

Hipnosis para el control del dolor en pacientes con quemaduras

Hypnosis for Pain control in patients with burns

Bismarck Pinto* y Tatiana Montoya**

RESUMEN

El dolor experimentado en los procedimientos médicos del tratamiento para pacientes quemados es considerado como el más intenso a experimentar en comparación con cualquier afección.

El tratamiento médico de estos pacientes, consta de curaciones diarias dependiendo de la gravedad de la quemadura, nutrición especial y rehabilitación en términos de movimiento con fisioterapia también diaria.

Sin embargo no se ha dado la suficiente importancia al dolor cursado por estos pacientes durante su larga estadía y en todos estos procedimientos médicos. Cuando el dolor es intenso y no es tratado puede provocar ansiedad, estrés postraumático, depresión e ideación suicida.

La presente investigación demostró la efectividad de la hipnosis y autohipnosis en control del dolor en cinco pacientes con quemaduras de segundo grado profundo antes, durante y después de las curaciones y la fisioterapia, así como en el dolor experimentado de manera constante y el dolor emocional.

Palabras Clave: Dolor, hipnosis, autohipnosis, quemaduras

ABSTRACT

The pain experienced in medical procedures for treatment of burn patients is considered the most intense experience than any condition.

Medical treatment of these patients consists of daily treatment depending on the severity of the burn, especial nutrition and rehabilitation in items of movement with physiotherapy daily also.

* Director Center for Research in Behavioral Science and Master Thesis de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", La Paz, Bolivia, bpintot@ucb.edu.bo

** Universidad Católica Boliviana "San Pablo", La Paz, Bolivia, Magíster en Psicología de la salud, mtatiananicol@hotmail.com

But it has not been given enough importance to the pain taken by these patients during their long stay and in all these medical procedures. When pain is severe and left untreated can lead to anxiety, posttraumatic stress, depression and suicidal ideation.

The present research demonstrated the effectiveness of hypnosis and pain management autohypnosis in five patients with deep second degree burns, before, during and after the healing and physiotherapy, as well as the pain experienced steadily and emotional pain.

Keywords: pain, hypnosis, self hypnosis, burns

Introducción:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007), hay más de 300.000 muertes en el mundo al año por causa de los incendios. En Bolivia, las quemaduras representan el 10 % de las muertes violentas. La tasa de mortalidad de quemados hospitalizados en este país es de 2 por cada 400 pacientes (Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Fundación, 1991).

Entre el 2005 y el 2006 se registraron un total de 2252 casos de pacientes con quemaduras en diferentes hospitales de la Ciudad de La Paz y el Alto (Fundación Pro Centro del Quemado - Fundación, 2009). De este número significativo, 39% son niños entre 1 a 4 años y un 19% son personas entre un 25 y 59 años. De acuerdo a Fundación (2009) estos accidentes se dan en mayor frecuencia en el hogar, en especial cuando se está cocinando, los agentes causales más habituales son líquidos calientes, combustibles líquidos y electricidad.

A pesar de la alta incidencia de quemados y de pacientes con secuelas producidas por quemaduras, solamente 8% de las atenciones registradas se refieren al tratamiento de recuperación (Fundación Pro Centro del Quemado, Ministerio de Salud, OPS, OMS, 1991).

Por lo tanto las quemaduras son un fenómeno de Salud Pública que no puede medirse únicamente en términos de incidencia y mortalidad, sino en términos de: dolor físico, sufrimiento, incapacidad, invalidez, deformidad y estigmatizaciones (OMS, 2008).

Una quemadura es una lesión tisular producida por agresión térmica, química o eléctrica, que provoca desnaturalización proteica, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular por aumento de la permeabilidad vascular (OMS, 2009).

Las quemaduras se clasifican según su profundidad en: Quemaduras de primer grado que son las que se producen en la epidermis o en la capa externa de la piel, su efectos son leves y se caracterizan porque la piel enrojece, se inflama y produce dolor, la piel se auto regenera en 7 a 10 días. Las quemaduras de segundo grado que son las que afectan las capas inferiores de la piel, producen ampollas y pueden dejar o no cicatrices. Las quemaduras de tercer grado son aquellas que afectan a los tejidos situados por debajo de la piel, producen grandes cicatrices que imposibilitan la regeneración de la piel, para lo cual es necesario realizar injertos, son las que producen menos dolor, debido a la destrucción de los nervios que son los que informan al cerebro.

Las quemaduras según su grado de extensión se clasifican en: quemaduras muy graves, las que afectan la cara, manos, pies, ojos y genitales; si son de segundo grado influyen a más de un 25% de la piel de un adulto o un 20% de la piel de un niño; si las quemaduras son de tercer grado a más del 10% de la piel (todas estas merecen atención hospitalaria especial). Y quemaduras moderadas (requieren atención médica pero no de hospitalización), las de primer grado el 25% de la superficie de la piel de un adulto y un 15% de la superficie de la piel de un niño; las de segundo grado a un 15% de la superficie de la piel de un adulto o un 10% de la superficie de la piel de un niño; y las de tercer grado abarcan hasta el 10% de la superficie corporal.

De acuerdo con Barber (2000) se efectúan tratamientos muy agresivos para las quemaduras graves tales como el injerto o limpieza frecuente de las heridas (1 a 2 veces al día) y múltiples operaciones. Si no se entablilla a los pacientes que se queman las articulaciones y no realizan ejercicios sufren contracturas. Todos estos procedimientos médicos son dolorosos para el paciente en donde se usa la anestesia general solamente para intervenciones quirúrgicas mayores.

Las quemaduras (Barber, 2000) traen consigo aislamiento, dolor prolongado y agudo por el tratamiento médico continuo, que provoca retraimiento, ansiedad sub clínica, trastornos de conducta, estrés postraumático y depresión.

La naturaleza del dolor de las quemaduras (Barber, 2000), está asociado a los procedimientos médicos siendo este un dolor agudo (se conoce cuando va a comenzar y cuando va a terminar el dolor) o puede ser un dolor crónico (constante y entre procedimientos médicos). Además del dolor emocional o dolor de fondo que experimentan a partir del accidente y de la internación.

Aunque los pacientes estén tomando drogas opiáceas califican su dolor de un rango que va de fuerte a terrible (Perry, Heidrich y Ramos mencionados en Barber, 2000). Esta calificación de dolor puede variar de un paciente a otro y también en un mismo paciente a lo largo de su tratamiento. El dolor de las quemaduras no guarda relación con su tamaño o profundidad. (Patterson, Marvin, Campbell, Everett y Heimbach, mencionados en Barber, 2000).

Patterson y Sharar (mencionados en Barber 2000) apuntan que la medicina intenta controlar el dolor en los pacientes con quemaduras a través de medicación opiácea. Para un dolor crónico se administran opiáceos de acción prolongada como ser la morfina o la metadona. Para un dolor asociado con los procedimientos médicos o dolor agudo se incluyen opiáceos potentes de acción breve como la hidromorfona o una forma más fuerte que es la morfina sintética. Por lo general estos se administran con tranquilizantes para bajar la ansiedad que acompaña a estas lesiones.

Sin embargo de acuerdo con Barber (2000) las drogas opiáceas no ofrecen un tratamiento totalmente satisfactorio del dolor de las quemaduras ya que la receptividad analgésica de los opiáceos es variable, algunos la evitan y otros informan la prevalencia de niveles elevados de dolor pese a la ingesta de la morfina.

Rainville y Duncan (1997) obtuvieron hallazgos que proporcionan evidencia experimental directa de que el lóbulo frontal límbico está relacionado con el dolor y que la hipnosis sirve para el control de estímulos nocivos y dolorosos.

La hipnosis es una condición o estado alterado de la conciencia que se caracteriza por el notable aumento de la receptividad a la sugestión, la capacidad de modificar la percepción, la memoria, y el potencial para el control sistemático de una serie de funciones fisiológicas normalmente involuntarias (Barber, 2000).

Ewin (en Jetter, 2006) ha demostrado que a través de la hipnosis se puede retrasar o incluso parar la inflamación de ampollas que pueden causar daño permanente impidiendo así graves lesiones de por vida en pacientes quemados.

Patterson (en Jetter, ob.cit.) también ha comprobado que en pacientes quemados la hipnosis- con la sugestión posthipnótica- es poderosa para controlar el dolor en el proceso de desbridamiento (extracción diaria de la piel muerta).

Otro estudio realizado por Patterson (en Askay, 2007) confirma el uso exitoso de la hipnosis por sí sola sin necesidad de opiáceos en un paciente quemado que no podía utilizarlos. Frenav, Faymoville, Devlieger, Albert, Vanderkelen (2001), evidenciaron resultados significativos en cuanto la efectividad de la hipnosis sobre el control del dolor durante el cambio de apósitos en pacientes con quemaduras graves.

En el Hospital Vietma de Cochabamba (Tercer curso de quemaduras, 2009) el grupo de Psicólogos encargados del pabellón pediátrico realizó una experiencia de juego en niños quemados, al cual llevo a la sugestión y fantasía para que los procedimientos médicos sean menos dolorosos.

Se han realizado varios estudios donde se introduce la realidad virtual en conjunción con la hipnosis. Patterson y Hoffman (2004) utilizaron la realidad virtual para ayudar a inducir la hipnosis en pacientes quemados con dolor agudo y crónico.

