



EMPLEO DE METÁFORAS EN LAS SUGESTIONES HIPNÓTICAS PARA MANEJAR EL DOLOR ARTICULAR: ESTUDIO DE CASO

JOSÉ A. PÉREZ¹, JUAN C. FERNÁNDEZ², BERTA FERNÁNDEZ¹ Y MONSERRAT DURÁN²

¹ Instituto de Psicología Cambio, La Coruña

² Facultad de Psicología, Universidad de La Coruña, La Coruña

Resumen: La hipnosis es una intervención clínica valiosa en el tratamiento de una amplia variedad de problemas psicológicos y médicos, ayudando a la mejora de la calidad de vida de muchos pacientes. El propósito de este trabajo fue documentar el valor y la eficacia terapéutica del lenguaje metafórico en las sugerencias hipnóticas para tratar el dolor articular en una paciente diagnosticada de artritis reumatoide de treinta y cinco años. El proceso terapéutico se desarrolla a lo largo de siete sesiones espaciadas semanalmente. Al finalizar el tratamiento se pudo observar una importante caída del dolor, resultados que se mantuvieron a lo largo del seguimiento. Adicionalmente, también disminuyeron de manera clínicamente significativa los niveles de ansiedad y depresión.

Palabras clave: Metáforas; hipnosis; dolor; artritis reumatoide.

Use of metaphors in hypnotic suggestions for joint pain management: A case study

Abstract: Hypnosis is a valuable clinical intervention in the treatment of a wide variety of psychological and medical problems, helping to improve the quality of life for many patients. The purpose of this study was to document the therapeutical value and efficacy of metaphorical language in hypnotic suggestion to treat joint pain in a patient diagnosed with rheumatoid arthritis for thirty-five years. The therapeutic process was spaced over seven weekly sessions. After treatment we observed a significant reduction in pain, result that was maintained during follow-up. Additionally, levels of anxiety and depression also saw a clinically significant decrease.

Keywords: Metaphors; hypnosis; pain; rheumatoid arthritis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas son un grupo de patologías heterogéneas de etiología multifactorial que se caracterizan por dolor intenso y afectan principalmente a los huesos, articulaciones y músculos. Algunas de estas enfermedades remiten espontáneamente, pero otras evolucionan con frecuentes recidivas o son crónicas, suponiendo una de las causas más importantes de discapacidad laboral en nuestro país (Tornero, Piqueras, Carballo y Vidal, 2002). Por estas razón, no es difícil entender que surjan

dificultades en el funcionamiento psicosocial como depresión y la ausencia de la capacidad para experimentar alegría y felicidad (Coscollá, Caro, Calvo y López, 2008). El término «enfermedades reumáticas» comprende a más de 200 dolencias entre las que destacan la artritis reumatoide, la artrosis y la fibromialgia.

La fibromialgia se caracteriza por dolor músculo-esquelético generalizado y sensación dolorosa a la presión en unos puntos específicos (puntos dolorosos). Además del dolor puede cursar, entre otros síntomas, con rigidez matutina, parestesias, fatiga crónica, alteraciones del sueño, trastornos del estado de ánimo (ansiedad y depresión) y problemas en la menstruación (Villanueva et al., 2004). La evidencia disponible pone de manifiesto la eficacia del tratamiento cognitivo-conductual (véase, por ejemplo,

Recibido: 12 noviembre 2010; Aceptado: 1 junio 2011.

Correspondencia: José Andrés Pérez Vidal, Instituto de Psicología Cambio, Fraternidad 4, 6.º H, 15008 La Coruña. Correo-e: andrespv@cambiopsicologia.com

García, Simón, Durán, Cancellor y Aneiros, 2006), si bien es cierto que dicha intervención podría mejorarse sustancialmente, tal y como se desprende de un estudio de Rodero, García-Campayo, Casanueva y Buriel (2009), si los pacientes fuesen subdivididos según constructos cognitivos-conductuales y se desarrollasen tratamientos de acuerdo a esas características.

Por su parte, la artrosis es una enfermedad que lesiona el cartílago articular y origina dolor, rigidez e incapacidad funcional. Habitualmente se localiza en la columna cervical y lumbar, algunas articulaciones del hombro y de los dedos de las manos, la articulación de la raíz del pulgar, la cadera y la rodilla. El grado de afectación así como la intensidad del dolor puede originar un deterioro importante de la calidad de vida relacionada con la salud y dar lugar a la aparición de síntomas depresivos; resultando mayor el impacto de la artrosis en las mujeres que en los hombres (Martín et al., 2010).

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica de etiología desconocida que suele afectar principalmente a las articulaciones periféricas y provoca dolor persistente asociado a la inflamación, también causa rigidez de predominio matutino, astenia y reducción de la movilidad y de la funcionalidad (Harris, 2005). Es una patología de curso clínico muy variable; por una parte, algunos pacientes presentan un proceso inflamatorio en articulaciones pequeñas, de breve duración y con lesiones articulares mínimas y que, en ocasiones, evoluciona favorablemente produciéndose una remisión completa de la enfermedad, mientras que otros pacientes presentan una poliartritis progresiva que da lugar a deformidades articulares importantes (Gardner y Gilliland, 2003). En los casos moderados y graves puede verse afectada de manera importante la calidad de vida relacionada con la salud, sobre todo cuando consideramos el impacto que tiene el dolor articular, un problema central en esta enfermedad (Redondo, León, Pérez, Jover y Abasolo, 2008). Por esa razón, el dolor debiera ser un importante objetivo del tratamiento (Neira y Ortega, 2006), al ser un relevante predictor del curso clínico de la AR (Strahl, Kleinknecht y Dinnel, 2000) y, además, guardar una relación

positiva con trastornos como la depresión y la ansiedad (Dyckens, McGowan, Clarck y Creed, 2002; McWilliams, Cox y Enn, 2003; Redondo, Miguel y Pérez, 2007).

Dentro del arsenal terapéutico de la psicología clínica se encuentra la hipnosis, procedimiento bien estudiado y que ha demostrado una eficacia bien contrastada en el manejo del dolor (véase, por ejemplo, Elkins, Jensen y Patterson, 2007; Fernández, Vidal y Fernández, 2000; Jensen et al., 2006). Dicha eficacia también ha sido verificada en el caso del dolor articular en pacientes con AR (Horton y Mitzdorf, 1994; Horton, Mitzdorf y Melchart, 2000), si bien la evidencia disponible todavía es escasa. En el manejo del dolor las intervenciones más habituales en hipnosis (Barber 1995; Hammond, 1990; Hawkins 1998; Moix, 2002) son la *analgesia hipnótica* (ausencia de la sensación de dolor), *anestesia* (ausencia de cualquier tipo de sensación), *sustitución del dolor* (por un hormigueo, un picor, por ejemplo), *desplazamiento del dolor* (de un área a otra del cuerpo), *disociación hipnótica* (el paciente es inducido a experimentar a sí mismo como fuera de su cuerpo, u orientado a una época pasada o futura de su vida sin dolor), *reinterpretación de la experiencia del dolor* (el dolor lacerante, por ejemplo, es interpretado como un sobresalto repentino y momentáneo), la *distorsión hipnótica del tiempo* (aumentar la percepción subjetiva del tiempo que el paciente permanece en un período indoloro y disminuir la percepción temporal de los accesos de dolor) y la *disminución progresiva del dolor*. Para potenciar dichas intervenciones un valioso recurso terapéutico es la metáfora.

La comunicación en la terapia a través de metáforas es ateórica (Burns, 2003) y se utilizan independientemente de cuál sea la orientación teórica o el modelo terapéutico. De hecho, las diversas escuelas psicoterapéuticas han acogido bien el uso del lenguaje metafórico, aunque la psicología cognitivo-conductual ha sido más reticente. Sin embargo, poco a poco el uso de las metáforas ha ido encontrando su lugar en el enfoque cognitivo-conductual (Moix, 2006).

La vigésima segunda edición *on-line* del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) define metáfora de la siguiente forma:

Tropo que consiste en trasladar el sentido recto de las voces a otro figurado, en virtud de una comparación tácita. Aplicación de una palabra o de una expresión a un objeto o a un concepto, al cual no denota literalmente, con el fin de sugerir una comparación (con otro objeto o concepto) y facilitar su comprensión. Alegoría en que unas palabras se toman en sentido recto y otras en sentido figurado.

