

APROXIMACION A LA ANAMNESIS Y TERAPEUTICA

EN UN PACIENTE SUBSIDIARIO DE TRATAMIENTO HIPNOTERAPICO

PRESENTACION DE UN CUADRO CLINICO

Jose Lopez Galvez

Licenciado en Medicina
y Cirugía. Diplomado
en Hipnología médica
e Hipnosicoterapia.
Anestesiólogo.

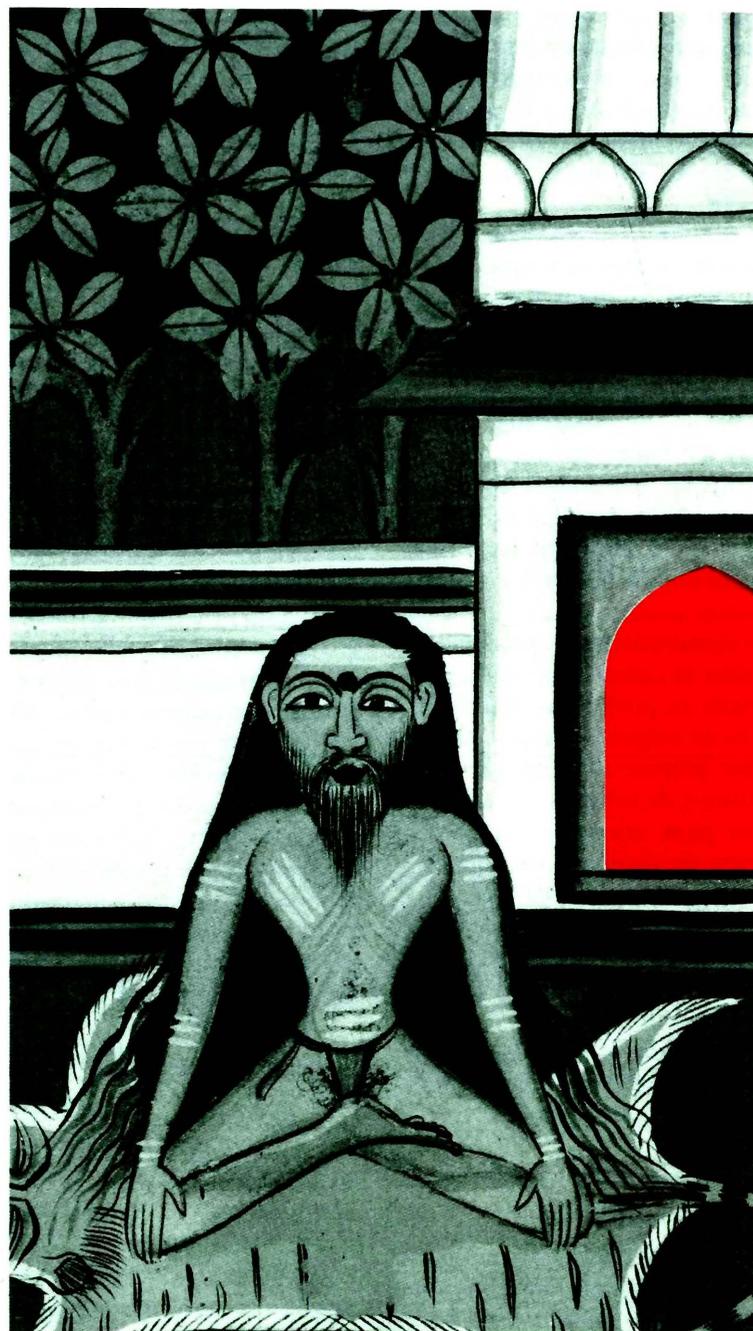
RESUMEN

El autor pretende mostrar la posibilidad de acceder terapéuticamente con códigos postsugestivos bajo hipnosis, a un paciente desde la primera visita con posibilidad de mejorar las alteraciones somato-psíquicas mientras se realiza el perfil psicopatológico del enfermo y su diagnóstico diferencial.

