



Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología

¿Es la Hipnosis, una herramienta adjunta eficaz para el tratamiento Odontológico?

Un Meta - Análisis

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnas: Karina Carrasco Vallejos
Katherine Prella Durán

Docente Guía: Dr. Luis Carrasco

Valparaíso
2006



Universidad de Valparaíso
Facultad de Odontología
Escuela de Odontología

¿Es la Hipnosis, una herramienta adjunta eficaz para el tratamiento Odontológico?

Un Meta - Análisis

Trabajo de Investigación
Requisito para optar al
Título de Cirujano Dentista

Alumnas: Karina Carrasco Vallejos
Katherine Prella Durán

Docente Guía: Dr. Luis Carrasco

Valparaíso
2006

DEDICATORIA

... Es difícil plasmar en un simple papel todo lo que se siente al culminar una etapa, años de éxitos, fracasos, risas, llantos, amistad y esfuerzo... unidos en una sola historia... nuestra historia...

Gracias madres ("porque yo, a envidia de muchos tengo dos"), Marlene y Elizabeth, por enseñarme el valor de la vida, que la lucha es eterna y que los sueños sí son alcanzables,

Gracias papá Carlos, por cargar desde arriba con un trozo de mi corazón,

Gracias tíos, pero por sobre todo hermanos, por enseñarme que todo aquello que nos cuesta, un día nos hace grandes,

Gracias hermana, te quiero mucho,

Gracias Rodrigo, mi fiel compañero, por esta tregüa y simplemente por ser y estar,

Gracias Julián, por ser parte de mi vida,

Gracias Paty, por saber que siempre estarás ahí,

Gracias a Don Xenón y Doña Myriam por acogerme en su hogar,

Gracias amigos (as), por los grandes momentos que jamás olvidaremos, Carolita, Carla, Claudia, Lesly, Pame, Feña, Manu, Pipe, Juan, Anita, Coto, Rodri, María... y cuantos más, por compartir nuestras existencias... a mis niños regalones Pipe, Tian y Jorgito...

...Chica Kathy, amiga, lo logramos!!!

"Brindemos que hoy es siempre todavía, que nunca me gustaron las despedidas"...

Karina

Mi mamá, mi modelo a seguir, quien me ha entregado las herramientas necesarias para enfrentar al mundo, gracias a quien soy la que soy, quien me ha enseñado que siempre, siempre, después de la tormenta, sale el sol y quien me ha convencido de que "yo puedo, yo siempre puedo".... lo logramos mamá... si pude!!!, nuevamente me acompañas a llegar a la meta....

mi papá, quien siempre me ha brindado su amor, comprensión y apoyo incondicional, tanto en los días de sol, como en los de lluvia...

Jesucita y Valita, las mejores hermanas del mundo...

mi familia, (no los nombro porque son muchos...), pero todos aportaron con un granito de arena para lograr este objetivo, nunca olvidaré lo que cada uno de ustedes hizo por mí...gracias eternas...

todos, todos mis amigos, especialmente a Feña y Claudia, mis compañeras en este viaje, gracias por ayudarme a coleccionar recuerdos y por entregarme tantos momentos inolvidables ("T, F, F y...S") y a Pau, por ser mi alma gemela....

mi niño, por habernos encontrado justo, justo en el máximo stress, gracias por apoyarme y aguantarme!!

Dr. Patricio Brown, por haber forjado y examinado mi espíritu odontológico, desde los inicios de mi carrera...

Dr. Ricardo Voss, por ser una hermosa persona, siempre presta y dispuesta, sin usted, esta tesis no sería la misma....

Kari, mi amiga y compañera de tesis...TERMINAMOOOOS!!!!, finalmente..."dos ojos, vieron más que uno"...

Kathy

AGRADECIMIENTOS

A nuestro Docente Guía, el Doctor Luis Carrasco, por su paciencia, disposición, apoyo y simpatía.

Al Doctor Ricardo Voss, por estar presente a lo largo de toda nuestra tesis, facilitándonos información y colaborando en la corrección del trabajo.

Al Doctor Sergio Uribe por su disposición y por proporcionarnos información para el desarrollo de nuestra tesis.

A Marcos Chávez, por su apoyo y buena disposición.

A Patricia Vallejos y Loreto Durán, por su orientación, motivación y ayuda durante este seminario.

INDICE

Introducción	1
Marco Teórico	
I. Historia de la Hipnosis	3
II. Teoría de Hipnosis	5
III. Fenomenología de Hipnosis	8
IV. Susceptibilidad – Hipnotizabilidad	12
V. Hipnosis y Sueño	14
VI. Enfoque Naturalístico de Erickson	16
VII. Terapia Psicobiológica de Rossi	17
VIII. Hipnosis y su aplicación en Odontología	19
IX. Contraindicaciones de la Hipnosis	22
X. Ventajas de la Hipnosis	23
XI. Desventajas de la Hipnosis	24
XII. Meta – Análisis	25
Objetivos Generales	26
Objetivos Específicos	27
Materiales y Métodos	
I. Estrategia de búsqueda	28
II. Métodos de revisión	30
III. Valoración global de los estudios	31
IV. Evaluación de la calidad metodológica	32
V. Descripción de los criterios de inclusión	35
Resultados	38
Discusión	48
Conclusiones.....	52
Sugerencias.....	53
Resumen	54
Referencias Bibliográficas	55
Anexos	58

INTRODUCCION

Durante el inicio del año 1800, la alta prevalencia de extracciones dentales, lo traumático de su procedimiento, la ausencia de anestesia local y analgésicos efectivos, determinaron la búsqueda de nuevas herramientas para disminuir el dolor.

Médicos y cirujanos prestigiosos de la época, se encontraban divididos en dos sectores; aquellos que utilizaban óxido nitroso y éter como anestésico, y aquellos que practicaban el Mesmerismo, basados en que este último no podría llegar a producir la muerte, a diferencia de los anestésicos por inhalación.

Irónicamente uno de los fracasos que llegó a ser muy importante en la historia del manejo del dolor, fue el ocurrido a un dentista de Connecticut, Horace Wells, quien fue el primero en intentar demostrar el uso del óxido nitroso como analgésico en Odontología, desafortunadamente, ignoraba que el óxido nitroso a pesar de ser un excelente ansiolítico era un analgésico muy débil, por lo que al intentar demostrar su uso durante una extracción dental no logró controlar el dolor del paciente, llevándolo al fracaso (Westhorpe, 1996; citado en Chaves, 1997).

A pesar de los avances tecnológicos en Odontología, la ansiedad, el miedo y el dolor, son aún temas de interés esencial para muchos pacientes. El reconocimiento de estos problemas ha llevado a los Odontólogos a renovar intereses en la medicina psicológica, incluyendo psicoterapia, terapia cognitiva y conductual, técnicas de relajación e Hipnoterapia.

Desde la popularización y posterior descrédito del “magnetismo animal” de Mesmer, los fenómenos hipnóticos han estado sujetos en los últimos doscientos años a un vaivén de popularización y controversias en el mundo científico, pero a pesar de ello han sido capaces de atraer la atención de diversas ramas de la ciencia.

Psicología, Medicina y Odontología fueron las primeras áreas en estudiar y aplicar clínicamente la Hipnosis. Sin embargo, en Odontología la evolución de la Hipnosis se puede considerar un tanto limitada, aún cuando durante los últimos 50 años, estudios científicos han revelado un gran interés por la aplicación de esta técnica.

Muchas son las versiones que actualmente se tienen acerca de la Hipnosis, el desconocimiento y la popularización por medios televisivos ha creado desconfianza y poca credibilidad por parte del público en general, debido a que muchos la utilizan como un medio de lucro más que un tratamiento potencial y beneficioso para el paciente.

En el presente estudio, pretendemos realizar un Meta - Análisis en torno al uso de Hipnosis en tratamientos odontológicos, conocer sus teorías, parte de su fenomenología, contraindicaciones, ventajas y desventajas, pues consideramos podría ser un recurso eficaz en ayuda a la calidad del tratamiento y confort del paciente, transformándose quizás en una alternativa viable para reducir el estrés y posible manejo del dolor en los procedimientos odontológicos.

Para este propósito, revisaremos las publicaciones disponibles de ensayos controlados aleatorios sobre procedimientos odontológicos en que se haya utilizado como herramienta adjunta la Hipnosis, desde el año 1995 al 2006. Posteriormente seleccionaremos y evaluaremos los ensayos aplicando técnicas estadísticas adecuadas que permitan validar o refutar la hipótesis propuesta.

MARCO TEORICO

I.- HISTORIA DE LA HIPNOSIS

La palabra Hipnosis, proviene del griego *Hypnos*, que significa sueño, sin embargo, corresponde en forma precisa a un proceso complejo de elevada concentración. La vigilancia periférica disminuye durante la Hipnosis al igual que en el sueño, a diferencia de la vigilancia focal, que se encuentra casi anulada en el sueño y está en el máximo de su capacidad durante la Hipnosis (Voss, 2005).

Se define Hipnosis como un procedimiento en donde el “hipnotizador” sugiere cambios en las percepciones, sensaciones, pensamientos y/o acciones en una persona denominada “sujeto” o “participante” (Kirsch, 1994, citado en Voss, 2005). Erickson, (citado en Voss, 2005), la definió como un estado especial de conciencia, no obstante normal, en donde el sujeto está más receptivo a la presentación de ideas, está abierto a sus recuerdos, condicionamientos y a sus numerosos aprendizajes vitales.

Durante la última mitad del siglo XVIII, debido a la aparición de diversos personajes que causaban conmoción entre sus pares por sus supuestos poderes sobrenaturales y al no existir ninguna teoría que explicara el misterio que estas prácticas guardaban, un Austriaco, llamado Franz Antón Mesmer, realizó un estudio sobre Hipnosis, a pesar que en aquellos años no existía nombre para el fenómeno, ya que la palabra hipnotismo fue introducida por un inglés llamado James Braid, casi 100 años después.

Mesmer sostenía que el cuerpo humano actuaría como un magneto con dos polos, un fluido magnético invisible que pasaría a través de él y posteriormente sería eliminado. Es así, como bajo este precepto, logró realizar muchas curas a enfermedades, sin embargo, hoy sabemos que existen patologías que son inducidas psicosomáticamente y por lo tanto todos los tratamientos tradicionales son factibles al fallo, este fenómeno descrito por Mesmer puede hoy asemejarse a la voluntad del sujeto a ser hipnotizado si se encuentra adecuadamente informado de lo que se espera de él. Sin embargo, varias demostraciones realizadas ante algunos miembros de la profesión médica fracasaron, trayendo consigo el rechazo de los científicos.

Médicos y cirujanos prestigiosos de la época, se encontraban divididos en dos sectores, aquellos que utilizaban óxido nitroso y éter como anestésico, y aquellos que practicaban el Mesmerismo, basados en que este último no podría llegar a producir la muerte, a diferencia de los anestésicos por inhalación. Sin embargo, la predictibilidad y el uso masivo de anestesia inhalatoria, en conjunto con la emergencia del cuidado en salud facilitaron el rápido establecimiento de ésta.

Durante el siglo XIX, el debate sobre la eficacia de la Hipnosis se ubicó principalmente entre comunidades profesionales, el año 1892, la Asociación Médica Británica editó un reporte sobre hipnotismo, que criticaba las teorías que especulaban sus mecanismos de acción, pero reconocía su efectividad en “aliviar el dolor y procurar el sueño” (Subcomité del Grupo de Medicina Psicológica, Comité de la Asociación Médica Británica, 1955, citado en Chaves, 1997).

Durante la primera mitad del siglo XX, odontólogos descubrieron y documentaron el poder de factores psicológicos para reducir el dolor y ansiedad asociados al tratamiento dental (Chaves y Rosenstiel, 1975, citado en Chaves, 1997).

En el año 1948, se fundó la primera Sociedad de Odontología Psicosomática que estableció su propio código de ética, además de la revista de Odontología Psicosomática (posteriormente la Sociedad Americana de Medicina y Odontología Psicosomática), uniéndose también otros profesionales de la salud.

En los últimos 50 años, estudios científicos han revelado un gran interés por la Hipnosis en Odontología a pesar de ello, son pocas las publicaciones, especialmente de estudios experimentales, en comparación a Medicina y Psicología.

Como hemos visto hasta ahora, a pesar de sus raíces ancestrales, la Hipnosis sólo ha sido aceptada recientemente como una herramienta científica y médica. Ha estado rodeada de mitos y misterios por tanto tiempo, que incluso hoy en día existen conceptos populares erróneos. No hay duda que la Hipnosis puede ser considerada como una herramienta terapéutica muy poderosa.

II.- TEORIA DE HIPNOSIS

Tradicionalmente, los cambios en la experiencia y la conducta que ocurren en la Hipnosis se atribuyeron a un estado de trance. Durante años, se daba por hecho la existencia y naturaleza causal de este estado hipnótico alterado de consciencia. ¿De qué otro modo las personas hipnotizadas podían vivir estas experiencias?. En los años 50 y 60, los teóricos del “no estado”, desafiaron esta concepción, formulando la hipótesis de que el estado de trance no era necesario para explicar los fenómenos característicos de la Hipnosis (Barber, 1969; Sarbin, 1950, citados en Lynn y Kirsch, 2004). Los datos que determinaban el rechazo de la hipótesis del estado alterado de consciencia fueron los siguientes: (a) no existen marcadores fisiológicos del hipotético estado de trance; (b) todas las experiencias alteradas provocadas por sugerencias hipnóticas pueden ser también causadas por sugerencias sin inducción de Hipnosis; (c) aunque la Hipnosis aumenta la sensibilidad a las sugerencias, sólo lo haría sucintamente; y, (d) se pueden producir similares incrementos en la sensibilidad a las sugerencias por medio de diversas técnicas dirigidas a aumentar la motivación y expectativas para responder hipnóticamente (Kirsch y Lynn, 1995, citados en Lynn y Kirsch, 2004).

Entonces si las respuestas a las sugerencias hipnóticas no están provocadas por la inducción a un estado de trance, ¿cómo se producen?. Existen varias teorías “no estado” que explican este fenómeno:

a) Teoría socio - psicológica del rol

Theodore Sarbin (1950, citado en Lynn y Kirsch, 2004), afirmó que la Hipnosis podía ser conceptualizada como “creer en las imaginaciones”, donde el hipnotizador y el sujeto, representan roles recíprocos para seguir un guión no explícito (Sarbin, 1997, citado en Lynn y Kirsch, 2004).

