

LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR Y EL USO DE LA HIPNOSIS EN SU TRATAMIENTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PAIN AND THE USE OF HIPNOSIS IN ITS TREATMENT. A CASE

Aleksandra Misiolek

Psicóloga

Resumen: El dolor no es sólo un fenómeno médico sino también psicológico. El objetivo de éste artículo es mostrar la relación entre los factores psicológicos y la aparición del dolor y los métodos alternativos, como es la hipnosis, del tratamiento del dolor crónico a través de la descripción de un caso clínico.

Palabras clave: Hipnosis, dolor, dolor neuropático, dolor crónico, tratamiento del dolor

Abstract: Pain is not only a medical but also psychological phenomenon. The objective of this article is to show the relation between the psychological factors and the appearance of pain and alternative methods such as hypnosis in pain treatment in patients with chronic pain on an example of a study case.

Keywords: Hypnosis, pain, neuropathic pain, chronic pain, pain treatment

INTRODUCCIÓN

El dolor no es sólo una percepción fisiológica, sino también un fenómeno multidimensional que tiene un aspecto psicológico. IASP (International Association for the Study of Pain, 1979, 1986, (González, 1999) define el dolor como una “experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión hística presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión.” La palabra “emocional” convierte al dolor no sólo en una experiencia fisiológica sino también psicológica, mientras la palabra “potencial” sugiere que se puede experimentar dolor sin que exista una lesión real. La inclusión de estos dos términos permitiría hablar de dolor en personas en las que no se detecta causa física.

Esta definición tiene su fuente en los trabajos de Melzack y Wall y su Teoría de la Compuerta del Dolor (Melzack y Wall, 1965) que proporciona evidencia neurológica y da un papel especial a la subjetividad del dolor, donde la percepción del mismo no es solamente sensorial/discriminativa sino también motivacional/afectiva y cognitiva/evaluativa.

Según los autores hay un sistema de puertas que, a nivel del sistema nervioso central, abre y cierra las vías aferentes y eferentes del dolor. Este mecanismo puede ser influenciado por impulsos nerviosos eferentes afectados por factores psicológicos, en otras palabras, el mensaje enviado del cerebro (vías eferentes) al área donde se siente el dolor se puede influenciar por la interpretación de la mente. De este modo, la interpretación del dolor puede ser afectada por emociones y por tanto influenciada y regulada por factores externos.

Los factores psicológicos afectan también al enfrentamiento del dolor, con aspectos como los sentimientos de indefensión que pueden incrementar el dolor, o las interacciones con otras personas que pueden reforzarlo (Moix, 2005).

Varios autores (McCraven e Iverson, 2001; Pérez-Pareja, et al., 2004; Turk et al., 2002) han puesto de manifiesto la relación entre la ansiedad y el dolor crónico. La ansiedad potencia la percepción del dolor, existiendo una relación positiva entre la intensidad del dolor y los niveles de ansiedad (Ackerman y Stevens, 1989; Ahles, Cassens y Stalling, 1983; Eppley, Shear y Abrams, 1989); el dolor también puede ser causa de la ansiedad (Asmudson, Norton y Norton, 1999; Craig, 1994) (en: Moix, 2005).

Sin embargo, los estados afectivos no sólo influyen sobre el dolor, sino que también pueden causarlo. El punto de vista psicodinámico contempla casos de la percepción del dolor crónico sin base orgánica como una variante de la enfermedad depresiva. La depresión es un trastorno primario enmascarado que en muchas ocasiones, al no ser expresado, permanece no diagnosticado (Merskey y Spear, 1967). Otra teoría sugiere que los sentimientos de ira intensos reprimidos o no expresados pueden manifestarse en forma de dolor (Blumer y Heilbronn, 1982).

¿Cuál es la base neurológica de las teorías psicodinámicas?

La falta del equilibrio del sistema nervioso autónomo y la baja actividad del sistema parasimpático en concreto pueden ser la explicación de la causa del mal estado de la salud relacionado con estados de afectividad negativa. El equilibrio del sistema autónomo está regulado por la parte del sistema nervioso central que está a su vez estrechamente relacionada con las redes que regulan las funciones sociales, afectivas, atencionales y conductuales (*anterior executive region*, AER; y el “circuito emocional” de Damasio [Damasio, 1998]). El circuito neural corticosubcortical es un sistema inhibitorio recíproco que regula los rasgos autónomos, emocionales y cognitivos. Por esta razón, puede ser un enlace entre los estados fisiológicos y psicológicos. En la situación de desequilibrio de los mecanismos del feedback negativo se produce una desinhibición, de modo que el exceso de los circuitos positivos causa hipervigilancia y activación continua del sistema; el proceso contrario, el desequilibrio de los mecanismos de feedback positivo, es causa de hipovigilancia, cuyos estados prolongados pueden causar estados emocionales patológicos.

