



Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión

Una guía clínica

Joseph Barber



Desclée De Brouwer
Biblioteca de Psicología

JOSEPH BARBER

**TRATAMIENTO DEL DOLOR
MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN
UNA GUÍA CLÍNICA**

Con la colaboración de:

CHRISTEL BEJENKE	ROSEANN MULLIGAN
JOHN BONICA	DAVID PATTERSON
WILLIAM FOWKES	DONALD PRICE
SAMUEL LEBARON	SARI ROTH-ROEMER
JOHN LOESER	KAREN SYRJALA
LONNIE ZELTZER	

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Prólogo <i>por Ernest R. Hilgard</i>	11
Reconocimientos.....	15
Prefacio.....	17
Colaboradores	23
I. INTRODUCCIÓN A LOS TEMAS BÁSICOS	25
1. Un breve acercamiento a la analgesia hipnótica	27
<i>Joseph Barber</i>	
2. La evaluación médica del paciente con dolor.....	55
<i>John J. Bonica y John D. Loeser</i>	
3. La evaluación psicológica del paciente con dolor.....	71
<i>Joseph Barber</i>	
4. La analgesia hipnótica: Mecanismos psicológicos y neurales	87
<i>Donald D. Price</i>	
5. La analgesia hipnótica: Consideraciones clínicas	105
<i>Joseph Barber</i>	
II. SÍNDROMES DE ESPECIAL INTERÉS	135
6. El dolor del cáncer	137
<i>Karen L. Syrjala y Sari Roth-Roemer</i>	
7. El dolor de cabeza	171
<i>Joseph Barber</i>	

8. El dolor dental	195
<i>Roseann Mulligan</i>	
9. Los procedimientos médicos dolorosos	215
<i>Christel J. Bejenke</i>	
10. El dolor de las quemaduras.....	263
<i>David R. Patterson</i>	
III. POBLACIONES DE ESPECIAL INTERÉS	295
11. El dolor en los niños.....	297
<i>Samuel LeBaron y Lonnie K. Zeltzer</i>	
12. El dolor en los ancianos	331
<i>Samuel LeBaron y William C. Fowkes</i>	
Epílogo: Cuando fracasamos	353
<i>Joseph Barber y Samuel LeBaron</i>	
Referencias	367

Prólogo

Este libro es un ameno y riguroso informe en torno a la hipnosis y a la sugestión en el tratamiento del dolor. En las últimas cuatro décadas, se ha llegado a conocer mucho mejor la hipnosis, gracias a la abundante investigación clínica y de laboratorio. De todos modos, sigue quedando mucho por explorar y por comprender respecto a este tema, y es preciso describir con gran rigor sus aplicaciones prácticas. Los clínicos que se ocupan de los pacientes con dolor se han beneficiado enormemente del trabajo teórico realizado sobre la hipnosis. Al mismo tiempo, algunas de las cuestiones más importantes de este campo han sido estudiadas por los propios clínicos, cuya preocupación básica se dirige a las aplicaciones prácticas.

Este libro ofrece un conocimiento, tanto experimental como clínico, en relación al tratamiento de estos problemas tan reales. Los clínicos que lean este libro apreciarán el detalle y la meticulosidad con que se exploran las cuestiones clínicas. Al mismo tiempo, los investigadores lograrán una comprensión más profunda del mundo de quienes tratan el dolor.

La literatura referida a los factores psicológicos implicados en el tratamiento del dolor es abundante pero incompleta. Por desgracia, aunque existen muchos métodos psicológicos para el tratamiento del dolor que reivindican su eficacia con energía, son pocos los informes serios y meticulosos que integran una exploración delicada de los problemas del dolor con el acercamiento riguroso que requiere el método científico. Este libro supone una importante contribución en este campo, una valiosa fuente para clínicos e investigadores.

A lo largo de los años, Josephine Hilgard y yo, junto a otros compañeros del *Stanford Hypnosis Laboratory*, observamos la enorme variabilidad de la experiencia

en relación a los sujetos experimentales. Esta variabilidad nos ayudó a darnos cuenta, orientados por nuestros colegas clínicos, de la importancia de aportar un enfoque flexible al marco experimental. Nos beneficiamos enormemente de este punto de vista clínico a la hora de diseñar y de ejecutar, en el laboratorio, los estudios sobre el dolor. Una fuente importante de información para estos estudios experimentales fueron las entrevistas clínicas que Josephine y sus colegas realizaron para explorar la experiencia tanto del sujeto como del investigador. A partir de nuestro trabajo con sujetos experimentales, aprendimos valiosas lecciones que confiamos puedan ser aplicadas en la clínica. Después de todo, el objetivo fundamental de este trabajo empírico consistía en ayudar a los pacientes reales que padecen dolores. La prueba más importante de nuestra capacidad para integrar los métodos experimentales y los clínicos fue la investigación en torno al dolor en niños cancerosos, dirigida por Josephine y por su colega, Sam LeBaron. Esta investigación confirmó que, como esperábamos, la complejidad del trabajo clínico iba mucho más allá de lo que en el laboratorio podíamos llegar a sospechar. Por suerte, demostró también la relevancia del método científico en la investigación clínica. El presente volumen es una demostración del genio y del espíritu creativo de muchos clínicos y de cómo éste preside todo su trabajo.