Así, pues, la metáfora implica una comunicación que establece una asociación simbólica entre objetos, imágenes o ideas que cuentan con un parecido que no es literal (Burns, 2003). En el contexto terapéutico se emplean metáforas (Moix, 2006; Mosterín, 2003) en un sentido amplio y genérico, como el traslado, transporte o vehículo de un significado para hacer más comprensiva una realidad y para redefinirla; además, resultan fáciles de recordar, reducen las resistencias, permiten analizar los problemas con mayor distancia y facilitan la toma de contacto con las emociones (Lyddon, Clay y Sparks, 2001; Otto, 2000). Desde un enfoque cognitivo, la metáfora tiene un gran valor en terapia (Beyebach, 1995) en base a los aspectos heurístico (servir como transporte para ampliar conocimientos), generativo (medio para enriquecer al tópico) y mnemónico (facilitando el recuerdo de la idea).

En consonancia con lo anteriormente expuesto, el presente trabajo tiene como objetivo documentar el valor y la eficacia terapéutica del lenguaje metafórico en las sugerencias hipnóticas para tratar el dolor articular en una paciente diagnosticada de artritis reumatoide. Aunque la intervención principal en este trabajo terapéutico fue la hipnosis, también se han incluido otros factores generales sobre los que se interviene en el marco de los tratamientos psicossociales de manejo del dolor (Jensen, 2011).

IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

Ana (nombre ficticio) es una mujer casada de 35 años sin hijos, de nivel formativo universitario y de clase media que desempeña un trabajo relacionado con las ventas. Su principal afición, hasta que apareció la enfermedad, con-

sistía en dar paseos por el campo y la montaña; además, disfrutaba junto con su marido viajando en moto y de la compañía de amigos. Su marido la describe como una persona servicial, entregada a las demás personas y a veces excesivamente buena. Ella a sí misma se percibe como una persona sensible y alegre, con una vida normal hasta que se manifestó su enfermedad.

La paciente acude a consulta por propia iniciativa, donde es atendida por uno de los especialistas en psicología clínica del centro. Se queja de padecer un dolor constante que le afecta anímicamente, que le incapacita en diversos ámbitos de su vida y le lleva a sentirse cada vez más dependiente. El dolor es especialmente intenso en las articulaciones de las manos y de los pies, dificultándole la elevación de los brazos por encima del pecho. Es más consciente del dolor por las mañanas y por las noches cuando se sienta a descansar; a medida que transcurre el día, y coincidiendo con una mayor actividad, se encuentra mejor.

En el momento que acude a la consulta sigue un tratamiento prescrito por su reumatólogo consistente en un fármaco perteneciente al grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). La dosis prescrita en ese momento es de dos comprimidos al día, siendo tratada con corticoides en los momentos de mayor severidad. Asume que precisa el tratamiento para combatir la sintomatología de la enfermedad, aunque desearía no tener que depender tanto de la medicación cada vez que se presenten los períodos de exacerbación.

Tres años antes del diagnóstico de AR le aparecen dolores en las muñecas y en los dedos que los médicos identifican como tendinitis; el dolor es persistente y se extiende cada vez más. En esa misma época, su madre presenta unos síntomas similares y le diagnostican AR. A raíz de dicha situación empieza a sentirse mal anímicamente, con pensamientos de discapacidad e inferioridad al no conseguir realizar las mismas actividades de antes, ni poder cuidar de su madre como hubiese deseado. Su humor cambia, se enfada a menudo consigo misma y, a consecuencia del dolor, sus movimientos se vuelven un tanto artificiales. La afectación es tan importante que se retrae socialmente y deja de llevar a cabo sus actividades de ocio. Al cabo

de un año del diagnóstico de su madre, a ella también le confirman el mismo diagnóstico de AR. Ante esta noticia responde con una mezcla de alivio —ahora sabe lo que le ocurre— y preocupación —la enfermedad es crónica y el dolor siempre va a estar ahí, por lo que puede averiguar—. En el momento de la consulta se encuentra en una situación de baja laboral.

Para la paciente el principal síntoma es el dolor, hasta el punto que requiere atención médica de forma casi continuada. Además, es el principal causante de su malestar clínico, de la baja laboral y de su aislamiento social, por lo cual su demanda inicial se centra en aprender a manejar el dolor sin tener que recurrir constantemente a fármacos.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN

Instrumentos

Se le aplicó a la paciente la escala de ansiedad estado del *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI/E). El STAI es un inventario que permite medir tanto la ansiedad estado como la ansiedad rasgo. El inventario consta de 40 ítems distribuidos en dos subescalas independientes; 20 miden la ansiedad rasgo y 20 miden la ansiedad estado. Resumiendo, la ansiedad como estado refleja la ansiedad «aquí y ahora» y como rasgo se refiere a una «predisposición» a la ansiedad. Los índices de fiabilidad y validez de la prueba original son buenos, así como los de la adaptación al español a partir de los trabajos de Bermúdez (1978a; 1978b) y su versión comercial realizada por la sección de estudios de TEA Ediciones (Spielberger et al., 1982). El STAI y el STAI/E han sido también empleados en personas con enfermedades reumáticas (véase, p.ej., Reid, Lang y McGrath, 1997; von Weiss et al., 2002).

La evaluación de la depresión se llevó a cabo mediante el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) (adaptación española de Conde, Esteban y Useros, 1976). Esta versión supone la adaptación española del cuestionario original de 1961, cuyas propiedades psicométricas han sido adecuadamente establecidas (Beck, Steer y Carbin, 1988). Esta

adaptación consta de 19 ítems, cada uno de los cuales se puntúa en una escala de 0-3 puntos, siendo así el rango de puntuaciones posible 0-57. La interpretación de la puntuación obtenida se efectúa según las siguientes categorías: a) puntuación 0-9: no depresión; b) puntuación 10-15: depresión media; c) puntuación 16-23: depresión moderada; d) puntuación 24-57: depresión severa. El BDI también ha sido empleado en pacientes con enfermedades reumáticas (Reid et al., 1997).

La sugestionabilidad hipnótica y la imaginación creativa fue evaluada por medio de la *Barber Suggestibility Scale* (BSS), instrumento elaborado por Barber y Wilson (1978). González (1978) publicó una adaptación en castellano de la misma escala que consta de ocho pruebas: levitación del brazo, descenso de manos, bloqueo de manos, inmovilidad corporal, inhibición verbal, amnesia colectiva, sugestión de sed y respuesta posthipnótica simple. Cada uno de los ítems de la escala pueden valorarse de dos maneras, o bien mediante la observación del profesional que otorga una puntuación de 0 o 1 según responda negativa o positivamente a la sugestión hipnótica, por tanto, la puntuación máxima para toda la escala es de 8. Por otro lado, el propio sujeto también puede evaluar mediante un autoinforme el grado en que ha sido influido por las sugerencias (otorgando de 0 a 3 puntos para cada uno de los ítems).

Con la finalidad de medir la intensidad diaria del dolor articular se elaboró un *Autorregistro del Dolor Diario* sencillo de cumplimentar. Para facilitar la adherencia al empleo del autorregistro la paciente únicamente llevaba a cabo el registro antes de acostarse, ofreciendo una valoración global y promedio de su dolor a lo largo del día, teniendo en consideración unos valores que oscilaban entre 1 («dolor muy leve») y 10 («dolor sumamente intenso, insoportable»). De este modo conseguimos que el registro fuese exhaustivo y consecutivo durante todo el proceso terapéutico.

De forma complementaria al registro diario del dolor articular, se utilizó en cada sesión una *Escala de Intensidad del Dolor* de 11 grados de intensidad, donde 0 significa «ningún dolor» y 10 significa «dolor sumamente intenso, insoportable».

Procedimiento

Tras consentimiento informado, se grabaron todas las sesiones en vídeo desde una sala de supervisión separada de la sala de terapia por un espejo unidireccional.

En la primera entrevista se recabaron los datos de la historia clínica con el objeto de conocer la situación personal de la paciente y, además, se aplicó el STAI/E y el BDI para tener una medida inicial de los niveles de ansiedad y depresión (tomándose también medidas postratamiento así como del primer seguimiento). Por otro lado, para valorar la sugestionabilidad hipnótica se utilizó la BSS, siendo el propio clínico el responsable de valorar los cinco ítems que se le administraron (levitación, descenso de manos, inmovilidad corporal, bloqueo de manos y amnesia selectiva), obteniendo la paciente una puntuación de 5 puntos y que supone una buena señal de sugestionabilidad.

