APLICACIONES DE LA HIPNOSIS AL TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

Vº Bº Director

Prof. Maribel Rodríguez Fernández

Firma del alumno

Miguel A. Winter Cabrera

Grupo 01. 5º Psicología

Julio 2006
Existen varios tipos de hipnosis y distintas maneras de aplicarla y comprender su funcionamiento. En la actualidad se han publicado numerosos trabajos e investigaciones que confirman la eficacia de la hipnosis clínica, en relación a la mejora de un gran conjunto de dolencias asociadas a patologías médicas y psicológicas. Entre los enfermos de cáncer se han descrito numerosos síntomas tales como el dolor, la ansiedad, la depresión o el insomnio, así como vómitos y náuseas anticipatorias relativas al tratamiento con quimioterapia. La hipnosis parece producir un notable incremento de la eficacia de los distintos tratamientos, a los que se la añade cómo coadyuvante, a la hora de paliar eficazmente dichos síntomas, produciendo una mayor calidad de vida en pacientes oncológicos. Distintos autores apelan al mayor empleo y difusión de esta técnica, al mismo tiempo que advierten de la necesidad de un mayor número de investigaciones rigurosamente diseñadas en este campo.

Palabras clave: Hipnosis, sugestión, cáncer, psico-oncología, quimioterapia, dolor, vómitos y náuseas anticipatorias, sufrimiento, analgesia hipnótica, relajación.

There are different types of hypnosis as well as different ways to apply it and understand its function. Nowadays, we have witnessed the publication of various works and investigations confirming the effectiveness of clinical hypnosis with respect to the improvement of a set of illnesses associated to medical and psychological pathologies. Pain, anxiety, depression and insomnia, as well as vomits and anticipatory nausea derived from chemotherapy are some of the symptoms described by cancer patients. Hypnosis seems to improve noticeably effectiveness of different treatments applied to the patient when added as coadjuvant in order to relieve those symptoms. Consequently, quality of life improves in cancer patients. Various authors suggest both a wider use and dissemination of this method and, at the same time, claim an increase in the number of researches rigorously articulated in this field.

Keywords: hypnosis, hypnotic power, cancer, psycho-oncology, chemotherapy, pain, vomits and anticipatory nausea, suffering, hypnotic analgesia, relaxation.
Introducción.

El campo de la hipnosis parece estar ciertamente soslayado y descuidado en la formación de los distintos profesionales de la salud, así como rodeado de mitos y falsas creencias entre la opinión pública, e incluso entre el propio personal sanitario (Capafons, 2001; Montgomery y Schnur, 2004). Al mismo tiempo ha sido y es un campo de investigación vastísimo con una tradición centenaria como atestiguan los pioneros trabajos de Mesmer, Charcot y Bernheim, entre otros ilustres (Álvarez, 1996).

Como puede comprobarse este trabajo lleva el nombre de "aplicaciones de la hipnosis en pacientes oncológicos". Esto quiere decir que el tema central del documento hace referencia a cómo la hipnosis puede incrementar la eficacia de otros tratamientos a los que se la añade como coadyuvante en relación a pacientes con cáncer. Sin embargo se le dedican XX páginas, mientras que al apartado "aspectos generales de la hipnosis", se le dedican XX.

Este hecho puede generar cierta confusión, cuya explicación tiene su razón de ser en que la hipnosis, como se advierte al comienzo de esta introducción, es un término que genera cierta confusión. Por lo tanto se torna imprescindible realizar una descripción pormenorizada a cerca de las cuestiones relativas a esta técnica.

Este trabajo está conformado por tres partes claramente identificables. En la primera de ellas, se muestran los aspectos generales de la hipnosis. Se comienza con un breve recorrido sobre su historia y sus principales precursores, mostrando las distintas maneras que los investigadores sobre el tema tienen de definir, entender y conceptualizar la experiencia hipnótica, así como los tipos de hipnosis que existen y los distintos ámbitos médicos en los que puede aplicarse. Al mismo tiempo se muestran cuestiones relativas a los tipos de sugestiones, la medición de la sugestionabilidad y las contraindicaciones que han de tenerse en cuenta de cara a aplicar la hipnosis sin entrañar riesgos para la integridad física o psíquica del paciente (Meinhold, 1997).

La segunda parte del trabajo aborda los aspectos generales del cáncer. Se hace referencia a los distintos factores que pueden originar una neoplasia (Die Trill, 2003), así como al conjunto de síntomas que sufren los enfermos oncológicos. Tanto en relación a los síntomas físicos, directamente generados por la enfermedad, como el sufrimiento subjetivo de cada paciente, en relación a la vivencia personal que tiene de la situación que atraviesa (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2005). Se presentan además, de forma breve, los postulados
básicos de la psico-oncología y la medicina comportamental (Roales-Nieto y Ayllón, 1991).

La tercera parte es el tema central de este documento. En ella se revisan los síntomas que sufren los enfermos de cáncer y se muestran importantes indicios que apuntan a que la hipnosis como coadyuvante, como sumada a otros tratamientos, ya sean psicológicos o farmacológicos, es capaz de incrementar, notablemente, la eficacia de éstos en la reducción de problemas como el insomnio, la ansiedad, el ánimo depresivo, los vómitos, náuseas o dolor crónico (Rajasekaran, Edmons y Higginson, 2005).

El manejo del dolor y producción de analgesia hipnóticamente es uno de los temas más investigados en el campo de la hipnosis y, al mismo tiempo, es donde se han obtenido resultados más interesantes (Barber, 1996). En esta parte del trabajo se ofrecen una serie de consideraciones clínicas en relación al fenómeno del dolor, a los tipos de dolor que existen y a la evaluación médica y psicológica de cara a tratarlo adecuadamente. Se muestran también los distintos mecanismos psicológicos y fisiológicos que se ponen en marcha a la hora de generar este fenómeno.

Otros síntomas comunes a los enfermos de cáncer, están relacionados con una serie de alteraciones gastrointestinales (Die Trill, 2003). Los vómitos y las náuseas anticipatorias, condicionadas al tratamiento con quimioterapia, conforman una parte importante de estos síntomas (Dupuis y Nathan, 2003). La hipnosis ha mostrado su eficacia en el control de los mismos.

No cabe duda de que dichos síntomas generan un malestar físico importante al enfermo. Este malestar puede agravarse como consecuencia de la percepción de impotencia y descontrol sobre el propio cuerpo por parte del paciente (Arranz y cols, 2005; Barber, 1996). Por lo tanto la aplicación de la hipnosis, y la posibilidad de que el paciente aprenda a auto-aplicarse la técnica (autohipnosis) (Barber, 1996; Hammond, 1990), proporciona una importante reducción de ciertos síntomas y posibilita que la persona vuelva a poseer un cierto control sobre sus funciones corporales.

Concluye esta introducción confirmando que la hipnosis, a partir de una revisión sobre las distintas investigaciones y trabajos en el campo (Rajasekaran y cols, 2005; Richardson, Smith y Piktington, 2006; Wild, Hons y Espie, 2004) parece mostrarse como útil a la hora de incrementar la eficacia de los tratamientos a los que se la añade cómo coadyuvante en relación a ciertas dolencias. En relación a los enfermos oncológicos, puede afirmarse que
ésta técnica ayuda a reducir notablemente los distintos tipos de dolor y controlar los vómitos y náuseas anticipatorias al tratamiento con quimioterapia, así como la ansiedad, el ánimo depresivo o el insomnio.

**Objetivos.**

1) Mostrar una revisión pormenorizada sobre las cuestiones relativas a la hipnosis y su aplicación.
2) Presentar brevemente los aspectos generales del cáncer y la psicología oncológica.
3) Delimitar la sintomatología del paciente oncológico, tanto a nivel físico como psicológico.
4) A partir de la bibliografía existente, mostrar las propiedades terapéuticas de la aplicación de la hipnosis en la reducción y mejoría de diversos síntomas enfermos de cáncer.
5) Detallar el papel de la hipnosis en el tratamiento del dolor y en el control de náuseas y vómitos anticipatorios en el tratamiento con quimioterapia.
6) Velar por la correcta comprensión de la hipnosis. Así como apelar al mayor desarrollo e investigación en el campo.
1. Aspectos Generales de la Hipnosis.

1.1 Origen de la hipnosis.

La hipnosis se viene practicando desde hace miles de años, sin embargo los primeros intentos científicos a la hora de explicarla y conceptualizarla se remontan a finales del siglo XVIII (Montgomery y Schnur, 2004). Se muestra a continuación un resumen sobre los primeros estudiosos de la hipnosis y sus aportaciones:

- Mesmer (1735-1815) cree descubrir una fuerza misteriosa que denomina “magnetismo animal” la cual activa mediante pases con gestos alrededor del paciente y lo utiliza con fines curativos. Mesmer consideraba que la salud del cuerpo dependía de la distribución de fluidos universales cuyo atasco producía las distintas afecciones. El proceso terapéutico consistía en generar al sujeto un estado de crisis en donde presumiblemente alcanzaba un estado alterado de conciencia. En Europa una serie de autores trabajaron bajo los postulados de Mesmer: Kluge (1782-1844), Wolfart (1778-1832), Deleuze (1753-1835) (Whorwell, 2005; Álvarez, 1996; Spiegel, 1989).

- José Custodio de Faria “Abate Faria” (1755-1819) estudia las prácticas hindúes relacionadas con la hipnosis. Frente a la teoría del magnetismo animal, defiende el origen psíquico de los procedimientos de tipo hipnótico (Álvarez, 1996).

- James Braid (1795-1860) era oftalmólogo. Es el primero en acuñar el término “hipnosis”. Sus métodos de inducción se basan en la provocación de un agotamiento de los párpados y la inducción de un estado de relajación muscular (Álvarez, 1996; Whorwell, 2005).

- Charcot (1825-1893) era neurólogo. Crea la “Escuela de Hipnosis de París”, donde adquiriría parte de su formación Sigmund Freud. Charcot equipara hipnosis y sugestionabilidad con histeria con lo que da origen a un descrédito de la técnica que él mismo emplea con los enfermos del hospital de La Salpetrière (Álvarez, 1996).

- Bernheim (1840-1919) era médico, y fue discípulo de Charcot. Discrepa de la teoría y praxis de su maestro al considerar que la hipnosis puede ser un fenómeno de tipo tanto somático como psicológico. Utiliza el término heterosugestión. Funda la escuela de Nancy, en contraposición a la de París (Álvarez, 1996), (Freud, 2006).

- S. Freud (1856-1939) fundador del psicoanálisis y precursor de la psicología del Yo (Gabbard, 2002). En sus comienzos trabajó casi anecdóticamente con la hipnosis siendo discípulo...
de Charcot. Afirmó que él era un mal hipnotizador, hecho que, sumado a otros, le lleva a abandonar la técnica (Whorwell, 2005).

- Pavlov (1849-1936) es conocido en el ámbito de la Psicología Científica por sus trabajo sobre el condicionamiento. Investigó los procesos cerebrales de excitación e inhibición encuadrando en éstos últimos los fenómenos de sueño, hipnosis y sueño profundo que él consideraba como un estado. Su aportación se basa en el establecimiento de unas bases neurofisiológicas sobre las que asentar el estudio de los fenómenos hipnóticos (Álvarez, 1996; Whorwell, 2005).

- Contemporáneamente, M. Erickson (1901-1980), psiquiatra norteamericano. Ha sido el creador de una escuela de hipnoterapia que lleva su nombre. Sus postulados sobre la hipnosis y su aplicación se han ido desarrollando y aplicando en numerosos campos de la salud. La hipnosis ericksoniana ha tenido una amplia repercusión en terapeutas reconocidos mundialmente (Bandler y Grinder, 1994), como por ejemplo Ernest Rossi, el cual colaboró estrechamente con el propio Erickson (Hammond, 1990). Entre los numerosos trabajos de Rossi, podemos destacar sus investigaciones en lo referente a los ritmos ultradianos (Álvarez, 1996, pag 87).

- E. Hilgard (1904-2001) fundó en 1957, el Laboratorio de la Hipnosis de la Universidad de Stanford. Los avances más importantes en la comprensión de los fenómenos hipnóticos, en general y particularmente de la analgesia hipnótica partieron de las investigaciones realizadas bajo la dirección de Hilgard en el mencionado laboratorio. A través del establecimiento de modelos para la evaluación de los procedimientos hipnóticos y para la medida de la analgesia hipnótica de la analgesia hipnótica, Hilgard y sus colaboradores demostraron que los fenómenos hipnóticos podían ser estudiados desde la perspectiva de la ciencia (Barber, 1996). Será recordado además de lo anterior por su papel en el desarrollo, junto a Weitzenhoffer, de la Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Stanford, con vigencia actual (Whorwell, 2005). Además es el autor de las teorías neo-disociativas las cuales se exponen más adelante en este trabajo. Investigó en las distintas aplicaciones de la hipnosis en el campo médico (Barber, 1996).

1.2 Tipos de hipnosis y definición.

Existen varios tipos de hipnosis, entre los cuales han logrado mayor difusión la hipnosis Clásica o Tradicional y la hipnosis Ericksoniana. La hipnosis Clásica es la más antigua, sus
técnicas son directivas y ocupa diferentes elementos como púlpitos, luces o discos hipnóticos para captar la atención del paciente (Álvarez, 1996). En algunas personas funciona mejor que otros tipos de hipnosis gracias a que éstas ponen grandes expectativas en la experiencia hipnótica y en el hipnoterapeuta, tomando con agradó que les indiquen de forma más directiva las posibles alternativas de solución. En general parece que cuesta más trabajo llevarla al cabo, pero conduce a la persona a estados más profundos de relajación. (Hammond, 1990; Capafons, 2001).

