



FORMACIÓN MÉDICA

Interés de la hipnosis médica en cirugía

Peláez Pérez JM (1), Benhaiem JM (2), Sánchez Casado M (1), Bustos Molina F (1).

Complejo Hospitalario de Toledo.

Hôpital Ambroise Paré y l'Hôtel Dieu, Boulogne-Billancourt, Francia.

Resumen

El propósito de este artículo es dar a conocer la aplicación de la hipnosis médica como complemento a nuestro ámbito de trabajo. Desde su primer avatar conocido como magnetismo animal gracias a los trabajos de Mesmer en el siglo XVIII, ha cambiado su nombre su práctica y sus indicaciones. Históricamente la hipnosis ha evolucionado con altibajos, hasta finalmente ocupar los servicios hospitalarios en el mundo entero, gracias a los trabajos de Milton Erickson.

La hipnosis dentro del contexto de las estructuras hospitalarias ha sido aplicada como terapia por psicoterapeutas. Actualmente otros profesionales de la salud pueden ejercer la hipnosis médica dentro de su especialidad, desde que tengan dicha formación complementaria.

El empleo de la hipnosis como complemento a nuestra práctica anestésica, no es una novedad aunque en España no es una práctica difundida a diferencia del norte de Europa.

Rigurosos estudios en neurociencias han investigado las modificaciones cerebrales bajo hipnosis a fin de explicar la vivencia del paciente.

Las aplicaciones de la hipnosis en anestesia son múltiples; hipnosedación como complemento en técnicas anestésicas, gestión del stress, ansiedad, dolor, trabajo de parto y parto, estudios complementares de imagen etc. El beneficio y la eficacia que conseguimos no solo repercuten en mejorar el confort y la comunicación en el paciente sino también en el resto del equipo quirúrgico.

Introducción

El propósito de este artículo es dar a conocer la aplicación de la hipnosis médica como complemento a nuestro ámbito de trabajo. Desde su primer avatar conocido como magnetismo animal gracias a los trabajos de Mesmer en el siglo XVIII, ha cambiado su nombre su práctica y sus indicaciones. Históricamente la hipnosis ha evolucionado con altibajos, hasta finalmente ocupar los servicios

hospitalarios en el mundo entero, gracias a los trabajos de Milton Erickson.

La hipnosis dentro del contexto de las estructuras hospitalarias ha sido aplicada como terapia por psicoterapeutas. Actualmente otros profesionales de la salud pueden ejercer la hipnosis médica dentro de su especialidad, desde que tengan dicha formación complementaria.

El empleo de la hipnosis como complemento a nuestra práctica anestésica, no es una novedad aunque en España no es una práctica difundida a diferencia del norte de Europa.

Rigurosos estudios en neurociencias han investigado las modificaciones

cerebrales bajo hipnosis a fin de explicar la vivencia del paciente.

Las aplicaciones de la hipnosis en anestesia son múltiples; hipnosedación como complemento en técnicas anestésicas, gestión del stress, ansiedad, dolor, trabajo de parto y parto, estudios complementares de imagen etc. El beneficio y la eficacia que conseguimos no solo repercuten en mejorar el confort y la comunicación en el paciente sino también en el resto del equipo quirúrgico.

El mundo hospitalario está en constante cambio. Hablamos de objetivos, productividad y financiación, a lo que se unen los avances tecnológicos para una nueva y rápida comunicación. En este escenario es donde el médico y el paciente se preguntan cuál es su lugar en una medicina asimilada por la tecnología y la rapidez. Galy (1) introduce el concepto de “MINI”, una trilogía que asocia la cirugía mínimamente invasiva, la reducción de la estancia hospitalaria y un rápido despertar anestésico. Es aquí donde la hipnosis tiene su lugar.

Definimos la hipnosis como una experiencia relacional entre el paciente y el hipnoterapeuta en vista a una modificación perceptiva con un objetivo terapéutico (2). La hipnosis por tanto es una forma de funcionar, que no es ni estar despierto, ni dormir, ni siquiera soñar. Esta experiencia está ligada a nuestra naturaleza como seres vivos y nos permite cambiar la percepción de aquello que vivimos.