Finalmente, se dedica parte de esta entrevista a la recogida de información sobre el dolor articular, con la finalidad de averiguar de qué clase de dolor se trataba (agudo ó crónico), cómo lo vivenciaba emocionalmente la paciente (por ejemplo, ¿está asustada, furiosa y/o aburrida del dolor?), desde cuándo lo venía padeciendo, cuál era la frecuencia (continuo, intermitente, cada breve instante, varias veces al día o, por el contrario, una vez al día, etc.), cómo lo definía (atribuyéndole cualidades físicas de forma, color, textura, sonido, olor, etc.), qué implicaciones tenía en la vida de la paciente el cese ó disminución de ese dolor. Cuando se pregunta por las cualidades del dolor responde que es «muy desagradable, sordo, como una melodía de fondo, molesto, constante, que se torna agudo y punzante cuando realiza determinados movimientos». También se valoran ciertos parámetros cuantitativos como la frecuencia, duración e intensidad, apreciándose que el dolor está presente de forma casi permanente, afectando de manera importante la calidad de vida. Respecto a la intensidad, cuando se le pide en la propia sesión que sitúe el dolor en una escala de 0 a 10 lo puntúa con un 6; en posteriores sesiones, se solicitaron también dos valoraciones de la intensidad del dolor, al inicio de la sesión de hipnosis y al finalizar la misma,

obteniendo una medida pre- y post-sesión. Concluida la entrevista de evaluación inicial, comenzamos con las sesiones de tratamiento psicológico.

FORMULACIÓN CLÍNICA DEL CASO

Los datos obtenidos en la evaluación nos permitieron realizar el diagnóstico, según criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), de (F45.4) *Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica de carácter crónico [307.89]* y de (F43.22) *Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]* en el Eje I, así como (M.25.5) *Dolor de Articulaciones [719.4]* en el Eje III. Finalmente, en el Eje IV se incluyen los problemas a nivel laboral y social, porque se encuentra en situación de incapacidad laboral transitoria y porque ha perdido en gran medida el contacto con amigos, dejando de hacer todo aquello que le hacía sentirse bien. En cuanto al diagnóstico diferencial, no cumple los criterios para un trastorno del estado de ánimo (depresión mayor o distimia) ni tampoco para un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica.

El dolor se muestra como el principal síntoma de su enfermedad física crónica, cuya intensidad y frecuencia supone un evento vital estresante que produce un sesgo atencional y hace que la paciente dirija su atención hacia su malestar y se retraiga cada vez más de su vida laboral, de las actividades de ocio y de sus amistades, siendo el dolor y malestar el centro de su vida. Esta situación, junto con una pobre respuesta adaptativa al estrés suscitado por el padecimiento del dolor crónico derivado de la enfermedad médica, le lleva a sentirse cada vez más incapacitada y, en consecuencia, aparecen sentimientos de depresión y ansiedad.

Nuestra hipótesis de partida nos hace suponer que en la medida que la paciente sea capaz de prestar menos atención a su dolor o percibirlo como menos aversivo y sepa cómo afrontarlo mejor, podrá estar en mejores condiciones para centrarse en otros muchos aspectos de su vida que le ayudan a sentirse bien, como retomar sus actividades de ocio, salir con su marido,

quedar con los amigos, regresar al trabajo, etc. Es de esperar que ante esta nueva situación, llegue a sentirse menos incapacitada y su estado de ánimo mejorará y los niveles de ansiedad disminuirán.

TRATAMIENTO

El tratamiento se desarrolla a lo largo de siete sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una y espaciadas semanalmente. El seguimiento se realizó a los dos y ocho meses después de la última sesión de tratamiento.

A lo largo de la intervención psicológica nos valemus de un procedimiento hipnótico, basado en buena medida en la utilización de un lenguaje rico en metáforas para potenciar el efecto de la analgesia y ayudarle a manejar su dolor. En la Tabla 1 pueden apreciarse las intervenciones realizadas a lo largo de cada sesión y los objetivos específicos. A continuación profundizamos en el trabajo que se realizó en las distintas sesiones.

Primera sesión de tratamiento

Al preguntarle por las consecuencias de la disminución del dolor, la paciente señaló que preveía moverse mejor y poder hacer más actividades como ir en bicicleta, hacer senderismo, volver a viajar en moto con su marido y realizar ciertas tareas domésticas sin sentirse una inválida. Cuando nos interesamos por las consecuencias de la disminución o supresión del dolor, deseamos saber en qué actividades se embarcarán los pacientes y que éstas no supondrán un riesgo para su salud. Desde un enfoque holista debemos advertirles a los pacientes que el dolor es un recordatorio que una parte de su cuerpo necesita atenciones especiales y cuidados, y el hecho de que no les duela tanto no significa que su enfermedad no siga ahí y, por lo tanto, no deban seguir cuidándose.

Seguidamente ofrecimos una explicación adaptada acerca de la naturaleza y utilidad de la hipnosis, cuidando mucho el modo de presentarla. En primer lugar, se desmitificaron todas sus creencias erróneas acerca de la hipnosis,

y que suelen ser las más comunes. Creencias tales como la pérdida de control, anulación de la voluntad, amnesia general o peligro de manifestar una psicopatología latente (Capafons, 1998). Luego explicamos que, aunque suele ser diferente para cada persona, la hipnosis básicamente es un estado de atención muy concentrada, donde ésta se dirige hacia uno mismo, se reduce la atención periférica, se suspende voluntariamente la capacidad analítico-lógica y puede haber una baja o alta activación psicofisiológica que conlleva cambios en la conducta, en el estado de ánimo ó en la percepción y sensación (Wickramasekera, 1989).

A partir de dicha explicación, se realizó la primera toma de contacto con el procedimiento. Se empleó una *inducción mediante relajación* porque es un método vivenciado como agradable por la mayoría de las personas. Se dieron sugerencias de calma y tranquilidad. La siguiente transcripción de una parte de la sesión lo ejemplifica adecuadamente:

«Cierra los ojos y comienza a respirar lenta y profundamente... sin otro propósito más que vivenciar la experiencia... Y puedes ser consciente de la monotonía de mi voz... la temperatura de la habitación... algunos sonidos que provienen del exterior... como la lluvia que cae y las gotas que repiquetean en la ventana... y esto podría proporcionarte una sensación de cansancio, incluso de paz... Porque mientras yo te hablo tu respiración cambió, tu ritmo cardíaco cambió... Y los músculos empiezan a relajarse... cada vez más... de manera muy natural y agradable... Y es innecesario que tú hagas nada, todo sucederá por sí solo... y sin esfuerzo... Y poco a poco puedes comenzar a sentir una sensación de sosiego, de cansancio que podría llevarte a una cierta modorra... Un gran bienestar... mientras tienes los párpados cerrados y la respiración cada vez es más profunda y lenta... Y esta sensación de calma y relax te conduce a una experiencia de sosiego y tranquilidad que te va a llevar a un estado de paz... que se extiende por todo el cuerpo y se siente de manera muy agradable».

Estas sugerencias se fueron repitiendo a lo largo de todo el discurso, enfatizando los aspectos referentes a las sensaciones de tranquilidad y relajación. Una vez que se había relajado

Tabla 1. Objetivos y pasos seguidos en cada una de las sesiones de tratamiento

<i>Sesiones</i>	<i>Intervención</i>	<i>Objetivos</i>
1	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación e información sobre la hipnosis. • Pruebas de sugestionabilidad. • Inducción hipnótica por el método de relajación. • Evaluación del dolor pre y posthipnótica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desmitificar creencias erróneas sobre hipnosis. • Informar sobre la naturaleza del procedimiento. • Valorar la sugestionabilidad y accesibilidad hipnótica. • Tomar contacto con la hipnosis.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción hipnótica. • Entrenamiento en introducción y salida de la hipnosis. • Explicación adaptada sobre la fisiología de la percepción del dolor. • Redefinición y connotación positiva de una situación espontánea de angustia. • Evaluación del dolor pre y posthipnótica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el acercamiento a la hipnosis para desarrollar un sentimiento de competencia. • Fomentar la analgesia hipnótica. • «Sembrar» ideas para utilizar las metáforas. • Consolidar la hipnosis como herramienta terapéutica potente y eficaz.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción hipnótica. • Trabajo con imágenes mentales sobre viajar y encontrarse en medio de la naturaleza. • Metáforas sobre cómo disminuir el caudal de un río. • Evaluación del dolor pre y posthipnótica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar sentimientos de relajación y bienestar. • Fomentar analgesia hipnótica.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento sobre las mejorías. • Inducción hipnótica. • Trabajo con metáforas que evocan la sabiduría de la naturaleza y los ciclos vitales. • Evaluación del dolor pre y posthipnótica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chequear la eficacia del procedimiento. • Fortalecer sentimientos de bienestar. • Potenciar la analgesia hipnótica. • Favorecer la confianza en los propios recursos.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Comentarios sobre la progresión del tratamiento. • Inducción hipnótica. • Trabajo con metáforas que invitan a bañarse en un agua con propiedades curativas. • Evaluación del dolor pre y posthipnótica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar consignas hipnóticas anteriores. • Reforzar los sentimientos de tranquilidad y bienestar, así como analgesia.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Comentarios sobre mejorías y logros. • Aplicación de pruebas (BDI, STAI). • Sugestiones hipnóticas acerca de autohipnotizarse en el futuro cuando sea apropiado. • Evaluación del dolor pre y posthipnótica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Chequear los logros alcanzados y valorar la eficacia del tratamiento aplicado. • Evaluar el estado emocional. • Adiestrar en autohipnosis.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción hipnótica. • Trabajo con las metáforas anteriores. • Reestructuración cognitiva mediante diálogo socrático sobre determinados acontecimientos de su vida. • Sugestiones hipnóticas acerca de autohipnotizarse. • Comentarios sobre la utilidad de la terapia. • Evaluación del dolor pre y posthipnótica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar y consolidar el trabajo anterior. • Proveer una visión más amplia y positiva sobre hechos pasados de su vida. • Reforzar la autohipnosis. • Valorar objetivos alcanzados. • Fijar sesión de seguimiento.

