

## Hipnosis como tratamiento del dolor en pacientes con fibromialgia

### *Hypnosis as a Treatment of Pain in Patients with Fibromyalgia*

Maribel Quirós Ramírez

Asociación Acción Cristiana para la Guácima, Costa Rica

#### Resumen

La fibromialgia es un conjunto de síntomas diversos de etiología aún incierta, sin embargo, su común denominador, el dolor crónico generalizado de los músculos, ataca de forma impredecible con una variable duración e intensidad, el cual llega muchas veces a ser discapacitante. Actualmente, la medicación resulta insuficiente, por lo que se requiere un abordaje interdisciplinario en el cual la hipnosis representa una opción prometedora. Esta investigación muestra los resultados obtenidos en un taller constituido por ocho sesiones en el que se utilizó la hipnosis en la disminución del dolor, bajo un enfoque cognitivo-conductual, a un grupo de seis personas diagnosticadas de fibromialgia de la ciudad de Heredia, Costa Rica. Cada sesión fue estructurada en dos partes: una didáctica y otra orientada a la práctica de la hipnosis y la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales. Se entregaron dos discos compactos, uno con sugerencias de seguridad y autocontrol y otro de disociación y disminución en la percepción del dolor. Antes y después del programa, se aplicó el Cuestionario de Dolor de McGill, Escala Analógica Visual, la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de la Depresión de Beck. Los resultados develan una disminución significativa del dolor, así como un nivel muy bajo de ansiedad y la desaparición total de la depresión que presentaron cinco de las participantes al inicio del programa.

*Palabras clave:* fibromialgia, dolor crónico, hipnosis, enfoque cognitivo conductual

#### Abstract

Fibromyalgia is a diverse set of symptoms of still uncertain etiology, however, their common denominator is chronic widespread muscle pain, with unpredictable attacks of variable duration and intensity, which often become disabling. Currently, medication is inadequate, so an interdisciplinary approach is required in which hypnosis is a very promising option. This research shows the results of a workshop consisting of eight sessions in which hypnosis was used in pain reduction, under a cognitive behavioral approach, with a group of eight individuals diagnosed with fibromyalgia in the city of Heredia, Costa Rica. Each session was structured in two parts: the first, didactic, and the second, a practice-oriented application of hypnosis and cognitive behavioral techniques. Two CD's were delivered, one with suggestions for security and self-control and the other on dissociation and decreased pain perception. Before and after the program, the participants were given the McGill Pain Questionnaire, Visual Analogue Scale, the Hamilton Anxiety Scale and Beck's Depression Inventory. The results reveal a significant decrease in pain and a very low level of anxiety, as well as the complete disappearance of the depression that five of the participants were undergoing at the start of the program.

*Keywords:* Fibromyalgia, chronic pain, hypnosis, cognitive behavioral therapy

---

Maribel Quirós Ramírez, Asociación Acción Cristiana para la Guácima, Alajuela, Costa Rica.  
Maribel Quirós Ramírez, se encuentra actualmente en los servicios de Psicología de la organización RENACE, Monterrey, México.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Maribel Quirós Ramírez, dirección electrónica: [mquirosra@gmail.com](mailto:mquirosra@gmail.com)

La fibromialgia (FM) es un conjunto de síntomas diversos de etiología aún incierta, sin embargo, su común denominador es el dolor crónico generalizado de los músculos que emerge de manera impredecible y con una variable duración e intensidad. Este dolor afecta, principalmente, los hombros, el cuello, las caderas, las piernas y los brazos. El paciente con esta condición presenta agotamiento continuo y su dolor puede ser incapacitante (Martínez, González y Crespo, 2003).

Además del dolor y agotamiento, característico de esta condición, los pacientes pueden manifestar una diversidad de síntomas, tales como rigidez muscular (ante cambios de temperatura), dolores de cabeza o de cara, trastornos del sueño (sueño no reparador), falta de concentración, problemas de memoria, malestar estomacal, estreñimiento o diarrea, vejiga irritada (urgencia a orinar), parestesias, dolores de pecho, mareos, hipersensibilidad a la luz, al ruido y a los olores, manos y pies fríos, depresión y ansiedad (*National Fibromyalgia Partnerships, Inc.*, 2001).

Por la multiplicidad de síntomas de este padecimiento, su diagnóstico puede confundirse con otras condiciones reumáticas como la artritis reumatoide o el síndrome de fatiga crónica. Además de un diagnóstico diferencial, se hace necesario aplicar la técnica de una presión de cuatro kilogramos sobre 18 puntos sensibles determinados (Harris et al., 2006). Según estos autores, se diagnostica la presencia del síndrome cuando el/la paciente reporta dolor en once o más de estos puntos por un periodo de, al menos, tres meses. Al mismo tiempo, enfatizan que el diagnóstico de otras enfermedades no excluye el de fibromialgia (Arnold, 2009).

Existen investigaciones que vinculan este padecimiento con alteraciones en el sistema nervioso central. Estas alteraciones pueden influir en el aumento de la sensibilidad de los nervios al dolor que provoca una disminución en el umbral. Hudson, Arnold, Keck, Auchenbach y Pope (2004) compararon en su investigación 533 familiares de personas con fibromialgia con 272 familiares de pacientes con artritis reumatoidea; los hallazgos revelaron que el primer grupo presentó una mayor incidencia en el número de puntos sensibles y un umbral del dolor menor.

También, se ha comprobado que estos pacientes presentan un patrón de hiperactividad del sistema nervioso simpático durante las 24 horas que tiende a alterarse durante las horas del sueño (Martínez-Lavín, Hermosillo, Rosas & Soto, 1998). Otros estudios señalan la posibilidad de factores genéticos.

Cabe destacar que las personas con este padecimiento, en su mayoría, comparten historias de maltrato físico, psicológico y abuso sexual durante su niñez, concomitante con roles de adulto caracterizados por excesivas responsabilidades y trabajo desde edades muy tempranas (Barrera Villalpando, Cortés Sotres, Guerrero Menning & Aguirre González,

2005). La fibromialgia no es progresiva, ni conlleva algún daño orgánico a futuro, sin embargo, el entorno social de las personas con esta patología se ve afectado de tal forma que potencia sus síntomas (Rivera et al., 2006).

En Costa Rica, no se ha realizado un estudio epidemiológico que permita determinar la población general afectada por esta enfermedad, no obstante, esta condición se encuentra dentro de las patologías más frecuentes del país. Este síndrome se ha tornado un problema de salud pública importante, no solo por el alto costo en la atención médica y fármacos, sino también, porque afecta de manera significativa el ámbito familiar, laboral y social de la persona (Centro de Desarrollo Estratégico en Salud y Seguridad Social/Caja Costarricense del Seguro Social, 2010). En la actualidad, no existe un medicamento farmacológico para tratar directamente esta condición; lo que se prescribe son analgésicos (tramadol, paracetamol), ansiolíticos (fluoxetina, alprazolam), antidepresivos (amitriptilina, fluoxetina) y antiinflamatorios para contrarrestar su diversa sintomatología (Rigg Brenes & Calvo Tenorio, 2010).