A mi consulta acude el paciente D. I. G., varón de 37 años, de profesión técnico electrónico, originario del País Vasco y afincado hace unos años en nuestra comunidad. Dice sentirse muy deprimido,

sin ningún deseo de trabajar, con unos dolores de cabeza como si le apretasen. Estos dolores los refiere a las zonas temporoparietales, él los refiere debido a sus múltiples pensamientos de carácter negativo, que más tarde a lo largo de la entrevista me explica. También refiere que no duerme bien desde hace tres años. Con la información presentada, el sujeto detuvo su explicación y guardó silencio, le sugerí que extendiera más información íntima ante mí si lo desea y si se le había hecho un estudio médico tradicional previo a sus cefaleas.

Contestó que su médico de



cabecera había descartado que fueran de tipo vascular, ocular, etcétera. El enfermo me presentó un informe reciente de una exploración médica rutinaria de su empresa.

A continuación, tras unos segundos de silencio comentó que su problema venía de tres años atrás, al descubrir una infidelidad de su esposa, que inicialmente negaba, pero al vigilarla por él mismo y reincidir le llevó a una serie de conflictos,

agresiones verbales y esporádicamente físicas, celos y vigilancias en su casa de los horarios de trabajo de su compañera. Esto le provocó gran ansiedad y las primeras cefaleas e incluso algunos problemas de insomnio. Tras progresivas discusiones muy tensas y reprimidas intentando ambos cónyuges que no repercutieran en sus hijos, propone la separación llevándose él la custodia de los hijos. La mujer no accede y le prome-

te no reincidir. Esto le produce una calma aparente en el ambiente familiar. Él en ese tiempo refiere que se siente tenso, agresivo, susceptible, no duerme bien y no rinde en el trabajo pero de una forma cíclica. En ese intervalo de meses, vuelve a ver a su mujer acompañada de su otro partener y le agrade a éste, decidiendo tras largas discusiones de nuevo la separación.

La mujer le plantea un cambio de residencia y trabajo y un deseo de cambio y las condiciones favorables le permiten trasladarse a la Comunidad donde reside actualmente; dice que todo a vuelto a su cauce correcto, su mujer se comporta sin ninguna actuación criticable y su ambiente familiar es agradable. Pero comenta que desde hace un año se siente con fortísimas cefaleas de tipo opresivo temporoparietales, insomnio, y tener la cabeza todo el día ocupada en problemas ambivalentes de culpabilidad por no poder aceptar a su esposa como antes y de rabia por faltarle valor para presentar una⁴ situación de divorcio a su mujer e independizarse por temor a perder a sus hijas. Siente tal acúmulo de pensamientos,⁶ ideas e imágenes que habitualmente le impiden trabajar en el ordenador, o presentar a tiempo un informe o atender a las reuniones de trabajo.²

ANAMNESIS

Durante la narración de los hechos es importante observar el aspecto físico del paciente, su estructura somática, sus movimientos de manos, gesticulación facial, su verbalización y su forma de mirarnos. Aunque la frenología no es reconocida como ciencia en nuestro medio clínico ortodoxo (estudio del carácter por el aspecto físico), si tenemos práctica en su uso nos permite, valorando el método como sólo aproximativo, deducir si es un sujeto sugestionable fácilmente. Este dato es importante pues nos permitirá hacer una valoración aproximada de la posibilidad de conseguir un nivel de trance hipnó-

tico de tercer grado ligero o profundo (20% población sólo) que nos permite trabajar con la máxima efectividad y en el menor número de sesiones.⁸⁻⁹

Este paciente era leptosomático, dolicocefálico, mirada serena, firme sin distracciones, denotaba marcada inteligencia y su léxico era de nivel cultural alto. Era un paciente con buena autocrítica y capacidad de introspección bastante aceptable. El aspecto físico denotaba posibilidades interesantes con la técnica hipnótica.

DESCARTAR cualquier causa orgánica que justifique los síntomas es importante. En este caso, con el informe de su médico y una toma de la Tensión Arterial y pulso descartaban alteraciones marcadas vasculares.

EL HISTORIAL CLINICO lo realizó con una historia estandar prefijada con preguntas que exploran actitudes psíquicas del paciente y del entorno familiar en cuanto pueden afectarle a él. Incluyen preguntas sobre la forma de dormir, sobre la posibilidad de diálogo espontáneo nocturno, esto nos mejora el perfil sobre el acceso fácil a una inducción hipnótica de profundidad.