(respiración más profunda, laxitud muscular e inmovilidad general) expusimos la idea de viajar mentalmente a un lugar que le resultase muy placentero, y se le hizo entender que seguramente escogería alguno relacionado con un paraje natural (las salidas al campo y a la playa eran uno de sus intereses). Por tanto, expusimos la posibilidad de viajar a la playa o a la monta-

ña, y ella sabría lo que mejor le convenía. A continuación se realizó una descripción de cada uno de los escenarios. Si decidía viajar a una playa sentiría la arena bajo la planta de sus pies; en un día soleado, también percibiría una agradable calidez que bañaría todo su cuerpo y un frescor muy agradable al meter los pies en el agua. Sin duda también se le indicó que escu-

charía el sonido lejano emitido por las gaviotas así como algunas voces familiares. En cualquier momento podía sentarse a descansar y contemplar el mar en calma o apreciar a las olas llegando suave y rítmicamente a la orilla. También se hizo una descripción similar en el caso de que decidiese darse un paseo por el campo. Durante todo el discurso se emplearon diferentes modalidades sensoriales (visual, auditiva y kinestésica) con la finalidad de distraerla del dolor y, al mismo tiempo, para que pudiese encontrar parcelas de sí misma en las que las sensaciones fuesen agradables, de modo que pudiese retenerlas y expandirlas. Este tipo de sugerencias, que se repitieron a lo largo de todo el procedimiento de intervención, fueron no-analgésicas propiamente hablando. Existe evidencia que pone de manifiesto que en algunos pacientes las sugerencias hipnóticas no-analgésicas pueden ser incluso más importantes para el beneficio de los pacientes que aquellas dirigidas al alivio del dolor, y se sugiere la hipótesis de que la inclusión de ambos tipos de sugerencias (analgésicas y no-analgésicas) pueden incrementar los beneficios alcanzados con la hipnosis para el tratamiento del dolor crónico (Dillworth y Jensen, 2010).

Una vez concluida la intervención hipnótica se indagó acerca de sus sentimientos, respondiendo que se encontraba muy relajada aunque al principio había tenido dificultades para concentrarse y llegó a temer que no sería capaz de conseguirlo, aunque finalmente fue capaz de centrarse, relajarse y dejarse llevar. Se mostró sorprendida de haber conseguido el nivel de relajación alcanzado —de «placidez total» como ella lo definió—. Asimismo, describió la experiencia de viajar mentalmente al campo (ya que se decantó por este escenario) como más real que simplemente imaginárselo.

Empezó a dolerle una mano al inicio de la sesión; sin embargo, al decirse a sí misma «relájate» consiguió olvidarse prácticamente del dolor. Este aspecto es interesante porque la relajación sólo tiene efecto sobre el dolor cuando éste proviene de un dolor muscular producido por la tensión (Barber, 1995), de modo que la reducción de éste no podía ser explicado por la relajación pues el dolor percibido en la AR no es de origen muscular. Tomamos ese último

comentario como un indicativo de buen pronóstico, pues su disposición era positiva y su respuesta a las sugerencias muy favorable. Al finalizar la sesión, en la escala de 0 a 10, señaló que su dolor estaba en un 3,5.

Segunda y tercera sesión de tratamiento

A lo largo de la sesión se procedió a la aplicación de una intervención que se ajustase a su forma de ver la enfermedad. La paciente sabía que la AR es una patología crónica y que el dolor seguiría estando ahí; no obstante, se le indicó que podía escoger sentirlo en menor medida o, incluso, no sentirlo.

Primeramente, se le explicó cómo se percibe el dolor, de manera sencilla y adaptada, sin pretender que fuese una explicación científica, sólo se buscaba para nuestros fines que la aceptase. Al no poseer muchos conocimientos en anatomía ni fisiología humana, se le dijo que unos receptores sensitivos se encargan de recibir la información dolorosa y de enviarla inmediatamente al cerebro; cuando llega esta información la persona se hace consciente del dolor. También se le dijo que dicha información viaja hacia el cerebro a través de un complejo e intrincado sistema de nervios que funcionan como un mapa de carreteras con vías que llegan de todos los lugares del cuerpo; diciéndole que, de ese complejo sistema, surgen rutas que pueden conducir el dolor por un canal paralelo que desemboca en un callejón sin salida, con lo cual la información no alcanza los centros superiores y, por lo tanto, no se percibe. Asimismo se le sugirió que podía conseguir manejar la percepción de la intensidad del dolor mediante una metáfora, en donde el dolor es canalizado al igual que sucede con el caudal de un río al que se le hace un canal paralelo: el río sigue su curso pero es posible controlar la intensidad de la corriente y el flujo del agua.

Después de la explicación, se procede con una inducción por relajación, invitándole a sentirse cómoda y asegurándole que ahora poseía cierta práctica y, por tanto, podía hacerlo mejor y abandonarse aún más profundamente para permitir a su mente hacer el trabajo. Una vez se han observado claras señales de relajación, se

le indujo a recrear un agradable paseo por el campo, para luego intervenir mediante la analogía del río:

«Y quizás quieres viajar mentalmente al campo, a ese bosque lleno de árboles... donde todo es placidez y sosiego... Y dar una vuelta para simplemente descansar... El sonido de los pájaros... de las hojas bajo los pies, tal vez alguna rama... hierba verde... Y caminando te adentras más... todo es armonía y conexión, de manera natural... el bosque y tú... y a medida que respiras te vas relajando cada vez más... (...) Y podemos contemplar el río como baja en toda su intensidad... y podemos hacer un pequeño surco en un lado y desviar parte de ese agua, dándole forma y desviándolo más lejos... Y podemos hacer otro surco en otro lado y desviar parte de esa intensidad... por una vía paralela. De ese mismo modo, los nervios sensitivos pueden desviar información... y la intensidad del dolor disminuirá. Puede que una primera impresión sea de dolor, pero atiende a todas las sensaciones paralelas... algunas de las cuales no son en absoluto nada desagradables... Cuanta más atención prestes más te darás cuenta de esas sensaciones paralelas... Y del mismo modo que no puedes mantener un solo pensamiento en tu cabeza para siempre, no podrás ser consciente de una sola sensación... y, eventualmente, tu experiencia cambiará... (...) Y quiero que comprendas algo más. El dolor volverá, pero tú puedes tomarte un tiempo para ti. Puedes dejar lo que estés haciendo en esos momentos... ponte cómoda... inspira profundamente y repite mentalmente la palabra 'relax'. Y puedes pensar en ese río... El dolor puede ir acumulándose como el agua en un embalse... luego podemos abrir unas compuertas y dejar que se vaya... Bajando en intensidad, desviando parte del caudal... Ahora simplemente descansa pensando en todo esto. Porque aunque ahora puede que todo te resulte muy complejo y confuso, tu mente comprenderá todo lo que hemos hablado».

El discurso, por supuesto más largo, se centró en la idea de conducir el flujo natural del dolor por vías paralelas, con la finalidad de incrementar la sensación de analgesia al prestar mayor atención a los otros estímulos que se le iban presentando durante la sesión. Al terminar, se le preguntó nuevamente en qué lugar de una escala entre 0 y 10 pondría su dolor en esos

momentos y, tras una pequeña pausa en la que parecía un tanto sorprendida, contestó: «ahora no tengo ningún dolor», dando una puntuación de 0. Destacó del discurso terapéutico la idea de canalizar el dolor y de llevarlo a un camino sin salida.