### **La fibromialgia y el enfoque cognitivo-conductual**

Jara, Rivera y Zamora (2003), en su investigación realizada en Costa Rica, muestran el impacto de los estados emocionales en la conducta de las pacientes al darse tratamiento a su sintomatología afectiva desde un enfoque cognitivo-conductual. Ellos reportan resultados satisfactorios en mujeres con un rango de edades entre 35 a 65 años diagnosticadas con fibromialgia.

En la Universidad Católica de Costa Rica, Quesada (2006) realizó un tratamiento cognitivo-conductual dirigido al manejo del estrés en un grupo de mujeres con diagnóstico de fibromialgia, en el cual logró una disminución tanto en frecuencia como en intensidad de las crisis de dolor asociadas a la sintomatología. En la misma universidad, Durán (2006) elaboró un manual de tratamiento cognitivo-conductual para la atención a mujeres diagnosticadas con fibromialgia primaria dirigido a profesionales en Psicología. El manual enfatiza en los factores psicológicos básicos relacionados con esta patología y las principales necesidades de intervención psicológica.

En el año 2007, Valenciano y Garrido realizaron un estudio en la Universidad Católica de Costa Rica con mujeres diagnosticadas con fibromialgia que reveló que los niveles de estrés son mayores en comparación con los de depresión. Las autoras corroboraron el papel predominante del estrés en esta patología, por lo que entre las recomendaciones figuró la implementación de medidas terapéuticas como la terapia racional emotiva conductual.

Estos antecedentes muestran las diferentes intervenciones terapéuticas utilizadas y recomendaciones propuestas para tratar diversas sintomatologías de esta condición en Costa

Rica, no obstante, hasta el momento no existe una propuesta terapéutica para el tratamiento de la percepción del dolor crónico.

### **Fibromialgia, percepción del dolor crónico e hipnosis**

En España y México ya existen estudios de tratamiento para el dolor de pacientes con fibromialgia que aportan una esperanza para esta población. En el año 2009, el *American Journal of Clinical Hypnosis* publicó un reporte sobre la efectividad del tratamiento en la remisión total de los síntomas en cuatro mujeres diagnosticadas con FM y tratadas con hipnosis ericksoniana en España (Cuadros y Vargas, 2009). En México, se realizaron intervenciones con hipnosis ericksoniana para tratar el dolor en estos pacientes en que los hallazgos demostraron una reducción significativa en el número de puntos dolorosos (Álvarez-Nemegyei, Negreiros-Castillo, Nuño-Gutiérrez, Álvarez-Berzunza y Alcocer-Martínez, 2007).

La hipnosis constituye una de las áreas de aplicación que presenta mayor evidencia empírica de su eficacia en el manejo integral del dolor, ya sea crónico o agudo (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson, 2000). Tanto el reconocimiento del *National Institute of Technology Assessment Panel Report* (1996) como el meta-análisis de Montgomery, DuHamel y Redd (2000) revelan la efectividad de esta herramienta en el manejo del dolor y apoyan su consideración como un tratamiento eficaz, bien establecido y empíricamente validado.

Científicamente, se han llevado a cabo estudios para explicar el alcance de la hipnosis como herramienta en la terapia del dolor. En un intento de aclarar los mecanismos cerebrales que se encuentran detrás de la analgesia hipnótica, se midió y comparó el flujo de sangre cerebral regional con tomografía de emisión de positrones en pacientes con fibromialgia durante analgesia hipnótico-inducida y en estado relajado de pacientes (despiertos). De acuerdo con los resultados, los pacientes con hipnosis experimentaron menos dolor que el grupo de descanso y el flujo de la sangre del cerebro aumentó bilateralmente en las cortezas orbito-frontal y subcalloso cingular, el tálamo derecho y en la corteza parietal inferior izquierda y disminuyó bilateralmente en la corteza cingular. Entre los hallazgos destacaron la naturaleza multifactorial que se observa en la analgesia hipnótica en los flujos de sangre con una interacción entre la dinámica cortical y subcortical del cerebro (Wik, Fischer, Bragée, Finer y Fredrikson, 1999).

En el año 2007, se realizaron investigaciones del efecto de la sugestión hipnótica sobre el dolor fibromiálgico en que indicaron que la analgesia hipnótica tuvo mayor efecto sobre la percepción de la intensidad del dolor y la dimensión sensorial del dolor que la hipnosis seguida de propuestas de relajación (Castel, Pérez, Sala, Padrol y Rull, 2007).

### **Fibromialgia, evaluación del dolor y terapia cognitiva-conductual**

El efecto de la terapia cognitiva-conductual en el manejo de pacientes con fibromialgia se ha visto igualmente beneficioso. Este enfoque se ha incluido en el listado de tratamientos psicológicos basados en la evidencia asociado a enfermedades reumatológicas por la Asociación Americana para el Dolor (Chambless et al., 1998).

La terapia cognitiva-conductual basa su fundamento en tres tesis: la primera se refiere a los esquemas de pensamiento desadaptativos que influyen de forma patológica en el procesamiento y elaboración de la información. La segunda alude a las distorsiones cognitivas que se manifiestan por medio de pensamientos automáticos e imaginación consciente. La última señala que estos esquemas distorsionados pueden analizarse de forma lógica, consciente para lograr una reestructuración más adaptativa (Semerari, 2002).

La teoría de la compuerta del dolor (Melzack y Wall, 1965) destaca que la experiencia del dolor obedece a la interrelación tanto de factores cognitivo-evaluativos como motivacional-afectivos con los procesos fisiológicos. Por lo tanto, la forma de pensar de una persona acerca del dolor puede influir en su magnitud, como también puede verse afectado por situaciones personales y aspectos ambientales.

La reestructuración cognitiva se basa en la premisa de controlar y desactivar determinados esquemas de pensamiento para restaurar funciones adaptativas al identificar distorsiones de pensamiento y reestructurarlas (Oblitas, 2009). Este método terapéutico tiene como objetivo principal modificar la forma en que los/las pacientes evalúan el dolor. Investigaciones al respecto comprobaron la asociación directa entre catastrofismo y discapacidad, es decir, entre mayor gama de ideas catastrofistas, mayor intensidad del dolor y, por ende, mayor discapacidad (Bishop, Ferraro y Borowiak, 2001; Buer y Linton, 2002).

### **Fibromialgia y hipnoterapia cognitiva-conductual**

En un meta-análisis realizado sobre 18 estudios en los que se comparó la terapia cognitivo-conductual con la complementada con la hipnosis, los resultados indican que la adición de la hipnosis mejora sustancialmente el tratamiento. Según los resultados de esta investigación, el cliente promedio de recepción de la hipnoterapia cognitiva-conductual mostró una mejoría promedio del 70% sobre los clientes que recibieron terapia cognitivo-conductual no hipnótica (Kirsch, Montgomery y Sapirstein, 1995). En un estudio del Instituto de Reumatología de Barcelona, en el cual participaron 75 pacientes diagnosticados con fibromialgia, los resultados de esta terapia con hipnosis evidenciaron una mejoría del cuadro clínico de los participantes aunado a un mejor afrontamiento del estrés (Martínez Pintor et al., 2006).

En cuanto al tratamiento psicológico, en Costa Rica se han aplicado algunas terapias como la cognitiva-conductual, sin embargo, el tratamiento del dolor crónico ha sido escasamente explorado dentro de la terapia. Por esta razón, este trabajo se enfoca en mostrar la relación de la efectividad en la aplicación de la hipnosis en la disminución de la percepción del dolor en pacientes con fibromialgia.