Hoffman (2004) creó SnowWorld para reducir el dolor durante la atención de las quemaduras, es un aparato de realidad virtual que imita un vuelo sin motor a través de un lugar fresco y cubierto de nieve, los pacientes pueden interactuar con el medio ambiente lanzando bolas de nieve, viendo pingüinos y hombres de nieve. También se utilizó la realidad virtual para el tratamiento del dolor de adultos con quemaduras durante la terapia física (Hoffman, Hunter, Patterson, David, Carrougner, Gretchen, 2000). Se cree que la analgesia por realidad virtual distrae la atención de la herida, reduciendo la atención

disponible para procesar las señales de dolor.

Por lo tanto el dolor, cualquiera que sea la afección y en especial en las quemaduras por la intensidad de este, debe ser tratado de manera temprana y efectiva, de lo contrario los efectos podrían ser mortales. Las consecuencias de experimentar dolor de manera intensa y de manera prolongada como lo viven los pacientes con quemaduras, van desde el abuso de fármacos analgésicos, pasando por estrés postraumático, ansiedad, depresión, trastornos conductuales, de personalidad, ideación suicida hasta el suicidio (Barber, 2000).

Patterson y Sharar (mencionados en Barber, 2000) realizaron estudios que demuestran que el tratamiento agresivo del dolor agudo puede mejorar su pronóstico y prevenir efectos fisiológicos nocivos para las quemaduras, además genera un mejor ajuste de la persona cuando sale del hospital, por esto el control efectivo del dolor de las quemaduras es tan importante. El tratamiento hipnótico puede dar una respuesta satisfactoria a la necesidad de controlar el dolor en los pacientes quemados.

La aceptación de la hipnosis clínica como modelo clínico es el resultado del metódico trabajo de muchos pioneros en esta especialidad, mediante un mayor conocimiento y mejora de los protocolos de intervención pueden inspirarse más investigaciones y nuevas áreas potenciales de aplicación.

Aristóteles (IASP, 1979) planteó que el dolor trastorna y destruye la naturaleza de la persona que lo soporta disminuyendo la calidad de vida de quien lo sufre. Es necesario humanizar la atención de las personas demostrando cualidades de servicio detectando la necesidad de integración del paciente con su medio, tomando en cuenta la información detallada sobre la situación clínica, tratamiento y pronóstico; trabajar estimulando siempre la adhesión al tratamiento, planteando horarios de visita flexibles y el entretenimiento del paciente.

Sin embargo se debe tomar en cuenta el procedimiento mismo desde el momento de internación, en el cual el paciente y la familia del paciente sufren, pero más aún el dolor que experimenta a diario y de manera constante. Cuando el paciente experimenta niveles muy altos de dolor su estancia en el centro hospitalario llega a ser tortuosa iniciando un

proceso traumático que puede representar el hecho de que el paciente no quiera volver a pisar un centro de salud.

La tarea del profesional médico, general o especialista, requiere de un conocimiento obligatorio y necesario del manejo del dolor agudo ya que es una de las razones más frecuentes por el que el paciente llega al consultorio y al hospital; que por ser de una intensidad severa, urge dar un tratamiento efectivo, seguro y con el menor riesgo posible. Por ello se crea, la necesidad de una educación en estas áreas en los trabajadores de la salud, haciéndolos concientes de que dar una atención adecuada al dolor agudo, evitará la complicación de un síndrome doloroso crónico en el futuro. Con todo el conocimiento de un abordaje terapéutico del tratamiento del dolor es imprescindible, y trabajar en un equipo interdisciplinar para obtener mejores resultados ante el paciente.

El dolor perjudica tanto a la calidad de vida como a la cicatrización de las heridas. Dados los efectos negativos del dolor sobre la salud integral del paciente, un control adecuado del mismo contribuye también a que las heridas cicatricen más rápidamente y, con ello, mejore su calidad de vida. Los pacientes necesitan eliminar el dolor o al menos reducirlo de forma significativa, sin producir efectos psicológicos secundarios adversos tales como la reducción de los niveles de actividad.

El presente estudio propone abordar el dolor de los pacientes quemados reduciéndolo a partir de la hipnosis y la autohipnosis (enseñanza del proceso hipnótico al paciente para que lo practique cuando lo vea necesario y de manera independiente al hipnoterapeuta) ya que el dolor de las quemaduras es uno de los dolores tipificados como más intensos y que tienen que ser soportados por un tiempo extenso por la misma naturaleza de la afección.

Objetivos

Objetivo general

- Establecer la eficacia de la hipnosis en la reducción del dolor en pacientes con quemadura de segundo grado profundo.

Objetivos Específicos

- Demostrar la efectividad de la hipnosis y auto hipnosis en la comprensión del dolor de fondo en pacientes con quemadura de segundo grado profundo.
- Demostrar la efectividad de la hipnosis y auto hipnosis en la reducción del dolor crónico en pacientes con quemadura de segundo grado profundo
- Demostrar la efectividad de la hipnosis y de la auto hipnosis en la analgesia para el dolor agudo.

Método:

Características de la investigación

Este estudio se califica como cualitativo descriptivo, cualitativo ya que de acuerdo a Taylor y Bogdan (1990) intenta describir detalladamente y en profundidad como a partir de hipnosis se van dando cambios en el dolor de fondo, en el dolor crónico y en el dolor agudo, o sea en su intensidad. Confía en las expresiones verbales otorgadas por los participantes, cuidando la responsabilidad ética (Rodríguez, Gil y García, 1996).

Participantes

Se realizó el estudio con cinco participantes con quemaduras de segundo grado profundo, de diversas edades que contemplan desde los 18 hasta los 55. Las diferencias de los participantes se deben a que era necesario adaptarse a la población coyuntural para el desarrollo del presente estudio. La situación socio económica de los pacientes viene desde media baja hasta baja, ya que se trata en su mayoría de pacientes con pocos recursos.

Ambiente

El lugar donde se llevó a cabo todas las fases de la investigación fueron las habitaciones del pabellón de quemados y cirugía plástica del hospital estatal. Estos ambientes, al tratarse de un hospital contaban con varios pacientes aparte del participante de la investigación, además estímulos como ser la televisión, que no se podía apagar ya que los demás pacientes la estaban viendo por tratarse de una sala común, dos de estos ambientes eran individuales,

sin embargo al tratarse de un paciente con alto riesgo de mortalidad reciben controles médicos muy frecuentes, aspecto que también fue considerado como un estímulo distractor e influyente en los resultados de la investigación.

Instrumentos:

- *Entrevista semidirigida*

Se usó para recoger información sobre cada paciente para luego aplicar la hipnosis para el control del dolor. La entrevista semidirigida tuvo algunos puntos en común y fue flexible por la diferencia entre participante y participante. Según Taylor y Bogdan (1990) las entrevistas semidirigidas son una forma de interacción de la investigadora con los participantes que favorecen la descripción y comprensión del fenómeno de estudio, se llaman semidirigidas porque usan un guía de preguntas elaboradas por la investigadora.

- *Hipnosis y autohipnosis para el control del dolor.*

De acuerdo con Barber (2000) es una técnica que se usa para la reducción del dolor a través de condicionamiento, disociación, sugerencias. Usa un procedimiento para en lo posible llegar a estados de alta concentración para que las sugerencias cualquiera que sea el tipo queden fijadas en el paciente y las utilice en momentos de necesidad entendidos como intensos o constantes dolores. El protocolo a usar para este procedimiento debe ser individual y creado por cada hipnoterapeuta ya que las personas al ser diferentes requieren diferencia en las técnicas para el control de su dolor.

- *Escala visual analógica del dolor*

La escala visual analógica es un instrumento en el cual se le muestra al paciente una línea ya sea vertical u horizontal en la cual sus dos extremos representarán el mínimo dolor y en el otro extremo representa el máximo en la intensidad del dolor, esta línea está dividida en centímetros y cada centímetro representa un número entre cero y diez. El paciente debe marcar en esta línea, donde considera que se encuentra su dolor. Y el experimentador

posteriormente definirá el número marcado por el paciente (Saenz y Centeno, 2001), se adaptó esta escala a una manera verbal que se detalla a continuación:

- *Escala verbal – auditiva (adaptación de la escala visual analógica)*

Esta es una adaptación de la escala visual (Saenz y Centeno Ob. Cit), tomando en cuenta como se dijo anteriormente el estado de los pacientes se les preguntaba: “si usted pudiera situar su dolor y la intensidad de su dolor de cero al diez, considerando que cero sería la inexistencia del dolor y diez el dolor máximo experimentado por usted, ¿Qué valor le asignaría usted a su dolor?” De esta forma el paciente accedía con mayor facilidad a responder y a situar su dolor.

Procedimiento:

El estudio de los cinco casos se realizó de manera similar en cada sesión y adaptándolo acorde a cada participante, lo cual se describe a continuación: Rapport con el paciente, evaluación de la intensidad del dolor físico crónico y agudo, descripción del tipo de dolor físico crónico y agudo, descripción del dolor emocional o de fondo, aplicación de la hipnosis y autohipnosis para el control del dolor, evaluación de la intensidad del dolor pos hipnosis y comparación de la intensidad del dolor (antes y después de la hipnosis aplicada para el control del dolor para demostrar su efectividad).

Resultados:

Se recurrió a nombres ficticios para proteger la identidad de los pacientes.