Sin embargo, en esta entrevista surgió una complicación inesperada que sacó a la paciente de la situación hipnótica, debido a un recuerdo repentino de su infancia. Al llevarse las manos a los ojos, se le preguntó si estaba llorando y respondió afirmativamente; razón por la que se le invitó a no contener sus lágrimas y llorar libremente. Una vez que parecía más aliviada emocionalmente, se le brindó la alternativa de continuar con el trabajo otro día, pero señaló que prefería continuar. Nuevamente, se indujo un estado hipnótico a través de la técnica de la confusión (Haley, 1987; Zeig, 1985).

TERAPEUTA: ¿Estás despierta?

PACIENTE: Sí, estoy completamente despierta.

TERAPEUTA: ¿Crees que estás despierta?

PACIENTE: Yo creo que sí.

TERAPEUTA: Bien... (Le coge la mano y se la deja suspendida en el aire). Y tu mano bajará no más deprisa de lo que tú entras en un estado más profundo del que te encuentras ahora (la mano comienza a bajar). Y baja... baja... baja... ¡Eso es! Si te resulta más cómodo puedes cerrar los ojos (los cierra)... ¡Eso es!... Creo que querrías contarme algo, pero no estoy seguro de que quieras contármelo ahora, y puedes guardártelo. Porque has estado mucho tiempo acumulando, cargando y cargando...

PACIENTE: Sí (Comienza a llorar).

TERAPEUTA: ¡Eso es!, puedes descargar... lo estás haciendo bien. Descarga a un punto que resulte satisfactorio para ti. Ahora puedes descansar mucho más. Todo tiene un sentido, aunque ahora no se lo encuentres. Porque tu mente te va a estar ayudando, colaborando, aunque a veces no entendemos del todo el significado.

Después de esta nueva descarga emocional, se retomó la idea de la comodidad y tranquilidad, de dejarse llevar y de viajar mentalmente a ese lugar donde siempre había encontrado sosiego y placidez, al campo o a la playa, y pasear muy tranquila y relajada, atendiendo a cada una de las sugerencias que se le iban dando.

Al finalizar, se le pidió una explicación acerca del incidente. Comentó que en estado de relajación le vino una imagen de su infancia en la que recordó a su abuela ya fallecida, y empezó a experimentar una gran sensación de tristeza y ganas de llorar. Desconocía la razón por la cual había venido esa imagen a su mente y se había encontrado triste. El terapeuta le recordó que todas las cosas tenían un sentido, y si se produjese una situación similar, era preferible reconducirlo hacia «fuera» aprovechando el aprendizaje de esta experiencia.

La paciente acudió a la tercera sesión con la noticia de que no había tenido dolor en toda la semana, salvo un día. Se encontraba encantada porque veía que la hipnosis estaba funcionando positivamente, ayudándole a encontrarse más relajada, manejar su dolor y enfermedad. En la sesión explicó que, en ocasiones, se veía como una mala persona y eso le hacía sentir odio y furia que le llevaba a centrarse en el lado negativo de las cosas; aunque reconocía también que se estaba sintiendo más calmada y, en base al trabajo con hipnosis, comenzó a mirar las cosas desde otra perspectiva.

En ésta sesión se indujo a la paciente a viajar mentalmente a tranquilos parajes naturales, sugestionándola para recordar nuevamente la imagen del río, así como desviar parte del dolor por una vía paralela que no lo conducía a lugar alguno. También se presentó la metáfora que perseguía establecer una analogía entre la acumulación del dolor y la acumulación del agua en un embalse para luego abrir unas compuertas y liberarla progresivamente.

Resulta muy útil en todo el proceso de hipnosis preguntar a los pacientes qué es lo que ayuda y lo qué interfiere con la consecución de los objetivos terapéuticos. En este caso, la paciente comentó que le ayudaba el sentir su respiración, la percibía como «ir quitando el nerviosismo», también le ayudaba la palabra «tranquila» y el poder viajar mentalmente a un paisaje de su elección.

De la cuarta a la séptima sesión de tratamiento

A partir de la cuarta sesión de tratamiento psicológico se consolidaron los aspectos más

importantes de sesiones anteriores (potenciar la relajación y la analgesia), si bien es cierto que se incorporaron nuevos objetivos terapéuticos: facilitar la confianza en los recursos personales, valorar la eficacia del procedimiento de intervención y adiestrar en autohipnosis de tal modo que luego pudiera generalizar fuera de consulta todo lo que había conseguido y aprendido.

Para ello nos seguimos valiendo de la hipnosis y del lenguaje metafórico. De esta manera, en la cuarta sesión terapéutica se recrearon imágenes mentales relacionadas con paisajes naturales que pretendían inducir en la paciente la idea de la sabiduría que se encuentra en los ciclos de la naturaleza (estaciones, paso del tiempo y de generaciones). El terapeuta guía a la cliente por un escenario de la naturaleza, un bosque, donde debía contemplar el paso de las estaciones. Posteriormente, también se recreó un escenario de playa, explicándole cómo se formó con el paso del tiempo, tras miles de años, y cómo cientos de generaciones en el pasado habían disfrutado de esas playas, y, sin duda, seguirían haciéndolo otras nuevas generaciones en el futuro. Se sugirió que los peces y aves migratorias encontrarían en esa playa año tras año su lugar de destino, guiados por un conocimiento interno sin nada más que hacer que dejarse llevar por lo que saben. Por otra parte, se aludió al crecimiento de los árboles, estación tras estación; concluyendo que todo tiene un orden y es agradable confiar en dicho orden, puesto que todo ha venido funcionando así y sin duda continuará funcionando de esa manera.

En la quinta entrevista se reforzando consignas hipnóticas anteriores y se fortaleciendo los sentimientos de bienestar y analgesia, mediante metáforas que sugieren a la paciente su inmersión en aguas medicinales y curativas, describiendo un estanque en medio de un bosque. Se le proporcionan minuciosos detalles acerca de las propiedades de esa agua, por ejemplo: «Renovadora, restauradora del organismo... El agua que limpia el cuerpo y lo purifica... Con un fluido lubricante que se introduce entre los huesos y los cartílagos,...». De hecho, una de las palabras que la paciente continuó repitiéndose más adelante a sí misma cuando se daba las autosugestiones, era la palabra «purificar».

En la sexta sesión además de chequear los logros alcanzados, de evaluar el estado emocional y reforzar todo lo anterior, también se le proporcionaron sugerencias hipnóticas acerca de autohipnotizarse en el futuro. En la última sesión terapéutica, la séptima, debido a los sentimientos de culpa que todavía albergaba por no haber podido ayudar a su madre en los momentos que más la necesitaba, se procedió a realizar una reestructuración cognitiva. De este modo, se le ayudó a entender que era probable que la culpa todavía estuviese repercutiendo en su estado de ánimo y, por esa razón, a través del diálogo socrático se le hizo valorar si habría podido ayudar más a su madre de lo que lo hizo, poniendo el acento sobre la premisa que difícilmente podría haber hecho más por ella en aquel momento, puesto que ella misma también estaba luchando con su propia enfermedad sin tener un diagnóstico claro ni conocimiento de lo que realmente le sucedía. Igualmente se le ayudó a entender que, probablemente, incluso hubiese dado más de lo que era aconsejable dadas las circunstancias. En todo caso, lo que realmente importaba era lo que podía hacer en el momento presente por ella y por su madre. Luego se trabajó con sugerencias hipnóticas para autohipnotizarse y cuando se tuvo la seguridad que manejaba la situación autoinduciéndose en la experiencia hipnótica y era capaz de elaborar su propio discurso y que las analogías funcionaban, se procedió a darle el alta.

Seguimiento

La primera cita de seguimiento se realizó a los dos meses de la última sesión de tratamiento. Se contactó con la paciente telefónicamente para recordarle 10 días antes la cita, y se aprovechó para solicitar que durante la semana previa a la cita registrase la intensidad del dolor articular. En la entrevista de seguimiento no se realizó ningún procedimiento terapéutico, únicamente nos centramos en sus logros y en los objetivos terapéuticos que se mantenían. Fue importante para la paciente, después de tanto tiempo de baja laboral regresar al puesto de trabajo donde algunos de sus compañeros más allegados y que conocían el diagnóstico de su

enfermedad, la encontraron de mejor de salud y humor. Además, se aprovechó la entrevista para aplicar nuevamente las pruebas psicológicas (BDI y STAI/E).

Seis meses más tarde se estableció nuevo seguimiento telefónicamente, informando a la paciente que los resultados obtenidos a lo largo de todo el proceso terapéutico se mantenían y se habían generalizado a otras áreas de su vida.

