó sus experiencias e ideas en un libro: *"De la sugestión"* en la cual considera que la clave de la hipnosis reside básicamente en la sugestión. En corto tiempo la Primera Escuela de Nancy recogió una valiosa experiencia, documentando más de 6000 historias clínicas en poco menos de siete años, gracias a esto, la hipnosis clínica se separó más aún de su antecesor histórico el magnetismo animal (Mesmer), demostrando que el fenómeno hipnótico es un proceso esencialmente psicosomático. Evidenció la inocuidad y eficacia de la hipnoterapia, perfeccionando los métodos inductivos y aumentando el radio de aplicación de la hipnosis. Charcot mantuvo una serie de teorías algo extravagantes, que contrastan con la imponente solidez de los estudios de la Escuela de Nancy. Sostenía que la hipnosis es

un estado patológico tributario de la histeria y por ende, nocivo. Sus afirmaciones derivan del estudio de unos pocos casos, principalmente mujeres histéricas, las que ni siquiera habían sido hipnotizadas por él.

Las ideas contrastantes entre la Escuela de Nancy y la de Charcot trajeron con siglo la atención de numerosos investigadores y contribuyó a la difusión de la hipnosis entre los médicos. Ya en 1882. al presentar Charcot una comunicación sobre este tema en la Academia Francesa de Medicina, señaló un considerable avance en el reconocimiento de la hipnosis como procedimiento científico, pues la academia había rechazado ya tres veces la validez de estos fenómenos. Otras autoridades como Beaunis y Richet. ambos franceses, agregaron su apoyo al interés creciente sobre la hipnosis y pronto en todo el mundo científicos de nombradía fueron dedicándose a su estudio y aplicación.

A fines del siglo XX el empleo terapéutico de la hipnosis estaba dirigido exclusivamente hacia los síntomas. Se procuraba un estado hipnótico lo más profundo posible y una vez conseguido se impartían al paciente repetidas y enérgicas sugerencias de curación para los diversos síntomas padecidos. En esta forma se obtenía cierto número de éxitos pero también no pocos fracasos, comprensibles hoy, pues al no removerse las fuentes psicosomáticas de las afecciones así tratadas, éstas reaparecían más tarde. La labor de Breuer significo un avance considerable para la evolución de la

hipnosis médica. Desde ese momento, la terapéutica hipnótica pasó de una acción dirigida puramente sobre los síntomas a un enfoque etiológico. Freud imprimió a la hipnosis médica un rumbo diferente, no siempre le era posible obtener un estado hipnótico lo suficientemente profundo para obtener la catarsis. Al respecto escribe: "Cuando en 1889 visité las clínicas de Nancy, oí decir al doctor Liebault, gran maestro de la hipnosis: Si dispusiésemos del medio de sumir en el estado de sonambulismo a todos los sujetos, la terapia hipnótica sería la más poderosa de todas."

Sin embargo, pese a la postergación que le impulso el psicoanálisis, la hipnosis continuó siendo ejercida por un pequeño número de autoridades médicas, entre las que podían contarse Janet en Francia, Bramwell en Inglaterra, Prince y Sidis en E.U.A. etc. Para la gran masa de médicos la hipnosis era una pieza más en el museo de antigüedades terapéuticas, sospechosa incluso de cierta vinculación con el charlatanerismo curanderil.

La primera guerra mundial vino a cambiar este estado de cosas. La superabundancia de neurosis traumáticas entre los soldados y la escasez de psiquiatras para atenderlos, determino la búsqueda de un método breve y efectivo para substituir la lenta psicoterapia en uso. Así se exhumo la hipnosis utilizándosela tanto como terapia sintomática como para revivificación de experiencias reprimidas. La extraordinaria plasticidad que presenta la psiquis en estado hipnótico permite la aplicación de métodos basados en la

hipermnesia hipnótica, la producción de conflictos experimentales, la escritura y dibujo automáticos, como métodos diagnósticos y analíticos a los que se agregan la reaseguración, persuasión, reeducación, ventilación, asociación libre, análisis de sueños, inducción de fantasías, desensibilización psicológica ante estímulos traumáticos, regresión, sueño prolongado, etc. Si bien la analgesia hipnótica no pretende substituir a la farmacológica, tiene aplicación en muchos casos, con ventajas sobre esta última por la ausencia de shocks y trastornos secundarios, así como por el mayor estímulo para la recuperación postoperatoria.

Indudablemente por su capacidad económica, aunada a la importación de los mejores científicos del mundo, los Estados Unidos de Norteamérica van a la cabeza de esta rama como en otras actividades científicas; pero justo es señalar que la Segunda Guerra Mundial, con sus apremiantes necesidades bélicas que satisfacer, permitió presupuestos, instalaciones y personal dedicado exclusivamente a éste tipo de investigación.

Así es como en 1949 se forma la Society for Clinical and Experimental Hypnosis presidida por el Dr. Jerome Schneck.

Leslie M. Lección, organiza cursos que impartían un grupo de instructores, ofreciendo aproximadamente sesenta y seis simposium enseñando la hipnosis a profesionales en casi toda la Unión

Americana, posteriormente en Canadá, México y algunos países del caribe.

En la conferencia que ofreció a los estudiantes la Dental Clinical. en Helsinki, Hannu Shirri imparte la enseñanza de los métodos hipnóticos. (1952).

La British Society of Medical Hypnotista, nombró un grupo de medicina psicológica con la finalidad de analizar el uso de la hipnosis en la práctica médica, en los siguientes campos: Cirugía, Obstetricia, Hipnoterapia, Hipnoanestesia; y para el tratamiento hipnótico de psiconeurosis.

En México en 1956 La Asociación Dental Mexicana organiza el Primer Curso de Hipnosis que impartió el Dr. Lecron.

Se funda "The American Society of Clinical Hypnosis" cuyos objetivos son el estudio de la hipnosis científicamente y sus aplicaciones terapéuticas.

Se funda la Sociedad Mexicana de Hipnodoncia presidida por el Dr. Rafael Lozano Orozco, contando entre sus miembros a los doctores: Gustavo Amparan, Alfonso Villafaña y José Oynick. Encontrándose representantes del interior de la República. Esta Sociedad invita al Dr. Emilio Duprat de Argentina para que imparta su primer curso de hipnosis.

En Buenos Aires se forma la Sociedad Argentina de Hipnosis Médica e Hipnoanálisis iniciando la edición de su publicación trimestral "Acta Hipnológica Latinoamericana". (1957).

El 13 de septiembre "The Council of Mental Health of the American-Association" recomendó en vista del creciente aumento de conocimientos, se incluyese en los programas de estudio de las escuelas de medicina y centros de estudio para postgraduados el estudio de la hipnosis (1958).

En el Hospital Militar el 3 de agosto ante la presencia de numerosos médicos de la República Mexicana, se efectúa la primera intervención quirúrgica bajo hipnosis, una apendicectomía en la paciente Cleotilde Anaya, interviniendo el Dr. Roberto Villegas Malda como hipnólogo, los Doctores Felipe Cacho y Juan A. Otero como cirujanos y el Dr. Guillermo de Ovando como anestesista asistente.

La Sociedad Mexicana de Hipnología se funda el 22 de septiembre encontrándose entre sus miembros fundadores los doctores Ervey González Urroz, Oscar Lozano, Amadeo Narcia, José Alejandro Otero, Guillermo de Ovando y Roberto Villegas Malda. De Argentina viene invitado para impartir su primer curso de hipnosis el Dr. Marcelo Lerner.

La International Society for Clinical and Experimental Hipnosis se afilia a la Federación Mundial de la Salud Mental aumentando en esta forma las posibilidades de la hipnosis (1959).

En México se celebra el X Congreso Panamericano de Medicina en el cual se organizan las Primeras Jornadas latinoamericanas de Hipnosis Clínica y Experimental e inaugurándose por la promoción que se hizo la Sociedad Mexicana de Hipnología Médica conjuntamente con la sociedad argentina de Hipnosis Médica e Hipnoanálisis declarando como su revista oficial el Acta Hipnológica Latinoamericana, contándose sus miembros a los países siguientes: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, México, Nicaragua, Perú, Puerto Rico, El Salvador y Venezuela

La Sociedad Mexicana de Hipnosis Médica organizó el primer curso internacional de Hipnosis Clínica y Experimental, participando los Doctores: Aristeguieta, Camarena, Farina, Hernández Péon, Lerner Lozano, Otero, De Ovando, Powell y Villegas Malda (1960).

En un programa proyectado por el canal 2 de televisión conducido por Jorge Saldaña, se presentan diapositivas y películas mostrando las múltiples posibilidades que en medicina se pueden lograr con la hipnosis. El Dr. Villegas Malda analiza el tema.

En Leipzig Alemania Oriental se celebra la Conferencia Internacional sobre Hipnosis Clínica y Experimental durante el 28 y 29 de noviembre, participando integrantes de Bulgaria,

Checoslovaquia, Hungría, Francia y Alemania Occidental. Asistiendo aproximadamente doscientos médicos, dentistas y Psicólogos. Siendo el idioma oficial el alemán.

Se efectúa el V Congreso Nacional de la Asociación Dental Mexicana, en el cual se presentaron cuatro demostraciones médicas de los usos de la hipnosis, la primera por el Dr. Villegas Malda, realizando una extracción del tercer molar superior derecho, la segunda con gingivectomía, el Dr. Abraham Chisikoski como cirujano, la tercera un tratamiento de endodoncia por el Dr. José Oynick y por último hace la demostración de autohipnosis el Dr. Rafael Lozano.

La Sociedad Mexicana de Hipnología en el mes de julio impartió con gran éxito un curso para médicos y odontólogos (1962).

Se funda el Instituto Mexicano de Hipnosis Médica y Medicina Psicosomática. Desarrollando conjuntamente su plan de trabajo los Doctores Guillermo de Ovando, Angel Kuri Sacre, Ervey González Urroz, Miguel Rendon Blanco, Pedro Velasco Castillo y René Sánchez (1964).

En la Universidad Nacional Autónoma de México. La división de graduados ofrece a los odontólogos un curso de hipnosis. (1965).

La Sociedad Mexicana de Hipnología, por conducto de su presidente Dr. Ervey González Urroz, hace una invitación al Dr. Marcelo Lerner para que dicte un curso de Técnicas Avanzadas de Hipnosis (1966). En la Escuela Nacional de Odontología de la UNAM. Durante la reforma académica de los planes de estudio, se crea la materia de Psicología Médica dividida en dos cursos semestrales, el primero para nociones preliminares y bases Psicosomáticas, el segundo para aplicaciones de la Hipnosis en Odontología, propuesta por el entonces Secretario General de la E.N.O. Dr. Roberto Villegas Malda.

Se funda el Colegio de Cirujanos Dentistas, del que se desprendió la Sociedad Mexicana de Sofrología presidida por el Dr. Jorge Martínez Baeza.

En la Escuela Médico Militar dentro de un curso de graduados de pediatría se dictó un ciclo de conferencias sobre la hipnosis por los Doctores: José M. Camarena y Roberto Villegas Malda.

El 11 de noviembre en el Congreso Nacional de Enseñanza de la Odontología, se propuso y se aprobó la materia de Psicología Médica como materia optativa dedicada a la enseñanza de la hipnosis en todas las escuelas del país, hecho que algunas escuelas y facultades aceptaron. (1968).

Se organizó el primer Congreso Nacional del Colegio de Cirujanos Dentistas en el que plantearon importantes asuntos para el movimiento nacional de la Hipnosis en Odontología. Además de existir la Sociedad Mexicana de Psicología se inician los trámites para formar el Colegio Nacional de Medicina Psicosomática (1971).

El colegio Nacional de Medicina Psicosomática inicia sus labores presidida por el Dr. Ervey González U. En(1973). Toma posesión de la presidencia de la Sociedad Mexicana de Medicina Psicosomática el C.D. Roberto Villegas Malda.

Tanto Colegio como la Sociedad Mexicana de Medicina Psicosomática hacen llegar a México al Dr. Roberto Kertesz, I.T.A.A. y al Dr. Juan José Tapia para impartir los primeros cursos de Análisis Transaccional (1974).

La Sociedad Mexicana de Medicina Psicosomática hacen llegar a los estudiantes de Odontología, Medicina, Psicología diversos cursos tomando puntos como: Historia, Fisiología, Técnicas, Riesgos, Análisis Transaccional y Electrosueño, Expuestos por los Doctores: Villegas Malda, Ervey González U. Julio Cortes, René Sánchez y Alejandro López.

El Colegio Nacional de Medicina Psicosomática imparte cursos oficiales de la International Analysis Association de Análisis transaccional en Español Monográficos e intensivos, especialmente

dirigidos a Médicos generales, Psicólogos, Psicoterapeutas, Cirujanos Dentistas y Enfermeras Psiquiátricas.

Actualmente se realizan numerosos cursos de Odontología Humanística e Hipnosis tanto en las Instituciones de Salud Publica como en la Facultad de Odontología.

CAPITULO 2

BASES NEUROFISIOLÓGICAS DE LA HIPNOSIS

REFLEXOLOGÍA E HIPNOSIS

Una de las escuelas que más ha contribuido al progreso de la hipnosis científica es indudablemente la reflexología, desarrollada por el sabio ruso Ivan Petrovich Pavlov (1848-1936).

El reflejo constituye la piedra angular de las teorías psiconeurofisiológicas de pavlov.

Considera al reflejo como base de la fisiología de la adaptación: "Los reflejos constituyen el elemento de adaptación constante del organismo con respecto al medio que lo rodea, adaptación que permite a éste organismo un estado de equilibrio con el medio". Esta adaptación se posibilita por medio de la propiedad de la materia viva: la excitabilidad. (C. Bernard, 1852) la cual determina la reacción a los estímulos. En los protozoarios, la excitabilidad se halla en toda la masa celular; al ascender en la escala zoológica, los metazoarios diferencian un sistema encargado de captar los estímulos y organizar las respuestas: el sistema nervioso. Las células especializadas que reciben los estímulos se llaman receptores y se dividen en dos grupos:

1) Exteroceptores, que reciben estímulos externos. Telerreceptores: visión y audición; quimiorreceptores: olfato y gusto; receptores cutáneos: dolor, tacto, frío y calor.

2) Interoceptores, que reciben estímulos internos provenientes de aponeurosis, vainas sinoviales, articulaciones, periósteo, laberinto, vísceras y endotelios.

Pavlov determinó analizadores nerviosos a los sistemas constituidos por el conjunto de aparatos sensoriales, que incluyen tanto los órganos periféricos como sus transmisores nerviosos y representaciones corticales. Distinguió los siguientes analizadores: Visual, auditivo, olfativo, gustativo, cutáneo y motor. La adaptación del animal a las características fijas del medio se hace por conducto del sistema de reflejos estables o incondicionados, pero como el medio también posee características cambiantes de inmensa amplitud, el animal debe adaptarse a estas últimas por conducto de un sistema especial: los reflejos condicionados. Según Pavlov, en el hombre la actividad nerviosa está basada fundamentalmente, pese a su enorme complejidad, en mecanismos reflexológicos. Dos tipos de reflejos aseguran pues el equilibrio con el medio: 1) Los incondicionados (instintivos, congénitos) y 2) Los condicionados (adquiridos, temporales).

1) **Reflejos incondicionados.** Aseguran el equilibrio respecto a un elemento fijo del medio. Son congénitos y representan en el

individuo la herencia de la especie. El instinto sería una cadena coordinada de reflejos incondicionados cuyo substracto anatómico estaría "en niveles inferiores del sistema nervioso central" (ganglios de la base) y en el equilibrio glandular.

Pavlov distingue dos grupos básicos de instintos:

a) Del individuo. Alimentario (secreción salivar ante la introducción del alimento en la boca), defensivo (retracción de la parte corporal excitada por estímulos térmicos, mecánicos o dolorosos), investigación (atención concentrada sobre toda excitación desusada), de libertad (actividad para liberarse de toda contención).

b) De la especie. Los reflejos sexuales, destinados a la conservación de la especie.

2) Reflejos condicionados. Son adquiridos, individuales e inestables, basados en conexiones nerviosas temporales. Mientras que el arco de los reflejos incondicionados pasarían por centros inferiores del sistema nervioso central, el de los reflejos condicionados lo haría, según Pavlov, a través del córtex y hemisferios cerebrales.

