

Rev. Soc. Esp. Dolor
9: 525-532, 2002

La hipnosis en el tratamiento del dolor

J. Moix*

Moix Queraltó J. Hypnosis for the management of pain. *Rev Soc Esp Dolor* 2002; 8: 525-532.

SUMMARY

Hypnosis image as a rather esoteric method has been blamed for the severe discriminations suffered by this technique both in clinical and psychological settings. This paper reviews the high volume of scientific literature available on the topic in order to demonstrate the effectiveness of hypnosis for the management of pain. Our aim has been also to shed light on the most questionable aspects of hypnosis: What types of pain can be treated with hypnosis? What suggestions are more effective for the management of pain? What type of patients benefit more from the use of hypnosis? and What processes can explain the effectiveness of hypnosis for the management of pain? The analysis of these issues allow us to conclude that, while further research in the field is still needed in order to give a definitive answer to these questions, we can state that hypnosis is effective for the management of pain. We would like that the increasing volume of empirical data regarding on this matter end up banishing the bad press of hypnosis and enabling its access to hospitals and, in general, to any center providing pain management. © 2002 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Hypnosis. Pain. Cognitive-behavioral techniques.

*Grupo de Investigación en Estrés y Salud. Área de Psicología Básica. Facultad de Psicología (edificio B). Universidad Autónoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona

Recibido: 17-04-02.
Aceptado: 20-09-02.

RESUMEN

La imagen de la hipnosis como un método casi esotérico ha sido la culpable de que esta técnica haya sufrido graves discriminaciones tanto en ámbitos médicos como psicológicos. En este artículo, pretendemos, a través de la abundante literatura científica que existe sobre este tema, mostrar la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor. Igualmente, nuestro objetivo ha consistido en arrojar luz sobre los aspectos más cuestionados en torno a la hipnosis: ¿qué tipos de dolor se pueden tratar mediante hipnosis?, ¿qué sugerencias son más útiles para el tratamiento del dolor?, ¿qué tipo de paciente se beneficia mediante la aplicación de la hipnosis?, y ¿qué procesos pueden explicar la efectividad de la hipnosis en la disminución del dolor? El análisis de estas cuestiones nos permite concluir que, aunque todavía es necesaria más investigación en este campo para contestar de forma definitiva estos interrogantes, sí podemos afirmar que la hipnosis se muestra eficaz en el tratamiento del dolor. Deseamos que la creciente acumulación de datos empíricos sobre esta materia, destierre la mala prensa que ha sufrido la hipnosis y le permita la entrada a los hospitales y, en general, a cualquier centro donde se trate el dolor. © 2002 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Hipnosis. Dolor. Técnicas cognitivo-conductuales.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. ¿QUÉ TIPOS DE DOLOR SE PUEDEN TRATAR MEDIANTE LA HIPNOSIS?
3. ¿QUÉ SUGESTIONES SE EMPLEAN PARA LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR?
4. ¿QUÉ TIPO DE PACIENTE SE BENEFICIA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS?
5. ¿QUÉ PROCESOS PUEDEN EXPLICAR LA EFECTIVIDAD DE LA HIPNOSIS EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR?
 - 5.1. Disminución de la ansiedad
 - 5.2. Creencias
 - 5.3. Redirección de la atención
6. DISCUSIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La hipnosis ha sufrido y sigue sufriendo muy mala prensa. Asociada a espectáculos de feria y a temas ocultos no se le ha permitido la entrada en ámbitos donde realmente podría contribuir muy positivamente, entre ellos, queremos destacar aquí, el área médica.

Aunque la hipnosis esté relegada de ciertos círculos, afortunadamente ello no ha impedido que su estudio científico haya ido en aumento. Prueba de ello son las sociedades que se han constituido para su estudio (*American Society of Clinical Hypnosis; Society for Clinical and Experimental Hypnosis,...*) y el aumento de artículos sobre hipnosis en revistas científicas de diferentes ámbitos. Incluso se han creado revistas monográficas sobre el tema (*The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis; American Journal of Clinical Hypnosis,...*). Otra muestra de la aceptación de la hipnosis en el ámbito científico, concretamente académico, es el aumento de cursos y másters, a nivel universitario, dedicados a esta materia.

Así, la hipnosis está sujeta a una cierta paradoja ya que mientras en círculos científicos no se duda de su efectividad, la mayoría de la gente de la calle e incluso profesionales de la salud sigue colocándola en el cajón de lo paranormal. Sólo cuando los resultados de las investigaciones científicas sobre la hipnosis se divulgan en mayor medida, tanto entre los profesionales de la salud como al público en general, se podrá conseguir su total aceptación e incorporación en el tratamiento de diferentes trastornos.

