

# La hipnosis en el tratamiento del dolor

## *Hypnosis in the treatment of pain*

**Xavier Pellicer Asensio<sup>1</sup>,**

*Recibido: 02/05/2016*

*Aceptado: 30/05/2016*

### **Resumen**

*La hipnosis es una técnica coadyuvante eficaz en el tratamiento de una amplia variedad de problemas psicológicos y físicos. En este artículo se presenta una breve revisión sobre su eficacia en el tratamiento del dolor agudo y crónico. En el dolor crónico el mayor beneficio se obtendría en aquellos casos de dolor neuropático o vascular, no disponiéndose de suficiente evidencia en el dolor musculoesquelético.*

**Palabras clave:** hipnosis, dolor, analgesia

### **Summary**

*Hypnosis is an effective adjuvant technique treating a wide range of psychological and physical problems.*

*This article presents a brief review of its efficacy in the treatment of acute and chronic pain. In chronic pain the largest benefit would be obtained in cases of neuropathic or vascular pain, not disposing of sufficient evidence for musculoskeletal pain.*

key words: Hypnosis, pain, analgesia

---

<sup>1</sup>PhD. Especialista en Psicología Clínica. Centro Médico Teknon. Barcelona.

Correspondencia: Dr. Xavier Pellicer. Centro Médico Teknon. Calle Marquesa de Vilallonga, 12. Despacho 56. 08017 Barcelona. Email: pellicer@copc.es. Tf. 93 290 64 56

A lo largo de la historia, distintas culturas antiguas, como la egipcia, china, hindú, persa, griega o romana describieron estados parecidos a la hipnosis en referencia a procedimientos o rituales curativos. No obstante no es hasta el siglo XVIII cuando se sitúa el inicio de la hipnosis moderna y su uso clínico con la figura del médico vienés Franz Anton Mesmer (Gravitz, 1991).

Tal vez una de las mejores definiciones de hipnosis, y que genera más consenso, sea la propuesta por Kihlstrom (Kihlstrom, 1985): interacción social en la que una persona, denominada el sujeto, responde a sugerencias proporcionadas por otra persona, denominada el hipnotizador, para generar experiencias que suponen alteraciones en la percepción, la memoria y la acción voluntaria.

La hipnosis incorpora distintos componentes como son la relajación, la atención focalizada, la imaginación/visualización, el procesamiento interpersonal y la sugestión. Existen divergencias entre los expertos acerca de cuáles de estos elementos representan el componente nuclear de la hipnosis, provocando este hecho que en ocasiones sea difícil establecer si un determinado tratamiento debería o no ser clasificado como hipnosis (Patterson & Jensen, 2014).

Según la evidencia empírica disponible en la actualidad, la hipnosis empleada como técnica coadyuvante incrementa la eficacia y/o eficiencia del tratamiento en una amplia variedad de problemas psicológicos y físicos: dolor agudo y crónico, ansiedad, depresión, obesidad, tabaquismo, trauma, trastornos psicósomáticos, trastornos gastrointestinales, diabetes, preparación a la cirugía, oncología, obstetricia, trastornos dermatológicos, asma, inmunología, hipertensión, otorrinolaringología, odontología, o pediatría; (para revisiones, véase: Flammer & Bongartz, 2003; Hammond, 1994; Mendoza & Capafons, 2009; Montgomery, Schnur, & Kravits, 2013; Montgomery, Sapirstein, & Kirsch, 1995; Pellicer, 1994; Stoelb, Molton, Jensen, & Patterson, 2009). Sin embargo, muchos profesionales psicólogos o médicos se muestran reacios a utilizarla debido a sus creencias erróneas que les llevan a temerla y a no usarla en la práctica (Mendoza, Capafons, Espejo, & Montalvo, 2009).