El ejemplo pavloviano clásico consiste en la experiencia con un perro al cual se le ha practicado una fístula gástrica a fin de recoger su secreción estomacal; se le ofrece carne, la cual obra Como

estímulo absoluto (o incondicionado) despertando el reflejo incondicionado de la secreción gástrica. En ocasiones sucesivas se antecede a la presentación de la carne el sonido de una campana que obra como estímulo indiferente. Después de repetir cierto número de veces esta maniobra se observa que el sonido de la campana, por sí sólo, desencadena la secreción gástrica. Se ha establecido un reflejo condicionado: el estímulo antes indiferente (la campana), se ha convertido en condicionado. Si este reflejo no se refuerza asociando de vez en cuando el ofrecimiento de la carne luego de la campana el reflejo condicionado tiende a extinguirse.

Cuatro son las condiciones para obtener un reflejo condicionado:

- a) Que el estímulo indiferente preceda siempre al absoluto.
- b) Que se repita varias veces esta secuencia: Primero estímulo indiferente, luego estímulo absoluto.
- c) Que una vez establecido el reflejo condicionado se refuerce ocasionalmente asociando otra vez el estímulo indiferente.
- d) Que en el momento de la experiencia no halla otro estímulo indiferente que interfiera con el empleado pues podría traer una excitación del reflejo condicionado que se busca implantar.

Pavlov sostiene que los reflejos condicionados, al repetirse sistemáticamente en cada generación, pueden devenir en estables o incondicionados es decir, transmitirse por herencia. Así mismo, un

reflejo incondicionado puede extinguirse si desaparecen las relaciones con el medio a la cuales respondía. Los reflejos condicionados pueden formarse no sólo partiendo de estímulos exteroceptivos (luz, sonido, etc.) sino también de estímulos intero propioceptivos.

En los animales superiores y especialmente en el hombre, casi no hay reflejos incondicionados puros ya que la amplia variedad de estímulos a que están sometidos determina la formación y extinción continua de reflejos condicionados: éstos prácticamente cercan a cada uno de los reflejos incondicionados.

Pavlov llamó al conjunto de señales emanadas del medio interno o del ambiente y comunes al hombre y a los animales, primer sistema de señales.

En el hombre destacó la presencia de un mecanismo específico: el segundo sistema de señales, constituido por la elaboración mental emergente de las imágenes y conceptos contenidos en la palabra, la cual se convierte así en un estímulo tan real como la cosa que representa. Es una "señal de señales". El acondicionamiento producido por la palabra es de segundo grado, siendo indirecta la conexión entre el estímulo y la respuesta.

La palabra pues, como estímulo condicionante, actúa en dos planos: a) estímulo sonoro y b) por su valor semántico (significación ideológica).

Pavlov diferenció en la actividad de la corteza cerebral dos procesos fundamentales: La excitación y la inhibición, Apoyándose en los mismos para interpretar los fenómenos de la vigilia, el sueño y la hipnosis.

Pavlov considera a la inhibición como un proceso activo (estimulación negativa) característico de la célula y especialmente desarrollado en las células corticales. Su efecto es bloquear la excitación, regulando la actividad nerviosa, favoreciendo la adaptación del organismo y contribuyendo a los procesos de asimilación.

La inhibición cortical es un estado particular que se desarrolla en el tiempo, irradiándose, difundiéndose y concentrándose en los hemisferios cerebrales, del mismo modo que la excitación.

La interpretación reflexológica de la hipnosis concede especial valor al fenómeno de la difusión del proceso inhibitorio cerebral, la que se resume en tres leyes:

a) Toda excitación de un punto cortical tiende a irradiarse por igual a toda la corteza y a las zonas subcorticales, desencadenando una onda inhibitoria de retorno hacia el punto excitado y que lo circunscribe.

b) A todo estímulo excitatorio corresponde una onda inhibitoria proporcionalmente más fuerte.

c) Toda inhibición refuerza la excitación (inducción positiva); toda excitación refuerza la inhibición (inducción negativa).

Esto significa que, según la reflexología pavloviana, todo proceso cortical se irradia inicialmente a través de la corteza, luego se concentra en un punto determinado y en el tercer momento se difunde en forma parcelaria por la corteza.

Experimentando con animales, Pavlov comprobó que en algunos de estos la repetición monótona de un estímulo condicionado, sin refuerzo, determina un estado de somnolencia, que hasta podía convertirse en sueño. Tales experiencias originaron la teoría de que la porción cortical específicamente excitada por el estímulo monótono (excitación puntiforme) se convierte en centro de un proceso inhibitorio que se irradia a otras partes del córtex. Prolongando este tipo de excitación se desemboca en el sueño total, pasando por etapas previas de sueño parcial; estas etapas de inhibición parcial forman la base neurofisiológica de la hipnosis. Pavlov sostuvo dicha identidad entre sueño e inhibición cortical basándose en los siguientes argumentos experimentales: Ambos se obtienen por los mismos medios, se transforman recíprocamente, la excitación impide la formación de ambos y su ausencia los facilita.

Pese a la amplia inhibición cortical que caracteriza al sueño fisiológico, Pavlov reconoce que durante el mismo el contacto con el mundo interior o exterior no se pierde por completo ya que algunas zonas selectivas del córtex permanecen en estado de excitación: "son los puntos vigiles o de guardia" La hipnosis en cuanto a inhibición parcial, puede ser inducida por la acción de estímulos fuertes e inesperados (Charcot) o de estímulos débiles, rítmicos y persistentes. Pavlov distingue los estímulos hipnóticos en inmediatos (luz, calor, gusto, sonido, olor, tacto) y mediatos; estos últimos son privativos del hombre y se condensan en la palabra. Los estímulos inmediatos actúan sobre el primer sistema de señales, los mediatos sobre el primero y segundo sistema de señales.

La palabra resulta un estímulo tan real como la cosa que representa, determinando un condicionamiento de segundo grado y estableciendo una conexión temporaria entre su acción y la realidad.

En el hombre la palabra actúa doblemente, como estímulo sonoro (acción física) y por su contenido (acción semántica). La excitación débil, monótona y rítmica y sobre todo prolongada del centro auditivo cortical origina, según Pavlov, un proceso de inhibición por medio del mecanismo de inducción negativa; dicha inhibición tiende a propagarse por los hemisferios cerebrales en sentido horizontal y vertical, dando así la extensión del córtex alcanzada y el grado de profundidad hipnótica respectivamente. Al circunscribirse y profundizarse dicha inhibición en un punto de la

corteza determina un sueño parcial: el estado hipnótico. Este punto cortical es llamado punto de transferencia, siendo, de acuerdo con la teoría pavloviana, el asiento neurológico del rapport hipnótico.

La hipersugestibilidad observada en la hipnosis se explica así por Pavlov:" En la hipnosis que se desarrolla en una corteza sana y vigorosa se produce un descenso del tono, debido a la irradiación de la inhibición. Cuando se dirige un estímulo, la palabra o una orden del hipnotizador a un punto de una corteza en estas condiciones, dicho estímulo provoca la concentración de la excitación en el punto referido y se acompaña de inmediato por la inducción negativa, que gracias a la escasa resistencia, se difunde por toda la corteza; por eso la palabra, la orden, aparecen como completamente aislados de todas las demás influencias y se tornan estímulos absolutos invencibles, de efecto inevitable, incluso después del retorno del sujeto al estado de vigilia"

Todos los estímulos indiferentes que acompañan a la acción inductiva incondicionada de la palabra (estímulo débil, monótono, persistente) pueden devenir en estímulos condicionados, pudiendo más tarde por sí mismos producir la hipnosis. Este condicionamiento puede ser provocado por el operador (signo-señal) u ocurrir espontáneamente, como sucede en algunos sujetos que caen el estado hipnótico a la simple vista del operador o al oír su voz.

CAPITULO 3
BASES PSICOSOMATICAS DE LA HIPNOSIS
PSICOPLASIA SUGESTIÓN E HIPNOSIS

3.1 PSICOPLASIA

Ciertas investigaciones provenientes de la psicología experimental han aportado nuevos conceptos para interpretar este concepto. Dichas experiencias muestran que cuando un sujeto polariza su mente (o se presta atención concentrada) sobre una idea, se opera en él una modificación psicosomática compleja en la que interviene, no el cerebro aisladamente como se creía, sino su cuerpo entero y en especial ciertas zonas más o menos relacionadas con la idea en cuestión. Estos hechos encuadran dentro de los conceptos vigentes en medicina psicosomática que consideran cuerpo y psiquis como dos planos de un mismo objeto: el hombre.

Abundantes trabajos mostraron la concomitancia de fenómenos orgánicos, generalmente musculares, con procesos psíquicos como la imaginación, el pensamiento y la atención. Dichos fenómenos orgánicos recibieron el calificativo de *fenómenos de acompañamiento*, teniendo como antecedente el principio ideomotor a que se había referido Carpenter en sus Principles of Mental Physiology, aparecido en 1873.

En la investigaciones realizadas se distinguieron dos tipos de sujetos: **a)** Los que muestran características contracciones microscópicas en el antebrazo al imaginar la elevación del mismo. y **b)** Los que no las muestran. Estos últimos visualizan sus acciones en el antebrazo (o sea, imaginan ópticamente. Lo que implica también contracciones en los músculos oculares) o más raramente usan un discurso interno (con actividad muscular en los órganos de la fonación) o alguna otra actividad muscular para representarse a sí mismos dichas acciones.

Sechenov reflexólogo del siglo XIX e inspirador de Pavlov, escribió: " El pensamiento no es más que un reflejo inhibido, o sea un reflejo que a perdido su última parte."

Las experiencias de Jacobson revelaron además que los fenómenos de acompañamiento no se limitaban sólo a los músculos estriados sino que abarcan también los lisos. El estudio de registros quimiográficos y radioscópicos mostró que el esófago responde contrayéndose frente a diversos estímulos o perturbaciones como: ruidos, entrada de una persona en la habitación, moscas posadas en la piel, o aún procesos mentales. Si además se asociaba el miedo, la contracción aumentaba y esa contracción del esófago no era un resultado de la emoción sino una parte del proceso físico de la emoción misma.

Forel halló un término apropiado para bautizar estos fenómenos: "ideoplasia". Este concepto es fundamental para comprender el mecanismo intrínseco de la sugestión y la hipnosis.

Sin embargo esta palabra Ideoplasia, tiene un sentido restrictivo, pues, Ideo, alude a la esfera intelectual, descuidando la designación de las otras dos esferas básicas de la actividad psíquica: la afectiva y la volitiva. Pensar. querer. sentir, las tres funciones fundamentales de la psiquis (esferas intelectual, volitiva y afectiva) quedarían mejor comprendidas en la palabra *psicoplásia* que designa: *La suma de cambios orgánicos que subyacen a toda actividad psíquica.*

Así, subdividiremos la **Psicoplásia** en los tres sectores siguientes:

a) Ideoplasia: Cambios orgánicos que subyacen a la actividad intelectual.

b) Voloplasia: Cambios orgánicos que subyacen a la actividad volitiva.

c) Timoplasia: Cambios orgánicas que subyacen a la actividad afectiva.

3.2 SUGESTIÓN

Mc. Dougall . La sugestión es un proceso de comunicación que determina la aceptación en forma total de una idea, pudiendo incluir la falta de bases lógicas para ello. Ahora en función del concepto de psicoplasia y los principios psicossomáticos nos da Lerner una definición con mayor exactitud:

La sugestión es un proceso de comunicación y aceptación total de una idea lo que determina una modificación psicoplásica del sujeto, o sea una modificación psicossomática global con localizaciones corporales específicas más acentuadas según la idea sugerida y aceptada, pudiendo incluir la falta de bases lógicas para su desarrollo. Ahora bien, este proceso de comunicación de la idea puede provenir de fuentes externas, como otra persona (heterosugestión), o del propio sujeto (autosugestión). Puede deberse a mecanismos conscientes o inconscientes.

Un paciente adulto, por ejemplo, es capaz de albergar inconscientemente un deseo de enfermarse en la medida en que de pequeño sólo recibió afecto en esas circunstancias. Ahora, enfrentado a problemas angustiosos y carente de apoyo, puede desear inconscientemente enfermarse como medio arcaico e infantil de proveerse afecto y seguridad. Aunque el no lo sospeche, su representación inconsciente de la enfermedad implica ya por el mecanismo psicoplásico, una microenfermedad real. si bien en

mínimo grado. Si a ello se le agrega la fuerza del deseo de enfermarse como medio de resolver sus problemas, esa microenfermedad de origen psicoplásico inconsciente tomará cuerpo, llegando a expresarse en signos patológicos concretos. Si el paciente llegara a notar esos signos conscientemente y fuera además de carácter aprensivo, sumaría una nueva modificación psicoplásica, derivada de una constatación consciente de la enfermedad y de su miedo a padecerla, lo que se expresaría en la fórmula autosugerida "estoy enfermo y temo la enfermedad". Tendríamos así el esquema de un mecanismo patológico derivado de la autosugestión inconsciente y reforzado por autosugestión consciente. Aquí cabe señalar la ley de Coué que también se aplica a la hipnosis, y dice así "la imaginación es al cuadrado de la voluntad". Edmundo y Julio de Gouncourt escribieron incisivamente: La salud es tan sólo una confianza; consiste sencillamente en creer que no se está enfermo y en vivir como si se estuviera sano.

Si el pensar es como hemos visto, una modificación psicosomática compleja con localizaciones y cambios orgánicos más o menos específicos en relación con el contenido del pensamiento, concluiremos que éste es una fuerza plástica capaz de obrar profundamente en el sujeto.

Para utilizar terapéuticamente esa fuerza plástica la psicoplásia, tenemos que estudiar las condiciones favorables para su desarrollo. Resulta evidente que para obtener una psicoplásia intensa, la mente debe estar concentrada, polarizada o adherida

exclusivamente sobre la idea cuya ideoplasia se desee aprovechar, pues si esa concentración fuera laxa, la representación mental de la idea resultaría poco nítida, trayendo una ideoplasia débil susceptible de ser desplazada por la ideoplasia de otra idea proveniente de cualquier fuente, endógena o exógena.

Si a todo ello se suma la psicoplasia que entraña la fe en el éxito de la técnica o en la persona que imparte la sugestión, el resultado alcanzará una considerable positividad.

Estos procesos ya eran conocidos por los médicos de la antigüedad. Avicena sostuvo que "la imaginación era capaz de enfermar o curar".

Importa destacar que no debe confundirse *sugestibilidad* con *credulidad*. La primera no es, como vulgarmente se cree, signo de debilidad de carácter; por el contrario, es expresión de una cualidad plástica altamente valiosa. Un sujeto inteligente y equilibrado puede poseer una elevada sugestibilidad sin tener por ello un carácter débil. Entendiendo por sugestibilidad la capacidad de aceptar sugestioness concentrándose sobre una idea en forma total, surge de ello que este proceso puede ser regulado consciente y voluntariamente, vale decir, que dicho sujeto inteligente y equilibrado no permitirá que su mente se concentre en tal o cual idea si no lo desea y, en cambio, podrá hacerlo en forma perfecta cuando lo juzgue necesario, independientemente de que la idea provenga de sí mismo o de otro. Baudouin llama "acceptividad" a la falta de carácter que hace de un sujeto víctima fácil de sugestioness endógenas o exógenas.

Sugestibilidad

- a) Aceptación consciente voluntaria de una idea.
- b) Suspensión voluntaria del juicio crítico.
- c) Menor posibilidad de engaño.

Aceptividad (Baudouin)

- a) Aceptación consciente involuntaria de una idea.
- b) Falta de juicio crítico
- c) Mayor posibilidad de engaño.

Los crédulos son también sugestionables, pero en ellos predomina la aceptividad o sea la incontrolabilidad del mecanismo sugestivo, cosa que no se encuentra en los seres inteligentes y equilibrados, en quienes los tests muestran mayor sugestibilidad e hipnotizabilidad, pero condicionada al ejercicio de la voluntad.

CAPITULO 4

ASPECTOS BÁSICOS DEL MECANISMO SUGESTIVO (Baudouin)

Baudouin ha condensado en dos leyes algunos aspectos básicos del mecanismo de la sugestión. a la primera la llama "de la atención concentrada":

Cuando la atención espontánea se concentra en una idea, esta tiende a realizarse por sí misma (poder ideorreflejo).

La atención espontánea a la que se refiere Baudouin es la de los planos subconscientes de la mente, y aquélla se obtiene tanto más cuanto menos atención consciente exista.

