

La hipnosis como tratamiento: un instrumento en pediatría

Los tratamientos complementarios y alternativos (TCA) están obteniendo cada vez más popularidad y reconocimiento en las poblaciones tanto adultas como pediátricas. En un sondeo nacional, conducido en 2004, sus autores indicaron que las técnicas de relajación, la visualización con la imaginación y la hipnosis se encuentran entre los tratamientos mente-cuerpo más populares en adultos¹. En 1997, el 43% de norteamericanos gastaron de su bolsillo 27.000 millones de dólares en uno o más tratamientos alternativos². La frecuencia de la utilización de los TCA en niños también está aumentando y en un sondeo realizado en 2001 sus autores indicaron que el 20-30% de pacientes pediátricos usaban uno o más tratamientos de estas modalidades. Estas tasas son mucho mayores (30-70%) entre niños con enfermedades crónicas y recurrentes, como el cáncer, asma, artritis reumatoide, migraña y fibrosis quística³. Con esta mayor popularidad de los TCA en niños, los pediatras se enfrentan a las solicitudes de los padres y a las preguntas que les formulan relacionadas con la integración de la medicina alternativa en el tratamiento de los pacientes. Como tales, los pediatras deben conocer todas las modalidades de TCA disponibles, incluida la hipnosis.

La hipnosis es una de las intervenciones más antiguas entre los TCA y se define como un "estado natural de concentración focalizada asociado con una suspensión relativa de la concienciación de la periferia"⁴. Esta modalidad se remontaría a varios miles de años atrás a los griegos, egipcios y persas. En Estados Unidos, Milton Erickson y Ernest Hilgard fueron algunos de los primeros investigadores que emprendieron una estrategia sistemática moderna de la hipnosis y, en 1958, la American Medical Association la reconoció como un instrumento valioso del tratamiento médico⁵. En 1996, el informe de expertos del National Institute Health Technology Assessment consideró que la hipnosis era una intervención viable y eficaz para aliviar el dolor del cáncer y otro dolor crónico⁶.

Tradicionalmente, una experiencia hipnótica consta de tres componentes: 1) *ensimismamiento*, concentración focalizada; 2) *disociación*, la suspensión relativa de la conciencia del entorno periférico; 3) *sugestibilidad*, una comunicación que indica que un individuo experimentará una respuesta concreta hacia el objetivo del tratamiento. La hipnosis es una intervención particularmente apropiada en niños, ya que en general son más sensibles a la técnica que los adultos⁷. Su mayor predis-

posición se ha atribuido a su capacidad y disposición mucho más elevadas de integrarse en la fantasía, el juego y la imaginación. En realidad, la hipnosis clínica se ha aplicado como adyuvante eficaz en el tratamiento de diversas enfermedades pediátricas⁸.

Diversos estudios han documentado el uso de la hipnosis en el tratamiento de procedimientos quirúrgicos y médicos que se acompañan de dolor^{9,10} y en el dolor postoperatorio^{11,12}. La hipnosis también se ha utilizado como técnica aislada y como adyuvante de los fármacos analgésicos para el tratamiento de procesos asociados con dolor agudo, caso de las quemaduras¹³ y las fracturas en contextos de urgencias pediátricas¹⁴. En niños que presentan dolor crónico, caso del dolor abdominal recurrente¹⁵, migrañas^{16,17} y anemia drepanocítica¹⁸, se demuestra un beneficio significativo del uso de esta técnica en ámbitos hospitalarios. Holden revisó 31 estudios sobre tratamientos para niños con cefalea crónica e identificó pruebas apropiadas de la eficacia de la relajación y la autohipnosis en la reducción o alivio del dolor¹⁹.