La intervención psicoterapéutica a través de la hipnosis permite cambios importantes a nivel cognitivo, físico y de conducta que convergen en una gran receptividad a la sugestión (Yapko, 2001). La hipnosis permite que la persona entre en una fase psico-fisiológico diferente del estado de vigilia normal caracterizado por un lapso de concentración interna y plena y profunda relajación bajo la guía de otra persona, en este caso el/la terapeuta.

La presente investigación busca demostrar la efectividad de la hipnosis, asociada a un enfoque cognitivo-conductual, en la disminución de la percepción del dolor de pacientes con fibromialgia.

## Método

Para valorar la hipnosis como una posibilidad de tratamiento del dolor en pacientes diagnosticados con fibromialgia, la presente investigación emplea la propuesta de los métodos mixtos (*Mixed Methods Procedures*, Delgado y Gutiérrez, 1999; Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2006) al utilizar instrumentos cualitativos para conocer y evaluar diversos aspectos implicados en la percepción del dolor (creencias, emociones, conductas de las pacientes) e instrumentos cuantitativos o de medición para identificar el grado de percepción del dolor ocasionado por el síndrome. Sin embargo, debido a factores de tiempo y espacio, una limitante del presente estudio fue que no incluyó un grupo control.

## Participantes

La terapia se efectuó en la ciudad de Heredia, Costa Rica, bajo la modalidad de un taller de ocho sesiones grupales con un grupo de, inicialmente, ocho mujeres entre 50 y 72 años, quienes, como criterio de inclusión, habían sido diagnosticadas con fibromialgia. El grupo fue elegido de una lista de personas con diagnóstico de fibromialgia proporcionada por la clínica de atención primaria de la ciudad Los Lagos de Heredia en Costa Rica. En las primeras semanas, dos de las participantes tuvieron que ser excluidas debido a problemas particulares en su salud, por lo que la totalidad del programa se llevó a cabo con un grupo de seis mujeres. Estas seis mujeres pertenecieron, también, al Programa de Adulto Mayor de la Clínica CEDCAS de Los Lagos de Heredia, institución que otorgó el permiso para tratar a estas pacientes y prestó un espacio en sus instalaciones para llevarlo a cabo.

Se les comunicó a las participantes en la convocatoria que el taller estaba enfocado al manejo del control del dolor con diferentes herramientas terapéuticas y, específicamente, la hipnosis y su efectividad, un espacio para desligarse de la rutina en un ambiente cálido y de confianza y que se les iba enseñar herramientas para enfrentar sus dolencias y un mayor conocimiento sobre su enfermedad. Las mujeres accedieron a participar de manera voluntaria.

## **Instrumentos**

### **Cuantitativos**

Se utilizaron tres instrumentos cuantitativos: el Cuestionario de Dolor de McGill en su versión corta, la Escala Analógica Visual y la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, que se describen a continuación.

El *Cuestionario de Dolor de McGill*, en su versión corta. El cuestionario en su versión original (*McGill Pain Questionnaire*, MPQ, Melzack y Torgerson, 1971) fue elaborado para el estudio del dolor y publicado por Melzack en el año 1975. El MPQ fue utilizado en más de 350 investigaciones de dolor y traducido en diferentes idiomas (Melzack y Katz, 1999). Actualmente, la versión abreviada del MPQ (*short form*, SF-MPQ) se ha mostrado, al igual que la versión original, sensible a los efectos de los tratamientos y ha demostrado validez factorial (Melzack, 1987). Se compone de dos factores con 15 descriptores verbales (11 sensoriales y 4 afectivos) que identifican los componentes sensoriales y afectivos del dolor y que son valorados por medio de la Escala Analógica Visual desarrollado por Melzack.

La *Escala Analógica Visual* (EVA, Melzack, 1975, adaptado al español por Lázaro, Bosch, Torrubia & Banos, 1994) originalmente de diez puntos, fue convertida para el presente estudio en una escala de cinco puntos (0 = *nada*, 1 = *levemente*, 2 = *moderadamente*, 3 = *muchísimo*, 4 = *demasiado* y 5 = *incapacitante*) que resultó más fácil para este grupo de mujeres al responder con mayor precisión a la puntuación reducida. Esta escala se utilizó como instrumento de valoración de presencia del dolor en las participantes.

La *Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton* (*Hamilton Anxiety Rating Scale*), elaborada y validada por Hamilton en 1959, contenía en su inicio 15 descriptores, que, posteriormente, cuatro de ellos fueron unificados en dos, quedando en 13 descriptores. En el año 1969, el descriptor *síntomas somáticos generales* fue segmentado en dos: *somáticos musculares* y *somáticos sensoriales*, de este modo la escala quedó en 14 descriptores. Cada uno de estos descriptores presenta una puntuación de 0 a 4 que explora el nivel de ansiedad, tensión y sintomatología somática. El instrumento fue validado por Lobo et al. (2002). Se aplicó la versión española realizada por Carrobbles, Costa, Del Ser y Bartolomé (1986), la cual es la más utilizada en la actualidad.

### **Cualitativos**

Se utilizaron cuatro instrumentos cualitativos: la entrevista para pacientes con fibromialgia, el Inventario de Depresión de Beck, un test de evaluación final y dos discos compactos para la relajación.

La *entrevista para pacientes con fibromialgia* semiestructurada enfocada a conocer aspectos clínicos y la historia relevante de cada paciente. Recopila información referente a datos personales (nombre, edad, estado civil, estudios, situación familiar), la historia médica (padecimientos, cirugías, alteraciones del sueño, inicio de la sintomatología de FM, diagnóstico, patrón de desarrollo de los episodios, antecedentes, uso de medicación), la historia personal relevante (acontecimientos estresantes previos al desencadenamiento del síndrome, desintegración familiar, duelos, accidentes, si hubo alguna historia de abuso o algún otro aspecto importante que dejó una huella en la historia de vida) y la historia psicológica referente a la presencia de antecedentes psicopatológicos (Getto, Heaton y Lehman, 1983; Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2003).

El *Inventario de la Depresión de Beck* (*Beck Depression Inventory, BDI-II*, Beck, 1996) es uno de los instrumentos más utilizados a nivel clínico para valorar la depresión, compuesto por 21 descriptores que evalúan los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. El contenido de esta prueba enfatiza en el componente cognitivo de la depresión, que son representados con 15 descriptores y siendo los síntomas de tipo somático constituyen el segundo bloque de mayor peso representado por seis rubros de sintomatología somática (Beck, 1996). Dentro de las escalas de depresión, esta escala es la que presenta mayor número de descriptores cognitivos, lo cual está fundamentado con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. El test fue adaptado y validado al castellano por Conde y Useros (1975).

El *test de evaluación final* consistió en la formulación de tres preguntas a las participantes, en que se les solicitó su opinión respecto al impacto de la terapia (antes y después). Las preguntas recogieron información sobre la utilidad de las técnicas enseñadas y su impresión sobre el programa de tratamiento.