Los clínicos que tratan de aliviar el sufrimiento de sus pacientes saben mucho más acerca del dolor que lo que el investigador puede descubrir en el laboratorio. Pero, si verdaderamente queremos estudiar el fenómeno clínico y ser capaces de comunicarlo, hemos de integrar la técnica clínica y el método experimental. Leyendo estos capítulos, me siento muy satisfecho al ver que Joseph Barber y sus colaboradores han aportado una magnífica integración de los métodos clínicos y experimentales para el abordaje del tratamiento del dolor.

Los clínicos interesados en el tratamiento de un tipo concreto de dolor por medio de la hipnosis y de la sugestión han contado con pocas fuentes sólidas a las que recurrir. Con la publicación de este volumen, el clínico, al menos, tiene acceso a una variedad de métodos concretos que van acompañados de una seria reflexión a través del análisis de casos. Este volumen resulta especialmente valioso para atender a los tan diversos problemas del dolor.

Se incluyen casos sobre la preparación para procedimientos médicos dolorosos; sobre el dolor asociado a la odontología, a las quemaduras, al cáncer; sobre los síndromes comunes de dolor, tales como el dolor de cabeza o la artritis; sobre el dolor en los niños y en los ancianos. En resumen, este libro abarca los problemas del dolor a los que los clínicos se han de enfrentar. Al lector le resultará también interesante y útil el debate del último capítulo en torno al fracaso de algunos tratamientos, así como el intento ulterior por comprender lo que fue mal.

En la Sección I, Barber crea un contexto para el libro, introduciendo la posición teórica que sustenta este trabajo. Aunque el capítulo introductorio sobre la analgesia hipnótica me resultó muy claro y concienzudo, me intrigaba mucho el debate sobre la receptividad hipnótica y sus consecuencias clínicas. La compleja cuestión de la relevancia clínica de la receptividad hipnótica ha precisado una discusión y elaboración más amplias. Me ha sorprendido muy gratamente que un

libro sobre el tratamiento hipnótico incluya el muy pertinente capítulo de Bonica y Loeser en torno a la evaluación médica del paciente. Es sumamente interesante el capítulo de Price, en el que defiende la importancia de los experimentos neurofisiológicos, muy relacionados con este terreno, y en el que el autor realiza, además, su contribución teórica.

Los capítulos de las Secciones II y III exploran y debaten una amplia franja de síndromes de dolor y de pacientes con dolor. En líneas generales, los debates anteriores a los que hemos asistido, bien estaban limitados por las preocupaciones teóricas, bien realizaban afirmaciones teóricas que en la práctica no se ratificaban. Valoro de una forma especial las razonadas discusiones clínicas de estos capítulos. Durante algún tiempo, se ha propuesto que el tratamiento hipnótico podía mejorar de forma importante el dolor de las quemaduras. El capítulo de Patterson nos acaba de convencer del valor de esta terapéutica. Por último, permítanme que aproveche esta oportunidad para mencionar la enorme satisfacción que sentí al leer el capítulo de mis jóvenes colegas, LeBaron y Zelter, sobre el dolor en los niños. Constituye un magnífico ejemplo del tratamiento clínico basado en la investigación empírica. Para Josephine y para mí, ha sido un gran placer poder observar sus contribuciones a lo largo de los años.

Existen clínicos cuyos escritos parecen sugerir que sus métodos son tan eficaces que curan a todos los pacientes. Pero la experiencia nos dice que esto no es así. En el Epílogo, Barber y LeBaron nos ofrecen una visión muy poco corriente del pensamiento del clínico cuando se ha de enfrentar a pacientes que no mejoran con el tratamiento. Confío en que este capítulo ofrezca a otros clínicos la oportunidad de debatir sus experiencias en torno a las complicaciones y al fracaso del tratamiento.

Los científicos, los clínicos y los estudiantes encontrarán cuestiones muy valiosas en estas páginas. Me complace tener la oportunidad de participar en este excelente libro.

DOCTOR ERNEST R. HILGARD
Stanford, California
Diciembre, 1995

Prefacio

El año pasado, cuando estaba terminando de impartir un breve curso sobre el tratamiento hipnótico del dolor en Heildeberg, Alemania, un estudiante me preguntó: “¿dónde está escrito todo esto?”. La cuestión ponía de manifiesto que, aunque les había proporcionado una serie de publicaciones sobre el tema, la mayor parte de lo que estaba enseñando, en torno a la puesta en práctica del tratamiento hipnótico, procedía de la experiencia clínica –la mía y la de los colegas con los que he discutido los casos clínicos–. Me di cuenta de que este material, básico para comprender el tratamiento hipnótico del dolor, no aparecía en la literatura.

Seguí pensando en la pregunta planteada por el estudiante y empecé a examinar las áreas temáticas que podrían llenar esa laguna en la literatura. Aunque mis conocimientos y experiencia no abarcaban todo el campo de poblaciones y tratamientos en relación al dolor, tengo compañeros cuyos conocimientos y experiencia completan los míos. Por suerte, estuvieron dispuestos a ayudarme en esta guía clínica, y por ello les estoy muy agradecido.

EL TEMA CENTRAL DEL LIBRO

Este libro se centra en el tratamiento de los pacientes que sufren dolores, como consecuencia de una serie de síndromes recurrentes, y cuyos sistemas nerviosos se ven constantemente bombardeados por una estimulación nociva. No vamos a hablar de los pacientes que padecen un síndrome de dolor benigno crónico (Sternbach, 1982a), para el que normalmente el tratamiento hipnótico no resulta demasiado útil y para el que tal vez programas multidisciplinares de tratamiento del dolor ofrezcan mejores resultados.