Preguntas en relación a los síntomas psicossomáticos generales.

Estudio sobre su desarrollo sexual a lo largo de su vida y de sus tendencias.

El presentar esta pregunta se postpone a veces a la actitud previa de desinhibición del paciente en la entrevista y a nuestra observación del nivel de rapport que estamos consiguiendo.

Referir en medio aparte del historial, nuestra impresión personal preliminar del estado mental que presenta el sujeto y si es un tipo intro o extrovertido. A veces añadimos la opinión que sobre el tema tiene el sujeto a fin de contrastarla para más adelante.¹

COMPLETAR el cuadro con un historial educativo familiar, con una buena relación biográfica si es posible.

A continuación es pertinente

empezar planteando al paciente una sesión previa de relajación. Para ello aconsejo que el paciente se sitúe cómodo en un diván o en una camilla clínica bien acondicionada, con cabezal ajustable. Se procede a indicarle sugerencias que le hagan centrar su atención en el lugar donde está situado.

Es preciso explicarle, si lo desconoce, las técnicas de respiración abdominal y torácica y la actitud de respiración bradipneica, a fin de adentrarle en una atención a su cuerpo y a su hábito respiratorio.

Recomiendo proceder con la técnica de Schultz (relajamiento autógeno progresivo). Una vez fijada la atención del sujeto con diferentes técnicas sugestivas podemos introducir códigos físicos y verbales de profundización y de inducción de la técnica. Fácilmente encontrables en un texto de Hipnoterapia. El paciente, ya en la primera sesión y tras una prolongada anamnesis e inducción hipnótica, alcanzó un grado tercero profundo que permitió introducir códigos de bloqueo de las reacciones emotivas mediante un reflejo condicionado referido a la respiración. Por otro lado se acentuó el refuerzo del deseo de ser tratado (respetando la posibilidad de elección —se debe hacer— de ser tratado). Se le instauraron entre sugestión y sugestión intervalos de silencio con refuerzo auditivo (cassette onda ALPHA) y recondicionamiento a esta señal. Tras interrogar al sujeto sobre su situación física y psíquica de bienestar (bajo trance hipnótico) al ser ésta muy positiva y agradable se procedió a inducir una alucinación de recuerdo sobre una área lúdica para él con un desarrollo en medio ambiente adecuado, dirigiendo el fenómeno hacia hechos positivos. Se actúa así por unos diez a quince minutos.

En este tiempo el sujeto desarrolla una ensoñación que a intervalos es dirigida para conservar el rapport y reforzar las sugerencias terapéuticas. El interés de esta parte terapéutica es doble:

- Aumentar el nivel de endorfinas.⁷⁻⁹

- Efecto sedativo por potenciar la relajación física.⁸⁻⁹
- Facilitar la libre asociación o al menos posibilitar el despertar de su subconsciente ante las sugerencias dadas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL^{5,3,8-9}

Durante esta forma de afrontar la psicoterapia, hemos de ser conscientes de que hay que actuar, para conseguir un buen rapport, rápido y reducir al máximo la sintomatología psicossomática (presente en todos, o casi todos los casos) incluso sin tener un perfil diagnóstico claro o totalmente definido.

Por lo tanto, una vez descartado que sean los componentes psicóticos los que definen la patología del sujeto, y sea marcadamente definida una neurosis. Debemos en este caso que referimos detectar si se trata de:

- Depresión exógena reactiva, no había aflicción en el sujeto.
- Si realmente podía ser Reacción de ansiedad tipo conversión Psicológica (había cierto grado de obsesión).
- No parecía haber posibilidad de delirio Celotípico, pues la infidelidad había sido contumaz, persistente y no disimulada.
- Tampoco eran marcadas las fantasías desiderativas tipo ensueños de carácter diurno, marcadamente indicativas de no sublimación de conflictos. Refería alguna liberación autoerótica esporádica.

Ante estos diferentes planteamientos en las primeras sesiones se consideró no tipificar el cuadro y considerarlo como una neurosis de tipo reacción de ansiedad conversión psicológica desencadenada por engaño amoroso prolongado que conllevó una situación de frustración.

