

# Tratamiento de fibromialgia mediante hipnosis

F. Martínez Pintor<sup>1</sup>, I. Pérez Hidalgo<sup>2</sup>, J.M. Cuatrecasas Ardid<sup>3</sup>,  
J. Chamorro Álvarez<sup>3</sup>, N. Martí Gasulla<sup>3</sup>, A. Reig Gourlot<sup>3</sup>

## Resumen

*El tratamiento hoy en día de los síndromes dolorosos crónicos, como la fibromialgia, sólo con el empleo de medicación resulta, a todas luces, insuficiente, como confirmamos cada día en nuestra práctica asistencial. Conocida la importancia del estrés emocional en el desencadenamiento de muchos de estos síndromes, así como el concepto de plasticidad neuronal, nos propusimos, dentro de un tratamiento más general, que incluye de manera taxativa la colaboración del paciente, iniciar un estudio a través del cual valorásemos la hipnosis como técnica cognitivo conductual en los pacientes afectados de fibromialgia.*

**Palabras clave:** Fibromialgia. Hipnosis. Somatomorfo. Síndrome doloroso crónico.

## Summary

*Nowadays the treatment of chronic pain syndrome such as fibromyalgia, only with the use of medication results obviously insufficient as we check in our every day attendance. Considering the relevance of the emotional stress in the causes of many of these syndromes and also the concept of neuron plasticity, we decided to initiate a study inside a more general treatment which included undoubtedly the collaboration of the patient. In this study, it was possible for us to value the hypnosis as the conductual cognitive therapy in patients affected by fibromyalgia.*

**Key words:** Fibromyalgia. Hypnosis. Somatomorfo. Painful chronic syndrome.

---

<sup>1</sup>Director Institut de Reumatología Barcelona. Profesor Asociado de la Universidad Internacional de Catalunya.

<sup>2</sup>Director de CHC Psicólogos. Madrid.

<sup>3</sup>Adjunto del Institut de Reumatología Barcelona.

**Correspondencia:** Dr. F. Martínez Pintor  
C/ Balmes, 205-5º-1ª  
08006 Barcelona

## INTRODUCCIÓN

La Fibromialgia es una enfermedad reumática caracterizada por un dolor crónico generalizado de características erráticas, de más de tres meses de evolución, que no afecta a ningún dermatoma determinado y en la cual están 18 puntos descritos clásicamente en 1992 por Yunus. Se asocia con otros procesos, como el síndrome de piernas inquietas, trastornos de la esfera afectiva y cognitiva, cefaleas, síndrome de intestino irritable, etc.

En esta enfermedad se presentan fenómenos tanto de hiperpatía (respuesta exagerada a un estímulo doloroso) como alodinia (dolor por estimulación, habitualmente indolora), todo ello dentro de un proceso de hiperalgesia músculo-esquelética generalizada.

Esta hiperalgesia se debe a los procesos de memorización dolorosa, que se producen tanto en el sistema nervioso central y periférico como en el sistema nervioso simpático, gracias a algún enzima regulador de la función de los neurotransmisores.

La Real Academia Española de la lengua define la memoria como una facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado, en esta definición no aparece el componente biológico inherente al proceso de memorización. Desde un punto de vista más Neurofisiológico, podríamos considerar a la memoria, como una actividad biológica y psíquica que permite retener experiencias anteriormente vividas, ya sean de tipo sensorial, emocional, etc., gracias a un sistema de mapas o redes de neuronas corticales interconectadas, el hipocampo y la amígdala.

Podríamos así definir el dolor como una información sensorial desagradable, asociada a una lesión somática real o potencial. Un dolor nociceptivo que se manifiesta por primera vez, ante cualquier lesión tisular, lo percibe nuestro organismo y lo memoriza de una manera habitual y rutinaria. En determinadas circunstancias y en determinados pacientes esta memorización puede estar alterada, sufriendo un proceso de hipermemorización, con las consiguientes alteraciones posteriores de las que a continuación hablaremos.

