

Autohipnosis Ultradiana: ¿Una alternativa de tratamiento del Síndrome de Colon Irritable?

Isidro Pérez Hidalgo

En el presente artículo, basándome en mi experiencia clínica, puedo afirmar que la respuesta a la pregunta incluida en el título de este trabajo es afirmativa. No obstante, no tengo datos para presentar un estudio aleatorizado, con una estadística comparativa. Sirva mi exposición como una propuesta para investigaciones con una metodología más precisa o como una posible línea de trabajo para clínicos.

Cuando hablo de autohipnosis ultradiana, me refiero al modelo de Ernest Rossi que él denomina “*Ultradian Healing Response*”, o en español “Respuesta de curación ultradiana” (Rossi y Cheek, 1988; Rossi y Nimmons, 1993), tomando las observaciones de Milton Erickson acerca de los “buenos o malos momentos para inducir un trance”. En su aprendizaje de la labor clínica de Erickson, Rossi extrajo algunas consecuencias en cuanto a la importancia de la duración de las sesiones y el momento del día apropiado para desarrollar el proceso hipnótico. El mismo Erickson hablaba del fenómeno del “trance cotidiano” que se produce de forma espontánea en varios momentos a lo largo del día. Lo que puede ser una observación intuitiva se demostró con estudios experimentales a partir de los años 70 (Broughton, 1975; Rasmussen, 1986).

La cronobiología ha establecido la relevancia de diferentes ritmos. El ritmo circadiano, que se produce en torno a un ciclo de 24 horas; el infradiano, que tiene una periodicidad que se extiende más allá de 24 horas; o el ultradiano, con oscilaciones de menor duración que 24 horas. Estos ritmos ultradianos serían la fundamentación psicobiológica del Trance Cotidiano. Rossi (1982) descubre una vinculación a partir de las similitudes de los signos del trance cotidiano y el “ciclo regenerador ultradiano”.

Todos podemos experimentar esas oscilaciones cíclicas. Durante 90-120 minutos nos sentimos propensos a la actividad y posteriormente tendemos al descanso. Podemos hacernos conscientes de momentos en los que estamos más propensos a meditar, descansar o entrar en hipnosis. Los ritmos ultradianos, en el llamado

“Ciclo Básico de Actividad-Descanso” (BRAC) influyen en nuestra conducta en gran medida con correlatos fisiológicos verificables.

Las investigaciones acumuladas durante la segunda mitad del siglo XX y lo que llevamos del siglo XXI nos indican que los principales sistemas de autorregulación del cuerpo (sistema nervioso autónomo, sistema endocrino, sistema inmunológico...) se basan en ciclos básicos de actividad y descanso. Las moléculas mensajeras son fundamentales para entender esos procesos.

Cuando estamos fuera de la armonía cuerpo-mente, que parece pautada aunque con cierta flexibilidad, se producen anomalías que consideramos dentro del ámbito del estrés. Según Rossi, habría cuatro etapas de estrés ultradiano (Rossi y Nimmons, 1993):

Etapa 1. Señales de hacer una pausa.

Rossi explica que después de 90-120 minutos de actividad se experimentan las señales que nos indican que deberíamos tomar un descanso de unos veinte minutos, o al menos un cambio de ritmo. Las señales a las que debemos estar atentos son las siguientes:

- Sentir la necesidad de estirarse, dar una vuelta o hacer una pausa.
- Bostezar o suspirar.
- Encontrarse indeciso o creando dilaciones, incapaz de continuar trabajando.
- Sentir tensión, rigidez o fatiga.
- Sensaciones de hambre.
- Activación urinaria.
- Disminución de la concentración.
- Vulnerabilidad emocional o tendencia a deprimirse.
- Distraerse con fantasías, tal vez sexuales.
- Problemas leves de memoria.
- Pequeños errores de pronunciación, escritura o cálculo.

- Disminución del rendimiento y de los resultados.

Etapa 2. Respuesta adrenalínica al estrés.