Por otro lado está la hipnosis Ericksoniana, cuyo enfoque es más moderno. Su creador Milton Erickson, la utilizó con gran éxito, proponiendo un método hipnótico más permisivo, en relación a que facilita que el paciente tenga un papel más activo, tomando sus propias decisiones, rutas y caminos para llegar a una interpretación de la realidad que le resulta más lógica dentro de su estructura mental (Hammond, 1990; Yapko, Barreta y Barreta, 1998; Álvarez, 1996; Capafons, 2001). Este estilo hace que resulte funcional aún con estados de trance ligeros. Es muy utilizada por los terapeutas actuales ya que desmitifica el hecho de tener que “dormir” o “perderse” para poder lograr un cambio en los hábitos o en la forma de percibir los problemas (Hammond, 1990). Se emplean característicamente la narración de relatos metafóricos que incluyen sugerencias indirectas encaminadas a la resolución de las dificultades personales del consultante (Bandler y Grinder, 1994). Como muestra del estilo ericksoniano podemos tomar lo siguiente:

"Mientras permaneces sentado, respirando...quisiera que descubrieras cómo te puedes sentir al hacer una inspiración larga...profunda...y que te llene...tal vez comiences a sentir una agradable sensación de tibieza en torno al cuello o los hombros...y veces esa sensación de calidez puede comenzar en los pies para extenderse luego hacia el resto del cuerpo...

Otras veces baja desde la cabeza... comienza en las manos... En cualquier caso... no importa si comienza en el centro del cuerpo... o en cualquier otra parte... o tal vez llegues a percibir algunos de estos cambios simultáneamente... Puedes ahora realizar otras cuatro respiraciones profundas...muy agradables... y permanecer atento a las sensaciones que se produzcan... Y mientras expulsas el aire...puedes sentir tus párpados cerrados... y al aspirar...tu pecho se dilata...y al salir el aire...

Se relajan más profundamente los músculos del cuello y la nuca...y al volver a inspirar...puedes

Percibir el apoyo de tus brazos en la silla...mientras con la nueva respiración...tu trance se va
volviendo más profundo...al tiempo que vas sintiendo el roce del aire al entrar por tus fosas nasales...extenderte por las vías respiratorias...y sientes más profunda la relajación con cada expiración...

Tal vez ahora la sensación de relajación se vaya extendiendo por diversas zonas de tu cuerpo...pero tú puedes detectar los restos de tensión residual...en algunos grupos musculares...y proceder a eliminarlos...como si dirigieras a esos puntos...tu respiración lenta y sossegada...

Dejas que una oleada e bienestar vaya inundando cada célula, cada fibra de tu cuerpo...de manera que puedes sentir la cálida sensación en tus miembros...o tal vez la suave ligereza de la relajación...No hay normas ni requisitos...ni nada que te indique lo que debes sentir...simplemente te pones en contacto con tus propias sensaciones internas...tal vez un leve hormigueo en alguna parte de tu cuerpo...relajación y bienestar...tal vez recuerdos, impresiones...

De este modo, vas accediendo a tu propio espacio interno...a tus recursos, tus experiencias...modelando tus propias actitudes...decidiendo a un nivel inconsciente...los datos que vas a dejar que afloren...a su debido tiempo...en función de tus metas personales...de tus objetivos...para tu mayor desarrollo en función de tus metas personales...de tus propio valores...

Y puedes asegurarte...al tiempo que entras en contacto con tu mundo de experiencias internas...de que, en el futuro, cuando lo desees, tendrás de nuevo acceso a este nivel de tu conciencia...según tus necesidades y tus deseos...simplemente evocando estas mismas sensaciones, estas vivencias, estos recuerdos...” (Álvarez, 1996, pags 101-102).

Se ha coloreado algunos fragmentos de este texto con el objetivo de mostrar el estilo hipnótico que define a esta escuela. A través de ellos puede inferirse la permisividad a través de la cual se proporciona al paciente un espacio para producir y percibir sus propias sensaciones, para recrear su imaginación o para reflexionar sobre su situación y resolución de distintas problemáticas.

Como otro tipo de hipnosis cabe mencionar a Richard Bandler y a Jhon Grinder, creadores de la PNL (Programación Neurolingüística). La PNL es toda una teoría sobre los modos que el individuo emplea para comunicarse con su entorno y consigo mismo (Shapiro, 2004). Estos
dos influyentes autores a su vez configuraron dicha teoría a partir de M. Erickson y su estilo hipnótico, Fritz Perls, creador de la escuela gestáltica, y Virginia Satir, exploradora de las pautas de relación intrafamiliares, terapeuta familiar y pionera en el planteamiento de la una especie de psicogenética familiar. Además Bandler y Grinder recogen puntos de vista desarrollados por Gregory Bateson y Paul Watzlawick, autores muy reconocidos en psicología por sus aportaciones a la terapia familiar y al modelo sistémico, entre otras (Bandler y Grinder, 1994).

A partir de lo mencionado se podría deducir que existen distintas formas de comprender la hipnosis, en donde " todavía no se ha llegado a un acuerdo en cuanto a la definición y comprensión de su naturaleza básica " (Barber, 1996, pag 28-29). Además " Hipnosis deriva de la palabra griega "hypnos", que se traduce como " sueño " (Rajasekaran, Edmons y Higginson, 2005; Meinhold, 1997) pero pese a ello algunos señalan tres estados distintas por los que la consciencia puede atravesar, mostrándonos así el estado hipnótico de la mente como cualitativamente distinto a la vigilía o al sueño (Barber, 1996; Rajasekaran y cols, 2005, Meinhold, 1997; Capafons, 2001; Yapko, 2005).

Existen diferencias físicas y psicológicas asociadas a cada estado. Entre el sueño fisiológico y el estado hipnótico se observa que en el primero se da un cambio de posición exclusivamente reflejo y relajado, mientras que en el segundo, se pueden ejecutar movimientos difíciles y adoptar complicadas posiciones corporales. Frente a la pobreza de reacción psíquica que se tiene durante el sueño, en la hipnosis se produce una especie de vigilía especial, con una consciencia limitada hacia el exterior pero que puede ser aumentada y ampliada hacia el interior en la dirección deseada (Meinhold, 1997). Al mismo tiempo dentro del estado de consciencia hipnótica también existen varios grados de profundidad de trance: existen grados ligeros (con nivelación del ritmo alfa según el electroencéfalograma (E.E.G), movimientos oculares rápidos y mantenimiento del tono muscular según el electromiograma). Existen grados medios (con ritmo alfa, husos alfa y debilitamiento del ritmo beta según E.E.G; sin movimientos oculares rápidos y disminución del tono muscular según el electromiograma). Y por último se habla de grados profundos y del sonambulismo, que es el grado más profundo pero también el más difícil de obtener (con ritmo theta y bajo voltaje, sin movimientos oculares rápidos y con disminución total del tono muscular) (Bandler y Grinder, 1994; Álvarez, 1996; Capafons, 2001). Los fenómenos que se presentan en estado de trance
dependen del grado de profundidad hipnótica (Meinhold, 1997; Capafons, 2001). Actualmente existe un claro debate, entre dos posturas bien definidas. Esta disputa se ha generado a la hora de entender qué es lo que ocurre en la experiencia hipnótica. Como consecuencia de esto, no resulta sencillo dar una definición consensuada de esta técnica (Yapko, 2005). Ubicarse en una posición u otra implica connotaciones significativas a la hora de entender y emplear la hipnosis en la práctica clínica. Por lo tanto podemos aproximarnos a la hipnosis de una parte como un estado alterado de consciencia (Killeen y Nash, 2003; Barber, 1996; Rajasekaran y cols, 2005; Meinhold, Bob, 2003; González Ordi y Miguel-Tobal 1999) y de otra rechazar cualquier tipo de discontinuidad entre lo hipnótico y lo no hipnótico, asumiendo la hipnosis como un proceso natural de la mente (Capafons, 2001).

La primera concepción se aproxima a la hipnosis tomándola como un "fenómeno complejo que está en función de la interacción dinámica entre una alteración en el estado de consciencia y diversas fuerzas psicológicas y sociales" (Barber, 1996, pag 29). Estado alterado de consciencia entendido como estado de trance en donde se incrementan las respuestas por parte del paciente a lo que se le sugiere. (Capafons, 1998) Estas posturas asumen que cuando alguien es hipnotizado se ha dado un cambio cualitativo en su funcionamiento psicológico y biológico, cambio que se denomina disociación (Bob, 2003, Barber, 1996). A su vez, dentro de este grupo, existen varias teorías denominadas como disociativas, cuyo punto en común es la pérdida de capacidad de control por parte del yo sobre ciertas funciones. Si bien esa pérdida de control se da porque la persona decide voluntariamente disociarse ayudada de las sugestiones. Esta concepción intenta explicar el automatismo, la sensación de no volición y la carencia de esfuerzo que experimenta la persona hipnotizada cuando cumple con las sugestiones hipnóticas (Capafons 2001). Para ello propone que de cara a lograr ciertos objetivos terapéuticos, como el control del dolor por ejemplo, "ha de producirse una disrupción, una disociación, de la información sensorial que va camino de la conciencia" (Barber, 1996, pag 30). Desde esta concepción, la hipnosis se define como "condición o estado alterado de consciencia 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 (actividad glandular, vasomotora, etc.)" (...) (Barber, 1996 pag 29).

Siguiendo a Meinhold (1997), puede añadirse a la definición anterior lo siguiente: la hipnosis
es un estado de conciencia con una amplitud de vigilia concentrada o limitada y ofrece la posibilidad de un incremento de la atención tendiente a la concentración, así como de una ampliación de la conciencia pudiendo accederse a campos de la psiquis interna, mentales y corporales que de ordinario se encuentran inaccesibles. Meinhold (1997) introduce además de lo anterior una idea fundamental como es la compenetración o "acompasamiento" (Bandler y Grinder, 1994) entre el terapeuta y el paciente. De esta manera se entiende la hipnosis como un proceso interpersonal en el que el hipnotizado y el hipnotizador se compenetran permitiendo que se establezca una comunicación directa, que podría facilitar la aparición de fenómenos de tipo corporal y mental en el paciente (Meinhold, 1997).

En la segunda concepción, conformando una visión distinta denominada socio-cognitiva o cognitivo-comportamental, un conjunto de investigadores prefieren definir la hipnosis desde un punto de vista operativo, considerándola como una interacción en el que se usa un protocolo de inducción que define la situación como "hipnosis" (Capafons, 2001, González Ordi y Miguel-Tobal, 1999). En él se sugieren al individuo cambios en percepciones, cogniciones, conductas o experiencias en función del objetivo terapéutico que se busque (Montgomery y Schnur, 2004; Capafons, 2001). Los partidarios de esta visión niegan que exista un estado alterado de conciencia (Capafons, 2001). Continuando con esta segunda línea, la hipnosis se ha definido como una situación o conjunto de procedimientos en los que una persona, designada como el hipnotizador, sugiere a otra persona designada como el paciente, que experimente diversos cambios en una sensación (por ejemplo, alivio del dolor), en una percepción (por ejemplo, alucinación visual), en una cognición (por ejemplo, expectativas) o en el control sobre una conducta a nivel motor (por ejemplo, levitación del brazo) (Montgomery y Schnur, 2004).

Para concluir con esta revisión, hemos de aludir a la división 30 (Clinical hypnosis) de la American psychological Association (APA), la cual propuso una definición consensuada, que no termina de ser una definición satisfactoria (Yapko, 2005), pero que es aceptada por las principales asociaciones de hipnosis de todo el mundo (Capafons, 2001). Esta definición indica que la hipnosis es un procedimiento en el que un especialista sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta. Afirma que generalmente el contexto hipnótico suele establecerse usado un procedimiento de inducción
que puede adoptar formas muy diferentes, aunque las más frecuentes son las que incluyen sugestiones de relajación, así como instrucciones de pensar o imaginar experiencias agradables (APA, 1993; Capafons, 2001).

Continuando con la APA (1993), la hipnosis es un conjunto de procedimientos que generan un contexto donde se facilita el cumplimiento de las sugestiones en el paciente. No es un estado alterado de conciencia, ni una terapia en sí misma, ni útil para todos los problemas ni personas. Por lo tanto no debería hablarse de hipnoterapia ni de hipnoterapeuta, sino de profesional de la salud, con formación añadida y específica en hipnosis clínica. La hipnosis goza de un amplio campo de aplicación como adjunto a otros tratamientos en distintos campos de la salud. No es un tipo de espectáculo, ni puede ser usada para aquellas actividades para las cuales no se ha recibido formación previa fuera de su ámbito (APA, 1993). De esta manera algunos autores advierten de los mitos y falsas creencias que se han generado popularmente a lo largo de décadas a cerca de la hipnosis. Con el fin de aclarar estas falsas creencias, sumado a lo anterior, ha de afirmarse que pese a existir charlatanes, curanderos y hombres del espectáculo que la emplean, la hipnosis pertenece al campo de la psicología científica, donde profesionales rigurosamente formados la aplican (Capafons, 2001; Finlay y Jones, 1996). Además la hipnosis no es una terapia en sí misma sino una herramienta a incorporar a otros tratamientos (Capafons, 2001; APA, 1993; Rajasekaran y cols., 2005; Barber 1996; Montgomery y Schnur, 2004). Esta técnica no provoca reacciones inusuales ni cuasi mágicas, ni puede dejar a una persona “enganchada” en un trance, mermada y sin voluntad propia (Capafons, 2001; APA, 1993). Siguiendo con esto, una persona bajo hipnosis no dice ni hace nada que no haría o diría en un estado de vigilia. (Capafons, 2001; APA, 1993). Por último, la hipnosis exige un cierto esfuerzo e implicación por parte del paciente para lograr efectos terapéuticos (Meinhold, 1997; Capafons, 2001).