Fue en 1894 Santiago Ramón y Cajal quién propuso por primera vez que la memoria podría residir en las conexiones existentes entre las neu-

ronas, pero no es hasta 1966 que Terje Lomo describe los procesos LTP en el hipocampo del conejo.

Llamamos LTP, potenciación a largo plazo sináptico, al aumento en la magnitud y la eficacia de las respuestas de las neuronas al haber sido estimuladas por estímulos de moderada-alta intensidad o frecuencia, en presencia o no de lesión tisular. Este proceso, pone en marcha una cascada de acontecimientos capaces de producir cambios estructurales y funcionales tanto a nivel periférico, con presencia de nuevas sinapsis adicionales en el terminal presináptico entre el axón las dendritas, como a nivel central, con aumento de los receptores NMDA a nivel de la médula.

El resultado de esta plasticidad neuronal es una memorización dolorosa que se manifiesta con una hiperalgesia generalizada y donde los procesos de hiperpatía y alodinia coexisten.

Llama la atención en la Fibromialgia la ausencia de lesión o daño tisular que pueda desencadenar los procesos de hipermemorización. En el dolor neuropático, bien sea radicular por alteración espinal, o en las neuropatías por atrapamiento, por ejemplo es posible detectar este factor de lesión que ponga en marcha los procesos de LTP.

La vida psíquica está dividida en dos planos: el consciente, que representa lo que el sujeto experimenta y conoce, y el inconsciente, que sería lo que ocurre en el interior psíquico del sujeto, sin él darse cuenta de ello, que en el arte estaría representado por el modernismo, actuando como un apéndice de la conciencia, donde ésta descarga mediante un mecanismo de autorrepresión algunos contenidos que le resultan conflictivos.

Una emoción aguda, una creencia sobreestimada, actuando como un ESTÍMULO EMOCIONALMENTE COMPETENTE, como un factor de estrés, puede producir en el campo de la conciencia un dominio Autoritario tan enorme, en llegar a producir, primero, un oscurecimiento del campo de la conciencia desapareciendo otras aficiones, actividades, haciendo que el sujeto organice su vida en base a este hecho o esta emoción, y segundo, el sujeto podría descargar en su inconsciente el estímulo que le generó tal estado de tensión afectiva, interponiendo una válvula, a modo

---

de censura, para no dejar volver a los dominios de la conciencia el material expulsado.

Está unánimemente admitida presencia de este factor estresante en el desencadenamiento de una Fibromialgia. En el 85-90% de los pacientes que desarrollan una fibromialgia, existe un factor estresante desencadenante de la enfermedad. Este factor estresante produciría cambios en la homeostasia, así como a nivel de los neurotransmisores, facilitando la aparición de los procesos de hipermemorización dolorosa. Que la dimensión emocional puede repercutir a nivel somático produciendo lesiones (úlceras por estrés) o dolores sin lesión aparente, y que solo son secundarias a reacciones emocionales profundas, está fuera de toda duda.

Las conexiones existentes entre el fascículo espino-talámico con el sistema límbico, así como con el sistema nervioso autónomo, a nivel de la corteza pre-frontal ventromediana y la amígdala, justifican tanto los síntomas de la esfera afectiva que aparecen en los cuadros dolorosos, como los síntomas somáticos que se presentan en los trastornos del estado de ánimo, así como la hipertonia simpática, que se asocia a los procesos dolorosos crónicos y a los trastornos de la esfera afectiva, todo ello característico de los síndromes dolorosos crónicos.

En el dolor crónico la estimulación de las terminaciones nerviosas y la subsiguiente memorización dolorosa, producen en el cerebro la representación del proceso doloroso. Si no hubiera el componente afectivo, el paciente percibiría el dolor, como una sensación no placentera, pero sin el componente emocional. Las conexiones existentes con el sistema límbico desencadenan un perfil de desagrado o de sufrimiento que se asocia inevitablemente al dolor, especialmente cuando es crónico.