Los síndromes recurrentes de dolor representan un campo amplio de las dolencias y enfermedades que crea la estimulación nociva, algunas veces, diaria, como podría ser el caso del dolor del cáncer o de la artritis; otras, menos frecuentes, como en el dolor de la migraña o de la neuralgia del trigémino. Ejemplos obvios de enfermedades o síndromes que producen un dolor recurrente serían, sin seguir un orden especial: el cáncer; los dolores de cabeza de diferentes tipos (migrañoso, en racimos, tensional, vascular y postraumático); los dolores faciales; la artritis, reumatoide y osteoide; el síndrome postpolio; el síndrome del intestino irritable; las quemaduras; las neuralgias diversas, incluyendo la postherpética y la de trigémino; el síndrome de la articulación temporomaxilar (TMJ); el dolor fantasma; la anemia drepanocítica; el dolor en la zona baja de la espalda, provocado por la compresión de los nervios; y muchas, muchas dolencias y enfermedades que producen un intenso, y en ocasiones obstinado, dolor.

Salvo en los capítulos que se ocupan de los procedimientos médicos dolorosos, de las quemaduras y del dolor dental, la expresión “pacientes con dolor” hace referencia a pacientes que llevan varios meses sufriendo algún tipo de dolor.¹ El tratamiento efectivo del dolor agudo tiende a resolver el sufrimiento del paciente; pero el dolor recurrente y persistente, a medida que el tiempo avanza, va originando ciertos cambios en el sujeto, tanto fisiológicos como psíquicos. En consecuencia, aparte de la dolencia o enfermedad que genera dolor, el dolor es ahora, por sí mismo, un síndrome que hay que tratar.

Cuando se adentre en la lectura de este libro, tenga presente que en él sólo se exploran los enfoques para el tratamiento del dolor que utilizan la imaginación del paciente.² Como ya se aclara en el Capítulo 1, el término “hipnosis” está muy cargado de asociaciones no demasiado afortunadas que, a lo largo de este libro, he tratado de evitar. En su lugar, cuando es posible, prefiero referirme a “procesos hipnóticos”, “métodos hipnóticos” u otras alternativas. Sin embargo, algunas veces, este intento por lograr una mayor precisión produce más confusión que exactitud; por tanto, utilizo el término “hipnosis” de manera puntual. Observará, sin embargo, que el empleo de la palabra “trance”, mucho más cargada aún de connotaciones desatinadas, queda totalmente desterrado.

El hecho de que nuestra exploración, en torno a los métodos relacionados con el tratamiento del dolor, se haya limitado a “la hipnosis y la sugestión” no debería interpretarse como un rechazo hacia otros tipos de tratamientos, que, en algunos casos concretos, pueden ser más apropiados y eficaces. Insisto en este punto, pues he observado que los clínicos formados en los métodos hipnóticos tienden a desarrollar una visión demasiado limitada sobre el tratamiento clínico, tal vez incluso olvidando, a medida que se van sintiendo más fascinados por el fenóme-

-
1. Los nombres y otras características identificativas han sido alterados para ocultar las identidades de los pacientes cuyos casos se debaten en este libro.
 2. Observe, no obstante, que el uso de estos métodos no descarta la utilización de fármacos. Con frecuencia, una combinación de ambos proporciona una intervención satisfactoria a un problema complejo.

no hipnótico, su amplia formación clínica. Sin embargo, cuando un paciente padece un dolor, es muy raro que el clínico experimentado recurra al tratamiento hipnótico en primer término. Sólo tras una adecuada evaluación del paciente y de sus síntomas, podemos elegir la terapéutica más conveniente.

LA ORGANIZACIÓN DEL LIBRO

Aunque espero que este libro se convierta en una referencia útil para aquellos que deseen conocer una técnica o un tema concretos, mi objetivo fundamental consiste en explorar de forma global el ámbito del tratamiento del dolor a través de la hipnosis y de la sugestión.

La sección I, que aporta una aproximación a este complejo campo, comienza con una introducción a la hipnosis y a la sugestión, así como a su aplicación en el tratamiento clínico del dolor.

Cuando un paciente acude a nosotros por primera vez quejándose de dolor, nuestra tarea consiste en identificar la naturaleza y el origen de ese dolor. ¿Es el dolor la señal de la presencia de una dolencia o enfermedad que precisa del oportuno tratamiento? Un paciente que se queja de dolor abdominal, por ejemplo, puede estar sufriendo una inflamación del apéndice, lo que exigiría una intervención quirúrgica inmediata. Al margen de estas situaciones de emergencia, debemos preguntarnos si el dolor está causado por una dolencia que puede ser tratada eficazmente. Esta cuestión es muy pertinente, ya que la mayoría de los dolores prolongados se deben a una terapéutica inadecuada. Si se hubiera tratado convenientemente la causa del dolor, tal vez no habría un dolor prolongado que tratar. Existen también pacientes que padecen diversas enfermedades, pero cuyo sufrimiento parece escapar del campo médico.

Por consiguiente, resulta claro que la evaluación inicial de un paciente que se queja de dolores ha de ser, en primer lugar, un proceso médico, no psicológico. En el Capítulo 2, *La evaluación médica del paciente con dolor*, John Bonica y John Loeser describen los principios y las técnicas que guían al médico en el proceso de examinar al paciente y de determinar la naturaleza de su dolor.

