



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

HIPNOSIS COMO HERRAMIENTA PARA
EL ALIVIO Y CONTROL DEL DOLOR,
UNA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

ERASMO RUANO SANCHEZ

DIRECTOR DE TESINA

MTRO. ALEJANDRO BALDERAS GONZÁLEZ

SINODALES

ASESOR: LIC. FELIX RAMOS SALAMANCA

TUTOR: LIC. LEONEL ROMERO URIBE

DRA. MARIA ENRIQUETA FIGUEROA RUBIO

MTRA. GLORIA MARINA MORENO BAENA

CDMX, 2021





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A mis padres por motivarme y presionarme para buscar terminar mi carrera, dejando de lado la pereza y la desidia para poder finalmente ejercer. A mi maestro y director de tesina por su gran apoyo, amistad y paciencia. Y a mis hermanos y amigos por su insistencia para esforzarme a alcanzar esta meta.

Este trabajo fue realizado pensando en todos ustedes, gracias.

Índice

Resumen	5
Objetivos	6
Generales.....	6
Específicos	6
Justificación.....	7
Introducción.....	8
1. DOLOR.....	9
1.1 Definición	9
1.2 Tipos de dolor.....	10
1.2.1 Según López (1996)	10
1.2.2 Según Puebla (2005).....	12
1.3 Taxonomía del dolor.....	14
1.4 Evaluación del dolor	15
1.5 Tratamientos para alivio y control del dolor.....	19
1.5.1 Farmacológicos.....	19
1.5.2 No farmacológicos	24
2. HIPNOSIS.....	40
2.1 Definición.....	40
2.2 Antecedentes históricos	41
2.2.1 La hipnosis en la antigüedad	41
2.2.2 Hipnosis en la Edad Media	41
2.2.3 Hipnosis en el renacimiento.....	42
2.2.4 Mesmer y la era mesmerista.....	42
2.2.5 James Bride y la teoría de la sugestionabilidad.....	45
2.2.6 Charcot y el resurgir de la Hipnosis	46
2.2.7 La hipnosis de la Escuela de Nancy.....	47
2.2.8 Influencia del Psicoanálisis en la Hipnosis	48
2.2.9 Émile Coué y la autosugestión	50
2.2.10 La hipnosis en el siglo XX.....	51
2.2.11 La hipnosis en Latinoamérica	56
2.2.12 La hipnosis en México	56

2.2.13 La hipnosis en el siglo XXI.....	57
2.3 Tipos de hipnosis.....	58
2.3.1 Hipnosis clásica o tradicional	58
2.3.2 Hipnosis cognitiva-conductual	59
2.3.3 Hipnosis ericksoniana (Bernal, 2015)	59
2.3.4 Autohipnosis	61
2.3.5 Programación neurolingüística	62
2.4 Aplicaciones y contraindicaciones.....	62
2.5 Mitos y errores sobre la hipnosis (Guzmán, 2017)	64
2.6 Inducción hipnótica, trance y sugestión	65
2.6.1 Inducción hipnótica	65
2.6.2 Trance	68
2.6.3 Sugestión.....	69
3. Uso de la hipnosis para control del dolor.....	71
3.1 Analgesia hipnótica	71
3.1.1 Analgesia y anestesia, relación y diferencias	71
3.1.2 Definición de analgesia hipnótica.....	72
3.1.3 Factores implicados	73
3.2 Criterios del uso de la hipnosis para controlar el dolor.....	74
3.3 Hipnosis y terapia cognitivo-conductual para el control del dolor	76
3.4 Eficacia del uso de hipnosis para alivio y control del dolor	77
3.4.1 Hipnosis como herramienta científica	77
3.4.2 Revisión literaria del uso de hipnosis para alivio y control del dolor	78
4. Discusión	86
5. Conclusiones.....	87
6. Referencias.....	89

Resumen

El presente trabajo es una revisión bibliográfica acerca del tema del uso de la hipnosis (un tema considerado aún con falta de mayor investigación por muchos profesionales de la salud) como un método o herramienta para aliviar y controlar el dolor (en términos generales), partiendo de una revisión de diferentes fuentes, entre ellas portales de internet especializados en el tema, tesis, libros, y en especial artículos de bases de datos como sciencedirect, redalyc, researchgate, scopus, scielo y proquest, con el objetivo de revisar, valga la redundancia, qué papel ha jugado la hipnosis como tratamiento o método para el control y alivio del dolor.

Primeramente, se define el concepto de dolor, tipos de dolor, clasificación, evaluación, tratamientos tradicionales y alternativos para su control y alivio; en segundo lugar, se define el concepto de hipnosis, su historia, tipos de hipnosis, mitos y errores sobre ella, aplicaciones y contraindicaciones. En tercer lugar se habla, en base a la literatura revisada, cómo es usada la hipnosis como herramienta para el alivio y control del dolor, tomando en cuenta la diferencia de su uso como método analgésico y anestésico, qué factores están implicados en su uso, criterios, su vinculación, o mejor dicho, su participación complementaria con la terapia cognitivo conductual para éste tipo de tratamientos, su eficacia, y finalmente una revisión bibliográfica de aquellos estudios que documentaron resultados del uso de la hipnosis para el control de distintos tipos de dolor, ya sea en base a estudios de caso, estudios clínicos, e investigaciones empíricas.

Posteriormente se procede a concluir, en base a la información obtenida, acerca de si la hipnosis es una herramienta válida para tratar este problema tan complejo y tan común como es el dolor, ya sea como un tratamiento individual o complementario de otros tratamientos.

Para finalizar se discute si aún falta realizar más investigación acerca de este tema para considerar si la hipnosis puede ser incluida o considerada como un posible tratamiento para controlar y aliviar el dolor en sus diferentes formas, en especial investigaciones con muestras más generalizadas, estandarizadas y que se apoyen en datos estadísticos replicables y con menor margen de error.

Objetivos

Generales

Hacer una revisión bibliográfica acerca del uso de la hipnosis como un tratamiento, método o herramienta para controlar y aliviar el dolor a nivel general, y en base a la información obtenida, concluir si la hipnosis cumple con los criterios para ser usada como un tratamiento para controlar y aliviar los distintos tipos de dolor junto con una propuesta a considerar para estudios futuros sobre el tema.

Específicos

- Hacer una revisión bibliográfica específica acerca del concepto de dolor para entender el concepto, tipos de dolor, clasificación, evaluación, tratamientos tradicionales y alternativos para su control y alivio.
- Hacer una revisión bibliográfica específica acerca del concepto de hipnosis para entender el concepto, su historia, tipos de hipnosis, mitos y errores sobre ella, aplicaciones y contraindicaciones.
- Hacer una revisión bibliográfica sobre cómo es usada la hipnosis como herramienta para el alivio y control del dolor, tomando en cuenta la diferencia de su uso como método analgésico y anestésico, qué factores están implicados en su uso, criterios, su vinculación, o mejor dicho, su participación complementaria con la terapia cognitivo conductual para éste tipo de tratamientos, su eficacia, y finalmente una revisión bibliográfica de aquellos estudios que documentaron resultados del uso de la hipnosis para el control de distintos tipos de dolor, ya sea en base a estudios de caso, estudios clínicos, e investigaciones empíricas.
- En base a la información obtenida, y a modo de conclusión, analizar si la hipnosis puede servir como tratamiento ya sea individual o como complemento para controlar y aliviar el dolor a nivel general
- Discutir y proponer, en base a toda la información analizada, si aún falta realizar más investigación acerca de este tema, en especial investigación con datos que se puedan generalizar en poblaciones grandes, y con resultados que se puedan corroborar numéricamente.

Justificación

A pesar de que existen múltiples tratamientos hoy en día que son usados en el tratamiento del dolor (ya sea agudo, crónico, etc.), existen casos en los que las personas no encuentran los resultados esperados, ya sea porque estos tratamientos generan un alivio del dolor de manera temporal (es aliviado por determinado tiempo y regresa posteriormente), o pudieran generar algún tipo de adicción (en el caso de uso de fármacos, ya sea esteroideos, opioides, etc.), lo que motiva al paciente a buscar otras opciones.

En el presente trabajo, se sugiere el uso de la hipnosis, una herramienta usada como apoyo en el área psicoterapéutica para tratar distintos tipos de problemas emocionales, favoreciendo la participación activa del paciente; y el área médica igualmente como apoyo para el tratamiento de distintos tipos de enfermedades, en especial en aquellas que son del tipo crónico y generan malestar constante y duradero, como el cáncer; para aliviar y controlar distintos tipos de dolor, ya sea originado por enfermedades orgánicas o problemas emocionales, y que pueden ser de distinta duración, debido a los problemas anteriormente presentados en los tratamientos convencionales más usados actualmente para combatir éste problema, y también porque es importante el grado de percepción del paciente hacia el dolor. Tomando este último punto como referencia principal, es por lo que se considera que la hipnosis podría tener resultados favorables como tratamiento.

Entendiendo que la hipnosis aun es un tema que requiere mayor investigación, se decide hacer una revisión exhaustiva para justificar su uso en distintos campos clínicos, y comprobar su eficacia, para poder concluir si es una alternativa o no para el tratamiento del dolor, o si pudiera funcionar siempre y cuando sea usada como complemento de los tratamientos convencionales.

Introducción

El dolor es un problema que aqueja a todos los sectores de la sociedad. Sin importar edad, raza, sexo, condición económica, etc., todos sufrimos de un tipo de dolor y de una cierta intensidad de dolor. Puede llegar a ser algo que no notemos, o puede ser tan intenso que impide que realicemos nuestras actividades diarias. El dolor puede ser tan aquejante, que muchos profesionales no lo consideran un síntoma, sino una enfermedad, no obstante, el dolor es una sensación subjetiva, es decir cada quien siente la intensidad de su propio dolor.

A pesar de existir muchos tipos de tratamientos para combatir el dolor de todo tipo, y que son de uso muy común, es interesante pensar que dicho problema puede abordarse desde un punto de vista que normalmente no es considerado por muchos profesionales de la salud, ya que se sigue prestando al desacredito, quizá porque falta abundar aún más en el tema. Hablamos, en este caso, de la hipnosis, tema que aborda el problema del dolor como un constructo mental que puede ser reemplazado por otro tipo de asociaciones mentales o pensamientos, dándole un enfoque diferente y que busca alejarlo del sufrimiento, ya que para la mayoría de personas, el dolor es sufrimiento.

Bajo esa idea, en el presente trabajo se pretende abordar más detalladamente esta relación de la hipnosis con un problema tan complicado y grande como es el dolor, haciendo una revisión bibliográfica extensa para conocer más a fondo cada uno de los temas, para posteriormente hablar de la hipnosis como un posible tratamiento o no, del dolor; tomando en cuenta su enfoque, criterios, ventajas e inconvenientes, además de aquellos estudios que buscaron esta relación, ya sea positiva o negativa.

Hay que tomar en cuenta que, aunque el estudio de la hipnosis como un método para aliviar y controlar el dolor no es un tema nuevo, sino que arrastra años de investigación, éste sigue prestándose al desacredito, por lo que es importante seguir realizando más estudios acerca del tema, para seguir enriqueciéndolo y que no se preste sólo a la especulación y a la opinión personal.

1. DOLOR

1.1 Definición

La definición del término “dolor” es difícil y su terminología acaba siendo confusa, debido a que cada persona interpreta su significado a partir de su propia experiencia, además de presentar múltiples causas, diversas características psicopatológicas y anatómicas, y variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales (Dagnino, 1994).

La definición más ampliamente aceptada del término “dolor”, es sin duda, la dada por la International Association for the Study of Pain (IASD) (s/a), la cual, aunque se considera correcta y apropiada, contempla únicamente sus aspectos sintomatológicos: El dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”. Una modificación más completa de dicha definición sería la siguiente: El dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma” (Ibarra, 2006).

En ésta última definición destaca la participación de los factores psíquicos como elementos importantes dentro del entendimiento del dolor, los cuales, dependiendo del tipo o grado de dolor, además del afrontamiento del mismo (ya sea positivo o negativo), pueden ser dichos factores psíquicos o psicológicos causantes de una enfermedad por sí sola. De esta forma podríamos considerar al dolor como un síntoma por sí mismo, y una vez que éste afecta psicológicamente a la persona, es cuando se le puede considerar una enfermedad.

En las siguientes definiciones, podemos notar, de igual manera, la importancia de los factores psicológicos dentro del concepto del dolor: Melzack (1986) nos comenta que el dolor es “una experiencia personal, subjetiva y compleja que está influenciada por el aprendizaje cultural, la atención y el significado que se da a la situación. Por su parte, Morris, Perdue, Puntillo & White (2001), refieren al dolor

como “una experiencia subjetiva que varía de una persona a otra y tiene diferentes dimensiones: sensorial, emocional, cognitiva, psicológica y de comportamiento o conductual. En esta última definición, se le da una evidente relevancia al aspecto psicológico como elemento fundamental para entender a más profundidad la definición del dolor como un problema tanto físico, como psicológico, que conjuntamente, lo formarían como una enfermedad y no sólo como un síntoma.

1.2 Tipos de dolor

1.2.1 Según López (1996)

López (1996), clasifica los tipos de dolor de la siguiente forma:

1.2.1.1 Dolor agudo

Es una señal de alarma del organismo cuando es agredido, la cual se vuelve inútil y destructiva para el mismo cuando el daño no es aliviado. Este tipo de dolor no guarda ninguna relación con la lesión o daño que lo provoca, pero alerta al individuo cuando su nivel de tolerancia a dicho dolor es alcanzado, lo cual incita a solicitar ayuda médica (orientación médica o terapéutica) para su alivio. Produce una serie de efectos indeseables como consecuencia del estímulo doloroso a distintos niveles del sistema nervioso central (SNC). Es de corta duración, localizable en un punto específico del cuerpo, acompañado de ansiedad y de signos físicos autonómicos (taquicardia, hipertensión, náuseas, vómito, palidez, sudoración, etc.). Puede ser superficial (piel y mucosas), profundo (músculo, huesos, articulaciones, ligamentos), y visceral (órganos y tejidos). Según su etiología, el dolor agudo puede ser: médico, quirúrgico o postraumático y obstétrico.

1.2.1.2 Dolor Crónico

- **Benigno:** Es aquel que perdura mucho más tiempo del tiempo de curación previsto, sin haber sido resuelto con los tratamientos efectuados a pesar de tener la expectativa de que esto ocurriera. Igualmente se define como el tipo de dolor que prevalece durante más de 3 a 6 meses aun cuando se realizaron los tratamientos adecuados para su curación. Se utiliza el término “benigno” para describir este tipo de dolor crónico cuando éste no está relacionado con

cáncer o SIDA. No responde al tratamiento de una causa específica y no hay signos de actividad del sistema nervioso autonómico. Es asociado con cambios de personalidad y depresión (tristeza, pérdida de peso, insomnio, desesperanza), convirtiéndose el dolor no sólo en un síntoma (como en el caso del dolor agudo), sino en una enfermedad.

- **Maligno:** Este tipo de dolor es encontrado normalmente en pacientes con cáncer (sin embargo, en el paciente oncológico se pueden presentar todos los dolores posibles), el cual constituye una verdadera urgencia y debe ser atendido de manera inmediata. Puede ser un dolor continuo y constante, causado por diferentes mecanismos: relacionado con el propio tumor y su metástasis, con los tratamientos efectuados o sin relación con la enfermedad de base o su terapéutica. Suele agravarse por una serie de factores como insomnio, fatiga, miedo a la muerte, rabia, tristeza, depresión, aislamiento, etc.

1.2.1.3 Dolor somático

Es un dolor surgido de estímulos somáticos superficiales o profundos, resultantes de activación de nociceptores y es transmitido a través de los nervios somáticos. Dagnino (1994) menciona que este tipo de dolor aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para el organismo activa los receptores nociceptivos, y que estos receptores son encontrados en la piel, músculos o articulaciones, además de que es bien localizado y los pacientes no tienen dificultades para describirlo.

1.2.1.4 Dolor visceral

Es un dolor sordo, difuso y mal localizado, cuyo punto de partida son las vísceras huecas o parenquimatosas. Es referido generalmente a un área de la superficie corporal siendo frecuentemente acompañado por una intensa respuesta refleja motora y autonómica. Los estímulos que producen este tipo de dolor son: espasmo del músculo liso (vísceras huecas), distensión, isquemia, inflamación, estímulos químicos y tracción, compresión y estiramientos de los mesos.

1.2.1.5 Dolor por desaferentación o neuropático

Es el único tipo de dolor que no es producido por la estimulación de nociceptores periféricos y que puede ser producto de una lesión del sistema nervioso periférico o de lesiones en el propio sistema nervioso central. Este dolor posee unas características diferenciales con respecto al dolor somático que se puede resumir de la manera siguiente:

- No aparece como respuesta a estimulación de nociceptores periféricos.
- Se percibe en forma de hiperalgesia, hiperestesia, disestesia, alodinia.
- El dolor no coincide con la lesión neurológica, siendo frecuente el retraso en el tiempo entre el daño neurológico y el inicio del dolor (semanas, meses e incluso años).
- En la mayoría de los casos, está mal localizado y su alivio con analgésicos opiáceos es sólo parcial y deficiente, incluso nulo, aunque puede ser aliviado con tiopental intravenoso y psicofármacos.

La severidad y el carácter crónico de este dolor no está relacionado directamente con una etiología específica.

1.2.1.6 Dolor psicógeno

Es un dolor no orgánico, surgido como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Entre ellos se encuentran los que aparecen en la neurosis (histeria, estados obsesivos compulsivos, estados de ansiedad e hipocondriasis) y en la psicosis (esquizofrenia en forma de alucinaciones y especialmente en los trastornos afectivos en forma de equivalentes). Este tipo de dolor forma parte de los síndromes dolorosos crónicos, es real y precisa un tratamiento específico por el psiquiatra.

1.2.2 Según Puebla (2005)

Por su parte, Puebla (2005) distingue el dolor de la manera siguiente:

1.2.2.1 Según su duración

- **Agudo:** Es limitado en su tiempo de duración, acompañado de componente psicológico. Ejemplos de esto tenemos la perforación de víscera hueca, dolor neuropático y dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.

- **Crónico:** Es de duración ilimitada, acompañado de componente psicológico. Es el tipo de dolor encontrado típicamente en pacientes con cáncer.

1.2.2.2 Según su patogenia

- **Neuropático:** Es producido directamente por un estímulo del sistema nervioso central o por una lesión de vías nerviosas periféricas. Es descrito como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Ejemplos de dolor neuropático tenemos la plexopatía braquial o lumbo-sacra-post-irradiación, la neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post radioterapia y la compresión medular.
- **Nocioceptivo:** Es el tipo de dolor más frecuente y se divide en somático y visceral.
- **Psicógeno:** En este tipo de dolor interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo.

1.2.2.3 Según la localización

- **Somático:** Es producido por la excitación anormal de nocioceptores viscerales somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc.). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas.
- **Visceral:** Es producido por la excitación anormal de nocioceptores viscerales. Este tipo de dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo, se puede irradiar a zonas alejadas al lugar donde se presenta originalmente. Frecuentemente es acompañado de síntomas neurovegetativos. Ejemplos de dolor visceral son los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático.

1.2.2.4 Según el curso

- **Continuo:** Persistente a lo largo del día y el dolor no desaparece.
- **Irruptivo:** Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo de dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

1.2.2.5 Según la intensidad

- **Leve:** El individuo puede realizar sus actividades cotidianas.
- **Moderado:** Interfiere con las actividades cotidianas del individuo.
- **Severo:** Interfiere con el descanso.

1.2.2.6 Según factores pronósticos de control de dolor

Dentro de dicho grupo se encuentra el dolor difícil (o complejo), el cual no responde a la estrategia analgésica habitual (Escala Analgésica de la OMS). En este tipo de dolor es normalmente citado el dolor oncológico o aquel causado por cáncer.

1.2.2.7 Según la farmacología

- El paciente responde bien a los opiáceos (medicamentos recetados para controlar y disminuir el dolor).
- El paciente responde parcialmente a los opiáceos.
- El paciente responde escasamente a los opiáceos.

A pesar de que en ambas clasificaciones predomina el factor médico para distinguir los diferentes tipos de dolor, ambos autores hacen mención del dolor originado por el factor psicológico, el cual no es originado por un daño orgánico, sino creado en la mente del individuo (psicosomático). Un ejemplo de esto puede ser el dolor generado por taquicardia causada por estrés.

1.3 Taxonomía del dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) desarrolló una taxonomía del dolor descrita en cinco rubros, descrita en la tabla siguiente:

Requisitos taxonómicos para caracterizar el dolor
<ol style="list-style-type: none">1. Región afectada2. Sistema involucrado3. Características temporales del dolor4. Intensidad declarada por el paciente5. Etiología

International Association for the Study of Pain, citado en Dagnino, 1994

Por su parte, Boníca (2003), propone una clasificación multiaxil del dolor, el cual menciona que dicha clasificación debe integrar mediciones físicas, psicosociales y conductuales, proponiendo así que la taxonomía integral del dolor debe requerir una evaluación multifactorial como se muestra a continuación en la siguiente tabla:

Propuesta de taxonomía del dolor basada en evaluación multifactorial
Parámetros del dolor <ul style="list-style-type: none"> - Anatomía, aparatos y sistemas - Duración, intensidad y otras características - Anormalidades coexistentes (físicas y psíquicas)
Enfermedades subyacentes <ul style="list-style-type: none"> - Signos y síntomas
Mecanismos del dolor
Neurofisiológicos <ul style="list-style-type: none"> - Participación de aferentes primarias - Participación de sistema nervioso central
Psicológicos <ul style="list-style-type: none"> - Participación psíquica-afectiva-conductual - Captación cognoscitiva o psíquica del dolor - Afrontamiento - Afectividad y estado de ánimo - Entorno

Boníca. Terapéutica del Dolor, 2003, p. 28 (Citado en Camacho, 2004).

En ésta tabla podemos apreciar la importancia que destaca Boníca al estado psíquico, como una variable importante para clasificar el dolor, visto así como una forma en la que el individuo percibe el dolor, lo interpreta o le da significado según su experiencia personal, afrontarlo en base a sus propias herramientas disponibles, y dependiendo del resultado de dicho afrontamiento (ya sea positivo o negativo), se pueden presentar diversos tipos de emociones y sentimientos en relación a éste resultado del afrontamiento del dolor, que pueden afectarlo a él, ya sea física o psíquicamente, y al entorno que lo rodea.

1.4 Evaluación del dolor

Al momento de evaluar el dolor, se debe tomar en cuenta que el dolor es una experiencia subjetiva, y, por tanto, la base para tomar decisiones en este ámbito siempre serán las sensaciones referidas por el paciente (Chiappero & Villarejo, 2008). Aquellos factores que pueden modificar la percepción dolorosa del paciente

pueden ser la edad, situación cognitiva, estado emotivo y experiencias dolorosas previas. Estos factores pueden hacer que el paciente presente un gran dolor, aunque no existan causas que puedan justificarlas, lo que provocaría que el profesional subestime el dolor, y se generen discrepancias entre lo que valora el médico o profesional que atiende al paciente, y lo que valora el propio paciente (Clarett, 2012).