A la segunda ley la denomina "del esfuerzo transformado":

Cuando una idea esta bien concentrada por la mente subconsciente, cuanto más esfuerzos conscientes se hacen para extirparla, tanto más se fija y acrecienta". Esto explica lo inútil y contraproducente que resulta luchar contra un acto compulsivo o una idea obsesiva.

4.1 DIFERENTES TIPOS DE ATENCIÓN

Estudemos ahora detenidamente qué tipo de atención concentrada es la que caracteriza al proceso de la sugestión. Distinguiamos en Psicología tres clases de atención según su origen: **Pasiva, Espontanea y Voluntaria**. La primera o **pasiva** es la que opera cuando un estímulo brusco (una explosión, p. ej.) se nos impone sin intervención de nuestro interés o voluntad. La segunda o **espontánea**, está determinada por nuestras tendencias temperamentales que nos hacen atender sin esfuerzo a lo que concuerda con esas tendencias. La tercera o **voluntaria** implica el esfuerzo consciente para atender.

La atención espontánea que expresa la dirección de nuestras tendencias profundas, la adhesión además de ser global es muy duradera. Por lo tanto esta **atención espontánea** o temperamental, es la que opera en el proceso psicoplásico de la sugestión.

Si queremos aprovechar los mecanismos psicoplásicos de la sugestión, debemos obtener primero la supresión del juicio crítico lo que se logra en situaciones determinadas como el sueño, la relajación, las emociones intensas, ciertos casos de histeria y en la infancia. En todas estas situaciones lógicamente, por la ausencia más o menos relativa del juicio crítico el contacto con la realidad es escaso o nulo. Ello determina que las ideas concentradas por la mente en dichos casos desarrollen sus ideoplasias sin el antagonismo de otras ideoplasias contrastantes.

Si por alguna técnica podemos reproducir artificialmente ese estado en el que el juicio crítico está suspendido y concentrar la atención espontánea en la idea deseada, tendremos las condiciones óptimas para utilizar los mecanismos psicoplásticos de la sugestión.

El estado oniroide que acompaña a la relajación profunda y el plano intermedio de sueño-vigilia que precede al momento de dormirse y luego al despertar, constituyen situaciones particularmente favorables para el empleo de la sugestión.

CAPITULO 5

HIPNOSIS

La hipnosis es pues (Lerner): Una transformación sustancial de la personalidad, basada en un estado psicossomático, caracterizado por el rapport y la hipersugestibilidad, inducido por sugestión y en el que la mente se concentra y unifica en forma global, desarrollando al máximo el fenómeno psicoplástico y que coadyuva la supresión del juicio crítico. Todo ello determina el acceso, por vía Psíquica, a las zonas psiconeuroendocrinas de la Persona Profunda, brindando rendimientos en todos los planos del ser psicofísico que trascienden en mucho los alcances de la voluntad consciente.

5.1 PRINCIPIOS GENERALES QUE FUNDAMENTAN LA INDUCCIÓN DEL TRANCE HIPNÓTICO

Como ya hemos descubierto, la principal indicación para la inducción con éxito de la hipnosis radica en la fijación de la atención. En el momento en que usted fija intensamente la atención sobre algo, el campo de la consciencia se reduce y se hace accesible la mente inconsciente. Las sugerencias, a continuación se deslizan

rebasando la mente consciente, entran a la inconsciente en donde son aceptadas y obedecidas sin crítica. Más aún, toda sugestión que es aceptada y obedecida aumenta mucho la sugestibilidad del sujeto y facilita la profundización gradual de la hipnosis.

Para tener éxito con las inducciones, deben tratarse en forma adecuada todas las dificultades de este tipo antes de iniciar.

La preparación de la mente del sujeto es la más importante de todas las etapas para inducir con éxito la hipnosis. La mayoría de los fracasos al inducir el estado hipnótico, se deben a la falta de una preparación adecuada del sujeto, y a la falta de una discusión apropiada antes de intentar la inducción.

Ahora podemos enumerar ciertas condiciones que son esenciales para la inducción con éxito del estado hipnótico.

- 1. Motivación**
- 2. Eliminación de dudas y temores.**
- 3. Fijación de la atención.**
- 4. Limitación del campo de la consciencia.**
- 5. Relajamiento y limitación de los movimientos voluntarios.**
- 6. Monotonía.**
- 7. Supresión de todas las ideas, excepto aquellas sobre las cuales debe fijarse la atención**

MOTIVACIÓN.

Por lo general es casi imposible hipnotizar a una persona contra su voluntad, pues para tener éxito, el sujeto debe estar dispuesto y sin temores. Debe desear cumplir con las sugerencias del hipnotizador o creer que, pese a su propia voluntad, no puede resistir.

Tratar de averiguar si el sujeto en realidad desea ser hipnotizado, si cree en la hipnosis y si cree que valga la pena para hacer desaparecer sus síntomas.

ELIMINACIÓN DE DUDAS Y TEMORES

Las dudas y temores siempre se deben al concepto equivocado, de parte del paciente, respecto a lo que es probable que suceda en el estado hipnótico.

El temor al fracaso y mucha ansiedad por el éxito.

Ambos pueden originar muchas dificultades. Debe recordar que muchos de los pacientes que llegan a el consultorio para ser hipnotizados ya han intentado casi todos los demás métodos de tratamiento sin éxito. En consecuencia, están convencidos de que la hipnosis puede ofrecerles la última oportunidad de recuperación.

Temor al estado hipnótico en sí.

Esta dificultad en particular es la que se encuentra con más frecuencia. Por cierto existe, un numero asombroso y creciente de pacientes que están tanto temerosos como recelosos de lo que comprende la hipnosis, y a quienes no les agrada mucho la idea de perder su control.

En ocasiones el paciente tendrá un desconocimiento total de su dificultad, ya que muchas personas se muestran tanto ansiosas como dispuestas a someterse a la hipnosis y si embargo, en forma por completo inconsciente, en sus mentes existen estos temores. Bajo estas circunstancias, la mente apelará a cualquier excusa o razón para no perder el control. Esta resistencia inconsciente puede mostrarse en muchas formas distintas. Durante la verdadera inducción el paciente puede parecer que está sumamente divertido e incluso reír. Por otra parte, puede quejarse de malestar físico. Ambas reacciones son evidencia de la resistencia inconsciente a la hipnosis y son meras racionalizaciones, por lo que es de mucha importancia convencerlo de que nada sobrenatural está sucediendo y que de ninguna manera se le ridiculizará.

5.2 PREPARACIÓN DE LA MENTE DEL PACIENTE

Existen ciertas dificultades que se presentan de tiempo en tiempo, cualesquiera de las cuales pueden interferir seriamente con el éxito en la inducción de la hipnosis.

- 1. Una equivocación total de lo que es probable que ocurra en el estado hipnótico.**
- 2. Confusión del sueño hipnótico con el sueño normal.**
- 3. La expectación de amnesia a continuación del trance.**
- 4. La parte que desempeña la "fuerza de voluntad" al inducir el trance**
- 5.-El temor a ser dominado por el hipnotizador.**

Se presenta con tanta frecuencia una o más de éstas en la mente del sujeto que es de suma importancia que cada una de estos puntos deba ser tratado en forma adecuada en la plática preliminar, de manera que el paciente sepa con exactitud lo que debe esperar. Una vez que se ha logrado esto con éxito, ofrecerá mucho menor dificultad la inducción de la hipnosis.

Se debe principiar por preguntarle lo que sabe o lo que ha oído sobre la hipnosis y lo que espera que suceda durante el estado hipnótico y después de éste.

Se le dice que no hay una verdadera semejanza entre el sueño hipnótico y el sueño ordinario. Aun cuando en el principio de la inducción principiará a sentir que sus ojos están cada vez más cansados, y que se le cerrarán en igual forma que cuando duerme, todo el tiempo que permanezcan cerrados, él permanecerá tan despierto y alerta como si los tuviera abiertos.

Se le debe explicar al sujeto que si bien la fuerza de voluntad es de suma importancia en la inducción de la hipnosis, la verdad es que es su propia fuerza de voluntad la que desempeña un papel importante, no la del hipnotizador. Asegurarle al sujeto que no necesita tener ningún temor de ser dominado por el hipnotizador, y que nunca será obligado a hacer o a decir algo a lo cual se oponga decididamente.

5.3 PROFUNDIDAD DEL TRANCE Y SUSCEPTIBILIDAD A LA HIPNOSIS

Esta aceptado que, en términos generales, el 90% de la población puede ser inducida al estado hipnótico por cualquier hipnotizador individual, siempre que el sujeto esté dispuesto y no le tenga temor. Sin embargo el hecho de que el 10 por ciento restante probablemente no responda, no quiere decir que no sea hipnotizable. Algún otro hipnotizador puede tener éxito con ellos, aun cuando a su vez, encontrará otro 10% en el que no tendrá éxito.

También es posible que sea cierto que la mayoría de las personas son hipnotizables por alguien. (Hartland).

Distintas autoridades han descrito más de veinticinco etapas del trance hipnótico, pero para propósitos clínicos prácticos, pueden muy bien reducirse a tres:

- 1. Hipnosis Ligera.**
- 2. Hipnosis de profundidad media.**
- 3. Hipnosis Profunda o sonambulismo.**

Si adoptamos estas 3 etapas, entonces podrá expresarse en las siguientes cifras la susceptibilidad promedio del público en general.

El 10% quizá no responda en absoluto. Sin embargo, podría hacerlo en manos de otro hipnotizador.

El 90% de estos sujetos quizá logre el trance ligero. Incluso en tal estado, puede disminuirse considerablemente la ansiedad y la nerviosidad.

El 70% de estos sujetos es probable que logre el trance de profundidad media. En esta etapa se puede obtener más pasividad y relajamiento. Suele lograrse cierto grado de analgesia: las obturaciones dentales en ocasiones pueden practicarse disminuyendo las molestias, pueden curarse las quemaduras provocando menos dolores al paciente.

El 20% de estos sujetos podrá alcanzar el trance profundo. A esta profundidad, suelen obtenerse grados de analgesia considerables.(Hartland).

La hipnosis médica y dental no es sino otro instrumento terapéutico útil, y se debe intentar que su actitud hacia ella sea la misma que cuando emplee una jeringa hipodérmica.

5.4 GENERALIDADES DE LA INDUCCIÓN DEL TRANCE

El estado hipnótico se produce por la repetición constante de una serie de estímulos sensoriales monótonos y rítmicos, los cuales pueden ser visuales, auditivos o incluso táctiles.

Estímulos visuales.

Mirar un punto fijo, en especial si se mantienen los ojos en una posición un tanto tensa, pronto produce la fatiga de la retina, visión borrosa y sensación de cansancio en los ojos. Al mismo tiempo induce la concentración y se fija la atención.

También se han usado otros estímulos visuales para producir el mismo resultado, tales como el péndulo oscilante o discos o espejos rotatorios y cintilantes. Incluso se puede emplear un metrónomo para el mismo propósito, y éste proporcionará al mismo tiempo tanto las ventajas estimulantes visuales como auditivas.

Estímulos auditivos.

Hablar al sujeto en una forma monótona, rítmica y persuasiva también tiende a producir el mismo estado mental en especial si se hacen sugerencias repetidas de relajamiento.

Estímulos táctiles.

Las caricias suaves sobre la piel, en especial sobre la frente, parecen ejercer una fuerte influencia soporífera e hipnótica.

Esta técnica resulta muy útil en ocasiones en los niños, pero rara vez es necesaria y quizá sea preferible evitarla en los adultos.

Ahora, antes de intentar la inducción de la hipnosis, existen ciertas decisiones de importancia que debemos tomar, las cuales bien pueden decidir el método preciso de inducción que se elija emplear.

5.5 TIPO DE ENFOQUE QUE ADOPTAR

Básicamente, existen dos formas que se pueden usar para la inducción de la hipnosis, y la que se elija debe estar determinada en su mayor parte por la personalidad del paciente con quien se esté tratando.

1. Pasividad mental con distracción.

Esto implica alentar una actitud letárgica en el sujeto, con suspensión de la actividad mental organizada. Se le dice al sujeto

que trate de no escuchar lo que le dice el hipnotizador. Al mismo tiempo, se le da una tarea mental para que la ejecute, la cual, hará que su mente esté ocupada y le distraiga la atención del verdadero proceso de inducción.

Si puede hacer que la mente consciente del sujeto se concentre intensamente en alguna sencilla tarea mental que distraiga su atención del verdadero proceso de inducción, su mente inconsciente será mucho más accesible y, por lo general, entrará al estado hipnótico con mucha más rapidez y facilidad.

2. Participación activa con atención.

Este es el opuesto exacto del método anterior, por medio del cual se incita al sujeto a que escuche con mucha atención lo que se le dice y lo que está aconteciendo. Se le dice al sujeto que escuche cuidadosamente todo lo que dice el hipnotizador. Se le ordena que concentre su atención en todo lo que está sucediendo y, sobre todo, en las sensaciones que experimenta en el transcurso de la inducción.

En todo caso, se debe estar preparado para ser versátil, utilizando la pasividad mental con distracción una vez, y cambiando a la participación activa con atención en otra, si esto parece aconsejable, en especial si no se logra la hipnosis al primer intento. En otras palabras siempre se debe estar preparado para variar de método para ajustarse a los requerimientos del sujeto individual.

5.6 FORMA DE COMUNICAR LAS SUGESTIONES Y SU FRASEOLOGÍA

No es muy difícil inducir cierto grado de hipnosis en la mayoría de los pacientes que estén dispuestos, y se debe iniciar la inducción sintiéndose razonablemente confiado en que tendrá éxito.

Esta confianza se refleja en la voz y contribuirá mucho a asegurar el éxito. Por otra parte, si la voz muestra vacilación o tartamudea, como de seguro será el caso si se anticipa el fracaso, será muy difícil inducir incluso el estado más ligero de trance.

Aun cuando las sugerencias comunicadas en una voz uniforme y monótona con frecuencia tienen éxito, no hay ninguna duda de que su efectividad puede incrementarse mucho mediante el uso adecuado de expresiones verbales que pueden variarse en formas muy distintas como:

- 1. Alteraciones del volumen de la voz.**
- 2. Cambios en el ritmo de la dicción.**
- 3. Énfasis en determinadas palabras.**
- 4. Cambios en la inflexión y modulación de la voz.**
- 5. Inserción de pausas adecuadas entre ideas sucesivas.**

Hablando en términos generales, es mejor evitar los tonos de voz elevados y es preferible hablar con tranquilidad y monotonía, pero con un énfasis definido.

Ciertamente en la mayoría de los casos, un discurso deliberado y rítmico, en un tono de voz uniforme, con frecuencia resultará efectivo. Sin embargo, en ocasiones puede ser aconsejable hablar con más rapidez para mantener la mente del sujeto totalmente ocupada. Esto prevendrá la crítica impidiéndole concentrarse demasiado en sus propias sensaciones. En otras ocasiones, en especial cuando se hacen sugerencias de pesadez, pereza o sueño, es mejor hablar incluso con más lentitud y deliberación de lo acostumbrado, prolongando las palabras clave lo bastante para aumentar la impresión que está tratando de transportar.

En algunos casos, se obtiene una respuesta más completa y efectiva si, además de acelerar el discurso, aumenta el énfasis en las palabras críticas. Pero tan pronto como se obtenga la respuesta, la voz debe regresar otra vez a su entonación monótona y uniforme. Esta variación parece llamar la atención del sujeto sobre lo que está sucediendo, y ejerce un poderoso efecto para reforzar la idea.

Sin embargo se debe tener mucho cuidado en la selección de las palabras correctas que deban enfatizarse. La importancia de esto está ilustrada en la inducción del trance, cuando la hipnosis puede

profundizarse o incluso terminarse en forma accidental por la voz y el énfasis adoptado por el hipnotizador. Si se le dice a un sujeto: "Trate de abrir los ojos. Los tiene muy apretados. Posiblemente no pueda abrirlos", el efecto producido por esta sugestión puede depender por completo de la clase de énfasis que se use y en donde se pone. Si en forma accidental pone el énfasis en la palabra traté- "trate de abrir los ojos"- es probable que la parte final de la sugestión será resistida con más facilidad, y el sujeto probablemente tenga éxito en obligar a sus ojos a abrirse y despertar. Por otra parte, si coloca el énfasis en -"posiblemente no puede abrirlos"- el sujeto quizá no pueda abrir los ojos, a pesar de los esfuerzos que haga por hacerlo, y su hipnosis se profundizará.