La experiencia de la hipnosis es un proceso en el cual el paciente deja la vigilia ordinaria, caracterizada por el control y la vigilancia, llamada vigilia restringida por François Roustang (3), para llegar a un segundo estado de percepción completa, sensorialidad. No se trata de un estado on-off, la hipnosis

es un proceso, una sucesión fluida de etapas en la que ambos estados son inestables.

Los mitos y concepciones equivocadas alrededor de la hipnosis se consideran las barreras más grandes para su implementación eficaz. El modelo de Ernest Rossi (4) basado en los trabajos de Erickson M. nos habla de la hipnosis como la acentuación de un fenómeno natural y cotidiano, en el que ciertas variaciones regulares del nivel de conciencia ocurren cada 90 minutos y favorecen la entrada en trance en un ritmo ultradiano. Lo que podría parecer una observación intuitiva se demostró con estudios experimentales a partir de los años 70 (Broughton, 1975; Rasmussen, 1986).

Las palabras “hipnosis” y “trance” están rodeadas de misterio y temor. Como sugiere Meyerson (5) es necesario tratar este nivel mítico, lo cual puede lograrse científicamente, por ejemplo mediante la distinción entre el “consciente” y el “inconsciente” que aparentemente se acentúa durante un trance o la diferenciación del “cerebro izquierdo-cerebro derecho” que ocurre durante la hipnosis a través de estudios de neuroimagen. Esto también implica que el propio paciente tenga representaciones compatibles con sus vivencias previas.

A nivel práctico es importante abordar el tratamiento del mito, al dar mucha importancia al procedimiento involucrado destinado a la preparación del paciente.

Nuestro entorno: Anestesia y la comunicación hipnótica

El contexto

Dentro del medio hospitalario, la hipnosis está apoyada por la intencionalidad del cuidado sanitario.



La modificación de la percepción tiene por objetivo el alivio del individuo manteniendo su autonomía.

El consentimiento del paciente

Sugerir a un paciente focalizar su atención (de forma visual, auditiva, kinestésica, gustativa) permite acompañarlo si él quiere en una fase inicial. El proceso se puede llevar a cabo si el paciente es plenamente libre, acepta la experiencia propuesta dentro del contexto de una relación terapéutica honesta y explícita. Es en la consulta de anestesia donde se crea esta "alianza terapéutica".

El rol del terapeuta

El profesional de la hipnosis tiene la función de guiar al paciente a apoyarse en sus propios recursos, que ignora pero que están siempre presentes, para llegar a una posición de bienestar de forma autónoma. Es decir, el terapeuta es solo un catalizador de la experiencia.

La experiencia de la hipnosis; cuando lo virtual se vuelve real

Para ceder el control y la razón existen técnicas como la confusión, la focalización de la atención o el aislamiento sensorial, que emplearemos según cada paciente. El anestesta Richard P. (6) habla de la "vigilia real" como un estado compartido dentro del quirófano, donde acompañamos al paciente en su real personal (su mundo imaginario, no compartido por ambos actores) y es precisamente en este estado donde pasará su tiempo durante un procedimiento quirúrgico bajo anestesia locorregional, una prueba diagnóstica o terapéutica de imagen, etc.

El paciente en este proceso hipnótico es estimulado abriéndose a su mundo imaginario mediante la estimulación

mental, dejando su mundo real para pasar a un segundo plano. Lo real se vuelve ahora virtual. Si el paciente acepta ir más adelante (fase de disociación) se sumerge en su mundo virtual interior y éste se vuelve su realidad. En este estado lo virtual se hace real (fase percepción).

¿Podría decirse que la hipnosis es lo mismo que la imaginación?

No, el imaginario es el mundo sobre el que pivota el estado de hipnosis. Los adultos distinguen bien entre el mundo real y el imaginario por todo el conocimiento y experiencia adquiridos a lo largo de su vida. A diferencia del niño cuyo mundo imaginario es su única referencia, por lo que es extremadamente fácil inducir este estado de hipnosis (7). El resultado logrado es potenciar los recursos del propio paciente mediante la comunicación hipnótica.

