

Enfermería Actual en Costa Rica
Universidad de Costa Rica
revenf@cariari.ucr.ac.cr
ISSN (Versión impresa):
ISSN (Versión en línea): 1409-4568
COSTA RICA

2004
Walter Vargas
HIPNOSIS APLICADA A NIÑOS QUEMADOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME
DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO
Enfermería Actual en Costa Rica, abril-septiembre, año/vol. 3, número 006
Universidad de Costa Rica
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica
pp. 1-21

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>





Revista Semestral Número 6 Año 3, Abril – Set.2004

ISSN1409-4568

HIPNOSIS APLICADA A NIÑOS QUEMADOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO¹

Walter Vargas²

RESUMEN

El Síndrome de Estrés Post-traumático (S.E.P.T.), diagnosticado en cinco niños quemados fue tratado con la técnica hipnótica, obteniéndose resultados satisfactorios, y de valiosa consideración teórica.

Se diseñó un procedimiento a tres pasos, para identificar y abordar con la técnica hipnótica el trauma psíquico: primero, el Escenario Traumático (E.T.); segundo, Inventario de los Elementos del Escenario (I.E.E.); tercero, Dinámica de los Elementos del Escenario (D.E.E).

La disociación instrumental que la hipnosis produce, le permite al niño acceder de manera dirigida y segura, al E.T. y con ello construir los escenarios paralelos, isomórficos y binarios, que le ayudarán a desarticular al núcleo traumático.

La técnica hipnótica, permite conocer los procesos defensivos en el trauma, lo cual permite el diseño del tratamiento adecuado a cada niño y niña.

El uso del Enfoque Orientado hacia el Descubrimiento (E.O.D.), permitió abordar los fenómenos psicológicos derivados del trauma, sin lineamientos teóricos y metodológicos estereotipados.

Palabras claves.

1-) Psicología 2-)Niños quemados. 2-) Quemados. 3-) Estres. 4-) Trauma psíquico 5-) Hipnosis 6-) Hipnosis clínica.

Key words: 1-) Psychology 2-)burned children 2-) Burned 3-) Stress 4-) Psyquic trauma 5-) Hypnosis 6-) Clinic Hypnosis.

¹ Fecha de **recepción** de original: junio 2004 - Fecha de **aceptación** de original: julio 2004

² Psicólogo. Estudiante del Doctorado en Sociedad y Cultura de la Universidad de Costa Rica.

Introducción.

Esta investigación, escudriña los fenómenos psicológicos implicados dentro de la categoría diagnóstica, conocida como Síndrome de Estrés Post-traumático (SEPT), específicamente en los procesos defensivos.

Los manuales estadísticos de enfermedades mentales, han carecido de criterios clínicos adecuados para niños, en cuanto al trauma psicológico (Benedeck, 1985), y actualmente nos encontramos en una fase de investigación teórico-experimental que abarca: la investigación sistemática sobre la vulnerabilidad y predisposición; los factores desencadenantes; resistencia al estrés; la independencia de la reacción parental como factor predisponente.

Esta investigación, de carácter exploratorio, focaliza su interés en el desarrollo de instrumentos efectivos para abordar el trauma psíquico en niños quemados, y que son diagnosticados con S.E.P.T. .

Freud (1976b) estudió la neurosis traumática como una experiencia que implicaba no solo el cuerpo, si no el afecto de horror, la angustia, la vergüenza, el dolor psíquico. Esta experiencia traumática, empezaba a ser considerada como única dentro de la psicopatología.

Pierre Janet (Van der Kolb & Van der Hart, 1989) se abocó al estudio de los “automatismos psicológicos”, las ”ideas fijas del subconsciente”, y las “emociones vehementes”, como manifestaciones psicopatológicas de la experiencia traumática. Se destaca, el mecanismo disociativo de los sentimientos y recuerdos relacionados con la experiencia traumática.

Los contenidos psicopatológicos tienen una expresión hacia el cuerpo, sin ingresar en la memoria narrativa (Van der Kolb & Van der Hart, 1989), cada persona

vivencia el trauma de acuerdo a sus características biográficas, aunque las comparaciones se hacen a partir de los síntomas.

Diagnóstico.

El S.E.P.T. se encuentra asociado a otros diagnósticos, como abuso de sustancias, depresión mayor, desorden de personalidad antisocial, desórdenes de ansiedad y pánico, desorden obsesivo-compulsivo, somatización, desorden distímico, pero no se tiene la certeza de si preceden o siguen al trauma (Fairbank, Schlenger, Cardell, Woods, 1993; Sonnemberg, 1998; Rundell, Ursano, Holloway, Silberman, 1989; Mc Farlane, 1989; Brett & Ostroff, 1985; Ettedgui & Briges, 1985; DSM-IV, 1994). Mc Farlane (1989) indica que aproximadamente el 50% de los pacientes con S.E.P.T., tienen desórdenes psiquiátricos asociados. Aunque el estudio de Stoddard & Norman & Murphy & Beardslee (1989) con niños quemados no reveló desórdenes psiquiátricos asociados al momento de la quemadura, aunque sí aparecieron posteriormente.