La hipnoterapia ya ha sido evaluada por otros autores para el tratamiento de síndromes dolorosos crónicos, en algunas ocasiones dentro de un tratamiento cognitivo conductual más general. Nosotros, siguiendo a J. Moix hemos pretendido con nuestro programa de tratamiento con hipnosis:

- Reducción del dolor
- Reducción de la medicación
- Aumento de la actividad y el ejercicio

- Aumento de la higiene postural
- Reducción de la ansiedad y la depresión

Con el fin de que el paciente “desaprenda” los mecanismos que pusieron en marcha los procesos de estimulación nociceptiva, y el consiguiente LTP, así como la utilización de la hipnosis como tratamiento psicológico cognitivo-conductual para el dolor, a través de acceder al inconsciente, para modificar el afrontamiento que de una determinada emoción se ha hecho, hemos iniciado el tratamiento de la fibromialgia mediante hipnosis en una muestra de 75 pacientes que venían siendo tratados mediante tratamiento farmacológico en los últimos 12 meses, y en los cuales, los estudios realizados no mostraban una evolución favorable del proceso.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos seleccionado 75 pacientes diagnosticados de Fibromialgia según los criterios de la ACR, que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- Paciente diagnosticado de Fibromialgia, criterios ACR.
- Más de 2 años de evolución.
- En tratamiento farmacológico y/o fisioterapia en los últimos 12 meses, sin mejoría significativa reciente.
- EVA dolor y astenia > o igual que 4.
- Trastorno de la esfera afectiva confirmado con Golberg para ansiedad y depresión.
- Edad entre 20 y 60 años.

Criterios de exclusión:

- Síndrome de Over-Use (Laboral).
- Interés en beneficio laboral.
- Paciente en tratamiento psiquiátrico por trastornos psicóticos, bipolar, etc.

## Técnica

Se han realizado 6 sesiones de hipnosis de 45 min. de duración, una sesión semanal o quincenal en la que se realizaban sugerencias analgésicas, temporales y de disociación, así como anestésicas y de proyección de futuro.

Durante estas sesiones el paciente no debe modificar el tratamiento farmacológico, salvo el uso de analgésicos que se dejó “a demanda”.

Estas sesiones van precedidas de una reunión informativa, de una hora de duración, con el reumatólogo que trata a cada paciente, en la cual se introducen los conceptos de Síndrome doloroso crónico como causa de los trastornos afectivos, así como la importancia de los factores estresantes como desencadenante de la fibromialgia. Se explica el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) y la manera en que debe cumplimentarse. Nosotros hemos utilizado el FIQ adaptado según el anexo 1.

Se les entrega una carpeta con diferentes cuestionarios: Escala de acontecimientos estresantes, FIQ, Mitos y concepciones erróneas sobre la hipnosis, aclarando los conceptos erróneos que la población suele tener sobre la hipnosis, y el cuestionario de sugestionabilidad.

En cualquier estudio en el que la hipnosis forme parte del paquete terapéutico, debe considerarse el grado de sugestionabilidad del paciente, entendiendo como sugestión una comunicación que suscita una respuesta automática. En este trabajo hemos utilizado el inventario de experiencias Wickram1 (1988) en una versión al castellano traducida y adaptada por uno de los autores (IPH).

En este estudio han sido admitidos todos los pacientes independientemente de su grado de susceptibilidad medido en la escala Wickram.

Al terminar cada sesión de hipnosis se les ha entregado tres modalidades de CD en función de lo que el hipnólogo y el reumatólogo consideraron más adecuado a cada tipo de paciente; un CD con sugerencias hipnoanestésicas, un CD con disociaciones visoquinéticas o bien una tercera modalidad de CD con sugerencias de proyección temporal.

Al terminar la 6ª sesión se les volvió a pasar los cuestionarios anteriormente indicados que son recogidos en el estudio.

