

# Adaptación del modelo de valencia de hipnosis despierta para el tratamiento de ancianos cubanos con dolor<sup>2</sup>

## **Aurorita Hernández Pupo**

Licenciada en Psicología  
Hospital Docente Gineco-Obstétrico de Guanabacoa, La Habana (Cuba)  
Correo electrónico: auroritahp@infomed.sld.cu

## **Marta Martín Carbonell**

PhD. en Ciencias de la Salud. Especialista en Psicología de la Salud  
Licenciada en Psicología  
Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta (Colombia)  
Correo electrónico: martamartincarbonell@hotmail.com

## **Raquel Pérez Díaz**

Master en Psicogerontología y en Medicina Natural  
Especialista en Psicología de la Salud. Licenciada en Psicología  
Centro de Investigaciones sobre: Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED), La Habana (Cuba)  
Correo electrónico: raque@infomed.sld.cu

## **Ofelia F. Pupo García**

Licenciada en Psicología  
Centro Comunitario de Salud Mental de Regla, La Habana (Cuba)  
Correo electrónico: marymiret@infomed.sld.cu

Recibido: 28/11/2013  
Aceptado: 10/12/2013

## Resumen

**Objetivo:** Adaptar el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta a la población de ancianos cubanos con adecuaciones para el tratamiento del dolor crónico osteomioarticular. **Método:** Se utilizó un diseño mixto cuali-cuantitativo apoyado en la investigación-acción y la Teoría Fundamentada. Incluyó la observación participante, entrevistas a expertos de diversas instituciones, y al personal asistencial y ancianos del Centro Comunitario de Salud Mental de Regla y pruebas psicológicas para la evaluación del dolor. **Resultados:** Se realizaron adaptaciones al modelo de acuerdo a: peculiaridades del dolor, diferencias culturales, concepciones y actitudes erróneas sobre la hipnosis; enmarcándolas en las técnicas de sugestionabilidad y contenido de la metáfora didáctica, creándose un manual para su uso. **Conclusiones:** El Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta resulta válido para el trabajo con ancianos una vez realizadas las adaptaciones pertinentes.

## Palabras clave

Hipnosis, ancianos, dolor crónico

2 Para citar este artículo: Hernández, A., Martín, M., Pérez, R., & Pupo, O. (2013). Adaptación del modelo de valencia de hipnosis despierta para el tratamiento de ancianos cubanos con dolor. *Informes Psicológicos*, 13(2), 27-42.

# Valencia's model adaptation of awake hypnosis for the treatment of elderly Cuban patients under pain

## Abstract

**Objective:** To adapt the Valencia's Model of Awake Hypnosis in the population of elderly Cuban patients with adjustments for the treatment of osteomioarticular chronic pain. **Method:** a both quality and quantitative design supported on action research and fundamental theory was used. It included participative observation, interviews with experts from different institutions, and psychological test and rules for the evaluation of the pain. **Results:** adaptations to the model were made according to: peculiarities of pain, cultural differences, conceptions and wrong attitudes about hypnosis; framing them in the techniques of suggestibility and content teaching metaphor, creating a user's manual. **Conclusions:** The Valencia model of waking hypnosis is valid for work with elders once made the appropriate adjustments.

## Keywords

Hypnosis, elderly, chronic pain

# Adaptação do modelo de valência de hipnose desperta para o tratamento de anciãos cubanos com dor

## Resumo

**Objetivo:** Adaptar o Modelo de Valência de Hipnose Desperta à população de anciãos cubanos com adequações para o tratamento da dor crônica osteomioarticular. **Método:** Utilizou-se um desenho misto quali-quantitativo apoiado na investigação-ação e a Teoria Fundamentada. Incluiu a observação participante, entrevistas a experientes de diversas instituições, e ao pessoal assistencial e anciãos do Centro Comunitário de Saúde Mental de Regra e provas psicológicas para a avaliação da dor. **Resultados:** Realizaram-se adaptações ao modelo de acordo a: peculiaridades da dor, diferenças culturais, concepções e atitudes errôneas sobre a hipnose; emoldurando-as nas técnicas de sugestibilidade e conteúdo da metáfora didática, criando-se um manual para seu uso. **Conclusões:** Modelo Valencia de acordar da hipnose é válido para o trabalho com os mais velhos, uma vez feito os ajustes necessários.

## Palavras chave

Hipnose, anciãos, dor crônica

## Introducción

La atención al dolor en ancianos reviste vital importancia al ser un problema frecuente, reportándose en los estudios epidemiológicos valores de prevalencia entre el 22% y el 88%. Es también una de las molestias de salud más temidas en la vejez (Pérez, Cascudo, & Martín 2010). Los ancianos con dolor tienen más trastornos del sueño, mayores niveles de depresión, más discapacidad y peor calidad de vida (Martín, 2011; Martín & Riquelme, 2011).

