

## **HIPNOSIS APLICADA AL DOLOR CRÓNICO EN LA MIGRAÑA**

### **HYPNOSIS APPLIED TO CHRONIC PAIN IN MIGRAINE**

**Oliver Rolando Peñafiel Muñoz<sup>1</sup>**

**Universidad Católica Boliviana San Pablo**

#### **RESUMEN**

La presente investigación se centra en utilizar a la hipnosis clínica como instrumento terapéutico fundamental para el beneficio de la calidad de vida en las consultantes participantes, ya que las cuales al poseer un dolor crónico causado por una migraña constante se sienten vulnerables a los recurrentes e intempestivos dolores de cabeza. Es entonces que al hacer relevante la intervención hipnótica con cada una de ellas y al adecuar el proceso hipnótico a la historia de vida, gustos y fortalezas de las participantes se logra un mejor encuentro que favorece el resultado ulterior, otorgándoles la capacidad de empoderarse sobre el dolor, mitigándolo y logrando manejarlo con mayor eficacia en situaciones diversas, es por tanto que el hacer una experticia de la actividad autohipnótica cada una de ellas puede precautelar su bienestar gracias al manejo exitoso del trance hipnótico sobre el dolor inoportuno.

**Palabras clave:** Hipnosis, dolor crónico, migraña.

#### **ABSTRACT**

This research focuses on use Clinical Hypnosis as a therapeutic instrument essential for the benefit of the quality of life in the participating consultants, since which have a chronic pain caused by a constant migraine feel vulnerable to recurrent and untimely headaches. It is then that to the make relevant intervention hypnotic with each of them and to adapt the hypnotic to the history of life process, tastes and strengths of the participants achieved a best meeting that favors the result further, giving them the ability to empower themselves on pain, mitigating it and managing to handle it more effectively in various situations, is

---

<sup>1</sup> Contacto: olicho@hotmail.com

therefore that make an expertise of self-hypnotic activity each can safeguard their well-being thanks the successful management of the hypnotic trance on inappropriate pain.

**Keywords:** Hypnosis, chronic pain, migraine.

## **RESUMO**

Esta pesquisa se concentra no uso da hipnose clínica como uma ferramenta terapêutica essencial para o benefício da qualidade de vida das participantes, possuem uma dor crônica causada pela enxaqueca constante. É importante fazer a intervenção hipnótica com cada uma delas, aplicar um processo hipnótico para se adaptar à vida. Se trabalhou nos gostos e pontos fortes das participantes para um encontro melhor consigo mesmas que favorece um melhor resultado da terapia, dando-lhes a capacidade de agir com a dor, e conseguir ser mais eficazes em várias situações, de modo que fazer uma experiência de auto-hipnose pode melhorar seu bem-estar, graças a uma gestão bem sucedida de transe hipnótico sobre a dor sentida.

**Palavras-chave:** Hipnose, dor crônica, enxaqueca.

## **INTRODUCCIÓN**

Hasta hace muy poco tiempo, el dolor estaba considerado como el concomitante natural de diversas circunstancias biofísicas, por lo general los médicos y otros profesionales de la salud no trataban el dolor en sí mismo, no lo abordaban como un problema que precisara una intervención específica, resulta superfluo decir que el tratamiento psicológico del dolor ni siquiera era tomado en consideración (Barber, 2000).

Los avances en el campo del dolor en los últimos cincuenta años, han producido un nuevo paradigma integral que permite entender el dolor como un fenómeno complejo que va más allá de los mecanismos patofisiológicos, con fuerte evidencia de la actuación de mecanismos nociceptivos y psicológicos en la percepción del dolor, este cambio de paradigma implica un entendimiento biopsicosocial del dolor y subraya la compleja interacción entre factores fisiológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Gatchel, 2009).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo ha definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular real o potencial, y que es vivida como tal daño (Montero, 2009).

El dolor al ser una señal biológica que se trasmite al cerebro y que se puede bloquear a partir del significado que adquiere esta señal, depende por igual del contexto cultural y de la historia de la persona, al atribuir un sentido al acontecimiento doloroso, se modifica lo que se experimenta (Cyrulnik, 2002).

La migraña es un trastorno neurológico crónico que produce ataques episódicos caracterizados por dolor, síntomas asociados y, a menudo, discapacidad temporal. Esta enfermedad puede considerarse en nuestros días un importante problema de salud; en primer lugar, por su alta prevalencia, y, en segundo, porque provoca una carga importante para los pacientes, la familia y la sociedad (Fernández, 2003).

La migraña al ser un dolor crónico en donde influyen factores neurológicos, psicológicos y sociales llega a ser definida como un recurrente dolor de cabeza con o sin aura, que dura de uno a tres días, acompañada por síntomas como fotofobias y náuseas culminando en una siesta o sueño. Todos estos síntomas incapacitan a la persona para continuar con sus actividades cotidianas (Headache Classification Committee of the International Headache Society, 1988, en: Navarro, 2006).

La hipnosis entendida como un proceso conversacional en el cual el hipnotizador favorece la capacidad de concentración hacia las potencialidades internas para incrementar los niveles de concentración de la persona hipnotizada, logrando la activación de los recursos inconscientes, es que el hipnotizador recurre a técnicas de amplificación de la conciencia, cuando la persona se encuentra en un estado de concentración máxima, inhibe

el resto de procesos cognitivos y fisiológicos, ese cambio de estado normal de conciencia a otro de amplificación de la conciencia hacia los procesos internos es el que se denomina trance (Pinto, 2009).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El dolor crónico tiene que ver con la ocurrencia de una estimulación sensorial nociceptiva, y/o una alteración en los centros neurales responsables de su integración, por ejemplo, del dolor neuropático, su cronicidad ocurre por un fallo de la autorregulación natural de los sistemas endógenos de analgesia, de la capacidad de adaptación de la persona ante el problema y, obviamente, de las limitaciones de la terapéutica médica (Vallejo, 2008).

La migraña al encontrarse, según valoración de la Organización Mundial de la Salud, entre las enfermedades más invalidantes para las actividades de la vida diaria y al ser los pacientes con migraña portadores de una exigua calidad de vida en comparación con los pacientes diabéticos de igual edad y sexo, es que la migraña genera además importantes pérdidas socioeconómicas (Pascual, 2009).

Para el alivio del dolor se pueden utilizar diversas aproximaciones psicológicas. Entre estas intervenciones, la hipnosis ha demostrado ser altamente eficaz en la mejora del control del dolor agudo tanto experimental como clínico. Los estudios que comparan la hipnosis directamente con otras estrategias psicológicas, como la distracción, las imágenes mentales o el placebo demuestran además que la hipnosis produce efectos analgésicos mayores, al menos en sujetos altamente hipnotizables (Rainville, 2008).