1.3 Hipnosis en psicoterapia.

En el estudio de la evolución de la psicoterapia, nos encontramos con distintos modelos y concepciones a la hora de entender y tratar a los distintos pacientes, así como con los particulares términos y conceptos que se manejan, aspectos que definen a cada escuela (Pérez Álvarez, Fernández Hermida, Fernández Rodríguez, Amigo Vázquez; 2003). Parece ser que la hipnosis y la sugestión (González Ordi y Miguel-Tobal, 1999; Spiegel, 1989) se emplean dentro de la psicoterapia tomando una denominación más o menos explícita en función de las
concepciones particulares de cada modelo de tratamiento (Álvarez, 1996). De cara a mostrar métodos de psicoterapia que pese a no tomar la denominación directa de hipnosis, emplean un procedimiento parecido con objetivos comunes podemos tomar ejemplos tales como el sistema de relajación de Schultz, que utiliza sugestiones de peso y calor como en las más tradicionales inducciones hipnóticas (Whorwell, 2005).

Otro ejemplo lo tomamos remontándonos hacia los años sesenta en donde Alfonso Caycedo desarrolla la sofrología cuyo paralelismo con la hipnosis es evidente: “concepción de un nivel de conciencia sofroliminal equivalente a un estado de trance; utilización de la concentración en las sensaciones corporales como foco de atención consciente” (Álvarez, 1996, pág 87). Siguiendo esta línea encontramos a las escuelas conductistas, heredadas de la “Psicología Científica”, las cuales aplican técnicas de “condicionamiento encubierto” que son realmente la inducción a estados de agrado o displacer mediante sugestiones verbales (Álvarez, 1996; Capafons, 2001). Incluso los practicantes de la terapia racional emotiva y el propio Ellis, su creador, no tienen inconveniente en admitir el empleo de técnicas de hipnosis para proporcionar en el cliente sugestiones de carácter racional con el fin de anular las propias autosugestiones irracionales y dañinas previamente asentadas en su mente (Álvarez, 1996).

Por último, los practicantes del “counseling” psicológico, que actúa como guía no directivo de sus clientes, están empleando continuamente sugestiones directas e indirectas en una especie de “hipnosis despierta” en la que el sujeto acaba por insertar en su propio sistema de pensamiento las ideas que su terapeuta le plantea sesión tras sesión (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003).

1.4 Aplicación de la hipnosis.

1.4.1 Eficacia y eficiencia.

Parece razonable pensar que una persona que va a recibir una intervención médica tiene pleno derecho a que dicho tratamiento este apoyado en investigaciones científicas y esté empíricamente validado (Capafons, 2001). Los tratamientos psicoterapéuticos pueden ser valorados empíricamente desde, al menos, dos perspectivas diferentes como son la eficacia y la efectividad. (Pérez Álvarez y cols, 2003).

El concepto de eficacia hace referencia a la capacidad que tiene el tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada que sean claramente superiores con respecto a la no intervención, el placebo o, incluso, en las versiones más exigentes, a los otros
tratamientos estándar disponibles en ese momento. Al mismo tiempo, existen una serie de criterios bajo los cuales ha de desarrollarse una investigación en este sentido con el fin de que los resultados del mismo presenten una elevada validez interna (Pérez Álvarez y cols, 2003).

La efectividad nos informe en qué medida los resultados de las investigaciones de eficacia son realmente trasladables a la clínica. En respuesta a esto, Chambless y Ollendick (2001) afirman que no hay incompatibilidad entre los resultados presentados por los estudios de eficacia con los que se obtienen en los de efectividad.

Los estudios de eficacia, efectividad o eficiencia buscan demostrar la superioridad de un tratamiento y por ende del tipo de psicoterapia que propone dicho tratamiento, (en condiciones controladas, de práctica real o mediante comparación de costos-eficacia) para un segmento de pacientes o para un tipo de problemas (o ambas cosas a la vez). Con el fin de alcanzar ese objetivo, deben definir un protocolo de intervención y un prototipo de cliente (o de trastornos-problemas definidos la mayor parte de las veces según DSM o CIE). La actividad clínica por el contrario buscaría tratar los problemas del paciente de la forma más efectiva y eficiente posible, de acuerdo con lo que en cada momento se estime más oportuno, dentro de unos estándares éticos y sin importar que se pueda oscurecer la relación entre la acción terapéutica y el cambio, esto es en cuanto a la validez interna de la propia intervención (Pérez Álvarez y cols, 2003, Capafons, 2001). La práctica de la psicología clínica y de la salud mental en general parecen ir en sentido opuesto a las exigencias de la investigación, por lo que no es extraña la controversia que llevan asociada. Los resultados que se obtienen en la investigación representan simplemente una estrategia “favorita o ideal” para la mayoría de los pacientes en una categoría. En un estudio llevado a cabo por Weston y Morrison sobre las evaluaciones de la APA a este respecto, dichas evaluaciones no siempre son lo rigurosas que presumen ser. Y además, siguiendo a Yalom, con respecto a la clínica: “las terapias no validadas empíricamente no son terapias invalidadas” (Yalom, 2002, pag 237) puesto que el mundo interno de los pacientes es difícilmente operativizable y la investigación tiene límites evidentes (Yalom, 2002).

1.4.2 Fundamentos científicos.

¿Cuál es apoyo empírico del que goza la hipnosis?. Dependiendo del tipo de problema al que nos referíamos “la hipnosis parece haber alcanzado el status de intervención probablemente
eficaz" (Capafons, 2001, pag 12). No obstante, eficaz significa aquí que la hipnosis ayuda a incrementar la eficacia de otros tratamientos a los que se le añade como complemento y potenciador. Ésta es la misión actual de la hipnosis: incrementar la eficacia de tratamientos que ya en sí mismos son eficaces (Capafons, 2001; Finlay y Jones, 1996; Richardson, Smith y Pikington, 2006; Gómez, 2003).

Sin embargo, hasta muy recientemente no se han investigado sistemáticamente sus efectos a la hora de incrementar la eficacia de los tratamientos en los que se la incluye en relación al control de una serie de síntomas (Capafons, 2001).

Para ilustrar las investigaciones sobre la hipnosis como coadyuvante a otros tratamientos y su eficacia pueden tomarse numerosísimos ejemplos, lo cual muestra el importante incremento de investigación en hipnosis. El artículo publicado recientemente por Rajasekaran y sus colaboradores (2005) en donde realizan una revisión de las investigaciones llevadas a cabo para comprobar la eficacia de la hipnosis como adjunto en el manejo de distintos síntomas en adultos terminales con distintos tipos de cáncer. Estos autores revisan 37 estudios sobre el tema, destacando los trabajos de Liossi y White en 2001; y el de Penovska y sus colaboradores de 2003, por su cierta validez metodológica. En estos estudios se comparan los efectos de los cuidados estándar (conformados con medicación y apoyo psicológico), frente a los efectos de estos cuidados a los que se les añade la hipnosis (específicándose variables hipnóticas implementadas). Los resultados muestran la mejora significativamente mayor en el grupo al que se añade hipnosis tanto en la reducción de la ansiedad, como del dolor; la mejora en insomnio, del ánimo depresivo y de los efectos de la quimioterapia.

En un trabajo publicado este año, Richardson y cols. hacen una recopilación similar a la de Rajasekaran y cols. pero con población pediátrica, mostrando las experiencias más rigurosas en el campo, en donde se muestra la papel de la hipnosis como adjunto a los tratamientos estándar y el grado en que incrementa la eficacia de los mismos en el tratamiento del dolor y la reducción de la ansiedad. Se destacan en este artículo los recientes trabajos de Liossi y Hatira en 1999 y 2003 (Richardson y cols, 2006).

Continuando con el intento de delimitar el status actual de la hipnosis, siendo la anterior valioso en sí mismo y suficiente para incluir a la hipnosis en el repertorio de técnicas a
aprender y utilizar por el psicólogo clínico, " existe otra razón menos investigada, pero ampliamente comentada por los psicoterapeutas " (Capafons, 2001, pag 12), que nuncian Montgomery y Schnur en uno de sus artículos: la eficiencia hipnótica (Montgomery y Schnur, 2004). Un tratamiento será eficiente cuando el costo de aplicación del mismo es menor al de otros tratamientos igual de eficaces y si es más diseminable. Generalmente se considera que una intervención es menos costosa si requiere de un menor número de sesiones, que éstas puedan ser en grupo y que la formación del terapeuta requiera de menor esfuerzo social. Por diseminable se entiende los pacientes que solicitan ayuda psicoterapéutica pidan al profesional un tipo de aproximación, o que no rechacen la que se les propone (Montgomery y Schnur; 2004; Capafons, 2001) Sin embargo, existe otro criterio más: el agrado de la intervención. Es sabido por cualquier profesional de la Psicología clínica que el esfuerzo que se solicita a la persona cuando acude a consulta es considerable. En este sentido, los aspectos que debe mostrar un tratamiento eficiente serían la reducción de la aversión, la limitación del esfuerzo requerido por el cambio, o el mantenimiento del comportamiento a niveles muy reducidos y el agrado y disfrute por la intervención (Capafons, 2001).
Además, como muestran la gran mayoría de las investigaciones con hipnosis, los pacientes muestran un enorme agrado en relación al tratamiento en los cuestionarios post-tratamiento (APA, 1993; Yapko, 2005; Capafons, 2001).
Para terminar, el estudio del costo-eficacia es un área interesante que está empezando a recibir atención en la literatura de hipnosis. En relación a este, Lang y Rosen (2002) realizaron el análisis de 161 pacientes de intervención radiológica. Informaron que el coste asociado con los procedimientos de intervención radiológica era, como promedio, de 338 dólares menos por caso cuando se utilizaba la hipnosis como procedimiento adjunto para controlar el dolor y el malestar. Estos datos muestran que la hipnosis no sólo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también puede mejorar el estatus financiero de la institución. Es probable que estos datos de costo-eficacia aceleren la incorporación de la hipnosis del protocolo de investigación clínica a una parte importante de la atención clínica estándar (Montgomery y Schnur 2004).
Como conclusión a estos dos puntos, puede afirmarse que las razones fundamentales para el uso clínico de la hipnosis serán, pues, el incremento de la eficacia y de la eficiencia de los tratamientos que se aplican a una persona (médicos o psicológicos). Como se señala en este punto, la hipnosis ayuda a incrementar la eficacia de las intervenciones y a transformar
tratamientos personalmente costosos en algo más aceptable y llevadero para los pacientes (Capafons, 2001; Gómez, 2003; Tsao y Keltzer, 2005; Barber, 1996). Sin embargo, muchos autores coinciden en que, pese a augurar un futuro más que prometedor a la hipnosis, continúan siendo insuficientes las investigaciones en el campo, así como el rigor metodológico de las mismas (Rajasekaran y cols, 2005; Yapko, 2005; Richardson y cols, 2006; Capafons, 2001; Ordí y Tobal, 1999; Wild, Hons y Espie, 2004).

1.5 Sugestiones en hipnosis.

1.5.1 Sugestiones hipnóticas y sugestionabilidad.

Los fenómenos de sugestión son probablemente unos de los aspectos del comportamiento humano que más han llamado la atención desde la antigüedad, hasta el punto de que algunos autores han llegado a postular que es una de las características más dominantes del ser humano, refiriéndose a nuestra especie como "el animal sugestionable" (González Ordí y Miguel-Tobal, 1999). Existe una tendencia a subordinar los conceptos relativos a la sugestión y sugestionabilidad a aspectos relativos al proceso hipnótico. Sin embargo, toda comunicación, también fuera de la hipnosis, contiene partes sugestivas, de hecho la sugestionabilidad es un requisito previo para la capacidad de aprendizaje (Meinhold, 1997).

Al mismo tiempo, cuando se pretende favorecer que las sugestiones tengan un mayor efecto se asume que la persona en el contexto hipnótico responderá con mayor intensidad a las mismas. En este sentido la sugestión se percibe como un vehículo para la inducción de la hipnosis y la producción de fenómenos hipnóticos, en forma de instrucción o sugerencia verbal (González Ordí y Miguel-Tobal, 1999; Capafons, 2001). Sin embargo ha de matizarse que las sugestiones, a diferencia de las instrucciones, transmiten la idea de que la persona no debe hacer prácticamente nada para experimentar las reacciones, ya que ocurrirán por sí mismas (actos no volitivos o automáticos) sin que el paciente deba esforzarse (Capafons, 2001). Otros autores hacen hincapié en el factor interpersonal, en la conexión directa entre terapeuta y paciente, viendo a la sugestión como una influencia ajena al Yo, que se acepta y se procesa de manera autosugestiva en una interrelación emocional positiva (Meinhold, 1997). Las sugestiones se administran generalmente de forma breve, monótona y reiterativa, incluso pidiendo a la persona que las escuche y luego las olvide, ya que esta actitud de no esfuerzo favorecerá el cumplimiento de las sugestiones (Hammond, 1990; Capafons, 2001; González Ordí y Miguel-Tobal, 1999).
Siendo ello así en general, parece obvio que al inducir la hipnosis se pretende activar respuestas en el paciente a ciertas sugestiones. Por lo tanto, las reacciones hipnóticas lo son en la medida en que dichas respuestas puedan ser directamente atribuibles a una sugestión. Y tales sugestiones y reacciones hipnóticas son la base para programar una intervención (Álvarez, 1996; Capafons, 2001; Barber, 1996).