Debido a esto se recurre a instrumentos para evaluar el dolor, que buscan ser fácilmente comprensibles para el paciente además de demostrar fiabilidad y validez; por lo que, junto con la información proporcionada por la historia clínica, se ha recurrido tradicionalmente a escalas ya sean analógicas, verbales, numéricas, gráficas, etc. Junto con estas escalas, se usan habitualmente los cuestionarios, en la tabla 2 se muestran los cuestionarios habitualmente más usados para evaluar el dolor. Previamente al uso de cuestionarios y escalas, es necesario que el paciente entienda su significado y contenidos, su utilidad como herramienta de evaluación en la evolución de sus síntomas y en su aplicación para la toma de decisiones terapéuticas, por lo que es importante que el lenguaje de dichas escalas y contenidos sea concordante con el nivel cultural del paciente y que el médico que valore puntúe sin interferir ni juzgar. De igual forma, es importante que el paciente esté en condiciones cognitivas adecuadas que garanticen su capacidad para colaborar (Vicente-Herrero, Delgado-Bueno, Bandrés-Moya, Ramírez-Iguíñes de la Torre, & Capdevila-García, 2018).

A continuación, se muestran en las siguientes tablas las escalas y cuestionarios más usados para evaluar el dolor en la práctica clínica:

Tabla 1. Escalas más utilizadas para la valoración del dolor

Tipo escala	Características	Numeración interpretación
Escala Analógica Visual (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto	Sin dolor Máximo dolor

	que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.	
Escala Numérica (EN)	Escala numerada del 0-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.	0 = Sin dolor 10 = Máximo dolor
Escala Categórica (EC)	Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico.	0 (Nada) 4 (poco) 6 (Bastante) 10 (Mucho)
Escala Visual Analógica de Intensidad	Consiste en una línea horizontal de 10 cm; en el extremo izquierdo está la ausencia del dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.	0 = Nada 10 = Insoportable
Escala visual Analógica de Mejora	Consiste en la misma línea; en el extremo izquierdo se refleja la no mejora y en el derecho la mejora total.	0 = no mejora 10 = mejora

Fuente:

<http://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf> (citado en Vicente-Herrero, Delgado-Bueno, Bandrés-Moya, Ramírez-Iguíñes de la Torre, & Capdevila-García, 2018).

Tabla 2. Cuestionarios/instrumentos de valoración del dolor

Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ)	Es uno de los más utilizados. Explora las esferas sensorial y afectiva. A los pacientes se les pide que escojan un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. Cada palabra se asocia a una puntuación específica. Los índices de dolor se calculan para la puntuación total, así como para cada dimensión. Es útil para discriminar entre pacientes que tienen clases diferentes de dolor. Existe una adaptación española.
Cuestionario de Dolor en Español (CDE)	Dirigido a población general con dolor agudo o crónico. Cuestionario autoadministrado con varias dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa.
Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico (CAD)	Dirigido a población general con dolor de una duración superior a 6 meses. Cuestionario autoadministrado de 31 ítems distribuidos en 6 subescalas. Sirve para explorar el afrontamiento del dolor crónico y sus áreas.
Cuestionario DN4 (DN4)	Consta de siete ítems referidos a síntomas y tres referidos a la exploración. Es fácil de puntuar. Una puntuación total de 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español.
Inventario Multidimensional del Dolor de West HavenYale (WHYMPI)	Consta de 52 ítems agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes: 1ª (20 ítems), que evalúa 5 escalas de la experiencia de dolor

	(intensidad, interferencia en áreas de la vida del paciente, insatisfacción con su situación actual, visión del apoyo que recibe de otros, control que percibe tener sobre su vida, estados de ánimo negativos); 2º (14 ítems) en tres escalas, que evalúan las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas del dolor del paciente, y 3ª (18 ítems), que evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias.
Test de Lattinen	Es muy utilizado en las Unidades de Dolor y valora diferentes aspectos que, sumados, dan una idea general del estado del paciente. Es fácil de utilizar y ha sido validado recientemente.
Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory)	Desarrollado originalmente para el dolor oncológico; es muy utilizado en clínica e investigación para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico. Hay dos versiones, la larga y la corta, ambas validadas en español.
The LANSS Pain Scale	Contiene cinco síntomas y dos ítems de examen clínico. Una puntuación de 12 o más de 24 posibles, sugiere dolor neuropático. Está validado en español.
The Neuropathic Pain Questionnaire (NPQ)	Consiste en 12 ítems que incluyen 10 referidos a sensaciones o respuestas sensoriales y dos referidos al afecto. Existe una forma corta. Tiene poder discriminativo entre dolor neuropático y no neuropático
Pain DETECT	Incorpora un cuestionario autorrellenable con nueve ítems que no requiere examen clínico. Está validado en español.

Fuente: Vicente-Herrero, Delgado-Bueno, Bandrés-Moya, Ramírez-Iguíñes de la Torre, & Capdevila-García, 2018.

Podemos notar que, a diferencia de las escalas de valoración de dolor, que únicamente miden numéricamente su intensidad en base al daño físico, los cuestionarios no sólo evalúan la intensidad del dolor en base a este factor, sino que consideran también otros factores como los sensoriales y afectivos, además de los estados de ánimo, todo esto vinculado con el proceso emocional que enfrenta el paciente que sufre de dolor (ya sea agudo, crónico, neuropático, etc.). Es muy importante abordar este proceso ya que, como se mencionó anteriormente, el paciente puede percibir dolor sin presentar una anomalía física que sustente dicha molestia, y puede dificultar una decisión terapéutica adecuada para el profesional. Igualmente, este proceso emocional nos ayuda a entender que el dolor también

puede abordarse como una experiencia psicológica y no sólo física, dando pauta a tratamientos que aborden este problema desde ese punto de vista.

1.5 Tratamientos para alivio y control del dolor

1.5.1 Farmacológicos

1.5.1.1 Escala analgésica de la OMS

Para instaurar los diversos tratamientos farmacológicos contra el dolor, especialmente el oncológico (causado por cáncer), la comunidad médica se rige por la escala terapéutica de la Organización Mundial de la Salud (2015), basando sus decisiones principalmente en la intensidad del dolor:

<p>1ER ESCALON No opioides</p> <p>Paracetamol Metamizol Ibuprofeno Diclofenaco AINES Coadyuvantes</p>	<p>2DO ESCALON Opioides débiles + no opioides</p> <p>Tramadol Petidina Pentazocina Coadyuvantes</p>	<p>3ER ESCALON Opioides potentes clásicos + no opioides</p> <p>Morfina Buprenorfina Oxicodona Hidromorfona Fentanilo Coadyuvantes</p>
---	---	---

Escala analgésica modificada de la OMS (2015) (Citado en Comité de redacción, 2016).

1.5.1.2 Analgésicos y anti-inflamatorios no esteroideos (Comité de redacción, 2016)

Los analgésicos antitérmicos y los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) son usados como terapia inicial en el tratamiento del dolor leve debido a su eficacia, son usualmente de venta libre y pueden ser usados en combinación con opioides y analgésicos adyuvantes si aumenta la intensidad del dolor.

- **Paracetamol:** A pesar de que su efecto anti-inflamatorio es escaso, tiene una potencia analgésica y características farmacológicas similares a los anti-

inflamatorios no esteroides (AINES), además de ser relativamente económicos. Una ventaja importante en comparación con los otros AINES es que no afecta la función plaquetaria y puede ser de elección en pacientes trombocitopénicos.

- **Metamizol:** Al igual que en el caso del Paracetamol, su efecto tiene escasa o nula acción anti-inflamatoria. Sus efectos adversos son los siguientes: agranulocitosis (riesgo relativo a tener en cuenta: 1.1 casos por millón); llegando a producir lesiones gástricas a dosis altas (2 g); además de decaimiento, hipotensión, aturdimiento a dosis aún más altas. Por vía endovenosa existe riesgo de hipotensión y colapso cardiovascular.
- **Anti-inflamatorios no esteroides (AINES):** Disminuyen los niveles de mediadores inflamatorios que se generan en el lugar de la lesión tisular al inhibir la ciclooxigenasa, la cual cataliza la conversión de ácido araquidónico a prostaglandinas y leucotrienos. Estos mediadores sensibilizan los nervios generadores de estímulos dolorosos. Aunque los AINES pueden también ejercer acciones en el sistema nervioso central, estos fármacos no activan los receptores opioides y en consecuencia producen analgesia por un mecanismo diferente. Por tanto, la adición de AINES o acetaminofén a los analgésicos opioides puede lograr un “efecto ahorrador”, de forma que una dosis menor de opioides puede aliviar el dolor con menos efectos secundarios. En comparación con los opioides, los AINES tienen un espectro diferente de toxicidad. Usados como agentes únicos los AINES tienen techo en su potencial analgésico, y por lo tanto no se recomienda el uso de dosis más altas que las especificadas. Los salicilatos no acetilados (salsalato, salicilato de sodio, trisalicilato de magnesio colina) no afectan marcadamente la agregación plaquetaria y no alteran el tiempo de sangrado. La aspirina, el prototipo de los salicilatos acetilados, produce inhibición irreversible de la agregación plaquetaria, lo que puede prolongar el tiempo de sangrado varios días después de la ingestión.

1.5.1.3 Corticosteroides

Producen gran variedad de efectos que incluyen mejoramiento del estado de ánimo, actividad antiinflamatoria, actividad antiemética (inhibidora del vómito o náusea) y estimulación del apetito. Estos efectos pueden ser benéficos en el manejo de la caquexia (afección general del organismo que causa gran debilitamiento físico, desnutrición, pérdida de peso, muscular, etc.) y de la anorexia en enfermedades terminales. Los corticosteroides también reducen el edema cerebral y espinal y son esenciales en el manejo de urgencias ocasionadas por aumento de la presión intracraneal y por compresión epidural de la médula espinal. Igualmente, son parte de la terapia estándar para el tratamiento de la compresión de la médula espinal por tumor y también son efectivos para reducir el dolor secundario a edema perineural y compresión de las raíces nerviosas. La dexametasona o la prednisona pueden ser añadidos a los opioides para el manejo del dolor en la plexopatía braquial o lumbosacra. Los efectos indeseables que pueden ocurrir durante la terapia prolongada con esteroides son miopatía, hiperglucemia, aumento de peso y disforia.

1.5.1.4 Fármacos coadyuvantes

Son medicamentos que aumentan o modifican la acción de otro medicamento. Su objetivo principal no es la analgesia, pero tienen un efecto analgésico en determinadas condiciones o síndromes dolorosos.

- **Amitriptilina:** Es indicada en el dolor neuropático constante, tenesmo rectal, insomnio o depresión asociados.
- **Carbamacepina:** Para dolor neuropático lancinante (muy intenso).
- **Gabapentina:** Es indicada en dolor neuropático lancinante.
- **Benzodiacepinas:** Usado para tratar ansiedad, espasmos e insomnio.
- **Neurolépticos:** Tiene múltiples usos: para vómito y compresión gástrica, tenesmo rectal y dolor neuropático.
- **Bifosfonatos:** Para el dolor óseo/metastásico refractario a otros medicamentos.
- **Baclofeno:** Alternativa en espasmos y dolor neuropático lancinante. Inicio con 5 mg/8 h e ir subiendo.

1.5.1.5 Opioides

Debido a su efectividad, los opioides son la clase más importante de analgésicos en el manejo del dolor moderado a severo, con dosificación fácil y relación riesgo/beneficio favorable. Estos producen analgesia al unirse a receptores específicos dentro y fuera del sistema nervioso central (SNC). Los analgésicos opioides se clasifican en: agonistas puros, agonistas parciales y agonistas-antagonistas.

- Los **agonistas puros** comúnmente usados son morfina, tapentadol, hidromorfona, codeína, tramadol, oxicodona, hidrocodona, metadona, levorfanol y fentanilo. Estos opioides se clasifican como agonistas puros porque no tienen tope en su eficacia analgésica y no revierten o antagonizan los efectos de los otros opioides dentro de su clase cuando se administran simultáneamente. Los efectos secundarios van desde estreñimiento, náusea, retención urinaria, confusión, sedación y depresión respiratoria. La incidencia y severidad de los efectos secundarios son diferentes para cada producto.
- Dentro de los **agonistas parciales** encontramos a la buprenorfina. Tienen una eficacia intrínseca relativamente baja en el receptor opioide en comparación con los agonistas puros y tienen un efecto tope para la analgesia.
- Los **agonistas-antagonistas** en uso clínico incluyen pentazocina, butorfanol, dezocina y nalbufina. Estos fármacos tienen techo para la analgesia. En contraste con los agonistas puros, bloquean la analgesia opioide en un tipo de receptor (μ) o son neutrales en este receptor, mientras que simultáneamente activan un receptor opioide diferente (κ). Aquellos pacientes que estén recibiendo agonistas puros no deben recibir un opioide agonistas-antagonista, pues al hacerlo se puede precipitar un síndrome de abstinencia y aumentar el dolor. La morfina es el opioide más comúnmente usado en el tratamiento del dolor moderado a severo por su disponibilidad en una amplia gama de presentaciones, por su farmacocinética y farmacodinamia bien definidas y por su relativo bajo coste.

1.5.1.6 Fármacos cannabinoides

El uso de cannabis, conocida comúnmente como marihuana, se ha usado desde hace miles de años para el alivio del dolor, al ser incluida en diversas preparaciones. Hoy en día el cannabis, usado con fines farmacológicos, es capaz de bloquear o inhibir la transmisión del impulso nervioso a varios niveles. (Callado, 2012).

La efectividad de estos fármacos no radica en la marihuana fumada sino en alcaloides químicamente definidos, los cuales actúan sobre los receptores de los sistemas cannabinoides existentes en el ser humano. Al actuar sobre estos receptores, podría tener un papel natural en la modulación del dolor, el control del movimiento y la memoria. Sin embargo, al actuar en el sistema inmunológico, este papel es probablemente multifacético y sigue siendo poco claro (Jácome, 2014).

Dentro de estos receptores podemos encontrar los CB₁ (receptores cannabinoides tipo 1), que actúan a nivel del cerebro, la médula espinal y las neuronas sensoriales periféricas, y los receptores CB₂ (receptores cannabinoides tipo 2), que podrían estar implicados en el control del dolor inflamatorio (Callado, 2012).

Aunque la *Cannabis sativa* contiene 480 compuestos, de éstos sólo 66 son cannabinoides con efectos. La principal sustancia psicoactiva es el delta-9-tetrahydro-cannabinol (THC), que genera relajación y posibilidades paliativas, por otro lado, encontramos el cannabidiol (CBD), que son los mayoritariamente acumulados, no es psicoactivo y por tanto de mucho interés en la investigación terapéutica (Jácome, 2014).

A pesar de que al cannabis se le atribuyen numerosas propiedades, entre ellas como analgésico, antiinflamatorio, antiemético, etc. (Lobo, 1998), se sigue produciendo controversia, debido a que hay personas que consideran que el cannabis, con fines curativos, puede tratar ciertas enfermedades, en especial el dolor, por lo que resulta beneficioso para algunos pacientes; por otro lado, hay quienes consideran que sus efectos adversos superan los beneficiosos y, por tanto, es perjudicial (Callado, 2012, citado en Osorio, 2016).

1.5.2 No farmacológicos

Debido a que existen algunos casos en los que los tratamientos farmacológicos puede generar efectos adversos, en especial cuando son a largo plazo, son más los pacientes que optan por tratamientos o terapias alternativas y complementarias, como una forma diferente de controlar y aliviar el dolor, a pesar de que no son suficientemente valoradas por los métodos analgésicos tradicionales (Rokyta & Fricová, 2012). A diferencia del método farmacológico, donde se busca que el paciente desarrolle habilidades que le permitan afrontar el dolor de manera personalizada, eficaz y de calidad, en el método alternativo y complementario, algunos autores mencionan que este tipo de tratamientos abordan el problema desde un punto de vista físico, psicológico, cultural, emocional, espiritual y social, lo cual constituye una visión integral del ser humano. Un punto interesante es que algunas de estas terapias, a través de la educación, enseñan a los pacientes a entender e interpretar el problema del dolor y su intensidad, como un producto psicológico y emocional (Zarei, Bigizadeh, Pourahmadi, & Ghobadifar, 2012) (Citado en Martínez, Martínez, Gallego, Vallejo, Lopera, Vargas, & Molina, 2014).

A continuación, se mencionarán algunos de los tratamientos no farmacológicos o alternativos más usados como método analgésico, para posteriormente abordar en el siguiente capítulo el método propuesto en el presente trabajo, de manera más detallada, y el cual, es calificado dentro de este rubro por la comunidad médica, pero que sin embargo es usado por muchos profesionales del área de la salud, en especial dentro del campo de la psicoterapia, como herramienta clínica.

1.5.2.1 Acupuntura (Cobos, 2013)

La acupuntura es un método fundamental en la medicina tradicional china, el cual tiene más de dos mil años de historia, siendo útil en el manejo de ciertas enfermedades, principalmente el dolor. Según la teoría de la acupuntura clásica, existe una red de canales (los meridianos) en el cuerpo humano, con puntos de acupuntura, situados en la piel y en los tejidos más profundos, y a través de esta red de canales o meridianos, se modula la fisiología del cuerpo, buscando el reequilibrio de la circulación de los canales, causantes de la enfermedad al ser

obstruidos, por estimulación de los puntos citados. A pesar de que la acupuntura no ha mostrado equivalentes con la ciencia biomédica moderna, los ensayos clínicos y la neurociencia moderna muestran un potencial terapéutico alto en el tratamiento del dolor crónico. Según la acupuntura tradicional, el elemento principal de nuestra actividad física es el llamado Qi (energía), un elemento no visible, y visto como “fuerza vital” o “fuerza de vida”. Este elemento recorre todo el organismo a través de los meridianos o canales, los cuales igualmente no son visibles.

Cobos (2013) nos hace mención de tres métodos de acupuntura actualmente usados como tratamiento o coadyuvante en diversos malestares, especialmente en el dolor:

- **Acupuntura tradicional:** Se insertan (en una sesión normal), de 10 a 12 agujas metálicas muy finas y pulidas, de diferentes longitudes y calibres, que varían desde media pulgada, hasta 8 y 10 pulgadas, en puntos específicos de la piel, los cuales corresponden a los canales o meridianos, por donde circula la sangre y la energía. Tras la inserción, prácticamente indolora, se procede a la manipulación acupuntural, que básicamente son movimientos de vaivén y rotación, hasta que los tejidos impiden que sigan rotando. Estos movimientos buscan provocar la llamada “sensación acupuntural”, también llamada Deqi, y tras la obtención de esta sensación, se realizan maniobras repetidas sobre las agujas, o bien, se estimulan eléctricamente o se calientan con la moxibustión. Una sesión no supera generalmente los 40 minutos, y por promedio, basta una media hora. Se sabe hoy en día que estimulaciones muy repetidas y mantenidas en el tiempo, de más de una hora, pueden desencadenar reacciones contrarias a las buscadas (hiperalgesia).
- **Moxibustión:** Consiste en aplicar calor a los puntos de acupuntura. Este método permite activar los receptores térmicos de la piel, y de esta manera provocar estímulos que compiten con los sistemas de modulación del dolor al nivel de la asta posterior medular, y controlar procesos de dolor, sobre todo osteoarticular (Lee, Choi, Kang, Lee, & Ernst, 2010, citado en Cobos, 2013). Para calentar los puntos de acupuntura, se puede emplear cigarrillos de polvo

de la planta *Artemisia sinensis* (ajenjo), conos de moxa, y otros sistemas de aplicación indirecta de la moxa con intermedio de plantas. El estímulo de la moxibustión, dependiendo la capa afectada, puede alcanzar distintos niveles a nivel cutáneo. Se cree que el efecto de la moxibustión, reside en la radiación emitida de forma selectiva por la combustión de la artemisia sinensis. Hay que calcular los posibles efectos no deseados que puede causar este método, especialmente en áreas sensibles como cara y dorso, para evitar quemaduras y cicatrices.

- **Electroacupuntura:** Consiste en la aplicación de corrientes eléctricas especiales sobre las agujas de acupuntura. Los equipos de electroacupuntura emplean corrientes cuadradas de baja frecuencia, que se mueven en los rangos de 2 a 100 Hz.
- **Auriculoterapia:** La auriculoterapia, o acupuntura de la oreja, es una rama de la acupuntura ocupada del diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades, a través de la estimulación de diversos puntos energéticos ubicados en el pabellón auricular para obtener un resultado terapéutico en el paciente a tratar. A través de la estimulación de diferentes puntos reflejo en la oreja, cada estímulo activaría el sistema nervioso, y mediante la vía refleja que une cada punto de la oreja con su parte del cuerpo correspondiente, se produciría una respuesta en la cual, el organismo utilizaría sus propios recursos para recuperar la salud y el equilibrio (Oleson, 2005). Esencialmente, los nervios inervados en el oído tienen conexiones con los órganos internos y con todas las partes del cuerpo. En el caso del tratamiento del dolor, esta teoría explicaría cómo se presenta disminución de dolor a través del mecanismo del sistema nervioso (Arévalo, 2013). Sin embargo, a lo largo de dos décadas no ha habido ensayos clínicos donde se observen resultados sorprendentes del uso de la auriculoterapia para tratar el dolor, y aquellos resultados de ensayos clínicos donde es sometida su efectividad no son suficientes, siendo notoria la falta de uniformidad para abordar el proceso doloroso, tanto de localización como de composición de puntos (Silvério-López & Adriane, 2013).

1.5.2.2 Reflexología (Citado en Villada y Piñero, 2016)

“Reflexología” es un término genérico para denominar un sistema de cuidados complementarios de la salud, basados en el principio de que una pequeña parte del cuerpo representa un mapa del resto (Tiran, 2010). Esta tiene por objetivo buscar que el propio cuerpo busque su proceso de autocuración, tratando todos los aspectos del individuo (cuerpo, mente y espíritu). La reflexología, como un método para el alivio del dolor, se basa en un sistema de zonas, las zonas reflejas de los pies y de las palmas de las manos, las cuales reflejan una imagen de todo el cuerpo (incluyendo músculos, nervios, glándulas y huesos), al estimular, por medio de un masaje o presión, las terminaciones nerviosas de estas zonas, se busca aliviar el dolor y la tensión.

Dentro de los tipos de reflexología, según Tirán (2010), podemos encontrar los siguientes:

- **Reflexología genérica:** Es considerada por el público en general y los profesionales de la salud, como una técnica de relajación, que implica una forma especial de masaje en el pie para relajar y estimular, así como para restaurar la homeóstasis (equilibrio del cuerpo).
- **Reflexología de precisión:** Aplica a la reflexología genérica un proceso conocido como “la unión”, en el cual dos o tres puntos de reflexología, son sostenidos o aplicados de manera simultánea, para realzar el impacto total del tratamiento.
- **Técnica de reflexología avanzada:** Se enfoca en la textura exacta de puntos reflejos, y está basada en una etiología endocrinológica. La presión aplicada a los pies es más profunda que en otras formas de reflexología, sin sobrepasar el nivel de tolerancia del paciente.
- **Terapia de reflexología por zonas (RZT):** Esta terapia amplía los conocimientos básicos de la reflexología genérica. Sin embargo, a diferencia de otras formas, en la terapia de reflexología por zonas, el cuerpo es dividido en diez zonas verticales iguales y tres transversales, demarcadas por las líneas imaginarias que corresponden a planos transversales en el cuerpo. En este caso, las zonas

transversales de los pies reflejan las zonas de la cabeza y el cuello (los dedos del pie), el tórax (la parte anterior de la planta del pie y el área dorsal), el abdomen (la bóveda plantar y el área dorsal), y la pelvis (el talón).