Es entonces que la hipnosis supone esencialmente una situación donde a través de una serie de procedimientos (sugestivos) el terapeuta sugiere al paciente que experimente

diversos cambios a nivel sensorial, perceptual, cognitivo y de control sobre la conducta motora directamente observable, el proceso hipnótico tiene por objeto que estos cambios sugeridos por el terapeuta puedan producirse rápida y efectivamente (Gonzales, 2005).

En Bolivia apenas 20% de las defunciones son certificadas por un profesional de la salud. En 1993, las principales causas de mortalidad hospitalaria fueron las enfermedades del aparato circulatorio (27%), las enfermedades del aparato digestivo (14%), las enfermedades del aparato respiratorio (7%), la enfermedad cerebrovascular (4%), las enfermedades del aparato urinario (3,5%), ciertas afecciones originadas en el período perinatal (3%), los traumatismos (2,5%), los tumores malignos (1,5%), la tuberculosis (0,6%) y las enfermedades de las glándulas endocrinas del metabolismo y trastornos de la inmunidad (0,6%) (OPS, 2001).

El informe sobre la salud en el mundo realizado por la OMS (2001) demuestra que en las Américas el índice de defunciones por causa de migraña es de 0 %. La migraña generalmente al comenzar en la pubertad y afectar sobre todo al grupo de 35 a 45 años, también puede manifestarse en personas mucho más jóvenes, e incluso en niños, los estudios realizados en Europa y en Norteamérica han revelado que, cada año, un 6 a 8% de los hombres y un 15 a 18% de las mujeres sufren migraña. La situación es similar en Centroamérica y Sudamérica, con mayor frecuencia en mujeres debido a factores hormonales (OMS, 2005).

Erickson al referirse a la hipnosis en psicoterapia describe lo siguiente: “Los resultados efectivos derivan únicamente de las actividades del paciente”, entonces, la hipnosis ericksoniana llega a ser un recurso de valor inestimable, por tanto, la investigación empírica ha mostrado repetidamente la eficacia de la hipnosis en muchos problemas clínicos y de salud. De ahí quizás que sea el dolor crónico uno de los campos donde su eficacia esta mejor establecida (Muñoz, Feixas, 2006 en: Feixas, 2008).

## **MÉTODO**

El presente estudio responde como cualitativo, ya que busca comprender las actitudes, creencias, motivos y comportamientos de una población determinada, la investigación

cualitativa trata los aspectos emocionales y contextuales de la respuesta humana (Chevarría, 1997).

La investigación cualitativa es un tipo de investigación formativa cuyo procedimiento y reglas son flexibles, abiertos y emergentes ofreciendo técnicas especializadas para obtener respuestas a fondo acerca de lo que las personas piensan y cuáles son sus sentimientos (Debus y Novelli, 1998).

El estudio de caso implica un acercamiento sistemático y profundo a las características de un objeto, persona o grupo para su mayor comprensión en base a la recogida y registro de datos esenciales para luego realizar un informe final como presentación del caso. Según Merina (1998), las características esenciales del estudio de caso son particularista, descriptivo, heurístico e inductivo, esta especificidad le hace ser un método muy útil para el análisis de problemas prácticos, situaciones o acontecimientos que surgen en la cotidianidad.

#### Participantes

La investigación se realizó con tres consultantes que presentan dolor crónico por migraña, de edad entre los 23 y 28 años, que pertenecen al sexo femenino, referente a una situación socio económica media.

El contacto con las consultantes fue llevado a cabo a partir del diagnóstico emitido por un Neurólogo experto en migraña, siendo que entre los requerimientos específicos de la investigación se necesitan tópicos como el dolor recurrente, la intromisión inoportuna del dolor en las actividades cotidianas.

#### **HIPNOSIS**

Erickson (1952) define a la hipnosis como la división de los procesos mentales en procesos conscientes e inconscientes, a diferencia de lo que entiende la teoría psicoanalítica. El inconsciente de Erickson se aproxima a lo que Freud llamo preconscious, esa parte de la mente capaz de planificar y anticipar el futuro y que se halla en contacto con el mundo externo, en oposición a lo que se encuentra profundamente enterrado o es de naturaleza instintiva. Por tanto el inconsciente es una parte de nuestro ser, creativa e incluso sabia.

La hipnosis clínica es un estado de focalización de la atención. Es un procedimiento durante el cual un profesional de la salud sugiere a un paciente que experimente cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos o comportamientos (Hawkins, 2006). Destacando en dicho estado la respuesta de relajación, el incremento de la capacidad de la imaginación vivida, la absorción e implicación emocional, la automaticidad del comportamiento o involuntariedad, disminución de la capacidad de análisis lógico racional y crítico de las situaciones (Barber, 2000).

Erickson redefine el trance hipnótico como un concepto que se aplica a un tipo especial de intercambio entre dos personas, y no al estado de una de ellas, asimilando este punto de vista, es posible pensar sobre la hipnosis en términos más amplios y ver que está presente en una amplia variedad de situaciones, particularmente en las intensas involucraciones terapéuticas (Haley, 1973).

El trance es considerado para Erickson como un estado natural que se verifica espontáneamente en diferentes momentos de la vida diaria y que puede ser inducida artificialmente por el hipnotizador, con igual naturalidad y en pleno respeto de las exigencias y las capacidades de la persona, el estado de consciencia hipnótico se considera muy diferente al sueño y al contrario estrechamente contiguo al de vigilia (Nardone, 2008).

Erickson y Rossi (1979) mantuvieron que la hipnosis era un estado alterado de funcionamiento, dirigido internamente y que resultaba de una reacción de mutua interdependencia, en la cual sigue la iniciativa del otro.

De Shazer (1987) asevera que los principios que durante mucho tiempo fueron evidentes en la manera de trabajar de Erickson son los siguientes:

1. Unirse al paciente en la situación en que se encuentra, estableciendo un buen vínculo.
2. Modificar las producciones del paciente y controlar la situación.
3. Utilizar el control así establecido a fin de estructurar la situación para que el cambio, cuando sobrevenga, lo haga de acuerdo con los deseos del paciente y con sus impulsos.

Una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro (Erickson en: Watzlawick, 1992).

El terapeuta debe ayudar iluminando lo que queda eclipsado para los pacientes: los signos que ellos no ven pero cuando logran ver pueden construir nuevas realidades, alternativas, esas otras aristas de la realidad que no se visualizaban a simple vista, de este modo, ellos mismos consiguen poner en marcha sus propias fortalezas, su sensibilidad, sus capacidades y lados fuertes, lo que genera que el terapeuta se ubique entonces a la sombra de todos esos recursos propios de los pacientes que idealmente se movilizan y activan de manera efectiva, eficiente y asertiva (Azar de Sporn, 2010).