Tabla 1. Descripción de resultados

Paciente	Pedro Nina	Quique Pinto	Isabel Quispe	Sabino Condori	Grover Ocaña
Tipo de quemadura	Gran quemado, un 30% de superficie corporal, en cara, cuello, hombros, brazos, manos y espalda.	2° grado profundo, 4,5 % de superficie corporal (parte de la pierna)	2° grado profundo, un 9 % de superficie corporal, en el brazo y el hombro derecho	2° grado en un 9% de su extensión corporal. Lados externos de las dos plantas de sus pies	2° grado en un 9% de su extensión corporal ubicada en la parte delantera del cuello y las manos.

Paciente	Pedro Nina	Quique Pinto	Isabel Quispe	Sabino Condori	Grover Ocaña
Número de sesiones	9	2	3	1	3
Comprensión del dolor de fondo	De culpa y dolor como castigo por la muerte de su madre a asumir significado de accidente	De culpa por haber estado cerca de juego artificial a significado de accidente	De impotente y culpable a orgullosa y apoyada.	Impotencia, rabia, culpabilidad e ideación suicida a significado de accidente.	De sensación de responsabilidad e impotencia por el conflicto de sus padres a saber a su mamá capaz de resolverlo.
Técnicas en hipnosis utilizadas para el dolor de fondo	Reencuadre a través de sugerencias antes durante y después de la hipnosis.	Reencuadre a través de sugerencias antes durante y después de la hipnosis.	Reencuadre a través de sugerencias antes durante y después de la hipnosis.	Reencuadre a través de sugerencias antes durante y después de la hipnosis.	Reencuadre a través de sugerencias antes durante y después de la hipnosis.
Sugestiones	“Tú eres un ser bondadoso y sensible y la muerte de tu mamá te afectó y querías calmar tu dolor con alcohol” “ Lo que te pasó fue un accidente como le pasaría a cualquiera”	“Usted es un ser responsable y con ganas de vivir y en esas ganas le sucede un accidente, pero con todo lo que usted coopera pronto saldrá del hospital y volverá a trabajar”	“usted es una gran madre, tanto que ha enseñado a sus hijitos a valerse por si mismos y ellos la están esperando felices y desean que usted se mejore”	“Usted es un ser especial, que puede expresar claramente sus emociones y así considera que lo sucedido es un accidente y asume que se le dio la oportunidad de seguir viviendo, experimentó un milagro y usted sabe como aprovecharlo	“Usted es un hijo muy preocupado en su mamá y por eso quiere defenderla y usted sabe que ella tiene toda la fuerza necesaria para enfrentar a su padre porque ella es una mujer luchadora así como usted”
Reducción del dolor crónico	De 8 a 6 según la escala verbal analógica. De ardor constante, frío, pesadez (lugares donantes), romperse la piel (lugares injertados) a una sensación de hormigueo o adormecimiento	De 8 a 5 según la escala verbal analógica. De dolor punzante a adormecimiento y hormigueo.	De 7 a 4 según la escala verbal analógica. De de “algo que jala” a adormecimiento.	De 10 a 8 según la escala verbal analógica. De punzadas intensas incontrolables a adormecimiento con algunos espasmos intensos.	De 8 a 4. Y la sensación de quemazón se cambio por adormecimiento.
Técnicas en hipnosis utilizadas para el dolor crónico	Disociación Anclaje Condicionamiento Trance	. Disociación Condicionamiento Trance profundo	Disociación Anclaje Condicionamiento Auto hipnosis	Disociación Condicionamiento Trance profundo Anclaje	Disociación Condicionamiento Trance profundo Auto hipnosis

	profundo Auto hipnosis (tercera sesión)				Anclaje
Paciente	Pedro Nina	Quique Pinto	Isabel Quispe	Sabino Condori	Grover Ocaña
Sugestiones	<p>“cada vez que muevas los dedos vas a recuperar esta sensación agradable, relajada y muy profunda”</p> <p>“con cada respiración tu estas llevando los elementos necesarios para tu cicatrización”</p> <p>“porque eres tu quien manda en tu cuerpo”</p> <p>“cada vez que una enfermera te toque tu sensación se convierte en un hormigueo o adormecimiento”</p>	<p>“cada vez que usted toque o toquen su pierna va a recordar el tren va a recuperar la sensación de paz y de adormecimiento en su pierna”.</p> <p>“Con cada respiración que usted hace está llevando los elementos necesarios para su cicatrización, porque esto solo depende de usted, usted maneja sus propias sensaciones”</p>	<p>“con cada respiración que usted hace esta llevando los elementos necesarios para su cicatrización”,</p> <p>“cada vez que usted mueva los dedos de sus pies esta sensación de paz y adormecimiento viene a usted y siente adormecimiento en su brazo”.</p> <p>“Usted es un ser que es capaz de mandar a su cuerpo y puede controlarlo como usted quiera”.</p>	<p>“cada espasmo va a un interruptor de encendido de la imagen de cuando cosechando lo cual le trae también sensaciones agradables, paz y autocontrol”.</p>	<p>“Cada vez que usted mueva su cabeza se transportara automáticamente al momento en que está piloteando el avión y su llegada a Estados Unidos lo cual le trae sensaciones agradables, de porque usted controla su cuerpo así como pilota perfectamente su avión</p>
Anestesia para el dolor agudo	<p>Cuantificado como 10 (curación) y descrito como un ardor punzante.</p> <p>Anestesia en las muñecas, cuello y parte de la espalda (reduciendo el dolor de 10 a 5 en estas áreas)</p> <p>De 8 a 5 (fisioterapia)</p> <p>De romperse la piel a estirarse.</p> <p>Aumenta la frecuencia de los ejercicios y la facilidad para realizarlos, disminuye la frecuencia respiratoria y la coloración de la cara.</p>	<p>Cuantificado de 10 a 8 (curación) y descrito como un ardor punzante con cambio a ardor combinado con adormecimiento pero aún intenso.</p>	<p>De 7 a 5.</p> <p>Y la sensación va desde “un dolor que jala y la piel se quiere romper” a la sensación de “la piel que se estira como chicle”</p>	<p>De 10 a 8</p> <p>De “un frio intenso penetrante” a “un frio que penetra”.</p>	<p>De 10 a 6. Y su sensación de quemazón intensa cambia a adormecimiento con cierta quemazón.</p>

Paciente	Pedro Nina	Quique Pinto	Isabel Quispe	Sabino Condori	Grover Ocaña
Técnicas en hipnosis utilizadas para el dolor agudo	Disociación Anclaje Anestesia de guante Condicionamiento Autohipnosis	Disociación Anclaje Anestesia de guante Condicionamiento	Disociación Anclaje Anestesia de guante Condicionamiento Auto hipnosis	Disociación Anclaje Anestesia de guante Condicionamiento Auto hipnosis	Disociación Anclaje Anestesia de guante Condicionamiento Auto hipnosis
Sugestiones	“cada vez que veas a una enfermera o te toque vas a recuperar el guante que tienes puesto en tus brazos” “cada vez que te toque la cabeza (o dibujes el 1005) vas a recuperar la sensación del guante en tus dos brazos”	“cada vez que tú veas a una enfermera o ella te toque tu vas a tener puesto un guante protector en tu pierna”	“cada vez que tú veas a una enfermera o ella te toque tu vas a tener puesto un guante protector en tu brazo”. “Cada vez que la fisioterapeuta te toque el brazo vas a tener puesto el guante protector”	“cada vez que te toque una enfermera lo va a recuperar la sensación agradable de cuando siembra su chacra con su familia”.	“cada vez que vea a la enfermera y la misma se aproxime a usted para su curación, cada vez que una enfermera lo toque vas a recuperar la sensación maravillosa que tiene cuando se sube al avión y pilotea hacia Estados Unidos”.
Visualización	Conducir un minibús y viaje en flota por varios lugares de La Paz, Bolivia y el extranjero.	Viajar en la sección de carga de un tren viendo como se une el suelo con el cielo	Excursión con sus hijitos el día de una Virgen	Siembra de su chacra con su familia	Pilotear un avión hasta EEUU y conocer EEUU.
Observaciones	Cambio se contexto, de posición. Tiempo de aguante al dolor (de 15 a 38 minutos) aumentó y la frecuencia del pateo como indicador del dolor agudo también disminuye.	La hipnosis se realizó con la tele encendida por encontrarse el paciente en una sala común y no se pudo enseñar auto hipnosis por el tiempo escaso de internación del paciente.	La primera sesión hipnótica en su inicio fue cancelada porque la paciente se reía y no podía concentrarse. La paciente manifestó miedo a las hormigas por lo cual la sensación se cambió solamente por adormecimiento.	Los espasmos musculares del paciente lo desconcentraban El paciente fue trasladado a otro seguro por lo cual no se pudo continuar.	Distractores de atención y concentración fueron sus compañeros de cuarto que conversaban, si embargo el mayor distractor fue que el compañero de al lado movía su cama.

Conclusiones:

A partir del presente estudio se ha establecido que la hipnosis es eficaz en la reducción del dolor en pacientes con quemadura de segundo grado profundo, ya que en los cinco pacientes a los que se les aplicó hipnosis y se les enseñó auto hipnosis el dolor se redujo en un promedio de tres puntos.

Se ha demostrado a partir de la presente investigación, que la hipnosis y auto hipnosis tiene éxito en la disminución del dolor crónico, todos los pacientes experimentaron cambios en la intensidad de su dolor crónico, con un promedio de tres puntos en relación al estado anterior a la práctica de la hipnosis y la auto hipnosis.