- **Terapia de reflexología por zonas estructural:** Esta adaptación del RTZ, ideada por Tiran (2010), está basada en el enfoque de la terapia de zona, en la que se utiliza el mismo mapa de las zonas (con algunas variaciones), pero incorpora también una comprensión de la estructura y comprensión del cuerpo, de la misma manera que un osteópata (El sistema músculo-esquelético es el principal marco de apoyo del cuerpo).

1.5.2.3 Aromaterapia

Se conoce como aromaterapia el uso de aceites esenciales a través de las vías respiratorias o a través de su aplicación cutánea, independientemente de su supuesto efecto a través del olfato. Este método se utiliza en dolor muscular, dolor neuropático, dolor oncológico y dolor postoperatorio. Se pueden utilizar de varias maneras, ya sea añadiéndolos en agua caliente, de esta forma los vapores del agua mezclados con las esencias se absorben a través de los pulmones. Mientras que algunos de estos aceites pueden ser extremadamente efectivos para proveer alivio localizado, otros trabajan muy profundamente ayudando a eliminar toxinas y a reducir la inflamación, en el caso del dolor muscular. Algunos aceites esenciales adecuados son los de almendras, cacahuate, coco y aguacate. Se debe considerar el uso de la aromaterapia como un tratamiento complementario a otras terapias y no como una solución alternativa, únicamente como una ayuda para aliviar puntualmente ciertos tipos de dolor (Comité de redacción, 2016).

1.5.2.4 Reiki

El Reiki es una práctica espiritual, basada en la materia y el espíritu, caracterizado por la imposición de manos con el fin de restablecer el equilibrio del cuerpo (Honervogt, 2005). Esta técnica (llevada a cabo por un profesional capacitado mediante la imposición de las manos en el individuo) se basa en la idea de que la energía fluye a través de nosotros y puede usarse para estimular la curación. Consiste principalmente en el desbloqueo de los chakras, (ruedas de luz

distribuidas a través de la columna vertebral del cuerpo humano), los cuales reciben y transmiten energía a las áreas afectadas del cuerpo físico, trayendo el equilibrio; cuando estos chakras o canales de energía se abren, ocurre una sintonización con la energía universal, lo que la convierte en un agente de cura. Este tipo de terapia es usada en muchos hospitales de Estados Unidos y Europa para ayudar a aliviar el dolor y aumentar las tasas de recuperación (Teixeira, 2009, citado en Freitag, Andrade, & Badke, 2015).

A pesar del creciente interés dentro del área de la salud por esta práctica, también es reconocido el escaso apoyo empírico de investigación y pruebas para justificar dicha práctica (Vitale, 2007), por lo que es recomendable seguir investigando sobre la eficacia del Reiki para aliviar y controlar el dolor (Casillas, 2013).

1.5.2.5 Masaje terapéutico (Citado en Castellanos, s/a)

Consiste en una serie de movimientos ejercidos por las manos del terapeuta (Field, 2016), con el propósito de aliviar molestias en distintas partes del cuerpo, provocadas por distintos factores como malas posturas, estrés, traumatismos, etc. Es de fácil aplicación, tiene escasos efectos secundarios y contraindicaciones, sin embargo, debe tenerse gran conocimiento sobre su aplicación, los tipos de masaje y objetivos de cada uno. Algunos de los efectos positivos de:

- Acción mecánica sobre los tejidos
- Calentar, estimular y desarrollar la musculatura
- Estimular o calmar el sistema nervioso
- Distender y relajar los músculos
- Mejorar adherencias, flexibilizar los tejidos
- Mejorar la circulación, eliminar los exudados orgánicos
- Tiene acción refleja sobre el sistema nervioso
- Mejora el bienestar psicológico

Los tipos de masajes terapéuticos básicos son:

- **Roce o deslizamiento (effeurage):** Consiste en el contacto superficial con frotación suave, lenta y uniforme en la zona del cuerpo a tratar, con

movimientos circulares o longitudinales. Cuando el contacto es profundo, se emplean roces con desplazamiento y una ligera presión que puede alcanzar tejidos con músculos, sistemas vasculares, fascias, etc.

- **Amasamiento:** Se aprietan los tejidos blandos enérgicamente, cogiendo, deslizando, y levantando los tejidos musculares, intentando despegar la superficie de tejidos profundos, y a su vez, desplazarlos siguiendo la dirección de las fibras musculares, moviendo también todos los líquidos internos.
- **Fricciones:** Se realizan pequeños movimientos circulares o elípticos, breves y precisos, más una presión controlada, que se efectúa generalmente con los pulpejos de los dedos, movilizandando la superficie de los músculos y la piel, uno sobre el otro. Se usan para el masaje articular.
- **Compresión:** Esta técnica de masaje no incluye el desplazamiento de las manos ni de los dedos sobre el tejido, sino que se realiza una compresión, la cual es estática y dura de 30 a 60 segundos aproximadamente.
- **Percusión:** hacheado (hachement) y golpeteo (tapotement): Son maniobras algo enérgicas que se realizan ya sea con el borde cubital de las manos (hacheado), o con las palmas de las manos (golpeteo).
- **Vibraciones:** Se realizan pequeños movimientos oscilatorios mediante contracciones estáticas de los antebrazos, generando movimientos cortos, rápidos, rítmicos y energéticos creando el efecto vibratorio en las manos, sin perder el contacto con la piel. Esta técnica requiere mucha energía.

Existen múltiples técnicas especiales de masaje (masaje sueco, transverso profundo, reflejo, etc.), dependiendo del país o región, y dependiendo del enfoque u objetivo que tengan, pero siempre auxiliares en el control del dolor. Aquellos casos en los que no debe aplicarse un masaje son cuando se presenten períodos agudos de enfermedades, inflamación, traumatismos, esguinces, contusiones, derrames articulares, además de inicio de flebitis y fragilidad vascular, heridas abiertas e infecciones de la piel.

1.5.2.6 *Técnicas de relajación (Comité de redacción, 2016)*

Este tipo de técnicas son usadas para estabilizar una relación entre vida diaria y dolor, generando así un estado de reposo que favorece el autocontrol del dolor y sus aspectos emocionales. Igualmente ayudan a controlar la ansiedad y a mejorar la inducción al sueño. Algunas de estas técnicas para favorecer dicho estado de relajación son las siguientes:

- **Técnica de relajación emocional:** Es una técnica de acupresión psicológica, que consiste en aplicar suaves golpes con la yema de los dedos en meridianos específicos de la cabeza (ya antes mencionados los meridianos como canales por donde circula el qi, chi, energía de vida o fuerza de vida) y en el pecho, con el objetivo de transferir la energía o qi, buscando desactivar el cortocircuito (bloqueo emocional) o aquello que bloquea éste flujo de energía, restaurando de ésta forma el equilibrio mental y físico, esencial para la cura de la enfermedad.
- **Masaje:** Ya antes mencionado el masaje como una técnica para aliviar y controlar el dolor por medio de la manipulación de tejidos blandos. En el caso de la relajación, el masaje actúa sobre el sistema nervioso del paciente a través de terminaciones nerviosas en la piel, estimulando la liberación de endorfinas, que son sustancias químicas naturales que ayudan al paciente a “sentirse bien” y relajado, aliviando el dolor, reduciendo estrés, ansiedad y depresión.
- **Relajación muscular progresiva:** Consiste en tensar y relajar todos los grupos musculares principales, uno cada vez, de pies a cabeza. De esta forma, se llega a aprender a diferenciar tensión (generadora de dolor y estrés) de relajación, desconectando así la huida o lucha del cuerpo frente al dolor.
- **Tai chí:** Durante la práctica de este arte marcial, la mente de la persona se mantiene concentrada sobre los movimientos del cuerpo, con relajación y respiración profunda, mientras ignoran aquellos pensamientos que pudieran distraerlo. El Tai chí involucra movimientos muy suaves, por lo que es una práctica ideal para personas que sufren de dolor, distrayendo así su mente

de este síntoma. Se ha encontrado en la literatura que igualmente ayuda a reducir la depresión, la ansiedad y el estrés.

- **Técnicas de respiración:** La respiración profunda ayuda a activar el sistema nervioso parasimpático, induciendo así a la relajación. Un ejemplo de técnica de respiración es la denominada 4, 7, 8 del Dr. Weil (Citado en Comité de redacción, 2016), la cual funciona como un tranquilizante natural para el sistema nervioso. A continuación, se mencionan los pasos seguidos durante esta técnica:
 - 1) Tomar aire por la nariz durante 4 segundos
 - 2) Mantener ese aire en los pulmones durante 7 segundos
 - 3) Expulsar todo el aire durante 8 segundos
 - 4) Repetir este proceso hasta quedarse dormido
 - 5) Es recomendable que durante este proceso se mantenga la punta de la lengua tocando el paladar de la boca.

Las técnicas de respiración son usadas igualmente en la hipnosis para lograr el llamado “estado de trance”, relacionada igualmente con la relajación, pero que, sin embargo, más allá de buscar que el paciente se quede simplemente dormido, alcance un gran estado de concentración.

- **Yoga:** El yoga ha demostrado ser particularmente útil en dolores de espalda, además de tener efectos positivos en afectaciones como depresión leve, problemas de sueño o esquizofrenia (de acuerdo a hallazgos recientes), contribuyendo positivamente en la salud mental del individuo. Algunos estudios sugieren que el yoga pudiera tener efectos similares a los antidepresivos o a algunas técnicas psicoterapéuticas, influyendo en los neurotransmisores y aumentando los niveles de serotonina en el cuerpo. Al igual que en el caso del tai chi, el yoga también puede ser una buena actividad para distraer la mente del individuo del dolor y de sentimientos negativos asociados a éste, centrándose en los ejercicios y relajando así el cuerpo.

- **Técnica de integración neuroestructural:** Esta técnica consiste en una serie de movimientos suaves en músculos específicos o en puntos precisos del cuerpo, creando así un flujo de energía y vibraciones entre estos puntos, permitiendo así que el cuerpo recupere su propio equilibrio. Su objetivo principal es eliminar el dolor y las condiciones fisiológicas disfuncionales mediante la restauración de la integridad estructural del cuerpo y manteniendo regularmente los niveles homeostáticos normales de manera natural.

Tal como se mencionó en la sección sobre técnicas de respiración, la hipnosis también mantiene una estrecha relación con este tipo de técnicas de relajación, ya que dentro de su práctica se sugiere a la persona mantenerse en un estado de relajación para poder inducirle el estado hipnótico, sin embargo, no nos detendremos a mencionarla aquí sino más adelante, de manera más detallada.

1.5.2.7 Modalidades físicas (Morales y Torrado, 2014)

Son todas aquellas herramientas, a disposición del fisioterapeuta, para la intervención con fines curativos, igualmente usadas en el tratamiento del dolor. Sin embargo, su uso con fines analgésicos es aún muy limitado, sumado a la baja calidad metodológica de los ensayos clínicos disponibles. Algunas de los métodos usados dentro de las modalidades físicas son las siguientes:

- **Termoterapia y crioterapia:** La crioterapia, como método analgésico, se basa en el uso del frío (ya sea por hielo, gel frío o algún otro medio) para entumecer la zona dolorosa, reducir la inflamación, contraer los vasos sanguíneos y bloquear los impulsos nerviosos hacia la zona adolorida. La termoterapia, por el contrario, hace uso del calor (compresas o vendas calientes, parafina líquida, entre otros) para mejorar la circulación y relajar los músculos (Cameron, 2009).

- **Ultrasonido terapéutico:** El ultrasonido terapéutico (US), actualmente es usado por su efecto “no térmico”, en relación con la reparación de tejidos y la cicatrización de heridas, a diferencia de años anteriores, donde era usado por su efecto térmico (Van der Windt, Van der Heijden, Van den Berg, Ter Riet, De Winter, & Bouter,

2008). El ultrasonido se usa para reducir el dolor, la inflamación y acelerar la cicatrización posterior a una lesión de tejidos blandos.

- **Laserterapia:** La terapia láser con baja intensidad (TLBI), utiliza una fuente luminosa que genera una luz sumamente pura, de una sola longitud de onda, la cual no emite calor, sonido o vibración (Beckerman, de Bie, Bouter, de Cuyper, & Oostendorp, 1992). Algunos estudios sugieren que este tratamiento tiene un efecto antiinflamatorio beneficioso y logra una atenuación del dolor en los seres humanos (Ceccherelli, Altafini, Castro, Avila, Ambrosio, & Giron, 1989; King, Clelland, Knowles, & Jackson, 1990).

- **Electroterapia:** La electroterapia (TENS por sus siglas en inglés: transcutaneous electrical nerve stimulation) está basada en la aplicación mediante electrodos, de superficie de corriente eléctrica pulsada con finalidad analgésica. Su principal objetivo terapéutico es el control y alivio del dolor, tanto para el tratamiento del dolor crónico (Carroll, Moore, McQuay, Fairman, Tramer, & Leijon, 2001; Johnson & Martinson, 2007), como agudo (Ceccherelli, Altafini, Castro, Ávila, Ambrosio, & Giron, 1989; Bjordal, Johnson, & Ljunggreen, 2003) incluso visceral (Desantana, Sluka, & Lauretti, 2009; Amer-Cuenca, Goicoechea, Girona-López, Andreu-Plaza, Palao-Román, Martínez-Santa et al., 2010). Actualmente es la técnica más empleada como alternativa a los tratamientos analgésicos tradicionales, tales como los farmacológicos o quirúrgicos (Johnson & Tabasam, 1999).

1.5.2.8 Musicoterapia (Comité de redacción, 2016)

La musicoterapia es “la utilización de la música y/o de sus elementos (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un especialista calificado, con el fin de asistir a las necesidades físicas, psíquicas, sociales y cognitivas del individuo”.

Hay dos principales tratamientos con música:

- **Musicoterapia:** La aplica un especialista (musicoterapeuta), quien basa este tratamiento en base a las necesidades del paciente, como controlar el dolor, disminuir la ansiedad o aprender nuevas habilidades para afrontar situaciones difíciles. La música, usada por el musicoterapeuta, puede ser

usada en vivo o pregrabada. Dentro de la terapia se puede componer música, incluir improvisación musical, escribir canciones y cantar, con el objetivo de relajar al paciente.

- **Medicina con música:** Consiste en escuchar música (música previamente grabada habitualmente) para desviar la atención del dolor. A diferencia del método anterior, éste los puede guiar un médico sin estar especializado en musicoterapia.

Desde un punto de vista psicológico, la musicoterapia refuerza la identidad y la autoestima, alivia la depresión y la ansiedad, desvía la atención del dolor y de los estímulos provocadores de estrés.

En el caso de los pacientes con cáncer, se recurre a este tipo de terapias para reducir la tensión muscular, la sensación de dolor, estrés y ansiedad, igualmente ayuda a los pacientes a afrontar física y psicológicamente la enfermedad, y a mejorar la relación con familiares y amigos.

La música, en su mayoría, supone un **distractor de la atención**, reteniéndola. Nos provoca diversos tipos de emociones, en especial si se trata de nuestro estilo musical favorito, el cual parece tener efectos positivos sobre el dolor crónico, además de reducir la ansiedad. Igualmente, se considera importante dentro de la musicoterapia no sólo escuchar música, sino producirla, ya sea tocando un instrumento musical o cantar.

A pesar de que hoy en día se sabe más sobre los beneficios de la musicoterapia en el manejo del dolor crónico, debemos considerar que este tipo de dolor es muchas veces de duración indefinida, y es afrontado por las personas de forma diferente, tomando en cuenta también que el grado de dolor varía, llegando a ser en casos como el cáncer, inimaginable, por lo que puede que este tratamiento no funcione en todos los casos. Muchos consideran que la musicoterapia sólo debe ser usada como tratamiento coadyuvante o complementario a tratamientos farmacológicos, en especial, en pacientes con cáncer.

1.5.2.9 *Mindfulness*

Mindfulness es una técnica de meditación proveniente de la tradición budista, que consiste en observar la realidad en el momento presente, sin juzgar y con total apertura y aceptación. (Vázquez-Dextre, 2016).

Esta técnica busca “desarrollar la habilidad para estar conectado de modo flexible con lo que está pasando en el presente. Para que la conexión se produzca, el sujeto debe tener una actitud de aceptación de los contenidos mentales negativos asociados al dolor, con lo cual se espera minimizar las respuestas automáticas de afrontamiento (González, 2014).

Entendido de ésta forma y más dirigido hacia el dolor crónico (entendido como un tipo de dolor perdurante en largos períodos de tiempo, en algunos casos indefinidamente) podemos decir que en el mindfulness se espera que la persona esté consciente de la realidad o situación que le aqueja, en éste caso el dolor, reflexione y medite constantemente sobre dicha situación, para finalmente aceptarla y buscar convivir con ella, alejando de ésta forma los sentimientos y emociones negativas asociadas al problema.

González (2014) menciona que los métodos de mindfulness incluyen:

- Meditación basada en la respiración
- Meditación basada en el cuerpo
- Caminar basado en la meditación
- Se pueden usar, de manera complementaria, ejercicios de yoga para mejorar la consciencia del cuerpo, la resistencia y la flexibilidad corporal.

Además del dolor, el mindfulness ha demostrado tener efectos positivos en diversos trastornos físicos y mentales como el estrés, depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, cuadros emocionales relacionados al cáncer, etc., además de ser usado en la actualidad, por varios enfoques psicoterapéuticos, como herramienta de trabajo dentro de sus programas y otros que se basan directamente en él. Sin embargo, a pesar de tener abundantes estudios sobre sus aplicaciones, sus resultados aún no son concluyentes. Puede

deberse a la heterogeneidad de su concepto, a la falta de operacionalización de los conceptos relacionados al mismo, a las pequeñas poblaciones encontradas en los estudios y los diferentes programas que usan mindfulness, y a que la mayoría de los estudios usan autoreportes para evaluar los resultados de las intervenciones (Vázquez-Dextre, 2016).

1.5.2.10 Tratamientos psicológicos para el dolor (Moix & Casado, 2011)

Dentro de los tratamientos psicológicos para tratar el dolor podemos encontrar los siguientes:

- **Técnicas operantes:** Estas técnicas se basan en los principios del condicionamiento instrumental u operante o conductual. Considerando que el dolor posee componentes tanto físicos como cognitivos, emocionales y conductuales, las técnicas conductuales u operantes se dirigen a tratar exclusivamente el factor comportamental del dolor, aunque pueda modular indirectamente a los demás factores. Estos factores comportamentales o conductuales del dolor son referidos principalmente a las quejas del dolor, cambios posturales, expresiones faciales y conductas de evitación. En términos generales, las técnicas operantes buscan reducir o eliminar las conductas de dolor, restaurar las actividades diarias evitadas e instaurar el ejercicio físico. Con el propósito de alcanzar dichos fines, se emplean programas graduales, donde cada avance es reforzado.
- **Terapias de aceptación y compromiso:** Este tipo de terapias, basadas en el mindfulness y como su nombre lo indica, buscan que el paciente, más allá de ver el dolor como un sufrimiento, lo acepte como parte de su vida, dejando de lado su evitación y buscando el compromiso de la persona con los valores u objetivos vitales (Wilson & Luciano, 2002).

Este tipo de terapias se ha usado en diversas patologías, incluyendo el dolor crónico. Se ha comprobado que aquellos pacientes que aceptan más su dolor, puntúan menos en intensidad de dolor, presentando menos emociones negativas y llevando así una mejor calidad de vida (McCraken y Velleman, 2010).

Aunque algunos estudios apuntan a la efectividad de las terapias de aceptación y compromiso en pacientes con dolor crónico (Luciano, Visdómine, Gutiérrez & Montesinos, 2001), no hay suficiente evidencia para demostrar su efectividad en el campo del dolor, en especial crónico.

Algunas de las terapias basadas en este esquema, son las siguientes:

- *Escritura emocional*: Esta es una técnica que ha entrado recientemente en el campo del dolor, principalmente, crónico. Su máximo representante es Pennebaker. En 1986 realizó un estudio en el que demostró que los sujetos que describían su trauma (tanto el acontecimiento como las emociones experimentadas), necesitaban acudir en menor medida a las consultas médicas, que aquellos que no realizaban dicha actividad. A esta investigación, le siguieron muchas otras, y parece que, en general, se demuestra su efectividad (Frattaroli, 2006).

Las vías por las cuales la escritura puede convertirse en un medio saludable pueden ser variadas. Se hipotetiza que la escritura puede servir para: organizar y dar sentido a la experiencia, facilitar la comunicación con el entorno social, constituir una especie de “exposición” a las emociones y los hechos, etc.

- *Terapia cognitivo-conductual*: Dentro de las terapias para el dolor, especialmente crónico, las técnicas cognitivo-conductuales son las más empleadas y han demostrado ser efectivas (Eccleston, Williams, & Morley, 2009, Lunde, Nordhus & Pallesen, 2009; Morley, Eccleston, y Williams, 1999). En general, los estudios sobre terapia cognitivo-conductual comparan la evolución de un grupo de pacientes a los cuales se les trató con este tipo de terapia, junto con tratamientos médicos habituales, junto con un grupo de pacientes a quienes exclusivamente se les suministraron tratamientos médicos. Por tanto, los resultados de estos estudios reflejan el efecto que este tipo de terapia obtiene como coadyuvante de tratamientos médicos. Los pacientes tratados conjuntamente con ambas técnicas (médica y

psicológica), muestran una mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos. Aun así, en la mayor parte de los estudios, se ha encontrado que, aunque el efecto adicional que supone la adición de técnicas cognitivo-conductuales a tratamientos médicos, su magnitud es pequeña.

Moix & Casado (2011), proponen un protocolo de intervención de terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del dolor crónico. En este protocolo se describen diez sesiones grupales (planteadas para aplicar en grupos de ocho a diez personas) y dos sesiones individuales. La duración de las sesiones puede variar de una hora y media a dos horas. Cada sesión consiste en tres partes diferenciadas. La primera parte consiste en comentar tareas realizadas en casa, para comprobar hasta qué punto el paciente ha entendido las estrategias explicadas en la sesión anterior y para explicar todas las dudas surgidas. En la segunda se explica la temática de la propia sesión, siempre con una parte teórica seguida de diferentes ejercicios prácticos. En la última parte, para finalizar, se proponen las tareas que deben llevar a cabo los pacientes hasta la siguiente sesión para practicar lo aprendido. Respecto a las dos sesiones individuales, una se realiza a la mitad del tratamiento aproximadamente, y la segunda parte al finalizar el mismo. Estas sesiones pretenden comprobar si el paciente va adquiriendo los conocimientos y las técnicas explicadas y tratar cuestiones particulares que el paciente no haya expuesto en las sesiones conjuntas.

2. HIPNOSIS

2.1 Definición

Existen muchas definiciones acerca de qué es la hipnosis, sin embargo, abarcaría todo un libro definir, debido a que cada escuela o autor tiene su propia definición, por lo que sólo se hace mención aquí de aquellas definiciones más actuales sobre el mismo.