Las investigaciones sobre S.E.P.T. se remontan hacia las dos guerras mundiales, Vietman, el holocausto, la guerra árabe-israelí y accidentes, muerte, violación y sobrevivientes de desastres naturales o producidos por el hombre (Brett & Ostroff, 1985) y las quemaduras (Stoddart et. al., 1989; Königová, 1992; Long & Cope, 1961; Cordero & Vargas, 1991; Luther & Price, 1981; Adriaenssens, Baeck, Guilles, Mertens, 1987; Tarnowski, 1991; Rivlin, 1988; Patterson, Everett, Burns y Marvin, 1992; Van der Does & Van Dyck, 1989; Holroyd, 1996; Kavanagh, 1990). Se concluye que entre Vietnam, Camboya y Laos, entre 250000 a 2 millones de los 3 millones que participaron, desarrollaron S.E.P.T. (Fairbank et. al., 1993).

El S.E.P.T. se clasifica como un desorden de ansiedad (Fairbank, et. al., 1993; Ettedgui & Bridges, 1985; Sonnemberg, 1988), aunque un comité de revisión del DSM

III consideró la posibilidad de redefinirlo en el DSM IV como disociativo (Fairbank et. al., 1993; Spiegel, Hunt, Dondershine, 1988), ello no fue así, y en el DSM IV mantuvo su condición dentro de los desórdenes de ansiedad.

El evento de la quemadura, se convierte en un estresor extremadamente traumático, en especial por el riesgo inminente de muerte al que se ve expuesto el niño (a), y a partir de ese momento, se empiezan a instaurar en el interior del niño todas las condiciones necesarias para desarrollar el trauma.

La prevalencia del desorden varía de acuerdo al método de diagnóstico, y de acuerdo a la población estudiada, pero se estima que el rango es del 1% hasta el 14%, pero en población de alto riesgo (víctimas de guerra, atentados terroristas, desastres naturales, etc.) se presenta en grados del 3% al 58%.

Los síntomas pueden no manifestarse en los primeros meses, ello va a depender de la severidad, duración y proximidad al evento traumático. En este sentido, este desorden puede desarrollarse en personas que no presentan factores de riesgo.

En niños, los síntomas no se presentan directamente, por ello hay que afinar los instrumentos de diagnóstico, por ejemplo, las pequeñas señales, como la apatía para vivir o jugar o estudiar, constricción del afecto, muchos temores infundados, y somatizaciones.

Existen varias escalas de auto reporte en niños, para medir la ansiedad derivada del S.E.P.T., ejemplo es la entrevista diagnóstica con niños de Pynoos & Eth (1985), en donde ellos aseguran que la exploración completa del trauma ofrece alivio inmediato al niño y no ofrece complicaciones.

Etiología.

Se presentan tres modelos para explicar el desarrollo del S.E.P.T. (Fairbank et. al., 1993): el psicológico, basado en lo psicodinámico, así como en la teoría del

aprendizaje, y el cognitivo, basado en la teoría de la información; el biopsicosocial, que integra áreas; el biológico, que se basa en los neurotransmisores, y la vulnerabilidad genética.

Tratamiento.

Los tratamientos son variados, lo cual obedece al período de investigación sistemático, en el cual nos encontramos, por ello las recomendaciones están en el rango de: psicoterapia individual, familiar, de grupo, la orientación puede ser psicodinámica o cognitiva; farmacológica (Fairbank et. al., 1993; Sonnemberg, 1988; Ettetdgui & Bridges, 1985; Emery & Emery, 1985; Barry, 1987). El narcoanálisis o narcosíntesis es efectivo para abreaccionar el material traumático (Ettetdgui & Bridges, 1985; Sonnemberg, 1988).

Los medicamentos más usados son: antidepresivos tricíclicos como amitriptilina-perpenazina y la doxepina; inhibidores de la monoaminoxidasas; inhibidores de la actividad adrenérgica como propanol, clonidina; benzodiazepinas como diazepam y alprazolam; drogas antimaníacas como carbamazepina, carbonato de litio; el alcohol detiene los recuerdos intrusivos, así como la ansiedad.

La técnica hipnótica es recomendada para lograr la abreacción, y la reconstrucción del evento traumático (Freud, 1976b; Brett & Ostroff, 1985; Ettetdgui & Bridges, 1985; Mc Farlane, 1989; Van der Kolb & Van der Hart, 1989; Fairbank et. al., 1993; Spiegel et. al., 1988; Spiegel, D., 1992). La hipnosis en complemento con un enfoque psicoterapéutico es efectiva (Spiegel, 1992).

La defensa disociativa y la fragmentación del interior.

La disociación normativa es un recurso natural, y adaptativo en los niños (Putnam, 1991), pero con el trauma, ya no se cumple esta función, por ello el E.T. se

empieza a instaurar y a desarrollar su dinámica repetitiva. La disociación adjudica un territorio aparte del resto de la conciencia, al contenido contenido traumático.

El trauma moviliza un fenómeno disociativo, así como todas las defensas involucradas antes, durante y después de la amenaza (Spiegel et. al., 1988). La víctima se auto percibe como una composición de dos partes, dentro de la cual hay un ser inauténtico que vive día a día, y es esta condición la que permite que estas personas sean más accesibles por medio de la hipnosis.

El yo intenta suprimir su propia ansiedad, empleando defensas primitivas, lo cual configura una experiencia traumática intolerable, que es expulsada a la memoria hipnoide (Emery & Emery, 1985).