En referencia a la sugestionabilidad en hipnosis, entendida como el grado con que un fenómeno sugerido se produce en una persona (Barber, 1996), existe también una cierta controversia puesto que hay defensores de los determinantes internos o intrasujeto como responsables de este fenómeno. Por determinantes internos puede entenderse, habilidades o capacidades psicológicas preexistentes en la persona (González Ordi y Miguel Tobal, 1999), como disociación (Spiegel, 1989; Hammond, 1990; Bob, 2003), imaginación e implicación emocional y absorción (González Ordi y Miguel-Tobal, 1999; Spiegel, 1989) capacidad de relajación, focalización de la atención o flexibilidad cognitiva (Capafons, 2001; González Ordi y Miguel-Tobal, 1999). Algunos autores otorgan a la absorción un papel fundamental en la sugestionabilidad. La absorción es entendida como una inmersión intensa en una experiencia central a expensas de la orientación contextual, en donde la persona tiende a ignorar las percepciones, pensamientos, recuerdos y actividades motoras que ocurren periféricamente (Spiegel, 1989).

Por otro lado los defensores de los determinantes externos, los cuales aluden a los factores ambientales y sociales como responsables del comportamiento hipnótico (González Ordi y Miguel-Tobal, 1999; Capafons, 2001).

También existen posturas integradoras en este sentido que tratan de reconciliar variables de personalidad con variables contextuales. Esta postura, desafortunadamente, es la que menos prevalece, lo cual dificulta la comprensión del fenómeno al tornarse ciertamente reducida la explicación entre la literatura existente sobre el tema. (González Ordi y Miguel-Tobal, 1999).

1.5.2 Medición de la sugestionabilidad.

En numerosos estudios se mide la receptividad hipnótica a partir de los resultados individuales obtenidos en un test estandarizado con distintas finalidades, en ocasiones metodológicas y en otras terapéuticas, en relación a distribuir a los sujetos en distintos grupos experimentales en el primer caso, y terapéuticos en el segundo.(Rajasekaran y cols, 2005; Barber, 1996). Dichas pruebas crean una situación en la que el individuo tiene la oportunidad de responder a una
inducción hipnótica y a diversas propuestas de comportamiento hipnótico mediante sugestiones. El número de conductas que presenta el sujeto constituyen la medida numérica de la receptividad hipnótica (Barber, 1996).

Existen instrumentos para medir la sugestionabilidad o susceptibilidad a la hipnosis. Para ello se han establecido una serie de parámetros, así cuantas más sugestiones haga una persona, cuanto más difíciles sean y cuanto menos tiempo tarde en superarlas, más susceptible, hipnotizable o sensible será a la hipnosis, como se afirma en el punto anterior. Asociadas a estas palabras están también las de virtuosos o altos, y bajos según las personas sean muy o poco hipnotizables. La mayoría de las personas son medios, ya que la hipnotizabilidad imaginativa se distribuye normalmente entre la población. (González Ordi y Miguel -Tobal, 1999; Capafons, 2001;).

Entre dichos instrumentos de medición podemos destacar la Escala de Susceptibilidad Hipnótica para niños, La Escala Grupal de Harvard de Susceptibilidad Hipnótica o la Escala Hipnótica de Standford, en relación al uso en investigación (Wild, y Espie, 2004; Barber, 1996, Spiegel, 1989), o la Escala de Sugestionabilidad de Barber (González Ordi y Miguel-Tobal, 1999). Para el empleo exclusivamente clínico encontramos la HIP "Hypnotic Inducción Profile" de Spiegel, y la SHCS "Standford Hypnotic Clinical Scale" de Hilgard (Spiegel, 1989). En España cabe destacar la Evaluación de la Sugestionabilidad mediante autoinforme: el IS (González Ordi y Miguel-Tobal). Por otro lado a partir de las puntuaciones en dichas escalas, se ha tratado de inferir sobre las variables psicológicas que pueden estar relacionadas con una mayor receptividad y responsividad a la hipnosis (Barber, 1996, Capafons, 2001). Existuen creencias erróneas que indicaban que estas personas sugestionables eran débiles mentalmente o dependientes (Barber, 1996; Capafons, 2001). No está clara la relación entre variables psicológicas y sugestionabilidad, a diferencia de la importancia de la implicación y colaboración del paciente que se tornan como indispensables (Capafons, 2001; Barber, 1996; Hammond, 1990). Sin embargo apoyados en los factores fantaseo, absorción, implicación emocional e influenciabilidad como ítems representativos del constructor sugestionabilidad, González Ordi y Miguel-Tobal (1999) de la Universidad Complutense de Madrid, buscaron relaciones entre variables psicológicas y sugestionabilidad. Encontraron que puntuaciones altas en deseabilidad social, ansiedad rasgo, locus de control externo e hipocondría se correlacionan con mayor sugestionabilidad.
1.5.3 Tipos de sugestiones.


Además podemos clasificar las sugestiones en función de si se cumple dentro o fuera del contexto hipnótico. Una sugestión hipnótica será recibida y realizada dentro del contexto hipnótico. Una sugestión posthipnótica será, por el contrario, recibida dentro del contexto hipnótico pero se realizará fuera de tal contexto (Capafons, 2001; Hammond, 1990).

Se habla también de sugestiones de desafío, cuando se insta a la persona a que se resista a la sugestión que da el hipnotizador, siendo este intento de resistencia la clave para que se cumpla la sugestión de manera paradójica (Hammond, 1990; Capafons, 2001; Frankl, 2002). Las sugestiones pueden ser directas e indirectas en función del grado de rigidez o libertad que se le otorga al paciente a la hora de fijar su atención y experimentar los fenómenos que se le sugieren. El uso de unas sugestiones u otras de este Tipo conforman una de las grandes diferencias entre la hipnosis tradicional y la ericksoniana (Hammond, 1990; Capafons, 2001; Bandler y Grinder, 1994).

Hammond, siguiendo al propio Erickson alude a las sugestiones que confunden en relación a crear en el paciente una cierta confusión de cara a debilitar el procesamiento consciente y generar disociación y profundización en el trance. Suelen emplearse cuando se está ante pacientes más resistentes o escépticos (Hammond, 1990). Por último mencionar el empleo de sugestiones en forma de Imágenes y metáforas. Una metáfora suele adoptar la forma de un
cuento, a través del cual se intenta transmitir de forma didáctica un significado complejo (Hammond, 1990; Capafons, 2001). Las metáforas apelan a la imaginación de la persona y tratan de fomentar la comprensión por parte del cliente, de manera indirecta, de mensajes importantes (Hammond, 1990), dirigidos hacia la auto-aceptación, la ilustración de un punto, sembrar ideas, enfocar la atención, movilizar la motivación hacia distintos objetivos, para evitar una resistencia, modificar un recuerdo, fomentar la autorreflexión, reformular un problema (Hammond, 1990; Capafons, 2001), facilitar cambios en sensaciones, percepciones o pensamientos (Hammond, 1990; Álvarez, 1996). Generalmente las metáforas se han utilizado en el contexto de la hipnosis ericksoniana, bajo el supuesto de que con ellas se accede más fácilmente a una comunicación con el inconsciente de la persona desminuyendo así las resistencias (Hammond, 1990; Capafons, 2001).

1.6 Aplicación de la hipnosis.

Las técnicas terapéuticas pueden utilizarse en diversos contextos y circunstancias para mejorar la vida de los pacientes, y la hipnosis, como tal, no es una excepción. En revisiones metaanalíticas la hipnosis se ha mostrado consistentemente como una técnica beneficiosa para pacientes con una amplia variedad de problemas físicos y psicológicos (Montgomery y Schnur, 2004; Montgomery y Julie, 2004; Hammond, 1990; Finlay y Jones, 1996; Spiegel, 1989; Capafons, 2001; Barber, 1996). Una aclaración importante que debe hacerse es que la hipnosis no es algo que le hacen a uno, no es algo que se le hace al paciente y éste lo recibe de manera pasiva. La hipnosis en un trabajo conjunto entre el clínico y el paciente, en donde ambos trabajan por una meta común. Al mismo tiempo los pacientes pueden ir mejorando en la propia técnica, a medida que van asistiendo a las sesiones de hipnosis, van siendo capaces de alcanzar trances más profundos, de mejorar cuantitativa y cualitativamente en la producción de distintos fenómenos hipnóticos y por ende en los distintos síntomas que se estén tratando.

En las aplicaciones clínicas de la hipnosis puede mostrarse al paciente las posibilidades que le ofrece el tratamiento y practicar la hipnosis con él, para más adelante enseñarle como puede hacerlo sólo y continuar progresando, esto la autohipnosis (Meinhold, 1997; Capafons, 2001; Hammond, 1990). De esta manera el paciente puede entrenarse y aprender a aplicarse la hipnosis, tratando por sí mismo alguno de los síntomas que padece. La autohipnosis otorga a los pacientes una sensación de autonomía y control sobre su cuerpo (Hammond, 1990;
Capafons, 2001; Barber, 1996). También pueden usarse grabaciones en formato de sonido, de sugestiones hipnóticas, instrumentos que a muchos pacientes parece resultarles beneficioso y cómodo (Hammond, 1990). En relación a la autohipnosis, algunos autores hacen hincapié en la importancia de que el enfermo pueda participar en la mejora de sus síntomas, al mismo tiempo que son menos dependientes de la presencia del clínico (Barber, 1996; Hammond, 1990).

1.6.1 Problemas médicos.


1.6.2 Problemas psicológicos y psicofisiológicos.

También se emplea en relación a diversos problemas psicofisiológicos: manejo del dolor (Barber, 1996; Finlay y Jones, 1996; Spiegel, 1989), analgesia y preparación para la cirugía (Barber, 1996; Hammond, 1990), alteraciones emocionales y psiquiátricas; síndromes depresivos, trastornos de ansiedad y fobias (Capafons, 2001; Hammond, 1990; Pérez Álvarez y cols, 2003; Álvarez, 1996; Spiegel, 1989) trastornos disociativos (Barber, 1996; Spiegel, 1989) y estrés post-traumático (Spiegel 1989; Finlay y Jones, 1996; Pérez Álvarez y cols, 2003), así como hipocondría, disfunciones sexuales y problemas de relación (Capafons, 2001; Hammond, 1990), fortalecimiento del yo (incremento de la estima, auto-eficacia y confianza) (Hammond, 1990), obesidad y alteraciones de la alimentación (Hammond, 1990; Spiegel, 1989); tabaquismo y otras adicciones (Finlay y Jones, 1996; Hammond, 1990; Spiegel, 1989). En niños parece ser útil en el dolor asociado a distintas causas (Richardson, 2006; Dupuis y
Nathan, 2003), la enuresis, bruxismo, chuparse el dedo, problemas de conducta, asma, dislexia, tartamudez, insomnio, fobia escolar y síndrome de Gilles de la Tourette entre algunos otros (Hammond, 1990).

1.6.3 Otras aplicaciones.
Se han descrito por último una serie de aplicaciones fuera del ámbito clínico, en donde la hipnosis parece ser útil a la hora de ayudar a una persona a incrementar su rendimiento académico y sus niveles de concentración. Al mismo tiempo desde la psicología del deporte también se sugiere su uso afirmando que la hipnosis mejora el rendimiento atlético (Hammond, 1990).

1.7 Contraindicaciones.

Meinhold (1997) distingue entre las contraindicaciones absolutas, en las que bajo ninguna circunstancia se debe aplicar la hipnoterapia, y las contraindicaciones relativas, con las que sí se la puede aplicar después de haber considerado las condiciones individuales de cada paciente de manera pormenorizada. Por lo tanto efectuar la hipnosis de manera inadecuada puede entrañar una serie de riesgos para la salud física y psicológica del cliente.

a) Contraindicaciones absolutas: cuando se trata de un paciente con insuficiencia cardíaca descompensada, no se debería practicar la hipnosis ni técnicas de relajación, ante el posible aumento del dióxido de carbono y de la acidosis. El terapeuta sin una formación en cardiología, debe tener también en cuenta esta contraindicación. En caso de hipotensión marcada con una presión sanguínea sistólica bajo 100 mm/HG, se debería aplicar la hipnosis con las precauciones pertinentes. (Meinhold, 1997). Existen personas con ciertos déficit y/o trastornos psíquicos para los cuales está contraindicada la hipnosis como en el caso de la oligofrenia o en el de las psicosis masivas. Distintos autores incluyen los cuadros psicóticos entre las contraindicaciones absolutas (Meinhold, 1997; Barber, 1996, Capafons y Mazzoni,
2004). Sin embargo un reducido número de autores afirman que existe una cierta evidencia acerca de las potencialidades beneficiosas para tratar a esquizofrénicos paranoides (Meinhold, 1997; Spiegel, 1989, Barber, 1996). En general, si en una persona la medicación produce más efectos secundarios de lo habitual, o si en su historial los procedimientos médicos le han originado más complicaciones de las esperadas, es muy sabio renunciar al uso del tratamiento hipnótico (Barber, 1996). Se contraindica también la hipnosis como tratamiento único e independiente, sobretodo en relación a estados patógenos que exigen una rápida intervención medicamentosa, quirúrgica u otros métodos, como en la mayoría de los estados somáticos agudos como son la perforación gástrica o intestinal, la appendicitis aguda, el infarto cardíaco o las distintas fracturas (Meinhold, 1997). Por otra parte, A través de la hipnosis se pueden recuperar recuerdos en forma de fuertes traumas psíquicos, con lo que se requeriría de profesionales muy preparados de cara al correcto manejo de este tipo de acontecimientos (Meinhold, 1997). Al mismo tiempo podrían generarse falsos recuerdos cuyo contenido podría comprometer la estabilidad psíquica del paciente (Capafons y Mazzoni, 2004).

b) Contraindicaciones relativas: otras contraindicaciones de carácter más relativo son referentes a los distintos prejuicios y hacia la hipnosis (Meinhold, 1997 Capafons, 2001; Capafons y Mazzoni, 2004; Barber, 1996). Los peligros que podrían presentarse al aplicar la hipnosis, se deben, en este caso, a las sugestiones ajenas a la personalidad que se imparten en hipnosis de espectáculo (Meinhold, 1997). Por otro lado a las creencias erróneas y mitos sobre las potencialidades de la hipnosis transmitidos por distintos medios, suelen ser, en última instancia, los responsables de los riesgos de la hipnosis. Por lo tanto, una forma de ayudar a prevenir tales riesgos es proporcionar una información rigurosa y veraz al cliente al que se pretende hipnotizar o que solicita la hipnosis (Barber, 1996; González Ordí y Miguel-Tobal, 1999, Capafons, 2001, Capafons y Mazzoni, 2004; Meinhold, 1997). De aquí la importancia de la conversación introductoria, cuando el terapeuta pregunta sobre las experiencias anteriores e ideas que el paciente tiene en cuanto a la hipnosis. Es en este momento cuando el profesional debe identificar la posible influencia de los juicios de otras personas del círculo familiar y amistoso que, a manera de sugestiones negativas, pueden significar un obstáculo para la terapia y su éxito (Capafons y Mazzoni, 2004; Meinhold, 1997).
2. Cáncer e intervención psicológica.