Son muchas las patologías o trastornos en los que la hipnosis ha mostrado su eficacia: ansiedad, depresión, deshabitación del tabaco, asma, trastornos dermatológicos, síndrome del colon irritable, náuseas y vómitos en la quimioterapia, sometimiento a procedimientos médicos estresantes, estrés post-traumático, dismenorrea, dolor crónico, quemaduras,... (1,2). Es importante resaltar que la hipnosis en el tratamiento de estos trastornos, no suele emplearse como técnica aislada sino dentro de una terapia más amplia. Por tanto, como indica Capafons (3), afirmar que la hipnosis es eficaz significa que ayuda a incrementar la eficacia de otros tratamientos a los que se le añade como adjunto.

En el presente artículo, vamos a centrarnos en la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del dolor. Antes de adentrarnos en este tema nos gustaría señalar qué entendemos por hipnosis. Este término ha recibido distintas definiciones. La definición de la *American Psychological Association* (APA) es la que consideramos más adecuada. Según esta definición, la hipnosis es un conjunto de procedimientos que ge-

neran un contexto donde se facilita el cumplimiento de las sugerencias en ciertas personas.

2. ¿QUÉ TIPOS DE DOLOR SE PUEDEN TRATAR MEDIANTE LA HIPNOSIS?

Cuando se afirma que el dolor se puede disminuir o incluso eliminar a través de la hipnosis, ¿a qué tipo de dolor se hace referencia? La respuesta es que se refiere tanto al dolor agudo como al crónico. Existen numerosos estudios que corroboran la eficacia de la hipnosis para el alivio del dolor. Queremos resaltar aquí la investigación llevada a cabo por Montgomery, DuHamel y Redd (4). En este estudio, se llevó a cabo un metaanálisis de 18 artículos, analizándose los resultados de 933 participantes. El tipo de dolor que presentaban era de muy diversa índole, tanto dolor agudo (*cold pressor test*, procedimientos radiológicos,...), como dolor crónico (oncológico, cefaleas,...). Los resultados indicaron que la hipnosis aliviaba el dolor al 75% de los sujetos.

Si nos centramos en las investigaciones que estudian el dolor agudo, comprobaremos que una gran parte de ellas analizan concretamente el dolor postoperatorio. Generalmente, en estos estudios la hipnosis se emplea antes de la cirugía y a los pacientes se les dan sugerencias de bienestar para después de la misma. Se comparan los pacientes en los que se ha aplicado la hipnosis con pacientes controles y se comprueba cómo el dolor postoperatorio, medido a través de pruebas objetivas, es menor en los pacientes previamente hipnotizados (5-9).

En cirugía, la hipnosis también se ha empleado durante el mismo acto quirúrgico con la finalidad de disminuir o incluso eliminar el suministro de anestesia (10). De hecho, la aplicación de la hipnosis en cirugía no es ni mucho menos reciente, pues ya en 1843 John Elliotson (11), publicó un trabajo donde describía numerosos casos que fueron intervenidos quirúrgicamente sin dolor. También Esdaile, en la misma época, consiguió realizar numerosas intervenciones quirúrgicas sin dolor. En aquella época la anestesia todavía no había sido descubierta por lo que cualquier intervención se convertía en un asunto sádico. Sin embargo, las experiencias de estos médicos ingleses que hubieran podido ser muy bienvenidas, se tacharon de fraudulentas. El descubrimiento de la anestesia en aquellos años, las relegó definitivamente al olvido.

Recientemente, una de las revistas más prestigiosas en el mundo médico, *The Lancet*, ha publicado un artí-

culo (12) que recoge los resultados de una investigación con 241 pacientes que debían someterse a pruebas médicas invasivas y a los que se repartió de forma aleatoria en tres grupos. Uno de los grupos era entrenado en relajación autohipnótica, el segundo grupo se constituyó como grupo placebo ya que igual que el anterior recibió atención pero ningún tipo de hipnosis, y el tercer grupo recibió los cuidados habituales (grupo control). Los resultados mostraron que el dolor aumentaba con el tiempo del procedimiento en el grupo control, aumentaba en menor grado en el grupo de atención (grupo placebo) y no aumentaba en los pacientes sometidos a hipnosis. Además, la dosis de analgésicos autoadministrados durante el procedimiento fue mayor en el grupo control que en el grupo bajo hipnosis y el grupo que recibió atención. Esta investigación es sólo un ejemplo de los numerosos estudios que han mostrado cómo la hipnosis durante procedimientos médicos invasivos puede disminuir la necesidad de analgesia farmacológica (13,14).