La intervención psicológica y general para aliviar el dolor en estas edades incluye comúnmente ejercicios de relajación, meditación, hipnosis, masajes y estimulación eléctrica nerviosa transcutánea como terapias complementarias (Fitzcharles, Lussier, & Shir, 2010). Sin embargo aunque existe suficiente evidencia empírica acerca del valor de la hipnosis y de la autohipnosis para el control del dolor (Crawford, Knebel, Vendemia, Horton, & Lamas, 1999; Mendoza & Capafons, 2009), su utilización en ancianos se ha visto limitada entre otras razones por los estereotipos que vinculan la edad avanzada al dolor, viendo éste como algo normal o inherente al proceso de envejecimiento (Pérez et al., 2010; Martín & Lechuga, 2004), así como por los mitos acerca de la hipnosis, que la muestran como una técnica compleja y peligrosa (Capafons, 1998a, 1998b, 2009; Capafons, Espejo, & Cabañas, 2005).

Investigaciones foráneas refieren que las personas de edad avanzada son tan capaces como pacientes más jóvenes de beneficiarse de las intervenciones

terapéuticas basadas en la imaginación y la sugestión. Se ha demostrado que el imaginario de los gerontes está permeado por los acontecimientos de su pasado y emplea estos métodos como herramienta para evocarlos, haciendo más intrínseco su significado en las condiciones presentes (Evans & Burrows, 1998).

El modelo de Valencia de Hipnosis Despierta (MDVH) tiene sus raíces en la denominada hipnosis despierta (*waking hypnosis*) desarrollada por W. R. Wells en 1924, particularmente por el hecho de mantener los ojos abiertos durante su aplicación (Capafons, 1999; 2008). No obstante adquiere particularidades distintas, pues introduce novedades tales como su carácter menos autoritario, la focalización en la autohipnosis; responsabiliza más al usuario sobre el papel que tiene en el tratamiento; y la promoción de un vocabulario para describir y usar la hipnosis diferente al que usó Wells y otros autores que estudian la hipnosis activo-alerta o algunos acercamientos ericksonianos. En este sentido, también es innovador y diferente a otras aproximaciones de hipnosis despierta más recientes, porque responde a las teorías y sistemas terapéuticos cognitivo-comportamentales (Mendoza & Capafons, 2009).

Si se compara este modelo con otros tipos de hipnosis vinculadas a la pasividad y relajación se encontrarán fácilmente ciertas características en su forma clínica de proceder que lo colocan en ventaja y permiten un uso eficiente e integrador de la hipnosis (Capafons, 2012).

- Mayor aceptación por el usuario, porque con los ojos abiertos se pueden sentir más cómodos y con mayor sensación de control

(Capafons, 2009; Jensen, 2011) y pueden conversar fluidamente (Capafons, 2009) por lo tanto, menores reticencias a ser hipnotizados y mayor implicación en las tareas terapéuticas (Capafons, 1999).

- Con este método se llega a la hipnosis más rápidamente, posibilitando mayor efectividad y eficiencia en la hipnosis (Mendoza & Capafons, 2009).
- Contrario al método tradicional que promueve la restricción de la atención, pasividad y somnolencia, este método puede realizarse en cualquier situación cotidiana, mientras el sujeto está alerta, permitiendo que el paciente experimente las sugerencias terapéuticas in situ, cuando aparece el problema (Mendoza & Capafons, 2009)
- La forma de presentarla al cliente evita un lenguaje tranceático o palabras “psicopatologiformes”, mostrándola como una estrategia general de afrontamiento y de auto-control, que usa las propiedades auto-regulatorias del cerebro (Capafons, 1999).
- La no necesidad de usar la imaginación para promover las respuestas a las sugerencias (Capafons, 1999).
- La hipnosis se adapta a los gustos, creencias y estilos del paciente, y no a la inversa.

El método sugerido por la Universidad de Valencia ha venido desarrollándose con el objetivo de incrementar la eficiencia de la hipnosis haciendo más agradable y entretenido el procedimiento, al conjugar métodos de cambio de actitudes hacia la hipnosis con métodos de inducción y manejo de las sugerencias

buscando aquellos que favorezcan a su vez la implicación de la persona a hipnotizar en el proceso de intervención. Al mismo tiempo pretende brindar al usuario un conjunto de destrezas para que incorpore en su vida diaria como estrategias de afrontamiento y de autocontrol, mientras está *alerta, despierto y comprometido*. La importancia de estos aspectos reside en que la hipnosis es más efectiva cuando promueve unas expectativas ajustadas y unas actitudes positivas (Capafons, 2009).

Su carácter innovador reside también en que propone una sucesión de pasos que fungen como guía para el manejo de la sugestión hipnótica. El primer paso será establecer un buen *rapport*, desde una visión cognitivo-conductual de la hipnosis (Labrador, Cruzado, & Muñoz, 1993). En este punto el Modelo de Valencia da gran importancia a tres procedimientos fundamentales:

- a) La *presentación cognitivo-comportamental de la hipnosis*, precedida muchas veces de la evaluación de las actitudes y creencias sobre hipnosis, e incluye la ruptura de los mitos del cliente/paciente (Capafons, 2008; 2012).
- b) La *evaluación clínica de la sugestionabilidad hipnótica*: se reconocen las disímiles formas de realizar esta medición (incluidas las escalas psicométricas), pero presentan una propuesta de aplicación práctica en la consulta que permite el intercambio con el paciente y la valoración de las actitudes y expectativas de los usuarios hacia la hipnosis, dada su importancia como predictores del éxito terapéutico (Capafons, 2008).