Entre las numerosas aplicaciones de la hipno-

sis a lo largo de los siglos, ha destacado su empleo como técnica de analgesia o de anestesia quirúrgica. Aunque existen informes anteriores sin contrastar, el primer caso documentado se produjo en París el 12 de Abril de 1829 cuando Jules Cloquet llevó a cabo una mastectomía. En Estados Unidos se empezó a utilizar en 1836 en un caso de cirugía dental en Boston. Dos años después la hipnoanestesia empezó a emplearse en Inglaterra (Gravitz, 1988). En España podríamos mencionar a título de ejemplo la incursión que Ramón y Cajal realizó en el ámbito de la hipnosis (Montiel & González de Pablo, 2003), publicando durante su época barcelonesa su trabajo más conocido en dicho campo, titulado "Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica" (Ramón y Cajal, 1889).

Existen múltiples estudios que muestran la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de diversos tipos de dolor (Stoelb et al., 2009): fibromialgia (Bernardy, Füber, Klose, & Häuser, 2011), (Castel, Cascón, Padrol, Sala, & Rull, 2012), esclerosis múltiple (M. P. Jensen, Barber, Romano, Molton, et al., 2009), lesión medular (Jensen, Barber, Romano, Hanley, et al., 2009), cáncer (Montgomery, Schnur, & Kravits, 2013), colon irritable (Roberts, Wilson, Singh, Roalfe & Greenfield, 2006) o cefaleas (Hammond, 2007).

En líneas generales, los estudios concluyen que: 1) la hipnosis produce una reducción del dolor y de variables relacionadas con éste en una amplia variedad de patologías que cursan con dolor crónico, incluyendo su intensidad, duración, frecuencia y el empleo de medicación analgésica cuando se la compara con atención estándar (por ejemplo, no tratamiento), o tratamientos que no tienen características hipnóticas (por ejemplo, terapia de apoyo); y 2) la hipnosis tiene una eficacia similar a la de otros tratamientos que tienen características hipnóticas, como la relajación muscular progresiva, el biofeedback y el entrenamiento autógeno (Dillworth & Jensen, 2010).

En el dolor agudo –intenso y de corta duración– una de las aplicaciones más útiles de la hipnosis es el tratamiento del dolor junto con la ansiedad que le acompaña. El entorno hospitalario suele ser percibido como una amenaza por parte de los pacientes pudiendo así incrementar su dolor

y su ansiedad. El tipo de dolor agudo más común para el que se suele emplear la hipnosis es el relacionado con los procedimientos médicos, como es el caso de la cirugía, odontología, cura de heridas, procedimientos invasivos y el parto (Patterson, 2010). El dolor es a menudo apropiado para el empleo de la hipnosis porque tales intervenciones médicas frecuentemente se llevan a cabo de forma programada, hecho que permite que clínico y paciente puedan disponer de tiempo para prepararse con hipnosis de antemano.

A diferencia del dolor agudo, donde las sugerencias a menudo van encaminadas a reducir el dolor e incrementar el confort, en los casos de dolor crónico las sugerencias se tienen que orientar también hacia los numerosos problemas acompañantes como pueden ser un bajo nivel de actividad, dificultades de sueño, pensamiento catastrofista, o el hecho de disponer de escasas estrategias de afrontamiento (Barber, 1996).

En los últimos años se han registrado avances en los estudios de neuroimagen que han estudiado las funciones cerebrales asociadas con la hipnotizabilidad, la hipnosis y la analgesia hipnótica (Hoeft et al., 2012; Oakley & Halligan, 2010). Las principales técnicas empleadas para estudiar los efectos neurofisiológicos de la hipnosis comprenden la tomografía por emisión de positrones (PET; actividad metabólica cortical), la resonancia magnética funcional (RMF; cambios en el flujo sanguíneo en el cerebro y la médula espinal) y electroencefalografía (EEG; actividad eléctrica cortical).