Entendiendo que el trabajo lo hace el paciente, el terapeuta se limita a proporcionar las condiciones en que este trabajo se pueda hacer, alentar y estimular los procesos que capacitarían al paciente para el cambio, insistiendo en la importancia de usar el poder evocador y los significados múltiples de las palabras (las del paciente y las del terapeuta) (Erickson, Rossi, 1992)

## **ANÁLISIS DEL ESTUDIO DE CASO**

### **Caso I**

Gabriela es una persona muy aplicada a su trabajo, disfruta mucho de estar con los niños de nivel inicial en donde ella presta sus servicios laborales, se denota mucha ternura y afabilidad para con sus estudiantes, familia y pares. El dolor migrañoso al aparecer se hace incomodo en su proceder diario, ya que ella aparte de trabajar estudia psicología e inglés, siendo muy aplicada en las actividades que asume con alta responsabilidad, el dolor migrañoso al ser un inoportuno visitante es que desfavorecía un adecuado rendimiento en las actividades cotidianas que ella se disponía a manejar.

Descripción de la terapia:

1. Identificación del nivel de dolor migrañoso antes y después de la hipnosis.

Antes de la hipnosis: Inicialmente en la aplicación del rapport se obtuvo información imprescindible para el desarrollo posterior de la terapia, en donde se logró identificar gustos, miedos, momentos representativos de su historia de vida. Posteriormente se solicitó

a partir de la escala analógica del dolor que la consultante proporcione un valor asignado al dolor presentado entre “0” nada de dolor y “10” máximo dolor, asignando un valor de diez (10) al dolor migrañoso antes de la hipnosis.

Después de la hipnosis: A partir de la escala analógica del dolor la consultante proporcione un valor de dos (2) al dolor migrañoso después de la hipnosis y posterior manejo de la autohipnosis.

## 2. Reducción del dolor migrañoso y promoción de la autohipnosis.

Antes de la hipnosis: A partir de que la consultante logro determinar el valor asignado de diez (10) al dolor emitido y haberlo denominado como incomodo e inoportuno, ya que en presencia de dicho dolor la consultante termina en cama y pierde las actividades designadas en lo cotidiano, es que se describe como perjudicada por la presencia del dolor migrañoso.

Durante la hipnosis: Hipnosis para el control del dolor empleada a partir de crear un clima de confianza, identificar las características del lenguaje verbal y no verbal, los intereses, miedos y gustos. Control y adecuación de la respiración, descenso de las pupilas y cerrado de ojos, relajación sistemática, reducción de la sensación de voluntad, aseveraciones de seguridad y confianza, visualización de disimiles círculos con diferentes letras e ingreso a trance profundo a partir del conteo simultaneo del uno al diez y el toque final en la frente por el hipnotizador.

En el proceso hipnótico se aseveran sugerencias dirigidas a la mitigación del dolor migrañoso utilizando historias, metáforas que permitan una mejor adaptación cotidiana de la consultante, “el dolor al exhalar te abandona”, o utilizando el desplazamiento y confusión “que color tiene esa toalla, es el color que menos te gusta, blanco de hospital o rosa, acerca ese blanco a tu cabeza y deja que el dolor se desplace, se adhiera al color que posee la toalla, y muy despacio aleja la toalla de tu cabeza, mira, esa toalla es muy pequeña, muy difícil de encontrar y muy fácil de desechar, bótala y sal de esa habitación”

Ulteriormente desde la sesión número siete hasta la número nueve se realizó la técnica de autohipnosis de Sparks en donde se promovió la entonación específica de números asignados para cada estado, y el manejo eufónico de la voz; en la que la consultante propiciara una sugestión y posteriormente aseverara el numero mil guion uno que

representara el cansancio ocular, mil guion dos representara el cerrado de ojos, mil guion tres relajación absoluta corporal, mil guion cuatro tranquilidad emocional que le permita visualizar su mundo de serenidad, mil guion cinco trance profundo.

El manejo de la autohipnosis permite a la consultante hacer uso de la misma en ausencia del hipnotizador, en dirección de su beneficio personal.

Después de la hipnosis: Al culminar el proceso hipnótico la consultante asevera sentirse muy relajada y tranquila, posteriormente en el dialogo final se utilizan elogios que beneficien el proceso de trance hipnótico y validen a la consultante en ausencia del dolor migrañoso.

### **Comentarios:**

En las sesiones con la consultante el rapport inicial permitió un encuentro beneficioso para el proceso hipnótico, en donde ella denoto apertura a la experiencia, tuvo una adecuada escucha, obediencia y compromiso para mitigar secuencialmente el dolor migrañoso, el proceso de autohipnosis le permitió acceder al control del dolor migrañoso y posteriormente la utilización del mismo en dirección de un dolor secundario de espalda.

El transcurso de las sesiones fue destacado por la calidez de la participación de la consultante, el oportuno silencio adherido al desarrollo de todas las actividades del medio circundante y el posterior dialogo sobre sus sentimientos y pensamientos al culminar el proceso. Ulteriormente se hace necesario destacar que dicho proceso beneficia su desarrollo personal social. El tiempo manejado en las sesiones fluctuó entre 65 minutos a 95 minutos.

### **Caso II**

Estefani es una persona muy amable y con un alto sentido del humor, exigente con su trabajo y con escasa capacidad para negar actividades que no le competen, lo cual hace que se sature de trabajo extra y se quede a deshoras trabajando para culminar lo solicitado, disfruta mucho de la diversión y de la música, en la relación conyugal que presenta ella demuestra un alto compromiso denotando que las actividades que desarrolla debe hacerlas con excelso proceder, paralelamente es que el dolor migrañoso accede intempestivamente mitigando el óptimo desarrollo en sus actividades cotidianas y la relación con sus coetáneos.

Descripción de la terapia:

1. Identificación del nivel de dolor migrañoso antes y después de la hipnosis.

Antes de la hipnosis: Inicialmente en la aplicación del rapport se obtuvo información imprescindible para el desarrollo posterior de la terapia, en donde se logró identificar gustos, miedos, momentos representativos de su historia de vida. Posteriormente se solicitó a partir de la escala analógica del dolor que la consultante proporcione un valor asignado al dolor presentado entre “0” nada de dolor y “10” máximo dolor, asignando un valor de nueve (9) al dolor migrañoso antes de la hipnosis.

Después de la hipnosis: A partir de la escala analógica del dolor la consultante proporcione un valor de dos (2) al dolor migrañoso después de la hipnosis y posterior manejo de la autohipnosis.

2. Reducción del dolor migrañoso y promoción de la autohipnosis.

Antes de la hipnosis: A partir de que la consultante logro determinar el valor asignado de nueve (9) al dolor emitido y haberlo denominado como fregado y molesto, ya que en presencia de dicho dolor la consultante deja de hacer temporalmente las actividades designadas en lo cotidiano, hasta quedar en silencio y esperar que este disminuya después del consumo del antimigrañoso.