2.1 Aspectos generales del cáncer.

Han sido muchas y variadas las definiciones del cáncer desde una de las primeras y más acertadas de Ewing, que lo definía como un tumor en un nuevo crecimiento autónomo de un tejido; hasta otras más recientes que concluyen en que el cáncer es un grupo de enfermedades, algunas distintas entre sí y otras similares, que tienen en común el que se inician por la transformación de una célula o grupo de células que evolucionan, aunque no todas, de forma indefinida, invade tejidos u órganos vecinos y es capaz de dar metástasis (concepto que se explica más abajo), hasta su diseminación y la muerte del paciente, si no ha habido ningún tratamiento efectivo. En algunos casos, muy raros, puede evolucionar hacia una curación espontánea y en otros el paciente sobrevive largo tiempo por crecimiento lento o estabilización de la enfermedad (Die Trill, 2003). Aceptada la teoría de que toda célula proviene de otra célula, se admite que el cáncer es una enfermedad celular. (Die Trill, 2003; Valentín Maganto y cols, 2003). En el cáncer se alteran, fundamentalmente, la capacidad de proliferación celular, la diferenciación y la organización cromosómica y genética. (González Barón, Ordoñez, Feliu, Zamora, Espinosa; 1996). La denominación de un tumor como benigno o maligno depende de su comportamiento clínico, teniendo el maligno un crecimiento incontrolable o una diseminación a distancia. Cáncer es, por lo tanto, el término utilizado para describir una neoplasia maligna (Die Trill, 2003; Valentín Maganto, 2003). El término neoplasia significa nuevo crecimiento. Las células neoplásicas tienen una capacidad de proliferación mayor que la de los tejidos normales y no responden a los inhibidores endógenos de la proliferación celular (Die Trill, 2003; González Barón y cols, 1996).

Existen tres fases en el desarrollo de un tumor. La primera es la fase de inducción al tumor que tiene lugar con la existencia de una célula neoplásica. La segunda es la fase de crecimiento, en la que la célula neoplásica puede ser influída por diversos estímulos estimulando a su crecimiento. La tercera es la fase de metástasis, considerada la última fase del crecimiento tumoral y quizás el mayor problema del tratamiento del cáncer (Die Trill, 2003). De aquí se deduce la importancia que tiene el screening en oncología cuyo objetivo no es otro que el de detectar el cáncer precozmente, es decir, buscar la oportunidad de interrumpir la historia natural de la enfermedad, impidiendo que progrese a un estadio más avanzado y, por último, que cause la muerte (Valentín Maganto, 2003). Por lo tanto la metástasis es la invasión de las células tumorales y el desarrollo de neoplasmas secundarios en
áreas del cuerpo no directamente adyacentes al tumor primario. La metástasis parece tener lugar mediante diversos mecanismos que incluyen el transporte de células por el riego sanguíneo y el sistema linfático (Die Trill, 2003; Valentín Maganto y cols, 2003; González Barón y cols, 1996).

2.2 Factores etiológicos.

En cuanto a los factores responsables de la etiología del cáncer son muchos los que pueden enumerarse, siguiendo a Die Trill (2003), a González Barón y sus colaboradores (1996) y a Velentín Maganto y colaboradores (2003) serían:

a) Los factores inmunitarios: algunas células del sistema inmune, participan en el reconocimiento y destrucción de células aberrantes. Alteraciones en la inmunidad de los pacientes impiden la destrucción de estas células extrañas al organismo, favoreciendo así su proliferación. Esta destrucción de células aberrantes se lleva a cabo por los linfocitos T citotóxicos, por los linfocito B, por los linfocitos NK y por macrófagos activos, todos ellos normales en nuestro organismo.

b) Factores infecciosos: Determinados virus y parásitos están involucrados en la oncogénesis, provocando la formación de antígenos tumor-específicos en la membrana y en el citoplasma de las células infectadas.

c) Virus: El virus de Epstein-Barr (VEB), está implicado en carcinomas nasofaringeos. También hay indicios de asociación del VEB con el carcinoma laringeo. El papiloma virus humano (PHV), los subtipos 6, 11 y 16 están relacionados con el cáncer de la cavidad oral y de la faringe, pero la principal influencia de este virus es en el cáncer de cervix. El Virus del Herpes simple tipos 1 y 2 (VHS 1-2), el tipo 1 se relaciona con una fracción de tumores faríngeos. El virus de la hepatitis B y C, la hepatitis crónicas por ambos virus están relacionadas causalmente con el hepatocarcinoma. Los retrovirus; entre ellos el más significativo es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que se relaciona con el sarcoma de Kaposi.

d) Otros agentes infecciosos como parásitos responsables de importantes infecciones, también terminan generando algunos tipos de cáncer. Bacterias como la Helicobacter Pylori se la considera responsable de la mayoría de los linfomas gástricos y posible factor etiológico del adenocarcinoma del estómago.

e) Factores físicos: la ingestión de cáusticos, las inflamaciones crónicas y por cuerpos
extraños (prótesis y asbestos), y los traumatismos repetidos, actúan induciendo la proliferación celular, aumentando así la posibilidad de proliferación neoplásica. Hay otros factores físicos que actúan directamente, provocando alteraciones directas sobre el ADN, alterando su replicación y favoreciendo de este modo la aparición de neoplasias. Éste en el mecanismo de acción de los rayos solares ultravioleta en personas que se exponen excesivamente al sol, desarrollando cáncer de piel y melanomas, o de las radiaciones ionizantes que favorecen la aparición de tumores malignos en personal sanitario o en los tejidos irradiados.

f) Factores químicos: Hay carcinomas orgánicos e inorgánicos que intervienen en procesos industriales y afectan por tanto a determinados grupos de trabajadores. El tabaco es en carcinógeno más estudiado; se estima que uno de cada siete casos de cáncer es atribuible al tabaco, no sólo para los fumadores sino también para los fumadores pasivos. La polución atmosférica, por contener el aire respirado de gran cantidad de carcinógenos químicos, es un factor importante en el desarrollo de algunos tumores malignos.

g) Factores hormonales (vida sexual y reproducción): El inicio precoz de las relaciones sexuales y la promiscuidad, incluida la multiparidad de compañeros sexuales, así como un número alto de embarazos, se han relacionado con el cáncer de cervix. La menarquía precoz y la menopausia tardía pueden estar relacionados con el cáncer de mama y el de endometrio. La nuliparidad es también un factor para el cáncer de mama, de endometrio y de ovario. También, la edad tardía del primer embarazo puede favorecer el cáncer de mama. Por último, la utilización de estrógenos en la edad menopáusica es un factor de riesgo del cáncer endometrial.

h) Factores familiares y étnicos: Las características genéticas heredadas, frecuentemente modificadas por influencias ambientales u otros carcinógenos externos, pueden contribuir a la aparición y progresión de un cáncer. Como en el cáncer de mama familiar, por ejemplo, que comprende entre un 5 y un 10 % de todos los cánceres mamarios. Relativos a este factor encontramos los síndromes de Neoplasia Endocrinas Múltiples (MEN), síndromes debidos a alteraciones en los cromosomas 10 y 11, y a la consiguiente pérdida de genes reguladores (Int-2), originándose tumores múltiples de glándulas endocrinas; y el síndrome de Lynch o cáncer colorectal hereditario, que constituye un 5% de todos los carcinomas colorectales.

Algunos carcinógenos con actividad demostrada: tabaco, alcohol, dieta con exceso de calorías, grasas y proteínas, exposición solar excesiva, rayos ultravioleta, rayos X, polvo de
cuero y madera, benceno (fabricantes de caucho, reparadores de neumáticos, construcción), asbesto (amianto aislante), arsénico, hidrocarburos aromáticos policíclicos, industria del caucho, compuestos de níquel (industria de níquel pintores), productos de la combustión del carbón (instaladores de gas).

Pueden apreciarse la gran cantidad de agentes etiológicos que existen como favorecedores en la aparición de los distintos cánceres, pero hay que considerar que en cada tipo tumoral probablemente actúe más de un solo agente (Die-Trill, 2003; Bayés, 1991).

Sin embargo, Bayés (1991) afirma que el elemento carcinógeno más importante, que para él no cabe duda, se encuentra en la base de todos los demás, es el comportamiento, en gran parte irresponsable del hombre. Esta afirmación no contradice lo mencionada anteriormente, sino que lo amplía. Continuando con este autor, dicho comportamiento se manifiesta de dos maneras: por un lado manteniendo hábitos y consumiendo sustancias que son carcinógenas; y por otro, produciendo, manipulando y comercializando estas sustancias con el fin de obtener o mantener poder, o ganancias económicas (Bayés, 1991; Roales-Nieto y Ayllón, 1991). Roales-Nieto y Ayllón (1991) en consonancia con esta idea pone de manifiesto, además el anterior, al estrés como factor exógeno en la génesis de la patología neoplásica.

2.3 Psicología oncológica y medicina comportamental.

La mayoría de los casos de cáncer se producen debido al comportamiento del hombre. Tanto en el mundo desarrollado como en el subdesarrollado, en el pasado como en el presente, existen hábitos y estimulaciones carcinógenas distintos que conducen a distintos tipos de cáncer. Una desaparición de los estímulos y hábitos nocivos específicos conduciría a una drástica de los tipos de cáncer implicados (Bayés, 1991; ). Al menos un 80% de las causas del cáncer parecen ser ambientales, con lo cual se infiere que los cánceres pueden ser evitados, y en la medida en que los factores ambientales puedan ser identificados, es posible disminuir su incidencia o erradicarlos, siempre y cuando queramos hacerlo, sepamos cómo hacerlo, y estemos dispuestos a pagar el precio correspondiente (Roales-Nieto y Ayllón, 1991; Bayés, 1991).

La psicología oncológica abarca dos dimensiones psicológicas concernientes al paciente con cáncer: la respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en todas las diferentes etapas de la enfermedad (psicosocial); y los factores psicológicos, comportamentales y aspectos sociales que pudieran influir en la
morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer (psicobiológicos) (Bayés, 1991). Se trata de una nueva sub-especialidad que tiene menos de veinticinco años, en la cual aún no se han desarrollado los instrumentos necesarios para el estudio científico como tal. Además cuenta con un pequeño número de grupos de profesionales dedicados a esta sub-especialidad a escala mundial (Die Trill, 2003; Bayés, 1991). Como ejemplo de este tipo de intervenciones puede tomarse la intervención emocional en cuidados paliativos (Arranz, y cols, 2002; Valentín Moganto y cols, 2003) en donde se hacen una serie de intervenciones con el paciente, en relación al manejo de emociones y tratamiento de distintos estados afectivos y espirituales relativos al sufrimiento, y sus familiares (Arranz, y cols, 2002). La vulnerabilidad de un paciente con cáncer depende del tipo de estrategias de las que dispone para hacer frente a la enfermedad, sus síntomas y la vivencia interna relativa al significado que para él tome la enfermedad. Al mismo tiempo, el grado de eficacia intrínseca de dichas estrategias; la intensidad, habilidad y constancia con que las maneja y el grado de control subjetivo que le confieren dichos medios para afrontar la enfermedad y si son adecuados o no a la situación en que los usa tienen un importante papel (Arranz y cols, 2002; Bayés, 1991).

En cuanto a la medicina comportamental, cabe mencionar que esta disciplina históricamente comenzó denominándose como medicina psicosomática. Por psicosomático se acordó designar a aquellos trastornos orgánicos cuya etiología puede atribuirse a causas psicológicas (Roales-Nieto y Ayllón, 1991). La medicina conductual cumple un vasto campo de investigación y aplicaciones consistentes en la incorporación de la psicología del aprendizaje al campo de la salud (Bayés, 1991). González Barón y sus colaboradores (1991), establecen cuatro grandes áreas de desarrollo de la Medicina Conductual que implican intervenciones para modificar la conducta observable o respuesta fisiológica que en si misma constituye un problema; intervención para cambiar la conducta problema de forma indirecta, mediante la modificación del comportamiento del personal médico, con el fin de proporcionar mejores servicios; intervención para mejorar los aspectos relacionados con la adherencia y observancia de los tratamientos médicos y comporta mentales prescritos; y por último, la intervención para modificar patrones conductuales o respuestas que constituyen factores de riesgo para la salud. Entre las principales áreas de estudio y aplicación de la medicina conductual encontramos el tratamiento conductual de la neurodermatitis, de la dismenorrea primaria, de la epilepsia, del asma crónico, de los trastornos coronarios. Se aplica en el dolor agudo de espalda, de cara al
cumplimiento de regímenes de auto ejercicio en pacientes con quemaduras o en la odontología (Roales-Nieto y Ayllón, 1991).