Las áreas corticales que más frecuentemente se activan durante el dolor son el tálamo, el córtex cingulado anterior (CCA), el córtex insular, el córtex sensorial primario y secundario y el córtex prefrontal (Apkarian, Hashmi, & Baliki, 2011). Todas estas áreas implicadas en el procesamiento del dolor han mostrado que responden a la hipnosis (Dillworth, Mendoza, & Jensen, 2012; Patterson & Jensen, 2014). Además, se ha mostrado que la hipnosis también influye en el procesamiento de la estimulación aversiva a nivel de la médula espinal (Jensen, 2008).

Los distintos estudios de eficacia clínica en dolor agudo y crónico así como los estudios neurofisiológicos en el laboratorio han demostrado que la hipnosis tiene una efectividad superior a

los tratamientos placebo y que tiene efectos cuantificables en la actividad de aquellas áreas cerebrales implicadas en el procesamiento del dolor (Jensen, 2008; Stoelb et al., 2009).

Asimismo, los ensayos clínicos llevados a cabo en los últimos años han ofrecido hallazgos importantes para el empleo de la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico.

De los estudios llevados a cabo para tratar de comprender las bases neurofisiológicas de la hipnosis y de la analgesia hipnótica se puede extraer una conclusión clara: la “analgesia hipnótica” no es un simple tratamiento que afecta al dolor a través de un único mecanismo fisiológico subyacente. En realidad, sugerencias hipnóticas diferentes parecen influir sobre la experiencia de dolor a través de sus efectos en diferentes puntos y procesos neurofisiológicos. Esta observación plantearía la fascinante posibilidad de que la eficacia de las intervenciones de analgesia hipnótica pudiera optimizarse incluyendo sugerencias dirigidas a múltiples procesos y áreas neurofisiológicas subyacentes; y no solo, por ejemplo, dirigidas a aquellas áreas relacionadas con el ámbito sensorial (córtex somatosensorial) o afectivo (córtex cingulado anterior) (Jensen, 2008).

De los distintos ensayos clínicos efectuados en las últimas dos décadas sobre analgesia hipnótica podemos extraer dos conclusiones generales de una especial relevancia tanto a nivel clínico como teórico (Jensen & Patterson, 2014).

1) Existe un alto grado de variabilidad en la respuesta a la analgesia hipnótica. La hipnotizabilidad de un sujeto (tendencia a responder positivamente a distintos tipos de sugerencias después de una inducción hipnótica) sería un buen predictor de respuesta a la analgesia hipnótica en un contexto de laboratorio, habiéndose registrado una correlación de  $r=0,50$  entre esta variable y la capacidad de un individuo para reducir por medio de la hipnosis el dolor experimental (Hilgard & Hilgard, 1975). Sin embargo, no sería así en los casos de dolor crónico en un entorno clínico. En este ámbito, distintos estudios muestran que la hipnotizabilidad presenta una asociación débil y poco consistente con la analgesia hipnótica (Patterson & Jensen, 2003).

2) Los beneficios del tratamiento con hipnosis van más allá del mero alivio del dolor. Se consideraría que el tratamiento con hipnosis tiene dos efectos potenciales en el dolor crónico. Por una parte, el tratamiento puede proporcionar reducciones sustanciales en la intensidad promedio del dolor que puede llegar a mantenerse hasta los 12 meses de seguimiento en algunos pacientes. Pero por otra parte, para un número significativo de pacientes, la hipnosis les supone el aprendizaje de habilidades de autocontrol que pueden continuar empleando regularmente y que les puede proporcionar un alivio temporal del dolor (Patterson & Jensen, 2014). Así por ejemplo, en un estudio (Jensen et al., 2006) se preguntó a los pacientes que describieran los efectos positivos y negativos de la hipnosis. De una lista de 40 efectos observados, sólo tres eran negativos. Además, se observó que sólo el 23 % de las descripciones positivas de la hipnosis se relacionaban con el dolor. Entre los efectos beneficiosos del tratamiento no relacionados con el dolor se mencionaron el afecto positivo, la sensación de relajación y una mayor energía percibida.