El *diario de control del dolor*, cuya aplicación data del año 1973 y se estima que Fordyce y colaboradores fueron los primeros en utilizarlo y que se ha convertido en una herramienta de evaluación ampliamente utilizada por los clínicos (Fordyce, 1976, citado en Miró, 2003). Este procedimiento recolecta información referente a las características del dolor (intensidad, hora del día), concatenado con acontecimientos específicos como el tipo de actividad realizada. El diario identifica pautas o patrones de intensidad y fluctuaciones del dolor y permite al paciente explorar su causa (Miró, 2003).



Dos *discos compactos*: el primer CD contenía una relajación y visualización de un lugar seguro y el segundo un ejercicio de hipnosis orientado en la sintomatología del dolor, con sugerencias de disminución en su forma, color y dimensión.

Para la validación de los instrumentos se contó con la asesoría de la Facultad de Psicología de la Universidad de Iberoamérica de Costa Rica.

### **Procedimiento**

La terapia inició el 29 de setiembre del 2010 y finalizó el 17 de noviembre de ese año. Se realizaron un total de ocho sesiones grupales con una duración promedio de dos horas y media. Cada sesión se estructuró en dos partes: una didáctica y una orientada a la práctica de los conocimientos adquiridos, acompañada con un ejercicio práctico de la hipnosis. Una semana antes de iniciar, se les pidió a las participantes el consentimiento firmado y se procedió a la entrevista individual. En esta ocasión y una vez más al terminar el taller, se aplicaron las pruebas cuantitativas (Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, Cuestionario de Dolor de McGill, Escala Analógica Visual) y el Inventario de la Depresión de Beck.

El diario de control del dolor se aplicó a partir de la segunda semana del taller. A cada participante se le entregó una hoja con una escala de 1 a 5 para registrar la percepción de la intensidad del dolor, la fecha, su localización, la hora del día y factores situacionales (lugar, pensamientos, sintomatología, tipo de actividad, si se encuentra sola o acompañada y si está acompañada, cómo reacciona la persona que está junto a ella). A cada participante se le asignó realizar diariamente al menos dos registros en el diario (mañana y tarde), tanto si tenía dolor como si no lo había experimentado.

Semanalmente, antes de iniciar la sesión, se tomaba nota del registro realizado por las participantes y se hacía retroalimentación. Para evaluar la percepción del dolor de cada participante en el registro del dolor para el presente trabajo, se tomó el valor de la escala registrada diariamente y se promedió entre el número de días reportado semanalmente. En la segunda y tercera sesión se entregaron los discos compactos con los ejercicios para facilitar hábitos rutinarios en el empleo de la hipnosis. La tabla 1 describe los contenidos trabajados en cada sesión.

Tabla 1  
*Cronograma de las sesiones terapéuticas*

Sesión	Objetivo	Actividades
1	Encuadre. Propósito y metodología del taller.	Dinámica de presentación. Explicación sobre las herramientas del taller: hipnosis y enfoque cognitivo conductual, su propósito e importancia. Información sobre la estructura de las sesiones y su duración. Ejercicio práctico de relajación. Tarea para la casa.
2	Información sobre la enfermedad. Ejercicio de hipnosis.	Revisión de tarea. Exposición sobre fibromialgia. Explicación sobre la respiración vía diafragmática y su importancia. Ejercicio de hipnosis. Técnica de relajación y visualización a lugar seguro (primer CD), incorporar dentro de su rutina (escucharlo mín. 2 veces al día). Entrega fólder con hojas de diario de control del dolor (registro del control semanal).
3	Identificar potenciales estresores y su relación con el dolor. Técnicas de reestructuración cognitiva.	Revisión de la tarea. Explicación de los elementos que integran el dolor (nocicepción, dolor sensorial, sufrimiento y comportamiento del dolor) y su relación con los potenciales estresores que lo desencadenan (papel de las cogniciones y emociones). Se trabaja con la identificación de distorsiones cognitivas: hipergeneralización, pensamiento polarizado, catastrofismo, falacias de control, entre otros. Práctica de ejercicio de hipnosis orientado a la disminución del dolor (segundo CD). Tarea "Control diario del dolor".
4	Reforzar técnicas de reestructuración cognitiva.	Revisar la tarea. Fase educativa (cognitiva): identificación de pensamientos distorsionados y su reestructuración y luego se complementa con práctica. Ejercicio práctico: Hipnosis enfocada en disminución del dolor. Designación de tarea para la casa.
5	Enseñar técnica de parada de pensamiento y explorar problemas de insomnio. Realizar ejercicio de hipnosis.	Revisión de la tarea. Práctica: técnica de parada de pensamiento por medio de actividades como la distracción y la sustitución a pensamientos positivos. Exploración sobre problemas de insomnio. Aplicación de hipnosis y sugerencias poshipnóticas. Tarea para la casa.
6	Enseñar estrategias de afrontamiento para contrarrestar el insomnio.	Revisión de la tarea. Estrategias de afrontamiento para contrarrestar el insomnio. Ejercicio de hipnosis. Tarea para la casa.

---

7	Integración de herramientas aprendidas. Exposición sobre solución de problemas y ejercicio práctico. Tarea para la casa: Evaluación sobre el trabajo realizado en el taller y los logros alcanzados.	Revisión de la tarea. Dinámica de integración de las estrategias vistas durante las sesiones anteriores. Exposición sobre pasos por seguir para la solución de problemas y ejercicio práctico. Ejercicio de hipnosis. Se entrega hoja para evaluar el trabajo realizado.
8	Evaluar el proceso terapéutico. Retroalimentación de las pacientes. Consejos seguimiento del control del programa. Aplicar test de Depresión, Escala de percepción del dolor y cuestionario de ansiedad. Cierre del proceso terapéutico.	Comentarios sobre el proceso. Recomendaciones acerca del seguimiento en el control de la sintomatología. Se pasan los test de depresión, escala de percepción del dolor y cuestionario de ansiedad y un cuestionario de evaluación final, a fin de evaluar el proceso terapéutico.

---

## Resultados

La tabla 2 presenta la información del grupo de participantes: el grupo consistió de seis mujeres entre 50-72 años, todas vivieron en el cantón de Heredia de Costa Rica y fueron personas de bajos recursos. Cuatro de las seis participantes no había terminado su educación secundaria y todas se dedicaron en el momento de la entrevista al trabajo doméstico del hogar. Una de las integrantes vivió sola. A continuación, las participantes del taller se identifican con sus iniciales seguido de una numeración para su mejor reconocimiento en el texto.

**Tabla 2**  
*Registro de las participantes*

Iniciales (número)	Edad	Residencia, Cantón de	N.º de hijos/as	Ocupación	Educación	Personas con que habita	Asistencia a sesiones
O.C. (1)	50	Los Lagos	7	Ama de casa	Secundaria incompleta	4 hijos	8
M.C. (2)	60	Guararí	2	Ama de casa	Primaria incompleta	esposo e hijo	7
E.M. (3)	72	Guararí	7	Ama de casa	Primaria incompleta	nieta adulta	8
H.P. (4)	66	Los Lagos	3	Pensionada	Secundaria incompleta	esposo	7
F.V. (5)	69	Guararí	1	Pensionada	Bachillerato	ninguna	8
A.M. (5)	57	La Granada	4	Ama de casa	Bachillerato	esposo y 3 hijas	8

---

### **Resultados del diario semanal de dolor**

La tabla 3 muestra los resultados del diario semanal de la intensidad del dolor y sus porcentajes de disminución con respecto a los resultados de la aplicación inicial del Cuestionario de Dolor de McGill una semana antes de comenzar el taller. La tabla 3 muestra que, a partir de la tercera semana, se presentó una disminución general en la percepción del dolor en cinco participantes (entre 20-25%), a excepción de M.C. (2), quien reportó mejoría hasta la cuarta semana.