La aceptación de una sugestión suele facilitarse elevando la voz hacia el final de una frase, comunicando así un énfasis incrementado y llevando más convicción. A la inversa, bajando la voz al final de frases tales como "cada vez más profundo sueño", parece que se aumenta el efecto en forma considerable. Asimismo, al comunicar las sugestiones, es prudente hacer pausas de por lo menos 15 o 20 segundos entre frases o ideas sucesivas. Esto no sólo ayuda a aumentar el efecto, sino que también tiende a evitar confusión en la mente del sujeto. De hecho, siempre que el tiempo permita el alargamiento adicional de estas pausas se encontrará que se aumenta la efectividad en un grado incluso más grande.

Durante las sesiones terapéuticas, el efecto de una sugestión puede aumentarse mucho si el hipnotizador emplea la voz en forma

tal que exprese una emoción de acuerdo con la idea que está tratando de transportar. La sugestión de disgusto, por ejemplo, se puede comunicar en forma más efectiva si el hipnotizador adopta un tono de voz de acuerdo con ello, aun cuando por el momento no esté en realidad experimentando esta emoción.

5.7 PERSONALIDAD DEL SUJETO

Esta siempre debe ser tomada en cuenta. La clase del individuo inútil y dependiente, que en vano busca alguna autoridad en la que pueda apoyarse, esperará y responderá a un acercamiento positivo. En este caso, las sugerencias deben comunicarse en forma autoritaria, con énfasis y con la máxima convicción, pero aun así, nunca deberán parecer como mandato.

Otros resentirán la más mínima apariencia de dominación y temerán perder el control. Estos requerirán que se les infunda mucho ánimo y, en consecuencia, su discurso casi debe ser una balada, lenta, deliberada, monótona, pero con un marcado compás rítmico.

5.8 PRINCIPIOS Y LEYES DE LA EXPRESIÓN SUGESTIVA

Antes de proceder a estudiar los varios métodos de inducción del trance, es necesario que nos familiaricemos con ciertos principios y leyes que gobiernan el acto de la sugestión. Esto no sólo tiene importancia para comprender las técnicas de la inducción y profundización del trance, sino que encontrará que también son aplicables y significativas si tomamos en cuenta el asunto de la sugestión terapéutica.

1. Siempre deberá aunar el efecto que desee producir con el que realmente está experimentando en ese momento. Este principio debe aplicarse del principio al fin de la inducción del trance y en los procedimientos para la profundización de éste.

Cuando la toco el brazo...se le pone rígido y recto. Tan rígido como si fuera una barra
de hierro.

Y cuando sienta que el brazo se le está poniendo rígido... usted se encontrará en un sueño
muy, muy profundo.

Invariablemente el sujeto relaciona esto en su mente y, en consecuencia, cuando siente que el brazo se le está poniendo rígido, tiende a entrar en un sueño más profundo. lo mismo sucede en el curso de la sugestión terapéutica.

2. Siempre es mucho más fácil lograr la aceptación de una sugestión positiva que la de una puramente negativa. Nunca resulta muy provechoso sugerir a un paciente que sufre de dolor de cabeza que su dolor va a desaparecer. En la mayoría de los casos, es más o menos fácil producir una sensación de calor en la parte afectada por sugestión directa, en especial si esto va acompañado de toques suaves en la parte afectada. Si la sugestión positiva de este calor en aumento entonces se une a la sugestión negativa deseada de la desaparición gradual del dolor, es mucho más probable que ocurra esto.

En ocasiones es más fácil lograr la aceptación de una sugestión si ésta se asocia con una emoción apropiada. En algunos sujetos es posible hacer que el corazón lata con más rapidez sólo por sugestión directa. Sin embargo, si el sujeto es imaginativo y se le induce que se imagine a sí mismo en una situación aterradora que le despierta una emoción pavorosa, hay más probabilidades de que esta sugestión tenga éxito. En el tratamiento del alcoholismo la sugestión de la pérdida del deseo de beber se fortalecerá más si también se le dice al paciente que si bebe tendrá sensaciones muy fuertes de náusea y disgusto.

También existen importantes leyes que gobiernan la efectividad de la sugestión.

1. Ley de la atención concentrada.

Siempre que se concentre la atención en una idea, esa idea tenderá espontáneamente a ser realizada.

2. Ley del efecto invertido.

Siempre que el estado mental del sujeto sea tal que piense "me gustaría hacer esto-pero no puedo", mientras más lo intente, menos podrá hacerlo, a pesar del hecho de que en realidad quiera hacerlo.

Ley de Coue: La imaginación es al cuadrado de la voluntad.

Se puede aplicar esta ley con grandes ventajas para expresar la sugestión durante el periodo de inducción y profundización del trance.

Su brazo ha quedado tan tieso y rígido que le es imposible doblarlo. Mientras más trate de doblarlo, más tieso y rígido quedará.

3. Ley del efecto dominante.

Está basada en el hecho de que una emoción fuerte siempre tiende a reemplazar a una débil. La unión de una emoción fuerte con una sugestión siempre hará que dicha sugestión sea más efectiva.

4. Las sugestiones deben siempre redactarse en forma tal que resulten claras y sin ambigüedades.

El sujeto no debe tener dudas respecto a la intención que se transmite. Sólo debe ser posible una interpretación. Si no es así, con

frecuencia se obtendrán resultados muy desconcertantes e inesperados.

5. Deben evitarse a toda costa las complicaciones excesivas.

Es esencial la sencillez. Deben hacerse todos los esfuerzos posibles para evitar la confusión de la mente del paciente.

6. Nunca deberá emplearse la palabra "debe". No debe existir la ligera sospecha de dominación de ninguna clase.

7. Al expresar las sugerencias debe adoptarse un patrón definitivamente rítmico, las repeticiones son esenciales.

8. No importa lo profundo que sea el trance, jamás se le debe dar al sujeto una sugestión que pudiera encontrar desagradable u objetable. Debe tomarse en cuenta el temperamento de cada sujeto. Lo que una persona puede aceptar con facilidad, otra puede resentirla mucho y rechazarla.

9. En las sugerencias terapéuticas, las más importantes y cruciales siempre deberán dejarse hasta el final. Principie el tratamiento con las sugerencias de menor importancia, seguido por las que tengan un poco más de importancia y concluyendo con las de mayor importancia.

10. las sugerencias deberán expresarse en todo lo posible para que se conformen con los hábitos y pensamientos conocidos del individuo.

Resumiendo, entonces, es de vital importancia que las sugerencias deban expresarse en un tono de tranquila convicción, con la máxima confianza en sí mismo y en su efectividad. Weitzenhoffer lo expresa de la manera siguiente: "Dentro de ciertos límites, una sugerencia será efectiva en el grado que el hipnotizador crea en su efectividad, y en la realidad de los fenómenos que evoca."

CAPITULO 6

FENÓMENOS DE LA HIPNOSIS

Con criterio didáctico conviene estudiar los fenómenos hipnóticos según los estados siguientes:

- 1) En la inducción.**
- 2) En el estado hipnótico.**
- 3) En el periodo post-hipnótico.**

1) FENÓMENOS EN LA INDUCCIÓN HIPNÓTICA

Cuando las condiciones son favorables, el comienzo de la inducción hipnótica polariza la atención del paciente sobre el operador. El campo sensorial de aquél se estrecha gradualmente, de modo que las sugerencias aceptadas y concentradas por su mente van desarrollando un efecto psicoplásico creciente. Las ideas de bienestar, relajación y somnolencia emitidas en la inducción del trance "seudo-onírico", crean en el sujeto un estado afín al sueño, pero con la conciencia más o menos vigilante. Es posible en esta fase inicial, y sin mencionar la palabra sueño, conseguir ya algunos rendimientos, como catalepsia y analgesia.

Todos los planos de la personalidad, conscientes e inconscientes, entran en juego durante el proceso inductivo. pues el sujeto reacciona a éste como unidad integral. Los conflictos

psíquicos, tendencias, esperanzas, actitudes reactivas, temores y conceptos respecto a la hipnosis constituyen factores que gravitan sobre la fenomenología de la inducción y determinan la reacción del sujeto ante la misma.

A medida que el proceso inductivo avanza, la conexión con la realidad se va perdiendo y queda sólo el operador como único puente de relación con aquélla. Se acentúan las alteraciones del esquema corporal y los sujetos suelen experimentar variadas parestesias, tales como frío o calor, temblores, sensaciones de electricidad, etc.

A medida que la hipnosis progresa, la disolución de los límites del Yo, como lo señalan Kubie y Margolin, da paso a una reintegración del mismo en un nuevo plano, en el que la imagen del operador se hace intrapsíquica.

2) FENÓMENOS DEL TRANCE HIPNÓTICO

Espontáneos - Propios de trance -

A partir de la inducción hipnótica, las sugerencias del operador van creando en el sujeto una intensificación del rapport y aumentando a sugestibilidad, con lo que se obtiene el trance propiamente dicho.

A medida que el sujeto profundiza este estado hipnótico, se verifican en él una serie de modificaciones psicósomáticas

características, las que varían según la profundidad del trance obtenido

A) FENÓMENOS ESPONTÁNEOS

La disolución de las barreras represivas que se inicia en la inducción puede acrecentarse durante el estado hipnótico determinando la afloración de impulsos inconscientes. Así, ciertos sujetos experimentan intensas vivencias sádicas, masoquistas, sexuales, agresivas, etc. Estas pueden emerger asociadas con memorias de hechos lejanos, muchas veces totalmente olvidados. Wolberg considera que en ciertos casos esta afloración de fenómenos espontáneos puede deberse al deseo latente del sujeto de complacer al operador presentando las respuestas que en su concepto esperan de él. Algunos sujetos regresan espontáneamente a ciertos periodos de sus vidas de intensa significación emocional, reviviendo situaciones aflictivas importantes. En ciertos histéricos se asiste a la aparición espontánea de crisis de risa y llanto, explosión de cólera, etc. Estos enfermos pueden mostrar toda clase de trastornos motores y sensoriales desencadenados por la situación hipnótica.

Distintas experiencias muestran que el trance hipnótico constituye un estado anabólico en el que se reasegura el restablecimiento de las funciones normales de las células nerviosas debilitadas por un trabajo excesivo, intoxicaciones, etc.

Puede ocurrir que el sujeto en trance hipnótico se deslice hacia el sueño fisiológico desconectándose del operador.

B) FENÓMENOS PROPIOS DEL TRANCE HIPNÓTICO

A) Rapport.

Es la comunicación que existe entre el sujeto y el operador. Esta situación se explica por una profunda concentración del sujeto en el operador, desarrollada por vía sugestiva, mientras su Yo se modifica integrando en sí la imagen del operador, formando un nuevo Yo hipnótico. El sujeto tiene conciencia de la presencia de otras personas pero actúa como si no existieran. El rapport puede transferirse a otro hipnotizador por sugestión.

B) Hipersugestibilidad.

Esta cualidad de la hipnosis marcha paralela con la profundidad del trance; sin embargo, pese a la extraordinaria sugestibilidad que se presenta en el trance profundo, hay límites definidos, Las sugestiónes serán aceptadas y ejecutadas en la medida en que no choquen con las normas éticas profundamente arraigadas, no vayan contra el instinto de conservación o no rocen algún conflicto inconsciente. La hipersugestibilidad varía según las personas y con el entrenamiento de la hipnosis.

Se considera a los dos fenómenos, rapport e hipersugestibilidad, como rasgos cardinales de todo trance hipnótico.

C) FENÓMENOS SUGERIDOS

El funcionamiento de los distintos órganos sensoriales (vista, oído, tacto, gusto, olfato, sensibilidad superficial y profunda) puede ser modificados durante la hipnosis, especialmente en el trance profundo, esta modificación puede ser cuantitativa (aumento, disminución o abolición), y cualitativa (alteración de la cualidad de la percepción: alucinaciones visuales, parestesias, vivencias de frío o calor, etc.).

Alteraciones en la sensibilidad. Las alteraciones cuantitativas de la sensibilidad superficial, especialmente las negativas (anestesia, analgesia, termoanestesia) son las que más nos ocupan en este momento. Anestesia significa sensu strictu, "ausencia de sensación táctil", así como la analgesia implica "ausencia de la sensación dolorosa. En la hipnosis lo que conseguimos es la analgesia.

La analgesia hipnótica se caracteriza porque se distribuye de acuerdo con el concepto que el paciente tiene de los límites topográficos de la zona anestesiada; anestesia en guante y no según la distribución real de los nervios de esa zona.

En algunos sujetos, la analgesia hipnótica obra como una supresión de las reacciones emocionales al dolor. El sujeto siente efectivamente la acción de un estímulo doloroso, pero debido a la hipnosis no experimenta malestar ni desesperación.

Las pruebas habituales para probar analgesia deben hacerse con instrumentos esterilizados, si se ha de penetrar profundamente en la piel; también debe prevenirse al sujeto que en estado

autohipnótico verifica su analgesia, de no pincharse o cortarse demasiado.

El valor de la hipnoanalgesia frente a la anestesia farmacológica reside en la ausencia de shock, en la reducción de hemorragias, eliminación de las molestias postoperatorias y aceleración del restablecimiento; todo ello la convierte en el anestésico ideal, y a veces en el único aplicable, como en ciertos pacientes que no toleran la anestesia por drogas, en algunos ancianos, debilitados cardíacos, etc.

La aplicación indiscriminada de la analgesia hipnótica no está exenta de peligros. Ya sea que se aplique por hetero o autohipnosis, puede ocurrir, por ejemplo, que en caso de traumatismo físico grave, la supresión hipnótica del dolor permita al sujeto movilizarse, aumentando los efectos del traumatismo si hay fracturas y desgarros. El dolor es un aviso natural y sólo debe eliminarse totalmente cuando el paciente ha sido reconocido por el terapeuta. Se ha procurado explicar la analgesia hipnótica atribuyéndola a una supresión del contacto sináptico (Travis), pero esto no se ha podido demostrar experimentalmente. Basándose en el concepto de la psicoplásia, se cree que, así como la intensa concentración hipnótica en la idea "la mano está caliente", se acompaña de cambios vasculares verificables en la mano, es presumible que la idea hipnótica "la mano está insensible" se acompañe psicoplásicamente de transformaciones neuronales específicas, periféricas y centrales, de consecuencias analgésicas en función de dicha idea.

CAPITULO 7

METODOS DE INDUCCIÓN DEL TRANCE

- 1. Fijación de la vista con sugerencias verbales.**
- 2. Relajamiento progresivo.**
- 3. Fijación de la vista con relajamiento progresivo.**
- 4. Fijación de la vista con distracción.**
- 5. Método de la mirada directa a los ojos.**
- 6. Método de levitación de la mano, de Erickson.**
- 7. Método de Whitlow de presión de la carótida.**
- 8. El uso de drogas como coadyuvante para la hipnosis.**

De estos métodos, los que quizá resulten más fáciles y más satisfactorios cuando primeramente se principia con la hipnosis, son la fijación de la vista con relajamiento progresivo y la fijación de la vista con distracción.

1) METODO DE FIJACIÓN DE LA VISTA CON RELAJAMIENTO PROGRESIVO

El sujeto se encuentra tendido sobre un sofá con la cabeza apoyada en una almohada, o cómodamente sentado en un sillón con brazos.

Se le instruye que mire hacia arriba y hacia atrás y que fije la vista en un punto del techo de su propia elección. En otra forma, se le indica que mire la punta de un lápiz sostenido a unas ocho

pulgadas (20 cm.) sobre sus ojos y un poco atrás de él. No importa el punto de fijación que se elija, debe mirar a él constantemente. Si tiene la mirada errante, debe llamársele la atención de inmediato sobre este punto. Esta fijación de la atención tiende a disminuir todos los demás intereses y estímulos externos. Mientras mira al punto u objeto elegido, se le hacen sugerencias verbales con tranquilidad y monotonía.

Resumen del método.

Se le dice al sujeto que se relaje por completo... que respire tranquilamente, adentro, afuera... que mientras lo hace, sentirá que los párpados comienzan a pesar cada vez más... que cuando sienta eso deseará parpadear... que puede parpadear todo lo que desee... que siente los ojos cada vez más cansados que su parpadeo está cada vez más lento y cada vez mayor... que al parpadear siente que se le quieren cerrar los ojos... que en ese momento se le cerrarán solos y que se dormirá. Se continúa con estas sugerencias muy despacio, con ritmo y monotonía, hasta que se observe que los ojos parpadean y se cierran, y el sujeto queda sumergido en un sueño hipnótico ligero.