En esencia, el tratamiento con hipnosis consiste en una "inducción" (generalmente una invitación a concentrar la atención en uno mismo), seguida de sugerencias (usualmente destinadas a producir cambios en la experiencia del paciente) (Dillworth & Jensen, 2010).

Un esquema básico de protocolo de intervención a emplear en pacientes con dolor, basado en la experiencia del autor, se podría estructurar en los siguientes pasos:

1. Psicoeducación, cuyo objeto principal será explicar al paciente el concepto de hipnosis y corregir las creencias erróneas que tenga al respecto. Asimismo, puede ser conveniente ofrecer una breve explicación sobre los mecanismos afectivos, cognitivos y conductuales del dolor, que habrán sido evaluados previamente. La finalidad de este componente psicoeducativo será eliminar temores acerca de la hipnosis y, en consecuencia, las resistencias que éstos puedan generar; por otra parte, se pretende promover expectativas positivas hacia el tratamiento.
2. Evaluación de la sugestionabilidad hipnótica

o hipnotizabilidad, ya sea mediante escalas estandarizadas al uso, por ejemplo las de Stanford (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959), Harvard (Shor & Orne, 1962) o la Escala de Sugestionabilidad de Barber (Barber & Calverley, 1963) o pruebas clínicas, basadas en la realización de distintos ejercicios de sugestionabilidad hipnótica. Si bien hay estudios que muestran solo una leve correlación entre hipnotizabilidad y analgesia hipnótica (Jensen, Barber, Romano, Hanley, et al., 2009), consideramos que el empleo de estas escalas, ya sea en su formato estandarizado o como meras pruebas clínicas realizando ejercicios de sugestión, puede ser un medio eficaz para que el paciente empiece a familiarizarse con la experiencia hipnótica facilitándole la superación de temores y resistencias hacia la técnica e incrementando el sentimiento de autoeficacia.

3. Inducción hipnótica. En este punto se tratará de llevar a cabo un ritual o procedimiento de inducción del estado hipnótico empleando alguna de las muchas técnicas existentes.

4. Aplicación del protocolo de tratamiento. Administración de distintos tipos de sugerencias encaminadas a modificar la percepción del dolor. Éstas variarán en función principalmente de las características del paciente y del dolor que presenta. Las sugerencias pueden incluir, entre otras: a) cambiar las sensaciones de dolor por otras sensaciones distintas; b) reducción del dolor; c) aumentar la sensación de bienestar; d) dirigir el foco de atención a un tema alejado del dolor; e) ignorar el dolor. (Dillworth & Jensen, 2010).

Además, suelen emplearse otros tipos de sugerencias que tienen por objeto no sólo a la reducción del dolor sino también el tratamiento de otros problemas derivados de éste (insomnio, fatiga, afecto negativo, etc.) (Stoelb et al., 2009). Asimismo, se administrarán sugerencias posthipnóticas a fin de que los beneficios terapéuticos obtenidos (reducción del dolor, relajación/alivio de la ansiedad, energía, etc.) puedan ser percibidos también en las horas o días posteriores a la intervención con hipnosis.

5. Finalización de la sesión de hipnosis. Consiste en la administración de sugerencias

para finalizar el proceso hipnótico y dar por acabada la sesión.

Es habitual iniciar desde las primeras sesiones un entrenamiento en autohipnosis, a fin de que el paciente aprenda a aplicar las técnicas de analgesia hipnótica en ejercicios efectuados diariamente. El entrenamiento en autohipnosis en pacientes con dolor crónico parece que tendría dos efectos: 1) una reducción a corto plazo del dolor que se produce durante la sesión de tratamiento o durante la práctica realizada en casa (en alrededor del 70 % de personas con dolor crónico); y 2) una reducción a largo plazo en el dolor basal diario (en un 20-30 % de los pacientes) (Jensen et al., 2005).