La Real Academia Española (2017), define al hipnotismo como un “método para producir el sueño artificial, mediante influjo personal, o por aparatos adecuados”. Por otro lado, el Diccionario del Centro de Estudios de Psicología Gauss (2018), define a la hipnosis como un “estado alterado de conciencia inducido en un sueño cooperante, que se caracteriza por un estrechamiento del foco de atención y un aumento de la sugestionabilidad, que provoca una disminución o anulación de los estados conscientes.

Por su parte, la American Psychological Association (2014) la define como "un estado de conciencia que implica la atención focalizada y conciencia periférica reducida, caracterizado por una mayor capacidad de respuesta a la sugestión”.

La Asociación para el Avance de la Hipnosis Experimental y Aplicada (2017), nos menciona que la hipnosis es una “construcción social que denota un rango de interacciones entre personas (el hipnotizado y el hipnotizador) en las que se activan roles a partir de la influencia social, y durante éste proceso, de acuerdo implícito, el hipnotizador/es intenta/n influir en los sentimientos, el pensamiento y la conducta, de las otra/s persona o personas pidiéndole/s que se concentre/n en ideas e imágenes que pueden evocar los efectos deseados”.

Basándonos en todas éstas definiciones, podemos entender entonces a la hipnosis como una “construcción social, que implica un estado alterado de conciencia inducido en un sueño operante por parte de un hipnotizador, caracterizado por un estrechado foco de atención y un aumento de la sugestionabilidad, lo cual provoca una disminución o anulación de los estados conscientes en el hipnotizado o persona hipnotizada, haciendo que el hipnotizador

intente o ejerza una influencia en sus sentimientos, pensamientos y conducta, haciéndole concentrarse en ideas o imágenes que evoquen los efectos deseados”.

2.2 Antecedentes históricos

Abordar los antecedentes de la Hipnosis es una tarea sumamente extensa, sin embargo, revisar sus orígenes puede esclarecer la comprensión de la problemática actual al momento de abordar una definición y aplicaciones en el ámbito de la salud (Castañeda & Krikorian, 2018). Por lo que, en el caso de este trabajo, sólo haremos una mención general, desde sus orígenes más arcaicos, hasta las teorías e ideas que más influyeron en su entendimiento y su uso como herramienta clínica, y posteriormente, como herramienta terapéutica.

2.2.1 La hipnosis en la antigüedad

No está del todo claro en qué momento de la historia se originó la hipnosis, sin embargo, existen indicios de que, desde principios de la humanidad, en todas las culturas se utilizó, de diferentes maneras, métodos hipnóticos con fines curativos, entre ellos el alivio del dolor. Pueblos como los babilonios, mayas, aztecas, persas, griegos y egipcios usaban la hipnosis con distintos fines médicos. Los sacerdotes o brujos, por medio de la imposición de las manos o rituales que involucraban cantos y bailes con un ritmo monótono, provocaban un estado llamado “sueño mágico”, muy semejante al estado hipnótico (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

2.2.2 Hipnosis en la Edad Media

En Europa del siglo XI al siglo XIII existieron los llamados “reyes dramaturgos”, quienes afirmaban poseer el “tacto real” o “toque real”, cualidad que supuestamente les permitía curar, principalmente las escrófulas, simplemente con tocar a la persona (Bloch, 1988, citado en Murillo, 2019). Con respecto a ésta famosa habilidad en el medievo, Avicena (980-1037) le otorga a la imaginación un papel relevante a éstas curas milagrosas; Santo Tomás de Aquino (1225-1274) apoya esta teoría destacando fenómenos del tipo sugestivo; Roger Bacon (1214-1294) creía que un pensamiento fijo y exaltado podía modificar el cuerpo de aquel que lo imaginaba; M. Ficino (1433-1499) y P. Pomponazzi (1462-1525) argumentaban que el poder curativo de las reliquias religiosas se atribuían a la fe del que las profesaba; los

reyes de Inglaterra y Francia, igualmente, con el “toque Real” curaban a la gente, solo con tocarla (Gonzalez Ordi, 1997, citado en Villar, 2016). Podríamos decir, entonces, que aquel fenómeno tenía que ver con autosugestión provocada por las creencias estrechamente religiosas de la época.

2.2.3 Hipnosis en el renacimiento

Es de destacar que hubo un hombre que se considera el predecesor de Mesmer, debido a que planteó una teoría sobre la existencia de una fuerza universal de carácter magnético, capaz de influir sobre todas las cosas que denominó “Archeus o Arqueo”. Se trata de Bombastus von Hohenheim, más conocido como Paracelso (1493-1541). Médico, filósofo y cabalista del renacimiento, doscientos años antes que Mesmer, pensaba que esta energía universal fluía sobre todo y se podía manipular para destrancar la fuerza vital perdida por la enfermedad (González Ordi, 1997; Etchevarne, 2005, citado en Villar, 2016).

2.2.4 Mesmer y la era mesmerista

Es a partir del siglo XVIII cuando la hipnosis es usada de forma abierta a raíz de una teoría conocida como “*magnetismo animal*”, postulada por Franz Anton Mesmer, considerado el precursor de la hipnosis (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

La historia de la hipnosis en Europa comienza en Francia en el siglo XVIII con la figura de Franz Anton Mesmer (1733-1815) (Crabtree, 1993; Janet, 1925; Podmore, 1909). Mesmer era un médico vienés, quien postulaba que el magneto posee poderes curativos, debido a que el cuerpo humano presenta dichas propiedades magnéticas. Según Mesmer, las enfermedades, tanto físicas, como mentales, eran provocadas por una desincronización de “fluidos magnéticos”, y una terapia basada en el uso del magnetismo, podía restablecer la armonía entre éstos, la cual consistía en modificar la redistribución de los fluidos magnéticos de la gente enferma transmitiendo fluidos magnéticos de un individuo que estuviera sano, ya sea usando sus propias manos, unas tijeras, piedras o papel, como lo había demostrado en múltiples presentaciones. Sin embargo, él notaba ciertos efectos en la cura magnética. En primer lugar, muchas personas, en plenos procesos de los países

magnéticos, experimentaban una crisis, en donde la persona caía al suelo y convulsionaba. Al levantarse y recuperarse de la convulsión, el individuo ya sentía alivio de la enfermedad o malestar. Otro aspecto que Mesmer notó, era que la persona no recordaba lo sucedido durante su crisis, dado que experimentaba una amnesia a dicha parte del procedimiento (Martínez - Taboas, 1998).

Cuando esta teoría era dirigida en seres vivos, era referida como *Magnetismo Animal*. De acuerdo a su propia descripción (Mesmer, 1779), “el cuerpo animal recibe los efectos alternativos de este agente que actúa sobre los nervios, sobre los cuales accede directamente, en forma análoga a un imán y con similares propiedades”. La concepción básica era que en todos los seres humanos existe contenido un campo dinámico de fuerzas magnéticas. Cuando el individuo está en buen estado de salud, ésta fuerza se reparte armónicamente a todo el cuerpo, pero esta distribución es poco exitosa en una persona enferma. Esta era la causa por la que se manifestaban los síntomas físicos. A través de magnetos, se permitía restablecer dicha energía por el cuerpo, restableciendo la salud (García, 2016).

El 2 de marzo de 1784, se determinó, por parte de una comisión de científicos designada por el rey de Francia, entre ellos Benjamín Franklin (quien en ese entonces era embajador de Norteamérica en Francia), Lavoisier, Bailly, LeRoy y de Bony, todos notables científicos de la época, además de cuatro médicos de menor renombre, que los efectos atribuidos por el magnetismo animal estaban más relacionados con la imaginación, la sugestión y la imitación. Con el tiempo, se demostró que los efectos producidos por Mesmer y los mesmeristas en sus pacientes, se debían a las “capacidades imaginativas de la persona, propiciadas por un ambiente altamente sugestivo en donde, a través del modelaje, había ya un prototipo de reacción en la gente (escupir, sueño, tos, convulsión)” (Martínez - Taboas, 1998).

Finalmente, los resultados del uso del magnetismo animal con fines terapéuticos fueron cuestionados por la Academia de Medicina de Francia y sus métodos condenados, obligándole a retirarse de la práctica médica. A pesar de esto, su

trabajo siguió siendo una influencia importante en el mundo occidental (Gravitz, 1988; citado en Tortosa, González, & Miguel, 1999).

Sin embargo, tal y como señala Ellenberger (1970) en su tratado, muchos proponen que el inicio de la psicología dinámica comenzó con el magnetismo animal, ya que estos autores señalaron de manera lúcida, la existencia de fenómenos intrapsíquicos como la alteración de conciencia, personalidades duales, disociaciones y sugestión, lo cual propició un ambiente favorable para que se investigara la posibilidad de que la conciencia del ser humano fuera mucho más compleja, profunda y multidimensional, de lo que se había pensado (Martínez - Taboas, 1998).

Años más tarde, Amand Marie Jacques de Chastenet (1751-1825), empleó el término “sonambulismo magnético o artificial” para describir estados intermedios entre el sueño y la vigilia, donde se podían producir cambios, principalmente en la memoria y la identidad (Pintar & Lynn, 2009). Este efecto alterado de conciencia era provocado por el mesmerista a través de pases magnéticos, induciendo al individuo en un tipo de sueño (o sonambulismo), en donde interactuaba con el mesmerista y con el medio ambiente, adquiriendo otro tipo de personalidad y posteriormente no recordaba nada (Martínez - Taboas, 1998).

Es a partir de esta época cuando surge un interés por usar la hipnosis como método para controlar el dolor (Martín, 2010). Entre aquellos encontramos a otra figura destacable del “mesmerismo”, José Custodio de Faria (1756-1819), quien sustituyó los llamados “pases magnéticos”, por sugestiones hipnóticas (Pintar & Lynn, 2009). A Faria se le atribuye haber defendido la idea del “*sueño (o trance) lúcido* (la persona está consciente de su medio ambiente), quien argumenta que no se trata de una fuerza o energía salida del magnetizador, sino de un estado que el individuo se induce a sí mismo. Luego de aplicar esta teoría en más de 5000 personas, concluyó que sólo un 5 % caía en un sueño lúcido con facilidad, insistiendo en las diferencias individuales y su repercusión en los fenómenos magnéticos (Hilgard, 1977, citado en Martínez - Taboas, 1998). Él pensaba igualmente que el sueño lúcido, como una especie de sugestión terapéutica,

también podía ser aplicado como anestesia quirúrgica (García, en preparación; citado en Martín, 2010).

Él declaró que un punto importante en este proceso magnético era la concentración de la atención de la persona que es “magnetizada”, alejándose más del concepto mesmerista. Custodio de Faria utilizó la técnica de fijación ocular para lograr esta concentración de atención y realizó diversas demostraciones públicas. Quizá se debe a él que tenemos algunos conceptos erróneos sobre la hipnosis, reforzados en las tristes demostraciones de teatro (Hipnosis, 2017).

Otras figuras destacables dentro del “mesmerismo”, y principalmente en su uso para el control del dolor, son John Elliotson (1791-1868) y James Esdaile (1808-1859). John Elliotson había estudiado mesmerismo con un discípulo del Abate Faria y experimentó con el “sueño magnético” para la cirugía mayor en numerosos casos. Posteriormente fundó una revista, “The Zoist” y un hospital mesmérico (Gezundhajt, 2007). El cirujano James Esdaile (1808-1859), colaboró con Elliotson en esta revista. En 1845, estando a cargo de un hospital en la India, fue pionero en el uso de la analgesia quirúrgica durante el “mesmerismo”, coincidiendo con el descubrimiento del cloroformo (Gezundhajt, 2007, citado en Martín, 2010).

2.2.5 James Bride y la teoría de la sugestionabilidad

Fue hasta 1843, cuando James Bride (1795-1860), acuñó por primera vez el término “*hipnosis*”, dándole mayor relevancia a los procesos de sugestión, sentando las bases para entender los efectos de la hipnosis como derivantes de la propia persona y no de fuerzas magnéticas, proponiendo de esta forma una explicación psicológica y dando pautas para su estudio de manera científica (Pintar & Lynn, 2009).

La sugestión, como primer paso de la hipnosis, implica que el individuo hipnotizado acepte una idea, creencia o impulso sin necesidad de tener una razón lógica. La sugestión no necesita ser verbal y puede presentarse en diferentes niveles sensoriales (oído, vista, tacto, gusto, olfato). La evaluación del nivel de sugestión del paciente debe ser basada en la edad cronológica y mental del

paciente, estabilidad emocional, inteligencia y ambiente social (Peretz, & Bimstein, 2000).

James Braid es importante dentro de éste término, debido a que fue uno de los primeros en concebir a la hipnosis como “un estado de excesiva concentración y atención, en donde la imaginación, las creencias y expectativas se tornaban más intensas que en el estado de vigilia normal”, y bajo éste estado de especial atención y concentración, el individuo lograba alteraciones marcadas en su psicofisiología y en sus capacidades mentales, derivando su naturaleza en conceptos y procesos puramente psicológicos (Martínez - Taboas, 1998). Citando a Braid:

“Esta concepción es esencialmente una de abstracción mental o de concentración de la atención, en donde los poderes de la mente son absorbidos por un solo tipo de pensamiento, lo que lleva a que todas las demás ideas y pensamientos caigan en la inconsciencia” (Citado en Crabtree, 1993, citado en Martínez - Taboas, 1998).

Para Braid, uno de los fenómenos más interesantes es aquel que llamó “coma hipnótico”, en el cual el individuo no era capaz de recordar los eventos ocurridos durante la hipnosis, una vez ésta haya finalizado. Una de sus contribuciones más importantes al concepto de la hipnosis fue el hecho de suponer que durante el proceso hipnótico no ocurre ninguna transmisión de energías, y que el constructo principal es la interacción entre la sugestión y una persona especialmente susceptible (Martínez - Taboas, 1998).

Igualmente fue pionero en proponer un método de autohipnosis para el alivio del dolor basado en la fijación de la mirada (Weitzenhoffer, 1989, citado en Martín, 2010).

2.2.6 Charcot y el resurgir de la Hipnosis

A partir de 1870, con Jean-Martin Charcot (1825 - 1893), se da un resurgimiento de la hipnosis como herramienta clínica. Charcot empieza a utilizar la hipnosis como herramienta principal para tratar casos de histeria y realizar diagnósticos

diferenciales entre casos de epilepsia y casos de pseudo-convulsiones (Martínez - Taboas, 1998). A través de sus trabajos científicos, defiende la idea de que:

- 1) La hipnosis es un estado alterado de conciencia ligado a procesos histéricos.
- 2) Sólo las personas que sufren de histeria pueden ser hipnotizadas.
- 3) Toda persona hipnotizada entra por tres etapas en una misma secuencia y en una intensidad similar (López, s/a):
 - *Estado cataléptico*: Se produce al mirar fijamente un objeto. El hipnotizado permanece inmóvil, con los ojos abiertos, lentamente mueve sus extremidades, respira lentamente y se da una ausencia de reflejos y de hiperexcitabilidad muscular (fenómeno reflejo causado por una alteración en el sistema nervioso central que consiste en padecer una contractura muscular luego de sufrir un golpe o roce en el miembro comprometido).
 - *Estado letárgico*: A continuación, el hipnotizado cierra los ojos, respira lentamente, y sus reflejos se vuelven exagerados. Aquí el hipnotizado no es sugestionable.
 - *Estado sonambúlico*: Se presenta tras la estimulación del vertex del hipnotizado en cualquiera de las fases mencionadas. El hipnotizado tiene los ojos cerrados, presenta flacidez muscular, los reflejos tendinosos se exaltan por estímulos táctiles y auditivos de diversa intensidad.

Para Charcot, la hipnosis y la histeria eran disfunciones neuropsicológicas, reduciendo así a la hipnosis a un proceso fisiológico. Él defendía que las etapas de la hipnosis antes mencionada, sucedían por procesos orgánicos, descartando así la sugestión en su reproducción. Además, mencionaba que la hipnosis debía ser entendida como una disfunción neuropatológica y que su presencia era un síntoma propio del proceso histérico (Gray, 1988).

2.2.7 La hipnosis de la Escuela de Nancy

A finales de 1800, Augusto Liebeault (1823 - 1904) e Hipólito Bernheim (1837 - 1919) (de la Escuela de Nancy), fundaron la primera academia de hipnosis en Europa, comenzando a estudiar las reacciones fisiológicas derivadas de ésta, considerándola como un estado de conciencia, y un tratamiento válido en medicina

y neurología. Sostenían que éste fenómeno entraba dentro de los parámetros normales y que las personas presentaban diferentes grados de sugestionabilidad, lo que los hacía, por tanto, hipnotizables. (Gravits, 1988; citado en Tortosa et al., 1999; citado en Pintar & Lynn, 2009).

Ellos argumentaban que las teorías de Charcot sobre la hipnosis estaban erradas, puesto que las observaciones obtenidas por ellos en personas hipnotizadas, eran muy diferentes a lo que Charcot planteaba (Martínez - Taboas, 1998). Mediante sus observaciones, Liebeault y Bernheim encontraron que:

- 1) Muchas personas mentalmente saludables pueden entrar en estado o trance hipnótico, refutando la postura de Charcot de que la hipnosis era sintomatología del proceso histérico.
- 2) Aun cuando sus pacientes entraban en un profundo estado hipnótico, ninguno entró en las tres etapas (letargo, catalepsia y sonambulismo) sostenidas por Charcot.

Finalmente, después de estas críticas, las teorías de Charcot pasaron a ser desacreditadas y olvidadas posteriormente, originando la necesidad de replantear las concepciones relativas a la neurosis y a la psicoterapia (Piñero y Messeguer, 1970). A partir de 1883, se popularizan las críticas de Bernheim, quien rechaza la relación hipnosis-histeria, considerando a la primera como un fenómeno de sugestión (tendencia de transformar una idea en un acto) (López, s/a), considerándose un fenómeno puramente psicológico (Martínez - Taboas, 1998).

2.2.8 Influencia del Psicoanálisis en la Hipnosis

Algo que debe quedar claro en cuanto a la influencia del psicoanálisis en la hipnosis es que Sigmund Freud (1856-1939) ni ninguno de sus principales discípulos (Rank, Jones, Fenichel, Jung, Stekel, Eitington, entre otros), no eran reconocidos como expertos en esta área, inclusive, casi ninguno de ellos publicó nada que aportara al estado del arte. Sin embargo, y de manera paradójica, el psicoanálisis tuvo un gran impacto negativo en los procedimientos hipnóticos (Martínez-Taboas, 1998).

Freud, inspirado por las teorías de Charcot, y motivado principalmente por la lectura de uno de los libros de Bernheim (La sugestión y sus aplicaciones terapéuticas), empezó a investigar la hipnosis en profundidad (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013), y a emplearla como herramienta terapéutica en su práctica privada, publicando incluso, en 1892, un estudio de caso (Freud, 1892, 1952). Quizás el caso más importante donde Freud empleó la hipnosis, es el de Anna O (Bertha Pappenheim), en el cual hizo uso del proceso hipnótico para descubrir y controlar innumerables síntomas histéricos provenientes de aquella joven mujer (Martínez - Taboas, 1998). Junto con Breuer, empleó la regresión hipnótica como base para llegar al análisis de los contenidos inconscientes traumáticos (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

El consideró que durante el trance hipnótico (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013):

- 1) El paciente no se hallaba en poder de todas sus facultades, debido a que era más un objeto disociado que una persona íntegra.
- 2) Que durante el estado de sueño podía ignorar totalmente lo que le había ocurrido durante el tratamiento, lo cual dificultaría su concientización del mismo.
- 3) Que era mejor optar por el relato, pues libremente el sujeto recordaba, cooperaba y permitía ser conducido hasta la fuente real de sus problemas.

Finalmente, y a través de casos estudiados por él, le hicieron pensar que la cura aparente, a través de éste método, se podía romper si se perdía la relación con el paciente, sumado a su poca habilidad como hipnotizador, terminaron por hacer que Freud rechazara la hipnosis como método terapéutico (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013), reemplazándolo por un método en el cual los pacientes podían ser plenamente conscientes de sus elaboraciones mentales (asociación libre), abriendo paso al desarrollo del psicoanálisis (Bermejo, s/a).

2.2.9 Émile Coué y la autosugestión

Émile Coué (1857-1926) fue un farmacéutico y psiquiatra francés, y autor del método curativo basado en la *autosugestión*. A partir de un experimento en donde, a falta de medicamentos, decide probar dándoles medicamentos placebos a sus pacientes con la esperanza de ser resurtido lo más pronto posible; el efecto fue que, muchos de sus pacientes se recuperaron como si hubieran estado medicados tradicionalmente. A partir de este hallazgo, comenzó a investigar el poder de la mente para sanar el cuerpo (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013). En base a sus investigaciones, formula tres leyes:

- 1) *Ley de atención sostenida*: Cuando una persona concentra su atención en una idea o pensamiento, dicha idea tiende a realizarse, es decir, tenderá a manifestarse de manera espontánea.
- 2) *Ley del esfuerzo reversible*: Cuando una persona piensa que no puede hacer algo, y luego lo intenta, eventualmente no será capaz de hacerlo sin importar cuántas veces lo intente. Cuando un estado mental es tal que se piensa “me gustaría hacer esto, pero no puedo”, cuanto más intente realizarlo, menos capaz será de lograrlo, sin importar las ganas que tenga de lograrlo.
- 3) *Ley del afecto dominante*: Una emoción fuerte tenderá siempre a reemplazar a una emoción débil. Una sugestión asociada a una emoción, hará que la sugestión sea más efectiva. Una sugestión vinculada con una emoción predominará sobre cualquier otra sugestión que esté vinculada en ese momento.

Coué (Citado en Escuela de Hipnosis Terapéutica, 2013) plantea, a su vez, cinco consecuencias de las leyes:

- 1) Cuando la voluntad y la imaginación son antagónicas, invariablemente gana la imaginación.
- 2) En un conflicto entre la voluntad y la imaginación, ésta última siempre tenderá a anteponerse a la voluntad.
- 3) Cuando la voluntad y la imaginación están de acuerdo, no se suman sus esfuerzos, sino que se multiplican.

- 4) La imaginación puede ser guiada.
- 5) La fuerza de voluntad, para hacer o bien no hacer, es una función de la mente consciente, mientras que la mente subconsciente es influenciada y estimulada por la imaginación, y es la información archivada en la mente inconsciente o subconsciente, la que determina las reacciones, acciones y actitudes de la mente consciente. Es allá, donde somos lo que realmente somos en el *subconsciente mental*.

En palabras de Émile Coué: “Gracias de nuestro conocimiento del efecto tan potente que una idea provoca, podremos llegar a comprobar la importancia de ejercer una censura más estricta y cuidadosa sobre los pensamientos que entran en nuestras mentes” (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013). En otras palabras, deben evocarse aquellas ideas que nos mantengan en un estado de salud óptimo y de bienestar emocional, dicho de otra forma, autosugestionarnos de manera positiva.