Durante la hipnosis: Hipnosis para el control del dolor empleada a partir de crear un clima de confianza, identificar las características del lenguaje verbal y no verbal, los intereses, miedos y gustos. Control y adecuación de la respiración, descenso de las pupilas y cerrado de ojos, relajación sistemática, reducción de la sensación de voluntad, aseveraciones de seguridad y confianza, visualización de varias gradas con diferentes letras cada una, e ingreso a trance profundo a partir del conteo simultaneo del uno al diez y el toque final en la frente por el hipnotizador, ambos procesos se realizan paralelamente.

En el proceso hipnótico se aseveran sugerencias dirigidas a la mitigación del dolor migrañoso utilizando historias, metáforas que permitan una mejor adaptación cotidiana de la consultante, “el dolor al exhalar te abandona”, o utilizando el desplazamiento y confusión “estas en frente de tu computadora, empieza a digitar la tecla Suprimir, y reconoce en las hojas de Word como empiezan a limpiarse, existen muchas letras

desordenadas que nada expresan, solo perturban y molestan, que fregada suciedad en la hoja, causa un dolor innecesario de cabeza, o de ojos, o de manos, creo que es de cabeza, dejemos que la tecla vaya suprimiendo el dolor, y el orden de los datos genere mucha tranquilidad, mucha paz”

Ulteriormente desde la sesión número cinco hasta la número siete se realizó la técnica de autohipnosis de Sparks en donde se promovió la entonación específica de números asignados para cada estado, y el manejo eufónico de la vos; en la que la consultante propiciará una sugestión y posteriormente aseverará el numero mil guion uno que representara el cansancio ocular, mil guion dos representara el cerrado de ojos, mil guion tres relajación absoluta corporal, mil guion cuatro tranquilidad emocional que le permita visualizar su mundo de serenidad, mil guion cinco trance profundo.

El manejo de la autohipnosis permite a la consultante hacer uso de la misma en ausencia del hipnotizador, en dirección de su beneficio personal.

Después de la hipnosis: Al culminar el proceso hipnótico la consultante asevera sentirse tranquila y muy bien, posteriormente en el dialogo final se utilizan elogios que beneficien el proceso de trance hipnótico y validen a la consultante en ausencia del dolor migrañoso.

### **Comentarios:**

En las sesiones con la consultante el rapport inicial permitió un encuentro adecuado para el proceso hipnótico, en donde ella denoto apertura a la experiencia, tuvo una adecuada escucha, obediencia, respeto y compromiso en todo el proceso, lo cual le beneficio en la reducción secuencial del dolor migrañoso, por otra parte, el proceso de autohipnosis le permitirá controlar el dolor migrañoso en el desarrollo de su cotidianidad.

En el transcurso de las sesiones se fue desarrollado un ambiente cálido y afable en la participación de la consultante, el sonido externo fue mínimo, lo cual favoreció el proceso hipnótico. El tiempo manejado en las sesiones fluctuó entre 60 minutos a 90 minutos.

### **Caso III**

Cindy disfruta mucho de su hijo, compartiendo bastantes actividades juntos, en su actividad laboral ella se desempeña con alta responsabilidad careciendo de tiempo para otras actividades posteriores, en momentos donde la intromisión repentina del dolor aqueja

es que ella disminuye su calidad afable para con su hijo y sus clientes, lo cual es desfavorable para su relación cotidiana.

Descripción de la terapia:

1. Identificación del nivel de dolor migrañoso antes y después de la hipnosis.

Antes de la hipnosis: Inicialmente en la aplicación del rapport se obtuvo información imprescindible para el desarrollo posterior de la terapia, en donde se logró identificar gustos, miedos, momentos representativos de su historia de vida. Posteriormente se solicitó a partir de la escala analógica del dolor que la consultante proporcione un valor asignado al dolor presentado entre “0” nada de dolor y “10” máximo dolor, asignando un valor de ocho (8) al dolor migrañoso antes de la hipnosis.

Después de la hipnosis: A partir de la escala analógica del dolor la consultante proporcione un valor de cinco (5) al dolor migrañoso después de la hipnosis y posterior manejo de la autohipnosis.

2. Reducción del dolor migrañoso y promoción de la autohipnosis.

Antes de la hipnosis: A partir de que la consultante logro determinar el valor asignado de ocho (8) al dolor emitido y haberlo denominado como perjudicial, ya que en presencia de dicho dolor la consultante deja de hacer temporalmente las actividades designadas en lo cotidiano, hasta que el dolor vaya disminuyendo y pueda realizar sus actividades cotidianas.

Durante la hipnosis: Hipnosis para el control del dolor empleada a partir de crear un clima de confianza, identificar las características del lenguaje verbal y no verbal, los intereses, miedos y gustos. Control y adecuación de la respiración, descenso de las pupilas y cerrado de ojos, relajación sistemática, reducción de la sensación de voluntad, aseveraciones de seguridad y confianza, visualización de varias gradas con diferentes letras cada una, e ingreso a trance profundo a partir del conteo simultaneo del uno al diez y el toque final en la frente por el hipnotizador, ambos procesos se realizan paralelamente.

En el proceso hipnótico se aseveran sugerencias dirigidas a la mitigación del dolor migrañoso utilizando historias, metáforas que permitan una mejor adaptación cotidiana de la consultante, “el dolor al exhalar te abandona”.

Ulteriormente en la sesión número dos hasta la número tres se realizó la técnica de autohipnosis de Sparks en donde se promovió la entonación específica de números asignados para cada estado, y el manejo eufónico de la vos; en la que la consultante propiciará una sugestión y posteriormente aseverará el numero mil guion uno que representara el cansancio ocular, mil guion dos representara el cerrado de ojos, mil guion tres relajación absoluta corporal, mil guion cuatro tranquilidad emocional que le permita visualizar su mundo de serenidad, mil guion cinco trance profundo.

El manejo de la autohipnosis permite a la consultante hacer uso de la misma en ausencia del hipnotizador, en dirección de su beneficio personal.

Después de la hipnosis: Al culminar el proceso hipnótico la consultante asevera sentirse tranquila y muy bien, posteriormente en el dialogo final se utilizan elogios que beneficien el proceso de trance hipnótico y validen a la consultante en ausencia del dolor migrañoso.

Comentarios:

En las sesiones con la consultante el rapport inicial permitió un encuentro adecuado para el proceso hipnótico, en donde ella poco a poco empezó a generar apertura a la experiencia, se la observo con una adecuada escucha, obediencia, respeto y compromiso en todo el proceso, lo cual le beneficio en la reducción secuencial del dolor migrañoso, por otra parte, el proceso de autohipnosis le permitirá controlar el dolor migrañoso en el desarrollo de su cotidianidad.