Esto no implica que el sujeto está meramente simulando. Nosotros representamos muchos roles a lo largo de nuestras vidas. Estos incluyen el rol de padre, hijo, colega, amigo, etc., los cuales moldean profundamente nuestra conducta. Decir que estamos representando el rol de padre no implica que estemos fingiendo ser el padre. De igual modo, cuando las personas toman el rol social de persona hipnotizada, no están simplemente fingiendo estar hipnotizados. Como recalcó Sarbin, el sujeto hipnótico cree en las imaginaciones que conforman la base de la experiencia hipnótica.

b) Teoría cognitivo - comportamental

En una amplia serie de estudios realizados durante los años 60 (Barber, 1969; Barber y Calverly, 1964, 1969, citados en Lynn y Kirsch, 2004), e inicios de 1970 (Barber, Spanos y Chaves, 1974, citados en Lynn y Kirsch, 2004), Barber y sus colaboradores demostraron que las actitudes, motivaciones y expectativas eran determinantes al momento de realizar una experiencia hipnótica. Mas aún, participantes “altamente motivados” no hipnotizados y participantes hipnotizados, respondían a las sugerencias de manera similar. Dado que las respuestas hipnóticas no eran particularmente infrecuentes, no requerían de ningún estado consciencia fuera de lo normal. Por consiguiente, los clínicos no tienen ninguna necesidad de decir a sus pacientes que

tienen un “trance”, antes de aplicar las sugerencias terapéuticas significativas.

c) Teoría neodisociativa

La Teoría neodisociativa de Hilgard (1977, citado en Lynn y Kirsch, 2004), se basa en la existencia de sistemas cognitivos múltiples o estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente, que se encuentran hasta cierto punto bajo el control de un “ego ejecutivo”. Esta estructura de control central es responsable de planificar y supervisar las funciones de la personalidad. Durante la Hipnosis, los subsistemas de control relevantes se disocian temporalmente del control ejecutivo consciente y, de hecho, son activados directamente por las sugerencias del hipnotizador. Esta falta de control consciente depende, en gran parte, de una barrera amnésica o proceso que relega las ideas, imágenes y fantasías al inconsciente. Esta reducción del control ejecutivo es responsable de la impresión subjetiva de involuntariedad que típicamente se da en las respuestas hipnóticas.

La raíz empírica de la teoría neodisociativa se remonta a la introducción de Hilgard de la metáfora del “observador oculto”, que describe el fenómeno por el que una persona registra y almacena información en su memoria, sin ser consciente de que la información ha sido procesada.

d) Teoría socio-psicológica de Spanos

Nicholas P. Spanos propone que las sugerencias contienen, con frecuencia, estrategias que ayudan a la persona a responder adecuadamente (Barber, Spanos y Chaves, 1974; Spanos y Barber, 1974; Spanos, Cobb y Gorassini, 1985; véase también Wagstaff, 1991; 1998, citados en Lynn y Kirsch, 2004). La forma de verbalizar las sugerencias puede promover la experiencia de que sus respuestas se transformen en “hechos” o “sucesos” involuntarios, más que acciones premeditadas y deliberadas. Para facilitar la respuesta de levitación de la mano, el terapeuta puede decir: “tu mano se vuelve ligera y liviana, sube por ella misma”. Obsérvese que la sugestión implica que la mano se levantará involuntariamente. Las llamadas “fantasías dirigidas a un objetivo” (FDO), son situaciones imaginadas que si suceden llevarán a la ocurrencia involuntaria de respuestas motoras solicitadas en la sugestión (Spanos et al., 1974, citados en Lynn y Kirsch, 2004). Por ejemplo, personas a las que se les aplica una sugestión de levitación de la mano podrían mostrar una FDO, si informaran que están imaginando un balón de helio que está levantando su mano, o que se está inflando un balón bajo la misma.

e) Teoría de la expectativa de respuesta

Formulada por Kirsch (Kirsch, 1985, 1991, 1994, citado en Lynn y Kirsch, 2004), se basa en la idea de que las expectativas pueden generar respuestas involuntarias.

La expectativa de respuesta es la anticipación de una reacción automática y se cree que es la base del efecto placebo (Kirsch, 1985, 1994, citado en Lynn y Kirsch, 2004). Sostiene que, al igual que los placebos, la Hipnosis provoca efectos al cambiar las expectativas de los pacientes, pero que, a diferencia de éste, no requiere del engaño para ser eficaz.

Las experiencias y conductas de los sujetos hipnotizados parecen estar relacionados con sus expectativas. Por ejemplo, los sujetos de Mesmer convulsionaban, mientras que actualmente se relajan. Finalmente, se ha encontrado que la expectativa de respuesta correlaciona fuertemente con las respuestas a las sugerencias.

f) Modelo integrador de Lynn

Según Lynn y sus colegas (Lynn y Sivec, 1992, citados en Lynn y Kirsch, 2004), las personas que responden con éxito a las sugerencias hipnóticas actúan como agentes creativos de solución de problemas, que buscan e integran información de una serie de fuentes situacionales, personales e interpersonales.

La investigación en el laboratorio de Lynn, ha acreditado la importancia de factores afectivos, relacionales y de rapport (Lynn, Weekes, Brentar, Neufeld, Zivney y Weiss, 1991, citados en Lynn y Kirsch, 2004); del set de respuestas y expectativas (Lynn, Nash, Rhue, Frauman y Sweney, 1984, citados en Lynn y Kirsch, 2004); de los criterios o estándares de ejecución con los que los participantes juzgan el éxito o el fracaso de sus respuestas a la Hipnosis (Lynn, Green, Jacquith y Gasior, 2003 citados en Lynn y Kirsch, 2004); de cómo se interpretan y se procesan las comunicaciones hipnóticas, las sensaciones y las acciones (Lynn, Snodgrass, Rhue, Nash y Frauman, 1987, citados en Lynn y Kirsch, 2004); de los motivos y fantasías dinámicas y, a veces inconscientes, que entran en juego durante la Hipnosis (Frauman, Lynn, Hardaway y Molteni, 1984 citados en Lynn y Kirsch, 2004); de las características del contexto hipnótico que desalientan la consciencia y el análisis de los factores personales y situacionales que influyen en la conducta hipnótica (Lynn, Rhue y Weekes, 1990, citados en Lynn y Kirsch, 2004).

g) Teoría del set de respuesta

Esta teoría (Kirsch & Lynn, 1997, 1998, 1999; Lynn, 1997, citados en Lynn y Kirsch, 2004), se centra en la observación de que gran parte de la actividad humana parece no estar prevista y ser automática, (ejemplo: la forma de las letras mientras escribimos) y plantea que todas las acciones, rutinarias o nuevas, planificadas o no, hipnóticas o de cualquier otro tipo, se inician cuando se activan de forma automática más que por una intención consciente.

Las acciones están preparadas para la activación automática por los set de respuesta que incluyen esquemas (ejemplo: estructuras de conocimiento), o guiones de conducta, planes, intenciones y expectativas. Las expectativas y las intenciones son estados temporales de disposición a responder de una forma particular a un estímulo particular (ejemplo: sugerencias hipnóticas), bajo condiciones particulares. Difieren sólo en la atribución que el participante hace sobre el carácter volitivo del acto anticipado). Esto es, nosotros intentamos ejecutar conductas voluntarias (ejemplo: detenernos ante un disco pare), esperamos emitir automáticamente conductas tales como responder a las sugerencias hipnóticas. Para ser más concretos, las expectativas de respuesta son anticipaciones de respuestas automáticas, subjetivas y conductuales que, ante claves situacionales particulares, activan respuestas automáticas.

III.- FENOMENOLOGIA DE LA HIPNOSIS

En la fenomenología hipnótica pueden ser descritos tres estadios:

1. Inducción hipnótica

Constituye la primera etapa de una experiencia hipnótica, a través de la cual se comunican sugerencias, no para el tratamiento clínico en sí, sino para el cambio del estado de consciencia, que avanza desde el estado de vigilia habitual hasta la condición hipnótica, en la cual se reafirma la aceptación de las sugerencias clínicas.

2. Fenómenos del trance hipnótico

A partir de la inducción hipnótica, las sugerencias del operador van creando en el sujeto una intensificación del rapport (relación que presenta el sujeto en estado hipnótico, atendiendo exclusivamente a las sugerencias del operador), aumentando la sugestibilidad y una serie de modificaciones psicósomáticas, las que varían según la profundidad del trance obtenido.

Existen tres tipos de fenómenos del trance hipnótico: fenómenos espontáneos, fenómenos propios del trance y fenómenos sugeridos, es en éstos últimos en los que nos vamos a abocar, debido a su implicancia en la Odontología, los otros fenómenos sólo serán mencionados, debido a que su desarrollo no corresponde al objetivo de nuestro trabajo.

Fenómenos sugeridos:

a) *Sensoriales*: modificaciones en el funcionamiento de los distintos órganos sensoriales (vista, oído, tacto, gusto, olfato, sensibilidad superficial y profunda), las que pueden ser cuantitativas (aumentos, disminución, abolición) y cualitativas (alteración de la calidad de la percepción: alucinaciones visuales, parestesias, vivencias de frío-calor).

b) *Visuales*: se pueden producir diversas alteraciones cuantitativas y cualitativas en la percepción visual, (disminución de la agudeza visual, estrechamiento concéntrico del campo visual, escotomas, hemianopsias), por sugestión hipnótica.

La alucinación de imágenes que no existen en la realidad visual se denomina “alucinación positiva”, tal como cuando se le hace alucinar al sujeto la visión de un paisaje agradable, por ejemplo. Las alucinaciones pueden ser "negativas", (ceguera hipnótica total, parcial, cromática, de un ojo, entre otras).

c) *Auditivos*: las alteraciones hipnóticas de la audición van desde la sordera total, uni o bilateral, hasta el aumento de la agudeza auditiva.

d) *Olfativos*: alteraciones perspectivas, como anosmia, hiperosmia y olfacción alucinatoria.

e) *Gustativos*: el sentido del gusto puede sufrir alteraciones cuantitativas y cualitativas durante la Hipnosis. En el tratamiento de ciertos hábitos nocivos como tabaquismo, onicofagia o

alcoholismo, en los que entra en juego el sentido del gusto, se condiciona hipnóticamente al sujeto para que experimente náuseas y vómitos cada vez que cede a su hábito.

f) *Sensibilidad*: las alteraciones cuantitativas de la sensibilidad superficial, especialmente las negativas (anestesia, analgesia, termoanestesia), son las más interesantes desde el punto de vista práctico. Anestesia significa *sensu strictu*, “ausencia de sensación táctil”, así como analgesia implica “ausencia de sensación dolorosa”.

La anestesia 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 anestesia hipnótica actúa 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.

En estado hipnótico pueden producirse también hiperestesias, hiperalgesias y parestesias, ya espontáneas, ya sugeridas.

g) *Motores*: durante el estado hipnótico, especialmente profundo, toda actividad muscular voluntaria puede ser aumentada, disminuida o inhibida.

- *Catalepsia*, este fenómeno consiste en una extremada inmovilidad muscular de todo el cuerpo o parte de él. En este estado cualquier posición que se sugiera es mantenida invariable por tiempo indeterminado.

- *Aumento de fuerza muscular y resistencia a la fatiga*, aparentemente la Hipnosis facilitaría el aumento de fuerza y resistencia muscular, lo cual se explicaría debido a la intensa concentración mental que constituye el sustrato de toda Hipnosis y que permite una aplicación más perfecta de los impulsos volitivos sobre el aparato muscular; en cuanto a la resistencia mayor a la fatiga, puede atribuirse a una menor percepción de ésta, lo que permite utilizar los músculos, químicamente fatigados, por más tiempo que durante la vigilia.

h) *Psicosomáticos, neurovegetativos y viscerales*: el control volitivo consciente sobre el cuerpo es ampliamente superado durante el estado hipnótico, los centros básicos del sistema neurovegetativo se muestran notablemente controlables por la sugestión hipnótica.

i) *Regresión*: el estado hipnótico profundo posibilita la retrogresión psicológica del sujeto a las diferentes edades que ha atravesado. Ello permite la recuperación de situaciones traumáticas olvidadas, pudiendo de esta forma no sólo recordar, sino “vivenciar”, con la autenticidad de la experiencia original, diversas edades según el comando del operador, siendo muy útil en el tratamiento de fobias, por ejemplo.

j) *Hipermnesia*: en este caso el sujeto no es estimulado por la sugestión de “regresar” a determinada edad, sino simplemente se le pide que “recuerde hechos” ocurridos en cierta época.

3) Fenómenos del período post hipnótico

Los fenómenos desarrollados durante el estado hipnótico implican modificaciones psicósomáticas producidas en función de la profundidad del trance y tipo de sugerencias impartidas. Estas modificaciones ejercen influencia en el periodo posthipnótico, clasificándose en dos grupos:

- **Fenómenos espontáneos**

El cese del estado hipnótico, conduce a una recuperación de los límites habituales del “Yo”. La imagen del operador, que se había hecho intrapsíquica en la Hipnosis, es ubicada nuevamente en el exterior y al quebrarse el rapport hipnótico, la conexión del sujeto consigo mismo y la realidad ambiente adquiere las características de vigilia.

Es importante subrayar la necesidad de que las sugerencias impartidas que se ejecutan en el trance, especialmente las posthipnóticas, estén encuadradas dentro de las tendencias temperamentales positivas del sujeto y asimismo, concuerden con las normas éticas arraigadas del mismo. En este caso, las sugerencias posthipnóticas son habitualmente ejecutadas; cuando ello no es así, el sujeto, aún siendo sonambúlico, puede evitarlas oponiéndose con éxito a la ejecución.

Es posible observar durante el periodo posthipnótico, la producción de amnesias espontáneas totales y parciales, referidas a los sucesos del trance.

- **Fenómenos sugeridos**

Las sugerencias impartidas durante el trance pueden tener ejecución después de un plazo variable, en el periodo posthipnótico. Esta clase de fenómenos, llamados sugerencias posthipnóticas, permite una extensa aplicación en la terapéutica.

Particularmente, las sugerencias posthipnóticas tienen un mayor éxito cuando han sido sugeridas durante el trance profundo, siendo menor su eficacia en los trances más superficiales. Cuando el sujeto en trance ha concentrado bien su mente en la sugerencia posthipnótica, ésta se convierte en una verdadera compulsión que exige ser realizada al salir del trance, esto se confirma en la Ley del Esfuerzo Transformado (Baudouin, citado en Voss, 2005), “cuando una idea está bien implantada en la mente subconsciente, cuanto más esfuerzos conscientes se opongan a su realización, tanto más se acrecienta la necesidad de ejecutarla”. El sujeto que despierta con amnesia completa y ha recibido en el trance la sugerencia: “cuando usted salga del consultorio dará tres gritos de alegría”, sentirá la necesidad impostergable de realizar esta extravagancia.