2.2.10 La hipnosis en el siglo XX

Hay quienes creen que la hipnosis como actividad académica y clínica decayó durante décadas, debido a la influencia muy generalizada que ejerció el psicoanálisis en Estados Unidos y Europa, el cual criticó su uso y aplicación, argumentando que, debido a esto, se rezagó de la psicología académica y de la psicoterapia. Sin embargo, hay que destacar que a partir de los años cincuenta, vendría un cambio paulatino y significativo (Martínez-Taboas, 1998), en especial en el campo de la hipnosis. Es durante ese entonces, que se desarrollaron además nuevas concepciones y usos de la hipnosis que alcanzaron una considerable popularidad (De Pablo, 2016).

2.2.10.1 La hipnosis en la Primera Guerra Mundial

La primera guerra mundial fue sin duda, un suceso dramático que precipitó el regreso de la hipnosis a la escena médica occidental. Dentro de este periodo histórico, la hipnosis fue usada como anestesia por varios dentistas, lo que hizo que fuera vista con respeto y a partir de entonces comienza a ser nuevamente reconocida oficialmente por la medicina y la psicología. Aunque los anestesistas le

prestaron poca atención, en 1955 la British Medical Association declaró que *“hay un lugar para el hipnotismo en la producción de la anestesia o analgesia para la cirugía y las operaciones dentales, y en algunos sujetos es un método efectivo para el alivio del dolor en el parto sin alterar el curso normal del trabajo de parto”* (Wobst, 2007, citado en Martín, 2010).

En 1958 la Asociación Médica Americana siguió ésta misma ruta. Posteriormente se establecieron sociedades de hipnosis, tanto clínica como experimental, con investigaciones y publicaciones, así como cursos de hipnosis en facultades de medicina en Estados Unidos e Inglaterra. Igualmente, se establecieron laboratorios de investigación en universidades importantes, con fuertes apoyos económicos de gobiernos y fundaciones (Martín, 2010).

2.2.10.2 La hipnosis de la escuela rusa

El trabajo del fisiólogo ruso Iván Pétrovich Pavlov (1849-1936), es conocido ampliamente en el campo de la psicología, aunque sus aportaciones centradas en la observación y explicación del reflejo condicionado, son las que despertaron el mayor interés en los psicólogos. Uno de sus ámbitos que han tenido menos atención, son las teorías y experimentos relacionados a la hipnosis (De la Casa, Ruiz & Sánchez, 1999).

Él consideró la hipnosis como “una inhibición parcial irradiada cortical y subcortical, y vio los mecanismos que aparecen en el sueño y los sueños como un proceso fisiológico normal. Planteó que ésta crea un estado de inhibición que se extiende a partir del área motora cortical a las demás áreas de los hemisferios cerebrales, pudiendo llegar al mesencéfalo, originando en un principio una inhibición motora que, dependiendo de la magnitud del estímulo, produce presión en los movimientos oculares e inhibe la presión de los reflejos salivales, dando paso el sueño profundo con hipotonía muscular generalizada (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

Un dato interesante es la explicación que Pavlov ofrece acerca de una de las manifestaciones más llamativas de la hipnosis: la sugestión inducida al paciente por

parte del hipnotizador, y cómo a través de ésta, el hipnotizado obedece ciegamente las instrucciones del hipnotizador, inclusive, puede llegar a alterar ciertas funciones fisiológicas producidas por las sugerencias del hipnotizador (por ejemplo, puede llegar a sentir frío cuando en realidad hace calor, o probar como salado algo dulce). Él menciona la influencia ejercida por el lenguaje o la palabra como estímulos condicionados. Mientras que el individuo permanece hipnotizado, una inhibición difusa se extiende por la corteza cerebral y al mismo tiempo, las palabras del hipnotizador hacen que la excitación se concentre en una zona claramente delimitada, y haciendo que las palabras ejerzan una poderosa sugestión, reduciendo la influencia del resto de estímulos presentes, y creando las características propias del hipnotizado (seguir las sugerencias dadas por el hipnotizador) (De la Casa, Ruiz & Sánchez, 1999).

Con estos descubrimientos, Pavlov rompió con aquellas concepciones metafísicas o sobrenaturales que se tenían sobre la hipnosis. Se vinieron abajo las teorías fundamentadas en especulaciones y carentes de fundamentación científica, para darle paso a la hipnosis como herramienta con base teórico-científico materialista (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

Entre otros exponentes de la hipnosis de Rusia tenemos a Vladímir N. Bédjterev (1857-1927), quien planteó la hipnosis como una modificación del sueño natural, y menciona que la esencia de la hipnosis es la introducción de ideas, sentimientos y emociones sin la intervención de la crítica ni el juicio, haciendo uso de la palabra y los gestos; una de sus investigaciones más importantes es la sugestión en estado de vigilia o sugestión no voluntaria, la cual actúa en la comunicación de las personas, de manera imperceptible, y sin provocar resistencia (por ejemplo, una persona alegre, que contagia su alegría a personas aburridas de manera inadvertida), actuando también la imitación y otros medios de interinfluencia. Por su parte, Konstantin Ivanovich Platonov (1899-1951), a través de su libro denominado "La palabra como factor fisiológico y terapéutico", propuso el uso de la sugestión, pero como forma de persuasión, como tratamiento clínico, aplicándolo en la atención de partos, control del alcoholismo, entre otros, mencionando que la

sugestión posee la posibilidad de orientar las ideas y la conducta de las personas, inclusive puede motivarlas (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

2.2.10.3 Schultz y la autorrelajación

Johannes Heinrich Shultz (1884-1970) desarrolló un método de autohipnosis conocido como “Entrenamiento autógeno de Schultz”, basado en la autosugestión, por medio del cual, el individuo construye imágenes mentales que le quitan la tensión y crean un estado de autorrelajamiento; de este tratamiento, más tarde derivarían todas las psicoterapias basadas en la relajación” (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

2.2.10.4 Dave Elman y el método de inducción rápida

Dave Elman (1900-1967) es autor de un libro sobre la hipnosis, publicado en 1964 y considerado como un clásico dentro de esta rama: “Conclusiones en Hipnosis”, para más tarde, llamarse “Hipnoterapia”, el cual lo consagró como el más grande hipnotista de todos los tiempos. Es creador del “*método de inducción rápida*” (o *método Elman*), y pionero de la aplicación de la hipnosis en la práctica médica. Junto con Milton Erickson, Dave Elman es considerado uno de los dos más grandes hipnotizadores del siglo XX, y capaz de llevar a una persona a trance profundo en menos de un minuto (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

2.2.10.5 Erickson y la Hipnosis Ericksoniana

Milton H. Erickson (1901-1980) es reconocido como la principal autoridad en hipnoterapia y psicoterapia estratégica breve a nivel mundial. Autor de más de 140 artículos científicos, en su mayor parte sobre el tema de la hipnosis y coautor de diversos libros, además de ser fundador de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica. Erickson, creó numerosas técnicas modernas de inducción, usando igualmente metáforas y anécdotas para facilitar el estado hipnótico (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

La importancia de la llamada “Psicología Ericksoniana” radica tanto en las técnicas como en la filosofía, las cuales están detrás de los métodos, así como las tácticas interpersonales del abordaje del paciente, las cuales tienen por objetivo liberar las potencialidades para la autoayuda, tanto en estado hipnótico, como en

estado de vigilia. Erickson es considerado alguien que innovó en el área de la psicoterapia, al enfatizar en sus métodos los estados internos del propio paciente. Muchos profesionales destacados fueron influenciados por sus ideas, por ejemplo: Margaret Mead, Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, Ernest Rossi, Stephen Lankton y Joseph Barber (Instituto para la Hipnosis Indirecta, 2000, citado en Quezada, 2011). En palabras de Zeig (1985):

“La psicoterapia ericksoniana es un abordaje pragmático y estructural, basado en el diagnóstico y la modificación de patrones mal adaptados del paciente, promoviendo cambios, elucidando el pasado o promoviendo insights sobre el significado o la función de los síntomas. Para promover cambios basados en las necesidades más profundas del paciente o terapeuta adaptándose al contexto o a un cuadro de referencia del mismo, utilizando un patrón de comunicación terapéutica individualizada y de múltiples niveles, para identificar, despertar, desenvolver, recombinar y utilizar los recursos del propio paciente” (p. 24).

Básicamente, para Erickson, el terapeuta debe estar convencido de que los recursos necesarios para resolver los problemas, residen en la historia y la vida del propio paciente, y ante cada problema, la solución reside en el propio interior (Escuela Hipnosis Terapéutica, 2013).

2.2.10.6 La hipnosis experimental

A partir de 1960 se da una gran cantidad de investigación científica y también clínica sobre la hipnosis. En la parte experimental destacan dos principales figuras: En primer lugar, tenemos a Ernest H. Hilgard (1904-2001) y sus colaboradores de la Universidad de Stanford, y en segundo a Theodore X. Barber (1927-2005) y sus colaboradores de la Fundación Medfield. Hilgard en Stanford crea un laboratorio donde el estudio sobre hipnosis cobró prominencia. Producto de esta labor fue la publicación de importantes e influyentes artículos acerca del tema y su libro clásico *Hypnotic Susceptibility* (Hilgard, 1965). Podemos decir entonces que Hilgard fue precursor de la investigación sobre hipnosis. Por otro lado, Barber y sus colaboradores, en esa década, iniciaron de manera temprana, una serie programática e influyente de investigación sobre hipnosis, basada en una

concepción teórica inspirada por el aprendizaje social, además de publicar uno de los libros más conocidos y citados en las próximas dos décadas: *Hypnosis: A Scientific Approach* (Barber, 1969) (Martínez-Taboas, 1998).

2.2.11 La hipnosis en Latinoamérica

El resurgimiento de la hipnosis en Latinoamérica se hizo notar a finales de los años cincuenta (Stokvis & Montserrat Esteve, 1967; XII). Puntos clave de este resurgimiento fueron la fundación en 1959, por el psiquiatra argentino Isaac Gubel (fundador y presidente de la Sociedad Argentina de Hipnoterapia), de la Federación Latinoamericana de Hipnosis Clínica, y la publicación desde finales de ese mismo año, la Revista Latinoamericana de Hipnosis Clínica, por parte de la misma institución. Esta federación englobaba a comienzos de los años sesenta a quince sociedades activas de España y Sudamérica. También se constituyó, con menor importancia, la Confederación Latinoamericana de Hipnosis Clínica y Experimental en 1960, y la fundación de su revista, la Acta Hipnológica Latinoamericana igualmente ese mismo año (De Pablo, 2016).

2.2.12 La hipnosis en México

A finales de la década de 1870, y gracias al trabajo de Charcot en París, es cuando la hipnosis se transformaría en un capítulo de la medicina médica, por lo que no es de extrañar que en México no se hayan elaborado textos sobre hipnosis y magnetismo animal a lo largo de esa década. En todo caso, durante esos años se producía en la medicina de México una serie de transformaciones que serían el inicio de un *hipnotismo médico* a mediados de la década de 1880. Pocos años después del comunicado breve de Hidalgo Carpio, acerca de la magnetización que presencié en la casa de un colega en 1870, los profesionales de la ciencia médica empezaron a desarrollar trabajos sobre nuevas patologías nerviosas y empezaron asimismo a practicar novedosos tratamientos para dichos padecimientos (Vallejo, 2015).

Podría suponerse que el uso de la hipnosis para tratar estas y otras patologías en el año 1880 se debió a dos procesos que se desarrollaron de manera paralela en la ciencia de la ciudad de México: El primero tenía que ver con la creciente

preocupación de los médicos por las anomalías nerviosas, que, a sus ojos, se definían por una ausencia de lesión orgánica, y por no adecuarse al paradigma de la degeneración (Edelman, 2009). El segundo proceso ayuda a comprender por qué la hipnosis sería incluida como un posible tratamiento para la neurosis y otras enfermedades, la cual tendría que ver con el influjo moral del médico sobre el paciente (Hidalgo, 1870, citado en Vallejo, 2015).

Es a partir de 1950 cuando se empieza a investigar, a desarrollar y aplicar la hipnosis como herramienta terapéutica, siendo hoy en una valiosa herramienta para aquellos terapeutas que están dispuestos a aceptarla y utilizarla en beneficio del paciente. Si bien en México su uso es aún muy reducido, ya existen asociaciones de hipnoterapia estatales en algunas partes del país, así como centros e institutos avalados por fundaciones internacionales de hipnosis (Hipnosis, 2017).

2.2.13 La hipnosis en el siglo XXI

La investigación dentro del campo de la hipnosis en el siglo XXI sin duda ha tenido grandes avances en el campo de la salud, más adelante se hablará acerca de las investigaciones sobre el uso de hipnosis en el tratamiento del dolor ocasionado por distintas patologías, como parte de estos adelantos dentro del área.

Sin embargo, en nuestros días abunda igualmente el uso de la hipnosis con fines de espectáculo por parte de sinfín de personas en medios de comunicación como la televisión, donde se hace creer a la audiencia que el hipnotizado está a merced del hipnotizador.

Este tipo de espectáculos fomentan la creación de creencias falsas que promueven el mal uso e incluso un uso peligroso de la hipnosis, puesto que es usada por una persona no acredita para dicha práctica (Serrano, 2017).

2.3 Tipos de hipnosis

Dentro de los tipos de hipnosis usados en el área clínica, podemos encontrar las siguientes:

2.3.1 Hipnosis clásica o tradicional

La hipnosis tradicional o clásica parte de los descubrimientos realizados por el médico Franz Anton Mesmer, considerado el precursor de la hipnosis, y su teoría sobre el “magnetismo animal”, donde mencionaba el poder curativo que se encontraba en las propiedades magnéticas del individuo, posteriormente evoluciona el concepto y su desarrollo a partir del descubrimiento de personajes como James Braid, quien habla de la sugestión como parte fundamental de la hipnosis, Bernheim quien habla de la hipnosis como un proceso puramente psicológico, o Sigmund Freud con la teoría psicoanalítica, donde existe una relación del proceso del inconsciente con el proceso hipnótico.

La hipnosis tradicional o clásica está basada en la inducción de un estado de trance, y una vez que la persona alcanza este estado, recibirá sugerencias verbales en relación a su conducta o sus estados mentales. El objetivo de este método es influir en el comportamiento, por ejemplo, sugiriendo al paciente que abandone un hábito o una creencia negativa. Este método de hipnosis sigue siendo hoy en día el más utilizado en todo el mundo (Figueroba, s/a).

Este modelo está basado en cinco fases lineales:

- **Preinducción directa:** Se construye la relación de confianza o rapport, se define el problema y se desmitifica la hipnosis, para valorar la capacidad hipnótica del paciente también pueden usarse las escalas de susceptibilidad hipnótica.
- **Inducción:** Se dan sugerencias de relajación directa.
- **Profundidad:** El hipnoterapeuta aumenta la intensidad de la experiencia a través de técnicas específicas, como la sugestión directa, el recuento y la imaginería.

- **Terapia:** El hipnoterapeuta ofrece al paciente sugerencias posthipnóticas, positivas o negativas.
- **Interrupción:** Por último, se reorienta al paciente, se le ofrece sugerencias constructivas del ego y restablece la relación.

En las fases de inducción, profundidad y terapia la relación se considera implícita con la mente inconsciente. La inducción hipnótica clásica o tradicional es lineal, (Nardone, Loredano, Zeig, & Watzlawick, 2008).

2.3.2 Hipnosis cognitivo-conductual

Este tipo de técnica integra a la hipnosis la teoría cognitivo-conductual, debido a que ofrece una teoría unificadora de la psicoterapia y la psicopatología, integrándose con eficacia la teoría y la práctica clínica. Una característica distintiva de la teoría cognitivo-conductual es que es técnicamente un enfoque ecléctico, donde se combinan técnicas conductuales y cognitivas, sin embargo, no son combinadas al azar. Son seleccionadas en el contexto de formulación caso cognitiva, que se utiliza para guiar la práctica para cada caso individual (Alladin, 2008; citado en Bernal, 2015).

La perspectiva cognitivo-conductual concibe a la hipnosis como un conjunto de métodos que, a través de la sugestión, promueven un cambio comportamental. Este fenómeno es entendido como una consecuencia de la interacción entre factores como el estado de relajación física, el uso de la imaginación o las expectativas y las creencias de la persona. Algunos terapeutas adscriben dentro del tratamiento con terapia cognitivo-conductual a la hipnosis como herramienta complementaria en intervenciones más amplias y variadas como las alteraciones del ciclo de sueño-vigilia, adicciones conductuales y a sustancias (sobre todo el tabaco) o el trastorno de estrés postraumático (Figueroba, s/a).

2.3.3 Hipnosis ericksoniana (Bernal, 2015)

El modelo ericksoniano es un modelo flexible y centrado en el paciente, no es lineal (como en el caso de la hipnosis clásica), sino compuesto y articulado sobre varios niveles. Está dividido en tres fases, a través de las cuales se puede inducir a

un trance, y que sirven para guiar el proceso del hipnoterapeuta, son las siguientes: Identificar los recursos de la persona, utilizar los recursos a favor del paciente y crear las condiciones favorables para que se manifieste el cambio.

Según Téllez (2007), la hipnoterapia y la psicoterapia realizadas por Erickson, se guían por varios principios desarrollados por él mismo, caracterizadas por la no convencionalidad, mayor probabilidad de éxito y originalidad.

Ya antes se había mencionado, en los antecedentes históricos, sobre el modelo hipnoterapéutico de Erickson, el cual está basado en las necesidades del propio paciente, y trabaja con las herramientas que éste mismo le pueda proporcionar para la solución de sus problemas, los cuales radican dentro de sí, así como la solución, siempre y cuando el paciente esté convencido de esto.

Este tipo de hipnosis tiene una orientación naturista, ya que argumenta que la hipnosis es un fenómeno que se presenta de manera natural, ocurriendo varias veces al día sin intención por parte de la persona o sin estar consciente de ello, la inducción hipnótica puede ser algo casual y se puede alcanzar el estado de trance por medio de una conversación a través de un enfoque indirecto y permisivo, con una comunicación multinivel.

Dentro de la inducción hipnótica, se hace uso de todo aquello que el paciente lleve al consultorio como las creencias, conductas, capacidades, habilidades, características del lenguaje, actividades laborales, pasatiempos, defectos, síntomas, resistencias, etc., todas las herramientas que el paciente pueda proporcionar durante la sesión (ya antes mencionado).

Como se mencionó de igual forma en los antecedentes históricos, para inducir al trance, se hace uso de analogías, metáforas, narraciones, sugerencias intercaladas y chistes para ofrecer mensajes de forma indirecta a los pacientes, aquellos mensajes que se espera, induzcan al cambio. Este tipo de recursos favorecen en el paciente el pensamiento creativo y reflexivo, en especial en aquellos que ponen en duda el proceso hipnótico o presentan un nivel de sugestionabilidad bajo, por lo que

se le atribuye a la hipnosis ericksoniana una mayor eficacia que a la hipnosis clásica o tradicional en este tipo de personas (Figueroba, s/a).

Para Erickson, el paciente es visto como un agente activo y con recursos internos para solucionar problemas, haciendo énfasis en que las personas tienen recursos internos para la solución de dichos problemas. Igualmente afirmaba que los cambios sólo se podían lograr en el presente, modificando las perspectivas en el futuro, dirigiendo así al paciente hacia el futuro y hacia la solución.

2.3.4 Autohipnosis

La autohipnosis o autosugestión (ya mencionada anteriormente en los antecedentes históricos), es una técnica que tiene relación con el efecto placebo, desarrollada por el farmacéutico y psiquiatra francés Émile Coué (1922) a principios del siglo XX, en la cual el individuo guía sus propios sentimientos, pensamientos o comportamientos, los cuales pueden afectar el estado de salud del propio individuo.

A través de la autohipnosis o autosugestión, la persona alcanza este estado induciéndose a sí misma. Puede apoyarse de instrumentos como grabaciones en formato sonoro (los más habituales), aunque también hay aparatos que alteran las ondas cerebrales para modificar el nivel de consciencia (Figueroba, s/a).

Su objetivo es proporcionar al paciente, por medio de estas técnicas una vez aprendidas, confianza y habilidades para el control de los síntomas emocionales y físicos fuera de las sesiones de terapia, siendo una poderosa herramienta contra el pensamiento negativo (Alladin, 2008; citado en Bernal, 2015), además de poder aplicarse a otros problemas, controlando los síntomas y obteniendo beneficios cuyas ventajas son de larga duración (Montgomery & Schnur, 2004).

Este tipo de hipnosis mayormente se aplica sobre todo en dificultades cotidianas que no revisten de gravedad particular. Es habitual, por ejemplo, su uso para desarrollar habilidades intrapersonales e interpersonales (como el asertividad), para reducir el nivel de estrés e inducir relajación, enfrentarse al miedo escénico, bajar de peso o fumar (Figueroba, s/a).

2.3.5 Programación neurolingüística

La programación neurolingüística (PNL) parte de la teoría constructivista, que define la realidad como una invención y no como un descubrimiento. Se basa en decir que el ser humano no opera en el mundo real en el que vive, sino que lo hace a través de representaciones del mismo, las cuales determinan la forma en que cada individuo percibe el mundo. La PNL es un sistema para preparar (programar) sistemáticamente la mente (neuro), y lograr que el individuo comunique eficazmente lo que piensa con lo que hace (lingüística), logrando así una congruencia y comunicación eficaz a través de una estrategia que se enfoca en el desarrollo humano (Ortiz, 2014).

Si bien la PNL no se trata específicamente de un tipo de hipnosis, está estrechamente relacionada con este método. El “Modelo Milton”, creado por Richard Bandler y John Grinder, es una variante de la PNL que se basa en el método de hipnosis desarrollado por Milton Erickson, y que utiliza “modelos de pensamiento” para mejorar las habilidades psicológicas. Al igual que en el método ericksoniano, se practica la sugestión a través de metáforas. Sin embargo, esta intervención ha sido criticada debido a que sus autores han interpretado de manera errónea muchas de las ideas básicas de la hipnosis ericksoniana (Figueroba, s/a).

La PNL es considerada por la comunidad científica como una pseudociencia, y, por tanto, un fraude. Esto se debe a que sus postulados no están sustentados en ninguna base empírica, y si bien incluye conceptos complejos con el propósito de dotar a la “teoría” de cierta credibilidad; este tipo de práctica es extremadamente habitual en las pseudociencias (Figueroba, s/a).

2.4 Aplicaciones y contraindicaciones

La hipnosis es empleada para “grabar conocimientos y actitudes nuevas, que permiten al individuo enfrentarse de mejor forma a los problemas presentes en la vida. El estado de relajación inducido por hipnosis supone un alto grado de concentración que puede permitir aprender las cosas con más facilidad. Si las ideas son simples, claras y racionales (entren dentro de sus posibilidades reales), se insertan en la mente de la persona bajo este efecto hipnótico y, en poco tiempo,

pasan a formar parte del “pensamiento automático”, teniendo como base la sugestión (Nieto & Aguirre de Cárcer, 2011).

