

ASUNTOS CONCEPTUALES, METODOLÓGICOS Y ÉTICOS DE LA HIPNOSIS COMO TERAPIA PSICOLÓGICA ADJUNTA AL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

CONCEPTUAL, METHODOLOGICAL AND ETHICAL ISSUES SURROUNDING HYPNOSIS WHEN USED AS PSYCHOLOGICAL THERAPY ATTACHED TO BREAST CANCER TREATMENT

DOI: 10.22199/S07187475.2012.0002.00007

Recibido: 13 de Junio del 2012 | Aceptado: 20 de Agosto del 2012

JULIO SANTANA MARIÑO¹; GUILLERMO BERNAL²; LYDIA RODRIGUEZ²; KEISHALEE GÓMEZ²; JENNIFER MORALES²
(UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO Recinto Río Piedras, San Juan, Puerto Rico).

RESUMEN

La hipnosis ha formado parte de intervenciones psicológicas para atender los efectos de múltiples condiciones oncológicas y sus tratamientos. En este trabajo revisamos los principales resultados de la investigación existente en donde se utiliza la hipnosis en pacientes con cáncer de mama. En la primera parte se discuten asuntos conceptuales y metodológicos, en la segunda parte los hallazgos, limitaciones y asuntos éticos de la hipnosis en el debate de las prácticas psicológicas. En los estudios revisados se evidencia consistentemente que la hipnosis es eficaz para tratar el dolor, síntomas de ansiedad, sofocos (hot flashes), angustia previa a la biopsia de mama y efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia. El documento concluye con sugerencias para investigaciones futuras y las implicaciones para la práctica clínica y reconoce a la hipnosis como un recurso valioso para mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida las pacientes de cáncer de mama. **PALABRAS CLAVE:** Cáncer de mama, Hipnosis, Asuntos metodológicos y conceptuales.

ABSTRACT

Hypnosis is one of a number of psychological interventions which can be used to address the effects of multiple oncological conditions and treatments thereof. In this paper we review existing research results regarding the use of hypnosis in patients with breast cancer. In the first part we discuss conceptual and methodological issues. In the second part we discuss the findings, limitations and ethical issues of hypnosis in the on-going debate surrounding psychological practices. Consistent evidence exists in the reviewed research studies that hypnosis is effective in treating pain, anxiety symptoms, hot flashes, pre-breast biopsy anxiety, and the side effects of chemotherapy and radiotherapy. We conclude with suggestions for future research, implications for clinical practice, and the recognition of hypnosis as a valuable resource for improving both mood and quality of life of breast cancer patients.

KEY WORDS: Breast cancer, Hypnosis, Conceptual and methodological issues.

1. Afiliado al Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico. E-mail: jesantana@ipsi.uprrp.edu
2. Afiliado/a a la Universidad de Puerto Rico.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye uno de los mayores problemas que enfrenta el sector de la salud pública en países desarrollados, particularmente en los Estados Unidos de América (EUA), donde actualmente una de cada cuatro muertes se debe a esa enfermedad. El Centro Nacional de Cáncer de ese país estimó que en el 2009 se diagnosticaron 192,370 mujeres con cáncer de mama y aproximadamente 40,170 morirían por esta condición (Jemal, et al., 2009). En Puerto Rico, el cáncer de mama es el tipo de cáncer más diagnosticado en las mujeres y representa el 33.0% de todos los tipos de cáncer diagnosticados en las mujeres durante el periodo de 1999 - 2003. Este cáncer es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres y representa el 17.8% de todas las muertes por cáncer en las mujeres durante el periodo de 2000 al 2004 en Puerto Rico (Registro Central de Cáncer de Puerto Rico, 2008).

Abundante literatura describe la sintomatología psicológica y los significados que tiene para las pacientes de cáncer de mama el impacto de esta condición y sus tratamientos. La hipnosis ha formado parte de intervenciones para atender los efectos de múltiples condiciones oncológicas. En este trabajo nos proponemos revisar los principales resultados de la investigación existente en donde se utiliza la hipnosis en pacientes con cáncer de mama. En la primera parte se discutirán asuntos conceptuales y metodológicos, en la segunda parte los hallazgos y retos fundamentales de estos estudios. En la Tabla 1 se resumen estos estudios a partir de las variables de interés en este trabajo.

Intervención con hipnosis y cáncer de mama

La larga y prolífica producción científica sobre la eficacia de los tratamientos conductuales contrasta con la exigua divulgación de las intervenciones con hipnosis en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. La hipnosis tiene una

larga trayectoria integrada al tratamiento de múltiples condiciones de salud física y mental. En los últimos 15 años se han realizado rigurosas revisiones y meta-análisis donde se describe el impacto de la intervención con hipnosis para controlar dolor, náuseas y vómitos como efectos secundarios de la quimioterapia, mejorar calidad de vida de pacientes y la respuesta autoinmune en adultos y niños con cáncer. Sin embargo, no existe revisión sobre la utilización de la hipnosis en pacientes con cáncer de mama (Liossi, 2006; Mendoza & Capafons, 2009; Montgomery & Schnur, 2005; Richardson, et al., 2007). Después de revisar los principales meta-análisis y revisiones de hipnosis aplicada al cáncer, fue sorprendente encontrar solo 11 trabajos publicados en idioma inglés que dieron cuenta del uso de la hipnosis en pacientes con cáncer de mama. Se destacan 7 ensayos clínicos aleatorizados, dos ensayos clínicos no aleatorizados y dos reportes de caso (Elkins, Jensen, & Patterson, 2007; Montgomery, David, Winkel, Silverstein, & Bovbjerg, 2002). A continuación realizaremos un análisis de la dimensión conceptual de la hipnosis en los estudios revisados.