En algunos casos podrá evitar con gran esfuerzo y angustia la ejecución de la orden, pero en otros la presión compulsiva será demasiado fuerte y cederá ante ella. Otras veces, el sujeto realiza la acción sugerida con aparente beneplácito, no importando la extravagancia de la misma pues mediante un artificio lógico (trance lógico) el sujeto racionaliza y calma su espíritu crítico.

La habilidad del operador reside en adaptar la sugestión, merced a su penetración psicológica, a la personalidad del sujeto, tratando de amoldarla a sus tendencias básicas (Hipnosis Naturalística), y apoyándose racionalmente en argumentos aceptables por aquél.

Amnesia posthipnótica

Luego del trance profundo suele producirse un grado variable de amnesia, la cual llega a ser absoluta en ciertos casos. Este fenómeno puede ser espontáneo o sugerido. A veces, después de un trance muy profundo el sujeto no tiene ninguna manifestación amnésica, recordando perfectamente todos los sucesos del trance. En general, existe paralelismo entre el grado de profundidad del trance y la magnitud de la amnesia posthipnótica, dándose naturalmente, escasa o ninguna amnesia en los trances medio y superficial.

IV.- SUSCEPTIBILIDAD - HIPNOTIZABILIDAD

La declaración de que sólo una minoría de la población es susceptible a la Hipnosis, es parte de una antigua creencia cultural que suponía que sólo una persona de intelecto inferior o de “personalidad débil” podía ser hipnotizada.

Muchas investigaciones (Barber 1976, 1977, 1980; Barber y Mayer, 1977; Altman y Carney, 1981 y Fricton, 1981, citados en Díaz, 2004), sugieren que lo importante para predecir o determinar la respuesta hipnótica, no es un rasgo fijo o incluso genético, que se mide por un test de susceptibilidad, sino el particular abordaje hipnótico que se hace con el paciente, y tal vez, la relación que se desarrolla mediante este abordaje particular.

Los Test de Susceptibilidad Hipnótica, tal como la Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Standford (Weitzenhoffer y Hilgard, 1959, citados en Díaz, 2004), están diseñados para medir la respuesta a la Hipnosis. Es claro que los individuos responden de manera diferente a este tipo de test, y que el promedio de la población cae dentro de una curva normal (Hilgard y Hilgard, 1975, citados en Díaz, 2004). Hay una evidencia importante en cuanto a que las personas que tienen un puntaje bajo en las escalas de susceptibilidad pueden responder, en otra oportunidad o frente a un abordaje diferente, lo suficiente como para experimentar varios fenómenos hipnóticos. Esto nos indica que el puntaje de susceptibilidad refleja solamente la respuesta a un abordaje hipnótico particular y no predice la respuesta general a la Hipnosis (Barber, 1980, citados en Díaz, 2004).

En general, cualquier paciente que sea apropiado para algún tipo de intervención psicoterapéutica es, potencialmente candidato a intervenciones hipnóticas. La hipnotizabilidad *per sé*, actualmente es vista por los cognitivos conductuales como menos importante de lo que se ha creído tradicionalmente (Bertrand, citado en Voss, 2005). Esto se debe en parte, al hecho de que no vemos la capacidad hipnótica como un rasgo inmutable, sino como una destreza asimilable que puede ser enseñada al paciente para ser beneficiado con su uso. Una consideración importante es que, en estudios clínicos en los que se han empleado sujetos no seleccionados en términos de capacidad de Hipnosis, muestran que hasta sujetos con escasa capacidad pueden alcanzar ganancias clínicas muy significativas, como la reducción en el uso de narcóticos analgésicos u otras cosas que disminuyen la calidad de vida (Cangello, 1961, 1962, citado en Chaves, 1994).

A continuación se detallan algunos test de susceptibilidad hipnótica:

- **Perfil de Inducción Hipnótica (HIP)**

Creado por el médico psiquiatra Herbert Spiegel (1973, citado en Voss, 2005), es una medida de hipnotizabilidad con una secuencia sistematizada de instrucciones, respuestas y observaciones que son registradas por el operador mientras el sujeto entra en trance, lo mantiene y sale de él de una forma también prescrita. Además es un procedimiento de inducción y enseña al sujeto a manejar su propio sistema de claves para entrar y salir del trance. Puede ser integrado en la entrevista clínica para determinar si la Hipnosis puede ser usada prontamente en el tratamiento y de qué forma hacerlo. Su administración toma de cinco a diez minutos.

El instrumento posee tres componentes esenciales: una medida biológica, índice de rotación de los globos oculares; un ítem ideomotor, levitación de la mano y una experiencia subjetiva de descubrimiento, control diferenciado entre las manos (medición de la rapidez y forma en que el sujeto levanta su brazo en respuesta a la señal post hipnótica).

- **Escala de Hipnosis Clínica de Standford (SHCS)**

La SHCS original fue desarrollada para propósitos de investigación, luego fue ampliada para proveer medidas útiles en análisis correlacionales y para probar una variedad de acciones hipnóticas. Esta escala se desarrolló para ser usada en adultos, una escala similar para el uso con niños, ha sido también desarrollada (Morgan y J.Hilgard 1978/1979, citados en Hilgard, 1978/79). Consta de cinco ítems seleccionados y modificados de aquellos ya medidos en escalas previas: SHCS, formas A, B y C (Weitzenhoffer y Hilgard, 1959, citados en Hilgard, 1978/79). Los ítems son: movimiento de manos, sueño, regresión de edad, una sugestión post hipnótica y amnesia.

- **Escalas de Barber**

Barber y cols. (Barber y Wilson, 1978/79, citados en Hilgard, 1978/79) han desarrollado dos test cuya esencia es medir la capacidad de respuesta a la sugestión hipnótica y capacidad creativa, la Escala Barber de Sugestionabilidad (BSS) y la Escala de Imaginación Creativa (CIS). La tesis de estos test es que sus condiciones de administración, no deben ser definidas como Hipnosis y no deben ser utilizadas como técnicas habituales de inducción.

Los objetivos en el desarrollo de estos dos test fueron: usarlos sin hacer referencia al término de Hipnosis y alejarse de una manera autoritaria de administración, dando lugar a una atmósfera clínica permisiva.

- *La Escala Barber de Sugestionabilidad (BSS)*, posee ocho ítems: descenso de los brazos, levitación de los brazos, cierre de la mano, alucinación, inhibición verbal, inmovilización corporal, respuesta post hipnótica y amnesia selectiva.

- *La Escala de Imaginación Creativa (CIS)*, posee diez ítems: pesadez del brazo, levitación de la mano, anestesia de los dedos, alucinación de agua, alucinación olfativa – gustativa, alucinación musical, alucinación de temperatura, distorsión del tiempo, regresión y relajación mental corporal.

V.- HIPNOSIS Y SUEÑO

Una manera de comprender la experiencia hipnótica es comparándola con el proceso del sueño. En nuestros sueños experimentamos las imágenes y los sentimientos como si fueran reales, a pesar de que sólo son, obviamente sueños. Porque parecen ser reales, reaccionamos a ellos como reaccionaríamos a las experiencias del estado de vigilia. Si en nuestro sueño estamos siendo perseguidos por un tigre, podemos despertar asustados, con el corazón acelerado. De esta manera, la Hipnosis funciona con las ideas y las imágenes en un estado mental más profundo y creativo. En este estado, las imágenes emplean una realidad propia. Podemos explorar nuevas posibilidades acerca de nosotros mismos, como si fuesen reales. Podemos experimentar ganar más dinero, ser sanados y estar sanos o cualquier cosa que deseemos. Debido a que la mente experimenta todas estas cosas como si fuesen reales, empezamos a descubrir nuevas maneras de ser.

Otra similitud con los sueños, es la flexibilidad de la mente en trance. La mente en trance no está limitada por la lógica. Uno puede volar en bicicleta hasta un jardín y tener una conversación con un ser querido que se ha marchado mucho tiempo atrás. En el sueño todo parece plausible y natural. En el estado de trance hipnótico la mente puede considerar todo tipo de posibilidades que no serían creíbles para la mente consciente debido a los límites aprendidos. En este estado, los filtros de control normales de la mente consciente son reducidos temporalmente, de modo que podemos experimentar visiones previamente imposibles de nuestro potencial.

En contraste, existe una importante diferencia entre los sueños y la Hipnosis. Esta última es un proceso de elevada o aumentada concentración muy diferente al sueño. En el sueño existe una disociación del pensamiento y una desconexión con el mundo que lo rodea, mientras que el hipnotizado está muy concentrado y conectado con el terapeuta. En Hipnosis se incrementa la tensión, la agudeza mental, la coordinación senso - motriz y, a veces, la carga afectiva.

Los sueños son básicamente sucesos casuales para la mayoría de la gente, no han sido planeados, ni son intencionales. La experiencia hipnótica está dirigida por nuestra intención de cambiar o mejorar aspectos específicos de nuestra vida.

En la Hipnosis, dirigimos el centro de atención de nuestro trabajo interior y canalizamos la energía de la mente profunda para ayudarnos a encontrar las respuestas a cuestiones muy específicas. En un trance hipnótico, comparado con el sueño, el cuerpo está generalmente más relajado y las ondas cerebrales están más activas que en el sueño.

Mientras dormimos la mente consciente permanece inactiva y tanto ésta como la mente subconsciente son inaccesibles a la sugestión externa. La Hipnosis, es más bien una suspensión: el cuerpo duerme, mientras que la mente permanece totalmente consciente y receptiva.

El trance hipnótico es una prolongación provocada de una experiencia natural. Parte del tiempo permanecemos despiertos o estamos en trance de distinto grado. Todos caemos en un estado alterado de consciencia al menos dos veces al día: justo antes de despertarnos en la mañana y justo antes de dormirnos por la noche (“período hipnogógico del sueño”). En esos momentos, nuestros sentidos se desentienden de la influencia exterior. A veces también se entra en un estado

hipnótico cuando se reflexiona y el pensamiento se concentra intensamente. La diferencia entre la Hipnosis accidental y la programada está en el resultado. También en la intencionalidad característica de la segunda, en la que no se permite que entre nada ajeno en el espacio curativo y creativo. La Hipnosis accidental no da resultados, mientras que durante la Hipnosis provocada se producen mejoras notables.

VI.- ENFOQUE NATURALISTICO DE ERICKSON

Mucho se ha discutido acerca del legado del famoso psiquiatra Milton Erickson, fundamentalmente debido a la inexistencia de sistematizaciones e interpretaciones realizadas por el mismo acerca de su práctica clínica.

El enfoque ericksoniano implica una visión de hombre que se desprende del trabajo de Erickson y que permite en parte entender la importancia y novedad que ha aportado este enfoque en la práctica clínica. Si quisiéramos definir en pocas palabras cuál es esta visión de hombre podemos decir que es una visión positiva del ser humano: la conducta y el crecimiento normales son los procesos de la vida y la psicopatología es una interferencia en tales procesos, se debe confiar y aceptar a la persona, sin juzgar; cada persona es única y valiosa, es decir, tiene una historia vital que le es peculiar, con sus propias experiencias, valores, visiones del mundo y formas singulares de organizar dicha experiencia, por ello, requiere la adaptación de los marcos teóricos a cada sujeto y no al revés.

Esta aceptación de la unicidad de cada persona, de la confianza en sus capacidades y de la naturaleza positiva del ser humano, lleva a plantear la terapia como una **utilización** de aprendizajes inconscientes, confiando en el “sabio interno”, suponiendo que la persona cuenta dentro de sí con los recursos para salir adelante y solucionar sus problemas, todo esto, por medio de aprendizajes y acciones (aprender y hacer). Esto ha llevado a definir a la corriente ericksoniana como esencialmente **naturalista** mediante la cual se pretende hacer emerger las capacidades naturales necesarias para superar dificultades, resolver problemas, entrar en trance y experimentar todos sus fenómenos, oponiéndose a la idea habitual en psicoterapia de *enseñarle* cosas a la gente.

Para profundizar en el concepto de utilización, se puede decir que es la capacidad de utilizar o emplear las creencias, conductas, exigencias y características de cada persona, de modo tal, que no sólo no obstaculicen la senda hacia los resultados deseados, sino que incluso, faciliten la terapia. Sea lo que fuere lo que la persona presenta, se lo toma como punto de partida para una psicoterapia fructífera y, si es posible, se lo utiliza al servicio del objetivo deseado, ya sea utilizando el lenguaje del paciente (usando las mismas palabras en el nivel que el sujeto pueda entender), sus intereses y motivaciones (en lugar de preocuparse por la desmotivación, investigar los intereses del paciente, vinculando inducciones hipnóticas y terapia a ellos), las creencias y marcos de referencia del paciente (primero tratar de entender las ideas de la persona y luego orientarlas), su conducta (aceptación sin esforzarse por reestructurar psicológicamente), los síntomas (muchas veces incluso prescribiendo su sustitución por otros síntomas mas fáciles de solucionar o menos molestos) e incluso la resistencia. También es posible fomentar el cambio mediante la utilización de las pautas presentes de los pacientes, copiándolas, estableciendo rápidamente rapport y guiando desde ahí el cambio (Acompañar - Pacing, Reflejar - Mirroring y Guiar - Lead), (Voss, 2005).

VII.- TERAPIA PSICOBIOLOGICA DE ROSSI

La relación holística de la mente cuerpo, lo que la mente cree y piensa puede tener un efecto profundo sobre nuestra salud, enfermedades, y el modo de cómo funcionamos en nuestra vida diaria.

Es así como Rossi, incursiona en diversos campos integrando información desde, la cronobiología, psicobiología y psiconeuroinmunología, estudios de la memoria y el aprendizaje. Estos campos lo conducen al estudio de los ritmos naturales de actividad - descanso (ritmos ultradianos), sus relaciones con el stress, la curación mente - cuerpo, procesos bioquímicos y hormonales en la memoria y aprendizaje.