¿Qué ocurre en el cerebro durante la hipnosis?

Los estudios de imagen de Rainville P. (8) demuestran que las sugerencias hipnóticas de analgesia producen una reducción significativa de la actividad en las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de la información nociceptiva. La sugestión analgésica afecta directamente a los efectos observados a nivel cortical. Si la sugestión concierne a la intensidad sensorial se observa una modificación de actividad del córtex somatosensorial primario. Por otra parte, durante las sugerencias analgésicas se observa una modificación de la actividad a nivel del córtex cingular anterior, zona asociada al sistema límbico (9).

La hipnosis médica, una comunicación privilegiada en el quirófano

La hipnosis conversacional se realiza en tres niveles del lenguaje: lenguaje verbal, lenguaje paraverbal y lenguaje no verbal. Cada hipnoterapeuta en función de sus afinidades, experiencia y comprensión del fenómeno individualiza su propia forma de hacer hipnosis.

La hipnosis conversacional se vuelve un medio de comunicación privilegiado en el quirófano. Estas sutilezas lingüísticas aprendidas en una formación de hipnosis pueden ser fácilmente transmitidas en el lugar de trabajo por ejemplo para procedimientos cortos, gestión del dolor en la unidad anestésica de reanimación postoperatoria (URPA), etc.

Sin embargo, la hipnosedación no puede ser transmitida en unas horas y necesita de una formación y un mantenimiento permanente por parte del personal que la aplica. La hipnosedación está indicada para procedimientos quirúrgicos cortos y reglados donde podemos utilizar mezcla de gases anestésicos con bajas dosis de opioides de corta duración, hipnóticos o anestesia locorreional reforzando este estado de bienestar y confort. Dichas técnicas fueron desarrolladas por la anestesista belga Faymerville E. (10) en los años 90.

Hipnosedación en el quirófano

En el centro hospitalario de Toledo la hipnosis es propuesta en la consulta de anestesia por el médico al paciente o, en el caso del niño, a los tutores y al paciente. Debido a los prejuicios, siendo una práctica desconocida como aplicada a nuestro medio, se explica como una modificación del comportamiento para disminuir la ansiedad y el miedo ante el estrés quirúrgico y la separación de los padres. Es en la consulta preanestésica donde vamos a hablar y a conocer al paciente y su mundo. Podemos decir que la hipnosis comienza en este

momento, pudiendo como será su paso a el quirófano.

La técnica anestésica (local o locorreional) así como la inducción hipnótica debe ser adaptada al paciente, a fin de proponer un ejercicio adecuado a sus necesidades, posibilidades, miedos y deseos. Sería absolutamente inútil proponer al paciente algo que él detesta; es necesario entender y acompañar a el paciente en su propia percepción de la situación que está viviendo. Es necesario conocer cuál es la realidad que está viviendo el paciente en la sala prequirúrgica (miedo, ansiedad, agitación, etc.), para adecuar el ejercicio de la hipnosis al contexto e iniciar la comunicación en los tres niveles de lenguaje, descritos anteriormente. De este modo cada paciente recibe un protocolo individualizado.

Contrariamente a la psicoterapia, la hipnosedación utiliza el principio de sustitución de una realidad por otra, que modo que, una vez establecida una alianza terapéutica, el anestesista acompaña al paciente, en la actividad escogida según sus vivencias y experiencias durante el acto quirúrgico. Por ello, será preferible un escenario ya conocido o vivido, lo que permite una actualización de la percepción más rápida y fácil. No obstante, en pediatría no es raro que los niños inventen realidades donde nunca estuvieron, pudiendo vivirlas como reales.

A lo largo de la experiencia hipnótica, el anestesista define de antemano el signaling consciente que es un signo convenido (como levantar el primer dedo de la mano derecha, etc.) que nos informa que todo va bien cada fase. Esta comunicación es indispensable para asegurar el confort durante la experiencia, siendo necesaria una buena empatía con el anestesista y lo más explícita posible.