Asuntos conceptuales de la hipnosis

En las diferentes revisiones sobre la investigación en hipnosis se trata someramente las maneras de definir a la hipnosis. En los tiempos fundacionales se le llamó hipnosis, en franca alusión al sueño, pasando luego por mesmerismo, magnetismo animal, sueño lúcido, hipnoterapia, hipnotismo, sugestión, auto hipnosis y autosugestión. En tiempos más recientes se le ha llamado estado alterado de conciencia, disociación, visualización, relajación e imaginería (Kirsch, Lynn, & Rhue, 1993). Cabe preguntarse si tantas definiciones tienen un impacto en la comprensión y justa valoración de este procedimiento. Este asunto conceptual tiene implicaciones teóricas y metodológicas que impactan el reconocimiento, aceptación

o rechazo de los profesionales de salud y en última instancia, de las personas beneficiarias de este tratamiento. Una confusión sobre el proceso que llamamos hipnosis pondría en tela de juicio los resultados de eficacia cuando se comparan procesos diferentes.

En las investigaciones de hipnosis en cáncer de mama encontramos solo tres estudios que incluyeron una definición operativa de la hipnosis. El estudio llevado a cabo por Spiegel y Boom (1983) constituye la referencia de la eficacia de la hipnosis en pacientes con cáncer de mama. En él se define a la hipnosis como un proceso de focalización de la atención y se sugiere que cada persona puede aprender a usar esta capacidad de cambiar el foco de la atención y absorberse en la experiencia de las instrucciones de uno mismo. En otro estudio se utilizó la hipnosis como adyuvante de la terapia cognitiva conductual para tratar la claustrofobia en dos pacientes que recibirían radioterapia y se refiere a la hipnosis como un proceso de relajación instruyendo a las participantes a realizar auto hipnosis (Steggles, 1999). Por su parte Marchioro y colaboradores (2000) desarrollaron una intervención donde combinaron Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) con técnicas de relajación y de hipnosis para tratar las náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia. En este trabajo no se ofrece una definición de hipnosis, pero describen los pasos de la inducción que realizó.

En otro estudio llevado a cabo por Montgomery y colaboradores (2002) para disminuir la angustia y estrés de un grupo de mujeres previo a la cirugía de mama, tampoco se define conceptualmente la hipnosis. En el estudio se hace referencia al procedimiento desarrollado por Kirsh y colaboradores (1993) y describe algunas de las instrucciones que contenía la inducción hipnótica donde destaca el uso del "lugar especial".

Elkins y colaboradores (2007; 2008) realizaron varias investigaciones con pacientes sobrevivientes de cáncer de mama para disminuir los *hot flashes* (sofocos) utilizando hipnosis. Estos autores no definen a la hipnosis, sino que describen algunas instrucciones y mencionan instrucciones de frío y relajación. En otros dos trabajos llevados a cabo por Schnur y colaboradores (2009; 2008) para evaluar una intervención de Terapia Cognitiva Conductual combinada con Hipnosis en pacientes que recibieron tratamiento de radioterapia, no se plantea una definición operativa de la hipnosis, remitiéndose al procedimiento desarrollado por Kirsh (1993) y mencionando varias instrucciones del proceso de hipnosis.

Butler y colaboradores (2009) desarrollaron un estudio donde se incorpora la hipnosis al final de una intervención grupal de apoyo expresivo para disminuir el estrés y el dolor en un grupo de pacientes. En este trabajo aparece una clara definición operacional de la hipnosis y del procedimiento seguido. "La hipnosis es el estado de focalización de la atención donde se reduce la atención periferal del ambiente y aumenta la capacidad de respuesta a las señales sociales" (p.882).

En un trabajo reciente sobre la expectativa de respuesta como mediador de la hipnosis en pacientes después de la cirugía de mama, Montgomery y colaboradores (2010) definen la hipnosis del siguiente modo: "es un acuerdo entre una persona designada como hipnotista (profesional de la salud) y una persona designada como participante o cliente que participa de esta técnica psicoterapéutica, donde se sugieren cambios en la sensibilidad, percepción y la cognición, lo que afecta el estado de ánimo y el comportamiento" (p.80).

Al analizar la presencia de una definición de hipnosis en los principales investigaciones sobre cáncer de mama

encontramos que solo tres de los estudios definen operativamente a la hipnosis, existiendo una diferencia fundamental en lo planteado por Spiegel y Butler con respecto a Montgomery, donde los primeros reducen la hipnosis al proceso de focalización de la atención que ocurre en la persona, mientras que este último ofrece una visión más amplia de la hipnosis, entendiéndola como un proceso de interacción entre paciente y terapeuta con el propósito de generar cambios en múltiples niveles de la persona.

Indudablemente este aspecto, por sus implicaciones tiene gran relevancia para la investigación. Aunque siempre van a existir diferentes maneras de abordar o describir las terapias psicológicas, es necesario esclarecer a qué nos referimos cuando decimos hipnosis en los estudios (a la disociación, la focalización de la atención, a la relajación, la visualización y cuáles componentes lo distinguen). En un loable esfuerzo por lograr un acercamiento en la histórica controversia sobre la definición de hipnosis la División 30 (Hipnosis Clínica) de la Asociación Americana de Psicología (APA), propuso una definición consensuada que, en sentido general, ha sido aceptada por las más importantes sociedades de hipnosis científica. Esta plantea que la hipnosis es un procedimiento mediante el cual se sugiere a las personas cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos, emociones o conducta. Esta División destaca que generalmente, el procedimiento hipnótico se inicia a través de un método de inducción que puede adoptar formas muy diferentes, aunque las más frecuentes son las que incluyen sugerencias de calma, relajación y bienestar, así como instrucciones de pensar o imaginar experiencias agradables. Son sugerencias para guiar al participante a relajarse, o concentrarse en pensamientos o imágenes. Los métodos de inducción son muy creativos y diversos, van a depender de los objetivos clínicos o de investigación y de los profesionales que la utilicen (APA, 1994; Green, Barabasz, Barrett, & Montgomery,

2005; Kirsch, et al., 1993). Los planteamientos de la APA no cierran la discusión teórica y conceptual sobre la hipnosis pero constituyen un punto relevante en el debate y reconocimiento de este procedimiento en el campo de la investigación. A continuación se discutirán algunos asuntos metodológicos de gran importancia de la investigación realizada en el campo de la hipnosis aplicada al cáncer de mama.