2.3.1 Prevención.
El reconocimiento de los aspectos psicosociales en la prevención, el tratamiento y la supervivencia de pacientes con cáncer ha aumentado a escala mundial. Para una correcta prevención (primaria) de los tipos de cáncer más extendidos en nuestras sociedades occidentales, deberían alcanzarse cuatro objetivos en la población:
Un cambio dietético consistente en una disminución del consumo de grasas animales, sal y azúcar refinado y un incremento en el consumo de alimentos con fibra vegetal. Un cambio drástico en los hábitos de consumo del alcohol y tabaco. Un cambio en los hábitos de ejercicio físico, abandonando en la medida de lo posible las prácticas sedentarias o compensándolas con ejercicio. Un cambio en las estrategias de respuesta ante las situaciones de estrés (Bayés, 1991).
La prevención primaria de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como los factores de riesgo sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas (Bayés, 1991; Valentín Maganto y cols, 2003). La prevención secundaria hace referencia al diagnóstico precoz del cáncer (Bayés, 1991). Se aplica al proceso de explorar personas sintomáticas con el fin de encontrar una enfermedad oculta, preclínica y poder ofrecer un tratamiento más eficaz (Valentín Maganto y cols, 2003; Die Trill, 2003; Bayés 1991). Un ejemplo de esto es el screening al que se ha hecho referencia.

2.4 Alteraciones psicológicas en pacientes oncológicos.
El impacto psicológico del cáncer puede y debe combatirse atacando directamente algunas de las causas que lo producen como son la imagen mítica del cáncer como sinónimo de muerte; diseñando y aplicando estrategias psicológicas eficaces que ayuden a paliar o evitar el dolor, los vómitos y náuseas anticipatorias, la ansiedad, la depresión, el insomnio, etcétera. Un componente importante de muchas de estas estrategias consistiría en la práctica de la respuesta de relajación.

Por último, proporcionando al paciente el mayor grado posible de información,
responsabilidad, control y autonomía en el manejo de su enfermedad, del tratamiento y de los demás aspectos de su vida (Bayés, 1991; Valentín Maganto y cols, 2003; Die Trill, 2003).

3. **Aplicación de la hipnosis en pacientes con cáncer**

3.1 **Consideraciones previas.**

Syrjala y Roth-Roemer afirman que el cáncer y su tratamiento, más que cualquier otra enfermedad, entrañan unos niveles muy elevados de sufrimiento y de malestar tanto en lo relativo a síntomas físicos como psicológicos (Barber y cols, 1996). En estadios avanzados, los síntomas más frecuentes son dolor, fatiga, anorexia, náuseas y alteraciones del sueño. Los trastornos gastrointestinales se añaden a estos síntomas muy frecuentemente. Entre ellos pueden encontrarse náuseas y vómitos, directamente relacionados con el tratamiento con quimioterapia, en donde en unas ocasiones, dichos síntomas son directamente provocados por los fármacos, y en otras son provocados por la asociación o condicionamiento que hace el paciente entre quimioterapia y vómitos (Barber y cols, 1996; Valentín Maganto y cols, 2003). La diarrea o estreñimiento, las dificultades para tragar, las úlceras en la boca y en la garganta y los calambres abdominales, completan este conjunto de síntomas gastrointestinales (Valentín Maganto y cols, 2003). Como consecuencia, el comer no resulta una tarea fácil, lo que contribuye a la pérdida de peso y a la fatiga, síntomas que terminan por completar el conjunto de dolencias que padecen los pacientes oncológicos en su cuerpo (Barber, 1996).

El paciente con cáncer ha de hacer frente también, a otro tipo de sufrimiento. Una persona sufre cuando acontece algo que percibe como amenazante e importante para su existencia personal o su integridad física. Ante dicha amenaza, el sujeto evalúa sus recursos y, en la medida en que se siente impotente para hacerle frente, este hecho le genera sufrimiento. Dicho sufrimiento, por una parte, puede amplificar la intensidad o presencia de los síntomas físicos, lo cual, a su vez, subraya la importancia de la falta de control del paciente sobre la situación y aumenta su sufrimiento (Arranz, y cols, 2003). Por otra parte, este sufrimiento no ocurre en el vacío sino que tiene lugar en una persona con un estado de ánimo concreto y con un sufrimiento persistente en el tiempo, de esta manera, puede fácilmente conducirlo hacia la ansiedad, la depresión o la ira (Arranz y cols, 2003; Barber y cols, 1996).

Siguiendo con esto, dicha ansiedad y sentimientos depresivos parecen ser el fruto de las sugestiones internas del paciente (Hammond, 1990). Es decir, a partir de evaluar su situación, en relación a la pérdida de control sobre su cuerpo o la incertidumbre en torno a un futuro
para el que tenía otros planes; puede auto-administrarse mensajes devastadores, que agraven sus síntomas físicos e incrementen el sufrimiento subjetivo como acabamos de mencionar (Hammond, 1990; Barber y cols, 1996).

El clínico que emplea enfoques psicológicos con pacientes oncológicos debe comprender la interacción que establece entre los desafíos físicos y las demandas psicológicas. Sólo tras una adecuada evaluación del paciente y de sus síntomas, podemos elegir la terapéutica más conveniente.

Por lo tanto, de cara a diseñar el tratamiento, es preciso tomar en consideración la historia relacionada con el cáncer del paciente: las experiencias pasadas influyen en sus temores y expectativas. La identificación de los pensamientos y de las emociones asociados a los distintos síntomas, representan una información muy importante de cara a personalizar un tratamiento psicológico (Barber, 1996). En el caso de la hipnosis, dicha información ayuda al terapeuta a la hora de preparar sugestiones hipnóticas, en forma de metáforas e imágenes, que modifiquen la experiencia interna de sufrimiento del sujeto (Hammond, 1990; Barber, 1996).

3.2 Aplicación de la hipnosis en oncología: Revisión.

A lo largo de los últimos años la hipnosis se ha empleado como adjunto a otras técnicas psicológicas y fármacos, para el tratamiento en una gran variedad de síntomas en pacientes con cáncer. Tanto en relación a los síntomas físicos descritos en la introducción, como a los derivados del sufrimiento subjetivo de cada paciente, encontrándose mejoras significativas (Barber, 1996; Richardson y cols, 2006; Wild y Espie, 2004; Capafons, 2001; Montgomery y Schnur, 2004; Rajasekaran y cols, 2005; Tsao y Keltzer, 2005) Sin embargo varios autores advierten que, pese a los resultados positivos y alentadores obtenidos, aún es pronto para considerar a la hipnosis como una técnica recomendable en el tratamiento de los síntomas relativos al cáncer (Richardson y cols, 2006; Wild y Espie, 2004; Rajasekaran y cols, 2005; Gómez, 2003). Estos autores apelan no sólo al mayor número de investigaciones sino a un mayor rigor metodológico. Critican el hecho de que muchas investigaciones albergan una excesiva heterogeneidad entre las características de los pacientes, otras no miden los resultados de manera rigurosa y otras presentan una muestra de sujetos muy reducida (Richardson y cols, 2006; Wild y Espie, 2004).

Entre los estudios e investigaciones realizadas en el tratamiento con hipnosis en pacientes con
cancer puede destacarse lo siguiente:

Rajasekaran y sus colaboradores (2005) recopilan 27 estudios sobre la aplicación de la hipnosis en pacientes oncológicos adultos. Entre los cuales destaca, un estudio controlado aleatoriamente y un estudio observacional, ambos estudios con resultados medidos validamente.

El primero es el trabajo de Liossi y White en 2001, llevado a cabo con 50 pacientes, 23 mujeres y 27 hombres, con edades comprendidas entre 35 y 74 años. Se procedió de la siguiente manera: todos los pacientes cumplimentaron previamente un cuestionario de calidad de vida y otro de depresión y de ansiedad. (RSCL y HADS). Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un cuidado estándar con tratamiento médico más psicoterapia de apoyo, o al tratamiento estándar mas hipnosis con sesiones semanales durante un mes. Se les aplicó un cuestionario post tratamiento.

Finalmente a los pacientes del grupo de tratamiento standar mas hipnosis, se les hizo una entrevista semiestructurada. Los resultados mostraron que los pacientes que tenían altos niveles de angustia fueron los más beneficiados sobretodo los que pertenecían al grupo con hipnosis. Se encontró una reducción estadísticamente significativa en puntuaciones de dolor físico en el grupo con hipnosis frente al grupo en el que no se incluyó. En la escala de satisfacción con respecto a la vida fueron mejores las puntuaciones en el grupo con hipnosis. Hubo mejorías estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad y depresión, con cierta superioridad a favor del grupo en el que se incluía la hipnosis.

El segundo trabajo que destacan Rajasekaran y sus colaboradores (2005) es el de Peynovska y sus colaboradores en 2003. Contaban con 25 pacientes, con edades comprendidas entre los 28 y 77 años. Se aplicó hipnosis de cara a la reducción del dolor, ansiedad y los efectos secundarios de la quimioterapia. A todos los pacientes se les aplicó la HADS, una escala de ansiedad y depresión antes del tratamiento, tras la tercera sesión de hipnosis, y al tercer de los cuatro meses tras la última sesión de hipnosis. También se evaluó a los pacientes por parte de las enfermeras, en una escala de evaluación observacional. Los resultados muestran que 20 pacientes completaron las tres sesiones. 19 de los 20, habían mejorado en sus puntuaciones de ansiedad según la HADS. No hubo mejoría significativa en sus niveles de depresión. 2 pacientes no mejoraron con respecto a sus ansiedad y a sus ataques de pánico. Todos los demás síntomas de los pacientes mejoraron.
Por último y terminando con la revisión llevada a cabo por Rajasekaran y sus colaboradores (2005) se hace referencia a otros 25 estudios llevados a cabo con un rigor metodológico menor, en relación a la medición de los síntomas, al no emplearse escalas estandarizadas. En estos trabajos se muestran resultados positivos atribuidos al empleo de la hipnosis en la reducción del dolor, en la disminución de la ansiedad y la depresión, en el control de vómitos y nauseas, en la mejora de la anorexia y el insomnio, así como en la disminución del miedo a la muerte. Terminando con la revisión de este artículo destacamos el trabajo de Sacerdote en 1965 con 4 pacientes, 2 hombres y 2 mujeres, en torno a 43 años. Se empleó hipnosis para la reducción del dolor, insomnio, ansiedad y estimular el apetito, encontrándose mejorías importantes en sus síntomas. Probablemente el estudio más antiguo a este respecto.

Otro interesante estudio es el de Marchioro, Azzarello, Viviani, Barbato, Pavanetto, Rosetti, Pappagallo y Vinante en 2000, expuesto por Hammond (1990), estos autores presentan un estudio con 16 pacientes adultos con cáncer que presentaban vómitos anticipatorios al tratamiento con quimioterapia, concretamente estaban en el cuarto ciclo de tratamiento. A todos ellos se les aplicó sesiones con técnicas de relajación seguida de hipnosis. En todos los casos los vómitos y nauseas anticipatorias fueron eliminados.

En población pediátrica también se ha aplicado la hipnosis. Sin embargo esta aplicación es muy reciente, puesto que no se lleva a cabo hasta el año 1982. A este respecto Wild y Espie (2004) nos muestra una revisión de ciertos trabajos en donde se muestra un papel eficaz de la hipnosis en el tratamiento de los síntomas del cáncer y asociados a la quimioterapia como son los elevados niveles de ansiedad y estrés, el dolor, y las nauseas y vómitos anticipatorios.

El primero que se destaca es el de Hilgard y LeBaron en 1982. Aplicaron hipnosis en la reducción del dolor y la ansiedad en una población de 24 pacientes con cáncer con edades comprendidas entre los 6 y los 19 años. Se obtuvieron puntuaciones significativas en reducción del dolor y la ansiedad.

Por otro lado, Liossi y Hatyra (1999) realizaron un estudio llevado a cabo con pacientes oncológicos en una población pediátrica. Fue una experiencia con tres grupos, querían comparar la eficacia de la hipnosis frente a la eficacia de técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento frente al dolor y la ansiedad. Se trataba de 30 pacientes de entre 5 y 15 años que estaban preparándose para una aspiración de médula ósea. Se hicieron tres grupos y se distribuyó a los sujetos aleatoriamente. Un grupo con hipnosis, otro con técnicas cognitivo-
conductuales y un tercer grupo control. Los resultados obtenidos mostraban que en los grupos de hipnosis y tratamiento cognitivo-conductual disminuyeron la ansiedad y el dolor mientras que en el grupo control no. En el grupo con hipnosis los resultados fueron mejores que en el cognitivo-conductual.

Richardson y sus colaboradores (2006) muestran una recopilación de los estudios más importantes realizados con población pediátrica oncológica, destacando los mismos trabajos que destaca Wild en su revisión.

3.3 Hipnosis en el tratamiento del dolor.
3.3.1 Consideraciones clínicas.

El número de estudios de tratamientos físicos o psicológicos para disminuir el dolor de cáncer es pequeño y la variabilidad de la intervención específica y del tipo de dolor al que se dirigen impide cualquier conclusión definitiva (Richardson y cols, 2006; Wild y Espie, 2004; Gómez, 2003). El tratamiento efectivo de la causa del dolor agudo, tiende a resolver el sufrimiento del paciente; pero en el dolor que persiste en el tiempo va originando ciertos cambios en el sujeto que lo padece. Estos cambios son tanto de orden fisiológico como psíquico (Barber, 1996). En consecuencia, aparte de la enfermedad que genera dolor, el dolor es ahora, por sí mismo, un síndrome que hay que tratar (Barber, 1996).