Actualmente la hipnosis se usa no sólo con finalidades médicas sino como también para la resolución de problemas de origen psicológico (Pons, s/a). La hipnosis puede ser aplicable como tratamiento en problemas como:

- Cesamiento de hábitos o conductas indeseadas (tabaquismo, alcoholismo, abuso de drogas, enuresis nocturnas, morderse las uñas, disfemia, etc.).
- Control de peso.
- Incremento de la productividad en los estudios y el trabajo, aumento del rendimiento deportivo, mejora de la concentración y la memoria, desarrollo de la imaginación, incremento de la autoestima y alcance del máximo potencial que cada persona tiene y puede alcanzar.
- Cesación de fobias (a animales, a volar en avión, alturas, etc.), compulsiones, problemas emocionales, problemas de insomnio, sentimientos de culpa, inhibiciones, celos, y otros problemas y ansiedades de la vida diaria.
- Problemas sexuales como eyaculación precoz, ansiedad relacionada con el sexo y exploración de la sexualidad, incluyendo la exploración de sexualidades alternativas.
- Prevenir estrés y tensiones causadas por la vida moderna por medio de la autohipnosis, reduciendo así el riesgo de padecer enfermedades del corazón.
- Dolores menstruales y del embarazo.
- Problemas de piel y urticarias nerviosas.
- **Control del dolor** por cirugía menor, odontología (ansiedad producida por visitas al dentista y control del dolor durante cirugía bucal), dolor articular y dolor neuromuscular en general.

La hipnoterapia o uso de la hipnosis como herramienta clínica es completamente natural y segura, y no produce efectos secundarios indeseados. Al ser administrada por profesionales con conocimiento y experiencia, los beneficios obtenidos son duraderos y en muchos casos permanentes.

A pesar de que la hipnosis es considerada aun por terapeutas y pacientes como una técnica con concepciones puestas en duda o erróneas, los datos empíricos comprueban su eficacia como una herramienta que se puede usar de manera adjunta o complementaria para una variedad de síntomas y padecimientos. Sin embargo, no se hace mención de que deba sustituir las terapias existentes o aquellas preinscritas por el profesional de la salud, sino que debería incorporarse con mayor frecuencia dentro de la atención clínica para mejorar los resultados obtenidos en el paciente (Mendoza & Capafons, 2009; citado en Dávila y Curay, 2018).

2.5 Mitos y errores sobre la hipnosis (Guzmán, 2017)

Muchos de estos mitos e ideas erróneas que se tienen sobre la hipnosis se deben principalmente al uso que se le ha dado con fines de entretenimiento (hipnosis de espectáculo). Debido a este mal uso, se queda impregnada la idea de que el hipnotista posee poderes especiales, más allá de lo normal, y que puede lograr que las personas realicen cosas o se comporten de una forma que estando en vigilia no harían.

Algunos de los conceptos erróneos o equivocados que se tienen sobre la hipnosis son los siguientes:

- **Dominación:** El sujeto en trance no está en estado de sumisión, sino que está altamente concentrado, lo que hace que su estado de alerta esté más alto o aumentado, por lo que es capaz de rechazar sugerencias que sean contrarias a su sistema de creencias.
- **Peligrosidad:** Hasta la fecha no ha habido un caso documentado en más de 200 años donde se atribuya un daño a alguna persona debido a la hipnosis. Algo que sí podría ser peligroso, es usar esta herramienta en un sujeto con paranoia o que tenga reacciones de furor psicótico criminal, y en este caso, el peligro es para el hipnotizador.
- **Parapsicología:** Usualmente se busca relacionar la hipnosis con esta área de estudio, debido a que se le ha atribuido por algunos como un fenómeno sobrenatural, sin embargo, no tiene nada que ver con ello.

- **Daño cerebral:** Este es otro mito, por lo que equivaldría a decir que es malo concentrarse.
- **Difícil de aprender:** Su aprendizaje depende en sí del sitio donde se busca aprender la hipnosis y como todo, de la disposición de aprender del individuo.

2.6 Inducción hipnótica, trance y sugestión

2.6.1 Inducción hipnótica

La inducción hipnótica o simplemente inducción, se trata de un proceso que implica la comunicación de las sugerencias para provocar un cambio en el estado de conciencia, que avanza desde el estado de vigilia habitual hasta la condición hipnótica en la que se apoya la aceptación de dichas sugerencias hipnóticas o sugerencias a partir del método de inducción (respiración, luz y sonido), donde se proporciona al paciente la información necesaria a la experiencia y el tiempo para que ocurran los cambios neurofisiológicos y psicológicos. La inducción es necesaria para iniciar el proceso hipnótico (Barber, 2000, citado en Claros, 2008).

Wandosell (2015) nos menciona que, independientemente de la técnica de hipnosis utilizada, se pueden clasificar los métodos de inducción hipnótica de la siguiente forma:

- **Métodos basados en la respiración:** A través del ritmo respiratorio es posible entrar en trance hipnótico. Cuando una persona tiene un ritmo respiratorio tranquilo y pausado, es evidente que se encuentra en un estado de relajación (necesario para alcanzar el estado hipnótico). Cuanto más tranquilas y pausadas sean estas respiraciones, más relajada se encontrará la persona. El mantener un mismo patrón de respiración calmada y suave nos puede ayudar a entrar en un estado en el cual nuestro terapeuta nos puede guiar a través de nuestra mente para ayudarnos a resolver nuestro problema.
- **Métodos basados en la luz:** En más de una ocasión hemos visto en películas o en programas de televisión la típica espiral en tonos blancos y negros que gira o un colgante que al moverse de un lado a otro emite reflejos

de luz. Esto se basa en el poder que tienen ciertos tipos de luces a la hora de entrar en un estado hipnótico. Grey Walter, en la década de los cincuenta, comenzó a experimentar con una luz denominada estroboscópica, y descubrió que los destellos de esta luz afectan a nuestra actividad cerebral, por lo que es posible afirmar que nuestro cerebro es estimulado a través de cierto tipo de luces.

- **Métodos basados en el sonido:** Tal como en las ceremonias religiosas o chamánicas de ciertos pueblos, donde a partir de sonidos de uno o varios tambores, bombos o timbales que marcan un mismo ritmo, éstos logran entrar en un estado que ellos denominan “viaje chamanístico” o “vuelo extático”, se puede alcanzar el trance o estado hipnótico a través no sólo de la música, sino también de sonidos repetitivos.

Sin embargo, Martín (2010), nos menciona que los procedimientos de inducción se pueden clasificar en dos tipos:

- **Procedimientos estructurados:** Estos procedimientos están relacionados con el sueño o la relajación y se basan en las técnicas de inducción desarrolladas por Mesmer y posteriormente continuadas por los principales hipnotizadores del siglo XIX como el Abate Faría, Braid, la Escuela de la Salpêtrière y la Escuela de Nancy; igualmente están fundamentados por los procedimientos desarrollados a mediados del siglo XX, con el objetivo de homologar las técnicas de investigación con fines investigativos.

Martínez-Perigod y Grenet (1985) proponen una clasificación de estos procedimientos de inducción:

- **Métodos basados en la excitación de la mirada:** Buscan provocar fatiga visual (como el método de fascinación, de fijar la vista en puntos brillantes, etc.).
- **Métodos basados en la excitación sensorial:** Se busca atraer la atención del paciente por medio del uso de dispositivos como sillones vibratorios,

metrónomos o cualquier otra fuente de sonidos monótonos como el tic-tac de un reloj, estimulaciones con corriente eléctrica de baja intensidad, etc.

- **Métodos basados en la sugestión verbal:** La inducción es producida únicamente por la acción de la palabra.
- **Métodos basados en estímulos químicos:** La inducción se logra mediante el uso de drogas.

En estos procedimientos de inducción es necesario que el hipnotizador siga ciertas reglas como hacer las sugerencias de inducción de manera directa, en sentido levemente imperativo (sin ser altanero o pedante), repetirla varias veces, graduar paulatinamente el tono de voz para profundizar el “sueño”, mantenerlo bajo, casi en susurro y con ritmo mantenido y monótono (Martín, 2010).

- **Procedimiento con enfoque de utilización o ericksoniano:** Dentro de este enfoque, la inducción consiste en utilizar hábilmente los momentos en los cuales los esquemas conscientes están debilitados de manera espontánea y natural (por ejemplo, cuando la persona está totalmente concentrada en otra cosa o bajo los efectos de una emoción intensa) (Rossi, 1982). Para lograr este tipo de debilidad espontánea o natural, el hipnotizador hará uso de las ideas, creencias, actitudes, sentimientos, así como cualquier otro elemento que pueda resultar útil, de ahí el nombre de enfoque de utilización. Desde el enfoque ericksoniano, el fenómeno de la hipnosis se concibe como un fenómeno interactivo. Es decir, la disposición a responder a la hipnosis refleja una interacción entre las motivaciones e intereses del paciente, la flexibilidad y sensibilidad del terapeuta, y el grado de rapport (lazo de confianza entre terapeuta y paciente) obtenido (Martín, 2010).

A diferencia del proceso estructurado, encontrado en la hipnosis tradicional o clásica, en el proceso de utilización o ericksoniano, el proceso de inducción no es rígido, ni debe ser igual para todas las personas, por lo que es necesario que el hipnotista o hipnotizador se adapte al comportamiento del paciente, quien responderá en concordancia con esto, a su vez que retroalimentará y modificará el comportamiento del hipnotizador. De esta forma ambos se vuelven más receptivos

y se influyen el uno al otro, introduciendo el terapeuta cambios graduales en su comportamiento y lo dirijan en una acción determinada (Martín, 2010).

Dicho anteriormente, para lograr este proceso, es vital el grado de rapport entre terapeuta y paciente, dado que éste último debe sentir que la interacción entre ambos puede resultar beneficiosa, y así pasará a ser un participante activo dentro de la hipnosis.

2.6.2 Trance

Trance se refiere al momento en que la sugestión produce un efecto autopotenciado y exagerado en la mente de la persona, provocando cambios neurofisiológicos visibles, que pueden ser confundidos con el sueño fisiológico, sin embargo, es un estado de gran concentración. Esas manifestaciones visibles son conocidas como “estado de trance” (Martins, 2003, citado en Claros, 2008).

De acuerdo a Solis (2015), dentro de los componentes que abarcan el trance hipnótico encontramos los siguientes:

- **Seguridad:** El individuo se siente seguro, con confianza y protegido. La sesión lo deja en un estado de bienestar y seguridad, disminuyendo los sentimientos negativos consigo mismo.
- **Relajación psicofísica:** El individuo se siente muy relajado a tal punto que le gustaría permanecer en estado de trance.
- **Concentración relajada:** La mente consciente se va enfocando cada vez más en una sola imagen o idea, de manera tranquila y relajada.
- **Recuerdo:** El estado de trance permite acceder a la información que el individuo haya olvidado. Es posible acceder al pasado y liberarse de los efectos negativos de sentimientos y recuerdos reprimidos.
- **Hipersugestibilidad:** Los mensajes penetran directamente en lo profundo de la mente al estar la consciencia concentrada en un solo punto. Esto permite modificar impulsos y tendencias, evitando la inseguridad y duda de la consciencia.

- **Refuerzo:** Con las indicaciones y el proceso adecuado, la hipnosis tiene efectos después de la sesión, provocando nuevos hábitos o cambios en la conducta, evitando la resistencia al cambio.
- **Consciencia paralela:** Es posible ser consciente de que se está en plena sesión, pero a la vez en otro lugar del tiempo y del espacio. Este estado de consciencia permite al hipnotizador extraer información e ideas de muy difícil acceso en un estado habitual.
- **Olvido selectivo:** La mente puede decidir sobre olvida o no lo visto en sesión si considera que no es tan importante como centrarse en aquello que considere más relevante para el individuo.
- **Actitud positiva:** El método de hipnosis adecuado es capaz de desarrollar la positividad, protegiéndolo de actitudes negativas y permitiéndole tener una calidad de vida favorable.

2.6.3 Sugestión

La sugestión se trata de una invitación a una experiencia, que podría estar presente a lo largo de la vida. Esta implica una invitación a una acción y se puede producir en individuos de todas las edades, clases sociales y nivel de educación. Podemos decir que, de alguna manera, en mayor o menor medida, las personas están influidas por la sugestión (Claros, 2008).

Cabe indicar que aquellos individuos que son altamente sugestionables se caracterizan principalmente por ser personas con una tendencia marcada de dejarse llevar por la imaginación y fantasear acerca de las cosas que les ocurren o que podrían ocurrirles, por tener una capacidad de focalizar su atención y abstraerse con sus propios pensamientos y sensaciones, por implicarse emocionalmente en sus experiencias cotidianas y permitir que otros influyan en sus actitudes, pensamientos y estados de ánimo, en ocasiones, más de lo que ellos consideran conveniente (González & Miguel-Tovar, 1999; citado en Carrillo, 2016).

Igualmente es importante considerar que la sugestión está asociada a la personalidad, ya que el nivel de sugestionabilidad de las personas depende de sus características individuales (Labrador, 1980, citado en Paz & Ortíz, 2016). Esto hace imposible que una persona sea sugestionada para realizar actos ajenos a sus capacidades reales.

Independientemente de aquellos factores que pueden hacer mayormente susceptible o no a una persona, podríamos decir que entre más alto sea el nivel de sugestionabilidad de ésta, será mayormente propensa a ser hipnotizada, lo que indicaría un uso efectivo o no de la hipnosis como tratamiento (González & Miguel-Tovar, 1999; citado en Carrillo, 2016).

2.6.3.1 Tipos de sugestión

Según Sánchez (2017), actualmente se reconocen cuatro tipos de sugestión:

- **Sugestión directa:** Es aquella que se logra a partir de la autoridad que ejerce una persona sobre otra que es sometida a ella, consiguiendo persuadirla a partir de esto, incluso de ideas peligrosas. Este tipo de sugestión está asociada al poder, aunque no innecesariamente tienen que ser grandes poderes, puede ser desde un vendedor hasta un jefe empresarial o un dictador. Aquellos individuos que ejercen este tipo de sugestión no lo hacen a través del pensamiento lógico de las personas, sino a través de sus emociones, en particular a sus miedos y deseos. De esta manera logran quebrantar su voluntad, haciendo que hagan lo que ellos quieren.
- **Sugestión indirecta:** Este tipo de sugestión se produce cuando se incorporan ideas de otros como si fueran propias. Este tipo de sugestión es más compleja y difícil de detectar. Proviene del “mundo de las ideas” que gravita sobre una sociedad. Es construida y promovida por diversas instituciones, aún sin ser conscientes de ello, cabiendo en este grupo algunas creencias religiosas.
- **Sugestión hipnótica:** Esta sugestión se obtiene a partir de un trance hipnótico, el cual se produce por diferentes medios. Este tipo de sugestión es usada principalmente con fines terapéuticos, y su eficacia se considera

limitada. Primero, porque como se mencionó anteriormente, se debe considerar el nivel de sugestionabilidad del individuo. Segundo, porque los avances obtenidos en el trance hipnótico no se sostienen o no perduran en el tiempo.

- **Autosugestión:** La autosugestión es la que ejerce el individuo sobre sí mismo, de forma más o menos deliberada. La misma persona puede intentar convencerse de plantar en su mente una idea o sensación. Por ejemplo, puede hacer frío, y la persona puede tratar de convencerse de lo contrario. Dentro de la autosugestión podemos encontrar un subtipo dentro de la misma, la autosugestión involuntaria. Ocurre cuando la persona, sin quererlo, se convence a sí misma de una idea, y a veces se puede tratar de una idea indeseada. Por ejemplo, cuando a alguien le sale una erupción en la piel y empieza a pensar que se trata de una enfermedad grave, y sin embargo no va al médico para evitar que confirme esto, pero tiene la certeza de padecer una enfermedad grave. La autosugestión involuntaria se relaciona con la costumbre, ya que solemos hacer determinadas cosas sin preguntarnos la razón. Por ejemplo, pueden pasarnos dos o tres acontecimientos negativos y posteriormente autosugestionarnos para justificar estos malos acontecimientos, sin buscar evidencia alguna.

3. Uso de la hipnosis para control del dolor

3.1 Analgesia hipnótica

3.1.1 Analgesia y anestesia, relación y diferencias

Según Yapko (1990), la **analgesia** es referida como la reducción de las sensaciones dolorosas, permitiendo, al mismo tiempo, la recepción de otras sensaciones asociadas que orientan al paciente hacia su cuerpo (ej. presión, temperatura, posición). Por el contrario, la **anestesia** hace mención a una eliminación completa o casi completa de las sensaciones de una parte del cuerpo o de todo éste (Citado en Fontán, 2010).

Mcdonald, Biing-Jaw Chen & Wing-Fai Kwan (s/a) mencionan que la analgesia es “la pérdida o modulación de la percepción del dolor”. Puede ser:

- 1) Local y puede afectar una sola área del cuerpo.
- 2) Regional y afectar una porción más amplia del cuerpo.
- 3) Sistémica, la cual se logra a través del uso de hipnosis (sugestión), medicamentos sistémicos, fármacos regionales o fármacos por inhalación.

Por el contrario, la anestesia es la pérdida total de la percepción sensorial y puede incluir la pérdida de la consciencia mental y la percepción de otras sensaciones, ya sea a nivel regional (una parte del cuerpo) o general (todo el cuerpo), y que se puede lograr mediante diversos agentes y técnicas (Citado en DeCherney, Nathan, Laufer & Roman, s/a).

Estos dos términos suelen confundirse dentro del uso común (DeCherney, Nathan, Laufer & Roman, s/a). Podemos darnos cuenta que ambas definiciones sobre la analgesia y la anestesia son similares, ambas plantean a la analgesia como la supresión total o parcial del dolor, mientras que la anestesia implica no sólo la supresión del dolor, sino de otro tipo de sensaciones (temperatura, posición, presión, etc.) o estados (consciencia), pero también incluyendo el dolor como aquella sensación que también se ve suprimida en determinado grado por efecto de la anestesia, ya sea aplicada en el cuerpo de manera parcial o total. Entendemos de esta forma el por qué ambos términos están relacionados y qué es lo que los diferencia. Podríamos decir entonces, en base a lo anteriormente explicado, que la analgesia es producto de un efecto anestésico provocado por distintos medios (sugestión hipnótica, fármacos ya sean locales o inhalados, medicamentos sistémicos, etc.).

3.1.2 Definición de analgesia hipnótica

Considerando las explicaciones anteriores sobre la analgesia, podemos decir entonces que la analgesia hipnótica es la pérdida, supresión o modulación (total o parcial) del dolor provocado por hipnosis, ya sea este efecto hipnótico provocado por algún fármaco o por sugestión hipnótica. En el caso de la analgesia provocada

por sugestión hipnótica, ésta es inducida por un hipnoterapeuta calificado, y dichas sugestionamientos están encaminadas a que el paciente inhiba las sensaciones dolorosas, reemplazándolas por otras.

La analgesia y la anestesia hipnóticamente inducidos son sin duda una de las más grandes capacidades del ser humano. El poder inhibir el dolor e incluso eliminarlo por completo es hoy por hoy, una de las aplicaciones más significativas de la hipnosis clínica (Fontán, 2010).

3.1.3 Factores implicados

La analgesia hipnótica implica varios sistemas cerebrales nociceptivos atencionales e inhibitorios. Es un fenómeno que es el resultado de cambios que afectan principalmente el nivel de atención del individuo, asociada con la región frontal anterior, cíngula anterior, y la corteza temporal anterior (Kropotov, Crawford y Poliakov, 1997), junto con los sistemas corticales posteriores relacionados con aspectos espacio-temporales de la percepción del dolor (Crawford, Knebel, Vendemia, Horton y Lamas, 1999; citado en Espinoza, Flores, Jarpa, Lizana, Marchant, & Salin, s/a).

Erickson (1979, citado en Madariaga & Pacheco, 1998) afirma que “como resultado de los eventos experienciales de la vida de las personas, se ha estructurado dentro del cuerpo (aunque no totalmente reconocidas por aquellas), ciertos aprendizajes psicológicos, fisiológicos y neurológicos, asociaciones y condicionamientos, los cuales hacen que el dolor sea controlado e incluso abolido (Citado en Fontán, 2010).

De acuerdo a Fontán (2010), en muchas ocasiones el dolor desaparece cuando nuestro foco de atención está dirigido a otro estímulo más inmediato. Por ejemplo, sucede a menudo que cuando una persona se lastima, y no se percata de esto después de cierto tiempo transcurrido, también ocurre que experimentamos sensaciones de entumecimiento en alguna extremidad del cuerpo al quedarnos “dormidos”. Otro ejemplo es cuando desaparece una jaqueca al concentrarnos en alguna actividad que nos interesa. A través de experiencias semejantes a éstas, el

cuerpo ha aprendido una variedad rica de asociaciones y condicionamientos psicológicos, emocionales, neurológicos y fisiológicos, como medios para controlar el dolor.

3.2 Criterios del uso de la hipnosis para controlar el dolor

Según Martín (2010) los criterios que se toman en cuenta para el uso de una u otra técnica para tratar determinado problema, enfermedad, dolencia, etc., son la experiencia del profesional en el uso de dicha técnica, las características del paciente (motivación, personalidad, expectativas, etc.), la estabilidad y la urgencia de los efectos deseados, las condiciones particulares de aplicación y la naturaleza de los problemas a abordar.

En el caso de la hipnosis y el control de dolor (en especial el crónico), el paciente generalmente la considera como una alternativa a su problema debido a que los tratamientos tradicionales pudieran no haber tenido resultados favorables en él, la desconfianza a estos tratamientos por posibles efectos secundarios, costos elevados, o igualmente puede ser recomendada por el profesional como un tratamiento complementario de otro que ya se esté usando.

Por supuesto, un criterio importante que se debe tomar en cuenta al momento de utilizar la hipnosis es la confianza que tenga el hipnoterapeuta acerca de su eficacia en general, al igual que el dominio que él tenga de la técnica, es decir, autoeficacia (Martín, 2010). Esto es importante porque esta confianza del profesional de la salud hacia la técnica y hacia sí mismo, la transmite directamente al paciente y esto es crucial debido a que éste debe creer en que la técnica puede funcionar y que está en buenas manos, de esa forma el proceso se facilita al tener su cooperación y se pueden lograr buenos resultados.

Duprat (1960) nos habla de las denominadas “Reglas y Observaciones” destinadas a aquellos profesionales que quieran incursionar en el campo de la hipnosis, algunas de las cuales son:

- 1) Cualquier persona puede hipnotizar a otra y puede hacerlo consigo misma.
- 2) La práctica es el “secreto” del dominio experimentado de esta técnica.

- 3) Evite “mecanizar” el procedimiento hipnoterapéutico, sea flexible en escoger el método de inducción, cada beneficiario es diferente y puede resultar más fácil trabajar con el método que mejor se ajuste individualmente al caso.
- 4) No “prometa nada” con la hipnosis, hágale saber a la persona que se conocen otras técnicas tan potentes como ésta, y que ésta es sólo una técnica más, “no le genere expectativas innecesarias”.
- 5) “No se precipite”, domine cualquier impulso de comenzar hablar cualquier cosa. Tómese su tiempo y adquiera dominio y seguridad en sí mismo.
- 6) El programa sugestivo debe ser estudiado previamente, las sugerencias deben darse en forma escalonada e imprime convicción, nunca autoridad ni prepotencia.
- 7) Evalúe el nivel de instrucción y educación de la persona, recuerde que usted debe emplear el vocabulario que maneje el beneficiario, para que resulten efectivas las sugerencias.
- 8) Cultive su voz, modúlela, hágala pausada, clara, cadenciosa, dele las inflexiones que requiera el momento, imagine que la palabra transmite su intención misma, dramatice su voz acorde al guion del programa, sin exaltaciones y sin mecanicismos.