- c) El manejo de una *metáfora didáctica* para clarificar ciertos conceptos sobre la hipnosis y la intervención psicológica, fomentando su significación como forma de autocontrol (Capafons, 2008; 2012).

A los procedimientos anteriores son sumados dos métodos de hipnosis despierta: la Auto-Hipnosis Rápida (AHR) y la (hetero) Hipnosis Vigilia-Alerta. A pesar de ser una secuencia estructurada tiene un carácter flexible siempre que se respete como eje central la Auto-Hipnosis Rápida. (Capafons, 1998b; Capafons, 1998a) La heterohipnosis en este modelo se emplea como complemento y apoyo a la AHR, y no a la inversa como podría suponerse. Su eje fundamental es el reforzar la eficacia de las auto-sugestiones que serán administradas en AHR (Labrador et al., 1993; Capafons, 2008).

Aunque se carece de suficiente evidencia empírica en cuanto a la aplicación clínica de estos dos métodos, la investigación experimental ha demostrado el valor y eficiencia de los mismos para promover sugerencias (Capafons, 2008). Lo enunciado hasta aquí revela la potencial utilidad de este modelo en el tratamiento del dolor en la población geriátrica general y cubana, en particular, en pos del alivio de sus dolencias y empoderamiento de sus recursos, derivado de su uso como método de afrontamiento positivo ante las distintas enfermedades y/o limitantes que pueden coexistir en esta etapa.

El presente estudio adaptó el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta a la población de ancianos cubanos, específicamente para el tratamiento del dolor crónico osteomioarticular, en el período de mayo-2012 a mayo-2013.

## Método

Se utilizó el enfoque de investigación-acción y la teoría fundamentada (Grounded Theory) (Glasser, 2002) para la organización de la recogida de datos y análisis de los resultados en todas las fases del proceso.

## Diseño

## Muestra

Incluyó un total de 45 sujetos entre especialistas y ancianos. Los criterios para la selección de la muestra fueron la saturación teórica en el caso de los expertos y la accesibilidad de los profesionales y los ancianos. Fue escogido el Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) de Regla, municipio de La Habana, en el que sesiona un Club de la Tercera Edad, como grupo de carácter abierto conformado por un promedio de 30 abuelos que asisten regularmente en pos del crecimiento personal, encuentro con coetáneos, esparcimiento y otras actividades rehabilitadoras, de orientación y/o terapéuticas dado que algunos de ellos reciben atención psiquiátrica y psicológica por trastornos afectivos fundamentalmente depresivos asociados a eventos vitales propios de la etapa (viudez, jubilación, pérdida de familiares allegados y coetáneos). Estos participaron en entrevistas grupales e individuales, seleccionada posteriormente una submuestra de 12 ancianos para conformar un grupo terapéutico en el que se

aplicó el MVHD con sus correspondientes adaptaciones en 4 sesiones de una hora de duración cada una.

## Instrumentos

Se emplearon diversas técnicas para la recogida de información en las diferentes etapas del proceso: entrevistas (estructuradas, no estructuradas, focalizadas, grupales, presenciales o por e-mail, etc.) a expertos, ancianos y personal de atención en salud; la observación participante y disímiles pruebas psicológicas para la evaluación del dolor y aspectos psicosociales relacionados (Cuestionario de Dolor de McGill, Numerical Rating Scales, Subtests del GEMAT, Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, MOSS-9, PROMIS Fatigue Short Form y la Escala Análogo-Visual para medir intensidad del dolor).

## Procedimiento

El proceso se organizó por etapas. En la primera etapa se utilizó la observación participante y entrevistas (estructuradas, abiertas, grupales e individuales) a expertos, personal asistencial y a ancianos para identificar si era necesario realizar modificaciones a la técnica, y en ese caso, en qué consistirían. Durante el análisis de los resultados de esta etapa se empleó el método comparativo constante y el muestreo teórico.

El Método Comparativo Constante tiene dos etapas: la descriptiva y la relacional, e implicó las siguientes operaciones:

- Análisis individual de las entrevistas y las notas de campo de la observación participante en cada uno de los momentos de la recogida de datos, y la contrastación posterior de los códigos derivados mediante la comparación entre casos y entre instrumentos.
- En un segundo momento se desarrollaron categorías iniciales, se propició la búsqueda sistemática de sus propiedades en base al análisis de contenido y la descripción cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación. Se extrajeron de esta forma las categorías de respuesta más frecuentes.

Cuando se alcanzó la saturación teórica de dichas categorías se realizó la síntesis de las principales modificaciones al MVHD convenientes para el trabajo con los ancianos cubanos. Posteriormente se evaluó en la práctica las diversas modificaciones derivadas del paso anterior, desarrolladas en un grupo terapéutico con ancianos voluntarios.