## RESULTADOS

Hemos realizado un estudio prospectivo, sin grupo testigo a 75 pacientes del Instituto de Reumatología Barcelona, diagnosticados de Fibro-

mialgia según los criterios de la ACR, a los cuales se les ha realizado las sesiones de hipnosis anteriormente descritas con los criterios de inclusión y exclusión mencionados.

Una muestra de 75 pacientes de los cuales 7 eran hombres y 68 mujeres en edades comprendidas entre 20 y 60 años.

El estudio se ha realizado desde Junio de '05-Marzo '06.

Seis de los pacientes no acabaron el tratamiento.

Al paciente se le ha pasado el Fibromyalgia Impact Questionnaire que corresponde al anexo 1, interrogándole por afectación del trabajo, dolor, cansancio, cansancio al despertar, agarrotamiento, ansiedad, depresión.

Se ha utilizado la escala numérica para la valoración antes del tratamiento y después del tratamiento de los items mencionados en pacientes que cumplían los criterios de inclusión ya mencionados.

El paciente ha contestado a los diferentes items en soledad, sin la ayuda de ningún profesional del servicio.

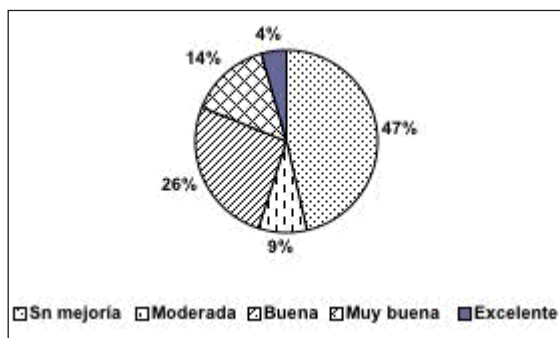
Consideramos mejoría significativa cuando el paciente expresa una mejoría de dos puntos en la escala. Hemos de resaltar no obstante, que el 93% de los pacientes refieren una mejoría por lo menos en dos de los items, si bien este porcentaje expresa mejorías superiores o iguales a 1 punto.

El item referente a la depresión mejoró 2 puntos o más en el 44% de los pacientes, un 9% mejoró un punto, resultado que no consideramos significativo (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Mejoría de la depresión según la disminución de la puntuación del item correspondiente en el FIQ*

Mejoría de la depresión	Nº pacientes	Porcentaje
Sin mejoría	32	47
Moderada (Disminución 1 punto)	6	9
Buena (Disminución 2 puntos)	18	26
Muy buena (Disminución 3 puntos)	10	14
Excelente (Disminución 4 puntos)	3	4
Total	69	100

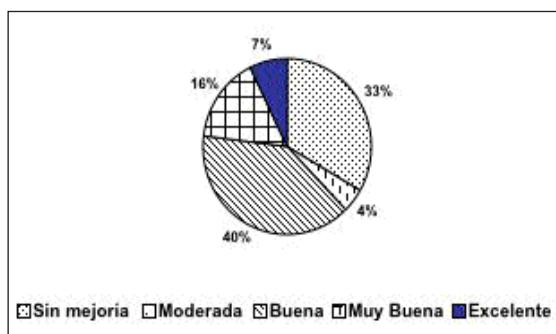


**Figura 1**  
*Grado de mejoría en la depresión*

El ítem referente a la ansiedad mejoró 2 puntos o más el 63% y sólo un 4% tuvo una mejoría de un punto que no consideramos significativa. Sin embargo sí que consideramos un buen resultado que un 63% de todos los pacientes con Fibromialgia mejoren en este porcentaje (Tabla 2).