¿Por qué la hipnosis funciona?

La hipnosis está asociada a las técnicas psicodinámicas y evidentemente es una de las herramientas de mucha importancia en el tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, la hipnosis también es utilizada en las terapias cognitivo conductuales para la modificación de la conducta, dicho tema es tratado en profundidad por autores de reconocido prestigio como Wolpe (1958), Goldfried (Goldfried & Davidson, 1976), Kanfer (Kanfer & Goldstein, 1986) o Lazarus (1973) (en: Capafons, 1998).

Aparte del uso de la hipnosis en psicoterapia, se destaca también su uso en medicina. En el siglo XIX se reconoció hipnosis como técnica analgésica cuando Esdaile (Esdaile, 1846) declaró la utilización de esta técnica en 80% de los casos quirúrgicos. No obstante, la aplicación de la hipnosis en el control del dolor se utiliza hoy en día no solo en la cirugía sino también en obstetricia (Spiegel, H., 1963), odontología (Bills, 1993; Evans, 1994; Thompson, 1963) y control del dolor en pacientes con cáncer (Spiegel, D., 1981, 1993, 1995).

La estrecha relación entre dolor y estrés hace que el tratamiento del dolor a través de técnicas hipnóticas sea eficaz. La hipnosis permite al paciente desarrollar la capacidad para la relajación muscular, la corrección de procesos cognitivos disfuncionales y la identificación de interacciones cognitivas/fisiológicas maladaptativas (Hawkins, P.)

El supuesto básico es que la tensión muscular juega un papel destacado en algunos síndromes dolorosos, desarrollándose un círculo vicioso de *tensión – dolor - tensión*. Esto supone que ante una lesión dolorosa se produce una respuesta de tensión muscular en la zona afectada que, en caso de cronificarse, puede por sí misma aumentar el dolor, lo que contribuirá a incrementar la tensión, y así sucesivamente. Las técnicas de relajación tienen por objetivo interrumpir dicho el círculo vicioso y reemplazarlo por una reacción incompatible con la situación de tensión (Hawkins, 2007). Otra razón que justifica el uso de estas técnicas es el hecho de que la concentración en las tareas de relajación hace que el paciente focalice su atención en éstas, lo que lo hace incompatible con la atención a la experiencia del dolor, resultando beneficioso para el sujeto.

Las técnicas de Hipnosis

La efectividad de la hipnosis depende de la imaginación del paciente, dado que la misma se basa en la utilización de metáforas y vivencias subjetivas de éste para distraerlo de su concentración en el dolor. Mediante técnicas hipnóticas y la sugestión del hipnotizador, el dolor se puede desplazar a otra área del cuerpo o fuera del cuerpo mismo, así como disminuir y cambiar o disociar la conciencia mediante la contemplación de otra época de su vida en la cual el dolor de existía.

CASO CLÍNICO

En el año 2000 un hombre de 58 años se cayó de una escalera, sufriendo una lesión de columna cervical (fracturas múltiples de las vértebras C1-C7). Dos meses después del accidente, cuando empezó la fisioterapia, empezó a experimentar un dolor neuropático en la parte baja izquierda del abdomen. Al principio fue un dolor de intensidad moderada, pero luego se transformó en un dolor agudo y penetrante, el cual se extendió a la parte del torso impidiendo la respiración normal. El dolor fue acompañado por adormecimiento de las extremidades y elevada presión arterial. El paciente obtuvo un tratamiento tradicional en unos centros del dolor que consistía de una terapia de opiados, NSAIDs, antidepresivos, anticonvulsantes, incluyendo gabapentina y pregabalina. Se probó también acupuntura, aunque sin efecto alguno. Se llevaron a cabo análisis radiológicos y endoscópicos, los cuales excluyeron las causas viscerales del dolor. También se aplicó la técnica de la estimulación directa del plexo simpático REF TG. Asimismo se implantó al paciente un electrodo en el área del plexo solar. Dicho paciente notó una sensación de hormigueo en la zona de la implementación del electrodo y evaluó su dolor con un 7 en la escala de VAS (ingresado con un 9 en la misma escala), de este modo bajó la presión arterial. El malestar persistía pese a las inyecciones de morfina, por lo que finalmente el caso fue consultado con un psicoterapeuta.