2) MÉTODO DE RELAJAMIENTO PROGRESIVO

Este método depende de la inducción de pasividad mental, sin acompañamiento de ninguna técnica de distracción. Por lo general es posible que el sujeto se acueste en un sofá, de espaldas con la

cabeza apoyada en una almohada. Observe que no se emplea específicamente ningún punto de fijación. En este caso, la fijación de la atención se orienta hacia un grupo determinado de ideas.

Resumen del método

Se le indica al sujeto que piense en alguna escena agradable y tranquila... que se imagine acostado a la orilla del mar, tomando un baño de sol.... que mientras lo hace, debe permitir que todos sus musculos se aflojen y se suelten... primero los musculos de las pantorrillas... luego los muslos... que a medida que se suelten, notará una sensación de pesadez en la piernas... que se siente muy adormilado y soñoliento... que el relajamiento se va extendiendo por todo su cuerpo... por su pecho... su estómago... su cuello... sus hombros... y sus brazos... que mientras eso sucede, se siente cada vez más soñoliento... que siente los párpados que se le quieren cerrar los ojos... que en ese momento se le cerrarán y que se dormirá.

3) FIJACIÓN DE LA VISTA CON RELAJAMIENTO PROGRESIVO

Este método es el más útil para inducir la hipnosis, y uno de los dos métodos que se deben dominar plenamente antes de intentar cualquiera de las técnicas más avanzadas. Este método depende de la concentración de la atención, ya que el sujeto escucha atentamente, en el transcurso de la inducción, lo que el hipnotizador le dice.

El sujeto se acuesta en un sofá o se sienta en una silla cómoda, y se le indica que elija un punto en el techo, un poco atrás, de manera que mire hacia arriba y hacia atrás. Fija la vista sobre este punto, no debe permitir que la mirada se le desvíe ni un sólo momento. Si la desvía, debe llamársele la atención de inmediato sobre este echo.

Resumen del método.

Se le indica al sujeto que se relaje por completo... que puede notar una sensación de pesadez en los pies y en los tobillos... en las piernas y en los muslos... que tanto sus tobillos con pies y piernas los comienza a sentir completamente relajados... que esa sensación de relajamiento se le está extendiendo por todo el pecho y el cuerpo... que a medida que se extiende, comienza a sentir los párpados muy, muy pesados... los ojos muy, muy cansados... que los musculos del cuello... de los hombros... y de los brazos están cada vez más y más relajados... que se está sintiendo más y más soñoliento, soñoliento que está sintiendo los brazos cada vez más pesados y pesados... que siente que los párpados se le están poniendo tan pesados, pesados que están deseando cerrarse.

Estas sugerencias se repiten en forma monótona, una y otra vez, hasta que los ojos del sujeto pestañeen y se cierren y entre en un sueño hipnótico ligero. Entonces puede profundizarse la hipnosis.

4) FIJACIÓN DE LA VISTA CON DISTRACCIÓN

El sujeto se tiende cómodamente de espaldas en un sillón de brazos adecuado, con la cabeza apoyada, se le dice que se relaje en todo lo posible. Se prefiere situarse a su lado un poco atrás y casi afuera de su vista, se sostiene un lápiz o una pluma a unas 8 plg. (20cm) por arriba de su línea de visión, de tal modo que se vea obligado a mirar a ella hacia arriba y hacia atrás. Esto basta para mantener sus ojos en una posición un tanto forzada. En tanto mira a la punta del lápiz o de la pluma, se le dan instrucciones para que principie a contar en forma regresiva, mentalmente desde el 300 y que lo siga haciendo hasta que se le diga que se detenga. En tanto está ocupado en contar, se le dice suavemente que comienza a sentir los ojos mucho muy cansados... que los párpados son cada vez más pesados... que en ese momento tiene deseos de parpadear que deje que parpadeen todo lo que quieran... y mientras tanto... sentirá los ojos cada vez más pesados.... y como si quisieran cerrarse... completamente por sí solos.

Se deben de observar los ojos con mucha atención, y en el momento que notó que están reaccionando a estas sugerencias y principian a mostrar señales de que van ha cerrarse, se le dice que duerma. Al recibir esta sugerción que se expresa con voz firme y enfáticamente, por lo general cierran los ojos de inmediato y permanecen cerrados, entrando el sujeto a un estado de hipnosis ligera.

5) MÉTODO DE MIRADA DIRECTA A LOS OJOS

Este es un método de inducción que se considera útil sólo en ciertas circunstancias especiales. Si bien tiende indudablemente a producir una forma de hipnosis un tanto más profunda que facilita una profundización mayor, en realidad es demasiado autoritaria, y sólo por esa razón nunca se recomienda su uso como procedimiento de rutina. Se apoya demasiado en el factor prestigio y el sujeto está propenso a creer que está siendo dominado por el hipnotizador, ambas características indeseables que es preferible evitar.

Se reserva para las raras ocasiones cuando las reacciones del sujeto a otros métodos de inducción indican claramente que es probable que su personalidad sólo responda al método dominante.

Resumen del método.

El hipnotizador toma asiento frente al sujeto con el cuerpo ligeramente inclinado hacia adelante. Toma las manos del sujeto y le dice que le mire a los ojos desde una distancia de aproximadamente 60cm. como esto implica el riesgo de que el hipnotizador, si es indebidamente susceptible, sea el primero en sucumbir, por lo general es aconsejable que no mire al sujeto directamente a los ojos, sino que dirija su mirada directamente al puente de su nariz. Será incapaz de notar la diferencia. Durante la inducción, en el caso que resulten cansados los ojos del hipnotizador, o se siente un poco soñoliento, en forma deliberada debe cerrar con los dedos los ojos del sujeto, en tanto simultáneamente cierra los suyos para proporcionarles un poco de descanso. Es por completo seguro hacer

esto, ya que el sujeto nunca se dará cuenta de que esto no constituye una parte esencial de la técnica. Después de unos momentos, el hipnotizador puede abrir de nuevo los ojos del sujeto, reasumiendo su mirada fija. Mientras se le mantienen los ojos fijos en esta forma, se hace el mismo tipo de sugerencias verbales de relajamiento, somnolencia, pesadez en los párpados y que cierre los ojos, como en las técnicas ya descritas.

Este no es un método de inducción particularmente difícil, pero su éxito depende de la propia estabilidad para mantener la vista sin parpadear el tiempo suficiente para que los ojos del sujeto se cierren. Pueden entrenarse los ojos para esta técnica mirando con fijeza la punta de un lápiz colocado a unos 45cm de los ojos.

6) MÉTODO DE PRESIÓN EN LA ARTERIA CAROTIDA DE WHITLOW

Este rápido método de inducción fue primeramente descrito por el Dr. Joseph Whitlow. Con la cabeza del sujeto apoyada por la mano izquierda, se presiona el pulgar y el índice derechos contra el nervio vago y la arteria carótida a cada lado de cuello; al mismo tiempo se hacen sugerencias de que se cerrarán los ojos y que el sujeto se dormirá. La presión, que nunca deberá mantenerse por más de 10 a 15 seg. se afloja tan pronto cómo se relaje el sujeto, y permanece en estado de hipnosis.

Se puede presentar un serio daño cerebral, por falta de sangre e incluso puede ocurrir la muerte, si la presión sobre el vago y la carótidas se mantiene demasiado tiempo.

6) USO DE DROGAS COMO ADJUNTO DE LA HIPNOSIS

Se han utilizado muchas drogas para facilitar la inducción o la profundización de la hipnosis en sujetos difíciles, pero los resultados han sido tan variables como inesperados. Los barbitúricos intravenosos parecen prometedores, ya que suelen ser usados para la liberación del material emocional. Sin embargo su acción en este respecto puede o no relacionarse con la hipnosis.

CAPITULO 8

PROFUNDIZACIÓN DEL TRANCE HIPNÓTICO GRADOS SUPERFICIAL, MEDIO Y PROFUNDO

Una vez que el paciente muestra señales de hallarse en estado hipnoide, (lo cual se expresa en la distensión de los rasgos faciales y la respiración lenta) o ya se han cerrado los ojos, o bien su mano haya tocado la cara (según la técnica inductiva), se continúa con la serie de ejercicios que se consignan a partir del grado superficial. Estos diversos ejercicios están graduados de manera que la verificación de cada uno incrementa la profundidad del trance alcanzada por el inmediato anterior. La respuesta negativa a alguno de ellos no implica el fracaso de la hipnosis, pues por razones inconscientes, buenos sujetos hipnóticos fracasan en ciertos ejercicios y realizan con éxito otros, llegando sin dificultad al trance sonambúlico.

Conviene llevar el paciente al trance lo más profundo posible en la primera sesión, pues de lo contrario las resistencias inconscientes pueden determinar un fracaso en la segunda sesión, mientras que si en la primera se obtuvo una buena profundidad del trance el paciente queda ya condicionado y difícilmente podrá resistir la inducción en la siguiente sesión.

A veces, en la primera sesión no se alcanzan a realizar todos los ejercicios hipnóticos hasta el trance profundo, por lo que se despierta al paciente a la altura de la escala en que se halle al

término del tiempo previsto. Previamente se le dan sugerencias para que en la próxima sesión se sumerja fácilmente en el estado hipnótico a una señal determinada.

A) GRADO SUPERFICIAL

1) Catalepsia flácida del brazo.

Después del cierre de los párpados, se dan al sujeto las siguientes sugerencias:

Ahora usted va a notar una experiencia interesante... Su brazo derecho (o izquierdo) se va a poner cada vez más pesado... cada vez más pesado... a medida que usted se concentre en él va a sentir como si todo el peso de su cuerpo se ubicara en este brazo... y este brazo comienza a ponerse pesado... cada vez más pesado... como una enorme masa de plomo... va haciendo presión sobre el sillón... cada vez el brazo derecho se pone más pesado... más pesado... se va incrustando en el sillón... cada vez más... como una enorme masa de plomo... usted pronto va a notar que se hace difícil moverlo... pronto no podrá levantarlo... y cuanto más trate levantarlo más pesado se pondrá y más sueño sentirá (se emplea aquí el mecanismo del "esfuerzo transformado") ya está enormemente pesado y usted no puede levantarlo cuanto más fuerza hace más imposible es y más sueño siente... trate de levantarlo, es imposible... imposible... imposible levantarlo.

Ahora yo golpeo su brazo y usted notará que se va poniendo cada vez más tieso, y más rígido, (se golpea suavemente a lo largo

de su brazo). Cada vez se pone más tenso , más rígido... se va a poner más duro como una estaca, cada vez más tenso más rígido... se hace cada vez más imposible flexionarlo... (cuando se nota una tensión bien evidente se agrega:) Ahora ya es imposible flexionarlo y cuando más trate de hacerlo más tieso se pondrá y más imposible será flexionarlo... al mismo tiempo sus esfuerzos aumentarán el sueño... trate de flexionarlo, es imposible... imposible... imposible.. imposible.. ya es imposible flexionarlo... esto puede acompañarse de palpación del brazo y un discreto intento de flexionarlo por la acción del operador. Se notará así el grado de rigidez alcanzada.

3) Catalepsia del cuerpo.

"Ahora va a notar usted que ese peso se extiende a todo su cuerpo... su cuerpo se va poniendo blando y pesado... pesado como plomo... su peso lo va pegando al sillón y cada vez es mayor... la respiración se hace lenta y tranquila... lenta y tranquila... cada vez usted se siente más seguro y tranquilo... descansando cómodamente... con el cuerpo cada vez más pesado... cada vez más pesado... extraordinariamente pesado... pronto notará que el peso del cuerpo es tal que se hace imposible incorporarse... y cuando más trate de hacerlo más pesado se pondrá y más se acentuará el sueño... ya el cuerpo esta muy pesado... extraordinariamente pesado... sus límites se van haciendo borrosos... imprecisos... el cuerpo esta cada vez más pesado ... ya no puede incorporarse... y cuanto más trate de incorporarse más imposible será y más sueño tendrá... ya no puede

incorporarse... trate de incorporarse es imposible... es imposible... cuanto más fuerza hace más imposible es y más sueño tiene".

4) Catalepsia de los párpados.

"Ahora usted descansa muy cómodo... tranquilo... seguro... cada vez le resulta más placentera esta experiencia... su respiración se va haciendo cada vez más lenta y tranquila... ahora sus párpados se van poniendo pesados... pesados como plomo... cada vez más pesados... pronto se irán pegando... pegando... pegando estrechamente entre sí, como si estuvieran pegados con pegamento... estrechamente pegados... ya se van pegando... y pronto notará que cuanto más intente levantarlos más se pegarán y más sueño sentirá... pronto estarán completamente pegados... están completamente pegados... trate de despegarlos, es imposible.... imposible.... imposible...

Dentro de las pruebas de profundidad o ejercicios para obtener ésta entran en el grado ligero:

5) Catalepsia vocal. y 6) Prensión involuntaria.

B) GRADO MEDIO

7) Movimientos automáticos.

Resumen del ejercicio.

Con una mano levantada relacionando la profundidad del estado hipnótico con la mano que llevo a tocar su rostro, se le indica al sujeto que su otra mano se va a ir poniendo cada vez más ligera, que cada vez se va sintiendo que pierde peso y se transforma en una pluma, tan ligera como una pluma que flota en el aire, de tal manera que su mano va a ir subiendo a reunirse con la otra, y en el momento que se tocan su sueño es más profundo y sus manos comienzan a girar una al rededor de la otra, y de esta manera se va incrementando la profundidad de su sueño que no se pueden detener por más que se intente. De tal manera que al girar rápidamente las manos la profundidad halla aumentado. Después de este ejercicio se le indica al sujeto que sus manos vuelven a la normalidad poco a poco.

8) Alteraciones de la sensibilidad táctil.

a) Hiperestesia.

"El sueño se va haciendo cada vez más profundo... más profundo... usted va ha percibir ahora una palangana con agua caliente que yo coloco cerca de su mano izquierda (o derecha)... va ha percibir esa palangana cada vez más nítidamente... va comenzando a notar la palangana cerca... al agua caliente y el vapor

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

79

que escapa de la superficie... cada vez la va ha percibir mejor... una vez que la perciba su mano izquierda se elevará en señal de confirmación... y quedará en el aire (la mano izquierda se eleva) muy bien... ahora usted distingue nítidamente esa palangana... el agua caliente que contiene y el vapor que sube... coloco la palangana debajo de su mano izquierda... ahora la mano va ha bajar y tocar el agua... y usted sentirá el calor en los dedos... una vez que perciba su mano volverá a subir en señal de confirmación... (la mano desciende y luego sube)... muy bien usted ha sentido el agua caliente... en cada sesión lo percibirá más rápido y nítidamente... ahora retiro la palangana y su mano baja... su mano ha quedado sensible por el agua caliente y al pincharla apenas la notará más sensible que la derecha... (le toca suavemente la mano izquierda y el paciente la retira).

b) Analgesia.

Ahora vamos a borrar todas las sensaciones que provienen de su mano derecha (o izquierda)... vamos a hacer una analgesia en esa mano... su sueño se va haciendo cada vez más profundo... agradable ... la respiración se hace lenta y tranquila... y el cuerpo esta cada vez más blando... pesado, una onda de calor va recorriendo agradablemente el cuerpo... vamos a anestésiar su mano derecha... ahora inyectaremos una buena dosis de anestésico en un lado de la muñeca derecha... (se presiona levemente un lado de la muñeca con un alfiler) el liquido va penetrando... penetrando y llega hasta los nervios que pasan por la muñeca.. ahora inyectamos una dosis en el lado opuesto... el liquido penetra más y más y llega totalmente a los

nervios... los nervios conducen las sensaciones de su mano al cerebro... son como cables eléctricos que conducen corriente... pero ésta es corriente nerviosa... ahora esos nervios se van bloqueando... bloqueando y no hay transmisión de corriente nerviosa por lo tanto las sensaciones de la mano se van perdiendo... se pierden cada vez más y más y usted va a sentir la piel de su mano cada vez más embotada... más insensible... insensible... como un cuero muerto... sin nervios... cada vez su mano está más embotada... insensible... completamente insensible... usted sólo siente del brazo hasta la muñeca... luego la mano ya no se siente... está completamente anestesiada... esto es muy agradable pues la mano queda libre de toda molestia queda completamente anestesiada... insensible... completamente incapaz de producir molestias... ya no hay corrientes nerviosas, por lo tanto no hay sensaciones...(se prueba la anestesia pinchando el dorso de la mano. tratando de no producir hemorragias) totalmente insensible... y el sueño se va haciendo cada vez más profundo... si ha notado la falta de dolor y la anestesia en la mano derecha, su mano izquierda se levantará en señal de confirmación... (la mano izquierda sube después de un tiempo variable) muy bien ahora su mano izquierda baja... en cada sesión usted podrá percibir la anestesia en forma más rápida y perfecta... siempre que yo le anestesia así cualquier parte del cuerpo usted sentirá una anestesia rápida y perfecta... ahora usted notará la diferencia con la mano izquierda que esta hipersensible por el agua caliente (se pincha la mano izquierda y por lo común el paciente la retira mientras que al pinchar la mano derecha ésta queda inmóvil)... ahora la anestesia de la mano derecha se va a borrar y

luego cuando yo le despierte esa mano estará totalmente normal así como la izquierda..."