En cuanto al dolor agudo, se ha observado que la analgesia y anestesia propuesta por la hipnosis y la auto hipnosis en las curaciones sin anestesia tuvo resultados parecidos a los del dolor crónico en pacientes que no tienen una gran extensión de quemadura en su cuerpo, con la diferencia de que el único paciente gran quemado tuvo dificultad en establecer anestesia durante su curación. Esto podría deberse a que el paciente tenía el 40% de extensión corporal quemada, o a la falta de planificación de la curación (en cuanto a posición espacial del paciente), o a los recursos arcaicos usados durante las curaciones de estos pacientes, o a la diferencia de enfoque entre la psicóloga del hospital y la hipnoterapeuta en el hospital en donde se realizó la investigación.

De acuerdo a lo experimentado en el presente estudio se puede aseverar que la hipnosis potencializa una terapia basada en la redefinición o el reencuadre, en el sentido en que acelera esta técnica, debido al estado de alta sugestionabilidad en el que se encuentra el paciente. Aspecto que incidió en la comprensión del dolor de fondo, los pacientes actuaron de manera receptiva en el reencuadre de la connotación emocional de su quemadura, ya sea accidente o intento de suicidio, la quemadura tiene causas y consecuencias a nivel familiar. La hipnosis estuvo dirigida de formas similares en los pacientes empezando por rapport, relajación sistemática, visualización de situaciones tranquilas, pacíficas y agradables, entrada de trance profundo, sugerencias antes, durante y después de la hipnosis y salida del estado hipnótico.

El rapport efectivo para conseguir un estado de sugestionabilidad ideal consistió en conocer a cada uno de los pacientes, su actividad, sus pasatiempos, sus gustos, su familia, sus problemas, su accidente, sus causas, sus consecuencias, su sentir hacia el mismo, sus

sensaciones de dolor y su motivación para aprender hipnosis y autohipnosis para el control de su dolor. La importancia de esta fase es inexorable, en el sentido en que si el hipnoterapeuta no conoce bien a sus pacientes, fracasará a la hora de estructurar sus sugerencias, hay una conexión clara entre el nivel de confianza adquirida del paciente, el conocimiento del mismo con la efectividad de las sugerencias utilizadas en el control del dolor.

Conversar acerca de todo lo que está viviendo el paciente en su internación, el sentirse comprendido y escuchado le ayudó al mismo a confiar en la hipnoterapeuta, es decir un buen rapport puede mejorar la predisposición a la disminución del dolor ya sea de fondo, crónico o agudo. Entonces se puede deducir que mientras mejor sea el rapport existe mayor facilidad para disminuir el dolor.

La relajación sistemática planteada de pies a cabeza ayudó de manera significativa en la inducción al trance en cada uno de los participantes de la investigación. Mencionar la piel que recubría cada una de las partes de su cuerpo, con la instrucción de que la sintieran y la visualizaran, el sentir la textura de las sábanas, e incluso de las vendas dio muy buenos resultados. Este tipo de relajación fue efectiva, y se utilizó la misma por las características particulares de estos pacientes, es decir la condición clínica al quemarse la piel, lo cual les da la capacidad de entender bastante bien lo que es sentir y visualizar la misma.

Durante la etapa de la relajación sistemática dentro del proceso hipnótico se ha comprobado que el tono de la voz suave es efectivo, por el contrario un tono más grave debe ser usado cuando el paciente está en estado de trance para poder hacer mucho más efectivas las sugerencias. Y al hablar de relajación, es importante mencionar que en este tipo de pacientes con dolores tan intensos debe ser constante y significativa en relación al tiempo ya que de esto también depende llegar a un estado ideal hipnótico.

Las visualizaciones se deben armar de acuerdo al relato de cada paciente durante la etapa de rapport, en este estudio las visualizaciones efectivas se trataron de experiencias pasadas vividas que les daban una sensación paz, tranquilidad y alegría e ilusiones de proyectos que les gustaría concretar. Las visualizaciones que colaboraron en estado hipnótico en general se trataron de viajes en minibús, en avión, recuerdos de paseos con la familia y de siembra y cosecha.

En cuanto al ingreso a trance profundo, se utilizaron variaciones de acuerdo al tipo de visualizaciones de cada paciente, para la Sra. Isabel “con cada vuelta que usted vea que hacen sus hijitas en el carrusel usted va a estar en un estado más y más profundo, 1 vuelta, 2 vueltas...”.

En el caso de Don Grover “con cada grada que baje del avión usted va estar en un estado más y más profundo, 1 grada, 2 gradas...”.

En el caso de Don Pedro “cada vez que usted se acerca más y más a su destino está entrando en un estado más y más profundo, con cada kilómetro que usted recorre le ayuda a entrar en un estado más y más profundo, 1,2...”. En el caso de Don Quique “con cada kilómetro que recorre el tren usted entra en un estado más y más profundo, 1, 2...”.

En el caso de Don Sabino “con cada una de las papas que cosecha o que siembra usted va estar en un estado más y más profundo, 1,2...”.

Cada una de estas variaciones que se utilizaron para ingresar al trance profundo tuvieron eficacia en la medida en que la concentración en los pacientes aumentaba, sin embargo, al existir un número considerable de interrupciones en especial en los pacientes de salas comunes este objetivo se vio debilitado.

Se ha verificado en el presente estudio que el tiempo para entrar a un estado hipnótico profundo varía de acuerdo al grado de disposición de cada paciente, cuanto más adolorido y más indefenso se sienta el paciente tiene más soltura para recibir apoyo en el control de su dolor.

El proceso hipnótico tuvo mejor resultado en cuanto a concentración y focalización de la atención cuando las habitaciones estaban aisladas, ya que esto proporcionó mayor intimidad, reducción de ruidos como el volumen de la televisión e interrupciones de otros pacientes.

El resultado varió en las salas comunes ya que los pacientes no llegaban a entrar a un estado hipnótico tan profundo como el de las salas aisladas lo cual se evidencia en los movimientos oculares de los pacientes, por la falta de control de variables externas. Por lo tanto se sacó al paciente del estado hipnótico poco a poco advirtiéndole sobre las posibles interrupciones, ruidos, condicionando estos mismos como parte del mismo proceso y además como coadyuvantes al la relajación y al bienestar. Esto ayudó a que el paciente no

sufra sobresaltos y ayudo a instaurar un condicionamiento efectivo para futuras sesiones hipnóticas.

La anestesia de guante se utilizó en todos los pacientes y fue efectiva en los pacientes con una extensión corporal quemada de 9%, no así en el paciente gran quemado; siendo efectiva en este solo en áreas definidas y que abracan también un 9% de la extensión corporal como las muñecas y el cuello.

Se condicionó la anestesia de guante con algún movimiento que debiera hacer el paciente como: “cada vez que mueva los dedos de los pies va a recuperar la sensación de este guante que le cubre...”, se añadió una variación de la anestesia de guante con “cada vez que una enfermera te toque...vas a recuperar la sensación del guante”, esto como un disparador externo al paciente que le ayudará a recuperar la anestesia de guante en doble medida. Si se observa, también podemos ver la combinación con el anclaje, es decir se condiciona el anclaje con la anestesia de guante, el mover los dedos es el anclaje y se condiciona con la sensación de anestesia.

El utilizar sugerencias en todo momento desde el inicio de la relación con el paciente, durante las conversaciones con el mismo, antes, durante y después de la hipnosis incrementa la posibilidad de conseguir el condicionamiento que se está buscando. Las sugerencias en este tipo de pacientes, con afecciones tardías en sanar y con dolores tan intensos, deben ser dirigidas siempre a reforzar la sanidad del paciente y en términos positivos. El estado hipnótico debe ser aprovechado para realizar sugerencias sobre otras afecciones en las que cada paciente quiere ser ayudado, que en este estudio la mayoría fueron para conseguir dormir bien.

En cuanto al dolor de fondo las sugerencias estuvieron dirigidas en general a recuperar el autocontrol, procesar la culpa y motivarlos para nuevos planes y proyectos.

Con cada paciente se hacen sugerencias de acuerdo al diálogo previo que se tuvo, por ejemplo la Sra. Isabel, Don Sabino y Don Quique tenían dudas de si se estaba rellenando la piel por dentro de sus heridas, entonces se hacen sugerencias dirigidas a visualizar la piel que está en proceso de regeneración, en cuanto a Don Pedro las sugerencias estaban dirigidas a la curación sin infección que era lo que le preocupaba al paciente, por su parte con Don Grover la sugestión estaba dirigida hacia la curación de sus ampollas. Si los

pacientes habían recibido injerto las sugerencias apuntaban dentro de la sesión de hipnosis a visualizar y sentir la adherencia de la nueva piel sobre las heridas.

La respiración se utilizó en todos los pacientes como sugestión a través del indicativo de que el paciente está ayudando a sanar a través de la misma, es una sugestión poderosa asociada a un elemento simple, solo al decir: “con cada respiración que realice está llevando el oxígeno necesario para su cicatrización, con cada respiración que usted hace está llevando los elementos y nutrientes necesarios para su curación, con cada respiración que usted hace la sensación cambia automáticamente”. Se detectó que los pacientes en general, asumen la idea de que el dolor disminuye cuando la herida está sanando, por lo cual se instauró las sugerencias siguiendo esta idea de los pacientes, es así que la hipnosis debe seguir este proceso, primero haciendo sugerencias dirigidas a la curación de la herida para luego continuar con las sugerencias para el control del dolor.