El tratamiento eficaz depende también de una adecuada evaluación psicológica del paciente, explorada en el Capítulo 3, y de una comprensión razonable de la naturaleza del tratamiento. Con este fin, en el Capítulo 4, Donald Price aporta sus notables conocimientos sobre los substratos neurofisiológicos de la analgesia hipnótica, obtenidos a lo largo de una extensa experiencia como investigador, tanto de los fenómenos del dolor como de los de la hipnosis. Ofrece una valiosa y convincente explicación, desde el punto de vista clínico, de los mecanismos psicológicos y neurales que subyacen al fenómeno de la analgesia hipnótica. La comprensión de este modelo puede resultar muy útil a la hora de formular eficaces e imaginativos planes para el tratamiento hipnótico.

En el Capítulo 5, se presentan algunas técnicas concretas de inducción hipnótica, diversos planes de tratamiento y el proceso para la elección de las pro-

puestas más adecuadas. De todos modos, el lector que no cuente aún con una formación sólida en los métodos hipnóticos no debería considerar los contenidos de este libro como un sistema alternativo de aprendizaje. Dicha formación es esencial para garantizar el empleo seguro y eficaz de estos métodos.

La Sección II explora los síndromes a los que la mayoría de los clínicos que tratan el dolor se han de enfrentar. Probablemente, uno de los síndromes más dolorosos guarde relación con las formas diversas de la enfermedad metastásica. El cáncer lleva asociado una enorme carga emocional de temor, y, por tanto, el tratamiento del dolor oncológico exige una sensibilidad especial. Karen Syrjala y Sari Roth-Roemer aportan, en el Capítulo 6, una experiencia clínica importante relativa al manejo del dolor en el cáncer. Puesto que a mí me interesa de una forma especial el tratamiento de las cefaleas, al que el método hipnótico se adapta muy bien, en el Capítulo 7, doy buena cuenta de esta técnica. Roseann Mulligan proporciona al lector una exploración muy poco corriente del mundo del dolor dental y de su abordaje psicológico, en el Capítulo 8. Christel Bejenke, una destacada anestésista que disfruta escuchando a sus pacientes y hablando con ellos (incluso cuando están anestesiados), comparte su amplia experiencia con nosotros en el Capítulo 9. Aborda el complejo problema del manejo de la ansiedad y del dolor y nos presenta, asimismo, diversas técnicas para preparar a los pacientes que deben someterse a procedimientos médicos dolorosos. David Patterson, que ha estado al frente de la relativamente moderna innovación del tratamiento hipnótico del dolor asociado a las quemaduras y a su cuidado, plantea este desafiante trabajo en el Capítulo 10.

La Sección III hace referencia al tratamiento clínico de pacientes pertenecientes a poblaciones especiales. Samuel LeBaron trabajó durante una época como psicólogo pediátrico. Tras una pionera investigación realizada con Josephine Hilgard, sus colaboraciones con Lonnie Zeltzer enriquecieron durante años la literatura clínica y experimental. En el Capítulo 11, vuelven a trabajar de nuevo juntos, explorando el tratamiento del dolor en los niños. LeBaron, ahora también médico, se une, en el Capítulo 12, a William Fowkes, su colega de Stanford, para ofrecer al lector una espléndida visión de los cuidados dirigidos hacia quienes han pasado ya la infancia y la edad adulta y sufren ahora los dolores asociados a la vejez.

Pese a nuestros esfuerzos, algunas veces, fracasamos —el paciente abandona el tratamiento, sin que su dolor haya experimentado una mejoría—. En el Epílogo, Samuel LeBaron y yo asumimos la difícil cuestión de entender por qué se produce ese fracaso y tratamos de aprender a partir de él.

El tratamiento del dolor por medio de la hipnosis y de la sugestión se consideró, durante una época, como un tratamiento “alternativo”, en el mejor de los casos, y como un ejemplo de curanderismo, en el peor. Gracias al enorme esfuerzo que se le ha dedicado a la investigación, gracias a los esmerados enfoques clínicos empleados y gracias también a la formación surgida de ambos, hoy sabemos mucho acerca de cómo tratar el dolor por esta vía. Este volumen pretende ser una guía útil, desde el punto de vista clínico, para el conocimiento práctico de las téc-

nicas que se han desarrollado a partir de esa tradición de investigación, y está organizado de modo que usted lo pueda utilizar como una guía para formarse su propia opinión clínica.

El tratamiento clínico del dolor constituye una de las tareas clínicas más desafiantes, desde un punto de vista intelectual, y más exigentes, desde un punto de vista personal, que podemos emprender. Espero que el material de este libro sirva para hacer más sencilla esta tarea.

Dr. Joseph Barber
Seattle, Washington

Colaboradores

Dr. Joseph Barber

Profesor titular de los de Departamentos de Anestesiología y Rehabilitación Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington. Práctica privada en psicología clínica, en Seattle. Antiguo presidente y miembro de la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental. Diplomado por la Junta Americana de la Hipnosis Psicológica.

Dra. Christel J. Bejenke

Práctica privada en Anestesiología, en Santa Bárbara, California. Miembro de la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental.

Dr. John J. Bonica (1917-1994)

Jefe fundador del Departamento de Anestesiología, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington. Fundador del Servicio del Dolor de la Universidad de Washington. Fundador de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

Dr. William C. Fowkes

Profesor y codirector del Departamento de Medicina de Familia, Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford.