En algunos casos la vivencia del agua caliente no deja hipersensible la mano correspondiente, por lo que la respuesta al pinchazo de prueba es leve, pero en otros la hiperestesia se revela porque al menor contacto con el alfiler la mano es retirada violentamente. Por ello, para evitar la persistencia de sensaciones molestas en el período post-hipnótico deben darse siempre sugerencias de borradura de esos síntomas antes de despertar del trance al paciente.

9) Hablar en el trance.

"Ahora va sintiendo una concentración y un sueño cada vez más profundos... más profundos... al mismo tiempo este estado es cada vez más placentero usted se concentrará magníficamente bien... debido a ello su bienestar va en aumento... su respiración es completamente tranquila y lenta.. el cuerpo blando... pesado... caliente... ahora usted va a poder hablar sin despertar y cada palabra que pronuncie aumentará más su sueño... ¿donde vive usted? (el paciente responde con mayor o menor rapidez) ¿cuanto hace que vive allí? (el paciente responde) ¿le agrada la música?

Las preguntas deben ser sencillas y sobre temas corrientes evitando aquellos que podrían inquietar al sujeto y por lo tanto perturbar el desarrollo de la hipnosis.

10) Sugestiones alucinatorias.

a) Visuales.

"Su sueño es cada vez más profundo y su reposo cada vez más completo... más perfecto... ahora le voy a mostrar un campanario y usted verá en él las campanas en movimiento... y luego podrá percibir su sonido... ahora comienza a percibir las campanas en movimiento... la imagen se va haciendo cada vez más nítida... más nítida... las campanas se mueven... una vez que usted las perciba su mano izquierda subirá en señal de confirmación (la mano izquierda sube)... muy bien ahora usted percibe esas campanas en movimiento... cada vez más nítidamente... más nítidamente..."

b) Auditivas.

"Ahora va a llegar hasta sus oídos el sonido de esas campanas... un sonido agradable y cada vez más perceptible... una vez que usted lo oiga su mano izquierda subirá en señal de confirmación... (la mano izquierda sube)... muy bien, su mano izquierda baja... usted ha percibido esas campanas y su sueño se va haciendo cada vez más profundo y reparador... su descanso es cada vez más perfecto..."

c) Olfatorias.

" Ahora usted podrá hablar sin despertar... ¿cual es el perfume de flor que prefiere? (el paciente contesta "Jazmín", en ejemplo). A veces no contesta nada, por estar ligada la imagen de las flores a recuerdos traumáticos como la muerte de un ser querido. En ese caso no se obtendrá la alucinación olfatoria.

Muy bien... ahora su mano derecha se pondrá nuevamente liviana y subirá... colocaré en ella un jazmín fresco... recién cortado" (la mano derecha sube, se toca levemente la mano entre el pulgar y el índice como colocando una flor) "ahora usted lleva la flor hacia la nariz y a medida que la acerca sentirá el fragante aroma de jazmín... fresco y penetrante... al sentirlo, su sueño se hará más profundo aún... ahora usted va sintiendo ese agradable aroma... cada vez más... una vez que lo perciba su mano izquierda subirá en señal de confirmación... (la mano izquierda sube) muy bien ... usted ha sentido ese aroma agradable... su mano izquierda baja y la derecha regresa... retiro la flor y usted siente un sueño más profundo y agradable...

GRADO PROFUNDO O SONAMBÚLICO.

11) Sugestiones post-hipnóticas simples (parpadeo involuntario)

Ahora usted descansa completamente... profundamente... cada vez más profundamente... pronto lo voy ha despertar y usted tendrá

una experiencia muy interesante... cuando abra los ojos, completamente despierto, notará que sus párpados se mueven muy ligero en un parpadeo incontenible... y cuando más trate de impedirlo más parpadeará... será imposible contenerlo... (si los movimientos de las manos fueron incontenibles se agrega:) tan imposible como le fue detener el movimiento de sus manos... cuanto más trate de impedir ese parpadeo involuntario más parpadeará... pero pronto yo le diré: "Ahora están normales" y en ese momento usted comprobará que cesa el parpadeo involuntario y sus párpados estarán normales como siempre" (se repiten las sugerencias de parpadeo post-hipnótico) "Ahora usted va a despertar gradualmente... a medida que yo cuente... y al llegar a 5, usted estará absolutamente despierto... la mente despejada... lúcida... sentirá una agradabilísima sensación de bienestar... como después de un reposo perfecto... reparador... se sentirá absolutamente bien... en todo sentido... a medida que vaya despertando notará la interesante experiencia del parpadeo incontenible... que se mantendrá hasta que yo diga: "ahora están normales..." luego le diré: "duérmase profundamente..." y en ese momento usted notará una somnolencia irresistible y agradable... y pronto usted estará en un estado tan profundo como el actual... si a comprendido, su mano izquierda se levanta en señal de confirmación... (la mano izquierda sube. Se repiten las sugerencias últimas. Debe recordarse que la deshipnotización se hará lentamente, sobre todo en las primeras sesiones).

"Ahora va a despertar gradualmente... 1, comienza a despertarse poco a poco y cada vez se va sintiendo mejor... va despertando más y más... 2, usted va despertando... despertando y se siente muy bien en todo sentido... cada vez más despejado 3, sus párpados se ponen más livianos... el cuerpo más liviano... 4, la mente se pone cada vez más activa, cada vez se siente mejor... más despejado... pronto estará absolutamente despierto... 5, usted está absolutamente despierto y se siente muy bien... en todo sentido." (El paciente parpadea incontinentemente) "¿Que nota?" (el paciente contesta: "los párpados se mueven"). El operador agrega: "En efecto... trate de impedirlo... es imposible" (El paciente intenta detener sus párpados pero fracasa). El operador dice: "Ahora están normales... (el parpadeo cesa instantáneamente)... ¿como se siente?" (después de un breve dialogo sobre la experiencia hipnótica se reinicia la hipnosis o se continúa en la próxima sesión).

Cuando se deshipnotiza a un paciente de un trance no muy profundo conviene reemplazar la palabra despertar por despejar, pues la primera puede provocar dudas en el sujeto respecto a la efectividad de la inducción ya que no experimentó la sensación de estar profundamente concentrado, lo que asimila en parte el trance al sueño común. Generalmente, en esos casos, arguyen que no estaban dormidos pues "tenían conciencia de todo". Se le confirma que así debe de ser en efecto, pues la hipnosis no es sueño y que a medida que se concentre mejor notarán la diferencia tanto con la vigilia como con el sueño.

12) Abrir los ojos sin despertar (alucinar y apagar la vela).

Después de obtenido el parpadeo post-hipnótico, se le da al sujeto la sugestión "duérmase profundamente", a la cual ya está condicionado como se expresó anteriormente. En algunos sujetos hipnóticos la sugestión anterior desencadena el trance inmediato lo que es un signo patognomónico de elevada hipnotizabilidad. Una vez que el sujeto parece en trance, lo que se verifica por su relajación general y respiración lenta, se refuerza la profundidad de la hipnosis con sugerencias como las siguientes: "ahora usted va durmiendo más y más... y cada vez se siente más tranquilo y seguro... a medida que su sueño se hace más profundo su bienestar es mayor... cada vez mayor... cuando esté tanto o más dormido que antes de despertarlo la mano izquierda se elevará en señal de confirmación... (la mano izquierda sube después de un lapso variable) ahora usted va a tener una experiencia muy interesante y agradable... va a poder dormir con los ojos abiertos... sin despertar y a medida que duerma así su sueño será extraordinariamente profundo... más profundo que nunca... sus ojos se irán abriendo poco a poco y a medida que esto suceda su sueño se hará mucho más profundo... más profundo... (el paciente abre lentamente los ojos) muy bien... ahora duérmase cómodamente con los ojos abiertos... usted pronto notará delante suyo una vela prendida que se acerca... cada vez verá más nítidamente la llama oscilando en el aire... una vez que la perciba la mano izquierda se elevará en señal de confirmación..." (la mano izquierda sube) "muy bien... su mano izquierda baja y usted apaga la vela soplando fuertemente... (el

paciente sopla) perfectamente, usted a apagado la vela... los ojos se cierran nuevamente y su sueño se hace mucho más profundo aún..." Algunos sujetos presentan una característica fijeza en la mirada durante este ejercicio, siendo esto por lo común buen signo de trance sonambúlico. Otros en cambio, muestran una movilidad ocular que no se diferencia de la que presentan en vigilia; ello puede indicar un trance no muy profundo, pero esto no es absoluto. En ocasiones, especialmente en trances muy profundos, se observa una total incoordinación en los movimientos oculares. Pueden aparecer estrabismos de todo tipo y movimientos rotatorios extraños. Se han descrito casos en que un ojo rotaba en un sentido y el otro en el sentido contrario.

13) Medir la profundidad del trance (sueño máximo).

Conviene que el propio sujeto confirme cuando se halla en el trance más profundo posible, pues este plano suele ser el más adecuado para la hipnoterapia. Al efecto se le sugiere lo siguiente: "Ahora usted duerme muy profundamente... muy profundamente... pero usted puede aún ir más profundo... y cuando más profundo sea su sueño, más tranquilo, seguro y feliz se va a sentir... usted va a dormir ahora lo más profundamente posible y cuando este en ese sueño que llamamos "máximo". Su mano izquierda se elevará en señal de confirmación... cuando esté dormido al máximo su mano izquierda se elevará... (luego de un lapso variable la mano izquierda sube). muy bien, usted ahora duerme "al máximo" y en cada sesión su sueño máximo será más perfecto y profundo... su mano izquierda

baja... en cada sesión usted llegará al sueño máximo más rápido... bastará que yo le diga "duérmase profundamente" para que de inmediato usted se sumerja fácilmente en el sueño máximo. El sujeto queda así condicionado y en las próximas sesiones, antes de comenzar la hipnoterapia, se lo lleva a este sueño máximo que el mismo sujeto confirma.

15) Amnesia post-hipnótica.

"Cuando usted despierte sólo recordará que ha dormido profundamente... lo cual le será muy grato, pues ello indica que usted posee una gran capacidad de concentración... el hecho de poder olvidar todos los sucesos de la sesión hipnótica favorecerá muchísimo el tratamiento... si usted está de acuerdo en olvidar totalmente esta sesión su mano izquierda se elevará... (la mano izquierda se eleva) muy bien... ahora su mano cae... para obtener un olvido o amnesia total usted repetirá lo siguiente: Cuando yo despierte no recordaré nada y cuanto más trate de recordar menos podré (el paciente repite esta autosugestión con lo que se refuerza la amnesia post-hipnótica.)"

Sugestiones post-hipnóticas complejas.

Hiperestesia y analgesia post-hipnótica.

Estando el paciente en trance profundo se le dan las sugerencias siguientes:

"Ahora vamos a producir rápidamente en la mano izquierda la misma sensación de ardor que la produjo el agua caliente y en cambio en la mano derecha haremos una analgesia profunda e inmediata... Se emiten resumidas las sugerencias de hiperestesia y analgesia. Luego de confirmado el resultado con el alfiler y la elevación de la mano se prosigue sugiriendo: "Cuando yo lo despierte usted notará que la sensibilidad de la mano izquierda, así como la analgesia de la derecha, se mantienen, cosa que comprobará usted mismo con un alfiler. Luego en cuanto yo le diga "ahora sus manos están normales", usted comprobará que sus manos han recuperado su sensibilidad normal. Se despierta al sujeto y se le hace comprobar la diferencia de la sensibilidad en cada mano con un alfiler. Luego de la sugestión "ahora sus manos están normales" el sujeto notará que los síntomas sugeridos son rápidamente substituidos por la sensibilidad normal.

Cuando se desea que la analgesia dure después de algún tratamiento dental, tal como una cirugía oral, se emplea este condicionamiento post-hipnótico agregando que la analgesia le durará hasta la próxima visita al dentista.

CAPITULO 9

TERMINACIÓN DE LA HIPNOSIS (Deshipnotización)

Llegado el momento en el que el operador considera conveniente interrumpir el trance, imparte determinadas sugerencias para ello. Estas sugerencias varían en función de diversos factores, (profundidad obtenida, sugerencias post-hipnóticas, personalidad del sujeto, etc.). En las primeras sesiones se despierta al sujeto más lentamente que en las siguientes, pues a medida que adquiere experiencia recorre con mayor facilidad las etapas entre hipnosis y vigilia. Empero sólo en contadas ocasiones se aplicará el despertar brusco. Una técnica estándar para deshipnotizar es la siguiente: "Ahora usted va a despertar gradualmente a medida que yo cuente hasta 5 ... Cuando diga 5 usted estará absolutamente despierto y perfectamente bien en todo sentido... (se repite). 1, usted comienza a sentirse más lúcido... más despejado... 2, los párpados se van poniendo más livianos, más livianos... 3, usted se va sintiendo más lúcido... se va sintiendo más despejado... cada vez más seguro... contento... tranquilo... 4, el cuerpo se pone más liviano... la mente cada vez más despejada... más lúcida... pronto usted estará completamente despierto y absolutamente bien en todo sentido... ya está despertando completamente y se va sintiendo magníficamente bien... mejor que nunca... y ahora 5, está absolutamente despierto..." Cuando el sujeto ya está bien condicionado al trance, en vez de contar hasta 5

hallaremos suficiente contar hasta 3, pero siempre lentamente y con el tipo de sugerencias arriba descritas.

Después de la primera sesión, especialmente si el trance fue profundo, el sujeto puede experimentar (aunque muy raramente) las siguientes perturbaciones: cefaleas, náuseas, embotamiento, confusión, temblores, mareos, efectos psicósomáticos, etc. Cuando ello sucede, por lo común es debido a un defecto técnico en la deshipnotización. En estos casos es aconsejable rehipnotizar al sujeto y darle entonces sugerencias repetidas de bienestar completo al despertar. Por lo común el paciente despierta luego en perfectas condiciones. En ciertos casos, estas molestias post-hipnóticas surgen como expresión de conflicto que le crea al paciente una sugestión post-hipnótica desagradable. Deben borrarse, antes de despertar, todas las sugerencias cuyo efecto post-hipnótico podría perturbar al sujeto (analgésias, hiperalgésias, alucinaciones, etc.).

Raramente, algunos sujetos presentan una peculiar resistencia a despertar. Cuando ello ocurre se encuentran por lo común algunas de estas motivaciones siguientes:

a) El sujeto rechaza determinada sugestión post-hipnótica desagradable.

b) El sujeto se siente tan cómodo en el trance que no quiere perder esa experiencia placentera. Algunos reconocen luego que por primera vez se han sentido completamente felices.

c) El sujeto desea demostrarse a sí mismo y al operador que no está bajo control de éste.

Cualquiera que sea el caso del rechazo al despertar conviene preguntar al sujeto por las razones de su actitud. Por lo común, el sujeto expresa dichas razones con lo que el operador, en posesión de las mismas, no hallará mayor dificultad en persuadir al sujeto sobre las conveniencias de aceptar el abandono del trance.

Resulta muy eficaz para el mejor desarrollo de las futuras sesiones de hipnosis preguntar sobre sus impresiones respecto a lo experimentado en el trance. Se puede de esta manera reforzar el efecto convincente de los ejercicios hipnóticos logrados, así como corregir las ideas erróneas que pudiera haber elaborado el sujeto.

SEGUNDA PARTE
CAPITULO 10
TEMATICA DE LA INVESTIGACIÓN

A) DESCRIPCIÓN DE LOS OBJETIVOS

GENERAL: Justificar y fomentar la práctica de las técnicas hipnosugestivas en el consultorio dental.