Análisis comparativo de la muestra

En todos los estudios revisados, los pacientes fueron remitidos por oncólogos siendo todas las participantes provenientes de muestras clínicas (Butler, et al., 2009; Elkins, Marcus, et al., 2007; Elkins, et al., 2008; Marchioro, et al., 2000; Montgomery, et al., 2007; Montgomery, Wertz, et al., 2002; Spiegel & Bloom, 1983; Steggle, 1999). Con respecto al tipo de tratamiento médico prevalecieron las pacientes que estaban próximas a recibir o recibieron radioterapia, seguidas por las que recibieron quimioterapia. También se desarrollaron con pacientes sobrevivientes de cáncer y otros estudios con pacientes que esperaban por cirugías y biopsias para diagnosticar cáncer de mama. En cuanto a grupos raciales, las participantes que prevalecieron en estos estudios fueron denominadas como blancas, representado más del 50 % de los casos, del total integrado por afroamericanas, hispanas, asiáticas y caribeñas en uno de los estudios. Aunque no se establecen diferencias significativas atendiendo al estatus civil de las participantes, las mujeres que respondieron que estaban casadas, representan más del 50% de las que participaron en estos estudios.

Al comparar el tamaño de las muestras de todos estos estudios nos encontramos que las muestras oscilaron entre medianas y pequeñas. Montgomery y colaboradores (2007) desarrollaron una intervención de hipnosis previa a la cirugía de cáncer de

mama con doscientas participantes (n=200), la cual constituye la mayor muestra para un estudio donde se ha utilizado la hipnosis. Se comparó un grupo que recibió una sesión de hipnosis de 10 minutos de duración previo a realizarse biopsias excisionales, con otro grupo que recibió la atención estándar. Los resultados de este estudio confirman que la hipnosis en ambientes clínicos puede modificar la expectativa de respuesta de los pacientes al dolor y disminuir la experiencia del dolor después de la cirugía. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos en cuanto a la prevención de náuseas después de la cirugía. En este caso se usó la hipnosis exclusivamente.

Dos estudios con muestras pequeñas fueron estudios de caso. El primero fue una intervención donde se utilizó la hipnosis previa a las sesiones de radioterapia en dos pacientes con cáncer de mama con historial de ansiedad fóbica, más específicamente fobia a los espacios cerrados (Steggles, 1999). Se describe que una de las pacientes mantuvo niveles clínicos de ansiedad pero logró completar el tratamiento radiológico. El segundo estudio de caso, fue llevado a cabo recientemente. En este se comparó un tratamiento que combinó Terapia Cognitivo Conductual más hipnosis (TCCH) en el curso completo del tratamiento de radioterapia, con la intención de mejorar la fatiga y disminuir las incomodidades en la piel (2008). Se comparó el TCCH con el tratamiento estándar. En la paciente que recibió TCCH los niveles de fatiga fueron menores que la paciente control. Se mantuvieron bajos los niveles de angustia en la paciente que recibió TCCH y se incrementaron en la paciente con el tratamiento estándar durante el curso de la radioterapia.

La mayoría de las participantes fueron seleccionadas después de haber sido diagnosticadas con cáncer. Se destacan los estudios llevados a cabo por Spiegel y Bloom (1983) y Butler y colaboradores

(2009) donde el criterio de inclusión fue el diagnóstico de cáncer de mama metastásico. La severidad de los síntomas que provoca el cáncer y la mortalidad estadística por fallecimiento de las pacientes es un asunto a tener en cuenta en las intervenciones. En otros estudios la condición de metástasis fue considerada un criterio de exclusión (Schnur, et al., 2009)

Principales variables estudiadas en la investigación sobre hipnosis y cáncer de mama: dolor, ansiedad y sofocos

Dolor

Los reportes más amplios sobre la eficacia de la hipnosis están centrados en el manejo del dolor (Elkins, Jensen, et al., 2007). El estudio realizado por Spiegel y Bloom (1983) fue pionero en demostrar la eficacia de la hipnosis en el manejo del dolor en 56 mujeres con cáncer de mama (carcinoma metastásico) que participaron en una terapia de grupo a la cual se agregó hipnosis. La percepción y la frecuencia e intensidad de dolor, fueron las variables principales del estudio, aunque también se evaluaron los disturbios emocionales, la ansiedad, depresión y fatiga en el curso de un año utilizando cuatro puntos de evaluación cada cuatro meses. Los instrumentos empleados fueron una Escala de Rango de Dolor (SRD) (Spiegel & Bloom, 1983) con una puntuación de 1-10, donde se les pidió a las participantes que calificaran la sensación del dolor y explicaran el sufrimiento asociado a la experiencia. Usaron la Escala Perfil de Estados de Ánimo (POMS) (Shacham, 1983) en su versión larga para evaluar los síntomas de ansiedad, fatiga y depresión.