Si el nivel de analgesia complementario de la hipnosis no es suficiente o las informaciones a través de la monitorización no son satisfactorias, se administrarán los fármacos necesarios para ratificar la profundidad de la sedación y permitir la continuación de la intervención con el mayor confort.

El empleo de la hipnosis en el quirófano explora la posibilidad de cortar las aferencias sensoriales externas en un entorno elegido.

Conclusiones

Los beneficios de la hipnosis son evidentes tanto para el hospital (11) (en reducción de dosis de medicamentos, tiempo de hospitalización, liberación de URPA) como para el paciente (en bienestar, reducción de las náuseas, alta precoz). Además, esta técnica utiliza los recursos del paciente como la creatividad, imaginación o el refuerzo positivo que le ofrecen confianza, especialmente cuando son niños, porque están orgullosos de haber superado esta experiencia.

El uso de la hipnosis requiere una organización importante en la que todos los implicados participan en la implementación de esta técnica.

Insistimos en la necesidad de una formación de calidad y la importancia de una buena práctica dentro de la hipnosis como un complemento a nuestra formación anestésica. La hipnosis no transforma un chef de cocina en un psiquiatra ni a un dentista en un anestesista. El riesgo que corre la hipnosis hoy es el de ser practicada por personas sin la formación adecuada y ser mal utilizada.

Alentamos a las autoridades sanitarias a regular esta práctica de forma rigurosa como parte de la formación del tercer

ciclo universitario, lo que ya se ha alcanzado en otros países (12).

Bibliografía

– Galy M. Le monde medical et l' hopital en pleine mutation; Pourquoi l'hypnose? Du bloc opératoire à la vie quotidienne; 1 a ed. Paris: Sauramps medical 2015 p.21- 29. ([PDF](#))

– Tosal G. Une definition qui prêt à confusion. Le grand livre de l'hypnose 2 a ed. France: Grupe Eyrolles 2016.p 36-39. ([PDF](#))

– Tosal G. Le processus hypnotique: Une definition organisatrice. Le grand livre de l'hypnose 2 a ed. France: Grupe Eyrolles 2016.p 48-59. ([PDF](#))

– Meyerson J. The myth of hypnosis: the need for remythification. Int J Clin Exp Hypn. 2014;62(3):378-93. ([PubMed](#))

– Sing H.C. Human Biological Rhythms: The Search for Ultradians in Movement Activity Behaviour En: Lloyd D, Rossi E. (Eds). Ultradian Rythms in Life Process. London Springer 2011. p 339-370.

– Richard P. Hypnose et anesthésie. En: Benhaiem JM. La guide de l'hypnose. Paris.Éditions In Press 2015. p 191-209.

– Célestin – Lopiteau I. Qu'est-ce que est l'hypnose? L'hypnose pour les enfants. Paris J. Lyons 2013. 27-54.

– Rainville P, Hofhauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. J Cogn Neurosci. 2002 Aug 15;14(6):887-901. ([PubMed](#)) ([HTML](#))

– Lang E.V, Hatsiopoulou O, Koch T, Berbaum K, Lutgendorf S, Kettenmann E, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. Pain 2005 114; 303-309. ([PubMed](#))

– Vanhauzenhuyse A, Laureys S, Faymonville ME. Neurophysiology of hypnosis. Neurophysiol Clin 2014 Oct;44(4):343-53. ([PubMed](#)) ([HTML](#))

– Lang E. Max P. Rosen. Cost Analysis of Adjunct Hypnosis with Sedation during Outpatient Interventional Radiologic

Procedures. Vascular and Interventional Radiology Feb 2002, 222(2):375-382. ([HTML](#))

– Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. Description of current hypnosis practice in French university hospitals. Encephale. 2017 Oct;43(5):498-501. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Juana María Peláez Peláez

pelaezju@hotmail.com

*PHD Servicio de Anestesia y Reanimación.
Complejo hospitalario de Toledo.*

Aceptado para blog en marzo de 2019.