Se comprobara que la hipnosis nos da la analgesia requerida para lograr las intervenciones de cirugía dental sin la aplicación de anestésico farmacológico.

Aumentar el campo de acción de la hipnosis hacia tratamientos como son :

Exodoncia, Endodoncia, Operatoria, Prótesis, Etc.
Demostrando que la mayoría de las personas que son atendidas en el consultorio dental son capaces de desarrollar la analgesia suficiente para los tratamientos que requieran.

**B) DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA PROPUESTA
PARA LA INVESTIGACIÓN**

CRITERIOS DE INCLUSIÓN (variables controladas)

Edad: Sujetos de 18 a 65 años..

Sexo: Masculino y Femenino

Nivel socioeconómico: Medio

Variable reelevante: Personas que acudan a la clínica para atenderse en Operatoria, Prótesis, Exodoncia, Endodoncia, Cirugía.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN.

Personas que no requieran tratamiento dental

Personas que no deseen ser hipnotizadas

Personas con antecedentes neuróticos

Personas con antecedentes alcohólicos

Personas con antecedentes de farmacodependencia

Personas con coeficiente intelectual pobre

Personas con alguna enfermedad física que imposibilite la interrelación Operador-Sujeto

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Toda persona que este fuera de las variables controladas

Personas psicópatas

Personas con tendencias suicidas.

C) AMPLITUD DE LA MUESTRA

40 Casos clínicos, desarrollando tratamientos como: Cirugía dental, Exodoncia, Prótesis dental, Operatoria, etc.

D) PROCEDIMIENTO QUE SE USO PARA OBTENER LA MUESTRA

Toda persona que es tratada bajo hipnosis, es sometida al siguiente cuestionario:

Nombre:	Nombre del medico part.:
Edad :	Tel.:
Sexo :	Estado de salud:
Dirección:	Tabaquismo:
Tel. :	Alcoholismo:

¿Consume algún fármaco? (Nombre, cantidad, frecuencia):

¿A necesitado atención psicológica (que tipo)?:

¿A sido sometido a inducción hipnótica?:

Después de la obtención de los datos anteriores se procederá a la lectura de las normas éticas para la investigación científica. Declaración de Helsinki, Modificación de Tokio.

Se la informará debidamente al posible sujeto de los objetivos, los métodos, las ventajas previstas y los posibles riesgos inherentes al estudio, así como de las incomodidades que este puede acarrear. Se le informará al sujeto de que si lo desea puede abstenerse de participar en el estudio y que es libre de retirar su consentimiento de participación en cualquier momento.

Se obtendrá de ser posible por escrito el consentimiento del sujeto que éste podrá otorgar o negar libremente una vez debidamente informado.

Todo sujeto sometido a la investigación debe encontrarse en estado físico, mental y legal que le permita ejercer plenamente su capacidad de elección.

Después de todo lo anterior se procederá a la inducción de la hipnosis por medio de dos técnicas dependiendo de las características que presente el paciente en relación con la aceptación de las sugerencias hipnóticas.

PASIVIDAD MENTAL CON DISTRACCIÓN. (Cuando el paciente presente dificultad para la concentración) Dr. Jhon Hartlan

PARTICIPACIÓN ACTIVA CON ATENCIÓN. Dr. Jhon Hartlan.

La profundización de los trances se llevará a cabo por medio de las técnicas siguientes:

Relajación progresiva.

Por sugestión directa.

Técnica de visualización de imágenes

Por la inducción de respuestas graduadas. (LERNER)

Inducción de analgesia en guante.

E) ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES

Para efectuar la medición de los resultados se tomarán como base 2 estados :

1.- % de sujetos refractarios

2.- % de sujetos susceptibles a la inducción.

De los sujetos que fueron susceptibles a la inducción sacaremos el porcentaje que tuvo alteraciones en su sensibilidad y a su vez este porcentaje se dividirá en los tipos de analgesia lograda que pueden ser tres:

Analgesia Total %

Analgesia Media %

Analgesia Ligera %

Para clasificar a los sujetos inducidos en alguna de las variables se tomarán los criterios citados a continuación.

Analgesia total: Toda persona que logre bloquear su sensibilidad a tal grado que se puedan realizar intervenciones

como: Extracción dental, Endodoncia, etc. sin la administración de anestésico farmacológico.

Nota. Generalmente todas las personas que logran tal grado de desensibilización son las que han conseguido trances profundos, con los que se puede efectuar relativamente fácil otros fenómenos psicosomáticos como son:

- Disminuir la salivación**
- Disminuir el sangrado**
- Analgesia postoperatoria**
- Amnesia de la intervención.**

Analgesia media: Las personas que logren solamente analgesia suficiente para realizar los tratamientos como: Incisiones de encía, tallado dental en prótesis, operatoria y demás procedimientos donde no se toque pulpa y hueso.

Analgesia Ligera: Todas las personas en las que solo se logre la analgesia al hacer la inyección dental

En estas personas aunque no se logre mucha alteración de la sensibilidad, se manejan otras condiciones favorables cómo:

- Relajación**
- Mayor cooperación para llevar a cabo las instrucciones del operador.**
- Disminución de la nausea**
- Disminución de la probabilidad de desmayo**

F) RECURSOS HUMANOS.

Todas las inducciones hipnóticas son realizadas por el tesista: Juan Antonio T. Trejo Canchola, con la experiencia de dos años en la aplicación de la hipnosis en casos clínico-odontológicos

Se tendrá la asesoría de el Dr. Roberto Villegas Malda y la Colaboración de el Dr. Alejandro López Rodríguez.

En determinadas ocasiones después de la inducción y profundización llevada a cabo por el tesista se realizará el tratamiento odontológico requerido por la Dra. Consuelo Paredes (titular de cirugía en la Clínica Periférica Víctor Díaz Pliego UNAM) o en su caso por alumnos de la misma..

G) RECURSOS MATERIALES.

Instalaciones de la Clínica Periférica Víctor Díaz Pliego
UNAM

Instrumental necesario para el tratamiento que se realice.

CAPITULO 11

REPORTE DE CASOS CLÍNICOS

En el siguiente reporte se tratará de relatar cada uno de los casos clínicos que fueron tratados, señalando el trance alcanzado por la persona, así como los resultados de cada intervención.

Caso No. 1

Nombre del paciente: Micaela Monrroy Mercado.

Edad: 64 años

Sexo: Femenino

Tel.: 3 82 79 96

Tipo de intervención: Cirugía de 3 dientes inferiores incluidos:

2 Caninos y lateral derecho.

Grado de trance obtenido: Trance profundo

Tipo de analgesia producida: Analgesia Total, se realizó toda la cirugía sin necesidad de administrar anestésico farmacológico.

Durante la cirugía fue necesario imprimir 2 radiografías por

lo que la paciente tubo que desplazarse durante el trance esto sin la necesidad de despertarla.

Caso No. 2

Nombre: Cirila Garcia

Edad: 64 años

Sexo: Femenino

Tipo de intervención: En la paciente Cirila García se realizaron tratamientos de operatoria, prótesis, endodoncias en pulpas necróticas, y tratamientos parodontales, se realizaron 2 extracciones de los terceros molares inferiores. Todo esto sin administrar nunca anestésico farmacológico.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total.

Observaciones: A la paciente se le había condicionado para entrar en trance a una señal determinada, por lo que sólo en la primera sesión hubo necesidad de ocupar todo el tiempo de la cita para lograr la profundidad obtenida.

Caso No. 3

Nombre del paciente: Guillermina Garcia

Edad: 62 años

Tipo de intervención: Operatoria dental.

Grado de trance obtenido: Trance ligero.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia ligera, solamente se obtuvo insensibilidad al momento de la infiltración de la anestesia farmacológica.

Caso No. 4.

Nombre del paciente: Guadalupe rosas M.

Edad: 27 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Curetaje abierto con extracciones múltiples, los dientes que se extrajeron, fueron los centrales y laterales inferiores, por razones de pérdida ósea.

Grado de trance obtenido: Trance profundo. La paciente presentaba amnesia no inducida de la intervención.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total. Durante la intervención la paciente se manifestaba incomoda pero no reportaba dolor.

Caso No. 5.

Nombre de la paciente: Norma angélica torres.

Edad: 24 años.

Sexo: Femenino.

Tel.: 8 24 10 88

Tipo de intervención: Curetaje apical.

Grado de trance obtenido: Trance profundo.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total. La cicatrización de la cirugía fue extremadamente rápida a la semana la herida había sanado perfectamente, y sin cicatriz.

Caso No. 6.

Nombre de la paciente: Yolanda Jiménez L.

Edad: 26 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Extracción de el 6 superior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance profundo. la paciente desarrollo amnesia de la intervención.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total.

Observaciones: La paciente reportaba que tenia mucha sensación de nausea y miedo a los dentistas y que sólo una vez la habían intervenido bajo trance hipnótico en la ciudad de Querétaro.

Caso No. 7.

Nombre del paciente: José Gabino Jiménez Tellez.

Edad: 23 años.

Sexo: Masculino

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar inferior derecho incluido.

Grado de trance obtenido: Trance Medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media.

Solamente desarrollo analgesia suficiente para incisión y debridación.

Caso No. 8.**Nombre del paciente: Estela Ramírez C.****Edad: 28 años.****Sexo: Femenino.****Tipo de intervención: Extracción de los caninos inferiores.****Grado de trance obtenido: Trance profundo.****Grado de analgesia obtenida: Analgesia total. La paciente reporto amnesia de la intervención.****Caso No. 9.****Nombre del paciente: Sandra López.****Edad: 18 años.****Sexo: Femenino.****Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar inferior derecho.****Grado de trance obtenido: Trance medio. La paciente se resistió a profundizar su estado por miedo según lo reportó****Grado de analgesia obtenida: Analgesia media. Sólo se consiguió analgesia suficiente para incidir y debridar. Después se tuvo que administrar anestésico farmacológico.****Caso No. 10.****Nombre del paciente: Georgina Sánchez.****Edad: 25 años.****Sexo: Femenino.**

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar inferior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance profundo.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total. Se desarrollo amnesia de la intervención.

Caso No. 11.

Nombre del paciente: Ernestina Méndez M.

Edad: 27 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar superior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media. Sólo se obtuvo analgesia suficiente para incidir y debridar.

Caso No. 12.

Nombre del paciente: Araceli Romero.

Edad: 22 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar superior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance ligero.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia ligera. Sólo se obtuvo analgesia para anular el dolor de la punción del anestésico.

Caso No. 13.

Nombre del paciente: Alejandro Mar Almora.

Edad: 27 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de tratamiento: Cirugía de terceros molares inferiores.

Grado de trance obtenido: Trance profundo.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total.

Observaciones: En el transcurso de la intervención hubo necesidad de despertar al paciente por presentar temblor en el cuerpo, una vez despierto el paciente se tranquilizo y se le volvió a inducir dándole sugerencias de tranquilidad.

Caso No. 14.

Nombre del paciente: Rodolfo Luna Y.

Edad: 27 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de tratamiento: Operatoria dental.

Grado de trance obtenido: Refractario. No respondió a ninguna de las técnicas empleadas.

Caso No. 15.

Nombre del paciente: Josefina Muñoz R.

Edad: 32 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Extracción de Canino superior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media. La paciente reporto dolor y se le administro anestésico farmacológico.

Caso No. 16.

Nombre del paciente: Faustino Díaz.

Edad: 42 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de tratamiento: Extracción de segundo molar inferior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance Profundo.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia Total. El señor reporto amnesia de la intervención.

Caso No. 17.

Nombre del paciente: Verónica González.

Edad: 25 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de tratamiento: Extirpación de tejido pulpar de primer molar inferior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance ligero.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media.

Caso No. 18.

Nombre del paciente: Georgina Rodríguez.

Edad: 35 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Extirpación de cámara pulpar de segundo molar inferior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media. Antes de la aplicación de las técnicas hipnóticas la paciente reportaba dolor al sólo tocarle el molar afectado, y con la administración de la hipnosis el dolor que sentía desapareció.

Caso No. 19.

Nombre del paciente: Rodrigo Mejía.

Edad: 18 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de tratamiento: Cirugía de tercer molar superior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media.

Solamente se obtuvo analgesia para incidir y debridar, después hubo necesidad de administrar anestésico.

El paciente despertó de la hipnosis antes de acabar la intervención por causas de miedo.

Caso No. 20.

Nombre del paciente: Roberto Hernández.

Edad: 20 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de tratamiento: Cirugía de tercer molar inferior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance Medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia Media. Al paciente se le indujo en una cita anterior a la de la intervención, el día de la intervención ya no volvió.

Caso No. 21.

Nombre del paciente: Cuahutemoc Pérez.

Edad: 19 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar superior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance profundo.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia Total. El paciente cuando reportaba molestia se le indujo que cuando sintiera esto al tocar su mano se le iba a pasar el dolor

Caso No. 22.

Nombre del paciente: Verónica Milian Santamaria.

Edad: 21 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Operatoria dental.

Grado de trance obtenido: Trance Medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media.

Caso No. 23.

Nombre del paciente: Norma María Rosales.

Edad: 32 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar inferior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media. A la paciente se le tubo que administrar la hipnosis porque estaba muy nerviosa y el anestésico no hacia efecto.

Caso No. 24.

Nombre del paciente: Rosalba Juárez.

Edad: 34 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Operatoria dental.

Grado de trance obtenido: Trance ligero.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia ligera.

Caso No. 25.

Nombre del paciente: Alberto Méndez Trejo.

Edad: 19 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de tratamiento: Endodoncia de Incisivo central derecho superior.

Grado de trance obtenido: Trance profundo

Grado de analgesia obtenida: Analgesia Total.

Caso No. 26.

Nombre del paciente: Rosalba Méndez.

Edad: 23 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de tratamiento: Operatoria dental.

Grado de trance obtenido: Refractario a la hipnosis.

Caso No. 27.

Nombre del paciente: Hector Salazar.

Edad: 27 años.

Sexo: Masculino.

**Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar superior
derecho.**

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media.

Caso No. 28.

Nombre del paciente: María Gómez .

Edad: 22.

Sexo: Femenino.

**Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar superior
derecho.**

Grado de trance obtenido: Trance Ligero.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media.

Caso No. 29.

Nombre del paciente: Esmeralda Hernández A.

Edad: 18 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar inferior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance ligero.

Grado de analgesia obtenida: Ninguno.

Caso No. 30.

Nombre del paciente: José Ferrusquia.

Edad: 35 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de intervención: Extracción de primer molar superior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance ligero.

Grado de analgesia Obtenida: Analgesia Ligera.

Caso No. 31.

Nombre del paciente: Carlos Alberto Romero Marques.

Edad: 19 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar superior izquierdo.

Grado de trance obtenido: Trance profundo.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total.

Caso No. 32.

Nombre del paciente: Rogelio Vasquez.

Edad: 22 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de intervención: Cirugía de caninos superiores incluidos.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media.

Caso No. 33.

Nombre del paciente: Ivan Ernesto Macias Chavez.

Edad: 21 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar inferior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance profundo.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total. El paciente reportaba que el anestésico infiltrado no había hecho efecto.

Caso No. 34.

Nombre del paciente: Marisol Romero Quinto.

Edad: 21 años.

Sexo: Femenino.

Tel.: 3 19 17 66.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar inferior izquierdo.

Grado de trance obtenido: trance profundo.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total.

Caso No. 35.

Nombre del paciente: Carmen Sánchez Hernández.

Edad: 21 años.

Sexo: Femenino.

Tipo de intervención: Cirugía de tercer molar inferior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia ligera.

Caso No. 36.

Nombre del paciente: Justino García Diego.

Edad: 42 años.

Sexo: Masculino.

Grado de trance obtenido: Refractario a la inducción.

Grado de analgesia obtenida: Ninguna.

Caso No. 37

Nombre del paciente: Guadalupe Rangel Romero.

Edad: 25 años.

Sexo: Femenino.

Tel.: 3 19 14 72.

Tipo de intervención: Operatoria dental.

Grado de trance obtenido: Trance ligero.

Grado de analgesia obtenida: Ninguna.

Caso No. 38.

Nombre del paciente: Martín Jiménez Ledezma.

Edad: 32 años.

Sexo: Masculino.

ipo de intervención: Extracción de Primer molar superior izquierdo.