En esta segunda etapa puede producirse un efecto pasajero de bienestar, el denominado “segundo aliento”. Podemos sentirnos como si estuviéramos disfrutando de más energía vital de la que en realidad disponemos en ese momento. Es frecuente la hiperactividad acompañada de tensión, hostilidad, resentimiento y tendencia a la desconfianza. En este estadio es probable que algunas personas abusen de sustancias como el café, el tabaco, el alcohol u otras drogas. El sujeto no suele ser consciente de que su estrés es más grave que en la etapa anterior.

Etapa 3. Disminución del rendimiento.

Se considera que en este momento se están agotando las liberaciones de adrenalina y que el cuerpo necesita descansar de manera urgente. Como consecuencia de este desequilibrio que afecta al sistema de restauración, las moléculas mensajeras que se encargan de funciones cognitivas están agotadas y empiezan a aumentar los errores en nuestro funcionamiento habitual. Los signos que podemos observar son:

- Tendencia a los accidentes, torpeza, tropezos.
- Errores de juicio y decisiones equivocadas que normalmente no se hubieran producido.
- Errores repetidos en el habla, la escritura y el cálculo.
- Importantes problemas de memoria incluyendo olvidar lo que íbamos a decir o lo que estábamos buscando.
- Errores en el habla con fallos de pronunciación y uso de palabras inadecuadas.
- No caer en la cuenta de importantes implicaciones en

los negocios y falta de sutileza ante juegos de palabras o bromas.

- Arrebatos de impaciencia e irritación, altercados en la relación con los demás y conducta inapropiada.

Etapa 4. Disfunciones somáticas.

En esta cuarta etapa en la que Rossi habla de “el cuerpo rebelde”, el descanso y la recuperación han sido sistemáticamente ignorados y se produce un deterioro que sería la base de la enfermedad psicosomática. En esta cuarta etapa del Síndrome de Estrés Ultradiano existe ya un agotamiento de las reservas que puede conducir a situaciones a veces irreversibles. El cuerpo ha perdido la coordinación de sus diferentes programas de mantenimiento de modo que incluso el sistema inmunológico se ve afectado. Según Rossi, en este nivel de vulnerabilidad psicobiológica habría cuatro áreas de problemas principales:

- Problemas de sueño.
- Problemas gastrointestinales.
- Problemas cardiacos.
- Reducción en la duración de la vida.

No cabe duda de que el impacto del estrés sobre nuestro cuerpo está muy bien documentado y de que la psicología ha ampliado sus fronteras en los últimos años para ocuparse de trastornos que antes pertenecían exclusivamente al ámbito de la medicina, y la colaboración entre médicos y psicólogos clínicos ha ido haciéndose cada vez más productiva.

El síndrome de colon irritable (SCI) (en los últimos años se ha recomendado la etiqueta *síndrome de intestino irritable*) afecta a un porcentaje bastante elevado de pacientes que recurren a los servicios médicos de los especialistas en el aparato digestivo; las estadísticas nos hablan de hasta un 50% de consultas relacionadas con esta patología. El trastorno afecta al funcionamiento de la

musculatura del tracto digestivo y presenta una serie de síntomas característicos: dolor, hinchazón, estreñimiento, diarreas, náuseas e indigestión. La ansiedad y la depresión suelen estar asociadas a este padecimiento.

Los síntomas suelen agruparse dando lugar a tres tipologías:

1. Pacientes con espasticismo, dolor, flatulencias y cambios en los hábitos intestinales.
2. Los pacientes presentan una tendencia diarreica más o menos crónica que se intensifica con momentos de mayor estrés.
3. Los síntomas predominantes son dispepsia, dolor en el epigastrio y flatulencias.

En general, los gastroenterólogos otorgan una importancia fundamental a los factores psicológicos en el desarrollo del SCI, y por ello cada vez es más frecuente que los médicos deriven pacientes con esta patología a los psicólogos clínicos o a los psiquiatras.

Tanaka *et al.* (2011) postulan un enfoque biopsicosocial para entender esta patología con tres factores fundamentales:

1. Experiencias vitales tempranas.
2. Factores psicológicos asociados al estrés, presentación de los síntomas y mecanismos de afrontamiento.
3. Fisiopatología digestiva, resaltando los trastornos de motilidad gástrica, la hipersensibilidad visceral y la relación entre el cerebro y el intestino.