El dolor ha de entenderse y tratarse como un fenómeno psicológico y físico a la vez (Hammond, 1990; Barber, 1996; Valentín Maganto y cols, 2003). Existen varios tipos de dolor. El dolor agudo, consecuencia de una estimulación nociva (herida, procedimiento médico, enfermedad) como por ejemplo la appendicitis, fracturas de huesos, punción lumbar, meningitis (Barber, 1996). El dolor recurrente, consecuencia de una lesión o, con más frecuencia, de una enfermedad que provoca, a lo largo del tiempo, una estimulación nociva repetida. En ocasiones implica un dolor casi constante. Como ejemplos podemos tomar la migraña (u otros tipos de cefaleas), la neuralgia del trigémino, el tic doloroso de la cara y otros dolores faciales, el dolor fantasma, el síndrome de dolor talámico, el dolor del cáncer, el síndrome del intestino irritable, la drepanocitosis o la osteoartritis (Barber, 1996). 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 originó el dolor inicial (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) (Valentín Maganto y cols, 2003; Hammond, 1990). El dolor psicogénico, es una clase de trastorno somatoforme que se ve con poca frecuencia en la clínica del dolor. La localización y distribución del dolor causado principalmente por trastornos psicológicos o psiquiátricos, incluidos los trastornos somatoformes, generalmente no encajan en ningún modelo neuroanatómico normal (Barber, 1996). La etiología puede variar, pero, con frecuencia, el dolor psicológico puede ser una representación somática de un conflicto no resuelto (Gabbard, 2002). Ejemplos obvios del dolor psicológico incluyen el dolor con distribución en guante o media, el dolor que implica a todo el cuerpo o los dolores múltiples, dispersos a lo largo del cuerpo (Barber, 1996). 

Al mismo tiempo hay que distinguir entre el dolor causado por un daño en el tejido: dolor fisiológico o nocicepción, y el dolor causado por una alteración en el sistema de transmisión neural: dolor neuropático (Valentín Maganto y cols, 2003). La nocicepción en general consiste en una serie de sensaciones de malestar, de pesadez o de calambre. El dolor neuropático se suele vivir más como si se tratara del pincho de una aguja, como sensaciones eléctricas, como quemaduras o como entumecimiento (Barber, 1996).

Los opiáceos y otros tratamientos médicos son más eficaces en el caso de la nocicepción. Los dolores neuropáticos aparecen de forma súbita e imprevisible, por lo que no es extraño que sobrepasen la capacidad del paciente para afrontarlos. La duración de este tipo de dolor tiende a ser la misma cada vez que se manifiesta (Barber, 1996).

3.3.2 Evaluación del dolor.

Toda experiencia dolorosa implica la presencia de, como se ha mencionado antes, dos componentes. De una parte, el componente sensorial, que proporciona a quien lo sufre una información básica: intensidad, localización y su calidad sensorial (informa de si se trata de un dolor o de un hormigueo, si es agudo o sordo, frío o abrasador, continuo o intermitente) (Barber, 1996). Por otro lado, el componente afectivo del dolor hace referencia a la preocupación que dicho dolor causa (Arranz y cols, 2003). (Barber, 1996). Puede que el dolor del cáncer no sea demasiado intenso, pero al paciente le resulta perturbador, por lo que tiene de ominoso, y le produce una gran aflicción, este componente afectivo es el que determina la experiencia global del sufrimiento (Barber, 1996; Valentín Maganto y cols, 2003; Arranz y cols, 2003). El grado de sufrimiento está en función de lo que ese dolor significa para el
paciente (Arranz y cols, 2003).

Por otro lado, la comprensión de la causa médica que subyace al dolor del paciente es fundamental para realizar una apreciación adecuada, tanto de la queja del paciente, como de su sufrimiento y de su conducta en relación al dolor, y para poder desarrollar un plan de tratamiento realista y eficaz (Barber y cols 1996). El objetivo inicial del clínico es determinar la causa del dolor. De ello depende la protección de la salud y el bienestar del paciente. La evaluación del dolor debe constar de una evaluación médica y de una evaluación psicológica (Barber, 1996; Hammond, 1990) Generalmente, la evaluación médica se basa en la historia sobre el dolor, en el examen físico del paciente y en los datos de laboratorio (Barber, 1996).

La psicológica se basa en la depresión, la ansiedad, el estado mental, especialmente en pacientes de una cierta edad y en sujetos que hayan sufrido heridas en la cabeza o cuyo historial clínico, incluya el consumo de alcohol o drogas, así como las conductas y la vivencia interna del dolor, los rasgos de personalidad y en la posible psicopatología que pudiera originar o agravar el dolor (Barber, 1996; Hammond, 1990). En relación a estas valoraciones, la presencia de signos objetivos tiende a sugerir un substrato orgánico o patológico subyacente a la queja del paciente, mientras que el exceso de signos subjetivos suele ser el indicio de un componente psicológico mayor (Barber, 1996). El proceso de evaluación psicológica revela la compleja interacción que se da entre las variables psicológicas y la experiencia de sufrir un dolor durante un largo periodo de tiempo. El objetivo de dicha evaluación persigue, por lo tanto, identificar aquellos factores psicológicos asociados al dolor, al sufrimiento y a la discapacidad (Buela-Casal y Sierra, 1997; Barber, 1996)

3.3.3 Analgesia hipnótica.

Existen dos mecanismos generales mediante los que es posible reducir la intensidad del dolor sensorial mediante hipnosis.

a) La neodissociación (Bob, 2003; Capafons, 2001) y mecanismos “intracerebrales” (Barber, 1996 pag 98). La teoría de la neodissociación, en la analgesia hipnótica se reduce la conciencia del dolor, lo que normalmente ocurre cuando la información nociceptiva ha alcanzado los centros más elevados. Según esta teoría, el dolor queda registrado en el cuerpo y en una conciencia encubierta, pero se enmascara por medio de una barrera, a modo de anestesia, entre las corrientes disociadas de la conciencia (Bob, 2003). Estos mecanismos disociativos están sólo disponibles cuando se induce un estado hipnótico (Barber, 1996). Continuando con esto,
un componente de la percepción del dolor puede olvidarse de forma inmediata o puede apartarse de la conciencia. Esta interpretación de la analgesia hipnótica, como disociación de la conciencia, explica que muchas veces, en la analgesia hipnótica, los índices fisiológicos de estrés se mantengan pese a que el sujeto sienta, a un nivel consciente, menos dolor o pese a que éste desaparezca por completo (Barber, 1996). Según Hammond (1990), la reducción del dolor en condiciones no hipnóticas puede ir acompañada de reducciones en las reacciones automáticas y reflejos al dolor, mientras que la disminución del dolor asociada a mecanismos dissociativos no va acompañada de tales descensos en las respuestas automáticas (Barber, 1996).

b) Los mecanismos descendentes inhibidores de la médula espinal. Conformando un segundo mecanismo mediante el cual las sugestiones hipnóticas pueden reducir el dolor (componente sensorial). Parece ser que es a través de la activación de un sistema endógeno, inhibidor del dolor, que desciende a la médula espinal, como funciona. Es allí donde evita la transmisión al cerebro de la información asociada al dolor (Barber, 1996; Hammond, 1990)

3.3.4 Tratamiento del dolor en pacientes oncológicos.

El dolor en el cáncer puede ser producido por el cáncer mismo (30 - 40 % de los casos; 60 - 90% en fases avanzadas), por los procedimientos médicos dolorosos a los que son sometidos o por la radioterapia, que puede originar quemaduras en la piel o molestias gastrointestinales (Valentin Maganto y cols, 2003; Barber, 1996). Por último, la quimioterapia causa con frecuencia un dolor difuso, un malestar generalizado o un sufrimiento neuropático (Barber, 1996; Quinlan y Hill, 2003; Dupuis y Nathan, 2003). Cuando se trata un dolor neuropático, las sugestiones comenzarán recordándole al paciente que la sensación es pasajera. Syrjala y Roth-Roemer, afirman que resulta útil pasar por un periodo de entrenamiento, en el que la experiencia hipnótica se convierta en algo familiar para el paciente y en el que las imágenes se pongan a prueba y se adapten a sus necesidades. Durante los ataques neuropáticos, es recomendable emplear imágenes muy breves para transformar el dolor. Deben ser sugestiones que el paciente pueda utilizar también en ausencia del clínico. Continuando con Syrjala y Roth-Roemer, las sugestiones más poderosas que pueden ofrecerse a los pacientes oncológicos, que experimentan siempre una pérdida de control en relación a su cuerpo, son aquellas que reconocen la dificultad de la situación y que reafirman la capacidad del paciente.
para manejar dichas dificultades (cuando proceden de un clínico capaz de normalizar la experiencia del paciente y de proporcionar un contexto que incluya el curso probable de los síntomas. A menudo, se puede garantizar el carácter limitado de la experiencia) (Barber, 1996).

La intervención hipnótica es eficaz para tratar el dolor provocado por los procedimientos médicos, en parte debido a que las molestias causadas son temporales. Dado el carácter repetitivo de estos procedimientos, es recomendable entrenar al paciente y/o a un miembro de la familia para que sean capaces de utilizar los métodos hipnóticos en ausencia del clínico. El primer paso de esta intervención, consiste siempre en evaluar la naturaleza de las sensaciones físicas que van a estar implicadas, el tiempo que dura cada sensación y los sonidos que normalmente se escuchan a lo largo del procedimiento. Esto ayuda a incorporar referencias a estos sonidos y a proponer sensaciones alternativas al repertorio de sugestiones a emplear (Barber, 1996; Hammond, 1990). Para la mayoría de los pacientes, las aspiraciones de la médula ósea constituyen el procedimiento médico más doloroso. Suele ser útil contrarrestar las intensas sensaciones de la misma (la fuerte presión de una gran aguja dentro del hueso y la sensación de tirón, a lo largo de las piernas y de las caderas mientras se aspira la médula) bien con una actividad física muy enérgica, bien con sensaciones fuertes, pero tolerables, incorporadas a las sugestiones. Entonces, los pacientes tienen más posibilidades de mantenerse en un estado de tranquilo ensimismamiento, mientras el equipo médico actúa y charla a su alrededor (Barber, 1996).

El tratamiento hipnótico elimina la mayor parte del dolor de los pacientes durante el tiempo que están con los terapeutas (Barber, 1996). Además las grabaciones en cinta de sugestiones, les pueden ser de gran ayuda en ausencia de los mismos (Hammond, 1990; Barber, 1996; Capafons, 2001).

### 3.3.5 Sugestiones hipnóticas en el tratamiento del dolor

De cara a crear las sugestiones analgésicas resulta fundamental escuchar la descripción del paciente en torno a las cualidades del dolor (Barber, 1996). Ante un dolor breve, las sugestiones hipnóticas se centran en una distracción activa (Gómez, 2003) Se le puede sugerir al paciente que se imagine, por ejemplo, en un lugar agradable y, entonces, proponerle una actividad física concreta, para así atraer por entero la conciencia del paciente durante el
desarrollo del procedimiento médico. Para el dolor constante o progresivo, un método de transformación sensorial puede ser beneficioso (Barber, 1996; Gómez, 2003), consistente en focalizar la atención sobre donde se localiza el dolor y explorarlo mentalmente, viendo como cambia, abriéndose a él; o sugerir una imagen de algo que pueda cambiar, como un objeto o un paisaje, a medida que cambia el dolor; puede ayudar al paciente a integrar la sugestión analgésica en su vida (Barber, 1996; Syrjala y Donaldson, 1985). Las descripciones del dolor (punzante, abrasador, sordo, como un calambre etc.) se pueden incorporar a la experiencia de transformación sensorial. Así, para un dolor abrasador, por ejemplo, puede emplearse la imagen de un aire helado del Ártico que atraviesa la sensación dolorosa (Barber, 1996). Como ejemplo de esto puede tomarse las siguientes sugerencias:

"y vea cómo su sensación va cambiando, ahora experimenta una sensación refrescante. Tal vez cambie la forma, tal vez el color pase del rojo al naranja o al amarillo, o incluso al verde. Note cómo ahora se siente mejor, más tranquilo. Y siga respirando ese frío y reconfortante aire durante todo el tiempo que desee. Y cuando quiera sentirse bien, o cuando lo necesite, no tiene más que aspirar profundamente ese aire frío, frío ..." (Barber y cols, 1996, pag 157).

Syrjala y Roth-Roemer opinan que es aconsejable utilizar la información que el propio paciente haya proporcionado para sugerirle que imagine cómo es su dolor y para modificar, después, esa imagen, como acaba de mostrarse (Barber, 1996).

En el caso del dolor agudo, no son necesarias las sugestiones para lograr la analgesia o la transformación sensorial. El alivio se obtiene trasladando la mente del paciente hacia esa calma y ese bienestar que no guardan relación con los síntomas (Gómez, 2003). La sugestión es implícita, ya que el paciente sabe que el objetivo es el bienestar (Barber, 1996). Continuando con Syrjala y Roth-Roemer, la autosugestión del paciente, los mensajes que internamente se da a sí mismo, paren tener un efecto poderoso. Por tanto, a los pacientes que padecen un dolor constante o cuya formación de síntomas que son negativos, puede realizarse una "reformulación", mediante la generación de autosugestiones más positivas o neutras (Barber, 1996). Continuando con esto, Syrjala y Roth-Roemer proponen 4 vías diferentes para lograrlo, con lo que se trata de ayudar al paciente a descubrir cuál de esas vías se adecua mejor a su estilo personal:

1. Los pacientes pueden centrarse en lo que han logrado, más que en lo que aún les queda por hacer, recordándose a sí mismos los obstáculos que ya han superado como la quimioterapia o una aspiración medular por ejemplo (Barber, 1996).
2. Ayudar a los pacientes a buscar algo positivo que se obtenga a partir de la situación y a centrase en eso (Barber, 1996). La siguiente autosugestión ilustra este punto: “Al pasar por todo esto, me doy cuenta de que soy una persona fuerte y capaz. Hace tan sólo dos años no hubiera imaginado que podría hacer todo esto, pero lo he hecho, y lo he hecho bien” (Barber, 1996, pag 156).