Tel.: 3 82 01 37.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media.

Caso No. 39.

Nombre del paciente: María de Jesús Arredondo.

Edad: 25 años.

Sexo: Femenino.

Tel.: 3 61 03 87.

Tipo de intervención: Extracción de segundo molar superior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia total.

Caso No. 40.

Nombre del paciente: Ramón Cuellar Palacios.

Edad: 46 años.

Sexo: Masculino.

Tipo de intervención: Extracción de primer y segundo molar superior derecho.

Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media. Hubo la necesidad de administrar anestésico farmacológico.

Caso No. 41.

Nombre del paciente: Ruth Uribe Sosa.

Edad: 21 años.

Sexo: Femenino.

Tel.: 3 52 93 86.

Tipo de intervención: Endodoncia de segundo premolar inferior derecho.

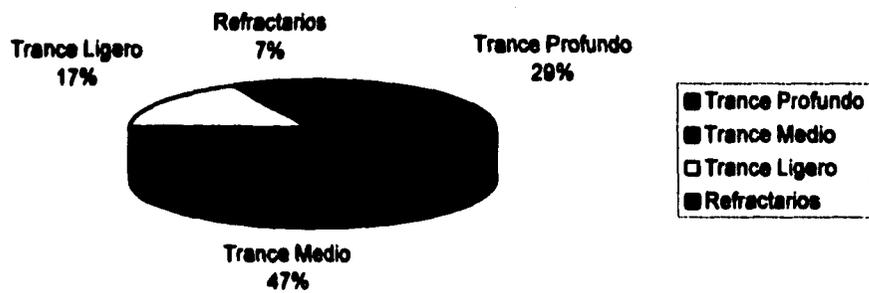
Grado de trance obtenido: Trance medio.

Grado de analgesia obtenida: Analgesia media. Esta intervención fue hecha en pulpa necrotica.

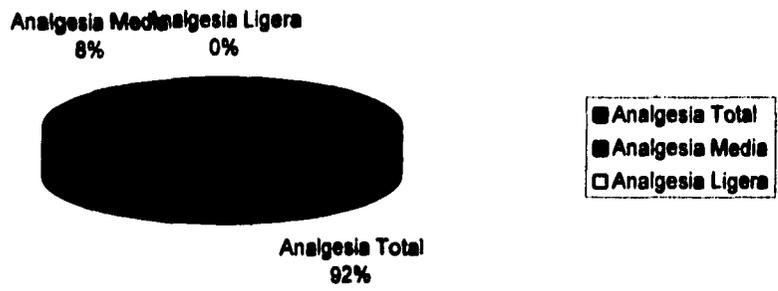
CAPITULO 12
RESULTADOS

12.1 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS RESULTADOS

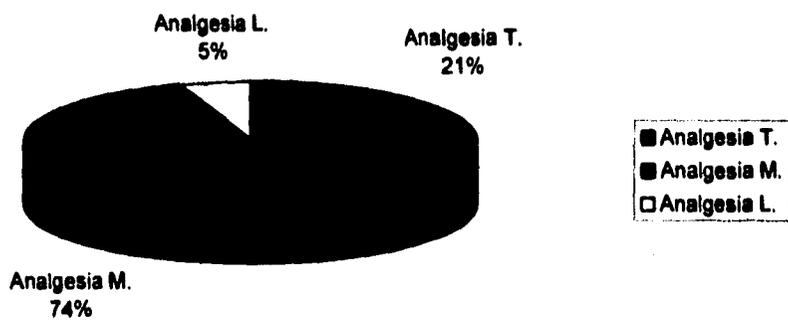
RESULTADOS DE LAS INDUCCIONES HIPNÓTICAS

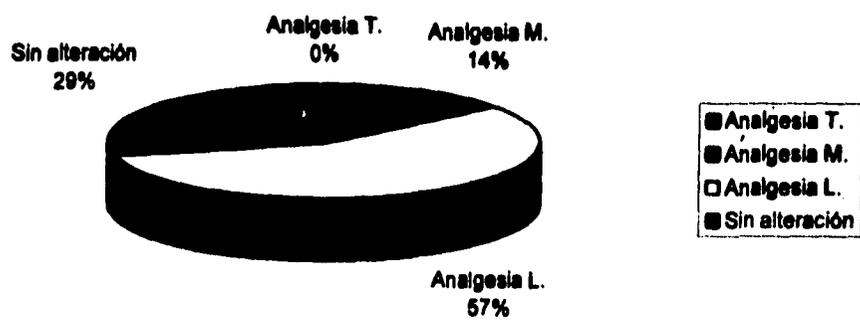


TIPOS DE ANALGESIA OBTENIDOS EN EL TRANCE PROFUNDO

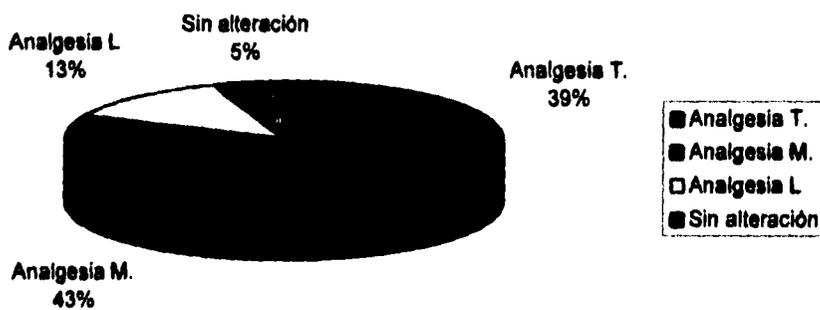


TIPOS DE ANALGESIA OBTENIDAS EN TRANCE MEDIO

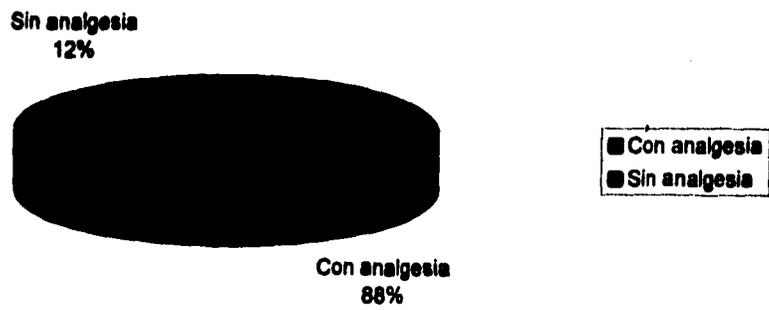


TIPOS DE ANALGESIA EN TRANCE LIGERO

GRADOS DE ANALGESIA OBTENIDA EN LOS PACIENTES HIPNOTIZADOS



RESULTADOS DE LOS 41 CASOS



RESULTADOS

De los 41 casos presentados. 24 fueron mujeres y 17 hombres, 38 fueron susceptibles a la inducción hipnótica y 3 casos resultaron refractarios o no susceptibles a la inducción.

De las 38 personas susceptibles tenemos los siguientes resultados:

a) 12 trances profundos en los que se desarrollaron:

11 analgesias totales, y una analgesia media.

b) 19 trances medios en los que se desarrollaron:

4 analgesias totales, 14 analgesias medias, y 1 analgesia ligera.

c) 7 trances ligeros, en los que se desarrollaron:

1 analgesia media, 4 analgesias ligeras y 2 personas sin alteraciones en su sensibilidad.

Se realizaron 21 cirugías, 8 extracciones, 4 endodoncias, 6 tratamientos de operatoria, una persona en la que se llevaron a cabo tratamientos de exodoncia, endodoncia, parodoncia, prótesis dental y operatoria dental, y otra persona en la que no se intervino por no lograr una inducción adecuada y la persona tenía temor al tratamiento.

De las personas que no lograron alteraciones en la sensibilidad, tenemos los siguientes resultados estadísticos.

3 personas no lograron ningún tipo de analgesia ni entraron en trance hipnótico, esto equivale al 7.3 % de la población en estudio.

Así mismo hubo 2 personas que lograron un trance leve y no pudieron lograr ninguna alteración en su sensibilidad, esto equivale al 25 % de todas las personas que lograron trance leve.

De las dos anteriores connotaciones, observamos que fueron 5 personas en las que no se desarrollo ningún tipo de analgesia, ocupando el 60 % de estos en personas refractarias, sin analgesia y sin trance obtenido, y el 40 % en un trance leve pero sin analgesia, estas cifras equivalen al 12.2 % de toda la población.

Resultados de las personas que lograron analgesia leve:

4 desarrollaron un trance leve, y esto equivale a el 50% de las personas en trance leve, y 1 desarrollo un trance medio, esto equivale a el 5.9 de las personas que desarrollaron un trance medio, en total fueron 5 personas que lograron analgesia leve o ligera, equivaliendo esto a el 12.2 % de toda la población.

Resultados de las personas que lograron analgesia media:

2 personas, en trance leve, que equivale al 25 % de las que se mantuvieron en este tipo de trance, 14 personas, en trance medio, que equivale al 82 % de las personas de trance medio, y una persona con trance profundo, equivalente a el 7.7 % de las personas con trance profundo.

En total fueron 17 personas que obtuvieron analgesia media, esto equivalente a el 41.5 % de toda la población.

Resultados de las personas que desarrollaron analgesia profunda:

2 personas obtuvieron trance medio, equivalente a el 11.8 % de las personas que obtuvieron trance medio, y 12 personas se colocaron en trance profundo, equivalente al 92.3 % de todas las personas en trance profundo.

En total fueron 14 personas que obtuvieron analgesia profunda, equivalente al 34.1 % de toda la población

De todo esto se resume que la mayor cantidad de personas que desarrollaron analgesia se encuentra en el trance medio y que el grado de analgesia generalmente corresponde al grado de trance obtenido, teniendo algunos casos que se salen de esta norma.

12.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

De acuerdo con los resultados expuestos en los estudios de correlación de PEARSON y SPERMAN. A Los que fueron sometidos los resultados obtenidos de las 41 personas, se demostró que nuestra hipótesis es verdadera puesto que el 92 % de todos los pacientes que son susceptibles a la inducción hipnótica logro alteraciones de algún grado en la sensibilidad.

Los análisis estadísticos de:

CORRELACIÓN DE COEFICIENTES POR RANGO DE PEARSON nos da como resultado lo siguiente:

P= .000 (probabilidad)

Grado de correlación = .8919

SPERMAN COORELATION COEFICIENTS

Grado de correlación = .8875

Grado de Significancia=.000

Lo anterior nos da a entender: que la probabilidad (P) de lograr analgesia profunda en un trance profundo dependa de el azar es nula.

El grado de correlación que existe entre la analgesia profunda y el trance profundo es muy significativo, puesto que para poder obtener una analgesia profunda necesariamente se requiere lograr un trance profundo.

A mayor profundidad de trance hipnótico mayor profundidad de analgesia hipnótica

CAPITULO 13

DISCUSIÓN

Variaciones de analgesia en trance profundo: Se obtuvo en contraposición con la teoría que el 92 % de todos los pacientes obtuvieron analgesia completa o total, el 8 % analgesia media y ningún caso en el que la sensibilidad dolorosa no fuera alterada en algún grado.

Variaciones de analgesia en trance profundo: El 74 % de los pacientes de trance medio tuvieron alteraciones en la sensibilidad de tipo medio, el 5 % analgesia ligera y el 21 % Lograron analgesia completa o total.

En lo que se refiere a las variaciones de analgesia en trance ligero.

Se comprueba lo dicho por Dick Read en su teoría del síndrome Temor-Tensión-Dolor, puesto que con las terapias hipnóticas de relajación cuando sólo se ha obtenido un trance ligero pero con una relajación acentuada, y una confianza incrementada por parte del paciente hacia su terapeuta, se anulan los dos elementos del síndrome que son el temor y la tensión dando como resultado disminución de la sensibilidad al dolor. Quizá esto explique los resultados obtenidos en lo que se refiere a las alteraciones de la sensibilidad producidos en 5 trances ligeros en los que se obtuvieron 4 analgesias ligeras y una analgesia media pues esto se contrapone con la teoría de la hipnosis que dice que en un trance ligero difícilmente la sensibilidad es alterada. .

Otro punto por el que la apreciación de alteraciones en la sensibilidad se vea aumentado es por el hecho de que la hipnosis esta siendo mejor aceptada por la comunidad, y se le tiene menor temor a el estado de trance. Posiblemente esto se deba a la divulgación en gran escala de los beneficios que trae con sigo la técnica hipnótica.

CAPITULO 14

CONCLUSIONES

En el estudio hecho encontramos que la aplicación de la hipnosis trae muchas ventajas tanto para el paciente como para el operador, no sólo en lo que se refiere a producción de analgesia, sino que abarca desde producir el cambio de la personalidad del operador para expresar un mejor trato al paciente, dando por resultado el encaminar al odontólogo a ejercer una practica humanística dejando a un lado lo mecanizado y institucionalista que trae con sigo graves perjuicios para los pacientes, esta odontología humanística aunada a los fenómenos producidos por el trance hipnótico darán por resultado una odontología moderna en la que el operador y el sujeto se convierten en una sola instancia curativa; el sujeto para con el operador cooperando con todo lo posible y el operador dando de sí todos los conocimientos aplicados para el beneficio del paciente, anulando la odontología en la que el operador presenta una actitud 100 % autoritaria, y el paciente por su

parte renuente e incrédulo de los tratamientos, generándose así una batalla entre el operador y el paciente..

La hipnosis en la odontología es un arma muy valiosa pero se debe manejar de la manera adecuada para no caer en errores que puedan implicar la incomodidad del paciente así como el rechazo no sólo de la técnica hipnótica sino que podrían conducir al paciente a cambiar de terapeuta.

He observado que lo más importante que debemos conseguir antes de tratar cualquier inducción, es la confianza del paciente hacia nosotros como terapeutas, pues ésta abre la puerta de entrada para que no sólo la hipnosis sino cualquier relación que quisiéramos emprender con el paciente se lleve a cabo. Sin esta confianza del paciente hacia nosotros cualquier intento de inducción será rechazada de antemano.

De todos los pacientes estudiados el 93 % fueron susceptibles a la inducción.

De los anteriores tenemos que el 95 % lograron alteraciones en su sensibilidad al dolor en algún grado.

De esta manera concluimos que la aplicación de la hipnosis para la producción de analgesia es efectivo.

BIBLIOGRAFÍA:

Dr. Jhon Hartlan

La hipnosis en Medicina y Odontología y sus aplicaciones Clínicas

Compañía Editorial Continental (C.E.C.S.A)

Primera Edición En Español

Dic. 1974

Dr. Oswward Andrade Faria

Manual de Hipnosis Médica y Odontológica

Editorial José M. Cajica Jr. S.A.

1959

Dr. Marcelo Lerner

Hipnosis Clínica, Relajación e Hipnoanálisis

Editorial Médica Panamericana

Buenos Aires

1964

Dr. Ramón de la Fuente Muñiz

Psicología Médica

Edit. Fondo de Cultura Económica

12a Reimpresión

1973

C.D. Roberto Villegas Malda

La Hipnosis en el Medio Odontológico

Acta Hipnológica Latinoamericana

1961

Mc. Donald

Psicosomática e Hipnodoncia

Edición 1959

S.J. Van Pelt M.D

Secrets of Hypnotism

Editorial Wilshire Book Company 1969

Declaración de Helsinki

Modificación de Tokio 1975:1-7

Recomendaciones para orientar a los médicos en trabajos de investigación biomedica en humanos.

Investigación Para la Salud Ley Gral. de salud Para los

E.U.Méxicanos Libros económicos 1984:40-3

Zorrilla A.S Planeación de la Investigación. En. Introducción a la metodología de la investigación 2a ed.

México Ediciones Océano 1985: 95-101

Estructuración de un cronograma o agenda. En. Guía para realizar investigaciones sociales 8a Ed. México

UNAM 1988

AGRADECIMIENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

A EL DR. ROBERTO VILLEGAS MALDA

A MI FAMILIA

Y MUY EN ESPECIAL A MI MADRE

GRACIAS

ESTA TESIS FUE IMPRESA EN EL TALLER DE
"IMPRESIONES UGARTE"
EZEQUIEL ORDÓREZ # 60 ACCESORIA # 2
ENTRE LEOPOLDO SALAZAR V. Y ANDRÉS OSUNA
COL. COPILCO EL ALTO
DELEGACIÓN COYOACÁN
C.P. 04360
TELÉFONO: 6 58 66 05.