En el transcurso de las sesiones se fue desarrollado un ambiente cálido y afable en la participación de la consultante, el sonido externo fue mínimo, lo cual favoreció el proceso hipnótico. El tiempo manejado en las sesiones fluctuó entre 60 minutos a 80 minutos.

## **Conclusiones**

La hipnosis aplicada al dolor por migraña permite ser un proceso que beneficia a las consultantes en sus áreas de desempeño personal, laboral y social, la aplicación de la autohipnosis tanto al inicio como durante la presencia del dolor migrañoso concede a las consultantes lograr disminuir la intensidad del dolor otorgándose cada una de ellas una mejor adaptación personal, laboral y social en sus actividades cotidianas.

El dolor migrañoso al ser un obstáculo inoportuno en la actividad diaria de las consultantes, va en desmedro de su calidad de vida, ya que a mayor frecuencia mayor dificultad para realizar actividades cotidianas, los diferentes tratamientos van beneficiando a corto y largo plazo a las consultantes con dicha dificultad, empero, la intervención hipnótica y auto hipnótica al ser de fácil acceso y de dominio mayor a partir de su regularidad, promueve un mejor reconocimiento de la dificultad, y coloca al dolor migrañoso en disimiles escenarios de intervención en donde dicho dolor suele ser un invitado que deja de tener protagonismo y accede a ser monitoreado por el director de la escena que le otorga un papel secundario, es entonces, que las consultantes adquieren el papel de directoras y al obtener dicho papel son empoderadas para disfrutar de los diferentes escenarios sin la presencia del dolor inoportuno.

En el caso número uno, con Gabriela inicialmente se hace fundamental la aplicación del rapport, el cual permite un adecuado funcionamiento en las sesiones posteriores, es entonces que al emitir un interés genuino por los gustos, miedos y momentos representativos de la historia de vida de la consultante, uno se va adentrando al mundo subjetivo de la misma y en ese inter subjetivismo se van desarrollando disimiles historias que de escenarios diferentes van haciendo gala imprescindible para manejar al dolor y otorgarle un lugar privilegiado a Gabriela.

Cada número, cada circulo, cada letra, da acceso al mundo construido en donde el dolor se repliega para dejar pasar a la tranquilidad y serenidad que como compañeras delicadas dan origen a un desenlace posterior sin presencia del dolor.

Las actitudes, expectativas y creencias del paciente desempeñan un papel fundamental determinando el resultado del tratamiento, estas variables tienen el potencial de fomentar o reducir las expectativas relativas a la respuesta hipnótica y a los resultados clínicos (Chaves, 1994 en Hawkins, 2006)

Cada dolor es diferente, como cada dolor tiene un color y un escenario de acción en el cual se demuestra poderoso, es importante entender que el dolor no es un enemigo, más bien un conocido que inoportunamente toca la puerta repetidamente sin ser requerido, lo importante entonces es enseñarle a este conocido que cuando sea necesario se aproxime escuetamente a cada historia y con paso sereno vaya sacando su protagonismo de ella.

En el transcurso de las sesiones, Gabriela demuestra mucho interés por cada tópico de aplicación lo cual favorece enormemente el desarrollo de la sesión hipnótica. Es importante y hasta imprescindible recalcar que desde la sesión uno hasta la sesión número nueve, el valor asignado va disminuyendo simultáneamente, iniciando en la sesión uno con un valor de diez y culminando en la sesión nueve con un valor de dos, ya que en el proceso de acceder a la disminución del dolor, cada historia secuencial desarrollada jugó un papel fundamental para la mitigación del dolor.

El lograr implementar en la sesión uno un acercamiento delicado con el dolor, y posteriormente lograr expulsarlo con un paliativo temporal le da a la consultante el primer encuentro en donde el proceso de empoderamiento va emergiendo, para la sesión número dos se refuerza la protección contra el dolor usando otro escenario de acción en donde los instrumentos de fácil acceso mitigadores del dolor permiten un rápido cuidado y un hacerse cargo del mismo con responsabilidad personal.

En las sesiones tres y cuatro es necesario recalcar que cada escenario de acción es dirigido a darle la autoridad fundamental a Gabriela sobre el dolor, teniendo instrumentos de aplicabilidad inmediata que le permiten tener el control sobre el dolor migrañoso. El mismo procedimiento suele ocurrir en las sesiones número cinco y seis en donde la utilización del instrumento le permite a Gabriela tener control sobre el dolor, es importante tomar en cuenta que en esta sesión se adhiere un elemento de gran importancia para Gabriela como es la Poesía, la cual en unión con los otros instrumentos le permite tener un mayor control sobre el dolor e ir construyendo espacios cotidianos de protección que mitiguen al dolor y su intensidad recurrente.

Desde la sesión número siete hasta la sesión número nueve, es notable como a partir del manejo de la autohipnosis Gabriela logra utilizar el proceso a otros dolores que se le presentan, ya que al lograr promover desde un inicio el manejo auto hipnótico, y cada tópico de desarrollo que da acceso a un momento íntimo consigo misma, es en donde ella empieza a conocer los caminos que su cuerpo le permite tener y como cada uno de ellos le expresa un momento desconocido y dispuesto a ser utilizado en su beneficio.

El manejo de la voz y la postura determinada de su cuerpo es un vehículo facilitador para el recorrido del proceso auto hipnótico. La eficacia demostrada para el dolor

migrañoso que presenta Gabriela a partir del desarrollo del proceso hipnótico permite ser un instrumento de gran utilidad que promueve una mejor calidad de vida y adecuación favorable a las funciones cotidianas que debe desarrollar.

La hipnosis ya como instrumento excelso en diferentes escenarios de funcionalidad, con una eficacia demostrada permite en su aplicabilidad para el dolor migrañoso la posibilidad de que las consultantes puedan darle utilidad en diferentes escenarios de su vida.

Ya que la hipnosis al conseguir generar un encuentro consigo misma da la oportunidad de desarrollar destrezas ocultas que permiten una aplicabilidad posterior en disímiles escenarios de la vida.

Las construcciones de visualizaciones complementarias permiten reconocer en las consultantes la posibilidad del manejo del dolor migrañoso, es que en cada escenario las consultantes se hacen dueñas de lo que les aqueja, se muestran como la actriz principal de la narración que maneja al dolor, cada escenario es único, como cada dolor, empero, gracias a la historia única de las consultantes el escenario es adecuado para controlar e ir mitigando simultáneamente al dolor irritante, con el cual se permite un dialogo de acuerdos asertivos beneficiosos en función de las consultantes.