¿Cómo se comunica la mente con el cuerpo?, ¿por cuáles mecanismos se logra la curación mente - cuerpo?, Ernest Lawrence Rossi, propone el eslabón que faltaba en la comunicación y la sanidad, la Memoria, Aprendizaje y Comportamiento Dependiente del Estado o MACDE, un concepto originado en los últimos 40 años en investigaciones de las respuestas comportamentales a la drogas psicoactivas. La idea básica detrás del MACDE, es que una memoria queda condicionada o asociada a un estado alterado (alterno) de consciencia, el cual se experimentó originalmente. Cuando esas memorias son recuperadas mediante Hipnosis u otras formas de terapia mente - cuerpo, puede ocurrir la curación mente cuerpo, trazando el camino de la transducción de la información, desde la mente a la molécula. La Hipnosis, la memoria y el aprendizaje dependiente del estado, están codificadas por conexiones distintivas mente - cuerpo, desde las cuales generan una variedad de comportamientos distintivos ligados al estado. Estos comprometen patrones de memoria y experiencias de la vida que están disociadas, o sea, no están disponibles en el estado despierto de la persona.

La Terapia Psicobiológica pretende facilitar la comunicación mente - cuerpo y dado que existe confianza en que cada persona posee el potencial para solucionar sus problemas, gira en torno al trabajo que realiza el paciente al activar sus recursos internos. Desde esta perspectiva, el trabajo terapéutico implica el paso por una serie de etapas que van siendo guiadas por el terapeuta en términos de la forma y estructura de las mismas (proceso) y no necesariamente en términos de contenido, es decir, se puede trabajar a modo de “terapia oculta”, en la cuál el terapeuta desconoce el contenido del problema con la persona que está trabajando.

En vista de lo anterior, este tipo de terapia será exitosa en la medida que logre cumplir con sus tres objetivos fundamentales, que son : ganar acceso al origen del problema (con ello a los MACDE), reencuadrar terapéuticamente el problema dependiente del estado y facilitar la continuación de la auto - sanación.

Los ritmos de autorregulación mente- cuerpo

Aunque pocos de nosotros nos damos cuenta de esto, los seres humanos poseemos relojes genéticos que son influenciados por los ritmos estacionales de la tierra. Los nacimientos, las muertes e incluso el ánimo, varían con la época del año. Se ha descubierto que el desempeño y el estado de alerta poseen un máximo y una declinación sobre bases mensuales en mujeres y hombres. Nuestras capacidades mentales, estado emocional, química sanguínea, fortaleza

muscular, coordinación ojo - mano e incluso la resistencia a las enfermedades varían en ritmos predecibles a través del día.

Existen diferentes tipos de ritmos y se pueden clasificar de acuerdo al período de duración, siendo el más conocido el *ritmo circadiano* (“alrededor de un día”), su duración es de un período cercano a 24 hrs. (21 a 28 hrs.), por ejemplo podemos encontrar el ciclo/vigilia, los ritmos hormonales (cortisol y melatonina), temperatura, entre otros. Cuando los ritmos son más extensos que un día, hablamos entonces de *ritmos infradianos* (infra = día “por debajo” o “más largos que un día”), que tiene una duración más larga que 24 hrs. Entre ellos encontramos por ejemplo, los ritmos menstruales, de migración anual, reproductivos estacionales, el desorden afectivo estacional. Cuando éstos ritmos oscilan muchas veces a través de día, como sucede con el hambre y la excitación sexual, son denominados *ritmos ultradianos* (ultra = día “más allá” o “muchas veces por día”), que duran un período más corto de 24 hrs. Estos ritmos son medidos en términos de horas, minutos e incluso segundos.

Aproximadamente doce a dieciséis veces por día, experimentamos lo efectos de nuestros ritmos ultradianos de 90 a 120 min. de actividad y luego le siguen unos 15 a 20 min. de descanso que regulan la actividad y restauración de la mente y el cuerpo. A este momento se le ha considerado tan importante que se le ha denominado “Ciclo Básico de Actividad / Descanso (Nathaniel Kleitman, citado en Voss, 2005).

El MACDE, puede ser codificado por nuestros ritmos circadianos y ritmos ultradianos normales, ya que muchas de las sustancias informacionales que modulan el MACDE, son liberadas normalmente durante estos ritmos pulsantes (Iranmanesh et al, 1989, citados en Voss, 2005).

VIII.- HIPNOSIS Y SU APLICACIÓN EN ODONTOLOGIA

Actualmente casi todos los pacientes que llegan a la consulta, entran con temor, muchas veces el tiempo de trabajo nos limita y no nos detenemos a pensar que la necesidad de quien tenemos en frente puede ir más allá de un simple tratamiento rutinario. La dedicación, el respeto y por sobre todo la comunicación resultan trascendentales para el tratamiento Odontológico.

A pesar del limitado uso de la Hipnosis en este campo, existen diversos estudios que han comprobado su eficacia ante determinados tratamientos. Dentro de las aplicaciones clínicas encontramos:

a) Relajación general del paciente

Las evidencias indican que la visita al dentista es estresante para la mayoría de los individuos. Estudios de Gershman, Burrows y Reade, 1987; Golan, 1971, 1986; Gonella, 1982; Morse, Schacterle, Furst y Bose, 1981; Peretz, 1996; Rustvold, 1994; Shaw y Niven, 1996; Simons, 1985; Schutt y Bernstein, 1986, citados en Chaves, 1997), plantean que entre el 50 y 20 % de la población de los Estados Unidos evitan totalmente la atención dental y casi todo el resto puede ser clasificado como “normalmente refractario”. De esta manera, la posible aplicación de la Hipnosis como una estrategia de relajación general ciertamente se sugiere por sí misma.

Los beneficios potenciales son reforzados cuando consideramos el incremento de la fragilidad física y psicológica de los pacientes que reciben atenciones dentales rutinarias e impersonales como hoy en día. Los estudios e informes citados proveen un apoyo suficiente para esta aplicación de la Hipnosis.

b) Fobias discretas

Las técnicas hipnóticas pueden facilitar el manejo de fobias específicas o ansiedad fóbica: miedo al dolor y al malestar, inyecciones dentales, imágenes, sonidos, olores durante la atención, y náuseas (Barsby, 1994; Clarke y Persichetti, 1988; Gershman, 1989, Golan, 1971, 1975; Manusov, 1990; McGuinness, 1984; Morse, Hancock y Cohen, 1984; Wilks, 1994; Zach, 1989, citados en Chaves, 1997).

c) Mayor tolerancia para aparatología ortodóncica y protésica

El objetivo en estas aplicaciones es reforzar la motivación, aumentar la tolerancia, y disminuir el malestar (Smith, 1969a, 1969b; Sondi, 1980, citados en Chaves, 1997). Son necesarios una mayor cantidad de estudios mejor controlados en relación a estas aplicaciones.

d) Modificación de hábitos orales desadaptativos, incluyendo bruxismo, rechinamiento y sacar la lengua

Según Golan, 1991; Goldberg, 1973; Somer, 1991; Clarke y Reynolds, 1991; Morse, 1982, citados en Chaves, 1997, estos objetivos terapéuticos pueden lograrse más rápidamente en algunos pacientes con un apropiado tratamiento en conjunto con técnicas hipnóticas (Golan, 1991; Goldberg, 1973; Somer, 1991; Clarke & Reynolds, 1991; Morse, 1982, citados en Chaves, 1997). Además, la Hipnosis ha sido utilizada para reducir actividad electromiográfica resultante en un aumento del espacio interoclusal (Manns, Zuazola, Sirhan, Quiroz y Rocabado, 1990, citados en Chaves, 1997).

e) Reducción del uso de anestesia química, analgesia y sedación

Fassbind (1983, citado en Chaves, 1997) advirtió que la Hipnosis puede ser usada en el control de la ansiedad y manejo del dolor, especialmente la prolongación de la anestesia local, pero aceptando que es un error el pensar acerca de la Hipnosis como un sustituto primario de la anestesia local. Morse (1976, citado en Chaves, 1997), encontró que la Hipnosis puede eliminar o reducir la necesidad de anestesia local en pacientes que se realizaban tratamientos de endodoncia. Es más, el tratamiento se alargaba sólo en 5 minutos, contrario a la noción de que la Hipnosis consume mucho tiempo.

f) Para complementar o sustituir premedicación quirúrgica

Esta es una aplicación más limitada de las técnicas hipnóticas de manejo del dolor por lo que no ha recibido la atención suficiente. A pesar de que la ambición clínica por sustituir la anestesia química es menor, la probabilidad de tener éxito en reducir el dolor y la ansiedad, y aumentar el confort del paciente es significativa (Neiburger, 1973; Lichfield, 1982; Kleinhauz y Eli, 1993; Stern, 1991, citados en Chaves, 1997). Stern (1991, citado en Chaves, 1997) indica el uso de la Hipnosis como una forma de premedicación psicósomática puede ser especialmente útil con pacientes ansiosos o “difíciles”.

g) Control del flujo salival y sangramiento

Lucas (1975, citado en Chaves, 1997), discute el rol del manejo de la ansiedad en el control de la pérdida de sangre en hemofílicos. Datos recientes entregados por Enqvist y sus colegas en el Instituto Karolinska, midieron una reducción de un 30% en el volumen de sangre perdido durante una cirugía, comparado a un grupo control, cuando los pacientes antes y después de una cirugía maxilofacial escucharon cintas con inducción hipnótica (Enqvist, Von Konow y Bystedt, 1995, 1995, citados en Chaves, 1997). Esta reducción puede haberse debido a una disminución de la presión sanguínea en el grupo tratado.

h) Como intervención terapéutica para Síndromes de Dolor Facial Crónico y Desórdenes Temporomandibulares (TMD)

Existe evidencia clínica significativa sobre la efectividad de la Hipnosis en el manejo de diversos Síndromes de Dolores Crónicos incluyendo TMD (Cohen y Hilis, 1979; Gerschman,

Burrows y Reade, 1978; Gerschman, Reade, Burrows y Wright, 1980; Golan, 1989; Kunzelman y Dunninger, 1987; Rolle, Gonella, Corteletti, Prandi y Borgarino, 1986; Stam, Mc Grath y Brooke, 1984; Stam, McGrath, Brooke y Cosier, 1986, citados en Chaves, 1997), así como en el tratamiento de los tics (Golan, 1971; Gurian, 1985; Robinson, Schneider y Styles, 1972; Shapira, 1990, citados en Chaves, 1997).

i) Para complementar el uso del óxido nitroso

Lu (1994), describió el uso de la Hipnosis como inducción para sedaciones más suaves y para reducir las emergencias postoperatorias violentas en pacientes dentales pediátricos. Él notó que la Hipnosis combinada con sedación farmacológica todavía no es muy popular debido a que pocos practicantes están entrenados en ambas técnicas. Dworkin y sus colegas demostraron los poderosos efectos de las sugerencias al ir despertando para potenciar o disminuir los efectos analgésicos del óxido nitroso (Dworkin, Chen, LeResche y Clark, 1983; Dworkin, Chen, Schubert y Clark, 1983; Dworkin, Schubert, Chen y Clark, 1986, citados en Chaves, 1997).

j) Aumentar el compromiso con las recomendaciones de higiene oral

Estas aplicaciones han sido entregadas por Kelly et al., (1988). Son necesarios otros estudios para poder aseverar la eficacia de estas intervenciones.

IX.- CONTRAINDICACIONES DE LA HIPNOSIS

- Contraindicaciones que podrían afectar el desarrollo normal de una intervención hipnótica: problemas de comunicación, (pobre conocimiento del lenguaje, defectos de audición, etc.), problemas mentales que causen una falta de habilidad para concentrarse e imaginar.
- Contraindicaciones médicas (no psicológicas), tales como: desórdenes afectivos o post traumáticos, desórdenes de personalidad limítrofes, manifestación de enfermedades psiquiátricas e historia de abuso de drogas, (Kossack, 1993; Revenstorf, 1993; Faymonville et al., 1999; Schmierer, 2001, citados en Hermes, 2005), epilepsia y alteraciones del equilibrio.

X.- VENTAJAS DE LA HIPNOSIS

- Logra la relajación del paciente.
- Ayuda en el control de signos desadaptativos del paciente, (náuseas, fatiga muscular, entre otros).
- Permite lograr ciertos grados de anestesia y analgesia.
- Puede ser utilizada por el paciente, durante el período de tratamiento propiamente tal y posterior a éste, en caso de necesitarlo en otros aspectos de su vida.
- Facilita la labor profesional.

XI.- DESVENTAJAS DE LA HIPNOSIS

- Existencia de prejuicios arraigados en los pacientes en contra de su uso.
- Los resultados dependen de la mayor o menor habilidad del operador y de su aplicación adecuada.
- El factor tiempo hace que su empleo rutinario sea dificultoso.
- Predominio de perspectivas teóricas místicas para referirse a los fenómenos hipnóticos.

XII.- META – ANALISIS

De un tiempo a esta parte, la Odontología basada en la evidencia ha sido un tema que ha ido tomando cada vez más fuerza en los distintos métodos de investigación, si bien el procedimiento de revisión ha sido utilizado desde siempre en la ciencia médica en general, el concepto de revisión sistemática pretende formalizar de manera rigurosa lo que hasta entonces era una revisión narrativa.

El gran auge de este enfoque, acompañado de la evolución en las herramientas informáticas y el imparable aumento de las publicaciones electrónicas, ha llevado a intentar sistematizar y unificar criterios en cuanto a un análisis más acucioso y certero de las publicaciones.

El término Meta - Análisis fue introducido por Glass en el año 1976 y se define como el proceso de combinar los resultados de diversos estudios relacionados, con el propósito de llegar a una conclusión.

El Meta - Análisis constituye una revisión bibliográfica, pero a diferencia del método clásico que ésta utiliza, consiste en comentar, analizar y comparar descriptivamente ensayos clínicos individuales, relacionando sistemáticamente los resultados, permitiendo obtener conclusiones cuantitativas y cualitativas sobre el aspecto estudiado.

La corriente denominada "medicina basada en la mejor evidencia" (best Evidence Based Medicine EBM), junto a la rápida acumulación de información médica y su disponibilidad, han contribuido, sin lugar a dudas, a establecer como objetivo primordial, que la investigación médica se asiente sobre bases científicas de mejor calidad, en las que se refleje de forma fidedigna el estado actual de los conocimientos (Céspedes, 1995).

Dentro de las herramientas utilizadas en el proceso de revisión, el Meta - Análisis constituye uno de los pilares fundamentales, definiendo los procedimientos cuantitativos de análisis de los datos extraídos a partir de los trabajos de investigación revisados, con el fin de obtener conclusiones estadísticas a partir de ellos, fundamentalmente tendientes a calcular un valor medio global de la cantidad medida (por ejemplo eficacia del tratamiento), o por otro lado a analizar la heterogeneidad de ésta entre los diferentes estudios, estableciendo una estimación del efecto global y valoración de la heterogeneidad de los estudios. (Moliner, 2003b).