Dr. Ernest R. Hilgard

Profesor emérito del Departamento de Psicología de la Universidad de Stanford. Cofundador, antiguo presidente y miembro de la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental.

Dr. Samuel LeBaron

Profesor titular del Departamento de Medicina de Familia, Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford. Miembro de la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental.

Dr. John D. Loeser

Profesor de los Departamentos de Cirugía Neurológica y de Anestesiología, y director del Centro Multidisciplinar para el Dolor de la Universidad de Washington. Presidente de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

Dra. Roseann Mulligan

Profesora y jefa del Departamento de Medicina Dental y Salud Pública. Vicedecana de la Facultad de Odontología de la Universidad de Southern California. Miembro de la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental.

Dr. David R. Patterson

Profesor titular del Departamento de Medicina de Rehabilitación, y psicólogo jefe de la Unidad Harborview para el Tratamiento de Quemados, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington.

Dr. Donald D. Price

Profesor y director de Investigación Humana, Departamento de Anestesiología, Facultad de Medicina de Virginia.

Dra. Sari Roth-Roemer

Profesora asociada del Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, y miembro titular en Investigación Clínica de la Clínica Fred Hutchinson para el Cáncer, en Seattle.

Dra. Karen L. Syrjala

Profesora titular del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, y miembro titular de la Clínica Fred Hutchinson para el Cáncer, Seattle.

Dra. Lonnie K. Zeltzer

Profesora del Departamento de Pediatría y jefa de la Clínica Pediátrica para el Dolor de la Facultad de Medicina de UCLA. Miembro de la Sociedad para la Hipnosis Clínica y Experimental.

I INTRODUCCIÓN A LOS TEMAS BÁSICOS

1

Un breve acercamiento a la analgesia hipnótica

Joseph Barber

La analgesia hipnótica es uno de los fenómenos hipnóticos más espectaculares. Observar la cara tranquila de un paciente que está siendo sometido a un procedimiento médico doloroso, sin la ayuda de ningún agente anestésico a excepción de la palabra, es una experiencia sorprendente y, tal vez, increíble. Al clínico le resulta muy gratificante escuchar el suspiro de alivio de un paciente que sufría importantes dolores. Este libro explora los modos en que podemos emplear la sugestión y las técnicas hipnóticas para tratar el dolor de nuestros pacientes. En este primer capítulo, nos vamos a ir introduciendo en el terreno de la hipnosis y en sus aplicaciones respecto al tratamiento del dolor.

La palabra “hipnosis” es un término un tanto conflictivo. Durante décadas, los hipnotizadores de teatros, las novelas y las películas han contribuido a crear una serie de extrañas imágenes en torno a la “hipnosis”. Hasta no hace demasiado tiempo, la imagen que mayoritariamente se asociaba con los fenómenos hipnóticos era la de un hombre con bigote, ojos oscuros y una mirada fija que, con su adusta expresión, daba la impresión de que iba a tratar de coaccionar o, tal vez, de hacer daño a la indefensa mujer que tenía ante él. Aunque esta imagen de la “hipnosis” esté bien para hace cien años, continúa demasiado presente en nuestras asociaciones actuales de la hipnosis –incluso en el contexto de los cuidados médicos o psicológicos.

Otra imagen muy corriente es la de un hipnotizador embaucador, vestido con un traje brillante, que obliga a los participantes a interpretar una serie de actos extraños y embarazosos –como si no pudieran evitar obedecer sus mandatos–. La noción de que las técnicas hipnóticas son un medio para controlar la voluntad de otra persona está fuertemente arraigada. Incluso hoy en día, los fenómenos hipnó-

ticos se emplean como fuente de divertimento público. Los “hipnotizadores” entretienen animando a los miembros de la audiencia a actuar según distintos grados de estupidez para, en apariencia, divertir a las personas que están mirando. Por desgracia, es bastante común ver a un hipnotizador teatral ordenar a un miembro de la audiencia que cacaree como un gallo o que alucine que el público está desnudo. Sería muy lógico que un testigo de tales payasadas concluyera que esto sólo podría ocurrir si la voluntad de una persona se hubiera adueñado de la de la otra.

¿Es esto de verdad así? ¿Implican los procesos hipnóticos el control de la voluntad de una persona? Existen trabajos en los que se pueden encontrar interesantes y pertinentes debates en torno a la naturaleza de la hipnosis y de la coacción social (Bowers, 1983; Orne, 1959, 1962; Shor, 1959, 1962). Contamos con una amplia evidencia en el sentido de que es posible inducir a los seres humanos a comportarse de un modo ridículo e incluso perjudicial –sin recurrir a técnicas hipnóticas–. Aunque, en ocasiones, los participantes sí experimentan fenómenos hipnóticos, esto no es un requisito imprescindible para que el espectáculo tenga éxito. Se ha demostrado que los ingredientes para la “hipnosis teatral” incluyen muchas dosis de espectáculo y pocas de experiencias hipnóticas auténticas (T. Barber, 1986).

Si bien es cierto que algunas de las payasadas que contemplamos en las “hipnosis teatrales” representan fenómenos hipnóticos genuinos, la mayor parte de la “hipnosis teatral” se basa más en procesos psicológicos y sociales que en verdaderos efectos hipnóticos. De todos modos, al margen del contexto en el que se aplique, es cierto que la experiencia hipnótica conlleva una especie de persuasión, como una involuntariedad que, en un estado normal, el sujeto no experimentaría. Hay algo también poco frecuente en torno a la influencia persuasiva de las sugerencias hipnóticas y a la sensación de verse afectado por ellas.