En esta segunda etapa además de mantener las estrategias de análisis cualitativos, ya descritas, se emplearon técnicas de estadística descriptiva para la caracterización clínica y psicológica de los participantes en el grupo y técnicas de estadística inferencial no paramétrica (la prueba de rangos con signos de Wilcoxon) para evaluar la significación de los cambios en el dolor referido al inicio y final de la última sesión terapéutica, dedicada específicamente a probar la eficacia del MVDH para el alivio del dolor. La Tabla 1 resume los diferentes momentos de la recogida de datos, los objetivos específicos de cada etapa, los participantes y las estrategias evaluativas usadas.

Tabla 1  
Procedimientos y estrategias

Objetivo	Estrategia para la recogida de datos	Procedimientos	Participantes
1: Identificar si es necesario, y en ese caso, cuáles adaptaciones deben hacerse al MVHD para ancianos cubanos con problemas de dolor crónico.	1. Participación en cursos.	Observación participante.	Investigadora.
	2. Entrevistas estructurada a expertos (1,2).	Entrevista individual.	10 expertos. Investigadora.
	3. Entrevista grupal con ancianos (1,2).	Entrevista grupal.	30 ancianos. Investigadora.
2: Elaborar la propuesta de adaptación	1. Entrevistas no estructuradas, focalizadas a los expertos (3).	Entrevista a profundidad.	10 expertos. Investigadora.
	2. Grupo terapéutico con ancianos (3-6).	Observación participante, video y grupo focal.	12 ancianos. Investigadora.
	3. Evaluación clínico psicológica.	Revisión de H.C.	12 ancianos.
		Cuestionarios para la evaluación psicosocial del dolor. Entrevista a Psicóloga del CCSM.	Psicóloga del CCSM-Regla. Investigadora-tutora.
3: Evaluar la propuesta	1. Grupos terapéuticos (3-6).	EAV (escala categórica) para evaluar cambios en ni de dolor	12 ancianos (con cambios, sin cambios y sin dolor).
		Observación participante, video y entrevistas a los ancianos.	Investigadora.
	2. Consulta a expertos.	Entrevista. Encuesta estructurada por e-mail a expertos.	3 profesionales del CCSM-Regla. 3 expertos en el MVHD.

## Resultados

La Tabla 2 resume las principales características clínicas y psicológicas de los participantes en dicho grupo terapéutico.

El grupo de expertos estuvo compuesto por 15 profesionales (psicólogos

y médicos) a quienes se realizó tres entrevistas. Tres de ellos laboraban en el CCSM. La Tabla 3 contiene la información sociodemográfica y profesional del grupo de expertos y de los profesionales.

Se cumplen los aspectos éticos-legales imprescindibles en todo proceso investigativo partiendo del consentimiento informado (oral) de todos los participantes, el secreto profesional y protección de la intimidad de los sujetos, y la responsabilidad del investigador.

Tabla 2  
*Características clínicas y psicológicas de los participantes en el grupo terapéutico*

	Sexo	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Raza	¿Vive solo?	Diagnóstico psiquiátrico	Patología médica
1.	M	83	Viudo	jubilado	Universidad incompleta	blanca	sí	no	artrosis degenerativa, desgaste en cadera y fémur, operado de estenosis aortica-coronaria, hiperplasia prostática
2.	M	59	soltero	jubilado	Pre completo	blanca	sí	depresión, estrés	asma, dolores articulares (por estrés), alergias
3.	F	71	Viuda	jubilado	Primaria concluida	blanca	sí	depresión	dolores lumbares (dos caídas)
4.	F	80	Viuda	ama de casa	Primaria concluida	blanca	no	no	dolores musculares y dificultades visuales
5.	F	68	Viuda	jubilado	Técnico medio	blanca	sí	no	HTA, dolores de rodilla
6.	F	75	Viuda	jubilado	Primaria concluida	blanca	no	Trastorno de adaptación	dolores de rodilla
7.	F	80	Viuda	jubilado	Universitaria	negra	no	trastorno de adaptación depresivo-ansioso	neuritis óptica, cataratas aguda en ojo izquierdo, dolores articulares
8.	F	87	Viuda	jubilado	Menos de 6to grado	negra	no	no	artrosis rodilla y en la cervical
9.	F	69	soltera	jubilado	Secundaria completa	blanca	no	depresión	Parkinson, hipotiroidismo, diabetes, dolores articulares (y por las enfermedades que padece)
10.	M	71	Viudo	sereno	Secundaria incompleta	blanca	sí	no	artrosis generalizada, gota, dolor cervical
11.	F	80	divorciada	jubilado	Menos de 6to grado	blanca	sí	Depresión	HTA, dolores articulares
12.	F	78	casada	jubilado	Técnico medio	negra	no	no	Diabetes, HTA, cardiopatía isquémica, artrosis generalizada, dolores musculares



Tabla 3  
 Información sociodemográfica y profesional del grupo de expertos y de los profesionales