No obstante, hay que tener en cuenta que no existe un consenso acerca de cuál sería el tratamiento óptimo para el SCI. Según una revisión de tipo Cochrane (Zijdenbos *et al.*, 2009) las intervenciones psicológicas pueden considerarse ligeramente más eficaces que los tratamientos habituales o los grupos de control recién finalizado el tratamiento, aunque la significación clínica está sometida a debate. Son

cuestionables los resultados a largo plazo, aunque los autores reconocen las limitaciones de su meta-análisis. Los estudios revisados se referían a terapia cognitivo conductual y psicoterapia interpersonal. En contraste con estas conclusiones, hay una serie de estudios que aunque no satisfagan los criterios tan exigentes de la metodología Cochrane ofrecen datos muy significativos apoyando la eficacia de las intervenciones psicológicas sobre el SCI. Una parte de estos trabajos se ha apoyado en la hipnosis como tratamiento principal.

Whorwell, Prior y Faragher (1984) son autores de un estudio clásico en el que treinta pacientes refractarios a otros tratamientos fueron asignados aleatoriamente a dos grupos igualmente numerosos, recibiendo en un caso hipnoterapia y en otro psicoterapia más placebos orales. Los resultados indicaban que los pacientes tratados con hipnosis experimentaban una mejoría superior a la del grupo de comparación sin relapsos durante el seguimiento posterior de tres meses. A partir de aquí ha habido numerosos estudios que han favorecido la relevancia que se ha otorgado a la hipnosis como procedimiento adecuado para el tratamiento del SCI. Un factor importante parece ser la reducción del dolor intestinal. En el estudio de Prior, Colgan y Whorwell (1990) se verifica que bajo hipnosis los pacientes disminuyen la sensibilidad rectal ante la introducción de un balón intragástrico. El estudio de Houghton *et al.* (1999) confirma esta reducción de la sensibilidad dolorosa en las pruebas con balón intragástrico, observándose también una disminución de la severidad y frecuencia de los dolores abdominales, hinchazón y anomalías en los hábitos intestinales.

También resulta interesante el estudio de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que intervienen en el proceso hipnótico cuando se mejora la irritabilidad intestinal. En este sentido, el estudio de Palsson *et al.* (2002) concluye que la hipnosis mejora la sintomatología del SCI al disminuir el malestar psicológico y la somatización. No se encuentran mejorías asociadas a cambios en parámetros fisiológicos como umbral de dolor rectal o activación del sistema nervioso autónomo.

Gonsalkorale *et al.* (2003) encuentran además que los resultados positivos de la terapia con hipnosis pueden extenderse hasta cinco años en un gran porcentaje de pacientes. Vlieger *et al.* (2007) comprueban la eficacia de la hipnoterapia en niños con edades comprendidas entre ocho y dieciocho años, con SCI o dolor abdominal funcional. Por otro lado, Shinozaki *et al.* (2010) verifican en un

estudio aleatorizado que el Entrenamiento Autógeno, que podemos considerar una forma de autohipnosis, mejora la sintomatología del SCI.

Por todo ello, la hipnosis aparece como un procedimiento que es razonable utilizar en la clínica. En nuestra experiencia, sin entrar en estadísticas complejas, nuestra observación coincide con los datos anteriores, a pesar de que a veces hemos empleado sugerencias directas dentro de un protocolo que podríamos considerar similar al de algunos de estos trabajos y en otros casos el elemento fundamental de la terapia ha sido la autohipnosis basada en ritmos ultradianos con las instrucciones que Rossi proporciona (Rossi y Cheek, 1988, Rossi y Nimmons 1993).