El paciente fue diagnosticado con un dolor neuropático con componentes psicossomáticos y de ansiedad. Se comenzó el tratamiento con trances hipnóticos basados en el método de Schultz. Se profundizó la hipnosis con la visualización de los colores del arco iris y con la técnica de bajar las escaleras. Se aplicó también la técnica de regresión a la época en la cual el paciente no sufría el dolor y se visualizaron experiencias positivas, tales como jugar a fútbol y nadar en el río. Después de haber logrado una hipnosis profunda, se utilizaron las técnicas disociativas para reducir el dolor (Rainville P, et al. 1999), asociativas, simbólicas (Peter, B 1996 b, 2005), técnicas del fortalecimiento del ego (Mcneal S, Federick C, 1993) y sugerencias posthipnóticas. El objetivo de las técnicas disociativas fue la separación del dolor (en la imaginación del paciente) del resto del cuerpo. Para ello se le asignó una forma, un color, un olor y una estructura a dicho dolor. Se le pidió al paciente que dibujara el esquema de su cuerpo y que separara los lugares del dolor de las partes sanas. Según el dibujo, el área del abdomen y del pecho fueron las partes dolorosas que se dibujaron del dolor “o color?” rojo. La sugerencia posthipnótica consistía de dibujar las partes dolorosas en la imaginación de color blanco e ir sustituyendo el color. Se utilizaron técnicas parecidas con el olor, sabor, etc. Las técnicas se repetían dos veces por sesión hipnótica. El siguiente paso consistía en poner la caja ya pintada en blanco en una caja, el peso de dicha hoja debía bajar en cada sesión terapéutica. La siguiente tarea del paciente consistía en desplazarse a una cueva donde habitaba un “Gran Sañador” – visualización de la energía saludable, y preguntarle que debería hacer con la caja. El paciente recibió instrucciones de quemar dicha caja en un fuego mágico o congelarla en temperaturas muy bajas. Al recibir la segunda

instrucción, el paciente sintió un flujo del aire frío. Recibió instrucciones de canalizar dicho flujo a las áreas dolorosas del cuerpo con el fin de reducir el dolor. Se utilizaron también técnicas de fortalecimiento del ego, como la visualización de un árbol que crecía en paz o de un lugar seguro del futuro donde exista sensación de felicidad y ausencia de sufrimiento. Se le enseñó al paciente la técnica de autohipnosis y recibió instrucciones hipnóticas para practicar todos los días. Entre las técnicas posthipnóticas se ancló el estado deseado – sin dolor y sufrimiento con los estados que debían tener lugar, tales como aniversarios o cumpleaños. Dichas técnicas se repitieron durante cada sesión, haciendo permanecer al paciente en el estado de hipnosis durante una hora más después de haber terminado dicha sesión. De este modo se consiguió prolongar el tiempo sin dolor después de cada sesión terapéutica. La terapia duró un año y el dolor ha bajado de manera significativa (según la escala VAS de 8 a 4). Ha aprendido a hacer autohipnosis con la que sigue ya 3 años. Ha vuelto a interesarse por la familia (a la cual no hacía caso desde hace el accidente), se interesa por la política y hace una vida normal dentro de lo posible. Tanto él como su mujer están muy agradecidos por el tratamiento.

DISCUSIÓN

Durante los últimos 40 años la prevalencia del dolor después de las lesiones de columna oscilan entre 18 y 90% (Ravenscroft, et al. 2000). El manejo del dolor crónico causado por dichas lesiones incluye acercamiento quirúrgico, farmacológico, neurestimulación y psicológico. Las técnicas quirúrgicas pueden reducir el dolor pero no son utilizadas hoy en día dados sus graves efectos secundarios. Asimismo, los métodos farmacológicos no suelen dar los resultados esperados. El paciente fue sujeto al tratamiento estándar del dolor neuropático y hospitalizado en el Centro de Tratamiento del Dolor sin efectos. El tratamiento de la neuroestimulación: la estimulación eléctrica transcutánea ha sido efectiva en muchos casos (Goroszeniuk et al. 2006). Sin embargo, la neuromodulación transcutánea del plexo solar no provocó los efectos esperados y la implementación del electrodo en las áreas dolorosas no calmó el dolor de forma significativa, por lo que no se redujo el malestar del paciente.