3. Animar a los pacientes a separarse de la situación y a observarla desde la distancia: “cuando doy un paso atrás y gano perspectiva, veo que esto no es más que una pequeña porción de mi vida” (Barber, 1996; pag 156).

4. La sugestión para que se centren en el carácter temporal de lo que les resulta difícil o doloroso, por ejemplo: “esto es difícil, pero sé que no va a durar siempre. Dentro de 5 minutos -o de 2 días-, ya no me sentiré así” (Barber, 1996, pag 156). En muchas ocasiones se utilizan, sugestiones relacionadas con los “lugares favoritos” de los pacientes, como una parte de la intervención hipnótica (Gómez, 2003; Barber, 1996; Hammond, 1990). La analgesia se produce sin necesidad de que el paciente viva una experiencia de este tipo, pero en el caso de los sujetos que padecen un dolor constante que se mueve entre los rangos de moderado a severo, la huida hacia un lugar seguro y agradable, como un aplazamiento del dolor, es tan importante como las sugestiones analgésicas directas (Hammond, 1990). Para el manejo del dolor moderado-severo de la mente del paciente, dentro de las imágenes que él utiliza, pueden incluirse, a través de las sugestiones, alguna actividad física como andar, sintiendo el cuerpo fuerte y sano, bailar, nadar o esquiar, siendo la concentración entonces mucho mayor que cuando se trata de una imagen más pasiva como puede ser estar tumbado en la cama por ejemplo. Además, al tiempo que se le propone una actividad al paciente, se le puede pedir también que se centre en diversas experiencias sensoriales, como antes se menciona (Barber, 1996). Este tipo de sugestiones son más fáciles de mantener que las que le proponen un estado de relajación a un paciente con enormes dificultades para centrarse en algo que no sea su fuerte dolor (Hammond, 1990).

 Una vez que los pacientes pueden disfrutar de encontrarse en su “lugar especial”, se tiende a incorporar sugestiones analgésicas, creadas durante la evaluación de las cualidades del dolor, como por ejemplo la imagen del hielo situado sobre la zona dolorosa: “a medida que el hielo se va derritiendo, el frío va siendo absorbido hasta que la zona se adormece o experimente una especie de cosquilleo” (Barber, 1996; pag 158). El hielo funciona bien como agente analgésico, es un elemento bien conocido que se puede trasladar a cualquier imagen (en las
montañas es fácil encontrar nieve, o en una agradable tarde de playa se puede sacar el hielo del vaso o de la cubitera y colocarlo sobre la zona afectada) (Barber, 1996).

Por último, continúan con Barber (1996), afirman que existen diferentes opciones analgésicas además de las que se han ido mencionando. Se usan sugestiones de disminución en la percepción de la intensidad; la sustitución del dolor por otra sensación (presión o picor, por ejemplo); se emplean sugestiones en busca de la modificación del significado del dolor, de modo que se vuelva menos terrible o debilitante (por ejemplo el picor, la presión o la quemazón son signos de que el tratamiento está funcionando, las sensaciones suponen un indicio de curación) (Barber, 1996; Hammond, 1990) el traslado del dolor a otra zona más pequeña o menos molesta, puede buscarse la disociación del cuerpo con respecto a su conciencia o distanciamiento de la mente en relación al mismo; la distorsión del tiempo, de manera que parezca que transcurra con gran rapidez o se puede sugerir la amnesia como medio para olvidar el dolor y para reducir el temor a las recaídas (Capafons, 2001; Hammond, 1990).

3.4 Hipnosis en el control de náuseas y vómitos anticipatorios asociados al tratamiento con quimioterapia.

Los trastornos gastrointestinales son muy frecuentes es estos pacientes: náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, dificultades para tragar, úlceras en la boca y en la garganta, al mismo tiempo, los efectos secundarios, como nauseas anticipatorias, vómitos, diarreas y pérdidas del apetito (Valentín Maganto y cols, 2003; Hammond, 1990; Dupuis y Nathan, 2003), pueden tratarse eficazmente mediante la sugestión hipnótica. (Hammond, 1990; Barber, 1996; Richardson y cols, 2006; Rajasekaran y cols, 2005; Liossi y Hatira, 1999).

Algunos autores opinan que el control de las nauseas secundarias y vómitos de la quimioterapia mediante hipnosis, ofrece varias ventajas (Hammond, 1990; Capafons, 2001): La hipnosis en los tratamientos de quimioterapia, hace la experiencia menos desagradable y estresante, y produce la sensación de que el tiempo transcurre más deprisa (Hammond, 1990). Por otra parte no se requiere equipo alguno salvo que los pacientes elijan escuchar las cintas de hipnosis. Al contrario que los fármacos antiméticos (Quinlan y Hill, 2003) no producen efectos secundarios (Dupuis y Nathan, 2003; Valentín Maganto y cols, 2003; Hammond, 1990). Es una técnica que los pacientes pueden aprender, con lo que proporciona un sentido personal de control y dominio del problema frente a la sensación de indefensión en relación
con los fármacos (Hammond, 1990; Barber, 1996). Sus beneficios van más allá del control de las nauseas, y alcanzan el bienestar del paciente (Hammond, 1990; Gómez, 2003; Barber, 1996).

Para el control satisfactorio de las nauseas la presencia del terapeuta puede ser crucial, con lo que algunos autores insisten en el entrenamiento en auto-hipnosis del paciente de cara a que logre una cierta independencia y autocontrol. Insistiendo en la dependencia del paciente, parece adecuado que se enseñe a los enfermos a usar las cintas de inducción hipnótica durante los tratamiento de quimioterapia, además de formar las enfermeras en la asistencia a los pacientes con respecto al control de sus nauseas (Hammond, 1990; Barber, 1996).

De cara a dicho control de síntomas, Levitan nos propone las siguientes sugestiones en forma de metáfora:

"Estás en un lago en lo alto de las montañas, de pronto se desata una tormenta, el cielo está oscuro y nublado, observa con atención cómo un rayo de sol solitario penetra entre las nubes, enseguida otros lo siguen y las nubes negras se van disipando a medida que el sol penetra y lo ilumina todo. Ahora el sol brilla en todas partes, la superficie del lago está ahora tranquila y serena."

"Apaga la luz. Imagina que eres una casa con muchas habitaciones, encuentra la habitación que contiene las sensaciones desagradables que estás experimentando ahora, apaga la luz de esa habitación, sal de puntillas de esa habitación y cierra sigilosamente la puerta, y ciérrala con llave para que esos sentimientos no te vuelvan a perturbar."

"Cuando practiques la relajación tendrás siempre un agradable sabor a menta, que sustituirá a cualquier otro sabor o sensación no deseable en tu boca."

"El espejo mágico: Observa como un espejo mágico se coloca ante tu cuerpo a la altura del abdomen superior, de forma que todas las nauseas se sitúan por debajo del espejo, con lo que ya no te causan ninguna molestia."

"Metáfora del restaurante: Vas a visitar un nuevo restaurante, uno que hace ya tiempo que te apetece visitar, que quieres ir, observa cómo te vistes, sales de casa con la persona que más te gustaría estar, observa como llegas al restaurante y te acompañan a la mesa, donde todo es justo como te esperabas. Observa como abres la carta del restaurante para ver todos lo
3.5 Otras aplicaciones de la hipnosis en oncología.

A partir de lo mencionado en los apartados anteriores, puede extraerse además, que la hipnosis puede emplearse como coadyuvante a la hora de paliar síntomas relativos a la ansiedad y el ánimo depresivo, que pudieran ser consecuencia directa de la experiencia interna de sufrimiento del paciente con respecto a la situación que atraviesan (Hammond, 1990; Barber, 1996). Al mismo tiempo es conocido que altas cotas de estrés y ansiedad pueden afectar al sistema inmunológico. Por lo tanto la intervención hipnótica en este sentido tendría una triple función: generar bienestar al paciente, evitar la inmunodepresión y potenciar los efectos terapéuticos de los fármacos antiméticos y la quimioterapia (Valentín Maganto y cols, 2003; Arranz y cols, 2003; Hammond, 1990; Barber, 1996; Gómez, 2003). Por lo tanto las sugestiones de relajación, calma, bienestar; las sugestiones de fortalecimiento del yo, del refuerzo positivo, de apelación a la fortaleza interna y el empleo de imágenes y metáforas suelen ser muy útiles en estos casos (Hammond, 1990; Rajasekaran y cols, 2005; Richardson y cols, 2006; Capafons, 2001; Barber, 1996). En el caso de enfermos paliativos y pacientes terminales, este tipo de intervenciones resultan muy beneficiosas. En estos pacientes de cara a ayudarle a asumir su propia muerte y a llevar sus últimos momentos de vida con la mayor tranquilidad y entereza posibles, Hammond (1990) propone el “ ensayo de la muerte hipnótica ” de A. Levitan, que consiste precisamente en sugestiones de relajación, calma y fortalecimiento del yo con los objetivos mencionados.

Por último, se muestra a continuación una serie de sugestiones a emplear con uno de los fines que se ha comentado en este epígrafe, como es el del potenciar los beneficios de la quimioterapia y fortalecer el sistema inmunológico. Las siguientes frases son directamente tomadas y traducidas desde las sugestiones de Auerbach que figuran en el libro de Hammond (1990).

"Ponte cómodo y abrigado, disipa de tu mente los miedos, relájate, ponte cómodo, estás tranquilo y seguro, vamos a iniciar un viaje hacia la curación, empezando por transformarte a ti mismo, en algo pequeño, tan pequeño como una gota de agua, para así, deslizarte dentro de ti mismo, de tu cuerpo, por tu boca, a través de la garganta, te encuentras dentro de una pompa transparente que te protege y abastece de tanto como necesitas. Hazte cada vez mas y
mas pequeño y entra en tu flujo sanguíneo, circula, por tu cuerpo y dile a tu sistema inmunológico, que libere glóbulos blancos más fuertes y eficaces en tu flujo sanguíneo. Deja que estos glóbulos blancos adopten formas simbólicas y animadas. Observa como se distribuyen por tu flujo sanguíneo repletos de energía y seguros de su misión: disolver cualquier cuerpo insano que puedan encontrar. Si quieres puedes transmitir mensajes de ánimo o dar instrucciones a tu sistema inmunitario, puedes por ejemplo, agradecer a tu sistema inmunitario el buen trabajo que esté realizando a modo de reto, o preguntarle al sistema si puedes hacer algo para ayudar a acelerar tu curación. Desde un lugar seguro, desde donde puedas ver todo, observa como algunos tumores se empiezan a disolver, ellos, tus glóbulos blancos, le rodean y le vencen, observa como la zona esta completamente curada y como las células de tu sistema inmunitario patrullan tu cuerpo en actitud amorosa y protectora, observa y siente cómo recuperas un perfecto estado de salud, cómo te valoras y te quieres a ti mismo al dedicarte este tiempo de amor y de curación.

Las principales conclusiones que puede obtenerse de este trabajo son las siguientes:
- El campo de la hipnosis parece estar ciertamente soslayado y descuidado en la formación del psicólogo clínico y del profesional de la medicina, así como rodeado de mitos y falsas creencias entre la opinión pública.

- La investigación en hipnosis ha incrementado el número de sus publicaciones exponencialmente en los últimos 25 años. Desafortunadamente muchos de estos trabajos carecen del rigor metodológico y experimental deseable.

- Existen varios tipos de hipnosis entre las cuales destacan principalmente la hipnosis tradicional, la hipnosis ericksoniana y la PNL (Programación Neurolingüística). La hipnosis ericksoniana parece ser la más difundida y empleada actualmente. La permissividad y la participación del paciente, son las características que definen este enfoque.

- Actualmente, hay una cierta controversia entre dos posturas distintas a la hora de definir, comprender y explicar la hipnosis. La diferencia fundamental yace en entender o no a la hipnosis como un estado alterado de conciencia.

44
- Un número importante de investigaciones muestran que el empleo de la hipnosis como coadyuvante a otros tratamientos, incrementa de manera significativa la eficacia de dichos tratamientos en la reducción de un importante número de síntomas.

- La hipnosis se ha aplicado incluyéndola en el tratamiento de numerosas patologías en distintos ámbitos de la salud como son la cirugía, la oncología o la psiquiatría, entre otras.

- El cáncer es una de las enfermedades que más muertes produce en los países desarrollados. Sin embargo en un porcentaje muy alto de los mismos, el origen de la enfermedad parece residir en el comportamiento irresponsable de la persona que la padece.

- Los pacientes oncológicos además de las dolencias producidas directamente por su enfermedad a nivel orgánico, pueden albergar distintos niveles de sufrimiento subjetivo. Este sufrimiento se intensifica en función del grado de impotencia con el que la persona vive su situación; y puede manifestarse agravando síntomas ya existentes y/o produciendo otros, tales como insomnio, ansiedad generalizada, ánimo depresivo, episodios de angustia, etcétera.

- Entre las personas que reciben tratamientos contra el cáncer en los que se incluye quimioterapia, es común que se produzcan náuseas y vómitos anticipatorios por condicionamiento.

- La aplicación de la hipnosis en el tratamiento con pacientes oncológicos ha demostrado un notable incremento de la eficacia a la hora de reducir los síntomas que se han descrito como asociados a la enfermedad y al sufrimiento subjetivo del paciente; según muestran numerosas investigaciones.

- Los resultados más espectaculares relativos a la inclusión de la hipnosis como adjunto a los tratamientos habituales contra el cáncer, se han encontrado en relación a la reducción de la ansiedad y el dolor; y en el control de las náuseas y vómitos anticipatorios.
- Varios autores afirman que el campo de estudio referente a la hipnosis progresa adecuadamente, pero advierten de la necesidad de un mayor número de publicaciones y de investigaciones rigurosamente controladas.

5. Bibliografía.


Barcelona: Gaia ediciones.