**Tabla 2**  
*Mejoría de la ansiedad según la disminución de la puntuación del ítem correspondiente en el FIQ*

Mejoría en la ansiedad	Nº pacientes	Porcentaje
Sin mejoría	23	33
Moderada (Disminución 1 punto)	3	4
Buena (Disminución 2 puntos)	27	40
Muy Buena (Disminución 3 puntos)	11	16
Excelente (Disminución 4 puntos)	5	7
Total	69	100

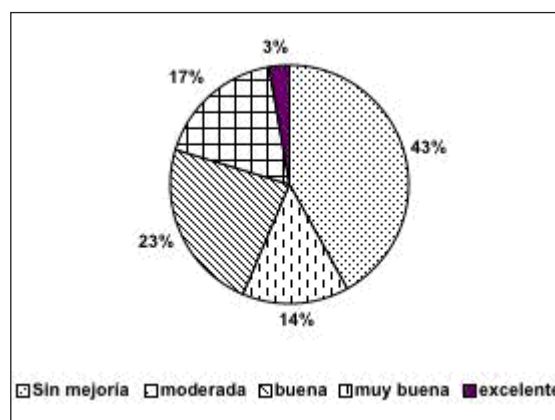


**Figura 2**  
*Grado de mejoría en la ansiedad*

Respecto al cansancio o astenia el 43% de los pacientes mejoró, disminuyendo el EVA en 2 o más puntos. El 43% de los pacientes no percibió ninguna mejora de su cuadro asténico (Tabla 3).

**Tabla 3**  
*Mejoría de la astenia según la disminución de la puntuación del ítem correspondiente en el FIQ*

Mejoría en la astenia	Nº pacientes	Porcentaje
Sin mejoría	29	43%
Moderada (1 punto disminución)	10	14%
Buena (2 puntos de disminución)	16	23%
Muy Buena (3 puntos de disminución)	12	17%
Excelente (4 puntos o más de disminución)	2	3%



**Figura 3**  
*Grado de mejoría en la astenia*

Respecto al dolor el 67% de los pacientes mejoró su cuadro doloroso en 2 o más puntos. Un 16% solo bajó un punto, resultado que no consideramos significativo (Tabla 4).

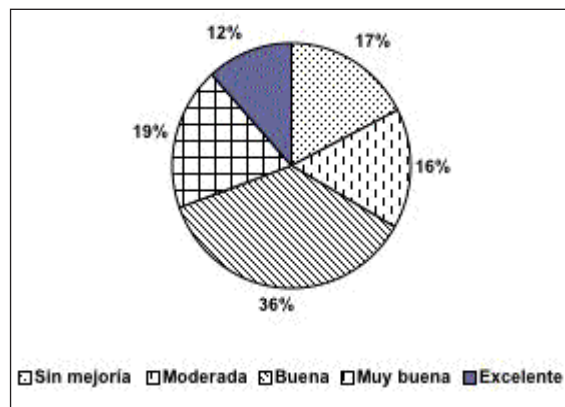
El FIQ total, considerando los ítems estudiados, pasó de un 62,01 de promedio al inicio del tratamiento, a un 48,29 al finalizar, con un porcentaje de mejoría del 22,14% en la puntuación general (Tabla 5).



**Tabla 4**

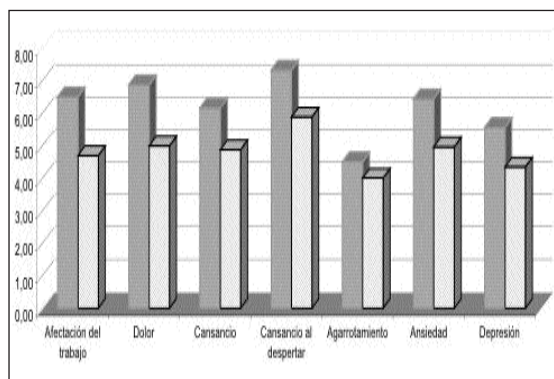
*Mejoría del dolor según la disminución de la puntuación del ítem correspondiente en el FIQ*