En la cuarta semana, todas las participantes reportaron mejoría entre un 20-50% respecto a la aplicación inicial. En la quinta semana, se observa una tendencia ascendente en la disminución general de la percepción del dolor respecto a la aplicación inicial en dos participantes (O.C., 1 y M.C., 2), ambas disminuyeron su dolor de un 20% a un 40%, tres participantes se mantuvieron estable respecto a la semana anterior entre un 20% y un 50%, mientras F.V. (5) retrocedió a su valor inicial (de un 20% a un 0%).

En la sexta semana, la tendencia en la disminución general de la percepción del dolor ascendió en todas las participantes entre un 40% hasta un 80% respecto a la aplicación inicial del Cuestionario de Dolor de McGill. Cuatro de las participantes mantuvieron su valor de disminución en la percepción del dolor hasta el final del taller (sesión ocho): de ellas, dos (E.M., 3 y F.V., 5) disminuyeron en la percepción de su dolor en un 40%, A.M. (6) en un 75% y H.P. (4) en un 80%. Las otras dos participantes disminuyeron en su percepción del dolor de un 40% a un 60% y una de ellas, la participante O.C. (1) disminuyó en la séptima semana de un 60% a un 80% y se mantuvo estable en la octava semana, mientras la participante M.C. (2) bajó su valor de un 60% a un 40% en la semana siete y aumentó este valor nuevamente a un 60% en la octava semana. El resultado del diario semanal de dolor muestra valores finales de disminución de dolor durante las ocho sesiones del taller en todas las participantes entre un 40% hasta un 80%.

Tabla 3

*Diario semanal de la intensidad del dolor y sus porcentajes de disminución con respecto a los resultados de la aplicación inicial del Cuestionario McGill*

Participante	Test	Semana															
	inicial	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII	
	UD	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%	UD	%
O.C. (1)	5	5	0	5	0	4	20	4	20	3	40	2	60	1	80	1	80
H.P. (4)	5	5	0	5	0	4	20	3	40	3	40	1	80	1	80	1	80
A.M. (6)	4	4	0	4	0	3	25	2	50	2	50	1	75	1	75	1	75
M.C. (2)	5	5	0	5	0	5	0	4	20	3	40	2	60	3	40	2	60
E.M. (3)	5	5	0	5	0	4	20	4	20	4	20	3	40	3	40	3	40
F.V. (5)	5	5	0	5	0	4	20	4	20	5	-	3	40	3	40	3	40

*Nota:* UD = Umbral de dolor.

### Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton

En cuanto a los resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton, la tabla 4 muestra que los estados de ansiedad reportados por todas las seis participantes al inicio del programa fueron superiores a los 15 puntos (entre 23-38 puntos), lo cual la escala designa como un estado de ansiedad *mayor*. En la aplicación final de la escala, cuatro de las participantes presentaron un estado de ansiedad menor a 15 puntos (7-13), que se traduce a un porcentaje de disminución entre un 43-76% y se designa como un estado de ansiedad *menor* en la escala. Dos de las participantes (F.V., 5, y M.C., 2) reportaron en el segundo test todavía un nivel de ansiedad *mayor* (19 y 29 puntos), sin embargo, estos valores correspondieron a una disminución de la ansiedad de un 44% y un 24%, respectivamente, en relación con la medición inicial. Al finalizar el programa, todas las participantes reportaron un descenso significativo en los niveles de ansiedad entre un 24% hasta un 76%.

Tabla 4

*Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton y sus porcentajes de disminución (primer y último día)*

Participante	Test I		Test II		%
	Valor	Nivel de ansiedad	Valor	Nivel de ansiedad	
H.P. (4)	29	mayor	7	menor	76
O.C. (1)	34	mayor	8	menor	76
A.M. (6)	25	mayor	11	menor	56
E.M. (3)	23	mayor	13	menor	43
F.V. (5)	34	mayor	19	mayor	44
M.C. (2)	38	mayor	29	mayor	24

La figura 1 muestra los resultados de los valores de ansiedad del primer test y del último test de la Escala de Ansiedad de Hamilton. La figura organiza las participantes en orden descendiente de menor a mayor ansiedad en la segunda aplicación del test.

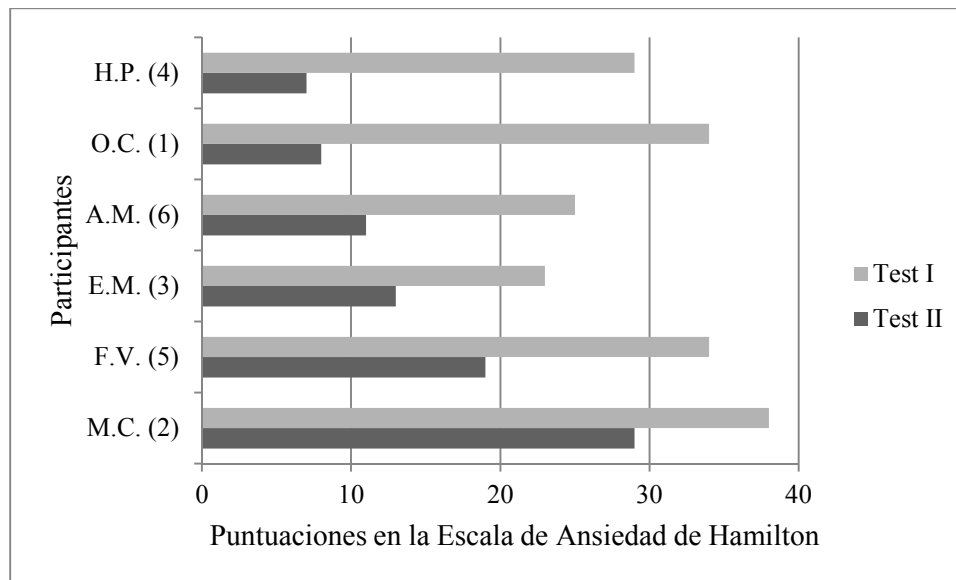


Figura 1. Resultados de la Escala de Ansiedad de Hamilton: primera y última aplicación.