TRATAMIENTO

- Desde el principio trata-

miento bajo Hipnosis con relajación, liberación, sintomatología somática.

- Sueño dirigido y posterior, análisis del mismo.
- Regresión dirigida SIEMPRE recuerdos positivos y muy lentamente.
- Si puede expresarse verbalmente en trance, asociación libre.
- Análisis de sueños (previamente narrados en vigilia, inducidos al recuerdo bajo hipnosis para interpretar sus asociaciones simbólicas).

RESULTADOS

Tras nueve sesiones el paciente refiere encontrarse muy estable y animado. En la cuarta sesión comunicó que habían desaparecido sus ideas reiterativas que paralizaban su actividad laboral, ya se podía concentrar muy bien. Desde la segunda sesión dormía bien, profundamente, no se despertaba cansado.

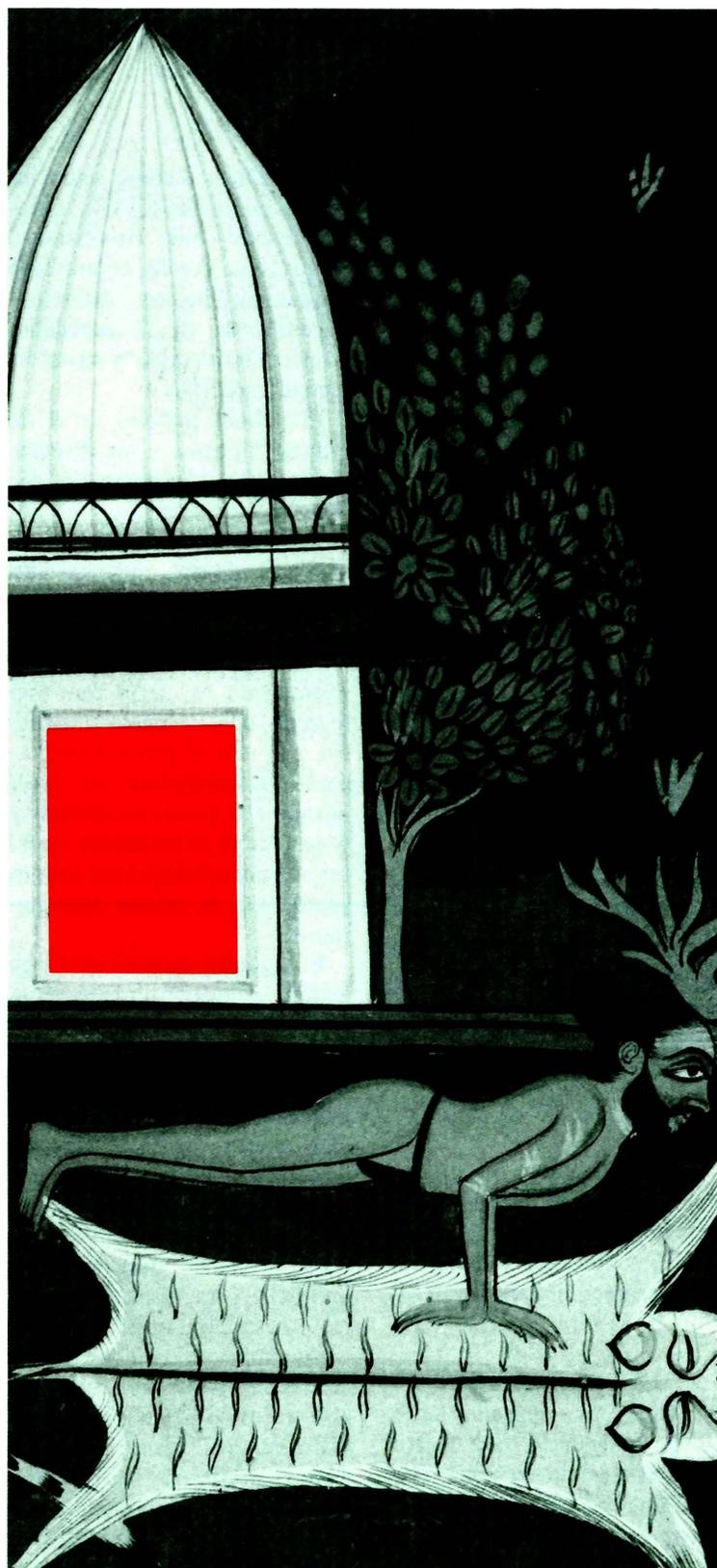
Ha conseguido con su esposa y tras fuertes e intensas discusiones un acuerdo de convivencia grato y positivo, con un alto nivel de diálogo que antes no podía ni iniciar. Encuentra su hogar agradable y estabilidad en su relación.