El enfoque de Rossi realmente no se basa en la sugestión, sino en un proceso basado en el trabajo inconsciente a partir de unas premisas mínimas. Se puede decir que en la autohipnosis se crea un clima que favorece nuevas asociaciones a nivel no consciente, tal como Erickson postulaba. Como Rossi ha señalado en diferentes escritos, es fundamental confiar en las posibilidades que van más allá del razonamiento o el análisis de la mente consciente, sabiendo que en nuestro interior existen multitud de recursos que nos resultan inabarcables desde la perspectiva limitada con la que observamos nuestros propios procesos psicobiológicos.

Las “preguntas de acceso” son una característica central para entender cómo podría explicarse un modo de trabajo mente-cuerpo que se apoya en las fases ultradianas. Una pregunta de acceso busca abrir un proceso de respuesta que casi nunca se entenderá como verbal, sino como un cambio reorganizativo que ocurre a partir de dicha pregunta que nos hacemos a nosotros mismos.

Rossi afirma que “los sistemas de comunicación entre la mente y el cuerpo (la dinámica de los receptores de las moléculas mensajeras del Sistema Nervioso Central, el Sistema Nervioso Autónomo, los neuropéptidos y los sistemas de inmunidad de la red psicosomática) están coordinados por y para el ciclo de síntesis de la expresión proteica de los genes adaptativos a nivel celular. Muchos de esos sistemas interrelacionados de comunicación mente-cuerpo y sanación se manifiestan en la conducta observable del ciclo básico actividad-descanso (BRAC) que puede ser entrenado y utilizado en las aplicaciones clínicas de la hipnosis”. Ésta

constituye una de sus hipótesis “visionarias”. También en relación con lo anterior, añade, “El estrés psicobiológico engendrado por la desincronización crónica de los ritmos ultradianos y circadianos, como el ciclo básico de la actividad y descanso (BRAC), a causa de cargas excesivas o traumáticas, constituye una etiología fundamental para los problemas psicosomáticos que puede mejorarse mediante la aplicación terapéutica de la hipnosis” (Rossi, 2004).

Hay que resaltar que Rossi considera que la hipnosis tiene un efecto sobre la neurogénesis, buscando los mecanismos que acompañan el pensamiento pero que tienen una base genómica y molecular. En sus investigaciones, se infiere que la hipnosis produce cambios significativos en los genes que conducen al crecimiento de células madre, con una reducción de la inflamación y el dolor, y una disminución del estrés oxidativo, lo que constituye una parte importante de los procesos de curación (Rossi y Jensen, 2010).

Se puede decir que la teoría de Rossi ha ido evolucionando desde las observaciones clínicas de su mentor Erickson hasta una interacción sinérgica de los avances en la psicología, la genética, la biología molecular o incluso la física teórica, sin olvidar la influencia del Dr. Cheek con sus métodos de hipnosis ideodinámica.

PROCEDIMIENTO:

Paso a describir mi adaptación particular de la técnica de Rossi, con un fraseo que no pretende ser una traducción directa. Aunque Rossi no plantea este procedimiento de tres pasos en relación con el tratamiento del Síndrome de Colon Irritable, mi experiencia de todos estos años me permite proponer la “autohipnosis ultradiana” como una posibilidad de manejo de los síntomas del SCI que proporciona resultados muy positivos. En todo caso, invito a otros profesionales a que hagan por sí mismos la prueba con sus pacientes.

Explicaciones previas al paciente:

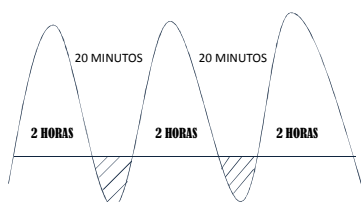
Sin entrar en una terminología demasiado científica, se hace entender al consultante que estamos sujetos a ritmos biológicos a lo largo de todo el día y que nuestra actividad se somete a husos horarios concretos: periodos de rendimiento que duran entre 90 y 120 minutos, y periodos de invitación al

descanso por parte de nuestro organismo de unos 20 minutos.

Seguimos explicando que nuestro ritmo de vida nos ha llevado a perder la sintonía con nuestras propias señales, con las que nuestro organismo nos envía para indicarnos que debemos descansar o cambiar de actividad.