Algunos síntomas del trauma infantil son (Terr, 1991): a-) recuerdos detallados y totales; b-) El niño hace un avalúo cognitivo, es un intento de dominio retrospectivo; c-) Percepciones erróneas, en donde la vivencia almacenada está alterada, distorsionada, sin sentido.

Definición de hipnosis.

Se tiende a dividir la mente humana entre consciente e inconsciente, siendo esta última zona la idónea para incluir las sugerencias que ejercerán un efecto predeterminado de la conducta (De La Fuente Muñiz, 1968; Gindes, 1972; Yans, 1974; Hewitt, 1989; Hadley & Staudacher, 1994; Alvarenga, 1996).

La hipnosis no es sueño (Martínez & Asís, 1989; Barone y Mandorla, 1994), es una dinámica distinta de la vigilancia, otros la ven como una disociación voluntaria y estructurada (Spiegel et. al., 1988), y siguiendo la línea de Milton Erickson, se la entiende como un tipo de comunicación entre la gente, y no al estado de una persona (Haley, 1986).

Hadley & Staudacher (1994) plantean que la hipnosis es un acto natural de la mente humana, pero solo por medio de la inducción podemos lograr este estado de manera voluntaria.

La fe y la expectación se correlacionan de manera perfecta para permitir el desarrollo de la imaginación y de la motivación, ingredientes básicos para predisponer la conducta (Hadley & Staudacher, 1994).

El apalabramiento que ejerce el hipnólogo, provocará un funcionamiento de ondas cerebrales que va de 7 a 14 ciclos por segundo, aunque se puede operar en Theta que va de 4 a 7 ciclos por segundo (Hewitt, 1989; Alvarenga, 1996; Martínez & Asís, 1989).

La hipnosis pasa por los siguientes pasos, en orden de aparición (Martínez & Asís, 1989): a-) Agotamiento palpebral; b-) Fenómenos corporales, como la relajación física, catalepsia braquial, movimientos automáticos; c-) Sueño hipnótico, se evidencia por la convergencia ocular; d-) Sueño hipnótico profundo, aquí se suceden las órdenes post-hipnóticas complejas, la modificación de la percepción sensorial, cognitiva y conductual; e-) Sonambulismo, aquí sucede la catalepsia braquial, flacidez total, alucinaciones, amnesias parciales, aumento o disminución de umbrales sensoriales, anestesia profunda, sueños de fantasía inducidos.

Otros describen tres grados de la hipnosis: superficial, moderado y profundo (De La Fuente Muñiz, 1968; Gindes, 1972; Hadley & Staudacher, 1994; Alvarenga, 1996).

Toda persona que ingresa al trance hipnótico, no corre ningún peligro, puede salir con la guía del terapeuta, o por sí mismo de manera espontánea (Gindes, 1972; Yans, 1974; De La Fuente Muñiz, 1968; Hewitt, 1989; Barone y Mandorla, 1994; Alvarenga, 1996).

Kroger (1974) menciona los principales fenómenos sugestivos: a-) Catalepsia; b-) Actividades ideo-sensoriales; c-) Actividades ideo-motoras; d-) Sugestiones y condicionamientos post-hipnóticos; e-) Amnesia; f-) Disociación; g-) Hipermnesia; h-) Revivencia y regresión en el tiempo.

La Condición psicológica de los niños quemados.

Long & Cope (1961) entrevistaron a los niños, sus familias, y al personal de salud a su cargo, durante el internamiento, y observaron que los niños, al principio del internamiento eran cooperadores, agradecidos y razonables para con el personal médico y sus procedimientos, pero con los días, se tornaron quejumbrosos, irritables, resistentes y agresivos.

Varios factores se asocian para alterar la conducta de estos niños (Long & Cope, 1961): separación prolongada del hogar, lo cual les provoca tristeza y fantasías de abandono; la anticipación de las curaciones y cambios de vendajes.

Se recomienda aclararle al niño los procedimientos a los que se enfrentará (Long & Cope, 1961; Cordero y Vargas, 1991; Osgood y Szyfelbein, 1989), así como facilitarle la presencia de sus familiares durante el internamiento (Benians, 1989; Königová, 1992).

El uso de anestesia general, puede ser riesgosa, en especial el Metoxilfluorano, el óxido nitroso, y la Ketamina, en especial por la posibilidad de broncoaspiración, el ayuno, y los efectos alucinógenos (Osgood y Szyfelbein, 1989), además de que aquellos pacientes asustados experimentan más dolor (Browden y Burstein, 1990).

Las fases clínicas que atraviesan los niños quemados, se tienden a describir así: a-) Fase de reacción aguda; b-) Fase de recuperación prolongada; c-) Fase de rehabilitación; d-) Reinserción a la familia y al ámbito social.

Cuando las secuelas son faciales, se puede dar un desastre estético (Königová, 1992), y tendencias al aislamiento social (Adriaenssens et.al., 1987) y son de mal pronóstico para el ajuste psicosocial (Tarnowski, 1991).

En Costa Rica los modelos de intervención psicológica son: a-) El realizado por Aguilar y D-arsié (1981), que abarca tres niveles: grupal, individual, institucional y comunitario; b-) El de Cordero y Vargas (1991), que incluye dos niveles, en particular : el individual, en donde se instrumenta a los niños sobre las rutinas médicas, de enfermería, sobre visitas de sus familiares, de juego, de comida, además, se abordan las percepciones y fantasías de los pacientes para con lo que han vivido, sus expectativas dentro y fuera del hospital. En lo grupal, se hace terapia de apoyo con los padres.