Por su parte, Montgomery y sus colegas (2007) desarrollaron una investigación con 200 participantes, de las cuales 102 recibieron tratamiento de hipnosis previo a la cirugía de cáncer de mama y midieron la intensidad del dolor, incomodidad, náusea,

fatiga, y malestar emocional postquirúrgico. Para medir estas variables utilizaron una escala visual análoga con rango de 1-100 (Montgomery, Weltz, et al., 2002; Spiegel & Bloom, 1983), la cual fue presentada a las participantes al momento abandonar la hospitalización. Midieron, además el uso de sedantes y analgésicos empleados en estas pacientes y calcularon la reducción en costo por cada paciente para la institución.

Butler (2009) en una investigación más reciente, utilizó la hipnosis como adjunto a una terapia de apoyo expresivo, utilizando como variables el dolor, el sufrimiento, la frecuencia del dolor y el grado constante del dolor. Estas variables fueron medidas, al inicio y en cuatro períodos durante un año, utilizando la Escala de Rango de Dolor (Spiegel & Bloom, 1983), y un cuestionario de retroalimentación.

En los tres estudios con pacientes de cáncer de mama es consistente la evaluación subjetiva del dolor en la apreciación de intensidad y frecuencia, así como en la experiencia de sufrimiento relacionada con el dolor. En estos estudios se destaca la relación del dolor con expresiones de ansiedad y depresión.

Ansiedad

Otra de las variables estudiadas en las investigaciones de cáncer de mama e hipnosis es la ansiedad. Esta variable ha sido utilizada bajo diferentes denominaciones: estrés, angustia, sufrimiento y más recientemente ubicada dentro del constructo de afecto negativo. Schnur (2009) evaluó cómo una intervención con TCCH disminuía el afecto negativo y aumentaba el positivo en un grupo de pacientes que recibieron radioterapia. Se trabajó con las variables rasgo ansiedad y rasgo de neuroticismo. Se utilizó la Subescala del Inventario de Neuroticismo de Cinco Factores (NEO-FFI) versión corta (Costa & McCrae, 1992) y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado

(STAI) (Spielberger, 1983). La ansiedad fue medida usando la escala de tensión ansiedad del Perfil de Estados de Ánimo, versión corta (POMS-SV) (Baker, Denniston, Zabora, Polland, & Dudley, 2002; Shacham, 1983). Este último instrumento ha sido el más usado para medir ansiedad en las intervenciones con hipnosis y cáncer de mama, al parecer por su confiabilidad y facilidad para contestarlo.

Sofocos (hot flashes)

Elkins y colaboradores (2007; 2008) han desarrollado un trabajo destacado utilizando la variable sofocos (*hot flashes*) en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama. Un sofoco es una sensación subjetiva de calor que está asociada con la vasodilatación y puede ser acompañado por sudoración, palpitaciones, ansiedad, irritabilidad, e incluso pánico. Este síntoma ha sido asociado a la menopausia provocada por la quimioterapia. Por sus implicaciones en la calidad de vida de las pacientes, estos autores han desarrollado varias intervenciones donde emplean la hipnosis para manejar estos síntomas. Los instrumentos empleados han sido los siguientes: Escala de Interferencia Diaria Relacionada a los Sofocos (Hot Flash Related Daily Interference Scale) (Carpenter, 2001), para medir la frecuencia, intensidad y la manera en que interfieren en diferentes áreas de su vida cotidiana y la Sub escala de Ansiedad de la Escala de Ansiedad Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond & Snaith, 1983); Escala de estudios médicos de sueño (Medical Outcomes Study Sleep) (Stewart & Ware, 1992), fueron usadas respectivamente para medir el impacto de los sofocos en el sueño y en el estado de ánimo.

En sentido general, prevalecieron los autoinformes como instrumentos de evaluación de las variables, en la mayoría de las veces POMS y escalas visuales análogas. Las variables de depresión,

náuseas, fatiga e irritabilidad de la piel han sido estudiadas con menos frecuencia. La fatiga fue estudiada inicialmente por Spiegel y más recientemente Montgomery y Schnur, pero entendemos que merced a ser atendida en futuros trabajos, tomando en cuenta la frecuencia con que está siendo reportada por población con cáncer de mama.

Hallazgos fundamentales de la investigación con hipnosis y cáncer de mama

Luego de la exhaustiva revisión de la investigación en el tema que nos ocupa, salta a la vista un renovado interés por la utilización de la hipnosis en el curso del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Desde la década de los años 80 hasta el año 2000 solo identificamos tres investigaciones (Redd & Andrykowski, 1982; Spiegel & Bloom, 1983; Steggle, 1999). El triple de investigaciones en este tema se ha reportado en los últimos 10 años (Butler, et al., 2009; Elkins, Marcus, et al., 2007; Elkins, et al., 2008; Marchioro, et al., 2000; Montgomery, et al., 2007; Montgomery, Weltz, et al., 2002; Schnur, et al., 2009; Schnur & Montgomery, 2008).

Las intervenciones en las que se incluyó la hipnosis para el control del dolor fueron más eficaces que aquellas donde se usaron estrategias de control de atención y educación. En el trabajo de Spiegel y colaboradores (1983) se reportó menos dolor y sufrimiento en las participantes que practicaron auto hipnosis; de manera similar Montgomery y colaboradores (2007) encontraron que las pacientes que pertenecían al grupo de hipnosis manifestaron menos intensidad del dolor e incomodidad que las que solo recibieron el tratamiento usual. En esa misma dirección Butler y colaboradores (2009) reportaron que la terapia de grupo mediante apoyo expresivo más la hipnosis, disminuyó la experiencia y el incremento del dolor con respecto al grupo que recibió solo educación.