Se pide entonces al sujeto que durante siete días se familiarice con sus ciclos de actividad y descanso y las señales que nos indican la respuesta regeneradora ultradiana, incluso puede elaborar una gráfica que indique los picos y valles de actividad, que tendría un aspecto más o menos así:

RITMOS ULTRADIANOS



Después de esta observación, el paciente puede determinar con bastante precisión cuáles son los momentos de eficiencia máxima en el aprendizaje y el trabajo, y cuándo debería hacer una pausa.

Una vez reconocido este patrón periódico, se instruye al paciente en la dinámica de utilizar la cronobiología en su beneficio, planificando en la medida de lo posible sus actividades en torno a estos ritmos ultradianos, las reuniones de trabajo, las actividades sociales o familiares e incluso la alimentación, prestando especial atención al llamado “punto de ruptura”, que suele producirse entre las 15 y las 16 horas. Como destacan Tsuji y Kobayashi (1988), este punto de ruptura ocurre cuando coinciden las fases bajas de los ritmos ultradiano y circadiano, reforzándose mutuamente y que habitualmente nos lleva al sueño.

El siguiente paso es planificar periodos concretos de autohipnosis (lo denominamos así aunque Rossi habla más bien de respuesta regenerativa ultradiana, explicando que no es autohipnosis en el sentido de administrarse uno mismo

sugestiones, sino de “escuchar a la naturaleza”. Esta idea es congruente con el concepto general de hipnosis naturalista, cuando se trata de crear un clima en el que el inconsciente haga nuevas asociaciones y no tanto en el sentido de programar una conducta o resultado concreto). Las instrucciones que se le dan al paciente constan de tres fases para llevar a cabo el proceso autohipnótico ultradiano:

Fase 1: Ahora sientes esas señales que te indican que es el momento adecuado para entrar en un trance hipnótico por ti mismo.

Fase 2: Te preguntas: “¿Cómo puede ayudarme mi inconsciente ahora?” y permites que tu inconsciente responda a esa pregunta mediante un proceso interno, y añades, “cuando mi inconsciente haya terminado este trabajo interno me lo indicará con una señal”.

Fase 3: Ante la señal, saldrás del trance reanudando tu actividad normal y sintiéndote muy bien (el periodo de tiempo que va de la fase 2 a la 3 puede durar desde unos segundos a unos veinticinco minutos según nuestra propia observación clínica).

El procedimiento es simple, aunque la señal empleada puede variar. Puede ser un movimiento automático de un dedo, la apertura involuntaria de los ojos, determinadas respuestas sensoriales, etc. Dicha señal habrá sido convenida previamente con el paciente.

Así pues, tenemos una combinación de planificación del tiempo según los ritmos ultradianos y periodos de autohipnosis coincidiendo con esos momentos regeneradores. Estos dos recursos pueden emplearse dentro de un paquete terapéutico de amplio espectro o como intervención única. Como es esperable, el programa más amplio suele dar mejores resultados. Después el paciente se autoadministra las instrucciones, sabiendo que el tiempo que dedicará a la autohipnosis podría ser variable, ya que es imprevisible saber exactamente cuándo va a producirse la señal. Parece necesario asegurarnos un mínimo de periodos diarios de autohipnosis ultradiana, aunque es difícil establecer con precisión ese mínimo. La mayoría de los pacientes tiene dificultades para encontrar más de dos periodos en su jornada que puedan dedicar a esta práctica. Conviene advertir al paciente que los resultados favorables rara vez son inmediatos y que habitualmente es más fácil prevenir los síntomas que modificarlos cuando están instalados con cierta

intensidad. Es casi imprescindible elaborar un registro en base a la intensidad subjetiva de los síntomas con una medida “pre” y varias medidas “post”. Un ejemplo podría ser el siguiente:

<u>SÍNTOMAS</u>	<u>MEDIA PRE</u>	<u>MEDIA POST</u>
Dolor Abdominal	7	4
Gases	8	4
Mareos	5	2
Fatiga	6	3
Diarreas	6	3
Estreñimiento	6	4
Acidez	4	4
Náuseas	6	4
Pérdida de apetito	7	4
Migrañas	5	3
Micción dificultosa	3	3
Regurgitación	5	4

Los datos reflejados en el ejemplo anterior serían una media aproximada de las respuestas que se observan en los pacientes después de dos meses de aplicación de la autohipnosis. No obstante, no contamos con un seguimiento adecuado, aunque esperamos poder desarrollar un estudio formal en el futuro y presentar conclusiones al respecto.