Para el caso número dos, Estefany demuestra desde el inicio mucha predisposición para con el proceso hipnótico, es entonces que en la sesión número uno como en la consultante número uno, el rapport inicial se hace imprescindible ya que beneficiara todo el proceso hipnótico posterior, es entonces que con Estefany el lograr conocer sus miedos, gustos y momentos importantes de su historia permite una adecuada construcción del escenario donde emergerá su empoderamiento para con el dolor migrañoso.

Para las sesiones uno y dos, es necesario recalcar la utilización de la oficina como centro específico por donde podrá iniciar el trabajo de disminución del dolor, cada elemento es funcional según el requerimiento para el cual sea necesario, por ejemplo, la computadora con la hoja de Excel en donde la ecuación matemática se convierte en un dolor de cabeza, es que al lograr posteriormente adherir dígitos que modifiquen el resultado y el dolor disminuya, produce el efecto esperado, cada movimiento acompañado de la melodía que ella gusta escuchar, haciéndola dueña del lugar que gusta tener y de mostrarle como puede

controlar cada estímulo provocador innecesario, es un factor protector que promueve un desenlace exitoso a favor del proceso de intervención.

La música como factor protector adherida a su historia le acompaña en la mitigación del dolor, el lograr ordenar cada archivo y darle lugar a cada cosa es pertinente como acción reorganizadora de su espacio, ya que cuando arremete el dolor el desorden se incorpora abruptamente en sus quehaceres cotidianos, sin embargo, el orden acompañado de la música promueve un lugar en el cual se siente a gusto y del cual puede participar con absoluta confianza cuando ella lo desee.

En la sesión tres y cuatro se logra reconocer la utilización de los recursos previos ya mencionados, los cuales al ser registrados por la consultante y acceder fácilmente a ellos le permite un mayor logro aplicativo, el orden de los objetos presentes más la culminación de la tarea realizada se hace satisfactoria para la consultante, permitiéndole paralelamente la disminución del dolor migrañoso, ya que la culminación del trabajo realizado le accede a obtener logros ulteriores convertidos en la satisfacción esperada.

La sesión cinco, seis y siete se caracteriza por enseñar el uso de la autohipnosis, en donde el proceso permaneció muy oportuno para el interés que presentaba la consultante, los diferentes tópicos desarrollados condescienden un adecuado desenlace posterior. En un momento de la sesión ella descarga carcajadas y asevera que los movimientos que sentía en el cuerpo no los sintió antes con tanta resonancia desembocándole una risa temporal, empero al hacer de sí misma un reconocimiento de sus propias motilidades personales es que la concentración se maximiza y el proceso auto hipnótico toma otro rumbo de desarrollo.

Es excelso reconocer el manejo de tan noble técnica, ya que las consultantes se entregan al proceso y asienten posteriormente al hacerse cargo de sí mismas, es un encuentro con uno, un viaje tan cómodo que al llegar a destino la satisfacción sobrepasa cualquier expectativa.

Las consultantes al acceder a la aplicación de la autohipnosis se permiten tener una herramienta excelsa que mitigue el dolor migrañoso, la cual puede ser utilizada en disímiles momentos de su cotidianeidad, al ser aplicada antes del dolor migrañoso y promover un manejo oportuno sintónico entre la respiración, el pensamiento, las emociones

y la acción es que el dolor disminuye favorablemente y permite un adecuado control del mismo.

Dicho proceso auto hipnótico favorece a las consultantes en otras áreas de aplicación, por ejemplo, en el caso de un dolor de espalda la aplicación eficiente permite un mejor manejo de la situación y mayor practica que beneficia la experiencia hipnótica, cada persona, cada historia, es narrada de diferente manera y cada una de ellas es excelsa en su desarrollo personal.

En el último caso de aplicación, el número tres, se puede distinguir que la consultante Cindy disminuye el valor asignado al dolor migrañoso, de ocho a cinco en la secuencia de las tres sesiones. Para lo cual el proceso de rapport es imprescindible, ya que al permitir un adecuado encuentro con la consultante se logra promover herramientas específicas a ser aplicadas en el transcurso de las sesiones.

En la sesión uno es fundamental el manejo de los equipos de trabajo que ella utiliza cotidianamente, al permitirle adherir la información al celular y hacer que esta sea trasladada hacia la computadora, dejando que el dolor se vaya y paso a paso la libere, es un acceso pertinente para acompañar el proceso hipnótico en la disminución del dolor migrañoso, ya que cada instrumento que sea resonante con su historia facilita el encuentro hipnótico y promueve desenlaces beneficiosos.

En la sesión dos y la sesión tres se aplicó la autohipnosis, en donde ella se presenta con bastante expectativa y accede fácilmente al proceso, cada tópico de aplicación es repasado inicialmente y es recordado y manejado con seguridad, lo cual promueve un óptimo desarrollo ulterior.

Al adecuar narraciones personales a un contexto relacional desde la construcción cognitivo afectivo emocional es que se permite una mejor adaptabilidad al dolor accediendo a realizar con mayor satisfacción las actividades del diario vivir.

En tal sentido es que Procter (2001) asevera que Erickson consigue que el sujeto progrese estimulando el cambio y el aprendizaje del inconsciente mediante la historia y la narrativa, por tanto Erickson diseña su método atendiendo a cada detalle de una manera

ejemplar, con una sensibilidad por los significados de las palabras que posteriormente se convertirán en una historia compleja aplicada a la inducción al trance.

Por tanto, después de observar los resultados es que se concluye que la aplicación de la hipnosis clínica en el dolor migrañoso es eficaz, ya que las tres consultantes denotan una disminución significativa en la escala analógica del dolor y después de tres meses de la aplicación y auto utilización de la herramienta, lo cual permite a partir del proceso auto hipnótico un manejo específico del dolor migrañoso, empoderando a cada una de ellas para hacer frente a la dificultad que presenta dicho dolor y simultáneamente lograr hacer que el dolor migrañoso obtenga un exiguo alcance.

La efectividad comprobada de la hipnosis para con el dolor migrañoso logra ser una herramienta valiosa que las consultantes pueden utilizar en disímiles áreas de su vida, dándole una utilidad recurrente que permita una mejor calidad de vida y un mejor desarrollo con sus sistemas de interrelación.