Para realizar este tipo de investigación se debe definir un buen protocolo, los objetivos que se persiguen, la hipótesis que se investiga, ámbito para la búsqueda de trabajos y métodos que se emplearán para ella, así como los criterios de inclusión y exclusión de estudios candidatos. Habrá después que proceder a resumir los datos a partir de los diferentes trabajos de forma bien estructurada, que evite errores y facilite su interpretación (Moliner, 2003a).

OBJETIVOS GENERALES

- Revisar sistemáticamente todos los ensayos controlados aleatorios sobre procedimientos odontológicos en los que se haya utilizado como herramienta adjunta la Hipnosis.
- Estimar la efectividad de la Hipnosis como una herramienta adjunta en controlar signos y síntomas antes, durante y después del procedimiento Odontológico.
- Evaluar la hipótesis de que la Hipnosis es un recurso eficaz en Odontología, ayudando a la calidad del tratamiento y el confort del paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Recopilar conocimientos teóricos actualizados del tema, realizando un análisis profundo del campo para definirlo apropiadamente, resguardarlo y facilitar su investigación, hasta ahora incipiente en nuestro país.
- Disipar creencias erróneas respecto a la Hipnosis, lo que pudiera llevar a su utilización en perjuicio de los pacientes.
- Investigar la fenomenología, diversas teorías y tendencias sobre esta materia, indicando sus ventajas, desventajas y contraindicaciones.
- Destacar la eficacia de su aplicación clínica, argumentando en favor de el uso más extendido de esta técnica terapéutica como una herramienta adjunta al tratamiento odontológico.

MATERIALES Y METODOS

I.- ESTRATEGIA DE BUSQUEDA

Se realizó un registro de búsqueda sensible, sistemático y pertinente, para identificar los posibles estudios que formarían parte de esta revisión.

Se realizaron búsquedas en MEDLINE (Literatura Internacional de Ciencias de la Salud); BIREME - LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud); ISI WEB OF SCIENCE (Internacional Science of Information), incluyendo artículos publicados desde 1995 hasta el presente año (2006), por medio de keywords, utilizando el siguiente esquema de estrategia:

Se utilizaron palabras claves básicas en todas las búsquedas, para luego especificar y sensibilizar la recopilación de datos, siendo revisados todos los links dispuestos en las páginas electrónicas que estuvieran acorde con los parámetros básicos de esta investigación, la secuencia de búsqueda determinada corresponde a:

- HYPNOSIS AND ODONTOLOGY
- HYPNOSIS AND DENTISTRY
- HYPNOSIS AND SURGERY AND DENTAL
- HYPNOSIS AND TEETH
- HYPNOSIS AND PHOBIA
- HYPNOSIS AND FEAR
- HYPNOSIS AND ANXIETY
- HYPNOSIS AND PAIN
- HYPNOSIS AND DENTAL PATIENTS
- CLINICAL HYPNOSIS
- CONSCIOUS SEDATION
- PSYCHOLOGICAL STRESS

Se realizaron búsquedas en la lista de citas de los artículos que fueron incluidos, con el fin de identificar ensayos relevantes. Lo mismo se realizó en la lista de referencias de otros artículos relevantes y así sucesivamente.

A partir de los recursos electrónicos disponibles en nuestro centro de estudio, se obtuvo la mayoría de los textos requeridos para esta revisión, sin embargo se tuvo que recurrir a otras universidades para la obtención de algunos artículos, para ello se acudió personalmente a los centros bibliotecarios, así como también se solicitaron vía Internet revistas que no se encontraban en nuestro país, además del contacto directo con Doctores especialistas en el tema, que nos facilitaron literatura específica y actualizada contenidas en su biblioteca personal.

Recursos teóricos obtenidos a través del Diplomado en Hipnosis Clínica 2006, impartido por la Universidad de Valparaíso, dictado por el Doctor Ricardo Voss, y cursado por una de las tesis, contribuyeron de manera directa en el desarrollo de esta revisión.

II.- METODOS DE REVISION

Selección de los ensayos

Ambas revisoras decidían en forma conjunta si los ensayos cumplían con los criterios de inclusión. Las revisoras no fueron cegadas con respecto a los nombres de los autores, las instituciones, la revista de publicación y los resultados, al momento de aplicar los criterios de inclusión.

Obtención de los datos

Se realizó una completa recolección de datos, esto se llevó a cabo por medio de una tabla estandarizada con los criterios de inclusión, diseñada por las autoras, cuyo contenido explicaremos más adelante.

Las revisoras recolectaron los datos en conjunto, en caso de desacuerdo, se hacía una discusión y se llegaba a un consenso.

III.- VALORACION GLOBAL DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISION

Tipo de estudio

Se incluyeron todos los ensayos empíricos publicados en revistas científicas, desde el año 1995 hasta el 2006, donde se hubiera intervenido odontológicamente al paciente y utilizado Hipnosis como herramienta adjunta al tratamiento.

Se tuvo en cuenta los ensayos publicados en cualquier idioma.

Tipo de participantes

Se consideraron ensayos sin tomar en cuenta la edad, sexo ni raza de los pacientes, sin embargo, debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

- Ser sometidos a un tratamiento dental en cualquiera de sus especialidades, utilizando la Hipnosis como una herramienta adjunta al tratamiento.
- Ser informados con anterioridad del procedimiento e integrarse a este en forma voluntaria.
- No se hace necesaria la presencia de un test de susceptibilidad para cada individuo antes del estudio.

Tipo de intervención

Se incluyeron ensayos sobre intervenciones experimentales que cumplieran los siguientes criterios:

- Un intento de modificación acerca de las creencias y pensamientos respecto a la Hipnosis, intentando validarla como una opción viable para un mejor confort del paciente.
- Un intento por modificar el estado de ansiedad o stress presente en la mayoría de los pacientes, previo a un procedimiento o una simple visita odontológica.
- Inclusión de tratamientos dentales, en cualquiera de sus especialidades, administrando Hipnosis como terapia adjunta.
- Incluyeran un tratamiento durante cualquier período de tiempo, debidamente comprobados y publicados en revistas científicas.
- Tratamientos realizados por especialistas.

IV.- EVALUACION DE LA CALIDAD METODOLOGICA

Criterios de evaluación de los ensayos

Los criterios para evaluar la calidad metodológica se basaron en la búsqueda de evidencia según una metodología específica que permita disminuir la posibilidad de sesgos, es por esto, que se ha confeccionado una tabla estandarizada con once criterios pertinentes para la inclusión de los ensayos.

Los criterios de evaluación de los ensayos fueron determinados según la Guía de Evaluación de Artículos, (modificada de Sackett et al., 1996); según los criterios de validación de Oxman et al, (1993, citado en Uribe, 2000) y según los niveles de evidencia de Cook et al. (1995, citado en Uribe, 2000). (Ver tablas I, II y III)

Categorías de calidad

Según nuestra tabla, los ensayos se clasifican en “alta y moderada calidad”. La categoría “alta calidad”, se otorga a aquellos ensayos que cumplan obligatoriamente los tres primeros criterios, debiendo cumplir con cinco o más de los restantes. La categoría “moderada calidad” se otorga a aquellos ensayos que cumplan con menos de cinco criterios no obligatorios, pudiendo o no, incluir alguno de los tres primeros. (ver Tabla IV)

A partir de la inspección de los resultados de la estrategia de búsqueda, se identificaron once ensayos potenciales, de “alta y moderada calidad”. No hubo desacuerdos entre las revisoras con respecto a cuáles ensayos deberían excluirse. Solamente tres cumplieron nuestros criterios de inclusión y se clasificaron en estudios de “alta calidad”. (Enqvist y Fischer, 1997; Ghoneim et al., 2000; Saadat et al., 2006).

Estudios excluidos

Se excluyeron aquellos estudios que pertenecían a la categoría de “mediana calidad”.

Ocho ensayos no cumplieron nuestros criterios de inclusión. Tres por motivos referentes al tipo de estudio, dos eran reportes de casos (Shaw y Welbury, 1996; Eitner et al., 2006), y uno era un estudio de cohortes (Moore et al., 2002). Dos por no tener un grupo control, es decir, a todos los pacientes se les aplicó la intervención sin existir un grupo de comparación (Peretz y Bimstein, 2000; Hermes et al., 2005) y otros dos, por ser publicaciones más antiguas de ensayos excluidos en nuestro estudio (Moore et al., 1996 y Hermes et al., 2004). Finalmente se excluyó un estudio debido a que el 32% de los participantes se encontraban bajo tratamiento psiquiátrico (Hammarstrand et al.,1995). (ver tabla V)

Descripción de los estudios incluidos

Diseño

Los tres ensayos se describieron como Ensayos Controlados Aleatorios (RCT), en donde la asignación de los pacientes fue realizada al azar y no así los terapeutas.

Participantes

Los tres ensayos incluyeron pacientes adultos de ambos sexos, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 65 años. Los estudios de Saadat et al., (2006) y Ghoneim et al., (2000) establecieron criterios de inclusión más específicos, clasificando a los pacientes según su ASA, y excluyendo a aquellos pacientes que presentaban trastornos psicológicos y consumo de drogas, entre otros. El estudio de Enqvist y Fischer (1997), no detalla los criterios de inclusión, puesto que quienes participan son adultos que no han tenido experiencia previa en la extracción de un tercer molar, sin hacer alusión a otras características, en tanto que los excluidos son individuos que no siguieron la terapia de manera correcta.

Tamaño del estudio

Enqvist y Fischer (1997) aleatorizaron 69 pacientes, de los cuales tres fueron excluidos en última instancia del grupo experimental por no completar los protocolos de tratamiento establecidos, Ghoneim et al., (2000) aleatorizaron un total de 60 pacientes, quienes terminaron el tratamiento, en tanto que Saadat et al., (2006) aleatorizaron un total de 76 pacientes no describiendo la deserción de éstos.

Tratamiento efectuado

En los tres estudios se aplicó tratamiento quirúrgico, en dos (Ghoneim et al., 2000 y Enqvist y Fischer, 1997) el tratamiento efectuado fue remoción del tercer molar, mientras que en Saadat et al., (2006) el tratamiento efectuado fue cirugía oral en general.

Intervenciones

a) Grupo experimental

En los tres estudios la intervención empleada fue Hipnosis. En cuanto al método empleado por los autores para impartir las sugerencias, Enqvist y Fischer (1997) utilizaron cintas de audio, con 20 minutos de sugestión e imaginación que debían ser escuchadas todos los días, una semana antes de la cirugía, Ghoneim et al., (2000), también entregaron cintas con sugerencias e inducciones una semana antes de la cirugía, pero no especificando el tiempo de duración de la cinta ni la frecuencia en la que éstas debían ser escuchadas. Saadat et al., (2006), a diferencia de los anteriores aplicaron sugestión y relajación directa por 30 minutos, además de realizar intervenciones pre y postoperatorias inmediatas a la cirugía.

b) Grupo control

Dos de los estudios, Enqvist y Fischer (1997) y Ghoneim et al., (2000), utilizaron un grupo de control, mientras que, Saadat et al., (2006), sumaron un grupo control – atención a su estudio, que será descrito posteriormente.

En los tres estudios se aplicó un manejo clínico estandarizado, en el cual se entregan los mismos elementos de ayuda para el grupo de individuos, pero sin que exista una intervención hipnótica explícita por parte de los terapeutas.

c) Grupo control – atención

Se utilizó un protocolo de atención, consistente en un patrón de comunicación, como escuchar reflexivamente a los pacientes, otorgándoles un control de la percepción perioperatoria y estimulando la eliminación de sugerencias negativas.

Mediciones

En los tres estudios se midieron parámetros similares, con instrumentos de medición validados y estandarizados.

El único parámetro común medido en los tres estudios, fue la ansiedad preoperatoria, Ghoneim et al., (2000), utiliza la Escala de Spielberger para Ansiedad (STAI), Saadat et al., (2006), la Escala Visual Análoga para Ansiedad (VAS) y STAI; Enqvist y Fischer (1997) la escala VAS.

Sólo en los estudios de Ghoneim et al., (2000) y Saadat et al., (2006), se midió ansiedad postoperatoria y lo hicieron con STAI y STAI más VAS, respectivamente. En cuanto a la ansiedad basal de los participantes, sólo fue medida en el estudio de Saadat et al., (2006).

Dos estudios (Ghoneim et al., 2000; Enqvist y Fischer, 1997), midieron la cantidad de analgésicos postoperatorios consumidos por los participantes, en ambos estudios los datos fueron autoreferidos por los pacientes.

En el estudio de Ghoneim et al., (2000), se midieron el dolor y las náuseas postoperatorias con la escala de VAS, así como también se midieron los episodios de vómito postoperatorios autoreferidos por los pacientes.

Finalmente, en el estudio de Saadat et al., (2006), se midieron otros parámetros: presión arterial sistólica y diastólica y ritmo cardíaco en el preoperatorio y en el postoperatorio.

V.- DESCRIPCIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE INCLUSION

Tipo de estudio

Los estudios deben ser Ensayos Aleatorios Controlados (RCT). Nuestros tres estudios incluidos se encuentran dentro de esta categoría.

Grupo control y experimental

En los tres estudios incluidos se cumple este criterio, Saadat et al., (2006), sumó un grupo control- atención.

Método de aleatorización

Se utilizaron distintas estrategias para cada estudio, Enqvist y Fischer (1997), de forma aleatoria entregó sobres sellados a todos los participantes con el protocolo y la información a seguir del estudio con o sin la cinta de Hipnosis, lo que determinaba a que grupo pertenecería cada participante. Ghoneim et al., (2000), por su parte, eligió de manera aleatoria de entre una lista de pacientes citados para extracción de terceros molares. Saadat et al., (2006) en tanto, realizó una distribución de números al azar sobre una mesa, así los participantes fueron distribuidos de manera aleatoria en los tres grupos.

Presencia de ciego - doble ciego

En cuanto al cegamiento de los estudios, el ensayo de Enqvist y Fischer (1997), se encuentra doblemente cegado pues, el cirujano y el asistente personal no se enteraron de la asignación de los pacientes a los grupos y a los pacientes del grupo experimental se les dijo que no revelaran esta información a los del grupo control. Al igual que el estudio anterior, Saadat et al., (2006) relata un cegamiento doble de la muestra, ya que el asistente investigador que administró los test de ansiedad fue cegado en cuanto al grupo asignado, además el hipnoterapeuta intervino al grupo de Hipnosis solo, y no involucró en las intervenciones a los otros grupos y a ningún otro aspecto operacional del estudio, Ghoneim et al., (2000), por su parte realizó un estudio parcialmente cegado de acuerdo a lo detallado en el mismo, sin embargo, no fueron descritas las características implicadas para este criterio.