En diversos estudios también se ha demostrado una mejora al aplicar la hipnosis a niños y adolescentes con problemas de conducta, como la tricotilmanía²⁰, la succión del pulgar²¹, disnea crónica²², síndrome de la Tourette²³, enuresis y disfasia²⁴. De hecho, Anbar puso de relieve que el 75% de un grupo de niños a los que se les adiestró en técnicas de autohipnosis demostraron una mejora significativa en los síntomas como la tos habitual, hiperventilación, disnea y respiración suspirante, y disfunción de las cuerdas vocales²⁵. En algunos informes clínicos también se ha documentado sistemáticamente su eficacia clínica en el tratamiento de los síntomas y en la mejora de la calidad de vida en una población de niños con asma y fibrosis quística²⁶⁻²⁹. En los informes de casos publicados, se ha demostrado que la hipnosis puede usarse en el tratamiento de algunos trastornos habituales como los terrores nocturnos con perturbación del sueño³⁰, problemas de la deglución²⁴ y enuresis nocturna, al igual que en procesos dermatológicos como la dermatitis atópica³¹, eccema crónico³², y verrugas virales³³.

En conjunto, recomendamos el uso de la hipnosis como adyuvante del tratamiento del dolor y la ansiedad asociados con muchos procedimientos, fobias, y anemia drepanocítica, al igual que una serie de trastornos relacionados con el dolor, caso del dolor de cabeza y el abdominal. Respaldan la recomendación las revisiones Cochrane recientes sobre el tema³⁴⁻³⁶. En estos momentos no está clara la eficacia de la hipnosis para el tratamiento de otros procesos como el asma, alteraciones del sueño y algunas enfermedades dermatológicas y se re-

Las opiniones expresadas en estos comentarios son las de los autores y no necesariamente las de la American Academy of Pediatrics o sus comités.

quieren un mayor número de datos procedentes de ensayos aleatorizados, controlados. Es preciso que los pediatras tomen nota de que la introducción del concepto de autohipnosis a niños precozmente en el curso de una enfermedad crónica es ventajosa, ya que les proporciona una sensación de control y dominio³⁷. Es preciso que los padres también participen precozmente en el proceso de la hipnosis porque sus conceptos sobre la técnica pueden impedir o contribuir al tratamiento de su hijo. Con el fin de seleccionar una técnica de hipnosis apropiada para un niño, han de considerarse diversos factores como la edad del desarrollo, su enfermedad, motivación, interés y aptitudes. En realidad, seguimos necesitando un mayor número de ensayos aleatorizados, controlados, que utilicen criterios de valoración validados para abordar los problemas relacionados con el momento óptimo y la duración de las intervenciones hipnóticas.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo estuvo financiado en parte por los National Institutes of Health (NICHD, R01HD37007-02).