Expertos	Edad	Sexo	Institución	Profesión	experiencia		Estudios realizados	Hipnotizado	Motivo	Fuente de los conocimientos en hipnosis				
					Profesional	hipnosis/ ancianos				Tv	Curso	Revient	Univ.	O. lec-turas
HIPNOSIS	29	F	Hosp.	psicóloga	4	1	Lic.	si	coterapeuta	x	x			
	25	M	Hosp.	psicólogo	2	2	Lic.	si	coterapeuta	x	x			
	59	F	Univ.	psiquiatra	36	20	maestría	sí	coterapeuta	X	x	x	X	
	68	M	Hosp.	Cirujano estomatólogo	34	43	1o y 2o cirugía maxilo	si	autohipnosis	X	x	x	X	x
	70	M	Hosp.	Cirujano estomatólogo	46	30	1o cirugía maxilo	no	----	X	x	x	X	x
	54	F	Univ.	psicóloga	31	25	Doctorado	si	autohipnosis, coterapeuta, formación		x	x	X	x
	56	M	Univ.	psicólogo	33	28	Doctorado	sí	autohipnosis, coterapeuta, formación	X	x	x	X	x
	Hipnosis-ancianos	46	F	CITED	psicóloga	20	20 hip 11 anc	maestría	sí	coterapeuta	X	x	x	X
ancianos	42	F	Pol.	geriatra	18	15	maestría	no	----				por su papá (hipnoterapeuta)	
	53	M	Pol.	geriatra	28	20	especialidad	sí	ansiedad	X	x	x	x	
	42	F	Pol.	psicóloga	19	2	maestría	sí	voluntaria en un curso	X	x	x	x	
Ancianos-CCSM	44	M	CCSM	psiquiatra	5	15	maestría	no	----	X	x	x		
	47	F	CCSM	psicóloga	24	24	Lic.	sí	coterapeuta	X	x	x	x	x
CCSM-Regla	48	F	CCSM	trabajadora social	8	14	Lic.	no	----	X		x		
	46	F	CCSM	enfermera	24	8	Lic.	no	----	X				

## Resultados de las entrevistas a expertos y ancianos y de la observación participante en las diferentes etapas del proceso investigativo.

Todos los expertos entrevistados poseían una valoración positiva sobre la hipnosis, afirmaron que sería una herramienta eficaz en el trabajo con ancianos, sobre todo en ancianos que padecen dolor (queja común en esta etapa del desarrollo). Plantean las siguientes ventajas:

- Especialistas de formación médica: disminución de la polifarmacia frecuente en estas edades e inocuidad del tratamiento, al no ser tóxico o provocar reacciones adversas.
- Expertos en atención a ancianos (médicos y psicólogos): ventajas referidas a la calidad de vida de los ancianos con la consecuente atención a los estados emocionales negativos asociados a la vivencia de dolor (más destacado por los psicólogos y geriatras este último aspecto).
- Especialistas del centro: consideraron que el modelo era bueno porque le daba más opciones terapéuticas, además los ancianos se sintieron motivados para participar y funcionó como distractora para distanciarse de sus conflictos y molestias.

Por su parte, los geriatras proponen la participación de una enfermera adiestrada en la atención a ancianos y conocedora de las diferentes patologías médicas, en pos de brindarle mayor

seguridad y auxilio de ser necesario. Refuerzan la idea de dar una explicación precisa de los procedimientos con un lenguaje sencillo y claro tanto al anciano como al familiar que le acompañe (sobre todo si es su cuidador) y del control de variables ambientales adecuándolas a la vejez y sus preferencias (no barreras arquitectónicas, espacio para el desplazamiento, disminución de ruidos, etc.). Los profesionales de la institución respaldan lo afirmado por los expertos y participan como personal de apoyo en los distintos momentos de la investigación.

En las entrevistas grupales con los ancianos se concretó la caracterización sociodemográfica de la muestra viéndose que esta es mayoritariamente femenina (86.67% mujeres y 13.33% hombres), con patología médica diversa primando las enfermedades reumáticas y otros dolores osteomioarticulares sin diagnóstico (92.86%). Reciben atención psicológica o psiquiátrica 21 de ellos (70%) por trastornos afectivos fundamentalmente depresivos asociados a eventos vitales propios de la etapa (viudez, jubilación, pérdida de familiares, allegados o coetáneos). Presentan un rango de edades desde 59 hasta 88 años (desviación típica 7.6, rango 29). La escolaridad fue diversa: el 76,67% de escolaridad secundaria o inferior, el 16,67% escolaridad media superior y solo el 6,67% comenzó la universidad. Dos están laborando actualmente, el 70% se ha jubilado mientras que el resto, féminas en su totalidad, siempre han sido amas de casa.

En relación con los conocimientos sobre hipnosis, del total de los 30 ancianos, 3 tenían abundantes conocimientos acerca de esta, 6 poseían lejanas referencias de filmes o programas televisivos, el resto

no sabía en qué consistía (21 sujetos). Aquellos que la conocían tenían falsas creencias respecto a la hipnosis asociada a los mitos que valoran a la hipnosis como un estado especial o tranceático que pudiera causarles daño; o bien que la hipnosis provoca un "estado" similar al del sueño, en el que la persona muestra unas características especiales; la creencia en que la persona se convierte en un autómatas en manos del hipnotizador y que pudiera cometer actos contrarios a su voluntad (delictivos, antisociales, inmorales o que le llevan al ridículo social); y la atribución de propiedades esotéricas a la hipnosis, capaz de provocar reacciones inusuales, excepcionales y casi mágicas en las personas, ideas que se corresponden con los mitos 2, 4, 5 y 6 respectivamente, descritos por Capafons (1998b; 2009). Estos presentaron actitudes evasivas que inicialmente contagiaron al resto del grupo, poseedores de menores conocimientos. Sus saberes estaban permeados por el enfoque tradicional de la hipnosis, muy ligado a la "relajación", por lo que les resultó más complejo la asimilación de este modelo respecto a quienes ignoraban en qué consistía, los cuales, por lo general, se mostraron motivados, curiosos y colaboradores durante el resto de las sesiones.