RESULTADOS

En el transcurso del tratamiento la paciente comenzó a estar más activa. Se animó a pasear en bicicleta, acudió a las concentraciones de motos con su marido, fue de vacaciones, regresó a su puesto de trabajo y, además, encontró fuerzas para ocuparse de su madre cuando estaba en una etapa de exacerbación de la sintomatología de AR. Aunque algunos días notaba dolor, sobre todo en los cambios de tiempo, éste era de menor intensidad y conseguía manejarlo distrayéndose y relajándose. A diferencia de lo que sucedía anteriormente, por las mañanas se encontraba mejor al levantarse; las manos estaban agarrotadas pero ya no tenía la misma sensación de rigidez de antes. Además, había conseguido no darle tanta importancia a ese malestar y se había adaptado mejor a la patología reumática.

La inspección visual de la evolución de la intensidad del dolor, tanto de la medida obtenida diariamente a través del autorregistro y mediante la medida pre- y post-sesión, permite observar la importante caída a lo largo de todo el proceso terapéutico (ver Figuras 1 y 2).

Adicionalmente, al finalizar el tratamiento, también disminuyeron de manera clínicamente significativa los niveles de ansiedad y depresión. Las puntuaciones obtenidas en la fase *pretratamiento* reflejaban una depresión moderada (puntuación directa en el BDI de 19) y un nivel elevado de ansiedad estado (puntuación centil en el STAI/E de 75). A medida que se fue aplicando el tratamiento hipnótico las puntuaciones del estado de ánimo bajaron de forma muy importante al finalizar el *tratamiento* (puntuación directa de 7 en el BDI) y todavía siguie-

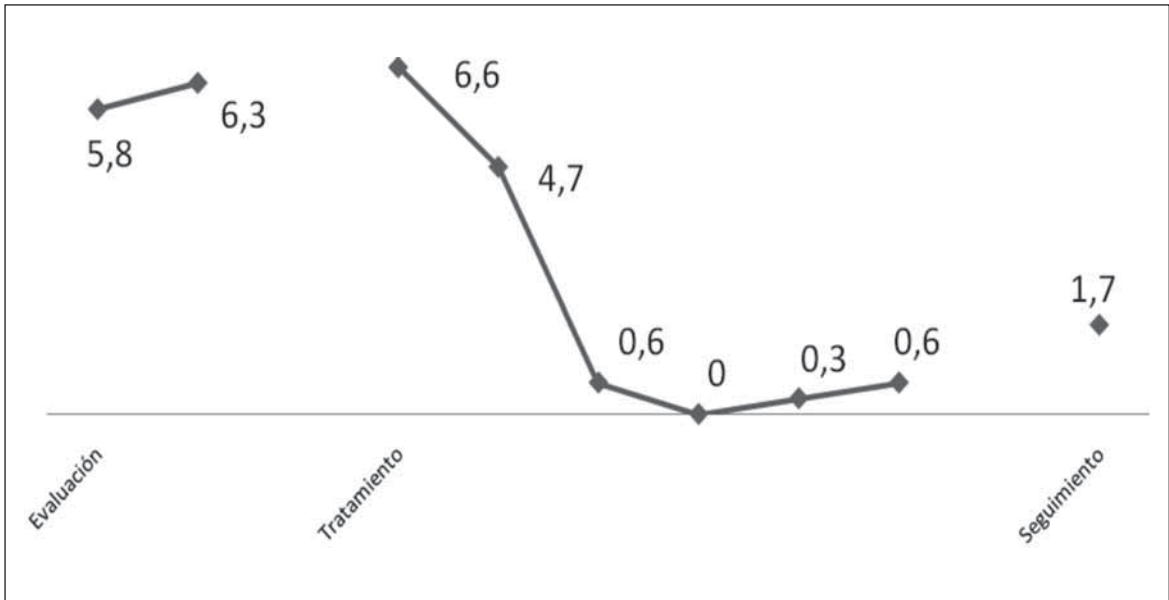


Figura 1. Evolución de la intensidad del dolor, medida mediante registros diarios y promediada semanalmente, a lo largo de las diferentes fases del proceso terapéutico. Puntuaciones directas que oscilan entre 1 («dolor muy leve») y 10 («dolor sumamente intenso, insoportable»).

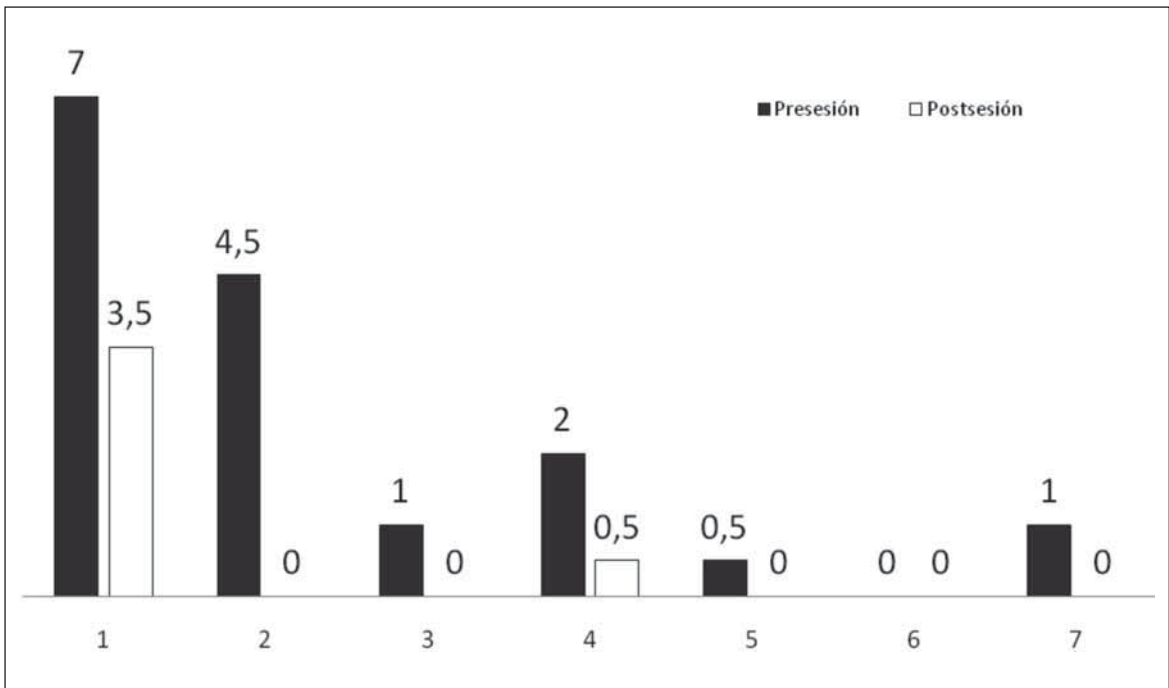


Figura 2. Evolución de la intensidad del dolor, medido con la *Escala de Intensidad del Dolor*, a lo largo de las diferentes sesiones antes y después de hipnotizar a la cliente. Puntuaciones directas que oscilan entre 0 y 10, donde 0 significa «ningún dolor y 10 «dolor sumamente intenso, insoportable».

ron bajando más en la fase de *seguimiento* (puntuación directa de 4). Otro tanto puede decirse de la ansiedad (percentil en el STAI/E de 23 al finalizar el tratamiento), si bien es cierto que las puntuaciones se incrementaron ligeramente en la fase de seguimiento (puntuación percentil de 30), pero dicho incremento no era clínicamente significativo y entraba dentro de una tendencia de evolución favorable.

Por tanto, la disminución en dolor permitió la realización de actividades que había abandonado y la mejoría paralela en el estado de ánimo. Aunque nuestro objetivo terapéutico se centraba principalmente en el manejo del dolor articular (demanda de la paciente), la emocionalidad negativa, derivada de las consecuencias y limitaciones que ocasionaba el dolor, también se vio claramente modificada.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Existen objeciones acerca de la eficacia de la hipnosis, aunque una parte de dichas objeciones derivan de las discrepancias encontradas entre los informes de carácter clínico y experimental, ya que los pacientes que acuden a un contexto clínico difieren en motivación a los participantes voluntarios en un experimento (González y Miguel, 1994). Podríamos decir que en un contexto clínico los pacientes suelen venir si no altamente motivados cuando menos razonablemente más motivados que los participantes de los estudios experimentales de laboratorio. Por lo demás, la hipnosis es un procedimiento bien establecido y su eficacia está empíricamente bien demostrada en el tratamiento del dolor, tanto para los casos de dolor crónico como agudo (véase, por ejemplo, Hammond, 2007; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000; Montgomery, DuHamel y Reed, 2000). La investigación también apunta a la correlación positiva entre altas puntuaciones en pruebas estandarizadas de hipnotizabilidad y el grado de reducción del dolor a través de las sugerencias hipnóticas de analgesia. Es decir, las personas «altas» en hipnotizabilidad son las que más se pueden beneficiar de este tratamiento (como en el caso que aquí presentamos), mientras que las «bajas» en hipnotiza-

bilidad sólo se beneficiarían del componente asociado a la relajación que les llevaría a reducir la incomodidad que acompaña al dolor (Crawford, Knebel, Vendemia, Horton y Lamas, 1999).