Las técnicas hipnóticas se utilizaron debido a su eficacia y a la ausencia de efectos secundarios (Lang, et. al 2000). Existen otros estudios que también demostraron la eficacia de las técnicas terapéuticas en el tratamiento del dolor. Abrahamsen et al. (2008) llevó a cabo un estudio en el cual participaron 40 pacientes con dolor crónico. A los participantes se les dieron sugerencias del cambio de la percepción del dolor a través de la metáfora (ej. cambio del color del dolor), de sustitución (ej. cambio del dolor por el calor), de la creación de sentimientos de anestesia, eliminación de malos recuerdos, de problemas, de sensaciones de desesperación y del incremento de la fuerza del ego. La regresión a los tiempos sin dolor, el anclaje y la visualización del futuro sin dolor fueron métodos que

también se utilizaron. Las sugerencias posthipnóticas dadas a los pacientes dieron lugar a unos resultados que demostraron una reducción significativa del dolor.

En un estudio sobre pacientes pediátricos (niños entre 7 y 15 años) (Zelter, 2002) con migrañas, se aplicaron técnicas de acupuntura e hipnosis. Se utilizaron técnicas de relajación muscular a través de la visualización del cuerpo como una vela de cera y la suavización de sus partes. El siguiente paso consistía en la imaginación de un lugar seguro por parte de los pacientes, en el cual se sintieran cómodos y felices. En el caso en el que no supieran cómo imaginarse dicho lugar, llegaban a un acuerdo con el hipnotizador acerca del lugar, como por ejemplo, una playa tropical. Se les pedía a los pacientes que se imaginaran su cerebro como la cabina de mando del avión en el cual podían controlar sus propias extremidades. Se les pidió encontrar el interruptor que controlaba el dolor y apagarlo tantas veces como sea necesario hasta que desaparezca el. Se sugería a los niños que podían utilizar dicha técnica cada vez que experimentaban dolor. No se utilizaba la palabra dolor para no enfocar la atención de los niños en dicho dolor, sino que se sustituía por la palabra “sensación”. Las técnicas hipnóticas se aplicaban durante las sesiones de acupuntura de 20 minutos de duración. Los participantes debían rellenar un formulario para evaluar el dolor antes de iniciar el tratamiento. Tras las seis sesiones, los pacientes rellenaron un cuestionario post-tratamiento, mediante el cual se demostró que las técnicas alternativas al tratamiento tradicional farmacológico del dolor fueron no sólo efectivas, sino que también al causar menos ansiedad y al ser placenteras, fueron evaluadas positivamente y preferidas.

Tanto el caso clínico descrito, como los otros casos estudiados por otros investigadores demuestran que las técnicas hipnóticas son una buena solución alternativa al tratamiento del dolor. Su efectividad tiene su explicación en las teorías psicosomáticas del dolor. La influencia de los afectos sobre el dolor (Melzack) aporta una buena explicación del fenómeno. La ansiedad y la falta de apoyo pueden reforzar el dolor. Sin embargo, el dolor puede ser causado (no sólo reforzado) por las emociones, tal y como manifiestan las teorías psicodinámicas. Por lo tanto, la hipnosis es una buena solución para el tratamiento del dolor, ya que permite trabajar con las emociones a través de sus técnicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahamsen, R., Baad-Hansen, L., & Svensson, P. (2008). Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain—clinical and psychosocial findings. *Pain, 136*(1), 44-52.
- Barber, J. (Ed.) (1996). *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of pain: A Clinical Guide*. New York: W.W. Norton.
- Beecher, H.K. (1956). Relationship of significance of wound to pain experiences. *JAMA 161*:1609-1613.
- Bills, I.G. (1993). The use of hypnosis in the management of dental phobia. *Australian Journal of Clinical and experimental Hypnosis 21* (1), 13-18.
- Blankfield, R. P. (1991). Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: A review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis, 33*(3), 172-186.
- Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 170*(7), 381.
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer, 10*(4), 272-280.
- Camacho, L. y Anarte, M. T. (2001). Importancia de las creencias en la modulación del dolor crónico: concepto y evaluación. *Apuntes de Psicología, 19* (3), 453-470.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles Del Psicólogo, 69*, 71-88.
- Capafons, A. (1998). Rapid self-hypnosis: A suggestion method for self-control. *Psicothema, 10*(3), 571-580.
- Capafons, A., Espejo, B., & Mendoza, M. E. (2008). Confirmatory factor analysis of the valencia scale on attitudes and beliefs toward hypnosis, therapist version. *Intl.Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 56*(3), 281-294.
- Chaves, D. J. F., & Barber, T. X. (1976). Hypnotic procedures and surgery: A critical analysis with applications to “acupuncture analgesia”. *American Journal of Clinical Hypnosis, 18*(4), 217-236.
- Chaves, J.F. (1993). Hypnosis in pain management. In: J.W. Rhue, S. Lynn y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chaves, J. F., & Dworkin, S. F. (1997). Hypnotic control of pain: Historical perspectives and future prospects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 45*(4), 356-376.
- Damasio, A.R., (1998). *Emotion in the perspective of an integrated nervous system*. *Brain Res.Rev.* 26, 83–86.
- Erickson, M-H. (1932). Possible detrimental effects of experimental hypnosis. *Journal of abnormal and Social Psychology 37*, 321-327. (1958). Naturalistic techniques of hypnosis. *American*