A partir de las sesiones terapéuticas se constató la motivación por las distintas prácticas excepto el ejercicio de la *caída hacia atrás*, les resultó incomodo porque lo asociaban a sus temores de caer, o perder el equilibrio. Se apreció la influencia de la hipnosis tradicional en los que la conocían durante el entrenamiento de la autohipnosis y desarrollo de la *metáfora didáctica*. Contrario a la activación sugerida o atención expandida, entre otras

reacciones, tendieron a la somnolencia evocando imágenes relajantes.

Por lo general, fueron bien acogidos los ejercicios con empleo de imaginación, además de aquellos que se vinculasen más con sus aficiones e intereses particulares, ej: actividades de corte -costura, la jardinería, relaciones familiares, etc.

Entre las valoraciones emitidas primó la sensación de activación y la ventaja del ejercicio de autohipnosis como técnica "distractora", al permitirles distanciarse emocionalmente de sus dolores y problemas. Incluso, una abuela con problemas de hipotensión refiere que le "sube la frecuencia cardíaca" cada vez que practica la autohipnosis en el hogar y que eso era muy bueno para ella.

En relación con las sugerencias empleadas para el alivio del dolor, estas fueron por lo general breves, directas, enfocadas en la disminución del dolor (molestia) o su nulidad, induciendo la sensación de "alivio" en múltiples ocasiones, pues resultó una de las palabras más empleadas por ellos en las entrevistas e intercambios. Además, se les pidió que evocaran emociones de alegría y bienestar, y en otras ocasiones energía, capacidad, fuerza vital, como sensaciones contrarias a las derivadas comúnmente de la experiencia dolorosa.

Particularmente importante resultaba investigar la eficacia de la técnica para el alivio del dolor, por lo que en la última sesión terapéutica, se decidió evaluar los cambios en el nivel de dolor referido al inicio y final de la sesión. Se constató que cuatro personas no tenían dolor al inicio ni al final; en ningún caso se incrementó el dolor y en 6 de los 8 participantes

que tenían dolor, se produjo una reducción del mismo, lo que resultó estadísticamente significativo según la Prueba de los Rangos de Wilcoxon ( $z = -2,32$ ;  $p = 0,026$ ).

A los dos ancianos que no experimentaron la disminución del dolor se les realizó una entrevista exploratoria post-intervención. Se constató que ocurrió debido a su elevada interferencia (mecanismo de intención paradójica en un caso y la ejecución de forma equivocada, el ejercicio, en el otro caso) y no a las características del método.

Con el propósito de obtener el criterio final de los expertos respecto a la propuesta, se elaboró un *“Manual de recomendaciones para la adaptación del MVHD para el tratamiento del dolor crónico en ancianos cubanos”* con dos apéndices confeccionados como apoyo a los distintos momentos de desarrollo del mismo, que se sometió a la valoración de tres expertos quienes mostraron una elevada motivación para realizar el Modelo en base a dichas adaptaciones.

Afirman que coincide con sus criterios y que incluye aspectos que no habían pensado, pero que realmente son ciertos. Sobre la pertinencia del título, calidad de la redacción, amplitud del contenido y calidad de las recomendaciones, dan la máxima puntuación (10). En relación con su utilidad también lo aprueban, no obstante una especialista sugiere que quizás para otras edades pudiera mantenerse tal y como está estructurado el original. Coinciden en la valía del trabajo para desarrollar futuras líneas de intervención en la población cubana con dolor, basadas en el MVHD.

## Discusión

Sobre la necesidad o no de hacer modificaciones los expertos en hipnosis señalan la pertinencia de tener en cuenta que en Cuba culturalmente se asocia la hipnosis con la relajación y el sueño, valoración a tener en cuenta al introducir la hipnosis despierta por el modelo propuesto en los distintos tratamientos (Díaz, 2012). La dificultad de emplear dicho método en personas con deterioro cognitivo y la necesidad de entrenamiento y mayor tiempo de preparación al paciente y el ajuste pertinente a las limitaciones sensoriales y/o físicas especialmente en los ejercicios de evaluación de la sugestionabilidad surgiendo como propuesta el cambiar la caída hacia atrás por la “levitación del brazo”, también señalaron la factibilidad del empleo de la “inducción de pesadez en los párpados”. Sugieren trabajar en la adecuación de la Metáfora Didáctica con situaciones de la cotidianidad cubana, sobre todo propias de los Adultos Mayores y su contexto. Valoran la pertinencia de moldear las sugerencias atendiendo a las diferentes patologías y dolores específicos de cada anciano.