Pese a que nuestra comprensión y, en consecuencia, las asociaciones que atribuimos a los fenómenos hipnóticos hayan evolucionado a lo largo del tiempo, el terreno de la hipnosis ha empezado hace muy poco a ser explorado de una forma sistemática y desmitificadora.

BREVE INTRODUCCIÓN AL TERRENO DE LA HIPNOSIS

Puesto que, en el terreno de la hipnosis, existen ya exploraciones muy notables (Bowers, 1978; Fromm & Nash, 1992; Hilgard, 1965a, 1965b; Lynn & Rhue, 1991), no voy a tratar de ampliar esa literatura. No obstante, el lector que aún no esté familiarizado con este campo encontrará en los apartados siguientes el contexto adecuado en el que ubicar las técnicas y los principios clínicos que componen el resto del libro.

La naturaleza de la hipnosis

Una de las peculiaridades del estudio y de la aplicación de los fenómenos hipnóticos es que todavía no se ha llegado a un acuerdo en cuanto a la definición de

hipnosis y a la comprensión de su naturaleza básica. En el Capítulo 4, Don Price explora la controversia fundamental en el campo de la hipnosis: si la experiencia hipnótica incluye o no una alteración en el estado de la conciencia —el asunto del estado frente al no estado—. La visión que una persona tiene de este tema, pienso yo, depende más de su visión básica de la psicología humana (y, creo, de si ha tenido una experiencia hipnótica), que de la interpretación de los datos.

En este libro, el debate sobre la hipnosis y el tratamiento hipnótico se apoya en la asunción de que la experiencia hipnótica es un fenómeno complejo que está en función de la interacción dinámica entre una alteración en el estado de conciencia y diversas fuerzas psicológicas y sociales. Si desea una descripción más detallada de este supuesto, la puede encontrar en Barber (1991). Por otro lado, si su interés se centra más en la exploración de las teorías contemporáneas sobre la hipnosis, existen dos fuentes que le pueden ser de gran ayuda: Fromm y Nash (1992) y Lynn y Rhue (1991).

La definición de hipnosis

La hipnosis es una condición o estado alterado de la conciencia que se caracteriza por el notable aumento de la receptividad a la sugestión, la capacidad de modificar la percepción y la memoria, y el potencial para el control sistemático de una serie de funciones fisiológicas normalmente involuntarias (tales como la actividad glandular, la actividad vasomotora, etc.). Además, la experiencia de la hipnosis crea una relación insólita entre la persona que ofrece la sugestión y la que la recibe. Shor (1962) definía esta relación especial como una “implicación arcaica”, lo que significa que la persona que está siendo hipnotizada experimenta un tipo de transferencia. Esto engloba los sentimientos y, hasta cierto punto, los actos que la persona tuvo con quien le cuidó en una etapa temprana de su vida. De hecho, puede ser que esa cualidad transferencial de la experiencia hipnótica constituya un factor determinante de la eficacia clínica.

Todas esas características del funcionamiento alterado son fundamentales para el control del dolor; pero, sin duda, las alteraciones más importantes son las que tienen que ver con la percepción y con el funcionamiento físico. Con respecto a las alteraciones en la percepción, los sujetos hipnotizados pueden experimentar alucinaciones positivas y negativas. La alucinación positiva se refiere a la capacidad de percibir algo que, de otro modo, no se percibiría. La alucinación negativa se refiere a la capacidad de no percibir algo que, de otro modo, se percibiría. Dichas alucinaciones pueden producirse en cualquier modalidad sensorial. Como ilustraremos a lo largo de este texto, la capacidad de alterar la percepción (aunque no necesariamente de alucinar) permite el desarrollo de la analgesia o de la anestesia hipnóticas. (La anestesia remite a la ausencia de sensación; la analgesia, a la ausencia de dolor, pero no de sensación.)

Un malentendido muy corriente consiste en creer que la eficacia de los métodos hipnóticos en el tratamiento del dolor se debe a que potencian la relajación; de hecho, hay quien piensa que la inducción hipnótica no es más que un ejercicio para crear un estado de relajación muscular. La relajación muscular no es un tratamien-

to útil contra el dolor —excepto, claro está, en el caso del dolor provocado por una tensión muscular (McCauley, Thelan, Frank, Willard & Callan, 1983); incluso en ese supuesto, es probable que la relajación tenga sólo un efecto temporal.

Por otro lado, la hipnosis no implica necesariamente un estado de relajación (Banyai, 1980). Los dos fenómenos pueden darse de forma independiente. Su asociación depende, en buena parte, del hecho de que las sugerencias encaminadas a buscar la relajación del sujeto forman parte, casi siempre, de las inducciones hipnóticas. Lejos de ser una simple relajación, la experiencia hipnótica implica un cambio, en ocasiones espectacular, en la conciencia. Al parecer, es este cambio el que está al servicio de la modificación en la conciencia del dolor (Orne, 1976; Shor, 1965). Las sugerencias que buscan la relajación del paciente pueden desempeñar un papel fundamental a la hora de ayudarlo a “relajar” su nivel habitual de análisis, de pensamiento crítico y/o la “cháchara mental” que pueden interferir con su deseo de sumergirse en las experiencias que se le proponen.