En el modelo de Cordero y Vargas (1991) se da seguimiento en la consulta externa con aquellos niños (as) que presentan síntomas psicológicos y de ajuste social.

Relajación, imaginería e hipnosis.

Se ha observado la utilidad de la técnica de relajación Jacobson en niños (Cautela y Groden, 1985), y del ejercicio de relajación de Koepper (Hernández & Rodríguez, S.F.).

Benson (1996) afirma que el cerebro interpreta eventos de dos direcciones: de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba. Benson (1987) asegura que la respuesta de relajación re-estructura cognitivamente a la persona, y contribuye a eliminar el caos interno por medio del diálogo consigo mismo.

Damasio (1994) parte de que la relación mente y cuerpo debe de ubicarse en un sustrato fisiológico, en donde los procesos de emoción y sentimiento son parte de una red neural para la regulación biológica. El cerebro funciona con numerosos sistemas y cuando operan las estrategias de razonamiento, miles de acontecimientos se representan dentro de los programas de actividad, derivando en imágenes con las cuales se razona.

Las imágenes perceptuales al ser recuperadas, se denominan imágenes evocadas y estas ayudan a planear el futuro.

El self es de base neural, y en él se operan una serie de imágenes sobre nuestra identidad y sobre nuestro cuerpo (Damasio, 1994), y cuando aparece la subjetividad, que refiere a un estado del self, el cerebro produce imágenes de un objeto, así como imágenes de las respuestas del organismo al objeto y finalmente, la imagen de un organismo en el acto de percibir y responder al objeto.

Con el paso del tiempo, las interpretaciones de la realidad van cambiando, por ello la memoria es reconstructiva, y las imágenes mentales son intentos por replicar patrones antes experimentados (Damasio, 1994).

Los patrones neurales disposicionales adquiridos, permiten que las imágenes evocadas adquieran una configuración y estas son la base de los pensamientos, sin importar la modalidad sensorial.

Las emociones y los sentimientos comunican significados y actúan como guías cognitivos, en la medida que se responde de acuerdo a la historia particular y a las interacciones con el medio. A este efecto y dinámica se le denomina marcador somático y ayudará al niño a discriminar su conducta ante un evento (Damasio, 1994). El ser humano puede actuar como si el evento estuviese sucediendo, y con ello anticipar su respuesta.

Trabajando con niños.

Dobles (1995) brinda acciones a seguir en la comunicación creativa con niños (as), como lo son: a-) tomar en cuenta el nivel de desarrollo intelectual, emocional y social; b-) estimular sentimientos, y la motivación creadora por medio del juego.

Egan (1991) equilibra el desempeño de la fantasía infantil como el instrumento principal para el conocimiento de la realidad, y resalta dos características: a-) los

ambientes y los personajes tienen elementos mágicos, por lo cual son diferentes de los reales; b-) el uso de pares opuestos, como el bien y el mal o Dios y el Diablo, por ejemplo.

Materiales y métodos.

Se seleccionaron cinco niños quemados internados en la Unidad de Quemados del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. El investigador trabajó con los niños junto a sus camas, y coordinaba con el personal médico y de enfermería para definir sus acciones. El Servicio de Psiquiatría brindó su asesoría.

Solamente un niño se reclutó en la consulta ambulatoria, debido a la cronicidad de sus síntomas post-traumáticos, que detectó el departamento de enfermería. A cuatro niños, excepto la niña, se les dio seguimiento en la consulta externa.

La edad, ni el sexo, ni su condición socio-económica fueron variables a controlar, pero sí se tomó en cuenta el que fuesen verbales y menores de 12 años. Tampoco fue relevante el agente causal, ni el grado de la quemadura, ni el porcentaje de superficie corporal quemada, lo que importó fue la presencia de síntomas compatibles con el diagnóstico de S.E.P.T.

Se empleó el pestañeo sincronizado (Martínez & Asís, 1985) considerando lo siguiente: a-) Rapport con el niño: se le explica el procedimiento; b-) Relajación física y emocional; c-) Fijación de la mirada en un punto fijo: en la mano a una distancia de unos 10 centímetros de la cara del niño y en un ángulo de 20 a 30 grados; d-) Conteo consecutivo por parte del hipnólogo y ante cada conteo cierra y luego abre ambos ojos suavemente; e-) Posición de acostado, mientras el hipnotizador se encuentra detrás de la cabeza del niño o a su lado.

Yehuda (1985) asegura que es mejor intervenir al paciente lo más antes posible, y así se hizo con la hipnosis.

Persons (1986) indica que el estudio de los fenómenos psicológicos en lugar de categorías diagnósticas contribuye a un tratamiento específico y acorde a las características de personalidad del niño (a). Además, se contribuye al desarrollo teórico cuando se conocen los mecanismos de funcionamiento psicológicos involucrados dentro de una categoría diagnóstica.

Gendlin (1986) se dirige a definir los procesos y micro-procesos a investigar dentro de la psicoterapia y se recomiendan registros con audio-tapes y video-tapes, lo cual permitirá observar y evaluar la interrelación terapéutica. En esta investigación todas las sesiones fueron grabadas, luego transcritas a mano y finalmente en imprenta.