La presentación de la hipnosis a los ancianos cubanos debe regirse por las estipulaciones generales enunciadas por el Prof. Capafons pues dada su flexibilidad, está diseñada para tener en cuenta las diferencias individuales, así que resulta fácil de adaptar tanto para el trabajo grupal como individual con ancianos de diversas características (Capafons, 2008). Se sugiere que durante la distinción entre procesos automáticos e involuntarios se

haga mayor énfasis en la ejemplificación en actividades propias de los mayores como “tejer”, por citar algún ejemplo.

De igual forma, es recomendable que al trabajar el ejemplo del cine, en el caso particular de las féminas, pudiera cambiarse por “telenovelas”, dada la gran aceptación y preferencia de estos programas (aún mejor si se citan ejemplos o escenas concretas de las mismas). Al abordar la utilidad/ventaja del empleo de la hipnosis puede resaltarse como una forma de evitar la dependencia de fármacos, resaltando aspectos prácticos de su adquisición como que pueden resultar caros, o difíciles de adquirir (por ejemplo, las largas colas en las farmacias) más que los efectos adversos, ya que estos últimos no les parecieron muy importantes pues deben tomar medicamentos para otras dolencias.

Atendiendo a las características etáreas antes descritas, en relación con las pruebas de Sugestionabilidad Hipnótica se propone suprimir el enrollado y catalepsia ocular, efectuándose además la sustitución de la caída hacia atrás por la levitación del brazo o pesadez en los párpados (con o sin imaginación según el caso). El orden propuesto para la Evaluación de la sugestionabilidad en los ancianos es muy similar al de la técnica original (Capafons, 2008; Labrador et al., 1993) con algunas modificaciones derivadas de la necesidad de sustituir algunos ejercicios: el paso uno, balanceo postural, no varía; el dos, levitación del brazo, constituye la técnica elegida como sustituta de la caída hacia atrás (siguiendo el criterio de los expertos en hipnosis); el paso tres, pesadez en los párpados, se incluye dada la supresión del enrollado ocular, colocando en su

lugar una técnica más sencilla y de menos riesgos para los ancianos considerando las diversas afecciones oculares que estos pueden presentar; y por último, se conserva el apretón de manos, pues no presentó ningún señalamiento en el encuentro con ancianos o con los expertos.

Señalar la posibilidad de autocontrol y manejo del dolor que brinda la prueba, así como la posibilidad de extrapolar la técnica fuera del ámbito clínico e insertarla en su vida cotidiana por ejemplo realizando actividades como ver la TV u otras.

Valorar que se permita en algunos casos que peguen los brazos al cuerpo, o se muevan en cámara lenta en la caída hacia atrás pues espontáneamente tienden a realizarlo de esta manera, por miedo a las caídas y a la sensación de pérdida del control postural.

Resaltar las sugerencias de práctica y entrenamiento, así como la importancia del dominio de la técnica en pos del recuerdo sensorial (y tránsito a la autohipnosis rápida). Valorar en cada caso particular la pertinencia o no de llevar un autoregistro como mecanismo de autorregulación en función de la práctica de la técnica en el hogar, sobre todo con los ancianos con limitaciones sensoriales y/o bajo nivel escolar.

Para el desarrollo de la metáfora didáctica y al preparar al sujeto sobre lo esperado en el desarrollo de la técnica ha de tenerse en cuenta las diversas patologías coronarias que pudieran presentar, dadas las diferentes reacciones que se sugerirán. Debe valorarse en aquellos casos que tengan experiencia

previa con entrenamiento autógeno o relajación, la posibilidad de cambiar la metáfora de la creación de una balsa para el cruce del río caudaloso por la elaboración de un pequeño puente para cruzar un precipicio, pues hemos comprobado que algunos que comparten dichas experiencias presentan reacciones esperadas al modelo tradicional de hipnosis al asociar el río a la placidez y relajación. Por tanto se considera válido referirse a la meta o destino final de la metáfora asociada a la unión familiar o encuentro con coetáneos, u otro aspecto de relevancia para el sujeto que implique logro atendiendo a las particularidades de cada sujeto recogidas en la anamnesis.

Es importante referir aquellas sugerencias directas encaminadas a la sensación de anestesia y/o analgesia del dolor. Al elaborar las sugerencias relativas al dolor pueden emplearse los adjetivos descritos en el MPQ al abordar el dolor y evocar reacciones en base a sus antónimos (ej. calor ante el dolor frío o viceversa) o sea sugiriendo una sensación diferente a la percibida. Por otra parte, pueden emplearse aquellos descritos por el Prof. Capafons, la Dra. Marta Martín, el propio Jensen, u otros autores en la múltiple bibliografía especializada en el tema (Martín, 2002; Jensen, 2011; Labrador et al., 1993).

Finalmente el Modelo de Valencia de Hipnosis Despierta resulta válido para el trabajo con ancianos una vez realizadas las adaptaciones pertinentes. Para emplearlo en la atención y tratamiento psicológico a ancianos con dolor, deben realizarse modificaciones al mismo para adecuarlo a las peculiaridades del dolor en estas edades, así como a las

diferencias culturales de la población a la que esté dirigida. Se sugiere realizar adecuaciones en las técnicas de sugestionabilidad y la aplicación de la metáfora didáctica asimilando las particularidades del contexto, la edad de los destinatarios, y sus peculiaridades, conocimientos y actitudes respecto a la hipnosis.