El realizar las sesiones hipnóticas desde el primer día, en el cual se conocía y se conversaba con los pacientes dio la posibilidad enseñar la hipnosis a todos los pacientes, ya que en algunos casos no existió una siguiente sesión por el alta ya sea médica o solicitada. Por esta razón las sesiones duraron entre dos a tres horas, ya que había que integrar la sesión de escucha con la sesión hipnótica.

A ningún paciente se le preguntó si le gustaría aprender la analgesia o anestesia hipnótica, más bien la propuesta fue directa al mencionarles a los pacientes que se les iba enseñar a controlar su dolor, motivándolos para que tuvieran curiosidad a través de preguntas sobre la intensidad de su dolor y la forma en que podrían hacerlo descender, dándoles ejemplos de los otros pacientes que habían disminuido su dolor y de estudios similares en otros países.

Los pacientes al ser atendidos de manera constante por la afección que sufren, aprenden a manejar los términos médicos y el lenguaje técnico con claridad y regularidad, lo cual se incluyó en la sesión hipnótica. También es importante preguntarles acerca del conocimiento de los términos a ser usados durante la sesión hipnótica, algunos pacientes conocían los términos, a los que los desconocían, se les dio la aclaración correspondiente.

Otro aspecto a tomar en cuenta es la importancia de nombrar repetidamente al paciente en todo el proceso hipnótico lo cual ayuda en la concentración en sí mismos y por ende en la

focalización de la atención y además disminuye la posibilidad de que los mismos ingresen en un estado onírico.

La hipnosis debe variar de acuerdo a las circunstancias, fue necesario flexibilizar la técnica y el protocolo, ya que el dolor varió, su intensidad, el lugar, el estado de ánimo, la disposición, el cansancio, la motivación. Entra en juego una curación previa o posterior, ya que después de una curación hay más disposición del paciente que antes de la misma, ya que la ansiedad y estrés pre curación influyen en este sentido, de ser el caso se debe instaurar el proceso hipnótico con el objetivo de bajar ansiedad y estrés.

Se evidenciaron varios indicadores conductuales que mostraron que la hipnosis enlentece las funciones corporales, tales como la necesidad constante de misionar, de toser, el incremento del apetito y del sueño durante la noche, y por ende el estrés, lo cual coadyuva a su vez a disminuir el dolor.

Se ha comprobado una relación directa entre la familiaridad del lugar de curación con la efectividad de la anestesia hipnótica, cuando la curación se hace en un lugar conocido para el paciente, el dolor disminuye aún más con hipnosis que cuando se usa un lugar nuevo o improvisando una situación. Esto se evidenció cuando trasladaron al paciente Pedro de sala y lo cambiaron de posición, lo cual confirma a la vez, lo que menciona la teoría acerca de poner cómodo al paciente y prevenirle por posibles cambios en el ambiente o en su persona durante el proceso hipnótico.

Los pacientes que sufren de intenso dolor físico tienden a usar un lenguaje de tipo sobre todo corporal con un tinte visual, por lo cual se uso lenguaje de este tipo para estructurar el proceso hipnótico, sin embargo al usar este tipo el lenguaje exclusivamente corporal implica que estos pacientes tengan un umbral más alto de dolor físico en relación a otros pacientes.

La hipnosis contribuye a disminuir el umbral del dolor, los indicativos conductuales de los pacientes como aguantar más tiempo la curación o la disminución de señales de dolor como ser gritos, pataleo y resistencia a la curación disminuyen a partir de la hipnosis, lo cual muestra que les ayuda a soportar en mayor medida el dolor.

También se observó que los pacientes tienden a normalizar el dolor al tenerlo presente todo el tiempo consigo, lo cual les dificultaba darle una calificación certera de lo realmente podrían haber estado experimentando y de la intensidad del mismo.

Otra característica del lenguaje frecuente que usan los pacientes que experimentan dolores intensos y duraderos, son los diminutos que usan los pacientes refiriéndose a sí mismos, al parecer puede deberse a una compensación de su sufrimiento, o dolor extremo, o ante su sensación de indefensión ante su afección.

Un común entre todos los pacientes (aymaras) era su necesidad de ser castigados por la culpa que sentían, por lo cual se tuvo que trabajar en desmitificar este mito antes de realizar hipnosis. Parece que la cultura aymara acepta mucho el castigo como forma de pagar sus errores y la culpa, lo cual les dificulta asumir que ellos son los que pueden controlar sus sensaciones, en este caso el dolor, evidenciándose en el poder que otorgan a la fuerza de los dioses sobre su propio cuerpo.

Se ha detectado también que el paciente adopta la idea de ser un mártir al soportar el dolor, por lo cual el quitarle el dolor es quitarle su rol, él no desea que le duela menos durante la curación, porque esto le da sentido a su vida y al rol adquirido. Interfiriendo así el control del dolor mediante hipnosis. El paciente asume el concepto de que mientras más dolor experimente, su afección se curará más rápido, expresándolo de la siguiente forma en general: “quisiera sufrir todo de una vez, sino sigue voy a estar así”.

Además la experiencia de quemadura les hace calificarse a los pacientes como “sobrevivientes”, al haber vivido situaciones extremas y saliendo con vida, se ven afortunados y esto les ayuda a tomar una posición que los motive a continuar en los proyectos propuestos y por añadidura responden con mayor facilidad a la posibilidad de controlar sus sensaciones dolorosas.

La importancia que se le debe dar a tratar el dolor en los pacientes con quemaduras no debe tener discusión, un requisito para atender a estos pacientes debiera ser en primer lugar trabajar con el dolor, considerando que estos pacientes piensan más en el dolor que en su misma la recuperación, entonces cómo el paciente puede ayudar, o cómo podemos como personal de salud pedirle que colabore cuando el mismo no puede controlar las sensaciones propias de su afección, por lo cual la prioridad tendría que ser trabajar en el dolor.

Muchos pacientes no se recuperan de manera satisfactoria al preferir dejar de sentir dolor antes que curarse, esto se convierte en un círculo vicioso, que va desde que dejar de ser asistidos hasta la infección, o la necrosis y por último la pérdida del miembro o área corporal afectada, lo cual le producirá nuevamente dolor ya sea físico o emocional, lo cual a su vez puede llegar a suicidio; es una cadena mortal en donde se pueden llegar a perder vidas que con un tratamiento adecuado e integral se podría haber prevenido.

La hipnosis nos da una opción sana, de bajo costo y adecuada para ayudar a estos pacientes para el control de su dolor. Las curaciones al ser muy dolorosas, que en general no son acompañadas por ningún tipo de anestesia, por el costo implican, pueden provocar futuras complicaciones emocionales en estos pacientes por el intenso estrés que acompaña al dolor al que son sometidos estos pacientes.

Además de ser costosas, las curaciones tiene un costo de vida, muchos pacientes son alérgicos a la anestesia y otros no resisten la misma por su condición física debilitada producida por el tratamiento intenso al que son sometidos a diario, tan es el caso del paciente Pedro que no resistió la anestesia, sufrió un paro cardiaco y estuvo una semana en terapia intensiva, sin embargo no todos los pacientes tienen esta suerte.

Ninguno de los pacientes tenía conocimiento de lo que era hipnosis, por lo cual se la definió por primera vez de manera correcta, el explicarles a los pacientes lo que se va hacer y porque, en que los va ayudar, sirvió para crear mayor predisposición en los pacientes y consecuentemente no se tuvo que luchar con preconceptos de esta situación.

Se siguió a Erickson (1958) dando a los pacientes una especificación terapéutica de la hipnosis clínica, se delimitó las metas del tratamiento, los procedimientos, los riesgos que pueden existir y las responsabilidades individuales del paciente y del terapeuta. Esto ayudó a que el paciente sea un agente más activo, cooperador y un planeador de sus cambios en su sensación dolorosa.

Se corroboró que toda aplicación de la hipnosis por el terapeuta no deja ser sino una autohipnosis voluntariamente aceptada. (Sanders, 1991 en *Interamerican Journal of Psychology*, 2006). No es necesario enseñarles el método del 1000-1 sino que al

enseñarles los pasos de la hipnosis ellos pueden repetir guiándose por lo ya instruido por el hipnoterapeuta durante la sesión de hipnosis.

Acercas de la rapidez del condicionamiento a nivel emocional, es una terapia breve y muy efectiva adaptada a este tipo de pacientes que sufren mucho y que necesitan soluciones y alivio veloz y esto según Barber (2000) se da porque el condicionamiento es más rápido cuando el paciente se encuentra en un estado de atención focalizada en el cual las sugerencias aumentan su poder sobre el mismo.

El procedimiento hipnótico siguiendo a ESHC (2005) fue el mismo para instaurar el condicionamiento en cada uno de los pacientes lo cual ayudó a reforzar el condicionamiento realizado en cada uno de ellos. El tiempo de introducción al estado de atención focalizada (hipnosis), se redujo mínimamente ya que se quiso instaurar el orden del procedimiento y la forma; y al tener pocas sesiones con los pacientes y espaciadas era necesario reforzar el proceso hipnótico para que los pacientes pudieran reproducirlo por su cuenta para que el condicionamiento no se extinga.

En general la escala visual analógica es bastante útil, sin embargo se complica cuando el paciente no puede levantarse para señalar el punto en el que se encuentra su dolor, entonces se hizo necesario hacer una adaptación de dicha escala para hacerla verbal, en especial en el paciente gran quemado, que se encontraba vendado desde la cabeza hasta las piernas, ya sea por sus quemaduras o por las heridas de los sectores de donde sacaron piel para el autoinjerto.