Por su parte Martínez y Asís (1989), las cualidades del hipnotizador deben ser:

- Ser objetivo, tener dominio de los dominios emocionales, control y confianza en sí mismo sin llegar a una sobrevaloración de sí mismo.
- Tener flexibilidad en cuanto a modificar esquemas de tratamientos, estilos de trabajo, hábitos higiénicos y estéticos, mímica, porte y presencia personal.
- Ser capaz de establecer relaciones empáticas con los beneficiarios de modo que pueda contar con su activa colaboración en el proceso terapéutico, convertirse en fuente de “inspiración de confianza” para el paciente que será hipnotizado.

Todas estas reglas, observaciones y cualidades que debe tener el hipnoterapeuta, hacen referencia a lo anteriormente dicho, en cuanto al nivel de experiencia que éste debe poseer, lo cual le dará la suficiente confianza para

realizar eficazmente el procedimiento, y a su vez, transmitirá ésta misma confianza al paciente, lo que facilitará dicho procedimiento haciendo que el paciente colabore voluntariamente. Igual de importante, el profesional debe actuar como buen comunicador entre él y el hipnotizado (Martín, 2010), ya que a través de esto se lleva a cabo el proceso de inducción y sugestión hipnótica, y asegurará el éxito de la hipnosis.

3.3 Hipnosis y terapia cognitivo-conductual para el control del dolor

Tal como hace mención Chávez, la relación de la hipnosis y las técnicas cognitivo-conductuales para controlar el dolor ha sido fundamentalmente ignorada. Sin embargo, la investigación entre estos dos campos se mantiene en caminos paralelos, por lo que no es raro encontrar en la literatura descripciones de técnicas conceptualizadas como “cognitivo-conductuales”, que sólo se diferencian de las técnicas hipnóticas en el hecho, precisamente, porque no se conceptualizaron como “hipnosis” (Martín, 2010).

Algunos autores que han tratado de establecer esta similitud y diferencias entre las técnicas hipnóticas y conductuales han sido Kroger y Fezler (1976) quienes, de manera temprana, presentaron un modelo que integraba los aportes de la hipnoterapia, con la modificación de conducta y los enfoques psicodinámicos. Así mismo lo hicieron Spanos y Barber (1976), y en España, Capafons & Amigó (1993 a), quienes integraron la hipnosis con técnicas cognitivo-conductuales; prosiguiendo en la actualidad (Chapman, 2006). Este último autor nos menciona que las barreras que obstaculizan la integración de ambas técnicas son la visión sobre el inconsciente, la falta de acuerdo de las definiciones de hipnosis y de las propias terapias de conducta, y la limitada comprensión de la hipnosis como un tratamiento adjunto a las terapias cognitivo-conductuales (Martín, 2010).

3.4 Eficacia del uso de hipnosis para alivio y control del dolor

3.4.1 Hipnosis como herramienta científica

Para que una disciplina sea científica o tenga carácter científico, sus postulados tienen que ser sometidos al método científico, o sea, a un proceso de verificación empírica basado en hechos o pruebas, al igual que ser reproducible (Martín, 2010).

La hipnosis, en este caso, ha sido sometida al método científico, desde que entró en los laboratorios de psicología experimental en 1950 (Barber, 1969; Hilgard, 1965), hasta los estudios más actualizados desde la neurociencia y la neuroimagen (Jensen, Jamieson, Lutz, Mazzoni et al., 2017; Kihlstrom, 2014; Oakley y Halligan, 2013; Terhune, Cleeremans, Raz y Lynn, 2017), entre otros (citado en González-Ordi, 2018).

Los procesos psicológicos básicos relacionados al comportamiento hipnótico son conocidos y estudiados en base a la metodología científica más rigurosa. Entre ellos cabe destacar expectativas, actitudes, creencias y motivaciones, fantaseo, absorción, implicación emocional, influenciabilidad, sugestionabilidad e hipnotizabilidad, etc. (González-Ordi, 2013; Jensen, Adachi, Tomé-Pires, Lee, Jamil Osman, & Miró, 2015). Por otro lado, los procesos psicofisiológicos y neurofisiológicos relacionados a la respuesta hipnótica son estudiados mediante técnicas de neuroimagen (resonancia magnética funcional, tomografía por emisión de positrones y otras pruebas funcionales objetivables como potenciales evocados P-300, EEG, etc.), con incuestionables resultados, que han sido publicados en revistas de renombre, como son: Lancet, JAMA, Nature Review: Neuroscience, Cortex, Neuroimage, etc. (Cardeña, Jonsson, Terhune, & Marcusson-Clavertz, 2013; Cojan, Piguet, & Vuilleumier, 2015; Del Casale, Ferracuti, Rapinesi, De Rossi et al., (2016); Dienes y Hutton, 2013; Faymonville, Boly, & Laureys, 2006; Landry, Lifshitz y Raz, 2017; McGeown, Mazzoni, Vannucci y Venneri, 2015; Vanhaudenhuis, Laureys y Faymonville, 2014; citado en González-Ordi, 2018).

3.4.2 Revisión literaria del uso de hipnosis para alivio y control del dolor

La hipnosis, o analgesia hipnótica para la reducción y alivio del dolor, ha mostrado ser eficaz para la reducción del dolor tanto del que es inducido de manera experimental en un laboratorio (dolor experimental), como del dolor en contextos clínicos (dolor clínico) (González, 2005), y con respecto a este último, hablamos del tratamiento tanto del dolor agudo como crónico.

En el estudio de Montgomery, Du Hamel & Reed (2000), se examinó la efectividad de la hipnosis en el manejo del dolor, comparando estudios que evaluaron la reducción del dolor por medio de hipnosis en voluntarios saludables frente a los que utilizan muestras de pacientes, comparando los efectos hipnoanalgésicos y la sugerencia hipnótica de los participantes, determinando la efectividad de la sugerencia hipnótica para el alivio del dolor en relación con otros tratamientos como medicación, intervenciones psicológicas no hipnóticas (placebo), etc. Este metaanálisis de 18 estudios reveló un efecto hipnoanalgésico de moderado a grande, apoyando la eficacia del éste tipo de tratamiento para aliviar y controlar el dolor, además de que estos resultados también mostraron que la sugerencia hipnótica fue igualmente efectiva para reducir el dolor clínico y experimental, encontrando que el 75 % de la población en general puede ser atendida por medio de éste tipo de procedimientos, por lo que éstos autores sugieren una aplicación más amplia de técnicas de analgesia hipnótica en pacientes con dolor.

Por otro lado, en la revisión exhaustiva de Patterson y Jensen (2003) de estudios aleatorizados sobre dolor e hipnosis en contextos clínicos, encontraron que existen efectos clínicos consistentes de la analgesia hipnótica sobre el dolor agudo, que llegan a ser superiores a otro tipo de tratamientos, mientras que, en el dolor crónico, los estudios mostraron que la analgesia hipnótica es consistentemente superior al no tratamiento. De esta forma, se demuestra que la hipnosis como tratamiento para aliviar y controlar el dolor, tiene un impacto significativo y viable.

Jensen, Mc Arthur, Barber, Hanley, Engel, Romano, & Patterson (2006) en su trabajo, revisaron un estudio en el cual se les preguntó a los pacientes que describieran los efectos positivos y negativos de la hipnosis. De 40 efectos descritos

por ellos que se observaron, sólo 3 eran negativos. De igual forma se observó que el 23 % de las descripciones positivas de la hipnosis estaban relacionadas con el dolor. Podríamos decir entonces, que este porcentaje de pacientes tuvo una experiencia positiva con este tratamiento.

En la revisión de Elkins, Jensen y Patterson (2007) de estudios controlados sobre el uso de la hipnosis para el control del dolor crónico, encontraron que las intervenciones con hipnosis fueron significativamente más eficaces que las intervenciones no hipnóticas, como la atención, la terapia física y la educación, en una gran variedad de tipos de dolor crónico, que se mantuvieron durante varios meses, además incluían instrucciones para autohipnosis. Sin embargo, también existe una falta de estandarización de las intervenciones hipnóticas que se examinaron en ensayos clínicos, y el número de pacientes incluidos en los estudios ha tendido a ser bajo y sin seguimiento a largo plazo.

Cabe destacar la revisión de Hammond (2007) sobre la eficacia de la hipnosis clínica para el tratamiento de dolores de cabeza y migrañas. De acuerdo a su revisión de la literatura, él concluye que la hipnosis cumple con los criterios de investigación en Psicología Clínica para considerarse un tratamiento eficaz y bien establecido que, además, no tiene efectos secundarios, ni riesgos de reacciones adversas, disminuyendo el gasto en medicación asociado a los tratamientos médicos convencionales.

Por su parte, Accardi y Fresado (2009), en su revisión sobre la efectividad de la hipnosis para reducir el dolor relacionado con procedimientos médicos en niños y adolescentes, encontraron que la hipnosis era efectiva para controlar diversas molestias asociadas con ciertos procedimientos médicos, como el dolor postquirúrgico, además de que puede funcionar como una terapia posiblemente eficaz para reducir el dolor postoperatorio o punción lumbar.

Cuadros & Vargas (2009) presentaron un trabajo en el American Journal of Clinical Hypnosis, en el cual se comprobó la efectividad de la hipnosis, apoyada en el Proceso del Ciclo Creativo de Cuatro Etapas (Rossi, 2002; citado en Rossi &

Rossi, 2006) en cuatros casos de mujeres diagnosticadas con fibromialgia, y que sufrían de diversos síntomas, entre ellos depresión y ansiedad todos ellos relacionados con el dolor causado por la fibromialgia, y que les impedían hacer diversas actividades, en especial incorporarse al mundo laboral. En los cuatro casos hubo una respuesta favorable en la disminución del dolor por medio de este tratamiento, el cual se aplicó durante seis sesiones de dos horas cada una y aplicadas una vez a la semana, reduciendo los demás síntomas igualmente y mejorando así su calidad de vida. Consideran de igual manera que aquellos individuos con un nivel de sugestionabilidad alto, son candidatos prometedores de este tipo de tratamiento para tratar los síntomas de la fibromialgia.

Dentro de las propiedades de la hipnosis con más evidencia empírica acerca de su eficacia, es la de reducir e incluso eliminar el dolor, tanto agudo como crónico (Lynn, Kirsch, Barabasz, & Cardeña, 2000; citado en Montgomery, DuHamel, y Reed 2000). La eficacia de la hipnosis en el manejo de diversos tipos de dolor ha sido reconocida como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado, tanto por parte del *National Institute of Technology Assessment Panel Report* (NIH, 1996), como por los meta-análisis de Montgomery et al. (2000), Patterson, y Jensen (2003), Brown y Hammond (2007) o Hammond (2007) entre otros muchos más (Mendoza y Capafons, 2009).

Pinto y Montoya (2010), por su lado, demuestran en su investigación la efectividad de la hipnosis y la 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, pero consideran que es importante el nivel de rapport (confianza) que establezca el hipnoterapeuta con el paciente debido a que es imprescindible un nivel alto de sugestionabilidad, usar un lenguaje entendible para éste, sacarlo del trance poco a poco advirtiéndole de posible interrupciones que se pudieran presentar como el ruido por ejemplo, y no saltarse ningún paso del proceso hipnótico. Igualmente, abordando el control del dolor en pacientes con quemaduras, Alencar de Castro, Cunha & Kimiko (2013), nos mencionan en su

revisión bibliográfica el uso favorable que ha tenido la hipnosis en el manejo del dolor en el paciente con quemaduras durante procedimientos y el control de la ansiedad, y cómo estudios neurofisiológicos sustentan esta terapia como método analgésico.

Landolt & Fresado (2011) en su revisión metodológica sobre la eficacia de la hipnosis para reducir el dolor de parto y el trabajo de parto, encontraron en 13 estudios donde la hipnosis es comparada con una condición de control o una intervención alternativa para reducir el dolor de parto, la heterohipnosis y la autohipnosis fueron consistentemente más efectivas que la atención médica estándar, el asesoramiento y las clases de educación del parto para reducir el dolor. A pesar de estos hallazgos encontrados, también se presentaron en estos estudios limitaciones metodológicas comunes de la literatura como una falla en el uso de la asignación aleatoria para especificar las características de las muestras.

Ramírez y Domínguez (2011) trabajaron una combinación de hipnosis junto con anestesia local en un paciente pediátrico con cáncer, para el alivio del dolor por aspirado de médula ósea y punción lumbar, haciéndose una comparación del autorreporte de dolor, ansiedad y conductas de distrés con el uso de hipnosis y tratamiento farmacológico. Los resultados mostraron una disminución del dolor por medio de la hipnosis y una disminución paulatina de la ansiedad, mientras que el distrés se mantuvo constante a lo largo de las sesiones. A pesar de esto último, esto representa un gran avance del uso de la hipnosis para aliviar el dolor en pacientes pediátricos, pudiendo ser replicable este procedimiento en otros pacientes de esa área y en pacientes adultos que pasan por el mismo problema y por los mismos tratamientos médicos.

En el documento de Dillworth, Mendoza & Jensen (2012), centrado en la selección de estudios con mayor potencial en el área de la hipnosis para el manejo del dolor crónico, nos indica, basado en la evidencia encontrada, que la hipnosis puede reducir significativamente el dolor diario promedio y generar beneficios en otros dominios de resultados relacionados con el dolor para muchas personas, a pesar de que la respuesta a la hipnosis y al entrenamiento en autohipnosis es

variable (no todos los pacientes se benefician). Sin embargo, consideran que es necesaria más investigación para ayudar a identificar los posibles moderadores del tratamiento hipnótico y las sugerencias (cuando es necesaria una inducción hipnótica formal para generar resultados positivos, cantidad "ideal" de sugerencias o número de sesiones necesarias), de esa forma ayudaría, primero, a comprender los mecanismos de analgesia hipnótica, y segundo, crear una base empírica para hacer que los tratamientos hipnóticos sean aún más efectivos.

Santana, Bernal, Rodríguez, Gómez & Morales (2012), en su revisión de distintas investigaciones que trataron diversos síntomas del cáncer de mama, entre ellos el dolor, evidenciaron que la hipnosis es eficaz para tratar el dolor y otros síntomas del cáncer de mama como ansiedad, sofocos, angustia previa a la biopsia de mama y efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia. A pesar de que estos autores consideran que la investigación del uso de hipnosis en pacientes con cáncer de mama aún tiene retos que afrontar en la parte metodológica, ya que hace falta diseñar investigaciones con muestras más grandes e intervenciones con seguimiento a largo plazo, también resaltan que en la práctica médica y psicológica los resultados de la eficacia del uso de la hipnosis en pacientes con cáncer sientan las bases para su inclusión como parte del cuidado estándar en los centros de oncología.

En el trabajo realizado por Pérez, Fernández, Fernández & Durán (2012) se documentó el uso de las sugerencias hipnóticas para controlar el dolor de una paciente de treinta y cinco años, diagnosticada con artritis reumatoide. El proceso terapéutico se llevó a cabo durante siete sesiones espaciadas semanalmente. Al finalizar el tratamiento, se observó una importante caída del dolor, y estos resultados se mantuvieron a lo largo del tratamiento, además de disminuir significativamente la ansiedad y la depresión.

Patterson y Jensen (2014) en otra de sus revisiones, nos comentan que el tratamiento con hipnosis tiene dos potenciales efectos en el dolor crónico:

- 1) El tratamiento puede proporcionar una reducción sustancial en la intensidad promedio del dolor que puede llegar a mantenerse hasta los 12 meses de seguimiento en algunos pacientes.
- 2) Para otros pacientes, la hipnosis supone un aprendizaje de habilidades de autocontrol, que puede continuar empleando regularmente, y esto puede proporcionarles un alivio temporal para el dolor.

Jiménez (2015), de la misma forma hace una revisión bibliográfica sobre el uso de la hipnosis junto con otras técnicas como la imaginación guiada, la relajación o la distracción para el manejo del dolor de los procedimientos y otras condiciones médicas crónicas en pacientes pediátricos, mostrando su eficacia. Pero señala la importancia de continuar realizando estudios con métodos estandarizados, muestras más amplias y con un seguimiento más prolongado para medir los resultados de las intervenciones, dado que encontró estas problemáticas en los estudios revisados.

Álvarez y Uribe (2016) hacen una revisión de un paciente crítico que requirió curación de úlceras por presión, pero temía al dolor que la técnica a usar pudiera causarle, por lo cual se hizo uso de la hipnosis clínica para modificar su percepción, mejorar la comodidad del paciente y que no sintiera dolor. El uso de la hipnosis en este caso proporcionó una medida efectiva para apoyar al paciente y anticiparse al dolor producido por una técnica, mejorando su bienestar, asociado al proceso de relajación involucrado.

En un ensayo clínico-experimental aleatorizado de Lobo, Lobo, Callaway, Abajo, Dhoedt, Willershausen, & Daubländer (2016) se evaluó la efectividad de la autohipnosis en la percepción del dolor, evaluando el estímulo doloroso experimental por medio de una escala analógica visual (VAS). A pesar de que el umbral del dolor bajo autohipnosis fue mayor (57.1 ± 17.1) que sin intervención hipnótica (39.5 ± 11.8) ($p < .001$), en la escala analógica visual se registró el dolor como el nivel más bajo con autohipnosis (4.0 ± 3.8), comparado con la condición basal sin autohipnosis (7.1 ± 2.7) ($p < .001$). De esta forma, se concluyó que la autohipnosis puede utilizarse en la práctica clínica como un complemento de la

anestesia local para el control del dolor, así como una alternativa en casos individuales.

En otro posterior ensayo clínico-experimental aleatorizado de Lobo, Lobo, Callaway, Abajo, Dhoedt, Willershausen, & Daubländer (2016), se buscó comparar la hipnosis con la anestesia local para el alivio del dolor dental experimental. Se aplicó un estímulo de dolor estandarizado y clasificado en la escala analógica visual (0-10). El umbral del dolor fue menor con el uso de la hipnosis (58.3 ± 17.3 , $p < .001$), máximo (80.0) bajo anestesia local. El estímulo de dolor puntuó más alto con el uso de la hipnosis (3.9 ± 3.8), que con el uso de anestesia local (0.0, $p < .001$). A pesar de que la anestesia local fue superior a la hipnosis y demostró ser un método seguro y eficaz para el alivio del dolor en odontología, la hipnosis produjo efectos similares bajo sedación, considerando que se puede usar como complemento de la anestesia local, y en casos individuales, como una alternativa para el control del dolor en odontología.

Cárdenas y Aranda (2017), reportan el uso de la hipnosis como un posible tratamiento para el dolor crónico de una extremidad amputada (dolor del miembro fantasma) basado en tres estudios de caso, mostrando resultados satisfactorios para reducir el dolor en estos pacientes, luego de que los tratamientos convencionales resultaran inefectivos. Sin embargo, reconocen que se necesita revisar estudios aleatorios con muestras más representativas.

En la revisión literaria de Dilmahomed & Jovani-Sancho (2018), se evaluó la eficacia de la hipnosis como un método para aliviar el dolor durante y después de los procedimientos dentales, considerando 15 estudios que consideraron que cumplían los criterios de inclusión, encontrando una mayor tasa de éxito en aquellos procedimientos de bajo dolor, y cuando es usada como terapia complementaria de la anestesia local, la hipnosis reduce el consumo de antiinflamatorios postoperatorios, aliviando molestias generales de los pacientes y disminuyendo los niveles de ansiedad. Sin embargo, cuando es usada como terapia individual, la hipnosis conducía a un aumento en el umbral del dolor del paciente, además de que

su efectividad dependía directamente de la incomodidad del paciente por el tratamiento dental realizado.

En el metaanálisis de Thompson, Terhune, Oram, Sharangparni, Rouf, Solmi, Veronesa & Stubbs (2019) se buscó cuantificar la efectividad de la hipnosis para reducir el dolor e identificar los factores que intervienen en su eficacia, haciendo una revisión sistemática de ensayos que compararon las inducciones hipnóticas con las condiciones de control sin intervención en las calificaciones de dolor, el umbral y la tolerancia utilizando modelos de dolor evocados experimentalmente en pacientes sanos, eligiendo 85 estudios (principalmente ensayos cruzados) con 3632 participantes (hipnosis n = 2892, control n = 2646).

Este metaanálisis de Thompson et. al (2019) de efectos aleatorios encontró efectos analgésicos de la hipnosis para todos los resultados de dolor ($g = 0.54 - 0.76$, $p < .001$). Su eficacia estuvo fuertemente influenciada por la sugestión hipnótica y el uso de la sugerencia analgésica directa. Específicamente, se obtuvo un alivio óptimo del dolor con una sugerencia analgésica directa administrada a las sugerencias altas y medianas, que demostraron respectivamente 42% ($p < .001$) y 29% ($p < .001$) de reducciones en el dolor clínicamente significativas. Igualmente se encontraron beneficios mínimos para sugerencias bajas. Estos hallazgos sugieren que la intervención hipnótica puede brindar un alivio significativo del dolor para la mayoría de las personas y, por lo tanto, puede ser una alternativa efectiva y segura a la intervención farmacéutica (la cual puede generar dependencia y efectos secundarios). Sin embargo, consideran estos autores que se necesitan datos clínicos de alta calidad para establecer la generalización en poblaciones con dolor crónico.

4. Discusión

La hipnosis puede ser una herramienta eficaz para el tratamiento de distintos tipos de dolor, ya sea como alternativa de los tratamientos convencionales, o como un complemento de éstos. A pesar de esto, es recomendable realizar más estudios que presenten una mayor estandarización de las pruebas (que consideren variables sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad; nivel socioeconómico, nivel de atención, etc.) con poblaciones más amplias y, por ende, más representativas; además de que el tratamiento sea más duradero, aumentando el número de sesiones, para poder medir resultados a largo plazo.

Aun así, debemos tomar en cuenta que es difícil medir con exactitud las variables relacionadas con la hipnosis, como el nivel de sugestionabilidad, o la capacidad de una persona de ser hipnotizada debido a que pueden ser influenciadas directamente por la propia personalidad del individuo (entendiendo que la personalidad de cada individuo es diferente y compleja) por lo que los datos obtenidos al medir este tipo de variables pudieran no ser del todo fiables o tenderían a sesgarse. También hay que tomar en cuenta que los efectos provocados por la hipnosis pudieran no ser duraderos, por lo que medir los resultados en periodos prolongados, siendo recomendable reforzar la hipnosis continuamente.

Se deben considerar estas dificultades al momento de poner en práctica un estudio preexperimental para comprobar la efectividad de la hipnosis. Se tendría que diseñar primeramente un instrumento el cual mida el nivel de sugestionabilidad de la hipnosis en determinada población a estudiar, ya que únicamente se podría considerar a ese sector de la población mayormente sugestionable para el tratamiento con hipnosis para el tipo de dolor en cuestión mientras que al resto se le aplicaría otro tipo de tratamiento.

Habría también que pensar en que, durante la formación de los futuros psicólogos, se pueda abordar la hipnosis como tema regular en el plan de estudio, en caso de que aquellos que quieran formarse igualmente como hipnoterapeutas tengan una base sólida y conozcan los fundamentos esenciales, en especial quienes quieran usar este método como terapia para tratar el dolor.