Si nos centramos ahora en el uso de la hipnosis para la disminución del dolor crónico, esta técnica se ha empleado en pacientes con cefaleas, dolor lumbar, dolor oncológico, fibromialgia,... (15,16). Normalmente, la hipnosis se emplea dentro de un tratamiento cognitivo-conductual más amplio (17-19), cuyos objetivos suelen ser:

- Reducción del dolor.
- Reducción de la medicación.
- Aumento de la actividad y el ejercicio físico.
- Aumento de la práctica de la higiene postural.
- Reducción de la ansiedad y la depresión.

Para conseguir dichos objetivos se utilizan distintas técnicas que se pueden englobar en tres grandes bloques: informativas, cognitivas y conductuales. Respecto a las técnicas informativas, consisten básicamente en suministrar información que se refiere principalmente a los mecanismos del dolor. Las técnicas conductuales se centran en marcar objetivos conductuales (sobre todo referente a actividades distractoras) y en aplicar refuerzo por los avances en la consecución de dichos objetivos. Y respecto a las técnicas cognitivas, consisten básicamente en la reestructuración cognitiva de los pensamientos catastrofistas que provoca el dolor.

3. ¿QUÉ SUGESTIONES SE EMPLEAN PARA LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR?

El procedimiento general que se suele emplear cuando la hipnosis está dirigida al tratamiento del dolor crónico u otro tipo de trastorno es básicamente

el mismo. La diferencia principal estriba en el tipo de sugerencias que se le dan al sujeto una vez se encuentra hipnotizado. Las sugerencias pueden ser de muy diversa índole. Enumeraremos algunas de las que se pueden emplear a título de ejemplo, agrupándolas en tres grandes categorías (20,21):

Visual:

—Tamaño y forma. Estas sugerencias consisten en dar forma y tamaño al dolor y progresivamente ir reduciendo el tamaño o degradar la intensidad del color, hasta finalmente conseguir que el dolor “ocupe menos espacio” o “se vuelva casi o totalmente transparente”.

—Luces de colores. El sujeto debe visualizar el dolor con un color concreto y el resto del cuerpo con otro color. El color procedente de las zonas donde no hay dolor se va extendiendo lentamente hasta que elimina el color del dolor.

—La radio. Se le sugiere al paciente que el dolor es como una radio que tiene un interruptor para el volumen y que él debe utilizarlo para ir disminuyéndolo. También se le puede explicar *a grosso modo* las vías de transmisión del dolor como si fueran cables eléctricos y sugerirle que existe un interruptor para encender y apagar que debe aprender a accionar.

—Símbolos. Muchos pacientes cuando describen su dolor utilizan metáforas como “mi dolor es como si me clavaran clavos en la espalda”. Estos símbolos se pueden utilizar durante las sugerencias. En este caso, se podría sugerir al paciente que imaginara cómo los “clavos” van saliendo de su espalda.

Sensorial:

—Guante de anestesia. El objetivo de este tipo de sugestión consiste en conseguir mediante sugerencias de entumecimiento que la mano se sienta anestesiada y visualizar la mano como un guante de anestesia. Una vez conseguido este objetivo, se le sugiere al paciente que al tocar otras partes del cuerpo donde existe dolor, éstas también serán anestesiadas y el dolor disminuirá o desaparecerá.

—Desplazamiento. Se pueden utilizar sugerencias de desplazamiento para provocar el “traslado” de las sensaciones dolorosas de una zona corporal a otra. Esta sugestión es útil dado que a veces hay zonas del cuerpo en que el paciente siente el dolor como más tolerable.

—Sustitución. Estas sugerencias consisten en sustituir las sensaciones dolorosas por otras menos negativas, por ejemplo sensación de: presión, calor, vibración, etc.

Cognitivas:

—Distracción. Mientras el sujeto se encuentra bajo hipnosis se le sugiere que realice diferentes tareas mentales (tareas aritméticas, recitar un poema, etc.).

Este tipo de sugestión se ha empleado básicamente durante el dolor agudo, principalmente durante procedimientos médicos estresantes.