Además del empleo de sugerencias para el control del dolor y de sugerencias post-hipnóticas (cuya finalidad es que el paciente experimente los beneficios de la hipnosis en las horas o días posteriores a la sesión de hipnosis) es posible que existan otros factores relativos al procedimiento empleado como, por ejemplo, el uso de grabaciones de audio, la cantidad de sesiones efectuadas, o el tipo de inducción que podrían influir también en el resultado de la intervención. En la actualidad, se desconocen todavía cuáles son los componentes específicos necesarios en los tratamientos hipnóticos que tienen efecto en las variables relacionadas con el dolor (Dillworth & Jensen, 2010).

Con el fin de unificar y objetivar criterios de investigación en el ámbito de la analgesia hipnótica, Jensen y Patterson (Jensen & Patterson, 2005) proponen lo que podrían considerarse los componentes básicos de un tratamiento de hipnosis que incluiría: a) una inducción estandarizada, b) sugerencias relacionadas con el dolor, c) una duración mínima de 20 minutos, d) 4 o más sesiones de tratamiento de hipnosis (siendo 3 de ellas, como máximo, de "hipnosis breve"), y e) recomendaciones para la práctica en casa con o sin grabación de audio.

En conclusión, los datos disponibles en la actualidad muestran que la hipnosis es un tratamiento adecuado tanto para el dolor crónico como agudo. Cabe señalar que el mayor efecto se obtendría en aquellos casos de dolor neuropático o vascular, no disponiéndose de la suficiente evidencia en los dolores musculoesqueléticos (ej., dolor lumbar) (Stoelb et al., 2009).

## BIBLIOGRAFÍA

- Apkarian, A., Hashmi, J., & Baliki, M.** (2011). Pain and the brain: Specificity and plasticity of the brain in clinical chronic pain. *Pain*, 152 (Suppl 3), 49–64.
- Barber, J.** (1996). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. A clinical guide.* New York: W.W.Norton Company.
- Barber, T., & Calverley, D.** (1963). "Hypnotic-like" suggestibility in children and adults. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(6), 589–597.
- Bernardy, K., Füber, N., Klose, P., & Häuser, W.** (2011). Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome—a systematic review and meta-analysis of controlled trials. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 133. <http://doi.org/10.1186/1471-2474-12-133>
- Castel, A., Cascón, R., Padrol, A., Sala, J., & Rull, M.** (2012). Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: Long-Term outcome. *Journal of Pain*, 13(3), 255–265. <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2011.11.005>
- Dillworth, T., & Jensen, M.** (2010). The role of suggestions in hypnosis for chronic pain: a review of the literature. *Open Pain Journal*, 3(1), 39–51.
- Dillworth, T., Mendoza, M. E., & Jensen, M. P.** (2012). Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *Translational Behavioral Medicine*, 2(1), 65–72. <http://doi.org/10.1007/s13142-011-0084-5>
- Flammer, E., & Bongartz, W.** (2003). On the efficacy of hypnosis. A meta-analytic study. *Contemporary Hypnosis*, 20, 179–197.
- Gravitz, M.** (1988). Early uses of hypnosis as surgical anesthesia. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30(3), 201–208.
- Gravitz, M.** (1991). Early theories of hypnosis: A clinical perspective. In S. Lynn & J. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives.* (pp. 19–42). New York: Guilford Press.
- Hammond, D.** (1994). *Medical and psychological hypnosis: how it benefits patients.* American Society of Clinical Hypnosis.
- Hammond, D.** (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with migraine and headache. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207–219.
- Hilgard, E., & Hilgard, J.** (1975). *Hypnosis*