Conclusiones:

Aunque la experiencia personal expuesta debería ser objeto de un estudio estructurado, la casuística nos sugiere que el punto de partida de Rossi y del mismo Erickson puede resultar muy válido en este trastorno concreto y en otras alteraciones donde el exceso de actividad del Sistema Nervioso Autónomo puede ser un

componente fundamental. El mismo Rossi ha señalado en sus obras múltiples proyectos de investigación que podrían llegar a realizarse, pero el tema es tan amplio que solo una pequeña parte de sus propuestas ha sido objeto de estudios controlados. Esperamos que las observaciones que hemos resumido en este artículo puedan ser refrendadas (o refutadas) con una metodología experimental adecuada.

Referencias bibliográficas:

Broughton R. (1975). Biorhythmic Variations in consciousness and psychological functions. *Canadian Psychological Review: Psychologie Canadienne*, 16 (4), 217-239.

Gonsalkorale W.M., Miller V., Afzal A. y Whorwell P.J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut*, 52(11):1623-1629.

Houghton L.A., Larder S., Lee R., Gonsalcorale W.M., Whelan V., Randles J., Cooper P., Cruikshanks P., Miller V. y Whorwell P.J. (1999). Gut focused hypnotherapy normalises rectal hypersensitivity in patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Gastroenterology*, 116: A1009.

Palsson O.S., Turner M.J., Johnson D.A., Burnett C.K. y Whitehead W.E. (2002). Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanism and effects on symptoms. *Dig Dis Sci*, 47(11):2605-2614.

Prior A., Colgan S.M. y Whorwell P.J. (1990). Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, 31:896.

Rasmussen D. (1986). Psychological interactions of the basic rest-activity cycle of the Brain: Pulsatile luteinizing hormone secretion as a model. *Psychoneuroendocrinology*, 11(4), 289-405.

Rossi E. y Cheek D. (1988). *Mind-Body Therapy: Ideodynamic Healing in Hypnosis*. Nueva York. Norton

Rossi E. y Nimmons D. (1993). *Los 20 minutos de pausa: usando la Nueva Ciencia de Ritmos Ultradianos*. Madrid. EDAF.

Rossi E. (2004). *A Discourse with our Genes: The Psychosocial and Cultural Genomics of Therapeutic Hypnosis and Psychotherapy*. Benevento, Editris.

Rossi E. y Jensen M. (2010). How we light and brighten the lamps of human consciousness: The ideo-plastic paradigm of therapeutic hypnosis in an era of functional genomics and bioinformatics. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*. Pag. 62-91.

Shinozaki M., Kanazawa M., Kano M., Endo Y., Nakaya N., Hongo M. y Fukudo S. (2010). Effect of autogenic training on general improvement in patients with irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 35(3):189-98.

Tanaka Y., Kanazawa M., Fukudo S. y Drossman D.A. (2011). Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil*, 17(2):131-9. doi: 10.5056/jnm.2010.17.2.131. Epub 2011 Apr 27.

Tsuji Y. y Kobayashi T. (1988). Short and long ultradian EEG components in daytime arousal, *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 70, 110-117.

Vlieger A.M., Menko-Frankenhuis C., Wolfkamp S.C., Tromp E. y Benninga M.A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 133(5):1430-1436.

Whorwell P.J., Prior A. y Faragher E.B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *The Lancet*, 2: 1232-1234.

Zijdenbos I.L. (2009). Psychological treatments for the management of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 1. Art n^o: CD006442. DOI: 10.1002/14651858.CD006442. Pub2.

Isidro Pérez Hidalgo

Psicólogo Clínico

Director CHC PSICÓLOGOS Madrid

∞