Todos los pacientes del estudio presentaron las características de las que habla Barber (2000) ya que fueron imaginativos, con tendencia a la fantasía por lo cual visualizan con mucha facilidad, con tendencia a la disociación, es decir, tienen facilidad para separar la lógica de la imaginación y por último tuvieron una actitud positiva ante el tratamiento con hipnosis.

En General en estos pacientes la proxemia (Pinto, 2009) respondió a la demanda de los pacientes que exigían proximidad física y cercanía, a pesar de que ellos están acostumbrados a que los toquen, por la frecuencia en que se realizan sus curaciones, sin embargo se detectó que ellos requieren que los toquen, pero en un sentido diferente, con respeto y no de manera invasiva.

El tipo de razonamiento común en todos los pacientes fue el inductivo (Worf en Pinto, 2009) ya que en general ellos analizaban su accidente y su situación identificando primero los detalles importantes y los asociaban con otros detalles para llegar a una conclusión, la cual ayudó a elaborar una visión hacia una solución, esto se utilizó aplicándolo en el proceso hipnótico durante la relajación

El estilo cognitivo de estos pacientes (Witkin en Pinto 2009) tiende a dependiente de campo lo cual se muestra en la forma en que los pacientes manejan los mitos y la culpa basándose en lo externo a ellos, como en Dios.

Estos pacientes son extrovertidos en cuanto a sus rasgos de personalidad (Eysenck en Pinto, 2009) ya que en general son personas que gustan de actividades sociales, buscan la estimulación, tienden a la impulsividad y a correr riesgos.

Después de la experiencia tenida en el hospital durante un lapso de tres meses se ha observado que el personal de salud, es decir los médicos, la psicóloga, las fisioterapeutas, las Licenciadas en enfermería, las auxiliares en enfermería, el personal de limpieza, el personal de servicio y el personal de comida solo habla del dolor al paciente, aspecto que refuerza la idea de que el paciente debe sentir dolor por su afección.

La fisioterapeuta habla de términos de tortura con mucha naturalidad, y el paciente asimila el término y lo hace parte de su repertorio de palabras más usadas que tienen una connotación intensa de dolor. También al decirle “no pienses en el dolor” están evocando la sensación de dolor. Ante un constante disparo de información de que el dolor es intenso y duradero en este tipo de afecciones, lanzado por el personal de salud, lo ideal sería que la hipnosis se lleve a cabo antes de la primera curación para que el paciente no instaure el dolor a través de las sugerencias realizadas por el personal de salud.

El personal de salud debe estar formado en el tratamiento del dolor desde como denominarlo, como preparar al paciente para poder afrontarlo, disminuirlo, controlarlo, además darle al paciente la explicación fisiológica del dolor, que es exactamente lo que le está pasando, cuando aumenta y cuando disminuye la sensación dolorosa. Esto para darle más control al paciente sobre su propia recuperación y sobre sus sensaciones.

Es importante enseñar al personal de salud a referirse de manera adecuada cuando se habla del dolor al paciente, el dejar de reforzar la idea de que el paciente tiene que estar con dolor necesariamente, ya que de esta manera el paciente siente menos llevadera la estancia en el

hospital, aspecto que debe ser evaluado, porque los pacientes con quemaduras se quedan internados entre un mes a seis meses, lo cual indica que su estancia en los centros de salud es extensa. Todo el personal de salud debería ser capacitado en el lenguaje que usa con el paciente relacionado con el dolor.

El personal no sabe exactamente cuando se realizan las curaciones, cual es el estado actual del paciente. A diario se están lanzando sugerencias a los pacientes, desde no saber cuánto tiempo más va a estar, no saber su condición, mencionando que eso debe preguntar a los médicos imposibilitando al paciente el desarrollo de autocontrol y crea la sensación de confusión ante su dolencia, es como si toda esta situación fuera dueña del paciente y no viceversa.

El personal de salud en su mayoría no está capacitado en humanidad que debe tener en relación con el dolor del paciente, en el sentido se quiere decir que muy raras veces el personal de salud toca al paciente, con excepción del momento de curación y fisioterapia, y muy pocos son los que conocen realmente al paciente, incluyendo en este marco a la psicóloga del hospital.

Generalmente el personal de salud están manipulando a estos pacientes en el sentido de curarlos, realizarles la limpieza hacerles comer, ayudarles a caminar, ayudarles a ir al baño en los horarios que es mismo personal considera, lo cual aparte de hacer sentir cuidado al paciente lo llega hacer sentir dependiente y poco autónomo, aspecto que repercute en el control de su dolor, ya que se evidencio en Don Pedro Nina, que cuando la intensidad de dolor durante la fisioterapia dirigida por la especialista tiene un valor de ocho y le cuesta mucho hacer los ejercicios, cuando el realiza los mismos ejercicios por su cuenta la intensidad de dolor desciende a cinco, por esta razón es tan importante enseñar a los pacientes la auto hipnosis, ya que cuando ellos controlan tanto su cuerpo como su propio dolor existe más posibilidad de bajar la intensidad del mismo.

Tal vez si él se curara o hiciera el ejercicio de fisioterapia sólo, se podría controlar aún más, lo cual contribuiría además a anular la sensación de indefensión del paciente ante el personal de salud y ante su propio dolor.

Otra dificultad es que la fisioterapeuta y las enfermeras les enseñan a respirar a los pacientes para bajar el dolor inhalando por la nariz y exhalando por la boca, argumentando

que el paciente podría hiperventilar, este tipo de respiración contradice a la manera en que se le enseña al paciente a respirar durante el inicio del proceso hipnótico.

Los hospitales no cuentan con un personal especializado en el tratamiento del dolor, tienen un psicólogo por todo el hospital, en donde el mismo debe atender todos los servicios, no pudiendo hacer un seguimiento exhaustivo por el exceso de población y déficit en tiempo descuidando así a los pacientes y desmembrado a la vez su calidad de vida. Cada hospital debería tener un psicólogo por cada servicio, y la exigencia para ingresar a dicho trabajo debiera ser tener formación especializada en el trabajo con dolor, si nos ponemos a pensar que es lo que se manifiesta en mayor medida en los hospitales: “el dolor”. Por lo tanto los entes formadores debe prestar más atención a este tema y validar la necesidad de formar personal especializado en este tema.

La psicología ha venido tratando el dolor a través de varios métodos desde la relajación sistemática hasta la hipnosis. La hipnosis nos da respuesta efectiva para el tratamiento del dolor en pacientes con quemaduras, a través de ella se puede mejorar la calidad de estancia durante la internación de estos pacientes y disminuir la ansiedad subclínica que acompaña al miedo de sentir dolor. Sin embargo a pesar de que este recurso está a disposición de los psicólogos que trabajan con pacientes de este tipo, se requiere de una formación dirigida, no cualquiera puede utilizar este instrumento.

En nuestro país pocos son los centros que se dedican a esta formación, cuando se debería dar mayor importancia desde la psicología, ha llegado el momento en el que se debe asumir que los mismos no tienen los elementos necesarios para trabajar con el dolor, cualquiera que sea su tipo. La formación debe dotar a los futuros psicólogo clínicos con variedad de posibilidades en el tratamiento del dolor.

Por otro lado los psicólogos clínicos debemos estar formados de tal manera que podamos manejar términos médicos, una de nuestras funciones debiera ser constituir un puente entre médicos, enfermeras y pacientes, para que estos últimos estén tan enterados, como los médicos de los que le pasa, darse el tiempo para hacerle entender y explicarle a cada paciente en que consiste su afección, su curación y su rehabilitación es una necesidad urgente.

La anestesia hipnótica puede ser influenciada por los preconceptos que pueda tener el paciente, como que debe aceptar el dolor intenso para ser perdonado por Dios ante alguna

falla que haya cometido, o por las sugerencias enraizadas acerca del dolor de las curaciones enviadas de manera constante por el personal de salud. Al no haber tiempo para desenraizarlas o desmitificar el mito, por la frecuencia de las curaciones y por la urgencia de controlar el dolor, se complica la posibilidad de ayudar al paciente en el control del dolor mediante hipnosis, al tener que actuar instantáneamente y a demanda del personal de salud y del paciente.

En este estudio, se ha evidenciado que la anestesia de guante funciona en lugares pequeños y específicos en donde se origina el dolor, lo cual podría deberse a las condiciones arcaicas en las que el personal de salud debe intervenir. Uno de los pacientes mencionó que había sectores de su cuerpo que durante la curación, en los que experimentó menos dolor después de la anestesia de guante. Por esta razón se recomienda que a la hora de practicar la anestesia de guante se consulte al paciente acerca de un lugar específico en el cual experimente más dolor y en el que desearía disminuirlo.

Otro aspecto importante, es prevenir al paciente acerca de los procedimientos que se realizarán durante su curación, en especial cuando no se utilizará anestesia médica y realizar la hipnosis acorde a estos procedimientos. Esto con el fin de anticipar al paciente los movimientos que van a realizar los médicos, para que no perjudique en su concentración y en estado de trance, o de lo contrario hipnotizar al paciente en el lugar y en la posición que se va utilizar para la curación.

Una dificultad encontrada es que la hipnosis no tiene un tiempo definido, desde que se hace el rapport con los pacientes hasta que se inicia el proceso hipnótico, dificultad que se derivó en la falta de tiempo para tener más sesiones con los pacientes, por lo cual se podía atender a un paciente por tarde (horario en el que asistía la hipnoterapeuta al hospital). A esto se le une, que en este mismo horario asistían generalmente los parientes de los pacientes a visitarlos. Y como añadidura la cena y en ocasiones las sesiones de fisioterapia también se cruzaban con este horario. Por estas razones también se puede observar que el número de sesiones varía entre pacientes.