Marmar (1990) recomienda construir un banco de datos sobre la base de esos registros.

Maher (1988) propone el Enfoque Orientado al Descubrimiento (E.O.D.), en donde se desecha la prueba de hipótesis, pues no busca confirmar o desconfirmar una teoría. Hill (1990) refiere que este enfoque empírico describe los eventos que ocurren dentro de las sesiones psicoterapéuticas desde un punto de vista no teórico, y la técnica hipnótica fue un instrumento justo en este sentido.

Shoham-Salomon (1990) resalta que los contextos terapéuticos adquieren significados particulares, a la vez que tienen funciones comunes, pero no son eficientes predictores de resultados.

Resultados.

De acuerdo al DSM-IV, los cinco casos reunieron los criterios clínicos para el diagnóstico de S.E.P.T..

Se desarrolló un procedimiento en tres partes: a-) Inventario de los Elementos del Escenario (I.E.E.); b-) Dinámica de los Elementos del Escenario (D.E.E.); Escenario Traumático (E.T.).

Este procedimiento permitió organizar la información recopilada en las sesiones de hipnosis, excepto en la niña de 6 años.

En todos los casos se logró superar la repetición del E.T., y se permitió la reinstauración de la disociación instrumental.

El total de sesiones fue de 81, en un rango de duración media de 30 minutos cada una. El promedio de sesiones con cada uno de los niños fue de 16.2.

La aplicación del parpadeo sincronizado y la fascinación fue efectiva para captar la atención de los niños, no así la técnica de relajación Jacobson.

La inducción en cada niño fue construida en el preciso momento en que se abordaba al niño, y de acuerdo a información clínica obtenida de la entrevista, y de acuerdo al estado físico y psicológico.

Discusión.

En todos los casos el procedimiento de aplicación de la técnica hipnótica fue el siguiente: a-) Sugestiones de descanso físico; b-) Ejercicios de respiración lenta y profunda; c-) Contacto físico de apoyo (mano en la frente); d-) Fijación de la mirada y parpadeo sincronizado; e-) Imaginería; f-) Ordenes post-hipnóticas; g-) Conteo al final de cada ejercicio y cerrar el micro proceso.

Se intentó instaurar la palabra clave (Gindes, 1972; Yans, 1974; Martínez & Asís, 1989; Hadley & Staudacher, 1994), pero no se tuvo éxito con esta población.

La construcción de Escenarios Imaginarios (E.I.) permitió distancia y flexibilidad a los niños para controlar la dinámica traumática (Haley, 1980; Egan, 1991;

Holroyd, 1993; Dobles, 1995), reestableciéndose un extremo del segmento binario (Egan, 1991).

El primer E.I. que se construye al principio con el paciente, es diferente al E.T., puede ser un bosque, el mar, un personaje, y con ello se tranquiliza al niño, y en un segundo momento, se rescatan fragmentos del E.T., con lo cual se ingresaba en la narrativa personal de manera contenida (Eth & Pynoos, 1984); Barry, 1987; Van der Kolb & Van der Hart, 1989).

Los escenarios isomórficos, paralelos y binarios (Egan, 1991) ayudan a superar la impotencia y la pasividad (Eth & Pynoos, 1984) ante el evento traumático y ante las reacciones de los demás hacia las secuelas de quemadura (Luther & Price, 1981; Adriaenssens et. al., 1987; Rivlin, 1988; Tarnowski, 1991; Königová, 1992), pues los escenarios imaginarios no son absolutamente subjetivos (Van der Kolb & Van der Hart, 1989; Egan, 1991; Putnam, 1991; Dobles, 1995).

Las regresiones modificaron la repetición traumática (De La Fuente Muñiz, 1968; Gindes, 1972; Yans, 1974; Freud, 1976^a; Freud, 1976^b; Martínez & Asís, 1989; Van der Kolb & Van der Hart, 1989; Holroyd, 1993; Alvarenga, 1996). También se abordaron revivencias traumáticas por medio del dibujo y el relato en vigilia.

Estos escenarios imaginarios devuelven la capacidad de disociarse instrumentalmente, y sin ellos, las emociones vehementes asociadas a ideas fijas que desembocan en automatismos (Van der Kolb & Van der Hart, 1989) inmersos dentro de los estados hipnoides (Freud, 1976^b) pasarían perturbando al niño (a) toda su vida.

La hipnosis permitió preparar a los niños para controlar sus reacciones ante los procedimientos médicos (Osgood & Szelbein, 1989; Kavanagh, 1990; Stoddard et. al., 1990; Cordero y Vargas, 1991), así como provocar efectos de hipnoanalgesia y

anestesia (De La Fuente Muñiz, 1968; Gindes, 1972; Yans, 1974; Martínez & Asís, 1989; Hadley & Staudacher, 1994; Alvarenga, 1996).

La hipnoanalgesia o anestesia se puede lograr por medio de sugerencias verbales, afirmándose con el contacto físico (Martínez & Asís, 1989; Hewitt, 1989) y así se hizo.

La técnica hipnótica fue efectiva para evocar respuestas emocionales y conductuales (Van der Kolb & Van der Hart, 1989).