### Resultados del Inventario de Depresión de Beck

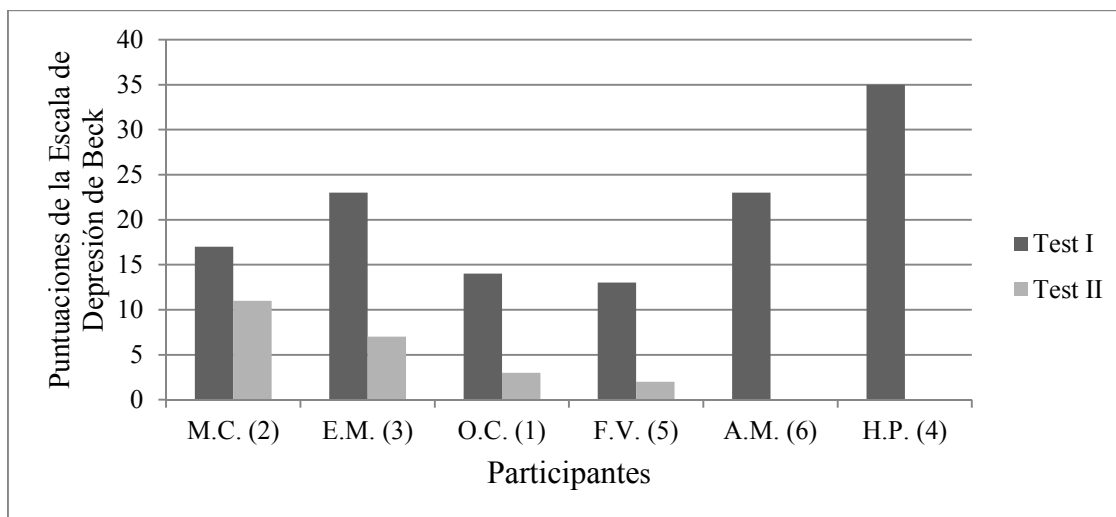
En cuanto a la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, el primer test muestra que todas las participantes presentaron un grado de depresión de *leve* hasta *grave* con una puntuación entre 13-35 puntos. Al finalizar la terapia, cinco de las participantes habían superado su depresión con valores entre 0-7 puntos que indicó una mejora respecto al valor inicial de un 70%-100%. La sexta participante, al finalizar la terapia, registró todavía un valor de 11 puntos, calificada como depresión leve, sin embargo, esta participante tuvo una mejoría de un 35% respecto a su valor inicial. Conviene destacar que dos de las participantes (H.P., 4 y A.M., 6) superaron su nivel depresivo grave y moderado en un 100%.

Tabla 5

*Resultados del Inventario de Depresión de Beck y sus porcentajes de disminución*

Participante	Test I		Test II		%
	Valor	Nivel depresivo	Valor	Nivel depresivo	
H.P. (4)	35	grave	0	-	100
A.M. (6)	23	moderado	0	-	100
F.V. (5)	13	leve	2	-	85
O.C. (1)	14	leve	3	-	79
E.M. (3)	23	moderado	7	-	70
M.C. (2)	17	leve	11	leve	35

La figura 2 muestra los resultados de las aplicaciones, tanto inicial como última del Inventario de Depresión de Beck. El orden de las participantes se muestra según el valor del segundo test y descendiente en el grado de depresión.



*Figura 2. Resultados del Inventario de Depresión de Beck: primera y última aplicación.*



### Resultados del Cuestionario de Dolor de McGill

De acuerdo con los resultados de la aplicación del Cuestionario de Dolor de McGill, la tabla 6 muestra que al inicio de la terapia, cinco de las participantes reportaron un umbral de dolor superior (5 puntos de la escala). Al finalizar el programa, se refleja una mejoría a nivel grupal en la disminución general del dolor que oscila entre un 40-80%.

Tabla 6

*Resultados del Cuestionario de Dolor de McGill y porcentaje de disminución del dolor (primera y última aplicación)*

Participante	Test I	Test II	%
O.C. (1)	5	1	80
A.M. (6)	4	1	75
E.M. (3)	5	2	60
H.P. (4)	5	2	60
F.V. (5)	5	3	40
M.C. (2)	5	3	40

La figura 3 visualiza los cambios entre la primera y la última aplicación del Cuestionario del Dolor de McGill. El orden de las participantes es presentado descendiente de menor a mayor dolor en el segundo test.

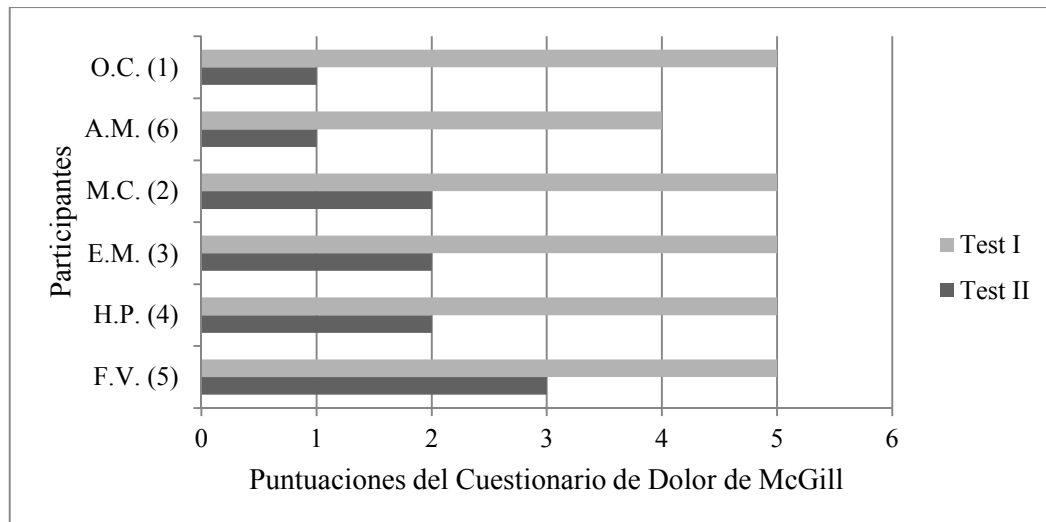


Figura 3. Resultados del Cuestionario del Dolor de McGill: primera y última aplicación.

### **Comentarios de las participantes**

Cabe destacar que la participante A.M. (6) pasó en la escala de percepción del dolor de un inicial cuatro a uno. Esta participante comentó que había dejado su medicamento, ya que “me siento más tranquila y con mucho menos dolores”. Sin embargo, desde el inicio de la terapia e, inclusive, en su sesión final, se les volvió a explicar a las participantes que la terapia no es un sustituto de la medicación, sino que es una parte integral del tratamiento. Se observó que, conforme las participantes iban experimentando mejoría, algunas decidieron disminuir la medicación y en el caso de A.M. (6), ella dispuso suspenderla. Asimismo, O.C. (1) comentó que el dolor que experimentaba había disminuido mucho y que ahora conocía más de la enfermedad y pudo identificar con mayor claridad lo que le causa dolor y controlarlo. H.P. (4) indicó “nunca me he sentido tan contenta, ahora he llegado a controlar mis dolores, paso a paso”. En el caso de F.V. (5) cuyo umbral inicial estaba en cinco y disminuyó a tres, según palabras textuales de esta persona, con la aplicación de las herramientas adquiridas “el dolor es menos denso, lo siento menos intenso”.

### **Análisis de resultados**

Desde el inicio del taller, se enfatizó a las participantes en la efectividad de la hipnosis en una amplia variedad de problemas, tanto psicológicos como médicos. Este elemento fue de gran utilidad, pues, permitió asentar en ellas un nivel alto de expectativa de éxito del tratamiento por iniciar, aunado a una actitud positiva y de colaboración. De acuerdo con las investigaciones realizadas, las expectativas de respuesta son un importante mecanismo de los tratamientos para el dolor en los que se utiliza la hipnosis y el enfoque cognitivo conductual (Milling, Shores, Coursen, Menario y Farris, 2007).