—Entrenando nuevas estrategias de afrontamiento. Durante la hipnosis, es un momento idóneo para que el paciente se visualice a sí mismo afrontando positivamente su problema, utilizando las estrategias que se recomiendan durante la psicoterapia. Es importante que el paciente se visualice a sí mismo lleno de emociones positivas.

—Disociación. Este tipo de sugerencias se pueden emplear preferiblemente cuando el paciente debe permanecer inactivo (ej. durante un procedimiento médico). Se le sugiere que se experimente a sí mismo en otra situación, tiempo o lugar.

Cuando el dolor es crónico, los pacientes deben aprender a responder a las sugerencias y después deben generalizar la sensación de analgesia y confort al estado “despierto”, esto es, cuando están “fuera” de la hipnosis. En algunas ocasiones, para conseguir esta generalización, mientras los sujetos se encuentran hipnotizados y han conseguido disminuir su ansiedad y dolor, se les sugiere que asocien esta sensación con alguna clave, como puede ser una palabra, una frase, una imagen,... Asimismo se les sugiere que en cualquier situación que sientan ansiedad o dolor, piensen en esa clave para conseguir experimentar la misma sensación de analgesia y tranquilidad. En otras ocasiones, simplemente se les sugiere que los efectos que han experimentado pueden volver en cualquier momento cuando estén “fuera de la hipnosis” y permanecer allí (20). O simplemente se les sugiere que cuando “salgan” de la hipnosis continuarán sintiéndose tranquilos y con poco o ningún dolor.

4. ¿QUÉ TIPO DE PACIENTE SE BENEFICIA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LA HIPNOSIS?

Como hemos mencionado anteriormente, los estudios que comparan grupos de pacientes tratados mediante hipnosis con grupos controles concluyen que la hipnosis es eficaz para disminuir el dolor. Sin embargo, en estas investigaciones se compara el dolor medio de cada grupo, pero no se analiza concretamente a qué tipo de paciente le beneficia en mayor medida la hipnosis. La experiencia clínica indica claramente que no todos los pacientes se benefician en la misma medida de esta técnica. Mientras algunos pueden obtener resultados espectaculares, otros no

consiguen ningún tipo de mejoría. Por este motivo, una de las preguntas más formuladas es: ¿por qué existe esta variabilidad en los beneficios de la hipnosis en distintos pacientes?

Una de las hipótesis más ampliamente aceptadas es que los beneficios que se pueden conseguir a través de la hipnosis dependen en gran medida de la sugestionabilidad de los pacientes. Esta hipótesis ha sido estudiada en muchos trabajos. En estas investigaciones, antes de aplicar la hipnosis se evalúa la sugestionabilidad de los pacientes. Podríamos decir que hay tres tipos de pacientes según su sugestionabilidad (22): los “bajos”, a los que resulta extremadamente difícil hipnotizar, “los medios”; a los que se puede hipnotizar pero no es fácil que respondan a todas las sugerencias y los “altos”: que responden fácilmente a la mayoría de sugerencias. En general, cuando se evalúa la sugestionabilidad de los sujetos se muestra, lo que cabría esperar, que los mayores beneficios se obtienen con sujetos altamente sugestionables. Partiendo de estos resultados, la conclusión es que antes de decidirnos a aplicar la hipnosis para reducir el dolor o tratar cualquier otro trastorno, deberemos evaluar la sugestionabilidad del paciente. No obstante, como afirma Chaves (23), la importancia de evaluar y tener en cuenta el grado de sugestionabilidad para decidir si emplear o no la hipnosis debe depender de la naturaleza del problema clínico. No hay duda de que si queremos utilizar la hipnosis para que el sujeto pueda ser operado sin anestesia alguna, necesitaremos a un paciente altamente sugestionable y por tanto se convertirá en crucial la evaluación de la sugestionabilidad; sin embargo, para conseguir aumentar la tolerancia al ejercicio físico probablemente no necesitaremos sujetos tan sugestionables, y por tanto en este caso no sería imprescindible la evaluación de la sugestionabilidad.