En los ancianos cubanos pueden encontrarse concepciones y actitudes erróneas sobre la hipnosis permeados por sus saberes sobre el modelo tradicional fuertemente asociado a la relajación, pero son susceptibles de modificación mediante la adecuada presentación del modelo. Resulta relevante la interdisciplinariedad y la experiencia diversa de los especialistas para enriquecer y corroborar la pertinencia de cada modificación, unido al criterio de la práctica creadora devenido en el *Manual de recomendaciones para la adaptación del MVHD para el tratamiento del dolor crónico en ancianos cubanos*. Se recomienda el apoyo en dicho manual para la utilización eficaz del MVHD en el tratamiento al dolor crónico osteomioarticular en ancianos cubanos. Por su parte, es válida la clarificación de los mitos y creencias relacionados al envejecimiento, al dolor y a la hipnosis, por medio de cursos de capacitación dirigidos a psicólogos y otros trabajadores con ancianos y la difusión mediante los medios publicitarios datos científicos apropiados sobre la hipnosis, con la inclusión de la hipnosis activo-alerta y el modelo específico de Valencia. La inclusión del psicólogo en la atención al dolor, casi exclusiva de la atención terciaria u hospitalaria, sería un logro desde un enfoque más integral en el nivel primario de atención en salud.

# R

## Referencias

- Capafons, A. (1998a). Rapid self-hypnosis: A suggested method for self-control. *Psicoterapia*, 10(3), 571-581.
- Capafons, A. (1998b). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo conductual. *Papeles del psicólogo*, 69. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=779>
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología*, 15 (1), 77-88.
- Capafons, A. (2008). Hipnosis. En F. J. Labrador. (Ed.), *Técnicas de modificación de la conducta* (pp. 593-614). Madrid: Ediciones Pirámide, Grupo Anaya.
- Capafons, A. (2009). Diez años después de "hipnosis clínica: Una visión cognitivo-conductual". En C.M. López & E.J.R. Santos. (Eds.), *Hipnose clínica: Fundamentos e aplicações em psicologia e saúde* (pp.49-57). Portugal: Psico Soma.
- Capafons, A. (2012). *Hipnosis clínica basada en la evidencia: Modelo de Valencia de hipnosis despierta. Material para los alumnos*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Capafons, A., Espejo, B., & Cabañas, S. (2005). Creencias que pueden impedir que la hipnosis sea una técnica útil para la salud: Un estudio exploratorio con muestra cubana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 2 (2).
- Crawford, H.J., Knebel, T., Vendemia, J.M.C., Horton, J.E., & Lamas, J.R. (1999). La naturaleza de la analgesia hipnótica: Bases y evidencias neurofisiológicas. *Anales de Psicología*, 15 (1), 133-146.
- Díaz, Y. (2012). *Estructura y fiabilidad de la Escala de Valencia de Actitudes y Creencias hacia la hipnosis-cliente (EVACH-C) en la población cubana*. (Tesis inédita de Diploma). Universidad de la Habana, Cuba.
- Evans, B.J., & Burrows, G.D. (1998). *Hypnosis in Australia*. Heidelberg: The Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. Recuperado de <http://www.hypnosisaustralia.org.au/wp-content/uploads/Hypnosis%20in%20AustraliaNOV97.pdf>
- Fitzcharles, M., Lussier, D., & Shir, Y. (2010). Describen el enfoque terapéutico del dolor reumático en ancianos. Management of chronic arthritis pain in the elderly. *Drugs Aging*, 27(6), 471-490.
- Glasser, B. G. (2002). Conceptualization: On theory and theorizing using grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 1 (2), 1-31.
- Jensen, M.P. (2011). *Hypnosis for chronic pain management. Workbook*. USA: Oxford University Press.
- Labrador, F.J., Cruzado, J.A., & Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Martín, M. (2002). *La evaluación psicológica del dolor crónico: Estrategias para nuestro medio*. (Tesis doctoral inédita). Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular, Cuba.

- Martín, M. (2011). *La hipnosis en el alivio y tratamiento del dolor. Texto práctico para estudiantes y profesionales*. Valencia: Promolibro.
- Martín, M., & Lechuga, M. (2004). Factores psicosociales en el dolor en ancianos. En M. Derderian (Ed.), *Guías prácticas para el manejo del dolor en ancianos* (pp.22-31). Santiago de Chile: Merck.
- Martín, M., & Riquelme, A. (2011). Psicología y dolor. En B. Garrido & J. Yera (Eds.), *Medicina del dolor. Enfoque multidisciplinario* (en prensa).
- Mendoza, M.E., & Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: Resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo*, 30 (2), 98-116.
- Pérez, R., Cascudo, N., & Martín, M. (2010). Grandes síndromes geriátricos. En A. Riquelme, J.M. Ortigosa & M. Martín (Eds.), *Manual de Psicogerontología* (pp.249-277). Madrid: Ediciones Académicas.