No presenta grandes planes ni espera evoluciones grandes (esto es bueno porque era un paciente muy idealista y excesivamente sensible y autocrítico).

Acepta ponerse a prueba y se le da el alta con fecha de retorno tras meses después. También se habla con la esposa con su consentimiento a fin de valorar el comportamiento del cónyuge y su actitud en la relación.

COMENTARIO

Aunque la mejoría del cuadro sea muy rápida y efectiva, puede ser aparente o precisar terapia complementaria. La hipnosis facilita el tratamiento y acelera la mejoría de los cuadros clínicos y facilita, sobre



todo, los trabajos introspectivos de tipo psicoanalíticos o terapéuticos que practiquen el análisis transpersonal. Incluso en las técnicas eminentemente conductistas es muy eficaz pues ayuda a superar algunos escollos técnicos que algunas de estas terapias presentan. Es importante que el terapeuta centre bien la línea terapéutica

Hipnótica y deje un poco de lado su línea terapéutica ortodoxa, hasta que consiga un rapport correcto y un trance profundo que le permita colocar sus códigos de trabajo. Porque si no accede a aplicar correctamente la técnica hipnótica podrá entorpecer con TODA seguridad su posterior acceso terapéutico habitual en

el que el terapeuta se desenvolvía cómodo. Esto no es un dato a fin de amedrentar o descorazonar al psicoterapeuta que no usa habitualmente estas técnicas sino hacerle comprender que debe acercarse a ella con la misma seriedad en el método y la forma de realizarlo que con sus técnicas habituales. No sólo será beneficioso para el paciente sino que ampliará el espectro de posibilidades de actuación del especialista. En caso de no estar seguro de la técnica es interesante colaborar con un hipnoterapeuta afín a la línea de trabajo del psicoterapeuta. Generalmente los esfuerzos compensan en los resultados.

Con la presentación de un cuadro clínico sólo, nos alejamos de la posible valoración de resultados a nivel estadístico y tenemos que aceptar su valor anecdótico principalmente. Pero el autor invita a acercarse al tema con el fin de aunar esfuerzos con los diferentes especialistas en otras técnicas e intentar crear un método selectivo de datos de patologías, técnicas, resultados que nos acerquen la técnica a una metodología con resultados fácilmente detectables y poder efectuar un trabajo investigador actualizado ya que la efectividad de la técnica no es algo digno de discusión pues ya es aceptada en numerosos países.

BIBLIOGRAFIA

1. ADLER, A. (1932): «The practice and Theory of individual Psychology». N. Y. Harcourt & Co.
2. ANTICAGLIA, J.: «Extra-auditory effects of sound on the special sense», B. L. Welch. N. Y., 1970.
3. CODERCH, J.: «Psiquiatría dinámica». Herder Ed. Barcelona, 1982.
4. CASTILLA DEL PINO, C.: «La Cultura». A. Ed. Madrid, 1973.
5. EYSENK, H. J. Y RACHMAN, S.: «The causes and cures of Neurosis». San Diego, R. R. Knapp, 1965.
6. FREUD, S.: «Actos obsesivos y prácticas religiosas», 1924. Ver ediciones recientes en castellano.
7. DOBSON, M. E.: «Trat. dolor postoperatorio. Endorfinas». Salvat Ed. 1988, Barcelona.
8. GRANONE, F.: «Tratado de Hipnosis» (Sofrología). Ed. C. M., 1973, Barcelona.
9. HANQUET, E.: «Curso de Hipnoterapia». Valencia, 1988.