De todas formas, algunos trabajos empiezan a apuntar que la sugestionabilidad de los sujetos no es un rasgo inamovible sino que se puede modificar (24,25). Parece que la sugestionabilidad depende de cómo “se venda el producto”. Si somos capaces de que el sujeto piense que es capaz de responder a sugerencias y que no sienta miedo hacia la hipnosis podremos conseguir aumentar su sugestionabilidad. De hecho, se afirma que un buen *rapport* terapéutico incrementa la sugestionabilidad, lo cual corrobora la idea de que el estado hipnótico es un continuo que empieza en el inicio de la relación entre el terapeuta y el paciente (22). Para aumentar la autoeficacia del paciente, esto es, la medida en que se ve capaz de responder a las sugerencias, además de un buen

rapport terapéutico es útil proponer pequeños ejercicios que incluyan sugerencias muy fáciles de conseguir, como podría ser el movimiento del péndulo de Chevreul (26). En este ejercicio se le facilita al sujeto un péndulo que debe sostener en una mano, mientras piensa que empieza a moverse. Normalmente, la gran mayoría de sujetos responden a esta sugestión, es decir, consiguen que el péndulo se mueva. De esta forma, se consigue aumentar la autoeficacia del sujeto y por tanto incrementar también su sugestionabilidad.

Algunos autores sugieren que otra manera de conseguir que sujetos con baja sugestionabilidad aprendan a controlar su dolor es utilizar la hipnosis sin definirla como “hipnosis” (27).

Igualmente, existen investigaciones que apuntan que los sujetos de baja sugestionabilidad pueden conseguir beneficios mediante la hipnosis si el entrenamiento es extenso; es decir, a través de numerosas sesiones (27). Estos estudios se basan en la idea de que para conseguir beneficios mediante la hipnosis se requieren ciertas habilidades y éstas se pueden entrenar.

No cabe duda que las futuras investigaciones deben dirigir sus esfuerzos hacia el diseño de métodos para aumentar el nivel de sugestionabilidad y así conseguir incrementar los beneficios de la hipnosis.

5. ¿QUÉ PROCESOS PUEDEN EXPLICAR LA EFECTIVIDAD DE LA HIPNOSIS EN LA DISMINUCIÓN DEL DOLOR?

La investigación respecto hipnosis y dolor, no ha conseguido, por el momento, descubrir cuál es el mecanismo gracias al que la hipnosis consigue disminuir el dolor. Sin embargo, sí que se han desarrollado varias hipótesis al respecto, que expondremos a continuación:

5.1. Disminución de la ansiedad

No cabe la menor duda de que el dolor y la ansiedad van cogidos de la mano. Los pacientes con más ansiedad, sufren más dolor o, también podríamos describirlo a la inversa, los pacientes con más dolor, manifiestan más ansiedad. El dolor provoca ansiedad y, a su vez, la ansiedad aumenta el dolor. Se trata de un círculo vicioso. Dado que en la mayoría de las ocasiones durante la hipnosis se dan sugerencias de relajación y por tanto la ansiedad disminuye, podríamos pensar que la hipnosis disminuye el dolor me-

dante la reducción de la ansiedad. De hecho, probablemente, en parte, esta hipótesis sea cierta; sin embargo, en algunas ocasiones está claro que este mecanismo no podría ser suficiente para explicar la disminución del dolor. Pensemos, por ejemplo, en aquellos pacientes que se les ha intervenido quirúrgicamente sin anestesia alguna. En estos casos la explicación de que no sienten dolor, ante estímulos tan dolorosos, simplemente porque se encuentran tranquilos nos parece insuficiente.

5.2. Creencias

Las creencias del paciente parecen ser un factor clave (28). De hecho, las creencias juegan un papel crucial en cualquier tipo de terapia psicológica. Concretamente, las creencias que parecen predecir en mayor medida el resultado de cualquier tratamiento psicológico son dos: a) la autoeficacia: creencia en la capacidad de uno mismo para seguir el tratamiento, en el caso de la hipnosis, la creencia en la propia capacidad de sugestionabilidad; y b) las expectativas de resultados, esto es, la creencia de que la técnica va a resultar eficaz.

Respecto a la autoeficacia, esto es, la creencia en la propia sugestionabilidad, ya hemos descrito en el apartado anterior, que si se empieza la hipnosis con sugerencias muy simples que la mayoría de sujetos son capaces de realizar, la autoeficacia de las personas aumenta y los resultados conseguidos mediante la hipnosis también.

Con referencia a las expectativas de resultados, en muchos casos, el halo que envuelve a la palabra “hipnosis” contribuye a que dichas expectativas sean muy elevadas; esto es, la creencia del paciente en la efectividad de la terapia es muy sólida. Se ha comprobado cómo la misma técnica, cuando es etiquetada bajo el nombre de “hipnosis”, produce unos beneficios mayores que cuando se “vende” bajo otra etiqueta (26,29). Así parece que la palabra “hipnosis” refuerza las expectativas del resultado del tratamiento y ello podría explicar, en parte, los beneficios que se obtienen con esta técnica.