Fue también eficaz la combinación de hipnosis con terapia cognitiva conductual para disminuir el afecto negativo y aumentar el bienestar psicológico (Schnur, et al., 2009), de igual modo la intervención con hipnosis fue eficaz para disminuir la frecuencia de sofocos (*hot flashes*) en un 68% cuando se comparan con un placebo (Elkins, et al., 2008). Estos resultados alentadores engrosan la evidencia de la utilidad clínica de la hipnosis como adyuvante de los tratamientos de pacientes con condiciones médicas. En dos de los estudios se evaluó la satisfacción de las participantes con el uso de la hipnosis; en ambos se informaron valoraciones favorables y en ninguno de los dos estudios las pacientes mencionaron efectos secundarios (Butler, et al., 2009; Elkins, et al., 2008).

Otro resultado importante fue identificar que en más del 50% de los estudios, la hipnosis fue integrada a otro tratamiento psicológico como terapias grupales e individuales, siendo combinada mayoritariamente con tratamientos cognitivos conductuales. Esto concuerda con la tendencia que reconoce la importancia de desarrollar tratamientos multimodales que complementen sinérgicamente su eficacia (Schnur, et al., 2009).

En sentido general, aunque son pocos los trabajos publicados, resulta alentador observar que más del 50% de las investigaciones con hipnosis en cáncer de mama son ensayos clínicos aleatorizados, lo que plantea el alto nivel de rigurosidad con que se está tratando el tema.

Limitaciones de los estudios con hipnosis y cáncer de mama

Aunque resulta alentador el incremento de evidencia generada por 11 estudios revisados en pacientes con cáncer de mama, pueden señalarse algunas debilidades básicas que se dan en el diseño

de la mayoría de los informes. En los 11 estudios revisados en pacientes con cáncer de mama, las muestras pequeñas constituyen un problema que dificulta generalizar resultados y profundizar en los mecanismos que explican los cambios de la hipnosis. El tamaño pequeño de las muestras es una crítica consistente identificada en los meta-análisis y revisiones sobre hipnosis (Elkins, Jensen, et al., 2007). Los estudios carecen de grupo de comparación, lo que abre el cuestionamiento de si los resultados son un efecto de la intervención. Las evaluaciones de seguimiento se emplean a corto plazo, lo que dificulta determinar el efecto de las intervenciones a largo plazo.

De la revisión realizada sobresale la necesidad de una clara conceptualización de la hipnosis y por ende, de precisar los componentes de las intervenciones que utilizan la hipnosis, para comparar mejor los estudios y para diferenciar la hipnosis de otras intervenciones etiquetadas muchas veces con este nombre, como el entrenamiento en relajación. Sería de utilidad poder disponer de protocolos que describan las etapas, componentes y sugerencias específicas para generalizar su incorporación a los programas de tratamiento de los profesionales de la psicología clínica.

Desde el punto de vista sociodemográfico, las intervenciones se han desarrollado en mujeres denominadas tradicionalmente blancas residentes en Estados Unidos. Incluso en uno de los estudios sus autores reconocen que las participantes de su investigación pertenecían a clases socioeconómicamente altas, lo que limitaba la generalización de su intervención a personas pertenecientes a minorías étnicas, con otro trasfondo socioeconómico (Butler, et al., 2009).

También es una limitación consistente en las investigaciones estudiadas, la dificultad para explicar los mecanismos de cambios

de las intervenciones con hipnosis. La excepción es el trabajo de Montgomery (2010) que sugiere el efecto moderador de la expectativa de respuesta y el estrés anticipatorio en la respuesta de dolor postquirúrgico. Aunque dos estudios revisados reportan un tamaño grande del efecto explicable por la hipnosis, un meta-análisis resulta necesario con esta población.

La hipnosis en el debate ético de las prácticas psicológicas

La hipnosis ha sido un procedimiento controversial desde su incorporación como herramienta terapéutica. Gran parte de estas controversias están relacionadas con múltiples mitos generalizados entre la población y algunos círculos profesionales. Trabajar o investigar en este campo supone discutir y eliminar mitos alimentados por las malas prácticas y por la televisión o el cine. Consideramos esta una responsabilidad ética que contribuye a un adecuado acercamiento de parte de los profesionales de la salud y de las personas beneficiarias. Hay que reconocer que en la mayoría de estudios recientes, previo a la intervención con hipnosis se discuten los temores y se aclaran las dudas de las participantes de la intervención.

El movimiento de prácticas basadas en evidencia puso de relieve un importante cuestionamiento ético a la hora de ofrecer los procedimientos psicológicos por los profesionales. ¿Se ofrece a clientes o pacientes la mejor evidencia disponible de terapias psicológicas para atender o tratar sus condiciones médicas o de salud mental? ¿Se ofrece el tratamiento o terapia que ha mostrado mayor evidencia de eficacia? ¿Las escuelas de psicología incluyen el adiestramiento en hipnosis basándose en los criterios de las prácticas basadas en evidencia? ¿La investigación en hipnosis se desarrolla tomando en cuenta estos criterios?.

Estos cuestionamientos de carácter ético tienen total pertinencia en el caso de la hipnosis. La eficacia de la hipnosis para manejar la ansiedad, el dolor, las náuseas, el estrés previo a la cirugía de cáncer de mama y durante el curso de la quimioterapia y radioterapia, está muy bien documentada desde hace más de 30 años (Montgomery & Schnur, 2005; Spiegel & Bloom, 1983). Sin embargo, no siempre forma parte del ofrecimiento terapéutico a nivel público o privado.