Igualmente se debe considerar que aquellos psicólogos que hayan profundizado más en la hipnosis y se hayan certificado como hipnoterapeutas también puedan prepararse para asesorar, capacitar y formar a otros profesionales de la salud como médicos, odontólogos, enfermeros, etc., que aborden el tema del dolor, para que apliquen dicho tratamiento en sus pacientes, ya sea como tratamiento único o como complemento de otros.

Por último, hay que tomar en cuenta que la hipnosis aun es un tema que requiere mayor investigación, puesto que se desconoce aún cómo se producen los efectos provocados por dicho fenómeno, siendo visto aún como algo pseudocientífico y esotérico.

5. Conclusiones

En la mayoría de trabajos revisados acerca de la efectividad de la hipnosis en distintos tipos de casos, en especial clínicos, la mayor parte presenta resultados favorables, ya sea como tratamiento individual, llegando a reemplazar aquellos de uso convencional (medicamentos, anestesia, etc.), o como tratamiento complementario de éstos. Sin embargo la mayoría de estos autores están de acuerdo en que hizo falta una mayor estandarización de las pruebas una población más representativa (más amplia), y que el tratamiento durara más tiempo para poder observar resultados a largo plazo.

A modo de propuesta y en base a lo anteriormente dicho, se sugiere lo siguiente:

- Realizar investigaciones de carácter más empírico, es decir, que busquen comprobar hipótesis, en este caso sería, comprobar si la hipnosis es una herramienta eficaz para tratar el dolor, especificando el tipo de dolor, ya sea agudo, crónico, visceral, psíquico, emocional, etc., y hacia quien va dirigido el tratamiento.
- Considerar variables sociodemográficas como edad de los participantes, sexo, escolaridad, zona demográfica (pueblo, municipio, comunidad, etc.).
- Usar una muestra representativa (amplia y en referencia al número de habitantes de la zona a aplicar el estudio).

- Seguir la metodología de la investigación cuantitativa.
 - Considerar dos grupos, el experimental en el que se le practicó hipnosis como tratamiento y el control en el cual se usó otro tipo de tratamiento (farmacológico, alternativo, placebo).
 - Realizar un análisis estadístico de los datos obtenidos.
- Asegurarse de que el hipnotista y personal que apliquen los otros tratamientos estén certificados para su aplicación y cuenten con experiencia previa.
- Asegurarse de que el procedimiento metodológico se haya aplicado correctamente.
- Incluir en el plan de estudio de psicología el estudio de la hipnosis durante el transcurso de la carrera, para que aquellos interesados en abordar más ampliamente el tema en un futuro estén familiarizados y les facilite su preparación, además de que les pueda ayudar curricularmente en caso de incorporarse dentro de esta área profesional o estudiar un posgrado o especialidad dentro de este rubro.
- Los psicólogos que hayan decidido profundizar más en el tema de la hipnosis y se formen como hipnoterapeutas también deben prepararse para transmitir ese conocimiento a profesionales de otras disciplinas que aborden el tema del dolor, como odontólogos, médicos, etc.

6. Referencias

- Alencar de Castro, R.J., Cunha, L. P. & Kimiko, S. R. (2013). Tratamiento del dolor en quemados. *Anestesiol*, 63 (1). Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942013000100013>
- Accardi, M. C. & Fresado, L. S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. *J. Behav Med.*, 32 (4), 328-339. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19255840>
- Álvarez, E. & Uribe, K. (2016). Hipnosis clínica para mejorar la disposición a la curación de un paciente en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Universitaria*, 13 (3), 193-198. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300033>
- American Psychological Association (2014). *Definition and description of hypnosis*. Recuperado de: <http://www.apadivisions.org/division-30/about/index.aspx>
- Arévalo, L. M. C. (2013). *Desarrollo de una herramienta virtual para el aprendizaje y la práctica de auriculoterapia (SEA)* (Tesis de maestría). Recuperado de: <http://bdigital.unal.edu.co/12596/1/599425.2013.pdf>
- Bermejo, M. A. (s/a). *Hipnosis y modificación de conducta*. Recuperado el 14 de diciembre de 2018, de: <http://www.hipnosisterapeutica.org/historia.html>
- Bernal, L. J. (2015). *El efecto de la hipnoterapia sobre la calidad de sueño en mujeres con cáncer de mama* (Tesis de maestría). Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/9660/>
- Brown, D. C. & Hammond, D. C. (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 355-371. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207140701338654>
- Callado, L. F. (2012). Cuestiones de interés en torno a los usos terapéuticos del cannabis. *Cannabis: usos, seguridad jurídica y políticas*, 1-15.

Recuperado

de:

http://ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_2561_1.pdf

- Camacho, F. M. C. (2004). El dolor: una perspectiva desde la psicología de la salud. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 1 (3), 11-19. Recuperado de: <https://revistas.ecr.edu.co/index.php/RCR/article/view/256>
- Cárdenas, K. & Aranda, M. (2017). Psychotherapies for the treatment of phantom limb pain. *Rev. Colom. Psiquiat.*, 46 (3), 178-186. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016300786>
- Carrillo, B. A. M. (2016). *Hipnosis, atención y control cognitivo. Una revisión de traumas y recuerdos olvidados* (Trabajo fin de grado). Recuperado de: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/3446>
- Casillas, S. M. L. (2013). *Eficacia de la terapia reiki en la mejora del dolor, la fatiga, la calidad de vida y el impacto de la enfermedad sobre las actividades de la vida diaria en mujeres con fibromialgia* (Tesis doctoral). Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/19723534.pdf>
- Castañeda, E. & Krikorian, A. (2018). Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36 (2), 269-283. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/5488>
- Castellanos, J. (s/a). *Masaje terapéutico. Qué es, tipos y diferencias con otros masajes*. Recuperado el 16 de diciembre de 2018, de: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/masaje-terapeutico-que-es-tipos-y-diferencias-con-otros-masajes>
- Castro, R. J. A., Cunha, L. P. & Kimiko, S. R. (2013). Tratamiento del dolor en quemados. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, 63 (1), 149-153. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255496313000287>
- Centro de Estudios de Psicología Gauss (2018). *Diccionario de Términos de Psicología*. Recuperado de: <http://www.academiagauss.com/index.htm>
- Centro de Hipnosis Amets Castellón (2017). *Sobre la hipnosis, origen*. Recuperado de: <http://www.centrohipnosisamets.com/origen.asp>

- Clarett, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*. Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/44600217/MONOGR_AFIA_Dolor_-_Clarett.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1549348810&Signature=KtQ0uSsTAbH7dqQPIMZEJigIupQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DESCALAS_DE_EVALUACION_DE_DOLOR_Y_PROTOCO.pdf
- Claros, P. X. (2008). Aplicación de la hipnosis en un caso de hipomotilidad colónica. *AJAYU*, 6 (2), 165-180. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/4615/461545470003/index.html>
- Comité de redacción (2016). *Tratamientos farmacológicos. Escala analgésica de la OMS*. Recuperado de: <https://www.dolor.com/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms.html>
- Coué, E. (1922). *El dominio de sí mismo*. Traducción de Margarita Mosquera Zapata, Club Positivo, 2003. Recuperado de: https://api.ning.com/files/vDZXXOPt3g2QLf5i3qRnG4mUt6L6HJKuxFgChQg99ZSll0102x4jJ7bj*JyqR2h5S5vCWcOpRMGAXaUlw58Sas3mGz2d8f*/el_dominiodesmismo.pdf
- Cuadros, J. & Vargas, M. (2009). A new mind-body approach for a total healing of fibromyalgia: A case report. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 52 (1), 3-12. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/26739877_A_New_Mind-Body_Approach_for_a_Total_Healing_of_Fibromyalgia_A_Case_Report
- Dagnino, S. J. (1994). Definiciones y clasificaciones del dolor. *Boletín de la Escuela de Medicina*, 23 (3), 1-6. Recuperado de: arsmedica.cl
- Dávila, G. M. & Curay, B. E. (2018). Hipnoterapia y su incidencia en la disminución de los signos y síntomas derivados del síndrome de abstinencia a cocaína en usuarios del centro de adolescentes en conflicto con la ley. *Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 6 (1), 22-32. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/325888047_HIPNOTERAPIA_Y_SU_INCIDENCIA_EN_LA_DISMINUCION_DE_LOS_SIGNOS_Y_SINTOMAS_DERIVADOS_DEL_SINDROME_DE_ABSTINENCIA_A_COCAINA_EN_USUARIOS_DEL_CENTRO_DE_ADOLESCENTES_EN_CONFLICTO_CON_LA_LEY

- DeCherney, A. H., Nathan, L., Laufer, N. & Roman, A. S. (s/a). *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. MacGraw-Hill, 11ª ed. Recuperado el 20 de febrero de 2019, de: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1494§ionid=98126957>
- De Pablo, G. A. (2016). Las nuevas ciencias del espíritu del siglo XX: la aparición de la sofrología en España a inicios del segundo franquismo / The new sciences of the spirit of the 20th century: the rise of sophrology in Spain in the early second francoism. *Culturas Psi/Psy Cultures Buenos Aires*, 6, 91-117. Recuperado de: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/culturaspsi/article/view/8316>
- De la Casa, R. G., Ruiz, G. & Sánchez, N. (1999). Las aportaciones de Pavlov en torno al sueño y la hipnosis. *Historia de la Psicología*, 20 (3-4), 177-185. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/43037>
- Dilmahomed, H. & Jovani-Sancho, M. (2018). Hypnoanalgesia in dentistry: A literatura review. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 61 (3), 258-275. Recuperado de: <https://www.scopus.com/record/display.uri?origin=citedby&eid=2-s2.0-85060075874&citeCnt=2&noHighlight=false&sort=plf-f&src=s&st1=hipnosis+para+el+alivio+del+dolor&st2=&sid=b56ce898b3a362d8b6e70b8b4eb78d56&sot=b&sdt=b&sl=48&s=TITLE-ABS-KEY%28hipnosis+para+el+alivio+del+dolor%29&relpos=0>
- Dillworth, T., Mendoza, M. E. & Jensen, M. P. (2012). Neurophysiology of pain and hypnosis for chronic pain. *Translational Behavioral Medicine*, 2 (1), 65-72. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13142-011-0084-5>

- Duprat, E. F. (1960). *Hipnotismo. Técnicas e indicaciones terapéuticas*. La Habana: Revolucionaria.
- Elkins, G., Jensen, M. P. & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 275-287. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17558718>
- Escuela Hipnosis Terapéutica (2013). *Historia de la Hipnosis*. Recuperado de: <http://www.hipnosisterapeutica.org/historia.html>
- Espinoza, Y., Flores, J., Jarpa, J. M., Lizana, C., Marchant, M. & Salin A. (s/a). *Tratamiento del dolor a través de la analgesia hipnótica: mecanismos neuropsicofisiológicos y comparación con otros tratamientos*. Recuperado el 16 de marzo de 2019, de: <https://www.scribd.com/document/11560253/Analgesia-Hipnotica-y-Dolor>
- Figueroba, A. (s/a). *Los 5 tipos de hipnosis y cómo funcionan*. Recuperado el 10 de diciembre de 2018, de: <https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-hipnosis>
- Fontán, B. M. (2010). *Hipnosis y analgesia hipnótica: Una mirada diferente del dolor* (Tesina de Licenciatura). Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/25>
- Freitag, V. L., De Andrade, A. & Badke, M. R. (2015). The reiki as therapeutic form in health care: a narrative literature review. *Enferm. Glob.*, 14 (38), 335-345. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412015000200018&script=sci_abstract&lng=en
- García, J. E. (2016). En el camino de la psicología aplicada (Primera parte): mesmerismo y fisiognomía. *ARANDU-UTIC (Revista Científica Internacional)*, 3 (1), 36-84. Recuperado de: <http://www.utic.edu.py/revista.ojs/index.php/revista/article/view/43>
- González, A. M. (2014). Dolor crónico y psicología: Actualización. *Rev. Med. Clin. Las Condes*, 25 (4), 610-617. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864014700811>

- González, O. H. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*, 2 (1), 117-130. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120117A>
- González, O. H. (2018). Sobre la validez y eficacia de la hipnosis clínica. Valoración crítica del documento observatorio OMC contra las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias, en relación con la hipnoterapia. *Clínica y Salud*, 29 (1), 45-47. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742018000100045&script=sci_arttext&tlng=en
- Guzmán, M. L. D. (2017). *Hipnoterapia. Escritos esenciales en medicina, cirugía y anestesiología. Textos para comprender e integrar la hipnosis en el área clínica*. San Luis Potosí, México: Instituto Milton H. Erickson de San Luis Potosí. Recuperado de: http://www.academia.edu/34362575/Hipnoterapia_Escritos_esenciales_en_medicina_cirugia_y_anestesiologia
- Hammond, D.C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207-219. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207140601177921>
- Hipnosis (2017). *Hipnosis: historia y evolución*. Recuperado de: <http://www.hipnosis-clinica.com.mx/author/Hipnosis/>
- Ibarra, MD. E. (2006). Una nueva definición de “dolor”. Un imperativo de nuestros días. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 13 (2), 65-72. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462006000200001&script=sci_arttext&tlng=pt
- Jácome, R. A. (2014). Cannabis medicinal. *Medicina*, 36 (4), 293-297. Recuperado de: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/107-1>
- 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. Recuperado de:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207140600856798>

- Jiménez, C. N. L. (2015). *La sugestionabilidad en el manejo del dolor pediátrico: Hipnosis, imaginación guiada, entre otras técnicas* (Tesis doctoral). Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1701285058/77E7AACACCF84067PQ/1?accountid=14598>
- Landolt, A. S. & Fresado, L. S. (2011). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. *J. Behav. Med.*, 32 (4), 328-339. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19255840>
- Lobo, T. G., Lobo, B., Callaway, A., Abajo, D., Dhoedt, B., Willershausen, B. & Daubländer, M. (2016). Effectiveness of self-hypnosis on the relief of experimental dental pain: A randomized trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64 (2), 187-199. Recuperado de: <https://www.scopus.com/record/display.uri?origin=recordpage&zone=relatedDocuments&eid=2-s2.0-84959105558&citeCnt=2&noHighlight=false&sort=plf-f&src=s&st1=hipnosis+para+el+alivio+del+dolor&st2=&sid=b56ce898b3a362d8b6e70b8b4eb78d56&sot=b&sdt=b&sl=48&s=TITLE-ABS-KEY%28hipnosis+para+el+alivio+del+dolor%29&relpos=1>
- Lobo, T. G., Lobo, B., Callaway, A., Abajo, D., Dhoedt, B., Willershausen, B. & Daubländer, M. (2016). Hypnosis and local anesthesia for dental pain relief —alternative or adjunct therapy? — A randomized, clinical-experimental crossover study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 64 (4), 391-406. Recuperado de: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84985006712&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=hipnosis+para+el+alivio+del+dolor&st2=&sid=b56ce898b3a362d8b6e70b8b4eb78d56&sot=b&sdt=b&sl=48&s=TITLE-ABS->

KEY%28hipnosis+para+el+alivio+del+dolor%29&relpos=0&citeCnt=2&searchTerm=

- López, T. F. (1996). Definición y clasificación del dolor. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 4, 49-55. Recuperado de: <http://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/viewFile/CLUR9596110049A/1479>
- Martín, C. M. (2010). *La hipnosis en el alivio y tratamiento del dolor. Texto práctico para estudiantes y profesionales*. Colección Hipnosis y terapia de auto-regulación. Recuperado de: <https://www.researchgate.net>
- Martínez, S. L. M., Martínez, D. G. I., Gallego, G. D., Vallejo, A. E. O., Lopera, V. J. S., Vargas, G. N. & Molina, V. J. (2014). Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 21 (6), 338-344. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v21n6/07_revision2.pdf
- Martínez, B. & Asís, M. (1989). *Hipnosis. Teoría, métodos y técnicas*. La Habana: Científico Técnica.
- Martínez-Perigod, B. & Grenet, E. (1985). *Hipnosis*. La Habana: Científico Técnica.
- Mendoza, M. E., & Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30, 98-116. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77811726001>
- Moix J., & Casado, M. I. (2011). Terapias psicológicas para el tratamiento de dolor crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000100003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Montgomery, G. H., Du Hamel, K. N. & Reed, W. H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207140008410045>
- Montgomery, G., & Schnur, J. (2004). Eficacia y aplicación de hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25 (89), 3-8. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808902.pdf>

- Morales, O. M. A. & Torrado, N. C. (2014). Dolor y modalidades físicas: un nuevo paradigma en fisioterapia. *Salud Uninorte*, 30 (3), 465-482. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/html/817/81737153019/>
- Morris, A. B., Perdue, S. T., Puntillo, K. A. & White, Ch. (2001). Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *American Journal of Critical Care*, 10 (4), 238-251. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/11909097_Patients'_perceptions_and_responses_to_procedural_pain_results_from_Thunder_Project_II
- Murillo G. G. (2019). Panaceas, medicinas alternativas y similares: el auge y triunfo de la pseudociencia médica. *Med. Int. Méx.*, 35 (1), 113-143. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
- Nardone, G., Loriedo, C., Zeig, J., & Watzlawick, P. (2008). *Hipnosis y Terapias Hipnóticas: Una guía que desvela el verdadero poder de la hipnosis*. Barcelona, España: Integral.
- Nieto, C. & Aguirre de Cárcer, L. F. (2011). Sugestión: un término marcado. *Hipnológica, Sociedad Hipnológica Científica, Rev. de Hipnosis Clínica Experimental*, 4, 28-31. Recuperado de: <http://www.hipnologica.org/index.php/articulos-profesionales/sugestion/107-sugestion-un-termino-marcado>
- National Institutes of Health Technology Assessment Conference Statement (1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 276 (4), 313-318. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8656544>
- Ortiz, R. J. L. (2014). *¿Qué es la programación neurolingüística y cómo funciona?* Recuperado de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34691726/Que_es_la_Programacion_Neurolinguistica_y_como_funciona____Dr.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1549001527&Signature=%2

B77lpJ9WHgsbBYNAoQ4FJZ%2F5tll%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DQue_es_la_Programacion_Neurolinguistica.pdf

- Osorio, P. C. (2016). *Uso terapéutico del cannabis* (Trabajo de fin de grado). Recuperado de: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/9566>
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129 (4), 495-521. Recuperado de: https://www.academia.edu/9660969/Hypnosis_and_Clinical_Pain
- Patterson, D. & Jensen, M. (2014). Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings. *American Psychologist*, 69 (2), 167-177. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24547802>
- Paz, L. Y. & Ortiz, T. E. (2016). La sugestión en el proceso de enseñanza-aprendizaje universitario ¿Un recurso sociopsicológico desdeñable? *Pedagogía Universitaria*, 21 (1), 41-50. Recuperado de: http://cvi.mes.edu.cu/peduniv/index.php/peduniv/article/view/709/pdf_80
- Peretz, B. & Bimstein, E. (2000). The use of imagery suggestions during administration of the local anesthetic in pediatric dental patients. *J Dent Child.*, 67(4): 263-267. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10997242>
- Pérez, J. A., Fernández, J. C., Fernández, B. & Durán, M. (2012). Empleo de metáforas en las sugestiónes hipnóticas para manejar el dolor articular: estudio de caso. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (1), 57-73. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/10369/9907>
- Pintar, J. & Lynn, S. J. (2009). *Hypnosis; a brief history*. Nueva York: John Willey & Sons.
- Pinto, B. & Montoya, T. (2010). Hipnosis para el control del dolor en pacientes con quemaduras. *Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 8 (2), 122-156. Recuperado de: <http://www.redalyck.org/articulo.oa?id=461545466006>

- Pons, A. (s/a). *Aplicaciones de la hipnoterapia*. Recuperado el 14 de febrero de 2018, de: <https://terapiaponscastellano.wordpress.com/about/>
- Puebla D. F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)*, 28 (3). Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
- Ramírez, Z. L. M. & Domínguez, T. B. (2011). Tratamiento psicológico del dolor por procedimientos en un paciente pediátrico oncológico. *Psicología y Salud*, 21 (1), 65-71. Recuperado de: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/588/1016>
- Real Academia Española (2017). *Diccionario de la lengua española*. Edición del tricentenario. Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=KSGdfk6>
- Sánchez, E. (2017). *La sugestión: el efecto de aquello que sólo está en nuestra mente*. Recuperado de: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-sugestion-efecto-aquello-solo-esta-nuestra-mente/>
- Santana, M. J., Bernal, G., Rodríguez, L., Gómez, K. & Morales, J. (2012). Asuntos conceptuales, metodológicos y éticos de la hipnosis como terapia psicológica adjunta al tratamiento del cáncer de mama. *Salud y Sociedad*, 3 (2), 212-236. Recuperado de: <http://146.83.115.167/index.php/saludysociedad/article/view/848>
- Serrano F. M. J. (2017). *El uso de la hipnosis en los espectáculos de televisión*. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6666&cat=8
- Silvério-Lópes, S. & Adriane, S. M. (2013). *Auriculoterapia para analgesia*. Silvério-Lópes. Recuperado de: <http://www.omnipax.com.br/livros/2013/ANAC/anac-cap01.pdf>
- Solis, V. (2015). *Hipnosis: tabúes y su forma de tratamiento*. Recuperado de: https://issuu.com/viridianasolis7/docs/hipnosis-tab_es_y_su_forma_de_trat
- Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangparni, J., Rouf, R., Solmi, M., Veronesa, N. & Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental

- trials. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 99, 298-310. Recuperado de: <https://www.scopus.com/record/display.uri?origin=citedby&eid=2-s2.0-85061749401&citeCnt=2&noHighlight=false&sort=plf-f&src=s&st1=hipnosis+para+el+alivio+del+dolor&st2=&sid=b56ce898b3a362d8b6e70b8b4eb78d56&sot=b&sdt=b&sl=48&s=TITLE-ABS-KEY%28hipnosis+para+el+alivio+del+dolor%29&relpos=0>
- Tortosa, F., Gonzales, H. & Miguel, J. (1999). La hipnosis una controversia interminable. *Anales de Psicología*, 15(1), 3-25. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/5488>
 - Vallejo, M. S. (2015). Magnetizadores, ilusionistas y médicos. Una aproximación a la historia del hipnotismo en México (1880-1900). *Trashumante, Revista Americana de Historia Social*, 5, 200-219. Recuperado de: <https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n5a10>
 - Vázquez-Dextre, E. R. (2016). Mindfulness. Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev. Neuropsiquiatr.*, 79 (1), 42-51. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972016000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
 - Vicente-Herrero, M. T., Delgado-Bueno, S., Bandrés-Moya, F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre, M. V. & Capdevila-García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 25 (4), 228-236. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228&lang=pt
 - Villada, P. L., & Piñero, S. Y. (2016). Reflexología en el embarazo y como terapia alternativa en el parto. *Enfermería Docente*, 1 (105), 49-55. Recuperado de: http://www.revistaenfermeriadocente.es/index.php/ENDO/article/view/110/pdf_342
 - Villar R. (2016). *Monografía "Hipnosis: Trayectorias académicas"* (Trabajo final de grado). Recuperado de:

<https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfgricardovillar1.pdf>

- Wandosell, B. (2015). *Métodos de inducción de la hipnosis*. Recuperado de: <https://hipnomedia.com/metodos-de-induccion-de-la-hipnosis/>