HALEH SAADAT, MD, FAAP, Y ZEEV N. KAIN, MD, FAAP
Departments of Anesthesiology, Pediatrics, and Child
Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven,
Connecticut, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Phillips RS. Use of mindbody medical therapies. *J Gen Intern Med.* 2004;19:43-50.
2. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA.* 1998;280:1569-75.
3. Ottolini MC, Hamburger EK, Loprieato JO. Complementary and alternative medicine use among children in Washington, DC area. *Ambul Pediatr.* 2001;1:122-5.
4. Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology (Williston Park).* 1997;11:1179-89; discusión 1189-95.
5. Council on Mental Health. Medical use of hypnosis. *JAMA.* 1958;186-9.
6. Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. NIH Technology Assessment Panel on Integration of Behavioral and Relaxation Approaches Into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. *JAMA.* 1996;276:313-8.
7. Morgan A, Hilgard E. Age differences in susceptibility to hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 1973;21:78-85.
8. Olness K, Kohen DP. Hypnosis and Hypnotherapy With Children. 3.^a ed. Nueva York, NY: Guilford Press; 1996.
9. Butler LD, Symons BK, Henderson SL, Shortliffe LD, Spiegel D. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics.* 2005;115(1). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/1/e77
10. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely S. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD005179
11. Huth MM, Broome ME, Good M. Imagery reduces children's postoperative pain. *Pain.* 2004;110:439-48.
12. Lambert SA. The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *J Dev Behav Pediatr.* 1996;17:307-10.
13. Martin-Herz SP, Thurber CA, Patterson DR. Psychological principles of burn wound pain in children. II: Treatment applications. *J Burn Care Rehabil.* 2000;21:458-72.
14. Iserson KV. Hypnosis for pediatric fracture reduction. *J Emerg Med.* 1998;17:53-6.
15. Humphreys P, Gevirtz RN. Treatment of recurrent abdominal pain: components analysis of four treatment protocols. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2000;31:47-51.
16. Olness K, MacDonald JT, Uden DL. Comparison of selfhypnosis and propranolol in the treatment of juvenile classic migraine. *Pediatrics.* 1987;79:593-7.
17. Richter IL, McGrath PJ, Humphreys PJ, et al. Cognitive and relaxation treatment of paediatric migraine. *Pain.* 1986;25:195-203.
18. Dinges DF, Whitehouse WG, Orne EC, et al. Self-hypnosis training as an adjunctive treatment in the management of pain associated with sickle cell disease. *Int J Clin Exp Hypn.* 1997;45:417-32.
19. Holden EW, Deichmann MM, Levy J. Empirically supported treatments in pediatric psychology: recurrent pediatric headache. *J Pediatr Psychol.* 1999;24:91-109.
20. Kohen DP. Hypnotherapeutic management of pediatric and adolescent trichotillomania. *J Dev Behav Pediatr.* 1996;17:328-34.
21. Kohen DP. Applications of relaxation and mental imagery (self-hypnosis) for habit problems. *Pediatr Ann.* 1991;20:136-8, 141-4.
22. Anbar RD. Self-hypnosis for management of chronic dyspnea in pediatric patients. *Pediatrics.* 2001;107(2). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/2/e21
23. Kohen DP, Botts P. Relaxation-imagery (self-hypnosis) in Tourette syndrome: experience with four children. *Am J Clin Hypn.* 1987;29:227-37.
24. Culbert TP, Kajander RL, Kohen DP, Reaney JB. Hypno-behavioral approaches for school-age children with dysphagia and food aversion: a case series. *J Dev Behav Pediatr.* 1996;17:335-41.
25. Anbar RD, Geisler SC. Identification of children who may benefit from self-hypnosis at a pediatric pulmonary center. *BMC Pediatr.* 2005;5:6 [consultado 7/3/2007]. Disponible en: www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid_1112600
26. Anbar RD. Hypnosis in pediatrics: applications at a pediatric pulmonary center. *BMC Pediatr.* 2002;2:11 [consultado 7/3/2007]. Disponible en: www.biomedcentral.com/1471-2431/2/11
27. Anbar RD. Self-hypnosis for anxiety associated with severe asthma: a case report. *BMC Pediatr.* 2003;3:7 [consultado 10/2/2007]. Disponible en: www.biomedcentral.com/1471-2431/3/7
28. Anbar RD, Hummell KE. Teamwork approach to clinical hypnosis at a pediatric center. *Am J Clin Hypn.* 2005;48:45-9.
29. Belsky J, Khanna P. The effects of self-hypnosis for children with cystic fibrosis: a pilot study. *Am J Clin Hypn.* 1994;36:282-92.
30. Kohen DP, Mahowald MW, Rosen GM. Sleep-terror disorder in children: the role of self-hypnosis in management. *Am J Clin Hypn.* 1992;34:233-44.
31. Stewart AC, Thomas SE. Hypnotherapy as a treatment for atopic dermatitis in adults and children. *Br J Dermatol.* 1995;132:778-83.
32. Mirvish I. Hypnotherapy for the child with chronic eczema: a case report. *S Afr Med J.* 1978;54:410-2.
33. Banerjee S, Srivastav A, Bhupendra MP. Hypnosis and selfhypnosis in the management of nocturnal enuresis: a comparative study with imipramine. *Am J Clin Hypn.* 1993;36:113-9.
34. Eccleston C, Yorke L, Morley S, Williams AC, Mastroyanopoulou K. Psychological therapies for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD003968
35. Anie KA, Green J. Psychological therapies for sickle cell disease and pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD001916
36. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely S. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD005179
37. Sugarman LI. Hypnosis: teaching children self-regulation. *Pediatr Rev.* 1996;17:5-11.