- in the relief of pain. Los Altos, CA: W, Kaufman.
- Hoedt, F., Gabrieli, J., Whitfield-Gabrieli, S., Haas, B., Bammer, R., Menon, V., & Spiegel, D.** (2012). Functional brain basis of hypnotizability. *Archives of General Psychiatry*, 69(10), 1064–1072.
- Jensen, M.** (2008). *The Neurophysiology of Pain Perception and Hypnotic Analgesia : Implications for Clinical Practice* Mark P . Jensen University of Washington. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 51:2, Octo(October), 123–148.
- Jensen, M., Hanley, M., Engel, J., Romano, J., Barber, J., Cardenas, D., & Al., E.** (2005). Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: a case series. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.*, 53, 198–228.
- Jensen, M., McArthur, K., Barber, J., Hanley, M., Engel, J., Romano, J., & Patterson, D.** (2006). Satisfaction with, and the beneficial side effects of hypnotic analgesia. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.*, 54, 432–447.
- Jensen, M. P., Barber, J., Romano, J. M., Hanley, M. A., Raichle, K. A., Molton, I. R., Patterson, D. R.** (2009). Effects of self-hypnosis training and EMG biofeedback relaxation training on chronic pain in persons with spinal-cord injury. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(3), 239–68.
- Jensen, M. P., Barber, J., Romano, J. M., Molton, I. R., Raichle, K. A., Osborne, T. L., Patterson, D. R.** (2009). A comparison of self-hypnosis versus progressive muscle relaxation in patients with multiple sclerosis and chronic pain. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(2), 198–221.
- Jensen, M., & Patterson, D.** (2005). Control conditions in hypnotic-analgesia clinical trials: challenges and recommendations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis.*, 53(2), 170–197.
- Kihlstrom, J.** (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385–418.
- Mendoza, E., Capafons, A., Espejo, B., & Montalvo, D.** (2009). Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. *Psicothema*, 21(3), 465–470.
- Mendoza, M., & Capafons, A.** (2009). *Efficacy of Clinical Hypnosis: a Summary of Its Empirical Evidence.* *Papeles Del Psicólogo*, 30(2), 98–116.
- Montgomery, G. H., Schnur, J. B., & Kravits, K.** (2013). Hypnosis for cancer care: over 200 years young. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(1), 31–44.
- Montgomery, G., Sapirstein, G., & Kirsch, I.** (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting And Clinical Psychology.*, 63, 214–220.
- Montiel, L., & González de Pablo, A.** (2003). *En ningún lugar en parte alguna. Estudios sobre la historia del magnetismo animal y del hipnotismo.* Madrid: Frenia.
- Oakley, D., & Halligan, P.** (2010). *Psycho/physiological foundations of hypnosis and suggestion.* In Lynn, SJ; Kirsch, I. editors: *Handbook of Clinical Hypnosis.* 2nd ed. Washington DC: American Psychological Association. (pp. 79–117).
- Patterson, D.** (2010). *Clinical Hypnosis for Pain Control.* Washington DC: American Psychological Association.
- Patterson, D., & Jensen, M.** (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129, 465–521.
- Patterson, D., & Jensen, M.** (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *American Psychologist*, 69(2), 167–177.
- Pellicer, X.** (1994). Aplicaciones de la hipnosis en oncología. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicopatología*, 15(7), 51–59.
- Ramón y Cajal, S.** (1889). Dolores de parto considerablemente atenuados por la sugestión hipnótica. *Gaceta Médica Catalana*, 12(292), 485–486.
- Roberts, L., Wilson, S., Singh, S., Roalfe, A., & Greenfield, S.** (2006). Gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome: piloting a primary care-based randomised controlled trial. *British Journal of Clinical Practice*, 56(523), 115–121.
- Shor, R., & Orne, E.** (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A.* Palo Alto. California: Consulting Psychologists Press.
- Stoelb, B., Molton, I., Jensen, M., & Patterson, D.** (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature. *Contemporary Hypnosis*, 26(1), 24–39.
- Weitzenhoffer, A., & Hilgard, E.** (1959). *Stanford hypnotic susceptibility scale, forms A and B.* Palo Alto. California: Consulting Psychologists Press.