## REFERENCIAS

1. Alcaraz, M., García, J. (2009) Hypnosis as a diagnostic tool in forensic procedures. Report of a case with conversion disorder. *Cuad Med Forense*, Julio; 15(57):199-205.
2. Álvarez, J. (2006) Eficacia de la hipnosis ericksoniana en el síndrome de fibromialgia en mujeres. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 45 (4): 395-401.
3. Aguilar, J., Peláez, R., Esteve, N., Fernández, S. (2009) Limitaciones en el uso de opiáceos mayores en dolor crónico no oncológico: ¿“errare humanum est” o procrastinación médica?. *Rev Soc Esp Dolor*; 16(1):4-6.
4. Achury, D. (2008) Dolor: la verdadera realidad. *Chia, Colombia* – Octubre, Año 8,
5. Azar de Sporn, S. (2010) *Terapia sistémica de la resiliencia*. Buenos Aires: Paidós.
6. Barber, J. (2000) *Tratamiento del dolor mediante hipnosis y sugestión – una guía clínica*. :Desclee de Brouwer.
7. Barragán, M., Arce, J., de la Quintana, M., Duran, J.C., Endara, J., Pinto, S., Machicao, D., Molina, H., Zegada, L., Muñoz, J.A., Valverde, S., Yucra, G., Michel, M. (1985) Aplicación del protocolo de neuroepidemiología de la O.M.S. a una población Aymara del altiplano boliviano. *Division of Neurologic Sciences*.

8. Bowden, Ch., Burstein, A. (1990) *Bases psicosociales de la atención médica*. México D.F: Editorial Limusa.
9. Calvet, L. (2007) La división entre el conocimiento medicinal local y la medicina occidental. Caso de estudio entre los Tsimane' en la Amazonía Boliviana. *Perifèria, Institut de Ciència i Tecnologia Ambiental (ICTA)*, diciembre – Núm.: 7.
10. Casals, M., Samper, D. (2004) Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 11: 260 – 269.
11. Cassinello, J. (2004) Manual SEOM de cuidados continuos. *Sociedad Española de Oncología Médica*. Dispublic. Pag. 455-472.
12. Caja Nacional de Salud (2003) Resumen nacional de consultas médicas otorgadas por unidad sanitaria, sexo, tipo de consulta y clase de asegurado - *División estadísticas*.
13. Ceberio, M. (2004) *Quién soy y de dónde vengo*. Buenos Aires: Tres Haches.
14. Cerda, G., Monsalve, V., Minguez, A., Andres, J. (2000) Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico (I) *Soc Esp Dolor* 2000; Mayo, Vol.7, N 4: 225-233.
15. Cyrulnik, B. (2002) *Los patitos feos, La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
16. Cos, O., Semanat, E., Moya, N. (2000) Sugestión y Cefalea. *Rev cubana de enfermería*
17. Crump, J. (2008) Migraine and tension. Type headache. Convergence theory. *Acta Neurol Colomb* Vol. 24 No. 3 Suplemento (3:1) Septiembre.
18. Chevarría, A. (1997) *Representación social del niño de la calle sobre su espacio de vida*. Tesis de grado. La Paz: UCB.
19. De la Peña, F. (1998) La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal. *Salud mental*, V. 21, Diciembre, N° 6.
20. De la Peña, L. (2009) *El dolor y su tratamiento*. Madrid: Mc Graw Hill.
21. Debus, M. Novelli, J. (1998) *Manual para la excelencia en investigación para grupos focales* (Manuscrito).
22. De Shazer, S. (1987) *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.
23. Donker, F. (1991) Evaluación y tratamiento conductual del dolor crónico. En: *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI. Págs. 27 – 48.
24. Domínguez, B. (2007) Analgesia hipnótica en el dolor crónico. *Rev. Ibero del Dolor*.

25. Erickson, M., Rossi, E. (1979) *Hypnoterapy: Casebook*. New York: Irvington.
26. Erickson, M., Rossi, E. (1992) *El Hombre de Febrero. Apertura hacia la conciencia de sí y la identidad en hipnoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
27. Escuela Superior de Hipnosis Clínica (2005) La hipnosis clínica. Valencia. *Hipnosis clínica, agresividad y violencia en el cerebro*.
28. Feixas, G. (2008) Hipnosis y terapias cognitivas. *Apuntes de psicología*, Vol. 26.
29. Fernández, O. (2003) Disability and quality of life in patients with migraine: determining factors. *Rev Neurol*; 36 (12): 1105-1112.
30. Gatchel, R., Theodore, B. (2009) Resultados Basados en la Evidencia para la Investigación y Práctica Clínica del Dolor. *Universidad de Texas en Arlington*,
31. Gelman, S. (2005) Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev. Esp. Reumatol*; 32(3) :99 – 105.
32. Gonzales, H. (2005) El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*. vol. 2.
33. Gonzales, S., Rodríguez, M. (2003) El dolor y cáncer. Madrid: *Panamericana*.
34. Gracia, M. (2005) Topiramate or flunarizine in the preventive treatment of migraine. a comparative study of two series of cases. *Rev Neurol*; 41 (12): 705-708.
35. Gruzelier, J., Levy, B., Williams, S., Anderson, S. (2001) Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility. *Brain Research Bulletin*. Vol. 7. P. 83 – 90.
36. Haley, J. (1973) *Terapia no convencional, las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Madrid: Amorrortu.
37. Hawkins, J y Blakslee, S. (2004) *On Intelligence*. New York. *Holt and company*.
38. Hawkins, P. (2007) *Hypnosis and Stress*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
39. Kittelberger, K., LeBel, A., Borssok, D. (1999) Valoración del dolor. *Massachusetts General Hospital, tratamiento del dolor*, pp. 26 – 44 Madrid: Marban.
40. Láinez, J., Castillo, J., González, V., Otero, M., Mateos, V., Leira, R., Pascual, J. (2006) Guía para el tratamiento de la migraña, *Rev Clin Esp*. 207(4):190-3.
41. López, M., Garcia, JB. (2009) Hypnosis as a diagnostic tool in forensic procedures. Report of a case with conversion disorder. *Cuad Med Forense*, 15(57):199-205.
42. Lynn, S., Kirsch, I. (2005) Teorías de hipnosis. *Papeles del Psicólogo*, vol. 25, N° 089,