En el caso expuesto en este estudio, atendimos a una paciente con dolor crónico provocado por una AR, enfermedad reumática que cursa con dolor debido a la inflamación de las articulaciones. El procedimiento utilizado fue la *analgesia hipnótica* mediante el empleo de metáforas e imágenes mentales en el contexto de un clima de seguridad y confianza donde se sintiese relajada. El objetivo consistía en liberarla del dolor o cuando menos reducirlo a un punto que le resultase tolerable y le permitiese tener mayor calidad de vida. El hecho de ir alcanzando los objetivos terapéuticos la embarcó en una serie de actividades que había abandonado y, adicionalmente, su estado emocional general también mejoró aunque no se hizo ningún tratamiento específico. Probablemente los niveles de ansiedad disminuyeron debido a la importante cantidad de sugerencias orientadas a la relajación, mientras que la mejora en depresión vino de la mano de la comprobación que podía volver a realizar muchas de las actividades que había abandonado y disfrutar de las mismas, sin centrarse en dolor. Estos resultados concuerdan con la evidencia empírica existente al respecto y que permite concluir que la hipnosis es un procedimiento terapéutico de alta eficacia en los trastornos de ansiedad y probablemente eficaz —como coadyuvante— en la depresión (Alladin y Alibhai, 2007; Schoemberger, 2000; Van Dyck y Spinhoven, 1997). En la misma línea, los resultados también concuerdan con los de Jensen y su equipo (Jensen et al., 2006) quien concluye que la hipnosis no sólo es un tratamiento de utilidad en pacientes con dolor crónico sino que ha demostrado eficacia en la reducción de la emocionalidad negativa. Esto puede explicarse por la atención que se prestó a factores contextuales, cognitivos y conductuales así como a la habilidad para influir sobre el estado de la mente. Es esperable que cuando se trabajan conjuntamente dichos factores los pacientes obtengan más beneficios, ya que interrelacionan entre sí constantemente. Y así, encontramos que factores medioambienta-

les pueden influir sobre el *estado de la mente* (asociado a una mayor responsividad a las sugerencias, sentimiento de relajación física y emocional, y un incremento en la tolerancia del dolor y sufrimiento), el contenido cognitivo y la conducta. Además, ciertos estados de la mente, particularmente los que tienen que ver con el control ejecutivo y disociación pueden ocasionar una emocionalidad positiva y aumentar la eficacia de los factores psicosociales contribuyendo a una mejora del tratamiento (Jensen, 2011).

Tal como hemos señalado en otro lugar, la intervención utilizada consistió principalmente en la analgesia hipnótica a través del empleo de metáforas. Por ejemplo, la analogía de la desviación del curso de un río mediante la construcción de un canal paralelo. Se transmitió a la paciente la idea que podemos desviar parte del dolor percibido por rutas sensoriales paralelas al punto de desembocar en una vía sin salida y, por lo tanto, no llegar a ser percibido por el cerebro. Es decir, se utilizaron metáforas que tenían como objetivo reducir o eliminar la percepción del dolor por medio de la distracción, redefinición y disociación. Lo interesante de la hipnosis es que si las sugerencias son aceptadas por el paciente, bien porque no tiene conocimientos sobre fisiología y el correlato le parece auténtico, o bien porque entiende la inexactitud de la metáfora y, no obstante, la encuentra interesante, efectivamente se favorecen los cambios en la percepción del dolor.

Hasta cierto punto, quizá sean los procesos de imaginación y las expectativas, en la vertiente de la *teoría de expectativa de respuesta* (Kirsch, 1985 y 1989), las variables indisociables que determinan conjuntamente la creación de una realidad subjetiva, con sus correlatos fisiológicos y conductuales (Jara y Martínez, 1999), que favorece la analgesia. En realidad, esto no es tan inusual porque la mayoría hemos tenido la experiencia de un fuerte dolor de cabeza que se desvanece escuchando una buena historia o viendo una película interesante; la hipnosis permite acceder a esa capacidad de forma voluntaria. Además, la analgesia hipnótica es un proceso inhibitorio activo que implica a varios sistemas cerebrales nociceptivos, atencionales e inhibitorios, relacionado con

procesos de atención-desatención asociados a la región frontal anterior del cerebro y sistemas corticales posteriores (Crawford et al., 1999; Gruzelier, 1999). Aunque existen variedad de teorías explicativas acerca de los mecanismos subyacentes del funcionamiento de la hipnosis (aunque ninguna concluyente), la hipnosis es un procedimiento terapéutico valioso en una variedad de trastornos tanto psicológicos como médicos. La mayoría de esas teorías hacen referencia a la eficacia de la hipnosis en virtud de los efectos psicológicos que se le presumen (ya sea mediante el desempeño de un rol, una expectativa de respuesta, las fantasías dirigidas a un objetivo o un *set* de respuestas automáticas). Por su parte, Irving Kirsch concibe a la hipnosis como un placebo (Kirsch, 1978), mientras que Shapiro va más allá al señalar que la hipnosis es un placebo que funciona debido a un efecto «inespecífico», ya sea porque el mecanismo que produce el efecto es inespecífico o porque el efecto en sí mismo es inespecífico (Shapiro, 1960, 1971); aunque en hipnosis esta no especificidad se circunscribe al mecanismo de funcionamiento puesto que las diferentes intervenciones hipnóticas producen diferentes resultados terapéuticos. De esta manera, parece que una sugestión específica destinada a producir una analgesia produce una analgesia, una sugestión orientada a la relajación produce relajación y no un estado de excitación y cuando se trata de provocar una amnesia terapéutica es posible que no se recuerden partes de la sesión; por tanto, sus efectos son muy específicos.

Sin embargo, en nuestro caso hemos conseguido beneficiarnos de algunas contrariedades que han surgido a lo largo de la terapia hipnótica, como es el incidente acaecido en la segunda sesión, donde la cliente evocó de manera muy vívida determinados eventos de su pasado. No sabemos hasta qué punto la maniobra realizada por el terapeuta en esa situación inesperada haya podido influir en los resultados. Quizás, pudo servir para que confiase en la hipnosis como una herramienta realmente potente y eficaz, al facilitarle una fuerte descarga emocional. Sea como fuere, procurábamos ser específicos en el tratamiento (reducir o eliminar el dolor articular) y este acontecimiento nos apartó del guión. La paciente trajo ciertos recuerdos sobre

su abuela a la memoria, sintió deseos de llorar y se le dio permiso para hacerlo. Luego el tratamiento resultó más fácil y cómodo, se dejó guiar por el patrón establecido con el resultado de una ganancia terapéutica. En todo momento, se le dio competencia a la paciente aduciendo que sería su mente la que le enseñaría mejor cómo hacer un buen trabajo. También connotamos positivamente el hecho de sentir deseos de llorar, para reafirmarla y evitarle cualquier tipo de experiencia aversiva o desagradable con la hipnosis.

Se trata, en definitiva, de encontrar un tratamiento «a medida», flexibilizando la participación del terapeuta en función de las necesidades de los pacientes, de acuerdo con el ideal de especificidad terapéutica de Paul (1967, citado por Toksoz y Karasu, 1986) quien nos recuerda «qué tratamiento, aplicado por quién, es más efectivo para un individuo en particular con un problema específico, y bajo qué conjunto de circunstancias» (p. 688). En la misma línea, Lazarus aconseja que «es importante para el terapeuta modificar su participación en el proceso terapéutico con el fin de ofrecer la forma más apropiada de tratamiento para el cliente en contraposición a la situación donde el terapeuta encaja a la persona en el tratamiento» (Lazarus, 1993, p. 405). El terapeuta se adopto y la motivación de nuestra paciente para el tratamiento se mantuvo elevada y con buena respuesta a las sugerencias. Una vez aprendida la técnica pudo continuar ella misma; de hecho, en el seguimiento se comprobó que las mejoras se mantenían. Desafortunadamente no fue posible localizarla para realizar el seguimiento un año después de haber finalizado el tratamiento.