La teoría de la neodisociación de Hilgard sugiere que una característica esencial del proceso cognitivo que subyace a la experiencia hipnótica es la disociación (Hilgard, 1973, 1977). La teoría de la neodisociación propone, además, que la analgesia hipnótica está en función de la disrupción —la disociación— de la información sensorial que va camino de la conciencia.

La utilización de esas capacidades, alcanzadas a través del cambio disociativo en la conciencia, diferencia los métodos hipnóticos de las estrategias cognitivas para el control del dolor. El tratamiento hipnótico no es una terapia cognitiva, en el sentido de que no enseña al paciente a pensar su problema de un modo diferente. El paciente que experimenta la analgesia o la anestesia hipnóticas siente tanto la modificación en la percepción del dolor (el componente sensorial y/o el afectivo¹), como la automaticidad de esa modificación.

En ocasiones, los pacientes experimentan la anestesia o la analgesia hipnóticas, pero no creen que hayan sido hipnotizados (por cuestiones que guardan relación con las falsas expectativas en torno a la experiencia y con la automaticidad de la respuesta). En efecto, puede suceder que esos pacientes no tengan conciencia de cambio alguno en sus cogniciones o en cualquier otro aspecto de su experiencia que no sea la reducción o la desaparición del dolor.

Por ejemplo, un paciente que fue sometido a una técnica odontológica muy dolorosa (un tratamiento del canal de la raíz de un diente vital), con la ayuda de la hipnosis como único anestésico, pensó que no había sido hipnotizado (“porque yo no puedo ser hipnotizado”) y le explicó a su sorprendido dentista que no le había dolido, porque “no me ha hecho nada que duela”. Otro paciente, que padecía un persistente dolor de espalda, acudió a la primera consulta insistiendo en que debería ser hipnotizado, pero que sería una tarea imposible. Al finalizar el tratamiento (tras seis sesiones, durante las cuales quedó patente su capacidad para experimentar fenómenos hipnóticos), su dolor mejoró. Se marchó afirmando que su única frustración era que no le hubiesen hipnotizado. Si bien es cierto que los cambios cog-

1. Un poco más adelante, nos referiremos a los componentes de la experiencia de dolor.

nitivos en la conciencia pueden formar parte del tratamiento hipnótico del dolor, no constituyen un aspecto esencial de dicho proceso. (La cuestión de por qué un paciente recurre a la hipnoterapia, pese a creer que no puede ser hipnotizado, es un asunto psicoterapéutico muy interesante, pero excede el alcance de este capítulo.)

La sugestión

Es una verdadera lástima que, prácticamente, se haya perdido la distinción entre hipnosis y sugestión. Aunque muchos colegas consideran las sugestiones que se les realizan a los pacientes en un estado normal de conciencia como “un ejemplo de lenguaje hipnótico”, esto no es así, se trata simplemente de una invitación a una experiencia —una sugestión—. Estas sugestiones están siempre presentes en nuestras vidas. Cuando, en una tarde de invierno, le decimos a un amigo: “¿No hace un poco de frío en esta habitación?”, le estamos comunicando nuestro malestar y, tal vez, invitándole a añadir un nuevo tronco al fuego. Eso no es sugestión hipnótica, y la acción de nuestro amigo de avivar el fuego no representa una conducta hipnótica. (Si, en una circunstancia diferente, hipnotizáramos a este amigo y le propusiéramos: “Cuando te despiertes, sentirás frío y no te quedará más remedio que echar otro tronco a la chimenea, y no recordarás que he sido yo quien te lo ha dicho,” se trataría de una sugestión hipnótica. Y la actuación posterior de nuestro amigo, vivida como algo imperioso e involuntario, sería un buen ejemplo de conducta hipnótica.)

Si desdibujamos la distinción entre sugestión e hipnosis, e incluimos toda la comunicación influyente dentro del concepto de hipnosis, se pierde el significado específico de la hipnosis. La publicidad, por ejemplo, es un buen ejemplo no de técnicas hipnóticas de masas, sino de una serie de sugestiones que afectan a nuestras percepciones y deseos conscientes.

En el trabajo clínico, las sugestiones están siempre presentes, con todos los pacientes y por parte de todos los médicos, se tenga o no conciencia de su influencia. Pero esto no constituye un ejemplo de intervención clínica hipnótica —salvo en los casos en los que la vulnerabilidad y la sugestibilidad de un paciente sean tan grandes que la enfermedad, y la ansiedad y el terror que lleva asociados, le provoquen un estado alterado de conciencia—. Esta situación especial, bastante común en el contexto médico, la abordarán Christel Bejenke, en el Capítulo 9, y David Patterson, en el Capítulo 10. Puede producirse en cualquier marco, incluso, claro está, en la consulta del psicólogo; pero, si no reconocemos que el impacto de las sugestiones es mucho mayor en el contexto de una experiencia hipnótica, nos perderemos los beneficios específicos de dichas intervenciones.