Se insinúa seguir el procedimiento descrito en el presente estudio sin saltarse ningún paso, de esto dependerá el éxito de la hipnosis, cada paso es un anticipo de éxito para el siguiente, entonces se debe empezar por la relajación sistemática, las visualizaciones, la

entrada al trance profundo, y sobre todo las sugerencias antes, durante y después de la hipnosis, siempre de acuerdo al caso y a las particularidades de cada paciente.

Se ha observado que todos los pacientes presentan alodinia térmica, los estímulos habitualmente no dolorosos les producen dolor, como es el caso de las corrientes de aire sobre una quemadura descubierta, sensación de la que hablan todos los pacientes y esto se da por la mediación de las fibras A beta que son de mayor diámetro y conductoras del dolor (De la Peña, 2009).

La Phoenix Society for Burn Survivors (2008) nos dice que las quemaduras de segundo grado profundo tardan en curarse veintiún días, sin embargo en la experiencia realizada en un hospital de La Paz, lo mínimo que este tipo de pacientes se encuentra internado es de un mes, por lo mismo el paciente sufre más y soporta aún más tiempo los dolores, por lo primitivo de nuestros centros hospitalarios y por la falta de insumos al personal de salud para evitar infecciones y retrocesos en la curación del paciente.

En Bolivia los apósitos temporales ya sean orgánicos, sintéticos o mixtos en origen, y las vendas sintéticas no se usan, más bien se usan gasas comunes que están contraindicadas en este tipo de afecciones ya que éstas al ser retiradas jalan la piel que con tanto esfuerzo se está reconstituyendo intensificando el dolor de este tipo de pacientes.

Las funciones de la piel de las que habla Anzeiu, (en Thibaut, 2007) se anulan, en especial la función protectora en las condiciones en las que estos pacientes son sometidos a curaciones diarias, son manipulados de tal forma que su propia recuperación ya no les pertenece sino más bien es del personal sanitario.

Ante la experiencia tenida para atender a pacientes que han sufrido de accidente por quemadura se debe seguir los pasos mencionados por la Universidad de Gama Filho (2005): Dar espacios para que el equipo de salud se conozca y se relacione, darle la importancia pertinente a la opinión de cada uno de ellos acerca del estado del paciente y su recuperación. Entrevistar a los familiares recolectando información respecto al paciente. Entender las circunstancias del ambiente familiar cuando ocurrió la quemadura. Hacer contacto con el paciente, explicarle y preguntarle acerca del origen de su dolencia, contarle el tiempo de permanencia en el ambiente hospitalario, la expectativa en cuanto a su recuperación y secuelas.

Otro aspecto que no se toca ni se trabaja es la etapa de rehabilitación fuera del ámbito hospitalario, que también es dolorosa, cuando el dolor físico cede, comienza el dolor por la readaptación a la sociedad, aspecto que no se realizó en la presente investigación, por lo cual se sugiere tomar en cuenta para futuras investigaciones algunos aspectos que se consideran de suma importancia: la rehabilitación es devolver al paciente un lugar útil en la sociedad, una terapia ocupacional con los pacientes quemados, evitar la pérdida de identidad y sensibilizar a los familiares para que en el hogar de esa persona quemada, más allá de las lesiones, se pueda percibir como un ser único.

El usar términos que no son cotidianos del lenguaje del paciente durante la sesión hipnótica confunden y desconcentran al paciente, al tener que hacer éste esfuerzo para entender lo que se le está pidiendo, por lo tanto se sugiere a la hora de introducir la hipnosis como terapia para el dolor, preguntarle al paciente si entiende los términos que van a ser usados durante la hipnosis.

Para posteriores investigaciones se recomienda sacar al paciente del estado hipnótico poco a poco, y advertirle sobre las posibles interrupciones, ruidos, condicionando estos mismos como parte del mismo proceso y además como coadyuvantes a la relajación y al bienestar. La experiencia presente corroboró que esto ayuda a que el paciente no sufra sobresaltos y ayuda a instaurar un condicionamiento efectivo para futuras sesiones hipnóticas.

Se ha determinado que la sensación en común que experimentan los pacientes durante las curaciones es de ardor. La literatura y los estudios se avocan en mayor medida a el dolor cuyo origen es la herida de la quemadura y en los procedimientos necesarios para su restablecimiento, pero dan muy poca importancia al grado de dolor que experimentan los pacientes de las heridas de dónde sacaron piel para el auto injerto, aspecto del cual se quejan con mucha regularidad los pacientes. En este sentido la analgesia hipnótica podría aplicarse para el control del dolor en estas áreas, sin embargo se requiere más estudios.

En este sentido, se descubrió que el dolor que provocan las heridas de los lugares de donde se saca la piel para realizar el auto injerto, es tan intenso como el del mismo lugar donde se produjo la quemadura. Para futuras investigaciones se recomienda prestar más importancia a estas heridas, estudiar sobre el dolor agudo, crónico y de fondo derivado de las mismas.

REFERENCIAS

1. Almada, J. 2008. *Hipnosis aplicada a la psicología del deporte*. En Instituto Milton H. Erickson. Tijuana. psidafi.com/congresos/talleres/Taller-de-Hipnosis.pdf
2. Alman B., Lambrou P. 1983. *Self-hypnosis: the complete manual for health and self-change*. En *The permanente journal*. Pags. 3 – 14. New York: Brunner/Mazel.
3. Andrew C. Samuel F. Dworkin, D Bloomquist D. (1981) *Cortical power spectrum analysis of hypnotic pain control in surgery*. Vol. 13, pags. 127 – 136. Washington
4. Araoz, D. 1980. *Negative self-hypnosis*. En *Journal of contemporary Psychotherapy*. Vol. 12
5. Barber J, Mayer D. (1977). *Evaluation of the efficacy and neural mechanism of a hypnotic analgesia procedure in experimental and clinical dental pain*. En *Publ Med*. Vol. 4(1), pags. 41-48.
6. Barber J. (2000). *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión – una guía clínica*. Editorial Desclée de Brouwer.
7. Bardina A, Martínez M. (2003) *Tipos de dolor*. En: *Manual práctico del dolor*. Hosp. Univ. Príncipe de Asturias. Madrid. Editorial: PBM, S.L. 2003. Pags. 14-19.
8. Campbell y Stanley. 1979. *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
9. Centro Ericksoniano de México. 2009. Dolor. *Centro de Desarrollo Humano Formación y Asistencia a la Comunidad (CEDEHFAC)*. Disponible en: cedehfac.org.mx
10. Crowford, H. 1999. *La naturaleza de la analgesia hipnótica: Bases y evidencias neurofisiológicas*. *Anales de psicología*. Vol. 15. Pags. 133 – 146. Universidad de Murcia.
11. Capafons, A. 1988. *Hipnois Clínica: Una visión cognitivo comportamental*. En *Revista Papeles del Psicólogo*. Vol. 69.
12. 13.
- 14.
15. Cassinello J. (2004) *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. Sociedad Española de Oncología Médica. Editorial.: Dispublic. Pags. 455-472.
16. Ceberio, M., y Wainstein, M. 2005. *Terapia Breve: Conversaciones en Palo Alto con Steve de Shazer*. En *Perspectivas Sistémicas*. Disponible en: www.redsistemica.com.ar/steve.htm.

17. De la Peña L. (2009). *El dolor y su tratamiento*. Madrid. Editorial McGraw Hill Interamericana.
18. De los Santos, C. (2005) *Guía Básica para el tratamiento del paciente quemado*. Santo Domingo. Ed. Alfa y Omega. Pag. 58
19. Díaz E., Casado A. (2003). *Tratamiento del dolor en Oncología*. Madrid. Editorial : Eduardo Díaz-Rubio. You&Us, S.A. Pags. 1-12.
20. Donker F. (1991). *Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico*. En Manual de Psicología clínica aplicada. Madrid. Editorial: Siglo XXI. Pags. 27 – 48.
21. El País. (2005). *Bolivia se acerca a los 9,5 millones de habitantes*. Disponible en: clasificados.bolivia.com. Del 10 de julio del 2005.
22. Erickson, M. 1958. *Naturalistic Techniques of Hypnosis. The Complete Works of Milton H. Erickson*. Vol. 1. Phoenix: The Milton H. Erickson Press.
23. Erickson, M. y Rossi, E. 1979. *Hypnotherapy: An exploratory casebook*. New York: Irvington.
24. Ernest R., Kellerman J., Ellenberg L. (1987). *Hypnosis in the Reduction of Acute Pain and Distress in Children with Cancer*. En Journal of Pediatric Psychology. 12(3) pags. 379-394.
25. Escuela superior de hipnosis clínica. (2005). *La hipnosis clínica*. Valencia. Disponible en: Hipnosis clinica_Agresividad y violencia en el cerebro.htm
26. Foertsch C., O'Hara M., Stoddard F., Kealey, G. (1998). *Treatment-Resistant Pain and Distress During Pediatric Burn-Dressing Changes*. En Journal of Burn Care & Rehabilitation. Vol.19(3), pags. 219-224.
27. Frenava M., Favmville M., Alberts S., Venderkelen A., (2001). *Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy*. En Journal of the international Society for burn Injuries. Vol. 27, Pages 793-799.
28. Fundación, Fundación procentro del quemado. (2009). *DIAGNOSTICO DE LA SITUACION EPIDEMIOLOGICA Y ASITENCIAL DE QUEMADURAS 2005 – 2006*. La Paz. Inedito
29. Garcia, R. (2009). *Definición y tipo del dolor*. Serv. Oncología Médica. H.G.U. Gregorio Marañón. Disponible en Madrid. <http://cursododoloroncologico.com/docs/4.definicion.pdf>
30. González, S. (2001). *Dolor, emoción y cognición*. Ediciones Aljibe. Pags. 151-173.