- Journal of Clinical Hypnosis 1, 3-8. -(1997) Hypnotic approaches to therapy. American Journal of Clinical Hypnosis 15, 217-222
- Esdaile, J.(1846). Hypnosis in Medicine and Surgery. New York; Julian Press, (Reprinted 1957).
- Evans, F.J. (1994) Hypnosis and pain control. American Journal of Clinical and experimental Hypnosis 18 (1), 21-33.
- Fawzy, F. I., Cousins, N., Fawzy, N. W., Kemeny, M. E., Elashoff, R., & Morton, D. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. changes over time in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 47(8), 720.
- Gardner, G.C. (1976) Hypnosis and mastery: Clinical contributions and directions for research. *International Journal of Clinical and experimental Hypnosis* 24, 202-214.
- Garver, R. B. (1977). The enhancement of human performance with hypnosis through neuromotor facilitation and control of arousal level. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19(3), 177-181.
- Gibson, H.B. (Ed.). (1994). *Psychology, pain and Anaesthesia*. Londres: Chapman&Hall.
- Giesecke, T., Gracely, R. H., Williams, D. A., Geisser, M. E., Petzke, F. W., & Clauw, D. J. (2005). The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis & Rheumatism*, 52(5), 1577-1584.
- González, F. (1999) ¿Es el dolor crónico un problema psiquiátrico aún no clasificado? La fibromialgia. *Revista Electrónica de Psiquiatría*; 3 (3), 1-21.
- González, O., González, E., Toro, R., & Márquez, B. (1998). Fisiopatología del dolor. *Rev Ven Anest*, 3(1), 26-33.
- Good, M., Stanton-Hicks, M., Grass, J. A., Cranston Anderson, G., Choi, C., Schoolmeesters, L. J., & Salman, A. (1999). Relief of postoperative pain with jaw relaxation, music and their combination. *Pain*, 81(1), 163-172.
- Goroszeniuk et al. (2006). Subcutaneous neuromodulating implant targeted at the site of pain *Reg Anesth Pain Med*. 31, 168-171.
- Hart, B.B. i Alden, P.A. (1994). Hypnotic techniques in the control of pain. In: H.B. Gibson (ed.), *Psychology, Pain and Anaesthesia*. Londres: Chapman&Hall
- Hawkins, P. J. (2007) *Hipnosis y estrés: Guía para profesionales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Hendler, C. S., & Redd, W. H. (1986). Fear of hypnosis: The role of labeling in patients' acceptance of behavioral interventions. *Behavior Therapy*, 17(1), 2-13.
- Herr, K., Coyne, P. J., Key, T., Manworren, R., McCaffery, M., Merkel, S., Wild, L. (2006). Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 7(2), 44-52.