Consideramos que un punto fuerte de nuestro estudio es el registro exhaustivo que se hace del dolor, tanto en cada una de las sesiones de la terapia como en el hogar. Además, consideramos que la aportación de transcripciones literales —gracias a la grabación en vídeo de cada una de las sesiones— enriquece e ilustra de forma minuciosa el quehacer del clínico a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Finalmente, nos gustaría señalar que futuros trabajos debieran diseñar una investigación experimental que permita, por un lado, superar las carencias de este estudio de caso y confirmar

nuestros resultados, comparando la utilidad del tipo de metáforas que aquí se han empleado. Además, tal y como sugieren Dillworth y Jensen (2010), sería de gran relevancia valorar la utilidad de las sugerencias específicas de analgesia con las sugerencias de analgesia no específica en pacientes con dolor provocado por AR. Por ejemplo, sugerencias elaboradas, ricas en detalles, evocadoras y valorar si son mejores que las sugerencias más directas y simples. Y también estudiar para qué tipo de pacientes (si se trata de personas a las que les gusta la complejidad o la sencillez) y si para determinado tipo de problemas funcionan mejor cierto tipo de sugerencias. Se trata, en definitiva, de elaborar una posible «guía» de sugerencias bien establecidas que puedan estar al servicio de los clínicos que se valen de la hipnosis en su trabajo terapéutico.

REFERENCIAS

- Alladin A., y Alibhai A. (2007). Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 147-166.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition. Text revision). Washington, DC: APA.
- Barber J. (1995). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain*. New York: Norton.
- Barber T.X., y Wilson S.C. (1978). The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: Experimental and clinical applications. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 84-108.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Bermúdez, J. (1978a). La ansiedad y el rendimiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 151, 183-207.
- Bermúdez, J. (1978b). Análisis funcional de la ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 153, 617-634.
- Beyebach, M. (1995). Uso de metáforas en terapia familiar (pp.57-75), en J. Navarro y M. Beyebach (Eds.), *Avances en Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Burns, G.W. (2003). *El empleo de metáforas en psicoterapia. 101 Historias curativas*. Barcelona: Masson (Orig. 2001).
- Capafons A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del psicólogo*, 69, 71-88.

- Conde, V., Esteban, T., y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Coscollá, A., Caro, I., Calvo, I., y López, B. (2008). Estado psicológico de los adolescentes con enfermedades reumáticas: Una primera aproximación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 97-109.
- Crawford, H.J., Knebel, D.T., Vendemia, J.M., Horton, J.E., y Lamas, J.R. (1999). La naturaleza de la analgesia hipnótica: Bases y evidencias neurofisiológicas. *Anales de Psicología*, 15, 133-146.
- Dillworth, T., y Jensen, M.P. (2010). The Role of Suggestions in hypnosis for Chronic pain: A review of the literature. *The Open Pain Journal*, 3, 39-51.
- Dyckens, C., McGowan, L., Clark, C.D., y Creed, F. (2002). Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 52-60.
- Elkins, G., Jensen, M.P., y Patterson, D.R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 275-287.
- Fernández, J.C., Vidal, J.A., y Fernández, B. (2000). Hipnosis clínica en un caso de enfermedad inflamatoria intestinal, 11, 59-80.
- García, J., Simón, M., Durán, M., Cancellor, J. y Aneiros, F. (2006). Differential efficacy of a cognitive - behavioral intervention versus pharmacological treatment in the management of fibromyalgic syndrome. *Psychology, Health and Medicine*, 11, 498-506.
- Gardner, G.C., y Gilliland, B.C. (2003). Artritis y otras artropatías (pp. 609-627), en J. Loeser, S. Butler, C. Chapman y D. Turk, *Terapéutica del dolor*. México: McGraw-Hill.
- González, H. (1987). *Escala de Sugestionabilidad de Barber: traducción y adaptación al castellano. Versión experimental no publicada*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- González, H., y Miguel, J.J. (1994). Datos experimentales versus clínicos en la investigación sobre hipnosis. *Psicothema*, 6, 27-38.
- Gruzelier, J. (1999). Hypnosis from a neurobiological perspective: A review of evidence and applications to improve immune function. *Anales de Psicología*, 15, 111-132.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hammond, D.C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. London: Norton.
- Hammond, D.C. (2007). Review of the efficacy of clinical hypnosis with headaches and migraines. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55, 207-219.
- Harris, E. (2005). Clinical features of rheumatoid arthritis (pp. 1043-1078), en W. Kelley (Ed.), *Kelley's textbook of rheumatology (7.ª Ed.)*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hawkins, P. (1998). *Introducción a la hipnosis clínica. Una perspectiva humanista*. Valencia: Promolibro.
- Horton, J.R., y Mitzdorf, U. (1994). Clinical hypnosis in the treatment of rheumatoid arthritis. *Psychologische Beitrage*, 1-2, 205-212.
- Horton, J.R., Mitzdorf, U., y Melchart, D. (2000). The effect of hypnosis therapy on the symptoms and disease activity in rheumatoid arthritis. *Psychology & Health*, 6, 1089-1104.
- Jara, P., y Martínez, F. (1999). Hipnosis, hipnotizabilidad y expectativas de respuesta: Una revisión crítica. *Anales de psicología*, 15, 39-56.
- Jensen, M.P. (2011). Psychosocial approaches to pain management: An organizational framework. *Pain*, 152, 717-725.
- Jensen, M.P., McArthur, K.D., Barber, J., Hanley, M.A., Engel, J.M., Romano, J.M., Cardenas, D.D., Kraft, G.H., Hofman, A.J., y Patterson, D.R. (2006). Satisfaction with, and the beneficial side effect of, hypnotic analgesia. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 432-447.
- Kirsch, I. (1978). The placebo effect and the cognitive-behavioral revolution. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 255-264.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40, 1189-1202.
- Lazarus, A.A. (1993). Tailoring the therapeutic relationship, or being an authentic chameleon. *Psychotherapy*, 30, 404-407.
- Lyddon, W., Clay, A., y Sparks, C. (2001). Metaphor and change in counseling. *Journal of Counselling and Development*, 79, 269-275.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., y Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- Martín, A.M., Vicente, P., Sánchez, M., Galindo, P., Martín, M., y Vicente, E. (2010). Depresión y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis: diferencias de género. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 125-132.
- McWilliams, L.A., Cox, B.J., y Enn, M.W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106, 127-133.
- Moix, J. (2002). La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 9, 525-532.
- Moix, J. (2006). Las metáforas en la psicología cognitivo-conductual. *Papeles del Psicólogo*, 27, 116-122.

- Montgomery, G.H., DuHamel, K.N., y Redd, W.H. (2000). A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 138-153.
- Mosterín, J. (2003). La insuficiencia de los paradigmas metafóricos en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 23, 89-104.
- Neira, F., y Ortega, J.L. (2006). Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en la medicina basada en la evidencia. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 561-566.
- Otto, M.W. (2000). Stories and metaphors in cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 166-172.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.). http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=met%E1fora.
- Redondo, M.M., Miguel, J.J. y Pérez, M.A. (2007). El papel del tiempo de evolución de la artritis reumatoide en las emociones negativas. *Ansiedad y Estrés*, 13, 141-151.
- Redondo, M.M., León, L., Pérez, M.A., Jover, J.A., y Abasolo, L. (2008). El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*, 19, 359-378.
- Reid, G.J., Lang, B.A., y McGrath, P.J. (1997). Primary juvenile fibromyalgia. *Arthritis y Rheumatism*, 40, 752-760.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva, B., y Buriel, Y. (2009). Tratamientos no farmacológicos en fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 137-151.
- Schoemberger, N.E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 154-169.
- Shapiro, A.K. (1960). A contribution to a history of placebo effect. *Behavioral Science*, 5, 109-135.
- Shapiro, A.K. (1971). Placebo effects in medicine, psychotherapy, and psychoanalysis, en A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Strahl, C., Kleinknecht, K., y Dinnel, D. (2000). The role of pain, anxiety, coping and self-efficacy in rheumatoid arthritis patient functioning. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 836-873.
- Toksoz, B., y Karasu, M.D. (1986). The Specificity versus nonspecificity dilemma: toward identifying change Agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Tornero, J.; Piqueras, J. A.; Carballoa, L. F., y Vidal, J. (2002). Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas. *Revista Española de Reumatología*, 29, 373-384.
- Van Dyck, R., y Spinhoven, P. (1997). Does preference for type of treatment matter? A study of exposure in vivo with or without hypnosis in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 21, 172-186.
- Villanueva, V.L., Valía, J.C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M.J., y de Andrés, J. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 430-443.
- von Weiss, R.T., Rapoff, M.A., Varni, J.W., Lindsley, C.B., Olson, N.Y., Madson, K.L., y Bernstein, B.H. (2002). Daily hassles and social support as predictors of adjustment in children with pediatric rheumatic disease. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 155-165.
- Wickramasekera, I.E. (1989). *Clinical Behavioral Medicine. Some concepts and procedures*. New York: Plenum Press.
- Zeig, J. (1985). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.