En un caso la ira sirvió como guía cognitivo para poder evocar y articular una interacción, y en otro caso, eran el cansancio, el desánimo, la impotencia y la pasividad, el horror, los marcadores somáticos que guiaban la respuesta displacentera (Damasio, 1994).

En todos los casos, los procesos de arriba hacia abajo (Damasio, 1994; Benson, 1996) fueron necesarios para la instauración de los E.T. e igualmente fueron efectivos para construir los E.I. paralelos, isomórficos y binarios.

Una niña fue abordada por medio del relato, siguiendo un criterio clínico, que permitió desarrollar la memoria narrativa (Eth & Pynoos, 1984; Barry, 1987; Van der Kolb & Van der Hart, 1989; Egan, 1991), ella presentó trastornos conductuales y emocionales a lo largo del internamiento que dificultaron su ajuste psicológico (Long & Cope, 1961; Luther & Price, 1981; Brett & Ostroff, 1985; Ettetdgui & Bridges, 1985; Emery & Emery, 1985; Kolb & Brodie, 1985; Rivlin, 1988; Sonnemberg, 1988; Kavanagh, 1990; Stoddard et. al., 1990; Tarnowski, 1991; Teer, 1991; Fairbank et. al., 1993), agravándose con la muerte de su hermano durante el evento traumático (incendio) (Eth & Pynoos, 1984). Igualmente, los demás niños, presentaron en alguna medida disfunción de su conducta, mientras estuvieron internados.

Se incluyó la fascinación asociada al parpadeo sincronizado, esta fue una variante derivada de usar un E.O.D..

Algunos E.I. fueron inspirados en mis propias vivencias y en mi imaginación (Haley, 1980). Los personajes usados tienen el mismo carácter que los encontrados en fábulas o cuentos narrativos (Hewitt, 1989; Egan, 1991; Holroyd, 1993; Dobles, 1995; Alvarenga, 1996).

El uso del lenguaje metafórico estuvo acorde a la dinámica fantástica de los niños (Egan, 1991; Hadley & Staudacher, 1994; Dobles, 1995). En todos los ejercicios, los niños fueron el personaje principal, aunque interactuaban con otros, y con ello la fantasía servía para manejar diferentes contenidos y experiencias (Putnam, 1991).

Fue inefectiva la instauración de la palabra clave (Gindes, 1972; Yans, 1974; Martínez & Asís, 1980; Hadley & Staudacher, 1994).

Cuatro niños experimentaron una serie de efectos motores, sensoriales, de memoria, de revivencias y de voluntad (De La Fuente Muñiz, 1968; Gindes, 1972; Kroger, 1974; Yans, 1974; Hewitt, 1989; Hadley & Staudacher, 1994; Alvarenga, 1996) durante todo el proceso de investigación.

Efectivamente, las variables socio-económicas influyeron en el tratamiento y pronóstico psicológico de los niños, en la medida de mantener carencias económicas y afectivas (Long & Cope, 1961; Luther & Price, 1981; Adriaenssens et. al., 1987; Rivlin, 1988; Königová, 1991; Tarnowski, 1991).

Conclusiones.

- 1-) La aplicación de un E.O.D. no es neutra, siempre implica presupuestos sobre lo que se va a investigar y cómo hacerlo. Importa tener una base multiteórica.
- 2-) Al no haber prueba de hipótesis, se tiene más oportunidad de descubrir e innovar.

- 3-) La información derivada de un E.O.D. puede facilitar la implementación de modelos para el diagnóstico y tratamiento, en este caso del S.E.P.T..
- 4-) La técnica hipnótica sirve como instrumento diagnóstico de los procesos defensivos y para el tratamiento del S.E.P.T.. Se puede preparar al niño (a) por medio de la técnica hipnótica para los procedimientos médicos y de enfermería, se pueden provocar desde fenómenos de hipoanalgesia hasta trances artificiales que le ayuden a controlar el dolor durante un cambio de vendajes.
- 5-) La hipnosis es un instrumento ideal para abordar los estados hipnoides derivados del trauma psíquico.
- 6-) La hipnosis debe de trascender la mecánica causal tradicional. Por ello, no basta con una palabra clave, ni con las sugerencias agradables, pues se requiere de un procedimiento, el cual derivó en: E.T.; I.E.E.; D.E.E.. Además, que estas construcciones sean isomórficas, paralelas y binarias, así como tener en cuenta el nivel de desarrollo psicológico y cronológico del niño y la niña.
- 7-) El anterior procedimiento, ayuda en el re-establecimiento de la disociación instrumental o normativa. No es una sustitución, ni una compensación.
- 8-) El E.O.D., evidencia que los niños quemados deben de ser intervenidos con urgencia.
- 9-) La visita y compañía de los familiares , contribuye en la recuperación del niño y la niña quemado.
- 10-) El trauma psíquico restringe la amplitud de los marcadores somáticos, concentrándole solo en lo amenazante. La intervención terapéutica con hipnosis permite el re-establecimiento de al menos la bipolaridad.
- 11-) La vulnerabilidad de un niño ante el trauma dependerá de las características organizativas y funcionales que adquiera su memoria hipnoide.