Nivel de evidencia y confiabilidad

Debido a que no toda la evidencia es generada según la misma metodología, hemos incluido, según la tabla de Cook et al.. (1995, citada en Uribe, 2000), los estudios que se encuentren sólo dentro de los niveles I y II. Los tres estudios de nuestra revisión se encontraban en el segundo nivel.

Resultados clínicamente relevantes

Los tres estudios informaron de manera explícita los resultados clínicamente relevantes.

Criterios de ingreso

Los tres estudios incluidos describieron adecuadamente los criterios de inclusión y exclusión. Ghoneim et al., (2000), incluyó pacientes entre 18 y 35 años, ASA I ó II, sin enfermedad neurológica o psiquiátrica, sin historia o actual de abuso de drogas, sin medicación actual para el sistema nervioso central. Enqvist y Fischer (1997), incluyó aquellos pacientes que no tuvieran experiencia previa de remoción de terceros molares, siendo tres pacientes excluidos por no completar los protocolos, uno escuchó la cinta sólo una vez y otro no la escuchó completa. Los sujetos enrolados en el estudio de Saadat et al., (2006) tenían entre 18 y 65 años y un estado ASA I – III. Todos los sujetos que tomaban alguna medicación psicotrópica, que habían usado Hipnosis en el pasado o tenían una historia de desórdenes afectivos fueron excluidos.

Efectos adversos

Mientras que en los estudios de Enqvist y Fischer (1997) y Saadat et al., (2006), no se describen efectos adversos, Ghoneim et al., (2000), relata el aumento en la incidencia de vómitos por parte del grupo experimental.

Representatividad

El número total de pacientes que participaron en los tres estudios es de 205.

Viabilidad de la investigación

Los tres estudios relatan detalladamente la metodología seguida para llevar a cabo cada una de las investigaciones, por lo que son totalmente reproducibles.

Deserción de pacientes

Enqvist y Fischer (1997), señala que tres pacientes del grupo experimental fueron excluidos, por no completar el protocolo de tratamiento. Los otros dos estudios en tanto, no describen deserciones de pacientes.

Otros criterios de evaluación de la calidad metodológica:

Evaluación de los resultados

Las medidas anteriormente descritas (escalas de VAS y STAI), utilizadas en los tres estudios son reconocidamente válidas y confiables. Las medidas de autoreporte, fueron efectivamente autocegadas.

Reporte de los datos

Dos estudios no reportaron las desviaciones Standard, el estudio de Enqvist y Fischer (1997), solo lo menciona, pero no lo establece explícitamente. En cuanto a dejar en claro el valor α o límite de confianza, sólo podemos mencionar a Saadat et al., (2006), el que le da un valor de 0.05.

RESULTADOS

Los resultados de la revisión sistemática de la información presentada en las tres investigaciones arrojan los siguientes hallazgos: (ver tabla XIX)

- **Reducción en los niveles de ansiedad**

a) *Ansiedad preoperatoria*

Tabla VI: Control de ansiedad preoperatoria, Ghoneim et al., (2000)

CONTROL DE ANSIEDAD GHONEIM ET AL., 2000			
SE REDUCE LA ANSIEDAD PRE – OPERATORIA (escala de ansiedad de Spielberger)			
	Escala de Spielberger	Aumento	Wilcoxon-Mann- Withey
Grupo control (n=30)	30.8	11.7	P = 0.02
Grupo experimental (n=30)	30.9	5.5	P = 0.05
p- valor 0.02			

Tabla VII: Control de ansiedad preoperatoria, Saadat et al., (2006)

CONTROL DE ANSIEDAD SAADAT ET AL., 2006	
SE REDUCE LA ANSIEDAD PRE – OPERATORIA <u>Análisis de varianza (ANOVA)</u>	
Hipótesis a contrastar	H ₀ : $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ vs. H ₁ : $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$
F- Fisher	40
P – valor 0.001	

Tabla VIII: Control de ansiedad preoperatoria, Enqvist y Fischer, (1997)

CONTROL DE ANSIEDAD ENQVIST Y FISCHER, (1997)		
SE REDUCE LA ANSIEDAD PRE – OPERATORIA (escala visual análoga)		
	VAS	Wilcoxon-Mann- Withey
Grupo control (n=36)	2	P=0.002
Grupo experimental (n=32)	5	P=0.005
p- valor 0.01		

Los tres ensayos mostraron un efecto benéfico del tratamiento adjunto (Hipnosis), en la reducción de ansiedad preoperatoria en el grupo experimental, Ghoneim et al., (2000): escala STAI 32.9, aumenta 5.5, p-valor 0.02; Test Wilcoxon P=0.005; Enqvist y Fischer, (1997): Test Wilcoxon P= 0.005; p-valor 0.001) y en el grupo control, Ghoneim et al., (2000): escala STAI 30.8, aumentó 11.7, p-valor 0.02; Test Wilcoxon P=0.02; Enqvist y Fischer, (1997): Test Wilcoxon P= 0.002; p-valor 0.001; Saadat et al., (2006): Análisis de Varianza (ANOVA); Test F-Fisher F=40, p-valor 0.001 para el grupo control, control - atención y experimental.

b) Ansiedad postoperatoria

Tabla IX: Control de ansiedad postoperatoria, Saadat et al., (2006)

CONTROL DE ANSIEDAD SAADAT ET AL., 2006	
NIVELES DE ANSIEDAD POSTOPERATORIA <u>Análisis de varianza (ANOVA)</u>	
Hipótesis a contrastar	H ₀ : $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ vs. H ₁ : $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$
F- Fisher	14
P – valor 0.008	

Sólo dos de los tres estudios (Ghoneim et al., 2000; Saadat et al., 2006) midieron este parámetro, en el primero, los cambios del preoperatorio al post operatorio no fueron significantes, por lo cual no es citado en tabla, en el segundo en cambio, muestra un efecto significativo para esta medición en los grupos grupo control, control atención y experimental: Análisis de Varianza (ANOVA); F-Fisher F=14, p-valor 0.008.

c) Ansiedad basal

Tabla XI: Control de ansiedad basal, Saadat et al., (2006)

CONTROL DE ANSIEDAD SAADAT ET AL., 2006	
NIVELES DE ANSIEDAD BASAL <u>Análisis de varianza (ANOVA)</u>	
Hipótesis a contrastar	H ₀ : $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ vs. H ₁ : $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$
F- Fisher	25
P – valor 0.001	

Sólo el estudio de Saadat et al., (2006) midió la ansiedad basal postoperatoria para los tres grupos, obteniendo los siguientes resultados: Análisis de Varianza (ANOVA); F-Fisher F=25, p-valor 0.001. El grupo experimental disminuyó en un 56% los niveles de ansiedad, mientras que el grupo atención-control, reportó un aumento del 10%, en tanto, que el grupo control lo hizo en un 47%, por lo tanto existe una diferencia significativa en los niveles de ansiedad basal para los tres grupos.

d) Mejoras en la severidad de dolor y náuseas postoperatorias

Tabla XII: Severidad de dolor y náuseas postoperatoria, Ghoneim et al., (2000)

DOLOR Y NAUSEAS GHONEIM ET AL., (2000)		
MEJORAS EN LA SENSACIÓN DE DOLOR Y NAUSEAS (escala visual análoga VAS)		
	VAS	Wilcoxon-Mann- Withey
Grupo control (n=30)	31.1	P=0.018
Grupo experimental (n=30)	36.3	P=0.28
p- valor 0.02		

Sólo un estudio midió estos parámetros (Ghoneim et al., 2000), para el grupo experimental (VAS: 36.3 Test Wilcoxon P= 0.28; p-valor 0.02) y para el grupo control (VAS: 31.1 Test Wilcoxon P= 0.018; p-valor 0.02) lo q indicaría que no hay diferencias entre los 2 grupos.

e) Disminución en el número de analgésicos postoperatorios

Tabla XIII: Consumo de analgésicos postoperatorios (Vicodin), Ghoneim et al., (2000)

CONSUMO DE ANALGESICOS GHONEIM ET AL., (2000)		
DISMINUCIÓN EN EL CONSUMO DE ANALGÉSICOS POSTOPERATORIOS (Número medio de Vicodin)		
	Número medio de analgésicos	Wilcoxon-Mann- Withey
Grupo control (n=30)	7.9	P=0.05
Grupo experimental (n=30)	7.8	P=0.07
p- valor 0.9		

Tabla XIV: Consumo de analgésicos postoperatorios (Ibuprofeno), Ghoneim et al., (2000)

CONSUMO DE ANALGESICOS GHONEIM ET AL., (2000)		
DISMINUCIÓN EN EL CONSUMO DE ANALGÉSICOS POSTOPERATORIOS (Número medio de Ibuprofeno)		
	Número medio de analgésicos	Wilcoxon-Mann- Withey
Grupo control (n=30)	2.5	P=0.12
Grupo experimental (n=30)	1.8	P=0.25
p- valor 0.87		

Tabla XV: Consumo de analgésicos postoperatorios (Citodon), Enqvist y Fischer, (1997)

CONSUMO DE ANALGESICOS ENQVIST Y FISCHER, (1997)		
DISMINUCIÓN EN EL CONSUMO DE ANALGÉSICOS POSTOPERATORIOS (Número medio de Citodon)		
	Consumo de analgésicos	Test exacto de Fischer
Grupo control (n=36)	26	P=0.003
Grupo experimental (n=32)	32	P=0.002
p- valor 0.005		

En el estudio de Ghoneim et al., (2000), fueron medidos estos parámetros, arrojando que no existe diferencia entre ambos grupos para el consumo de Vicodin (7.9 control; Test Wilcoxon P= 0.05 / 7.8 experimental; Test Wilcoxon P=0.07; p-valor 0.9) e Ibuprofeno (2.5 control; Test Wilcoxon P= 0.12 / 1.8 experimental; Test Wilcoxon P= 0.25; p-valor 0.87). El estudio de Enqvist y Fischer, (1997), por su parte, afirma que sí existen diferencias en el consumo de analgésicos, en este caso Citodon, (control 26; fisher P= 0.003 / experimental 32; fisher P= 0.002; p-valor 0.005). En el grupo control el 28% de los pacientes consumió tres o más dosis de analgésicos, mientras que en el grupo experimental sólo el 3%.

f) *Episodios de vómito*

Tabla XVI: Reducción en el número de episodios de vómito, Ghoneim et al., (2000)

EPISODIOS DE VÓMITO GHONEIM ET AL., (2000)		
REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EPISODIOS DE VÓMITO		
	Número de episodio de vómito	Wilcoxon-Mann- Withey
Grupo control (n=30)	0.27	P=0.04
Grupo experimental (n=30)	1.28	P=0.05
p- valor 0.0006		

Sólo un estudio, Ghoneim et al., (2000), midió los episodios de vómito post operatorio, los resultados indican una significativa diferencia entre los grupos (0.27 control, P=0.04 / 1.28 experimental, P=0.05; p- valor 0.0006).

Otros parámetros medidos en los estudios:

Gráfico Número 1: Presión Arterial Sistólica, Saadat et al., (2006)

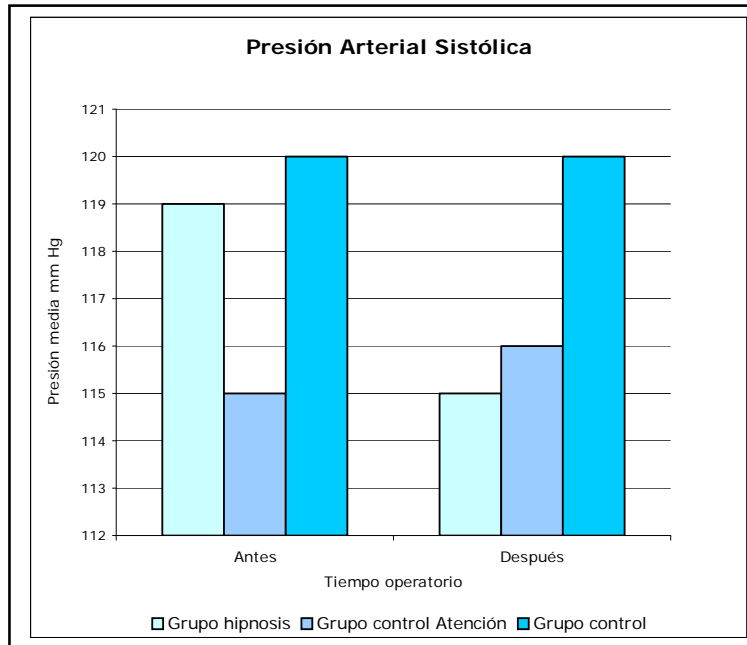


Gráfico Número 2: Presión Arterial Diastólica, Saadat et al., (2006)

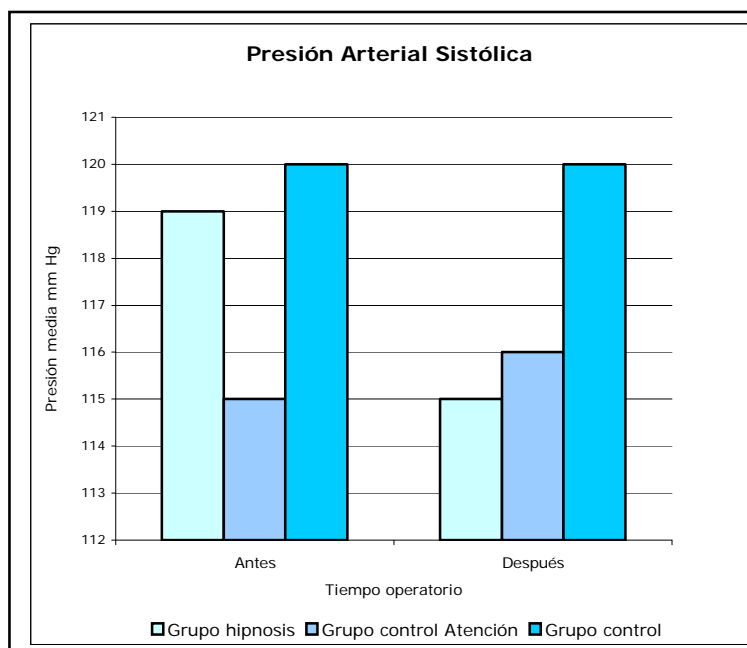
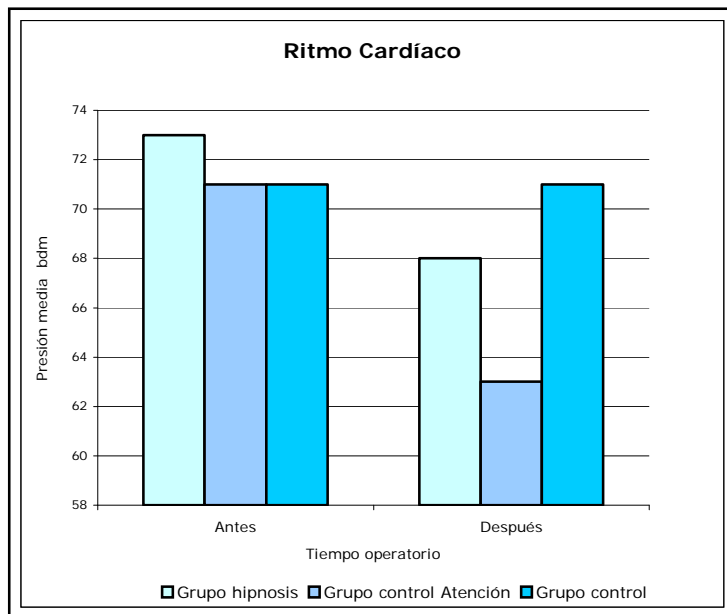