Tampoco los currículos de formación de médicos, enfermeros/as y psiquiatras y psicólogos/as clínicos tienen incluida la capacitación en hipnosis. No creemos que deba atenderse como un asunto de vocación personal, sino desde el punto de vista ético como una responsabilidad profesional. En una entrevista realizada a Kirsh, éste mencionó que en los Estados Unidos, se ofrecen cursos completos de hipnosis en aproximadamente el 25% de los programas de doctorado de Psicología Clínica. Un 14% adicional ofrece cursos más amplios que incluyen instrucción en hipnosis. En el Reino Unido, aproximadamente el 45% de los departamentos de psicología enseña hipnosis; en Australia el panorama es del 75%. Aclaró este autor que no tenía información sobre las escuelas de enfermería y odontología (Capafons, 1995). En Puerto Rico no existe información precisa pero conocemos que la mayor capacitación proviene de esfuerzos de asociaciones profesionales y grupos privados.

En la totalidad de los estudios de cáncer de mama los psicólogos/as clínicos refieren tener capacitación en hipnosis clínica. Elkins (2008) sugiere el adiestramiento más allá de un curso básico como un requisito para intervenir con esta población. Este aspecto supone un posicionamiento ético ineludible si tomamos en cuenta que ni en Estados Unidos, ni en Puerto Rico existe reglamentación sobre la práctica de la

hipnosis. En algunos países como España, Inglaterra y Cuba la práctica con pacientes está limitada a profesionales de la salud y sus respectivos estudiantes avanzados, para los cuales se exige supervisión. Recientemente, la Sociedad Internacional de Hipnosis (ISH) ratificó entre sus cláusulas que solo la/os profesionales de la salud pueden utilizar la hipnosis con fines clínicos e investigativos (ISH, 2011). Es más fácil entender esta postura si reconocemos que la hipnosis no es un tratamiento en sí mismo y que éste se inserta en otros tratamientos para los cuales se requiere preparación profesional.

En la investigación clínica, un requerimiento para desarrollar o adaptar tratamientos es la revisión previa que documente la eficacia, necesidad o utilidad de las nuevas terapias (Rounsaville, Carroll, & Onken, 2001). Los reportes de investigación en hipnosis confirman su extendido y eficaz uso en oncología. La Sociedad Americana de Cáncer y el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos lo incluyen como un procedimiento psicológico eficaz para tratar el dolor y el estrés en el curso del tratamiento de cáncer de mama. En Puerto Rico el cáncer de mama constituye el cáncer más diagnosticado en las mujeres, sin embargo no está documentada la práctica de la hipnosis dentro de la atención psicológica a esta población. Desarrollar estrategias de intervención que integren las terapias psicológicas más eficaces resulta una exigencia para los profesionales de la psicología clínica y de la salud.

CONCLUSIONES

Esta revisión nos deja ver la rigurosidad con que ha sido asumida la hipnosis como un componente clave dentro del campo de la investigación psicosocial en pacientes de cáncer, así como su eficacia para tratar el dolor, la ansiedad anticipatoria y los efectos secundarios de los tratamientos del cáncer de mama. El consenso alcanzado en

recientes investigaciones en cuanto a una definición y mejor descripción de los componentes de la hipnosis, contribuye a la comprensión de sus resultados, elimina mitos entre pacientes y profesionales y facilita generalizar su uso.

Constituye un reto metodológico para la investigación de hipnosis en cáncer de mama diseñar investigaciones con muestras más grandes e intervenciones con seguimiento a largo plazo. Desde el punto de vista sociodemográfico, se requerirá diversificar las muestras para incluir mujeres de escasos recursos y de diversos grupos étnicos o raciales. La diseminación de estas intervenciones supone la traducción y adaptación de instrumentos y manuales de intervención para la población latina en Estados Unidos y de los países latinoamericanos con una alta prevalencia de cáncer de mama. La capacitación o adiestramiento en procedimientos psicológicos con abundante evidencia de eficacia clínica e investigativa como la hipnosis, debe ser visto como una responsabilidad ética por los grupos profesionales y escuelas de formación en psicología clínica.

De esta revisión se desprende la utilidad de la sugestión hipnótica para tratar síntomas de ansiedad, dolor, depresión y sofocos en pacientes de cáncer durante la trayectoria del cáncer de mama. También la hipnosis podría contribuir a mejorar dificultades con el sueño, sufrimiento emocional, fatiga y mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer.

Aunque la hipnosis utilizada como único procedimiento ha mostrado ser eficaz para disminuir los sofocos y el estrés de la cirugía de mama, la combinación de Hipnosis con Terapia Cognitiva Conductual se consolida como una alternativa viable para tratar efectos secundarios del diagnóstico y el tratamiento del cáncer mama. Para la práctica médica y psicológica los resultados de la eficacia de

la hipnosis en pacientes de cáncer sientan las bases para incluir este procedimiento como parte del cuidado estándar en los centros de oncología. La investigación en este campo de la hipnosis aún tiene obstáculos que superar pero sin dudas ha contribuido a que las pacientes diagnosticadas con cáncer identifiquen en la hipnosis un recurso valioso para mejorar su estado de ánimo y calidad de vida. Discutir los resultados y asuntos metodológicos de los trabajos de hipnosis en el cáncer de mama, confirma que una fórmula efectiva para desterrar mitos, dudas y preocupaciones sobre su uso, es investigar, publicar y practicar.