43. Mendoza, M., Capafons, A., (2009) Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del psicólogo*, vol. 30(2), pp. 98-116.
44. Montgomery, G., Schnur, J. (2005) Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del psicólogo*, septiembre – diciembre, vol. 25, número 089, pp. 3-8.
45. Montero, J. (2009) Nocioceptive pain, neuropathic pain and pain memory. Hospital Universitari de Bellvitge - L'Hospitalet del Llobregat (Barcelona), *Neurología*.
46. Moix, J. (2005) Análisis de los factores psicológicos moduladores del dolor crónico benigno. *Anuario de Psicología*, vol. 36, nº 1, 37-60.
47. Muriel, C. (2002) Dolor irruptivo. Madrid: *Meditex*. Págs. 27-38.
48. Navarro, M. (2006) Tratamiento cognitivo conductual de la migraña en el adulto. *Actualidades en Psicología*, Vol. 20, Núm. 107, pp. 1-22.
49. Nardone, G., Lorigo, C., Zeig, J., Watzlawick, P. (2008) *Hipnosis y terapias hipnóticas*. Barcelona: Novagrafik.
50. Nardone, G., Watzlawick, P. (1992) *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
51. Nieto, Ch. (2009) La hipnosis a través de grandes figuras de la historia: Santiago Ramón y Cajal. *Hipnológica* 2, 6-7.
52. Nieto, Ch. (2009), Estudio de caso único; hipnosis en el tratamiento de verrugas digitales. *Hipnológica* 1, 29-32.
53. Olivares, M., Cruzado, J. (2008) Psychological assessment of pain. *Clínica y Salud*.
54. Organización Mundial de la Salud (2010) Medicamentos: accesos a los medicamentos fiscalizados “sustancias narcóticas y psicotrópicas”. Junio, *OMS*.
55. Organización Mundial de la Salud (2007) Programa sobre el acceso a medicamentos fiscalizados. Marzo, *OMS*.
56. Organización Mundial de la Salud (2005) ¿Cuán frecuentes son los dolores de cabeza? Septiembre, *OMS*.
57. Organización Mundial de la Salud (2001) Informe sobre la salud en el mundo. Anexo estadístico, *OMS*.
58. Organización Panamericana de la Salud (2001) Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud. *Resumen del capítulo de país de Salud en las Américas*.

59. Organización Panamericana de la Salud (2010) Las dolencias pueden aliviarse en unidades de dolor con fármacos. Marzo, *Centro de noticias OPS/OMS – Bolivia*.
60. Pascual, J. (2009) Papel de los neuromoduladores en el tratamiento preventivo de la migraña. *Revista de neurología* - 49 (1): 25-32.
61. Pascual, J. (2001) Migraña: diagnóstico y tratamiento. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. *Med Clin (Barc)* 2001; 116.
62. Pascual, P. (2001) How to improve our clinical interviews. *Anales. Sis, San Navarra*; 24 (supl. 2): 15:22.
63. Pedrajas, J., Molino, A. (2008) Neuro-medical bases of pain. *Clínica y Salud*, vol. 19
64. Pérez, A. (2011) Significance of pain's Symptomatology in the diagnosis of pulpal inflammatory process. *Rev. Cub. De Estomatol*; 48(3): 277 – 286.
65. Pinto, B. (2009) Técnicas básicas de inducción al trance. Formación para hipnoterapeutas. *Realizado en el Instituto Boliviano de Terapia Familiar*. La Paz.
66. Pinto, B. (2009) Empatía y lenguaje en hipnosis y psicoterapia. *En block de Bismarck Pinto*. Sábado dos de mayo.
67. Pinto, B. (2009) Hipnosis aplicada al control del dolor. Formación para hipnoterapeutas. *Realizado en el Instituto Boliviano de Terapia Familiar*. La Paz.
68. Plaja, J. (2009) Modalidades, fisiopatología y modulación del dolor. En: *analgesia por medios físicos*. Madrid.
69. Procter, H. (2001) *Escritos esenciales de Milton H. Erickson, Vol. 1*. Barcelona: Paidós
70. Rangel, G., Cáceres, L. (2001) Procedimientos de analgesia regional en el manejo del dolor crónico. *med- unab*. septiembre vol. 4 número 11.
71. Rangel, V., Peñarroya, A., Ballús – Creus, C., Pérez, J. (2010) Psychological characteristics in chronic pain patients and pain intensity. 11º Congreso Virtual de *Psiquiatría. Interpsiquis*, Febrero-Marzo, Psiquiatria.com.
72. Rainville, P. (2008) La hipnosis y el efecto analgésico de las sugerencias. *Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal*, Pain 134, 1–2.
73. Redondo, M., León, L., Perez, M., Jover, J., Abasolo, L. (2008) Pain in patients with rheumatoid arthritis: psychological variables and interventions. *Clínica y Salud*.
74. Rodillo, E. (2005) Nueva clasificación de cefalea. *Rev. Ped. Elec*. Vol 2, N° 1.

75. Rodrigo, M., Guillen, J., Quero, J., Perena, M., Aspiroz, A., Olagorta, S. (2004) Sertralina. Eficacia y tolerabilidad como tratamiento antidepresivo coadyuvante en pacientes con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, Marzo - Vol.11, N 2: 87-93.
76. Rodríguez, G. Gil, T. García, E. (1996) *Método de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
77. Rodríguez, L., Cano, F., Blanco, A. (2000) conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del pain behavior questionnaire (PBQ) y del headache disability inventory (HDI). *Análisis y modificación de conducta*. Vol 26, N°109.
78. Rodríguez, L., Cano, F., Blanco, A. (2004) Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas, Esp. Psiquiatr*: 32(2): 82 – 91.
79. Robaina, J. (2006) Situación actual de la cirugía de la columna vertebral degenerativa aplicada al manejo del dolor lumbar crónico. Estenosis de canal Discopatía degenerativa, resultados basados en la evidencia científica. *Rev. Soc. Esp. Dolor* - 3:
80. Rufo, M. (2001) The pathophysiology of migraine. *Rev. Neuro Clin*; 2 (1): 263-271.
81. Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. (2005) Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en pacientes con dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 12: 8.
82. Stoelb, B., Molton, I., Jensen, M., Patterson, D. (2009) The efficacy of hypnotic analgesia in adults. *Contemporary hypnosis* 24, *contemp. hypnosis* 26(1): 24–39.
83. Strauss, A., Corbin, J. (2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para la teoría fundamentada. Medellín: *Universidad de Antioquia*.
84. Taylor, J., Boden, R. (1984) *Introducción a la metodología cualitativa de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
85. The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. (2009) *A Brief Communication*. Vol. 57- pag.2.
86. Vallejo, M. (2008) Perspectives in the study and psychological treatment of chronic pain. *Clínica y salud*, vol. 19 n.º 3 - págs. 417-430.
87. Van-der Hofstadt, C., Quiles, M. (2001) Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 8: 503 – 510.

88. Vargas, W. (2005) Consideraciones psicológicas sobre la hipnosis aplicada al manejo del dolor. *REVENF*, abril – septiembre número 008.
89. Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1985) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
90. Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1992) *Cambio*. Barcelona: Herder.
91. Yapú, M. (2006) *Investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas*. La Paz: PIEB.
92. Zayas, M., Romero, M., Vázquez, T., Abreu, Cl. (2003) Hipnosis. Una modalidad terapéutica en la hipertensión arterial esencial. Policlínico Comunitario Docente “Ignacio Agramonte y Loynaz” Camagüey. *Arch. Méd. Camagüey*; 7(2).

Artículo recibido en:

13/04/2015

Manejado por:

Editor jefe de Ajayu

Aceptado en:

2/07/2015

No existen conflictos de intereses