Mejoría del dolor	Nº pacientes	Porcentaje
Sin mejoría	12	17
Moderada (Disminución 1 punto)	11	16
Buena (Disminución 2 puntos)	25	36
Muy buena (Disminución 3 puntos)	13	19
Excelente (Disminución 4 puntos)	8	12
Total	69	100



**Figura 4**

*Grado de mejoría en el dolor*



**Figura 5**

*Diferencias puntuaciones antes y después del tratamiento*



**Figura 6**

*Porcentaje mejoría en la puntuación*

**Tabla 5**

*Puntuaciones medias en el Fibromyalgia Impact Questionnaire antes y después del tratamiento*

ítem	FIQ			
	Puntuación inicial	Puntuación Al finalizar	Diferencia	% mejoría
Afectación del trabajo	6,51	4,70	1,81	27,80
Dolor	6,88	5,00	1,91	26,05
Cansancio	6,16	4,88	1,25	19,09
Cansancio al despertar	7,33	5,89	1,44	19,65
Agarrotamiento	4,51	4,01	0,50	11,09
Ansiedad	6,45	4,97	1,48	24,83
Depresión	5,57	4,35	1,22	21,88
<b>FIQ total</b>	<b>62,01</b>	<b>48,29</b>	<b>13,73</b>	<b>22,14</b>

## CONCLUSIÓN

El trabajo ha resultado esperanzador para los miembros del grupo que hemos participado en él. Los pacientes mejoran sensiblemente y expresan, sin dudas, la mejoría del cuadro clínico, doloroso y afectivo, y se muestran partidarios de continuar las sesiones de hipnosis, con el fin de mantener su mejoría clínica.

Los pacientes no han vivido con extrañeza el que dentro de un servicio de Reumatología se incluyera un tratamiento de hipnoterapia; además se les ha explicado tanto individualmente como de manera colectiva, el motivo por el que se hacía o aconsejaba para cada sujeto este tratamiento.

Los resultados son muy esperanzadores. Consideramos que la hipnosis debe formar parte de un tratamiento multidisciplinar en los pacientes con fibromialgia, pues facilita el afrontamiento de los deferentes factores de estrés que el paciente haya podido vivir en su biografía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Aaron LA, Bradley LA, Alarcon GS et col.:** Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 1997; 40: 453-60.
2. **Alladin, A.:** Cognitive hypnotherapy for treating depression. (2006) En Chapman R. Editor.
3. **Alladin A.:** The clinical use of hypnosis in cognitive behavior therapy. Nueva York: Springer Publishing.
4. **Albe-Fessard D, Berkley KJ, Kruger L, Ralston HJ, Willis WD.:** Diencephalic mechanism of pain sensation. *Brain Res*, 1985; 9: 217-296.
5. **Allaz AF, Cedraschi C.:** Reconstruction narrative et attributions traumatiques. Á propos de la fibromyalgie. En: Ferragut, E. Emotion et mémoire. Le corps et la souffrance. Masson 1904; p 98-103.
6. **Alonso Fernández F.:** El hombre libre y sus sombras. Ed. Anthropos (Rubí, Barcelona) 2006. ISBN: 84-7658-783-X.
7. **Basler HD, Jakle C, Kroner-Herwig B.:** Incorporation of cognitive-behavioural treatment into the medical care of chronic low back patients; a controlled randomised study in German pain treatment centers. *Patient Educ Couns* 1997; 31: 113-24.
8. **Baudry M, Davis JL.:** Long-Term Potentiation. Vol 2. A Bradford Book. MIT Press. London England 1994.
9. **Boisset-Piolo MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA.:** Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*, 1995; 38: 235-41.
10. **Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A.:** The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann. Rheum. Dis.* 2001; 60: 1040-5.
11. **Damasio, Antonio R.:** El error de Descartes. Barcelona. Editorial Crítica, S.L. 2006. ISBN: 84-8432-184-3.
12. **Damasio, Antonio R.:** En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona. 2006. Crítica S.L. ISBN: 84-8432-676-4.
13. **Diccionario de la Real Academia Española.** Vigésimo segunda edición.
14. **Haaneen HCM, Hoenderdos HTW, Van Romunde LKJ, et al.:** Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia. *J Rheumatol* 1991; 18: 74-5.
15. **Jay S, Kirsch I, Barabasz A, et al.:** Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look to the future. *The International J Clin Exp Hypn*, 2000; 48: 239-59.
16. **Laborde JM.:** Cognitive-behavioural techniques in the treatment of chronic low back pain: preliminary results. *J South Orthop Ass* 1998; 7: 81-5.
17. **Mannisto PT, Kaakkola S.:** Catechol-O-methyltransferase (COMT): chemistry, molecular biology, pharmacology and clinical efficacy of the new selective COMT inhibitors. *Pharmacol. Rev.* 1999; 51: 593-628.
18. **Martínez Pintor F.:** Dolor somatomorfo vs. Fibromialgia (¿Galgos o podencos?). *C. Med. Psicosom*, 2005; 73: 24-31.
19. **Martínez-Lavin M.:** Fibromialgia as a sympathetically maintained pain síndrome. *Curr. Pain Headache Rep.* 2004; 8: 385-9.
20. **Moix J.:** La hipnosis en el tratamiento del dolor. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2002; 9: 525-532.
21. **Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH.:** A metaanalysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 138-53.
22. **Peebles-Kleiger MJ.:** The use of hypnosis in emergency medicine. *Emerg Med Clin North Amer* 2000; 18: 327-38.
23. **Pérez Hidalgo I.:** Apuntes curso de Hipnosis Clínica para médicos. Madrid, 1991.
24. **Prat-Pradal D.:** Mémoire, corps et souffrance. Émotion et mémoires. Ed. Masson. 2004-11.
25. **Prat-Pradal D.:** Mémoire, corps et souffrance-Aspects neurophysiologiques. En: Ferragut E. Emotion et mémoire. Le corps et la souffrance. Masson, 1904; p 11-20.