LA NATURALEZA DEL DOLOR

En ocasiones, el dolor asociado a determinadas enfermedades no es susceptible de mejora o de cura por medio de un tratamiento médico o cognitivo-con-

ductual. Ciertos síndromes recurrentes, tales como la migraña, la neuralgia del trigémino o la osteoartritis, implican una estimulación nociva constante. Cuando ni los mejores cuidados médicos son capaces de reducir el sufrimiento de una manera significativa, se suele recurrir a la intervención psicológica para tratar de ayudar al paciente a seguir funcionando pese a la presencia de su dolor. Si bien los tratamientos cognitivo-conductuales pueden ser de una importancia fundamental para la rehabilitación de los pacientes, estos enfoques no eliminan el dolor —ni tratan de hacerlo—, sino que intentan modificar sus análogos conductuales disfuncionales.

En las clínicas especializadas en el dolor, la mayoría de los pacientes que se incluyen en los programas cognitivo-conductuales globales cuentan con un diagnóstico de *síndrome de dolor benigno crónico* (ver más adelante). Dichos pacientes aprenden a ser más activos, a volver a su trabajo, a tomar menos medicación; por lo general, logran rehabilitarse y funcionar bien (Fordyce, 1976; Fordyce y col., 1983).

Para los pacientes que no tienen el citado síndrome, pero que padecen un dolor recurrente, consecuencia de una enfermedad o de una lesión, los programas cognitivo-conductuales pueden ser de gran ayuda; sin embargo, el problema del dolor persiste. En estos casos, la administración de analgésicos, como los opiáceos, que alteran el humor del paciente, no es demasiado recomendable —incluso si dicha medicación pudiera contribuir a la mejoría de su dolor, lo que generalmente no se produce—, ya que se trata de fármacos con importantes efectos secundarios (dependencia psicológica, dependencia física, tolerancia, disforia, estreñimiento, prurito, etc.).

Los pacientes que sufren un dolor recurrente precisan de una intervención que:

1. elimine el dolor o, al menos, lo reduzca de forma significativa;
2. lo haga sin producir efectos psicológicos secundarios adversos, tales como el aumento del nivel de percepción de dolor o la reducción de los niveles de actividad;
3. potencie los otros tratamientos que estén recibiendo; y
4. les permita a los pacientes utilizar por ellos mismos el tratamiento, de modo que adquieran un nivel mayor de confianza y de independencia respecto al sistema sanitario.

El tratamiento hipnótico ofrece una intervención de carácter clínico. No existe ninguna otra técnica psicológica que sea tan eficaz a la hora de crear bienestar a partir de un malestar, y sin que se produzcan los efectos secundarios adversos que los tratamientos médicos de eficacia comparable suelen llevar asociados. No obstante, la utilización, en situaciones de dolor recurrente, de enfoques hipnóticos exige algo más que la simple aplicación de una inducción hipnótica seguida de las sugerencias pertinentes para lograr la analgesia.

Muchos pacientes —y algunos clínicos— acuden al método hipnótico con la idea de que es un tratamiento mágico contra el dolor; otros lo entienden como el

principal o, incluso, el único tratamiento para problemas compulsivos, sexuales o para la ansiedad. Se trata, sin embargo, de una noción errónea y, en consecuencia, generadora de grandes frustraciones. Para que los métodos hipnóticos puedan dar una respuesta adecuada a problemas tan complejos, deben ser incluidos dentro de un marco psicoterapéutico más amplio (Barber, J., 1982, 1986, 1991; Edelstien, 1981). Cuando se actúa de este modo, las técnicas hipnóticas se convierten en una parte fundamental del abordaje.

Tipos de dolor

El *dolor agudo* es el dolor que se produce como consecuencia de una estimulación nociva (herida, procedimiento médico, enfermedad). Ejemplos de dolor agudo incluyen la apendicitis, las fracturas de huesos, la punción lumbar y la meningitis.

El *dolor recurrente* procede de una herida o, con más frecuencia, de una enfermedad que provoca, a lo largo del tiempo, una estimulación nociva repetida. Pese a la expresión empleada, “dolor recurrente”, esos estados pueden, en ocasiones, implicar un dolor casi constante. Ejemplos de dolor recurrente incluyen la artritis, el dolor del cáncer, la migraña (u otros tipos de cefaleas), el dolor fantasma, el síndrome de dolor talámico, el síndrome del intestino irritable, la drepanocitosis, el tic doloroso de la cara y otros dolores faciales.

El *síndrome de dolor benigno crónico* se diferencia de los anteriores por el hecho de que el paciente experimenta un dolor y un sufrimiento que perdura más allá de la estimulación nociva producida por la lesión o por la enfermedad que originaron el dolor inicial. Ejemplos del síndrome de dolor benigno crónico incluyen el dolor en la zona baja de la espalda y la mayoría de los dolores que se mantienen tras la curación de la afección original.

El *dolor psicogénico* es una clase de trastorno somatoforme que se ve con poca frecuencia en la clínica del dolor.

La experiencia del dolor

Es importante que consideremos ahora la distinción entre los componentes sensorio-discriminativos (o, simplemente, *sensoriales*) y los motivacional-afectivos (o, simplemente, *afectivos*) del dolor. Toda experiencia dolorosa implica la presencia de ambos componentes, y esto es así incluso si el sujeto que la padece no es capaz de reconocerlos de forma separada, a menos que se le pida hacerlo; del mismo modo que la experiencia compleja de la visión contiene elementos de forma, textura, color e intensidad.

El componente sensorial del dolor proporciona a quien lo sufre una información básica en torno a su localización y a su calidad sensorial. Por ejemplo, nos dice si se trata de un dolor o de un hormigueo, si es agudo o sordo, frío o abrasador, si es continuo o intermitente.