De acuerdo con los resultados de la aplicación del Cuestionario de Dolor de McGill, en la tabla 6 se observa que, en relación con las demás participantes, dos reflejaron una disminución menor en la percepción del dolor (M.C., 2 y F.V., 5), lo cual podría sugerir que el contexto familiar influye de alguna forma, ya que, a mediados del año 2010, M.C. quedó viuda y F.V. tenía en ese periodo un hijo con problemas serios de salud, además del hecho de vivir sola. También, se puede apreciar en la tabla 4, cómo estas dos participantes, a pesar de haber logrado una disminución en su estado de ansiedad, todavía continuaron con su sintomatología considerada en la categoría de ansiedad *mayor*. Lo anterior corrobora la información revelada de investigaciones anteriores y se evidenciaron los factores psicosociales, en este caso, duelos y aspectos de salud, elementos vinculantes al dolor, aunado a estos, se desplegó la presencia de vínculos afectivos caracterizados por distanciamiento en los lazos familiares y un apoyo invisible de la familia hacia las dos participantes de este estudio.

En el caso de las pacientes con fibromialgia, su sintomatología depresiva y ansiosa puede estar asociada a un sentimiento de impotencia o de incapacidad que se apodera de ellas al vivir con la creencia de no poder hacer nada para disminuir sus dolencias. Esta creencia y sentimientos negativos hacen que la persona se abraza a la frustración y desesperanza, lo cual empeora su sintomatología. Sin embargo, en esta terapia se pudo observar cómo la adquisición de la rutina en la práctica diaria de la hipnosis aunada a la enseñanza e implementación de técnicas cognitivo-conductuales devolvió a las participantes la confianza en el control de su enfermedad y en su capacidad de mejoría.

El conocer aspectos relevantes sobre la fibromialgia propició en las participantes un mayor conocimiento de su padecimiento, lo cual fue sustancial para un mejor afrontamiento y control de su sintomatología y como resultado, a partir de la tercera semana, se observó una disminución del dolor en cinco de seis participantes (tabla 3). Se puede inferir que esta disminución es parte del producto de la implementación diaria de los ejercicios de hipnosis como hábito rutinario fomentado en ellas.

Además, la tabla 3 muestra un aumento en el umbral del dolor experimentado en la quinta semana por F.V. (5). Fue observable cómo el surgimiento de problemas familiares desencadenó síntomas de ansiedad y preocupación en ella, lo cual provocó un ascenso del umbral de dolor. Esta información corrobora datos de investigaciones que vinculan la contribución de factores psicosociales en la experiencia de dolor (Pastor et al., 1994). Por ello, es necesario dar atención a las manifestaciones de ansiedad y preocupación que presentan estas personas, de forma tal que puedan ayudarse mediante la enseñanza de diversas estrategias de afrontamiento y entrenamiento en la resolución de problemas.

El tiempo no permitió establecer una correlación entre el insomnio y el umbral del dolor, no obstante, se observó que en algunas de las participantes, los despertares nocturnos disminuyeron y que la práctica del ejercicio de hipnosis permitió mermar sus dificultades para dormir. También, se encontró la práctica de hábitos poco saludables en el horario de sueño, tales como la ingesta de café y comidas pesadas o demasiado livianas cerca de la hora de acostarse. Asimismo, la costumbre de utilizar el dormitorio para realizar otras actividades distractoras del sueño como sacar cuentas, enlistar pendientes e invertir energía mental en situaciones familiares conflictivas y el hábito de siestas un poco extensas durante el día.

Al realizar una relación con otras investigaciones efectuadas en este campo, los datos obtenidos a través del historial de vida de las participantes confirmaron lo que la literatura señala de las pacientes con fibromialgia, quienes, por lo general, son personas que en su mayoría han sufrido los vejámenes de una infancia caracterizada por maltratos, exceso de trabajo, carencia de afecto y, a veces, hasta abuso sexual (Imbierowicz & Egle, 2003, citado por Torres y Troncoso, 2006). En otros casos, heredan la enfermedad debido al

enfrentamiento de situaciones adversas de la vida, situaciones de angustia o por mucho dolor como la muerte de un hijo o el nacimiento de un familiar con una enfermedad crónica, entre otros. Este es el mundo del que provienen las participantes de esta investigación, mundo de conflictos que se encontró concatenado a los patrones culturales de entrega y servicio de la mujer para el bien de los otros.

### **Conclusiones**

Los resultados presentados en esta investigación responden de forma satisfactoria a la interrogante planteada al inicio de este trabajo, la implementación de la hipnosis, aunada a técnicas cognitivo-conductuales, confirman una incidencia directa y significativa en los factores atenuantes del dolor provocados por esta enfermedad.

En Costa Rica, este tipo de intervención no ha sido utilizado en pacientes con fibromialgia, se presenta el tratamiento desarrollado en esta investigación para ser considerado como una intervención clínica valiosa y esperanzadora que permite una mejoría efectiva en el/la paciente.

El conocer la enfermedad y su sintomatología, así como poder aplicar herramientas de control interior e identificar distorsiones cognitivas y su repercusión emocional, ha permitido a las participantes pasar de un estado de indefensión e impotencia a uno de control y poder sobre su sintomatología. El saber de técnicas que potencian su control sobre esta condición, así como manejar diferentes estrategias de afrontamiento, ha permitido a las participantes reevaluar su autoestima y poder interior. Se torna necesario realizar más estudios con grupos control desde esta combinación de herramientas que permitan una mayor evidencia de la terapia y el mantenimiento a largo plazo de las mejorías en los/las pacientes.

---

## Referencias

- Álvarez-Nemegyei, J., Negreros-Castillo, A., Nuño-Gutiérrez, B. L., Álvarez-Berzunza, J. y Alcocer-Martínez, L. M. (2007). Eficacia de la hipnosis ericksoniana en el síndrome de fibromialgia en mujeres. *Revista Médica Instituto Mexicana del Seguro Social*, 45(4), 395-401. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im0741.pdf>
- Arnold, L. M. (dic, 2009). Strategies for managing fibromyalgia. *The American Journal of Medicine*, 122(12 Supplement), S31-S43.
- Barrera Villalpando, M. I., Cortés Sotres, J. F., Guerrero Menning, H. & Aguirre González, A. (dic, 2005). La fibromialgia: ¿Un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? *Salud Mental*, 28(6), 41-51. Recuperado de <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2806/sm280641.pdf>
- Beck, A. T. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI-II)*, 2ª ed. (Traducido y adaptado con el permiso de The Psychological Corporation). San Antonio, EE.UU.: Harcourt Brace.
- Bishop, K. L., Ferraro, F. R. & Borowiak, D. (2001). Pain management in older adults: role of fear and avoidance. *Clinical Gerontologist*, 23(1-2), 33-42.
- Buer, N. & Linton, S. J. (2002). Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: Occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. *Pain*, 99(3), 485-491.
- Carrobes, J. A., Costa, M., Del Ser, T. y Bartolomé, P. (1986). *La práctica de la terapia de conducta. Teoría y métodos de aplicación para la práctica clínica*. Valencia, España: Promolibro.
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A. & Rull, M. (mayo, 2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: Comparison between hipnosis and relaxation. *European Journal of Pain*, 11(4), 463-468. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.06.006
- Centro de Desarrollo Estratégico en Salud y Seguridad Social-Caja Costarricense del Seguro Social (CENDEISS-CCSS) (2010). Programa académico de la especialidad Reumatología. San José, Costa Rica: Autor. Recuperado de <http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/documentos/Programas/Reuma.pdf>
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... & Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16. Recuperado de <http://iacp.asu.edu/~horan/ced522readings/div12/chambless98.pdf>
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latinas*, 12, 217-236.
- Cuadros, J. y Vargas, M. (2009). A new mind-body approach for a total healing of fibromyalgia: A case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 52(1), 3-12. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00029157.2009.10401687>
- Delgado, J. M. & Gutiérrez, J. (Coord.). (1999). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid, España: Síntesis.
- Durán, J. (2006). *Manual de tratamiento cognitivo conductual para la atención de mujeres diagnosticadas con fibromialgia primaria, dirigido a profesionales en Psicología*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita). Universidad Católica de Costa Rica.

- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint Louis, EE.UU.: Mosby
- Getto, C. J., Heaton, R. K. & Lehman, R. A. W. (1983). PSPI: A standardized approach to the evaluation of psychosocial factors in chronic pain. *Advances in Pain Research & Therapy*, 5, 885-889.
- Gutiérrez, T., Raich, R. M., Sánchez, D. & Deus, J. (2003). *Instrumentos de evaluación en Psicología de la salud*. Madrid, España: Alianza.
- Hamilton, M. (mar, 1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Harris, E., Budd, R., Firestein, G., Genovese, M., Sergent, J., Shaun, R. & Sledge, C. (2006). *Tratado de reumatología (7ª ed.)*. España: Elsevier.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hudson, J. I., Arnold, L. M., Keck, P. E., Auchenbach, M. B. y Pope, G. H. (dic, 2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biological Psychiatry*, 56(11), 884-891. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.009>
- Jara, M., Rivera, D. & Zamora, Y. (2003). *Efectividad de la terapia grupal desde un enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión, en mujeres con edades de entre 35 a 65 años, diagnosticadas con fibromialgia que asisten a la Clínica de Fibromialgia del Hospital San Carlos*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita). Universidad Católica de Costa Rica.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(63), 214-220.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y Banos, J. E. (1994). The development of a Spanish questionnaire for assessing pain: Preliminary data concerning reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 10(2), 145-51.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 239-259. doi:10.1080/00207140008410050
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badía, X., Baró, E. y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 118(13), 493-499.
- Martínez, E., González, O. & Crespo, J. M. (2003). Fibromialgia: definición, aspectos clínicos, psicológicos, psiquiátricos y terapéuticos. *Salud Global*, 3(4), 2-7.
- Martínez-Lavín, M., Hermosillo, A. G., Rosas, M. y Soto, M. E. (1998). Circadian studies of automatic nervous balance in patients with fibromyalgia: A heart rate variability analysis. *Arthritis & Rheumatism*, 41(11), 1966-1971. doi: 10.1002/1529-0131(199811)41:11<1966::AID-ART11>3.0.CO;2-O
- Martínez Pintor, F., Pérez Hidalgo, I., Cuatrecasas Ardiz, J., Chamorro Álvarez, J., Martí Gazulla, N. y Reig Gourlot, A. (jul-sept, 2006). Tratamiento de fibromialgia mediante hipnosis. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (79-80), 53-60.

- 
- Melzack, R. & Torgerson, W. S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 43(1), 50-59.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, 150, 971-979.
- Melzack, R. (set, 1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299.
- Melzack, R. (ago, 1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)91074-8](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(87)91074-8)
- Melzack, R. & Katz, J. (abr, 1999). Measurement of pain. *The Surgical Clinics of North America*, 79(2), 231-252.
- Milling, L. S., Shores, J. S., Coursen, E. L., Menario, D. J. & Farris, C.D. (abril, 2007). Response, expectancies, treatment credibility, and hypnotic suggestibility: Mediator and moderator effects in hypnotic and cognitive - behavioral pain interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 167-178.
- Miró, J. (2003). *Dolor crónico: Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. España: Desclée de Brouwer.
- Montgomery, G. H., DuHamel, K. N. & Redd, W. H. (2000). Meta-analysis of hypnotically induced analgesia: how effective is hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 138-153.
- National Fibromyalgia Partnerships, Inc. (2001). *Fibromialgia: Síntomas, diagnóstico, tratamientos e investigación*. EE.UU.: Autor. Recuperado de <http://www.fmpartnership.org/Files/Website2005/Learn%20About%20Fibromyalgia/FM%20Overview/Monograph--Spanish.pdf>
- Oblitas, L. (2009). *Psicología de la salud*. México: Cosegraf.
- Pastor, M., López, S., Rodríguez, J., Salas, E., Sánchez, S. y Terol, M. (1994). El papel del apoyo social en la experiencia de dolor crónico. Un estudio empírico. *Revista de Psicología Social*, 2(9), 179-191.
- Quesada, K. (2006). *Intervención psicoterapéutica en un grupo de mujeres con diagnóstico de fibromialgia*. (Tesis de graduación, Especialista en Psicología Clínica, inédita). Universidad de Costa Rica.
- Rigg Brenes, J. & Calvo Tenorio, O. (2010). Fibromialgia. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXVII (591), 93-96. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2010/rmc10591s.pdf>
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., Collado, A., Esteve, J. J., Martínez, F. G., Tornero, J., Vallejo, M. A. & Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. I Simposio de Dolor en Reumatología. *Reumatología Clínica*, 2(Supl 1), 55-66.
- Semerari, A. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Madrid, España: Paidós.
- Torres, L. & Troncoso, S. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2(38), 285-298.
-

- Valenciano, V. & Garrido, V. (2007). *Niveles de depresión, estrés y patrón de conducta Tipo A presentes en las mujeres con fibromialgia que asisten a la clínica de fibromialgia del Hospital de San Carlos y a los grupos de fibromialgia del Hospital México y Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia*. (Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita). Universidad Católica de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Wik, G., Fischer H., Bragée, B., Finer, B. & Fredrikson, M. (1999). Functional anatomy of hypnotic analgesia: a PET study of patients with fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 3(1), 7-12. [http://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801\(99\)90183-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801(99)90183-0)
- Yapko, M. D. (2001). *Treating depression with hypnosis: integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. USA: Routledge Taylor & Francis. Recuperado de <http://books.google.co.cr/books>

Recibido 29 de febrero de 2012  
Revisión recibida 25 de mayo de 2012  
Aceptado 7 de marzo de 2013

### Reseña de la autora

**Maribel Quirós Ramírez** obtuvo su licenciatura en Psicología de la Universidad de Iberoamérica, Costa Rica. Es diplomada en Programación Neurolingüística por el Instituto Obispado de Monterrey, reconocido por la Secretaría de Educación de Nuevo León, México. Se encuentra incorporada al Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica y forma parte como miembro de la Asociación Costarricense de Hipnosis Clínica. Actualmente, cursa su maestría en Terapia Breve Sistémica por el Instituto Milton Erickson de Monterrey, México y labora como psicóloga en RENACE, Monterrey, México, institución que brinda apoyo psicológico a personas en el proceso de reinserción social acusadas por un delito.

Primera publicación en línea: 01 de julio de 2013