5.3. Redirección de la atención

La mayoría de modelos de procesamiento de la información afirman que las personas procesamos información a dos niveles: el consciente y el inconsciente. Las evidencias empíricas muestran que el nivel consciente dispone de una capacidad limita-

da. Dicho en otras palabras, significaría que no podemos pensar o procesar mucha información al mismo tiempo de forma consciente. Podríamos imaginarnos la consciencia como un canal estrecho en el que "cabe" poca información. La información a la que prestamos atención sería la que procesamos a nivel consciente "dentro de este canal estrecho", mientras el resto de información se procesaría a nivel inconsciente. En estos momentos, si estamos prestando atención a lo que estamos leyendo, el mensaje del artículo ocuparía nuestra consciencia ("nuestro canal estrecho"), mientras el resto de los estímulos (ruidos en la habitación, el contacto de la ropa con nuestra piel, etc.) se procesarían a nivel inconsciente.

Existen algunas hipótesis que encajan perfectamente en esta concepción del procesamiento de la información. Estas hipótesis apuntan que mediante la hipnosis se consigue que los estímulos dolorosos sean procesados a nivel inconsciente, mientras a nivel consciente se procesan las sugerencias. Esto es, cuando mediante la hipnosis se dan sugerencias, por ejemplo, de que el sujeto visualice una escena agradable, dicha escena se procesaría a nivel consciente ocupando la poca capacidad del canal consciente, mientras las señales dolorosas se desplazarían al nivel inconsciente para ser procesadas, por tanto, el sujeto no sería "consciente", valga la redundancia, de que está sintiendo dolor. Podríamos decir que la analgesia hipnótica reduce la percepción explícita del dolor mientras la percepción implícita resta intacta.

Hilgard (30), uno de los teóricos más implicados en la explicación de los mecanismos de la hipnosis, constata en cierta forma la hipótesis anterior ya que señala que la analgesia hipnótica se consigue gracias a una redirección de la atención. Dicho en palabras llanas, parece como si lo que se consiguiera mediante la hipnosis fuera "distracción" al paciente del dolor. Sin embargo, parece que la hipnosis no es una "simple distracción". Algunos estudios apuntan que los potenciales evocados que se registran durante una estimulación dolorosa en sujetos hipnotizados muestran características distintas de los registrados en sujetos en los que se ha promovido la distracción (31).

Como vemos, existen varias hipótesis que intentan explicar la efectividad de la hipnosis, pero nos inclinamos a pensar que probablemente ninguna por sí sola tiene una capacidad explicativa total. Probablemente, como cualquier fenómeno psicológico, los efectos de la hipnosis son multicausados y probablemente necesitamos una hipótesis más ela-

borada que englobe todos los elementos citados dando a cada uno el "peso" correcto para explicar con más precisión el fenómeno de la hipnosis. Incluso es posible que los mecanismos que explican la efectividad de la hipnosis varíen en función de las sugerencias empleadas. Por ejemplo, algunos estudios indican que las sugerencias de analgesia y las imágenes disociativas para reducir el dolor provocan distintos patrones de potenciales evocados (32).

Es necesario que la investigación para descubrir los mecanismos explicativos continúe. Los estudios deben ir dirigidos a comprobar cuáles son los mecanismos psicológicos pero también a descubrir las vías fisiológicas. En la actualidad, son pocos los conocimientos a nivel fisiológico que puedan aportarnos "pistas". Por el momento, los datos parecen apuntar que la acción de la endorfina no puede explicar los efectos de la hipnosis ya que mientras los sujetos están sometidos a una sesión hipnótica no hay aumentos en los niveles de endorfinas (20).

Antes de concluir el punto que estamos tratando, esto es, los mecanismos que explican la efectividad de la hipnosis, nos deberíamos preguntar también qué hipótesis pueden explicar la duración de los efectos. En algunas ocasiones, pacientes que sufren dolor durante muchos meses o incluso años, a través de la aplicación de una sola sesión de hipnosis, eliminan el dolor completamente (33). No todos los mecanismos explicados hasta el momento pueden explicar este fenómeno. El hecho de que los pacientes durante la hipnosis se relajen o redirijan su atención puede explicar la disminución del dolor en ese momento, pero no la prolongación de sus efectos a largo plazo. En cambio, la hipótesis de las creencias sí que podrían explicar en parte este fenómeno. Si las personas creen que la hipnosis funcionará y que obtendrán efectos prolongados es probable que mediante estas creencias se obtenga el efecto.