Gráfico Número 3: Ritmo Cardíaco, Saadat et al., (2006)



En un estudio (Saadat et al., 2006), se midieron presión arterial sistólica, (grupo experimental preoperatorio/ 119+- 8; grupo atención control/ 115 +-15; grupo control/120+-17, en tanto que en el postoperatorio los valores son: 115+-12; 116+-16; 120+-18, respectivamente) presión arterial diastólica, (grupo experimental preoperatorio/ 75+-8; grupo atención control/ 71+-13; grupo control/78+-10, en tanto que en el postoperatorio los valores son:73+-7; 73+-9;76+-12, respectivamente) y latido cardiaco (grupo experimental preoperatorio/ 73+-10; grupo atención control/ 71+-10; grupo control/71+-12, en tanto que en el postoperatorio los valores son: 68+-9; 63+-6; 71+-12, respectivamente). Estos resultados no arrojan diferencias significativas para los distintos grupos.

Tabla XVII: Resumen de los resultados obtenidos en los tres estudios incluidos

ESTUDIOS				
	Reducción de la ansiedad	Mejoras en la severidad de dolor y nauseas	Disminución en el N° de analgésicos	Reducir el N° de episodios de vómito
Ghoneim et al., (2000)	Disminuyó	Disminuyó	No Hay diferencia	Aumentó
Saadat et al., (2006)	Disminuyó	No se mide	No se mide	No se mide
Enqvist y Fischer, (1997)	Disminuyó	No se mide	Disminuyó	No se mide

En términos generales, de acuerdo a los resultados obtenidos a partir de las distintas variables, podemos afirmar que el nivel ansiedad preoperatoria disminuyó en cada uno de los ensayos, al igual que la ansiedad basal, la ansiedad postoperatoria en tanto, no tuvo resultados significativos entre los grupos.

En uno de los estudios, la administración de los medicamentos no fue significativa, (Ghoneim et al., 2000), no así en el estudio de Enqvist y Fischer, (1997), en cual si fue significativo, en tanto, que en el tercer estudio (Saadat et al, 2006), estas variables no fueron medidas.

Los niveles de dolor y náuseas fueron medidos en un sólo estudio, (Ghoneim et al., 2000), encontrando diferencias significativas en ambos grupos, cabe destacar la presencia de episodios de vómito aludida en este mismo estudio, estableciendo un valor significante para el grupo experimental.

Tabla XVII: Resumen de test utilizados y nivel de significancia para ansiedad preoperatoria en los tres estudios

	Test	NS
Ghoneim et al, 2000	Wilcoxon Mann Witney	p: 0.02
Saadat et al, 2006	ANOVA	p: 0.01
Enqvist y Fischer, 1997	Wilcoxon Mann Witney	p: 0.001

DISCUSION

A pesar de el sostenido aumento de técnicas complementarias en el área de la salud, en este caso Hipnosis, son muy pocos los estudios controlados con asignación al azar, debidamente diseñados y publicados, para evaluar la efectividad de estos tratamientos en el ámbito Odontológico.

Una de las situaciones que genera mayor angustia entre la población, es la visita a la consulta odontológica. Sumado a lo anterior, se puede hablar de una connotación histórica cultural con la cual la Odontología ha sido asimilada a episodios traumáticos. En un estudio (Rodolfa et al., 1990), odontólogos que respondieron un cuestionario reportaron que al menos el 8% de sus pacientes presentan fobia y el 35% presenta algún desorden de ansiedad. Los pacientes en un cuestionario similar, reportaron que su ansiedad y fobia dental se debe a un único o múltiple evento traumático o a una experiencia traumática en la niñez, creyendo que futuros tratamientos podrían causar dolor y así, provocarles ansiedad. También reportaron que la influencia en el desarrollo de su ansiedad era aprendido desde un modelo parental y familiar.

Bajo las condiciones de este estudio, encontramos que la Hipnosis reduce significativamente la ansiedad en pacientes Odontológicos. Un número de estudios previos, ya sea reportes de casos (Finkelstein, 1991; Voss, 1996; Eitner et al., 2006), o ensayos clínicos (Hammarstrand et al., 1995; Golan, 1991; Moore et al., 2002; Hermes et al., 2005), reafirmaron este hallazgo.

Una percepción común de la población, es que sólo los individuos que poseen los más altos puntajes en escalas de susceptibilidad se beneficiarían con estas intervenciones, en contraposición a este supuesto, los tres estudios incluidos arguyen en contra de esta visión, ya que ninguno de los participantes fue elegido por medio de un test de susceptibilidad para formar parte del estudio, obteniendo resultados positivos, al igual que en publicaciones previas acerca de la efectividad de la Hipnosis en pacientes quirúrgicos (Montgomery et al., 2002). Nosotros asumimos, al igual que otros autores (Ghoneim et al., 2000; Voss, 2005), que todos los pacientes pueden responder a la Hipnosis si existe un acercamiento apropiado. La relación entre paciente – terapeuta, no la hipnotizabilidad, ha mostrado predecir los resultados del tratamiento.

El concepto de grupo control - atención, a pesar de no ser usado frecuentemente en investigaciones, es altamente recomendado cuando se están estudiando intervenciones conductuales que podrían estar siendo moderadas por un efecto placebo. Sólo uno de los estudios incluyó un grupo atención-control (Saadat et al., 2006), mientras que los otros dos compararon Hipnosis adjunta con un cuidado clínico estándar. Se podría sugerir que una condición de placebo es requerida en todos los estudios en los que existe interacción psicológica, sin embargo, no se detectaron diferencias significativas en la eficacia de la Hipnosis, entre grupos control y control – atención, dejando abiertas las puertas hacia futuras investigaciones que determinen si la Hipnosis es efectiva debido a los elementos comunes, como atención adicional de los profesionales de la salud o de elementos específicos asociados con la terapia. Estas preguntas podrían ser clarificadas utilizando diseños de estudios con grupos controles diferentes. El presente estudio avala la eficacia de la Hipnosis pero no dirige mecanismos mas allá de una discusión especulativa acerca del tema.

Uno de los criterios primordiales que debían cumplir los estudios incluidos era estar cegado o parcialmente cegado, cabe destacar que en Hipnosis por motivos evidentes, el grupo experimental siempre deberá estar informado y dispuesto en forma voluntaria a la aplicación de esta intervención, es por ello que se asume, para este caso en particular, que en estricto rigor el concepto de “doblemente cegado” no podría ser aplicable. Sin embargo, basándonos en lo anteriormente expuesto, hemos determinado que dos estudios sí cumplen con esta característica, puesto que a pesar de estar informado el grupo experimental de la intervención a la que será sometido, son los pacientes del grupo control y el operador quienes se encuentran cegados ante ésta situación, sólo bajo este concepto, podemos decir que dos de los tres estudios incluidos en esta revisión se encuentran doblemente cegados (Enqvist y Fischer, 1997; Saadat et al., 2006), mientras que uno lo es de manera parcial Ghoneim et al., (2000), pues lo aclara de manera explícita en el texto.

En el estudio de Enqvist y Fischer, (1997) sólo midieron el número de analgésicos postoperatorios, estableciendo una diferencia significativa en cuanto a su consumo entre grupo control y experimental, mientras que Ghoneim et al., (2000), evaluó el mismo parámetro, pero agregó náuseas e incidencia de vómito. Si bien, no demostraron diferencias entre grupo control y experimental, no fue el caso de los episodios de vómito que sí aumentaron de manera significativa en el grupo experimental, lo cual podría indicar un efecto adverso que podría estar relacionado con la terapia. Un estudio (Faymonville et al., 1997), concluyó que la Hipnosis reduce las náuseas y el vómito en pacientes intervenidos con cirugía plástica bajo anestesia local y sedación.

Por su parte, Blankfield (1991, citado en Thompson, 1997), revisó la literatura para evaluar el uso de la Hipnosis y facilitar la recuperación de pacientes quirúrgicos; incluyó 18 estudios parecidos en su diseño, número de pacientes, facilidad de comparación del tratamiento y presencia de grupos de control. En resumen, 16 estudios concluyeron que la Hipnosis, tuvo un efecto positivo en el período postoperatorio a la cirugía. De todo esto se concluye que son necesarios futuros estudios para determinar el impacto de la Hipnosis sobre variables como requerimientos pre y postoperatorios, náuseas y vómito, entre otros.

El establecimiento de la relación terapeuta-paciente, basado en una confianza mutua, sumado a la clarificación personal de los objetivos y conocimientos de las limitaciones de la terapia, son factores esenciales para maximizar las respuestas del paciente a las sugerencias, a pesar de ello, dos de los tres estudios incluidos (Enqvist y Fischer, 1997; Ghoneim et al., 2000) utilizaron una cinta de autohipnosis, sin evaluar susceptibilidad hipnótica ni tener contacto directo con el paciente, aún así sus resultados fueron exitosos. Otro estudio en tanto, (Hermes et al., 2005) demostró que la estandarización de los procedimientos para propósitos específicos (ejemplo: cintas con Hipnosis versus Hipnosis en vivo), minimiza los cambios necesarios en un set quirúrgico y reducen las variables en el diseño del estudio clínico, asimismo, un meta análisis (Montgomery et al., 2002), que estudia acerca del uso adjunto de la Hipnosis en cirugía, afirma que la estandarización no reduce la efectividad de la Hipnosis.

Saadat et al., (2006), determinó que el ritmo cardiaco y la presión sanguínea, en los grupos experimentales, no mostraron cambios significativos en relación a los grupos controles, durante los periodos pre y postoperatorios. Esto no concuerda con los resultados de Eitner et al., (2006), donde fueron medidos estos parámetros, durante una cirugía de implantes dentarios y, en este caso el grupo control mostró un aumento en los niveles de estos signos, en relación al grupo experimental.

Una limitación de los estudios incluidos, radica en el pequeño número de sujetos intervenidos (205 en total), sin embargo, si consideramos el universo de pacientes que acude a un determinado tratamiento Odontológico, en este caso cirugía, limita de manera inmediata el total de individuos, debido a esto, consideramos que la muestra es efectivamente representativa, sin perder de vista que la necesidad de tratamiento puede variar según la geografía en donde se desarrollen los estudios, lo que conlleva a que el número de pacientes que acude a la clínica Odontológica, independiente del motivo, sea distinto.

Otra limitación, es que sólo un estudio, Ghoneim et al., (2000) establece claramente variables demográficas, esto podría llevar a posibles variaciones, a este respecto se hacen necesarias un mayor número de investigaciones en los que determinen si el género, el sexo o la condición social, entre otros influyen en este tipo de intervenciones.

Si bien, lo ideal hubiera sido abarcar aplicaciones de Hipnosis en todas las áreas de la Odontología, la escasez de estudios experimentales en este ámbito limitó la entrega de información, encasillando nuestros tres estudios al campo de la cirugía, a pesar de ello, existen estudios previos que avalan la eficacia de la Hipnosis, ya sea en tratamientos de fobia Odontológica (Voss, 1996), tratamiento de bruxismo (Voss, 1986; Clarke y Reynolds, 1991), interposición lingual (Golan, 1991), uso de seda dental (Kelly, 1988), entre otros.

Con respecto a nuestra metodología de trabajo, una de las principales falencias, se centra en el conocido sesgo de publicación, ya que aquellos estudios que comprometan a un mayor número de pacientes a pesar de no haber encontrado diferencias entre el grupo experimental y control, en donde los resultados sean estadísticamente significativos, tienen mayor probabilidad de ser publicados, pudiendo llevar a sobreestimar el efecto del tratamiento experimental, asimismo, estos ensayos son citados con mayor frecuencia, lo que aumenta la probabilidad de que aparezcan en una búsqueda bibliográfica.

Al ser un estudio que se realiza en forma retrospectiva, existe una mayor probabilidad de introducir sesgos (error sistemático), debido a la combinación de datos de múltiples ensayos clínicos, en donde pudieran existir diferencias en cuanto a criterios diagnósticos, dosis utilizada, duración del tratamiento, parámetros para medir eficacia, entre otros.

Una gran limitación fue que cada estudio aplicó diferentes métodos estadísticos y midió sus variables bajo distintas escalas, sumado a esto, los datos estadísticos entregados en cada ensayo fueron insuficientes para homogenizar las muestras, entorpeciendo el manejo cuantitativo de la información, lo que impidió determinar el tamaño del efecto, es por esto que los resultados fueron analizados y discutidos en forma independiente para cada estudio. Sólo existió la medida de una variable en común, (ansiedad preoperatoria), demostrando que en los grupos experimentales,

donde se administró Hipnosis, sí existió una diferencia significativa para cada estudio. Si bien nuestra Hipótesis se acepta, la evidencia respecto al tema es débil, debido al escaso número de ensayos controlados aleatorios presentes en la literatura y la baja calidad metodológica aplicada, esto reduce de manera considerable la muestra total de estudios y con ello, evidencia robusta y confiable respecto al tema.