31. González S, Rodríguez M. (2003). *El dolor y cáncer*. Madrid. Editorial Médica Panamericana S.A. Pags. 7-32.
32. González M., Ordoñez A., Muñoz J. Dolor *Oncológico. Sentido del Sufrimiento*. En: El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica. Pags. 7-18.
33. Gruzelier, J., Levy, B., Willams S., y Anderson S. 2001. *Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility*. Brain Research Bulletin. Vol. 7. Pags. 83 – 90. Londres.
34. Hainbuch, F. 2006. *Relajación muscular de Jacobson*. Ed. Arganda del Rey. Madrid.
35. Hawkins, J y Blakslee, S (2004). *On Intelligence*. Nueva York. Owl Book, Holt and Company.
36. Hilgart J. (1994). *Hipnosis in the relief of pain*. New York: Editorial: Bruner/Mazel.
37. Hoffman, Hunter G. , Patterson, David R., Carrougher G. (2000). *Using Virtual Reality for the Treatment of Adult Burn Pain During Physical Therapy: A controlled study*. En The Clinical Journal of Pain: Volume 16. Tercera Edición. Pags. 244-250.
38. Hunter G., Hoffman, David R., Patterson, Magula, G. Carrougher G, Zeltzer K., Dagadakis S, Sharar S.(2003). *Water-friendly virtual reality pain control during wound care En Intercience. Vol. 60 Issue 2, Pags. 189 – 195*. University of Washington
39. International Asociation for Serching Pain IASP (1979). *Pain terms: A list with definitions and notes on usage*. Cap. 14 Pags. 205-208.
40. Interamerican Journal of Psychology. 2006. *Interaction of Hypnotic Susceptibility and Dissociative Experiences in a Population Report Anomalous experiences / Paranormal*. Vol. 40-. 2. Pags. 233-240.

41. Instituto Mexicano de Seguro Social. 2009. Disponible en: transparencia.imss.gob.mx/normas/GS060/060.066.0666.pdf
42. Jay, S. y Kirsch, I. 2004. *Theory of Hypnosis*. *Psychology Journal of Binghamton University (USA) y University of Plymouth (UK)*. Volume 89. Estados Unidos y Reyno Unido.
43. Jetter A., (2006). *Hypnosis Used for Burn Treatment*. En: *The Healing Power of Hypnosis*.
44. Kirsch, I. y Montgomery, G. 1995. *Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis*. En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 63(2). Pags. 214-220.
45. Kiernan B., Dane J., Phillips L., Price D. (1995). *Hypnotic analgesia reduce R – 111 nociceptive reflex: Further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia*. *Pain*. Vol. 60. Pags. 39 – 47.
46. López W. (1991.) *Diagnóstico Epidemiológico y Asistencial de Quemaduras en Bolivia* de la FUNDACIÓN PRO CENTRO DEL QUEMADO, MINISTERIO DE SALUD Y OPS/OMS. La Paz.
47. Melzack R y Wall P. 1965. *Pain Mechanisms: A new theory*. *Science*. Vol. 150. Pags. 971 – 979.
48. Ministerio de Salud y Deportes. 2007. *Guía clínica del Gran Quemado*. Minsal.
49. Moritz A., HERRIQUES, F. (1947) *Studies of thermal injuries*. Vol. 23 Pags.: 695-720. *Am J Pathol*
50. Muriel C. (2002). *Dolor Irruptivo*. Madrid. Editorial Meditex. Pags. 27-38.
51. Nash, M. (1987). *Hypnotic Trance*. <http://www.quedelibros.com/libro/6222/El-Trance-Hipnotico.html>.
52. Norma G., Cuellar D. (2005). *Hypnosis for Pain Management in the Older Adult*. En *MedScape*. Vol. 6(3), pags. 105-111.
53. Paterson D., Ptacek J. (1997). *Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment*. En *Journal of consulting and clinical psychology*. University of Washington School of Medicine.
54. Pérez M., Lara J., Ibañez J., Cagigal L., León C. 2006. *Guía de actuación del paciente quemado*. Málaga. Hospital Regional Universitario Carlos Halaga.
55. Phoenix Society for burn survivors. 2008. *Types of burn injuries*. Disponible en: www.phoenix-society.org.

56. Pinto B. (2009). *Empatía y lenguaje en hipnosis y psicoterapia*. En Block de Bismarck Pinto. Sábado 2 de mayo.
57. Pinto B. (2009). *Hipnosis aplicada al control de dolor*. En: Formación para hipnoterapeutas. Curso realizado en el Instituto Boliviano de Terapia Familiar. La Paz.
58. Plaja J. (2009). *Modalidades, fisiopatología y modulación del dolor*. En: Analgesia por medios físicos. Madrid Editorial McGraw Hill Interamericana.
59. Plenzo W. (1989). *El dolor crónico*. Aspectos Psicológicos. Barcelona. Martínez Roca.
60. Price D., Long S., Harkins S. (1994). *A comparison of measurement characteristics of mechanical visualanalogue and simplenumerical rating seals of pain*. Vol. 56. Pags. 217 -216.
61. Rainville P., Duncan G., Price D., Carrier B., Bushnell C. (1997) *Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate But Not Somatosensory Cortex*. En Science Magazine. Vol. 277. no. 5328, Pags. 968 – 971.
62. Rainville P, Carrier B, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH. (1999). *Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation*. En: PubliMed. Vol. 82, Pags. 159 – 171.
63. Rodríguez G., Gil J., García E. (1996). *“Metodología de la investigación cualitativa”*. Málaga. Ediciones Aljibe.
64. Romero P., (2009). *Esquema de grados de quemaduras*. (Inédito)
65. Rowshan A. (2006). *A brief history of hypnosis*. En Rowshan Method. Vol. 93. Pag. 238.
66. Sánchez F., Cruz J. (2003). *Tratamiento del dolor en Oncología*. Madrid. Editorial: Eduardo Díaz-Rubio. Ed: You&Us, S.A. Pags. 12-33.
67. Sanz A., Centeno C. (2001) *El control del sufrimiento evitable*. Editorial: You&Us, S.A. Madrid. Pags. 51-65.
68. **Shor R., Orne E. (1962). *The Harvard Group scale of hypnotic susceptibility. Form A*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.**

69. Spiegel H. (1978). *Manual for hypnotic induction profile*. New York. Soni Medica.
70. Spiegel D., Bloom J. (1983) *Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain*. En *Psychosomatic Medicine*, Vol 45, Pags. 333-339.
71. Syrjala K., Cummings C., Donaldson G. (1992). *Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: a controlled clinical trial*. En *PublMed*. Vol. 8(2) pags. 137-146.
72. Taylor S. y Bogdan R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
73. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (2009). *A brief communication*. Vol. 57. Pag. 2. ijceh.com
74. Thibaut B. (2007) *Un atelier thérapeutique centré sur une approche multimodale du corps, Les enjeux et hypothèses cliniques d'une application chez les brûlés*, Slide Show. Belgique.
75. Tojar T., Sánchez M. (2001) *El control del sufrimiento evitable. Terapia analgésica*. Madrid: Jaime Sanz Ortiz. Ed You&Us, S.A. Pags. 67-78.
76. Tres A., Pérez C. (2003) *Síndromes Clínicas de dolor en pacientes con cáncer*. Madrid. Eduardo Díaz-Rubio. Ed: You&Us, S.A. Pags. 35-57.
77. Universidad de Gama Filho. (2006) *Curso de capacitación de psicólogos, Brasil*, Power Point. Universidad San Francisco de Asís. La Paz.
78. Valentín V., Murillo M. (2006). *En guía de Práctica Clínica en Cuidados Continuos*. Madrid. Editorial: Vicente Valentín Maganto. SEOM. Dispublic, S.L. Pags. 103-130.
79. Van -der C., Quiles M. (2001). *Chronic Pain : therapeutic intervention based on psychology*. *Rev Soc Dolor*. Vol. 8 Pags. 503 -510.
80. Wachtel T., Berry C., Wachtel E. (2000). *The interrater reliability of estimating the size of burns from various burn area chart drawings*. Vol. 26, pags.: 156-170
81. Warfield C. (1988) *A history of pain relief*. Cap. 7. Pags. 121.
82. Weitzenhoffer A., Hilgard E. (1959). *Stanford hypnotic susceptibility scale*. Form A and B. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
83. Wiechman S. (2007). *Using Hypnosis for Spinal Cord Injury Pain Management*. En *SCI Forum Report*.

84. World Health Organization. (2008). *Burn Prevention and Care*. Geneva Switzerland.
85. World Health Organization. (2007). *Burn Prevention and Care*. Geneva Switzerland.
86. Yapu M., Arnold D., Spedding A., Pereira R. (2006). *Investigaciones cualitativas y cuantitativas*. Edición Ana Rebeca Prada.
87. Zeltzer L, LeBaron S. (1982). *Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer*. En PubMed. Vol 101, Pags. 1032 – 1035.