- 12-) La técnica de relajación Jacobson no es efectiva con niños quemados, por la agudeza del dolor y las restricciones al movimiento.
- 13-) La intervención del niño quemado deberá seguir este orden: farmacológica e hipnoterapéutica. Este abordaje se mejora con una posición multitéorica e interdisciplinaria, que permita la participación de psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeras, asistentes de enfermería, médicos y damas voluntarias en la atención del niño y la niña quemado.
- 14-) Las imágenes en el trauma abarcan todas las modalidades sensoriales.
- 15-) La memoria hipnoide no es inconsciente.
- 16-) La memoria hipnoide guarda dentro de sí misma: ideas fijas, automatismos psicológicos, y emociones vehementes.
- 17-) Las defensas disociativas son por excelencia típicas del S.E.P.T..
- 18-) El terapeuta debe de crear e imaginar junto al niño, ello garantiza asertividad en la construcción de escenarios imaginarios.
- 19-) El parpadeo sincronizado con fijación de la mirada demostró ser muy útil.
- 20-) Se pueden hacer estudios que controlen variables de orden psicosocial y con ello diseñar estrategias interdisciplinarias de abordaje.
- 21-) Se pueden controlar las variables: superficie corporal quemada, tipo de quemadura y ubicación, para efectos de comparar sujetos con distintos tratamientos.
- 22-) Independientemente, del control de las anteriores variables, se desarrollaron los síntomas del S.E.P.T., y el abordaje evidenció una serie de procesos y micro-procesos derivados del trauma que ya estaban presentes en los niños.
- 23-) Se deben de crear bancos de datos audiovisuales y así poder discutir y analizar las experiencias clínicas con otros profesionales desde posiciones teóricas y metodológicas diferentes.

Bibliografía

- (1) Benedek, E. **Los niños y el trauma psíquico. Una breve revisión del pensamiento contemporáneo. Post-Traumatic Stress Disorder in children**, Edited by Spencer Eth and Robert S. Pynoos. American Psychiatric Press: Washington, D.C., 1985.
- (2) Freud, S. **Obras Completas**, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1976b: Vol. 2.
- (3) Van der Kolb, B./Van der Hart, O. Pierre Janet and breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am. J. Psychiatry* 1990; 146: S.P.
- (4) Fairbank, Schlenger, Cardell, Woods. Post-Traumatic Stress Disorder. En: Sutker Patricia, Adams Henry, eds. **Comprehensive Handbook of Psychopathology**, Segunda edición, New York and London: Plenum Press, 1993.
- (5) Sonnemberg, S. Victims of violence and post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1988; V.11: p.p. 581-590.
- (6) Rundell, Ursano, Holloway, Silberman. Psychiatric responses to trauma. *Hosp. Community Psychiatry* 1989; V. 40: p.p. 68-74.
- (7) Mc Farlene. The treatment of Post- Traumatic Stress Disorder. *British Journal of Medical Psychology* 1989; V62: p.p. 81-90.
- (8) Brett & Ostroff. Imagery and post-traumatic stress disorder. An Overview. *Am. J. Psychiatry* 1985; 142: p.p. 417-424
- (9) Ettegui, E./Bridges, M. Post-traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1985; V. 8: p.p. 89-103.
- (10) American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)**, Fourth Edition, Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- (11) Stoddard, F./Norman, D./Murphy, M./Beardslee, W. Psychiatric Outcome of Burned Children. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1989; 28: pp 589-595.
- (12) Königová, R. The psychological problems of burned patients. The Rudy Hermans Lecture. *Burns* 1992; , V.18: p.p. 189-199.
- (13) Long ,R./Cope, O. Emotional Problems of Burned Children. *New England Journal of Med* 1961; 264:1121-1127.
- (14) Cordero, T./Vargas, W. Planteamientos básicos sobre la intervención del psicólogo en una unidad de quemados. *Revista Costarricense de Psicología*, 1991; V. 9: 57-63.
- (15) Luther, S./ Price, J. Burns and their psychological effects on children. *The Journal of School Health* 1981; pp. 419-422.
- (16) Adriaenssens/Baeck/Gilles/Mertens. Impact of facial burns on the family. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery* 1987; V.21: 303-305.
- (17) Tarnowski, K. Psychosocial Sequelae of Pediatric Burn Injuries: A review. *Clinical Psychology review* 1991; V. 11: 371-398.
- (18) Rivlin, E. The psychological trauma and management of severe burns in children and adolescents. *British Journal of Hospital Medicine* 1988; V. 40: p.p. 210-215.
- (19) Patterson, D./Everett, J./Burns, L./Marvin, J. Hypnosis of the treatment of burn pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; V. 60: 713-717.
- (20) Van der Does, J.W./Van Dyck, R. ¿Does hypnosis contribute to the care of burn patients?. *General Hospital Psychiatry* 1989; 11: 119-124.
- (21) Holroyd, J. Hipnosis, tratamiento del dolor clínico. *IJCEH* 1996; January, S.P.
- (22) Kavanagh, K. Burned Children. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1990; 29: 487 (Letters to the Editor).