26. **Queneau P, Ostermann G.:** Le médecin, le malade et la douleur. Tome I. Ed. Masson. 2004; 21.
27. **Queneau P, Ostermann G.:** Le médecin, le malade et la douleur. París Masson 2004. ISBN: 2-294-02026-X.
28. **Ramón y Cajal S.:** Manual de histología normal. 6ª ed. Imprenta de hijos Nicolás Moya. Madrid 1914.
29. **Spinhoven P, Linssen CG.:** Education and self-hypnosis in the management of low back pain: a component analysis. Br J Clin Psychol 1989; 28: 145-53.
30. **Terje L.:** The discovery of long-term potentiation. Philos trans R sock lond B biol sci. 358: 617-20.PMID.
31. **Watson P.:** Ideas: historia intelectual de la humanidad. ISBN: 84-8432-724-8. p: 1168.
32. **Wickramasekera I.:** Clinical Behavioral Medicine. 1988; 271-73. Nueva York: Plenum Press.
33. **Wolfe F, Smythe HA, Yunus, MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL et al.:** The American College of Rheumatology 1990. Criteria for the classification of Fibromyalgia. Report of the multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum. 1990; 33: 160-72.

**ANEXO 1**  
(FIQ modificado)

- Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad de trabajar?	-----		-----	
0				10
No tuve problemas				Tuve grandes dificultades
-¿Hasta qué punto ha sentido dolor?				
0				10
No he sentido dolor				He sentido un dolor muy intenso
-¿Hasta qué punto se ha sentido cansado?				
0				10
No me he sentido cansado				Me he sentido muy cansado
-¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?				
0				10
Me he despertado descansado				Me he despertado muy cansado
-¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado?				
0				10
No me he sentido agarrotado				Me he sentido muy agarrotado
-¿Hasta qué punto se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?				
0				10
No me he sentido nervioso				Me he sentido muy nervioso
-¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?				
0				10
No me he sentido deprimido				Me he sentido muy deprimido