Por último, queremos hacer hincapié en que, para efectos de esta tesis, los resultados fueron discutidos haciendo referencia a toda la literatura recopilada respecto al tema, a criterio de las autoras, la manera ideal de hacerlo, de acuerdo a nuestro estudio, sería haber discutido y cotejado sólo con evidencia realizada con todo el rigor característico de una investigación científica, limitando los sesgos de acuerdo a los criterios anteriormente expuestos en nuestro trabajo, esto es, con estudios extraídos desde fuentes estrictamente confiables, incluyendo evidencia calificada de excelente nivel (a saber: ensayos clínicos controlados, meta análisis etc.), esto se torna imposible debido a la poca literatura encontrada respecto a nuestro tema que cumpla con éstos criterios.

CONCLUSIONES

La Hipnosis es una herramienta adjunta eficaz para el tratamiento Odontológico, sin embargo, la evidencia es débil debido a la poca cantidad de estudios relacionados con el tema.

Si bien, es posible llevar a cabo un Meta - Análisis, la poca cantidad de estudios de alta calidad, acerca de la Hipnosis en Odontología, limita los resultados que se pudieran obtener con esta metodología.

Es importante informar, actualizar, desmitificar, acercar e investigar un tema que si bien, es conocido, aún no es llevado a la práctica de manera cotidiana.

SUGERENCIAS

Ampliar el número de Ensayos Controlados Aleatorios acerca de Hipnosis en Odontología, ya que la evidencia existente hasta el momento es muy débil y limitada.

Una solución que se sugiere para evitar sesgos en la metodología, es hacer obligatorio el registro de todos los ensayos aleatorizados en el momento de su aprobación o evaluación.

Fomentar la enseñanza de Hipnosis clínica, tanto en Odontología como en otras áreas de la salud, con el fin de familiarizar a los profesionales acerca del tema, motivando así a la realización de futuras investigaciones.

Se necesita investigación adicional en ésta área pues, la poca información, los mitos que la circundan y a veces, la pobre capacidad innovadora de los mismos profesionales impide un desarrollo y un conocimiento acabado de esta técnica.

RESUMEN

Objetivos

Revisar sistemáticamente todos los ensayos controlados aleatorios, que hayan utilizado Hipnosis clínica sobre un grupo de individuos durante un procedimiento odontológico.

Evaluar la hipótesis de que la Hipnosis es una herramienta adjunta eficaz para el tratamiento odontológico.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda pertinente y exhaustiva en diversas bases de datos bibliográficos.

Criterios de selección

Fueron incluidos estudios realizados entre los años 1995 y 2006. Como requisito básico se exigió que los ensayos fueran con asignación al azar, controlados y cegados, en los cuales, pacientes adultos o niños, hayan sido intervenidos con Hipnosis (como una herramienta adjunta) antes, durante o después del tratamiento odontológico, en cualquiera de sus especialidades.

Resultados principales

Se encontraron sólo tres ensayos de alta calidad metodológica. Estos ensayos demostraron que la Hipnosis benefició a los pacientes intervenidos, disminuyendo la ansiedad preoperatoria en los tres estudios.

Conclusión de las autoras

La Hipnosis es un tratamiento eficaz y aceptable para los pacientes que acuden a la consulta Odontológica, sin embargo la evidencia existente hasta el momento es débil.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Céspedes A. (1995) "El meta-análisis" [En línea], Instituto Superior de Medicina Militar "Dr Luis Díaz Soto" disponible en www.bvs.sld.cu/revistas/mil/vol24_2_95/mil11295.htm [Accesado el día 15 de agosto de 2006]
2. Chaves J. (1994) "Recent advances in the application of hypnosis to pain management" *Am J Clin Hypn.* 37, N° 2, oct 1994, pp. 117-29.
3. Chaves J. (1997). "Hipnosis en Odontología: Revisión Histórica y Apreciación General". Hypnosis International Monographs. Hypnosis in Dentistry. Munich-Germany. Number 3, pp. 5-23
4. Clarke J.H.; Reynolds P.J. (1991) "Suggestive hypnotherapy for nocturnal bruxism: a pilot study" en *Am J Clin Hypn.* 33, N° 4, april 1991, pp. 248-253.
5. Díaz C. (2004). *Hipnosis Clínica en el Manejo del Dolor, sus Procedimientos, Técnicas de Inducción y Reportes Clínicos: un Seminario Teórico Práctico*. Tesis de Diplomado de Hipnosis Clínica. Universidad de Valparaíso.
6. Eitner S.; Schultze-Mosgau S.; Heckmann J.; Wichmann M.; Holst S. (2006) "Changes in neurophysiologic parameters in a patient with dental anxiety by hypnosis during surgical treatment" en *J Oral Rehabil.* 33, 2006, pp. 496-500.
7. Enqvist B.; Fischer K. (1997) "Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars: a brief communication" en *Int J Clin Exp Hypn.* XLV,2, april 1997, pp. 102-108.
8. Faymonville M.E. ; Mambourg P.H., Joris J. et al. (1997) "Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective, randomized study" en *Pain.* 73, 1997, pp. 361-367
9. Finkelstein S. (1991) " Hypnotically assisted preparation of the anxious patient for medical and dental treatment" en *Am J Clin Hypn.* 33, N° 3, jan 1991, pp. 187-191.
10. Ghoneim M., Block R., Sarasin D., Davis Ch.y Marchman J. (2000) "Tape- recorded hypnosis instructions as adjuvant in the care of patients scheduled for third molar surgery" en *Anesth Analg.* 90, 2000, pp. 64-68.
11. Golan H. (1991) "Treatment of tongue thrust with hypnosis: two case histories" en *Am J Clin Hypn.* 33, N° 4, april 1991, pp. 235-240.

12. Hammarstand G.; Berggren U.; Hakeberg M. (1995) "Psychophysiological therapy vs. hypnotherapy in the treatment of patients with dental phobia" en *Eur J Oral Sci* 103, 1995, pp. 399-404.
13. Hermes D.; Truebger D.; Hakim S.; Sieg P. (2004) "Perioperativer Einsatz von medizinischer Hypnose" en *Anaesthetist*, 53, februar 2004, pp. 326-333.
14. Hermes D.; Truebger D.; Hakim S.; Sieg P. (2005) "Tape recorded hypnosis in oral and maxillofacial surgery-basics and first clinical experience" en *J Craniomaxillofac Surg*. 33 jan 2005, pp. 123-129.
15. Hilgard E.R. (1978-79) "The Stanford Hypnotic Susceptibility Scales as related to other measures of hypnotic responsiveness" *Am J Clin Hypn.* Oct 1978; jan 1979, 21 N° 2-3 pp. 68-83.
16. Kelly M.; McKinty H.; Carr R. (1988) "Utilization of hypnosis to promote compliance with routine dental flossing" en *Am J Clin Hypn.* 31, N° 1, july 1988, pp. 57-60.
17. Kraft W.; Relley R. (1990) "Etiology and treatment of dental anxiety and phobia" en *Am J Clin Hypn.* 33, N° 1, july 1990, pp. 22-28.
18. Lu D. (1994) "The use of hypnosis for smooth sedation induction and reduction of postoperative violent emergencies from anesthesia in pediatric dental patients" en *J Dent Child*. 61, may-jun 1994, pp. 182-185.
19. Lynn S.; Kirsch I. (2004). *Teoría de Hipnosis*. Papeles del Psicólogo; N° 89. Universidad de Binghamton (EEUU), Universidad de Plymouth, Reino Unido.
20. Molinero L. (2003,a) "Meta-análisis" [En línea], Asociación de la sociedad Española de hipertensión liga española para la lucha contra la hipertensión arterial, disponible en: www.seh-lelha.org/metaanalisis.htm [Accesado el día 15 de agosto de 2006]
21. Molinero L. (2003,b) "Heterogeneidad entre los estudios incluidos en un Meta-análisis" [En línea], Asociación de la sociedad Española de hipertensión liga española para la lucha contra la hipertensión arterial, disponible en: www.seh-lelha.org/metaheterog.htm [Accesado el día 15 de agosto de 2006]
22. Moore R.; Brodsgaard I.; Abrahamsen R. (1996) "Hypnosis compared with group therapy and individual desensitization for dental anxiety" en *Eur J Oral Sci.* 104, 1996, pp. 612-618.
23. Moore R.; Brodsgaard I.; Abrahamsen R. (2002) "A 3-year comparison of dental anxiety treatment outcomes: hypnosis, group therapy and individual desensitization vs. no specialist treatment" en *Eur J Oral Sci.* 110, 2002, pp. 287-295.

24. Montgomery G.; David D.; Winkel G.; Silverstein. J; Bovbjerg D. (2002) "The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta analysis" en *Anesth Analg.* 94, 2002, pp. 1639-45.
25. Peretz B.; Bimstein E. (2000) "The use of imagery suggestions during administration of local anesthetic in pediatric dental patients" en *J Dent Child.* 67, 2000, pp. 263-267.
26. Saadat H.; Drummond-Lewis, J.; Maranets I.; Kaplan D.; Saadat A.; Wang Sh.; Kain Z. (2006) "Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients" en *Anesth Analg.* 102, 2006, pp. 1394-6.
27. Sackett DL.; Rosenberg WM.; Gray J. (1996) "Evidence based medicine: What it is and what it isn't" en *BMJ* 312, 1996, pp 71-72.
28. Shaw A.; Welbury R. (1996) "The use of hypnosis in a sedation clinic for dental extractions in children: Report of 20 cases" en *J Dent Child.* 63, nov-dec 1996, pp. 418-420.
29. Thompson Sh. (1997). "*Hipnosis en en la modificación de la ansiedad dental*". Hypnosis International Monographs. Hypnosis in Dentistry. Munich-Germany. Number 3, pp. 5-23
30. Uribe S. (2000) "¿Qué es la Odontología basada en la evidencia?" en *Rev. Fac. Odont. U.V.* 2, N° 4. 2000, pp.281-287.
31. Voss R. (2005). *Apuntes de Hipnosis*. Diplomado de Hipnosis Clínica 3ª Versión. Universidad de Valparaíso, Santiago-Chile.
32. Voss R. (1996) " Fobia al dentista – hipnosis - regresión y PNL, reporte de un caso clínico" en *Rev. Fac. Odont. U.V.* 1, N° 6. 1996, pp.323-326.
33. Voss R. (1986) " Hipnoterapia en el tratamiento de un caso severo de bruxismo y dolor facial" en *Odont. Chilena.* 34, 1986, pp. 78-80.

ANEXOS

Tabla I: Guía para evaluar un artículo sobre tratamiento o intervención , (Sackett et al., 1996)

1. ¿Fue la asignación de los pacientes en los grupos de estudio de manera aleatoria?
2. ¿Se informaron de todos los resultados clínicamente relevantes?
3. ¿Se informaron todos los eventos adversos?
4. ¿Fue la evaluación de tratamiento efectuada por un investigador que no sabía si estaba evaluando al grupo tratamiento o al grupo control? (a ciegas)
5. ¿Se establecieron claramente los criterios de exclusión de pacientes?
6. Habiendo una diferencia estadísticamente significativa ¿es esta diferencia clínicamente significativa?
7. Si no existieron diferencias estadísticamente significativas, ¿fue la muestra adecuada en representatividad y tamaño?
8. El procedimiento de la investigación, ¿es viable en mi práctica con mi tecnología y habilidades?
9. ¿Se consideraron todos los pacientes del estudio para las conclusiones?

Tabla II: Guía para seleccionar artículos que contienen resultados válidos, (Oxman et al., 1993, citado en Uribe, 2000)

Asunto del artículo	Criterios de validación
Terapia	¿Fue la asignación de los pacientes al grupo control o al grupo de ensayo aleatorio?
	¿Terminaron la mayoría de los pacientes la investigación?
	¿Fueron los pacientes analizados en los grupos a los que se asignaron aleatoriamente?
Diagnóstico	Se comparó el instrumento de diagnóstico de manera independiente y ciega con un instrumento de diagnóstico estándar de referencia?
Revisión	¿Se especifica claramente el tema a revisar?
	¿Se detallan los criterios utilizados para escoger los artículos que se revisan?

Tabla III: Niveles de evidencia (Cook et al., 1995, citado en Uribe, 2000)

Confiabilidad	Nivel	Tipo de estudio
Mejor	I	Un Meta-análisis, revisión sistemática o varios ECA*
	II	Al menos un ECA o un excelente estudio observacional
	III	Evidencia de estudios bien diseñados no aleatorios, con un solo grupo de ensayo o retrospectivos
	IV	Evidencia de un estudio experimental bien diseñado de uno o más grupos de investigación
Peor	V	Opinión de expertos basada en la evidencia clínica, estudios descriptivos o reportes de consenso

Tabla IV: Tabla estandarizada de estudios incluidos

Ensayos	Enqvist and Fischer, 1997	Ghoneim et al., 2000	Saadat et al., 2006
Grupo Control - Intervención	SI	SI	SI
Asignación al azar	SI	SI	SI
Ciego doble ciego	SI	SI	SI
Nivel de Evidencia - Confiabilidad	II, mejor	II, mejor	II, mejor
Informa resultados clínicamente relevantes	SI	SI	SI
Criterios de Inclusión y Exclusión	SI	SI	SI
Informa eventos adversos	NO describe	SI	NO describe
Representatividad	SI	SI	SI
Viabilidad de la investigación	SI	SI	SI
Considera deserción de participantes	SI	NO describe	NO describe
Método de aleatorización	Adecuado	Adecuado	Adecuado

Tabla V: Tabla de estudios excluidos

Estudio	Razón para la exclusión
Shaw y Welbury., 1996	Tipo de estudio: Reporte de Casos
Eitner et al., 2006	Tipo de estudio: Reporte de Casos
Moore et al., 2002	Tipo de estudio: Estudio de Cohortes
Peretz y Bimstein, 2000	Tipo de estudio: Ausencia de grupo control
Hermes et al., 2005	Tipo de estudio: Ausencia de grupo control
Moore et al., 1996	Año de publicación: Versión antigua de Moore, 2002
Hermes et al., 2004	Año de publicación: Versión antigua de Hermes, 2005
Hammarstrand et al., 1995	Participantes: 32% bajo tratamiento psiquiátrico

Tabla XIX: Parámetros de medición y p – valor para cada estudio

	Ghoniem et al, 2000	Saadat et al, 2006	Enqvist y Fischer, 1997
	<i>p - valor</i>	<i>p - valor</i>	<i>p - valor</i>
Ansiedad Preoperatoria	0.02	0.01	0.001
Ansiedad Postoperatoria		0.008	
Ansiedad Basal		0.001	
Dolor y Nauseas	0.02		
Analgésicos Postoperatorios	0.9		
Vicodin			
Ibuprofeno	0.87		
Citodon			0.005
Incidencia de Vómito	0.0006		