- (23) Spiegel, D./Hunt, T./Dondershine, H. Dissociation and Hypnotizability in Post-Traumatic Stress Disorder. *Am.J. Psychiatry* 1988; 145: p.p. 301-305.
- (24) Eth, S./Pynoos, R. Interaction of Trauma and Grief in Childhood. *The Progress in Psychiatry*. En: Spencer Eth, Pynoos R, eds. **Pot-traumatic stress disorder in children**. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1985.
- (25) Emery & Emery. The Defense process in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy* 1985; V. XXXIX: p.p. 541-552.
- (26) Barry, D. An hour of disaster, a lifetime of stress. Learning to live the memory of violence. *Los Angeles Herald Examiner* (Los Angeles, USA), Jan.26, 1987.
- (27) Spiegel, D. The use of hipnosis in the treatment of PTSD. *Psychiatric Medicine* 1992; V. 10: p.p. 21-30.
- (28) Putnam, F. Dissociative Disorders in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America* 1991; V.14: p.p. 519-529.
- (29) Terr, L. Childhood Traumas: An Outline and Overview. *Am. J. Psychiatric* 1991; 148: p.p. 10-20.
- (30) De La Fuente Muñiz, R. **Psicología Médica**, Octava edición, México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1969.
- (31) Gindes, B. **Nuevos conceptos sobre el hipnotismo**, Buenos Aires: Editorial Psique, 1972.
- (32) Yans, A. **El hombre nuevo**, Guatemala: Instituto Guatemalteco de Psicología e Hipnosis Clínica, 1974.
- (33) Hewitt, W. **Hypnosis. A power program for self-improvement changing your life and helping others**, St. Paul, Minnesota: Ilewellyn Publications, 1989.
- (34) Hadley, J./Staudacher, C. **Hypnosis. Camino para el cambio**, Barcelona: Ediciones Robinhook, S.L., 1994.
- (35) Alvarenga, M. **El hipnotismo**, San José: Editorial Porvenir, S.A., 1996.
- (36) Martínez, P/Asís, M. **Hipnosis, teoría, métodos y técnicas**, La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1989.
- (37) Haley, J. **Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson**, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1986.
- (38) Barone, E./Mandorla, J. **ABC de la hipnosis**, Gerona: Tikal ediciones, 1994.
- (39) Kroger, W. **Hipnosis clínica y experimental**, Tercera edición, Buenos Aires: Editorial Glem, S.A., 1974: tomos 1-2-3.
- (40) Osgood, P./Szyfelbein, S.K. Management of burn pain in children. *The Pediatric Clinics of North America. Acute pain in children* 1989; 36: p.p. 1001-1013.
- (41) Benians, R.C. The influence of parental visiting on survival and recovery of extensively burned children. *Burns*, 1988; 14: 31-34.
- (42) Bowden, Ch./Burstein, A. **Bases psicosociales de la atención médica**, México D.F.: Editorial Limusa, 1990.
- (43) Aguilar, M./ D-Arsié, G. **Inserción del psicólogo en ámbitos no tradicionales. Práctica de la psicología en una sala de medicina. Unidad de Quemados del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera"**. Tesis para optar a la Licenciatura en Psicología, U.C.R., Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Psicología, 1981.
- (44) Cautela, J./Grodén, J. **Manual práctico para adultos, niños y educación especial**, Barcelona: Libros universitarios y profesionales Martínez Roca, 1985.
- (45) Hernández, R./Rodríguez, S. **Ejercicio de relajación para niños de Koepper**, San José: Ministerio de Salud. Departamento de Salud Mental, S.F.
- (46) Benson, H. **Curados por la fe**, Bogotá: Editorial Norma, S.A., 1996.
- (47) Benson, H./Proctor, W. **La relajación**, México D.F.: Editorial Grijalbo, 1987.

- (48) Damasio, A. **Descarte's error: Emotion, Reason and The human Brain**, New York: Grosset/Putnam, 1994.
- (49) Dobles, M. **Literatura Infantil**, Quinta Reimpresión, San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1995.
- (50) Egan, K. **La comprensión de la realidad en la educación infantil y primaria**, Madrid: Editorial Morata, 1991.
- (51) Yehuda, N. Post-Traumatic Stress Disorder in Children. Edited by Spencer Eth and Robert S. Pynoos. American Psychiatric Press: Washington, D.C., 1985.
- (52) Persons, J.B. The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychiatric* 1986; V. 41: pp. 1252-1260.
- (53) Gendlin, E. T. ¿What comes after traditional psychotherapy research?. *American Psychologist* 1986; V. 41: pp. 131-136.
- (54) Marmar, C.R. Psychotherapy process research: progress, dilemmas and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; V. 58: pp. 265-272.
- (55) Maher, A. Discovery-Oriented Psychotherapy Research. Rationale. Aims, and Methods. *American Psychologist* 1998; V. 43: pp. 694-702.
- (56) Hill, C.E. Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and clinical Psychology* 1990; V. 58: pp. 288-294.
- (57) Shoham-Salomon, V. Interrelating Research Process of Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990, V. 58 : pp. 295-303.
- (58) Holroyd, J. Seminario-Taller sobre hipnosis y manejo del dolor en niños. Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Saénz Herrera". San José, Costa Rica, Marzo, 1993.
- (59) Freud, S. **Obras Completas**, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1976^a: Vol. 1.
- (60) Stoddard, F./Norma,D./Murphy, M./Beardslee, W. Psychiatric outcome of burned children and adolescents. *J.Am. Acad. Child Adolesc* 1989; 28: 589-595.
- (61) Kolb, L./ Brodie, H.K. **Psiquiatría Clínica**, Sexta edición, México D.F.: Interamericana,1985.