TABLA 1.
Descripción de estudios de hipnosis y cáncer de mama. (Parte 1)

Autores y año	Total de participantes	Edades	Momento de la intervención	Diseño	Instrumentos	Resultados
Spiegel y Bloom 1983.	54 pacientes con carcinoma metastásico de mama.	Promedio de 54-55 años	En tratamiento de quimioterapia.	Ensayo clínico aleatorizado.	Escala de Rango del Dolor y POMS.	Ambos grupos reportaron significativamente sentir menos dolor sufrimiento que la muestra control. Los que recibieron terapia de grupo y entrenamiento en auto-hipnosis controlaron mejor la sensación de dolor. La frecuencia y duración del dolor no se vieron afectadas.
Steggles, 1999 .	2 pacientes de cáncer de mama.	54 y 58 años	Tres semanas previo a la radioterapia.	Estudio de caso.	Escala de Unidades subjetivas de angustia (SUDS).	Una paciente demostró disminución significativa en la ansiedad. Mientras que la otra paciente, terminó con unos niveles menores de ansiedad en comparación al principio de la intervención,
Marchioro et.al 2000..	16 adultos con cáncer y 5 tenían cáncer de mama.	Promedio de 44 años Entre 19-65 años	Durante 4 ciclos de quimioterapia.	Ensayo clínico no aleatorizado.		Las nauseas anticipatorias y los vómitos disminuyeron en todos los participantes. Respuestas mayores en el control de la emesis inducida por la quimioterapia fueron identificadas en casi todos los pacientes.

TABLA 1.
Descripción de estudios de hipnosis y cáncer de mama. (Parte 2)

Autores y año	Total de participantes	Edades	Momento de la intervención	Diseño	Instrumentos	Resultados
Montgomery et.al 2002.	20 pacientes de biopsia de mama por extracción.	Promedio 50.11 años 30-81 años.	Pre cirugía.	Ensayo clínico aleatorizado.	Escala Visual Análoga (VAS).	Los pacientes en el grupo de hipnosis se beneficiaron más que los del grupo control. Demostraron menos dolor post quirúrgico y angustia.
Elkins et.al 2007.	16 pacientes de cáncer de mama.	Promedio 53 .7.años	Postratamiento de quimioterapia	Ensayo clínico no aleatorizado.	Escala Diaria de Sofocos y Escala de interferencias diarias relativas a sofocos	Se mostró un 59% de disminución en el total de los <i>hot flashes</i> diarios y un 70% en los semanales. Disminución significativa en la manera en que los <i>hot flashes</i> intervenían en sus actividades diarias.
Montgomery et.al 2007.	200 pacientes de biopsia de mama por extracción.	Promedio de 48.5 años.	Pre cirugía.	Ensayo clínico aleatorizado.	Escala Visual Análoga (VAS).	Pacientes en el grupo de hipnosis necesitaron menos analgésicos (propofol y lidocaine) que los del grupo control. También reportaron menos dolor, incomodidad, nausea, fatiga, malestar y disgusto emocional.

TABLA 1.
Descripción de estudios de hipnosis y cáncer de mama. (Parte 3)

Autores y año	Total de participantes	Edades	Momento de la intervención	Diseño	Instrumentos	Resultados
Elkins et.al 2008.	60 pacientes con historial de cáncer de mama y 14 <i>hot flashes</i> ² por semana.	18 años en adelante.	Postratamiento de quimioterapia	Ensayo clínico aleatorizado.	Escala Diaria de Sofocos y Escala de interferencias diarias relativas a sofocos. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, Escala Hospitalaria de Depresión y Escala de estudios médicos de sueño	Los <i>hot flashes</i> disminuyeron un 68%. Se demostraron mejoras significativas en la ansiedad, depresión, interferencia en la vida diaria y el sueño, para los pacientes que recibieron hipnosis.
Schnur & Montgomery 2008.	2 pacientes cáncer de mama y radioterapia.	Aproximadamente 50 años.	Operadas de cáncer de mama y por comenzar radioterapia.	Estudio de caso.	Escala Visual Análoga (VAS). (100mm).Subescala de Fatiga de la Evaluación funcional de la de la Terapia de Enfermedades Crónicas.	Aunque ambos pacientes mostraron un aumento de fatiga, angustia e incomodidad (en el VAS) Los niveles del participante recibiendo CBTH estuvieron más bajos y en control que el participante en la ayuda clínica estándar.

TABLA 1.
Descripción de estudios de hipnosis y cáncer de mama. (Parte 4)

Autores y año	Total de participantes	Edades	Momento de la intervención	Diseño	Instrumentos	Resultados
Schnur et.al 2009.	40 pacientes de cáncer de mama.	30-80 años de edad.	Recibiendo tratamiento de radioterapia.	Ensayo clínico aleatorizado.	Subescala de Neuroticismo del Inventario de los cinco Factores (NEO-N). Inventario de ansiedad rasgo estado (STAI) y Perfil de Estados de Ánimos, versión Corta (SV-POMS).	El grupo de CBTH demostró significativamente en las evaluaciones semanales tener un menor afecto negativo y un aumento en el afecto positivo, el cual fue consecutivo y duradero. Los resultados fueron significativos estadísticamente y clínicamente también.
Butler et.al 2009.	124 pacientes cáncer de mama metastásico.	Promedio de 53años de edad.	Pacientes en tratamiento.	Ensayo clínico aleatorizado.	Escala Visual Análoga (VAS).	Terapia de grupo con hipnosis redujo significativamente la experiencia de dolor y sufrimiento. No hubo una diferencia significativa en los reportes sobre la frecuencia o consistencia del dolor. Participantes que eran altamente hipnotizables se beneficiaron grandemente de la intervención.
Montgomery et.al 2010.	200 pacientes cáncer de mama.	Promedio de 48 años de edad.	Durante cirugía de conservación de mama.	Ensayo clínico aleatorizado	Escala Visual Análoga (VAS). y Perfil de Estados de Ánimos, versión corta(SV-POMS).	Expectativas pre quirúrgicas y la angustia deben de ser el enfoque de intervención antes de una cirugía de cáncer de mama, para mejorar el dolor, la nausea y la fatiga. La hipnosis demostró ser efectiva y eficiente para modificar ambas, y ayudó a mejorar la recuperación pos quirúrgica.