- Hilgard, E. R. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives*, , 83-104.
- Hilgard, E.R. y Hilgard, J.R. (1994). Hypnosis in the relief of pain (rev.ed.). Los Altos, Ca: William Kaufman.
- Jay, S. M., Elliott, C., & Varni, J. W. (1986). Acute and chronic pain in adults and children with cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 601.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R., & Jacob, M. C. (1994). Anger expression and chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(1), 57-67.
- Kirsch, I. E., Capafons, A. E., Cardeña-Buelna, E. E., & Amigó, S. E. (1999). *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives*. American Psychological Association.
- Kolouch, F. T. (1964). Hypnosis and surgical convalescence: A study of subjective factors in postoperative recovery. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7(2), 120-129.
- Lang, E.V., benotsch, E.G., Fick, L.J., et al. (2000). Adjunctive nonpharmacological analgesia for invasive medical prodecures: a randomized trial. *Lancet* 355(9214), 1486-90.
- Lupiani, F. J. G. M., Guillén, C., Sanabria, A. G., & Lupiani, S. Aspectos psicosociales del dolor.
- Mailis, A. (1995). Mind, body and pain: Are there any borders? *Humane Medicine*, 11, 152-156.
- Mayr, C. R., Rose, M. J. i Johnstone, F. C. W. (2000). Dealing with doubt: how patients account for nonspecific chronic low back pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(4), 223-225.
- McCaffrey, R., Frock, T. L., & Garguilo, H. (2003). Understanding chronic pain and the mind-body connection. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 281. , 35(3), 170-178.
- McNeal. S., Frederick, C. (1993). Inner strength and other techniques for ego strengthening. *American Journal of Clinical Hypnosis*
- Melzack, R. y Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Merskey, H., & Spear, F. (1967). The concept of pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(1), 59-67.
- Moix, J (2005). Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, 36, (1), 37-60.
- Oster, M. W., Vizek, M., & Turgeon, L. R. (1978). Pain of terminal cancer patients. *Archives of Internal Medicine*, 138(12), 1801.
- Pérez Lazo de la Vega, M., & González Pérez, E. (2012). Principales aportes teóricos de la psicología en el estudio del dolor crónico. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 3(2), 32-41.
- Rainville, P, Carrier, B., Hofbauer, R.K., et al. (1999). Dissociation of affective dimensions of pain using hypnotic modulation. *Pain* 82, 159-171.
- Ravenscroft, A., Ahmed, Y.S., Burnisde, I.G. (2000). Chronic pain after SCI. A patient survey *Spinal Cord* 38, 611-614.

- Sacerdote, P. (1965). Additional contributions to the hypnotherapy of the advanced cancer patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7(4), 308-319.
- Sacerdote, P. (1966). Hypnosis in cancer patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 9(2), 100-108.
- Sacerdote, P. (1966). The uses of hypnosis in cancer patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 125(3), 1011-1019.
- Salazar, G. M. M., Faintuch, S., & Lang, E. V. (2008). Adjunctive hypnotic management of acute pain in invasive medical interventions. *Integrative Pain Medicine*, 211-224.
- Schultz, J.H. (1956). *Das Autogene Training*. Stuttgart: Verlag.
- Spiegel, D. (1995). Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 3(4), 252-256.
- Spiegel, D. (1983). Hypnosis with medical/surgical patients. *General Hospital Psychiatry*, 5(4), 265-277.
- Spiegel, D. (1993). Psychosocial intervention in cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(15), 1198-1205.
- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45(4), 333-339.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 527.
- Spiegel, H. (1963). Current perspectives on hypnosis in obstetrics. *Acta Psychother* 11:412-429.
- Truyols Taberner, M., M. et al. (2008). *Psychological aspects relevant to chronic pain research and treatment*. *Clínica y Salud*, 19 (3) 295-320.
- Turk, Dennis C. (Ed); Melzack, Ronald (Ed), (2001). *Handbook of pain assessment* (2nd ed.). , (pp. 1-11). New York, NY, US: Guilford Press, xix, 760 pp.
- Van der Hofstadt, C., & Quiles, M. (2001). Dolor crónico: Intervención terapéutica desde la psicología. *Revista De La Sociedad Espanola Del Dolor*, 8(7), 503-510.
- Wain, H. J., & Amen, D. G. (1986). Emergency room use of hypnosis. *General Hospital Psychiatry*, 8(1), 19-22.
- Wain, H. J., Fogel, B., & Stoudemire, A. (1993). Medical hypnosis. *Medical Psychiatric Practice*, 2, 39-66.
- Zelter, L.K, Levy, S., Waterhouse, M. (2002). A Phase I Study on the Feasibility and Acceptability of an Acupuncture/Hypnosis Intervention for Chronic Pediatric Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(4)437-446.

Manuscrito recibido: 08/01/2013

Revisión recibida: 24/06/2013

Manuscrito aceptado: 26/06/2013