Joséph Barber (33) intenta explicar la duración de los efectos de la hipnosis en la reducción del dolor esgrimiendo que durante la sesión de hipnosis se dan unas condiciones idóneas para que los sujetos aprendan a alterar sus percepciones y que una vez han aprendido a hacerlo ya pueden mantener el cambio. Barber (33) también hipotetiza que a nivel fisiológico pueden ocurrir cambios durante la sesión de hipnosis que ayuden a desbloquear algunos mecanismos. En muchas ocasiones se comenta que el dolor se aumenta debido a la tensión y ésta a su vez es producida por la ansiedad lo cual da lugar a un círculo vicioso a nivel psicofisiológico. Una sola sesión de hipnosis podría ayudar simplemente a romper este círculo.

6. DISCUSIÓN

En la actualidad, todavía quedan muchísimos interrogantes en torno a la hipnosis para responder. Los más importantes son:

—¿Por qué la hipnosis se muestra tan eficaz en algunas personas y no en otras?

—¿Cómo podemos conseguir aumentar la sugestionabilidad de la totalidad de los individuos?

—¿Qué mecanismos son los responsables de la disminución del dolor a través de la hipnosis?

—¿Qué tipo de sugerencias puede ser más efectivo en la reducción del dolor?

En el presente artículo hemos pretendido arrojar un poco de luz a todas estas cuestiones. La conclusión inmediata que se deriva de nuestro análisis sobre estas cuestiones es que todavía queda un gran camino por recorrer para poder contestarlas con precisión. La investigación sobre estos puntos no ha hecho más que empezar.

A pesar de todas estas cuestiones todavía no resueltas, sí podemos afirmar que la hipnosis es un tratamiento efectivo para la reducción del dolor. Así lo muestran los muchos estudios que comparan un grupo tratado mediante hipnosis con un grupo control. Basándonos en esta evidencia, creemos que las puertas para la incorporación de la hipnosis en el tratamiento del dolor deberían abrirse. La hipnosis debería introducirse en el hospital, tanto en las clínicas del dolor, como en cualquier servicio en el que se llevaran a cabo procedimientos médicos invasivos (endoscopias, punciones, intervenciones quirúrgicas,...). De hecho, la hipnosis podría aplicarse en cualquier área del hospital donde los pacientes sintieran dolor agudo o crónico. En otras palabras, la hipnosis podría ser útil en la gran mayoría de servicios hospitalarios. Igualmente, podría ser de gran utilidad en otros campos no hospitalarios, como por ejemplo en clínicas odontológicas.

Como ya hemos comentado anteriormente, la hipnosis es una técnica que se suele emplear como adjunta a otras técnicas cognitivo-conductuales. Por tanto, cuando hablamos de la necesidad de la introducción de la hipnosis en el ámbito médico, nos estamos refiriendo implícitamente a la introducción también de las técnicas cognitivo-conductuales.

Desgraciadamente, la utilización de la hipnosis en espectáculos la ha desprestigiado y continúa creando una mala imagen de la misma. Los profesionales que trabajamos en este campo deberemos hacer un doble esfuerzo para mostrar la hipnosis como una técnica "seria" avalada por un abundante cuerpo de literatura que muestra su efectividad.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Tomás Blasco su atenta revisión del manuscrito.

CORRESPONDENCIA:

Jenny Moix Queraltó
 Grupo de Investigación en Estrés y Salud
 Área de Psicología Básica
 Facultad de Psicología, Edificio B
 Universidad Autónoma de Barcelona
 08193 Bellaterra. Barcelona
 Tel: 935813176. Fax: 935813329
 e-mail: Jenny.moix@uab.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Jay S, Kirsch I, Barabasz A, et al. Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look to the future. *The International J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 239-59.
2. Peebles-Kleiger, MJ. The use of hypnosis in emergency medicine. *Emerg Med Clin North Amer* 2000; 18: 327-38.
3. Capafons A. Hipnosis. Madrid: Síntesis, 2001.
4. Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 138-53.
5. Montgomery GH, Weltz CR, Seltz M, Bovbjerg DH. Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2002; 50: 17-32.
6. Ashton C, Whitworth GC, Seldomridge JA, et al. Self-hypnosis reduces anxiety following coronary artery bypass surgery. A prospective, randomized trial. *J Cardiovasc Surg* 1997; 38: 69-75.
7. Blankfield RP. Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: a review of the literature. *Am J Clin Hypn* 1991; 33:172-86.
8. Enquist B, Björklund C, Engman M. et al. Preoperative hypnosis reduces postoperative vomiting after surgery of the breasts. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41: 1028-32.
9. Mauer MH, Burnett, KF, Ouellette EA, et al. Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: pain perception, postoperative recovery and therapeutic comfort. *Int J Clin Exp Hypn* 1999; 47: 144-61.
10. Chaves JF. Hypnotic control of clinical pain. En: Spanos NP, Chaves JF (Eds.). *Hypnosis: the cognitive-behavioral perspective*. Buffalo NY: Rometheus, 1989. p. 242-72.
11. Kihlstrom JF. (2001, agosto). Hypnosis and Pain. Acceso [http:// www.institute-shot.com/hypnosis_pain_newlook.htm](http://www.institute-shot.com/hypnosis_pain_newlook.htm).

12. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. *The Lancet* 2000; 355: 1486-90.
13. Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J. Hypnose-dation: a valuable alternative to traditional anaesthetic techniques. *Acta Chir Belg* 1999; 99: 141-6.
14. Weinstein EJ, Au PK. Use of hypnosis before and during angioplasty. *Am J Clin Hypn* 1991; 34: 29-37.
15. Haaneen HCM, Hoenderdos HTW, Van Romunde LKJ, et al. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol* 1991; 18, 72-5.
16. Spinhoven P, Linssen CG. Education and self-hypnosis in the management of low back pain: a component analysis. *Br J Clin Psychol* 1989; 28: 145-53.
17. Basler HD, Jakle C, Kroner-Herwig B. Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomized study in German pain treatment centers. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 113-24.
18. Laborde JM. Cognitive-behavioral techniques in the treatment of chronic low back pain: preliminary results. *J South Orthop Ass* 1998; 7: 81-5.
19. Morley S, Eccleston C, Williams A. Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain* 1999; 80: 1-13.
20. Barber J. Incorporando la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico. En: Barber J, Adrián C (Eds.). *Psychological Approaches to the Management of Pain*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1983.
21. Hart J, Alden PA. Hypnotic techniques in the control of pain. En: Gibson HG (Ed.). *Psychology, Pain and Anaesthesia*. London: Chapman and Hall, 1993.
22. Eimer BN. Clinical applications of hypnosis for brief and efficient pain management psychotherapy. *Am J Clin Hypn* 2000; 43: 17-40.
23. Chaves JF. Recent advances in the application of hypnosis to pain management. *Am J Clin Hypn* 1994; 37: 117-29.
24. Cangas AJ, Pérez M. Transformación de las instrucciones en sugerencias mediante procedimientos operantes. *Psicothema* 1997; 9: 167-74.
25. Gorassini DR, Spanos NP. The Carleton skill training program for modifying hypnotic susceptibility: original version and variations. En: Kirsch I, Capafons A, Cardeña E, Amigo S (Eds.). *Clinical hypnosis and self-regulation: cognitive-behavioral perspectives* (pp. 141-177). Washington, D.C.: American Psychological Association, 1999.
26. Kirsch I. Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: empirically derived techniques. *Am J Clin Hypn* 1994; 37: 95-106.
27. Holroyd J. Hypnosis treatment of clinical pain: understanding why hypnosis is useful. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 1996; XLIV: 33-51.
28. Kirsch I, Silva CE, Comey G, et al. A spectral analysis of cognitive and personality variables in hypnosis: empirical disconfirmation of the two factor model of hypnotic responding. *J Pers Soc Psychol* 1995; 69: 167-75.
29. Kirsch I. Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behav Ther* 1997; 28: 127-40.
30. Kirsch I, Jay S. Dissociation theories of hypnosis. *Psychol Bul* 1998; 123: 100-15.
31. Friederich M, Trippe RH, Oezcan M, et al. Laser-evoked potentials to noxious stimulation during hypnotic analgesia and distraction of attention suggest different brain mechanisms of pain control. *Psychophysiol* 2001; 38: 768-76.
32. De-Pascualis V, Magurano MR, Bellusci A, et al. Somatosensory event-related potential and autonomic activity to varying pain reduction cognitive strategies in hypnosis. *Clin Neurophysiol* 2001; 112: 1475-85.
33. Barber J. The mysterious persistence of hypnotic analgesia. *Int J Clin Exp Hypn* 1998; XLVI: 28-43.