REFERENCIAS

- APA. (1994). Hypnosis: a definition. Psychological hypnosis. *Bulletin of Division 30*, 13
- Baker, F., Denniston, M., Zabora, J., Polland, A., & Dudley, W. N. (2002). A POMS short form for cancer patients: psychometric and structural evaluation. *Psychooncology*, 11(4), 273-281. doi: 10.1002/pon.564
- Butler, L. D., Koopman, C., Neri, E., Giese-Davis, J., Palesh, O., Thorne-Yocam, K. A., et al. (2009). Effects of supportive-expressive group therapy on pain in women with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, 28(5), 579-587. doi: 2009-14439-009 [pii]10.1037/a0016124
- Capafons, A. (1995). Entrevista a Irving Kirsch. *Papeles del Psicólogo*, 62, from www.cop.es
- Carpenter, J. S. (2001). The Hot Flash Related Daily Interference Scale: A tool for assessing the impact of hot flashes on quality of life following breastcancer. *Journal Pain Symptom Manage*, 22, 979-989.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *International Journal Clinical Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287. doi: 779406774 [pii]10.1080/00207140701338621
- Elkins, G., Marcus, J., Stearns, V., & Hasan Rajab, M. (2007). Pilot evaluation of hypnosis for the treatment of hot flashes in breast cancer survivors. *Psychooncology*, 16(5), 487-492. doi: 10.1002/pon.1096
- Elkins, G., Marcus, J., Stearns, V., Perfect, M., Rajab, M. H., Ruud, C., et al. (2008). Randomized trial of a hypnosis intervention for treatment of hot flashes among breast cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 26(31), 5022-5026. doi: JCO.2008.16.6389 [pii]10.1200/JCO.2008.16.6389
- Green, J. P., Barabasz, A. F., Barrett, D., & Montgomery, G. H. (2005). Forging ahead: the 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53(3), 259-264. doi: U8G1558G377173LQ [pii]10.1080/00207140590961321
- ISH. (2011). International Society Hypnosis. Codes ethics, from <http://www.ish-hypnosis.org/ish-codeethics.htm>
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, M. J. (2009). Cancer statistics, 2009. *Cancer Journal for Clinicians*, 59(4), 225-249. doi: caac.20006 [pii] 10.3322/caac.20006
- Kirsch, I., Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1993). *Introduction to clinical hypnosis Handbook of clinical hypnosis*. (pp. 3-22): Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Lioffi, C. (2006). Hypnosis in cancer care. *Contemporary Hypnosis*, 23(1), 47-57.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Viviani, F., Barbato, F., Pavanetto, M., Rosetti, F., et al. (2000). Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *Oncology*, 59(2), 100-104. doi: 12144 [pii]
- Mendoza, M. E., & Capafons, A. (2009). Eficacia de la hipnosis clínica: resumen de su evidencia empírica. *Papeles del Psicólogo* Retrieved 2, 30, from <http://www.cop.es/papeles>
- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C. R., et al. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer*

- Institute*, 99(17), 1304-1312. doi: djm106 [pii]10.1093/jnci/djm106
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesthesia and analgesia*, 94(6), 1639-1645, table of contents.
- Montgomery, G. H., Hallquist, M. N., Schnur, J. B., David, D., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2010). Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: response expectancies and emotional distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 80-88. doi: 2010-00910-012 [pii]10.1037/a0017392
- Montgomery, G. H., & Schnur, J. B. (2005). Eficacia y aplicación de la hipnosis clínica. *Papeles del Psicólogo*, 25(089), 3-8.
- Montgomery, G. H., Wertz, C. R., Seltz, M., & Bovbjerg, D. H. (2002). Brief presurgery hypnosis reduces distress and pain in excisional breast biopsy patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50(1), 17-32. doi: 10.1080/00207140208410088
- Redd, W. H., & Andrykowski, M. A. (1982). Behavioral intervention in cancer treatment: controlling aversion reactions to chemotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 1018-1029. doi: 10.1037/0022-006x.50.6.1018
- Registro Central de Cáncer de Puerto Rico. (2008). El cáncer de mama en Puerto Rico. *Boletín del Registro de Cáncer de Puerto Rico*, 4(1). Retrieved from <http://www.salud.gov.pr>
- Richardson, J., Smith, J. E., McCall, G., Richardson, A., Pilkington, K., & Kirsch, I. (2007). Hypnosis for nausea and vomiting in cancer chemotherapy: a systematic review of the research evidence. *European Journal of Cancer Care*, 16(5), 402-412. doi: 10.1111/j.1365-2354.2006.00736.x
- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). A stage model a behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 133-142.
- Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. H., & Montgomery, G. H. (2009). A randomized trial of a cognitive-behavioral therapy and hypnosis intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 443-455. doi: 10.1002/jclp.20559
- Schnur, J. B., & Montgomery, G. H. (2008). Hypnosis and cognitive-behavioral therapy during breast cancer radiotherapy: a case report. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 50(3), 209-215.
- Shacham, S. (1983). A shortened version of the profile of mood states. *Journal of Personality Assessment*, 47(3), 305-306. doi: 10.1207/s15327752jpa4703_14
- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*, 45(4), 333-339.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Steggles, S. (1999). The use of cognitive-behavioral treatment including hypnosis for claustrophobia in cancer patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(4), 319-326.
- Stewart, A. L., & Ware, J. E. (1992). *Measuring functioning and well-being: The medical outcomes study approach*. Durham, NC: Duke University Press
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.