

ESTUDIO DE CASOS

Hipnosis clínica en un caso de enfermedad inflamatoria intestinal

Clinical hypnosis in a inflammatory bowel disease case

J. C. FERNÁNDEZ MÉNDEZ*,
J. A. PÉREZ VIDAL*,
B. FERNÁNDEZ MÉNDEZ*

RESUMEN

Un sujeto de veinte años con una enfermedad inflamatoria intestinal fue tratado con hipnosis. Hasta donde sabemos es el primer informe que documenta el empleo de la hipnosis clínica en un paciente con enfermedad de Crohn, para reducir el estrés y afrontar las demandas originadas por la patología digestiva. Además, otro aspecto importante en el presente trabajo, es el registro exhaustivo y consecutivo de la sintomatología gastrointestinal, un punto débil en la gran mayoría de los trabajos precedentes. Al finalizar la intervención psicológica disminuyó notablemente el nivel de intensidad del estrés, el número de deposiciones diarias así como la intensidad del dolor abdominal. Estos resultados se mantuvieron a lo largo del seguimiento.

ABSTRACT

A patient aged twenty with an inflammatory bowel disease was treated with hypnosis. Up to all we know this is the first report where it is documented the use of clinical hypnosis in a patient with Crohn's disease, to reduce stress and cope with the former demands of the digestive

* Psicólogas Clínicas en el Centro de Psicología Cambi

pathology. Furthermore, other important face in the present study, is the consecutive and precise registration of the gastrointestinal symptomatology, a weak point in the great majority of the precedent works. To the end of the psychological intervention, the stress intensity level decreased notoriously, as the daily depositions accounts and as the abdominal pain intensity. These results have been maintained through the follow-up.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, hipnosis, dolor, estrés.

KEY WORDS

Inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, hypnosis, pain, stress.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha crecido exponencialmente la investigación psicosocial dentro del campo de los trastornos gastrointestinales, lo cual demuestra el interés que despierta el tema. Es el caso de alteraciones digestivas funcionales como el síndrome de intestino irritable, incontinencia fecal y dispepsia funcional; sin embargo, también es cierto que patologías digestivas de origen orgánico como la enfermedad inflamatoria intestinal (de aquí en adelante EII) precisan mayor atención para valorar la incidencia de los factores psicológicos en la etiología, exacerbación, mantenimiento y remisión de los síntomas y signos físicos.

El término EII se emplea para describir dos patologías intestinales de curso crónico, la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). La CU implica la inflamación y ulceración de la mucosa del recto y todo o algún segmento del colon; por su parte, la EC supone la inflamación y lesión de alguna parte o la totalidad del espesor intestinal y, a diferencia de la CU, puede afectar a cualquier porción del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano. Los síntomas y signos más

abdominal, anorexia, pérdida de peso, anemia y cansancio; además, pueden surgir complicaciones extradigestivas como las alteraciones hepatobiliares, las manifestaciones osteoarticulares, los trastornos dermatológicos y las lesiones oculares (De Portugal, González y Pascual (1984); Pajares y Mate, 1993). Quizá la complicación más grave sea el cáncer de colon, un riesgo que aumenta con la cronicidad y severidad de la EII (Korelitz, 1987; Farmer, 1992). La EII presenta una alta incidencia sobre todo en países occidentales como Norteamérica, Inglaterra y Suecia (Rodríguez, Casado y Pérez, 1995), con una prevalencia para la EC de 10 a 70 casos por 100.000 habitantes y con una incidencia que oscila entre 0,5 y 6,3 casos por 100.000 habitantes/año (Donaldson, 1989); para la CU la prevalencia es de 30 a 100 casos por 100.000 habitantes y la incidencia de 2 a 13 nuevos casos cada año por 100.000 habitantes (Callo y Schneiderman, 1989). Son patologías que pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, si bien son más frecuentes alrededor de los 20 a los 30 años. Actualmente se desconoce la causa que produce la enfermedad, por tanto, el tratamiento es paliativo y no curativo con notorios efectos secundarios. Los fármacos antiinflamatorios

cina y los corticosteroides; en casos más graves es preciso recurrir a la alimentación artificial (enteral y/o parenteralmente), antibióticos e inmunosupresores; cuando estas medidas fracasan no queda más remedio que acudir a la cirugía, que en el caso de la EC no garantiza nunca la desaparición de la enfermedad, pues un alto porcentaje de pacientes suelen recaer (Glickman, 1991). Al desconocerse la etiología se barajan varias hipótesis, la más atractiva es la inmunitaria; sin embargo, el estado actual de la cuestión impide establecer con claridad si el desequilibrio en la homeostasis inmunológica es causa o consecuencia de la EII. Por tanto, la postura de mayor aceptación aboga hoy en día por una causalidad multifactorial que hace énfasis en factores muy variados: infecciosos, dietéticos, genéticos, autoinmunes y psicológicos. Durante mucho tiempo se atribuyó la etiología de la CU y la EC únicamente a factores psicológicos (Sperling, 1957), conclusiones a las que se han llegado a través de estudios con notables sesgos metodológicos (Aronowitz, 1988; North, Clouse, Spitznagel y Alpers, 1990). Por esta razón, una de las líneas más fructíferas a seguir en la investigación acerca de los aspectos psicológicos en la EII es la que permita desen-

sintomatología gastrointestinal, ya que desde hace poco más de un siglo se reconoce la asociación entre trastornos gastrointestinales y estrés, aunque los mecanismos fisiológicos subyacentes se conocen rudimentariamente (Thompson, 1985). El estrés parece jugar una baza importante en la EII en un doble sentido, pues la propia enfermedad durante las fases activas supone una fuente de estrés que puede dar lugar a trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad; por otro lado, una mayor frecuencia de acontecimientos vitales y microeventos, aparte del estrés que produzca la propia enfermedad, pueden conducir al agravamiento de la sintomatología física. El concepto *estrés* presenta cierta ambigüedad, pudiendo referirse tanto a factores externos como a factores internos o a su interacción. La “Escala de Reajuste Social” de Holmes y Rahe (1967) es un claro exponente de la concepción del estrés como factores externos (separación de la pareja, problemas con la ley, etc.). Por otra parte, la “Escala de Reactivación al Estrés” (González de Rivera, 1989) es un buen ejemplo de la concepción del estrés como factores internos, es decir, de la reacción fisiológica del organismo en situaciones estresantes (palpitaciones, mareos, etc.). Existe

una mayor susceptibilidad a enfermar en individuos sometidos a un mayor impacto del estrés; en lo que se refiere a la enfermedad de Crohn, diferentes estudios coinciden en apuntar que el estrés parece afectar al curso de la misma (Crocket, 1952; Whybrow, Kane y Lipton, 1968; Ford, Gliber y Castelnuovo-Tedesco, 1969; Cohn, Lederman y Shore, 1970; Goldberg, 1970; McKegney, Gordon y Levine, 1970; Garrett, Brantley, Jones y McKnight, 1991; North, Alpers, Helzer, Spitznagel y Clouse, 1991; Green, Blanchard y Wan, 1994). La mayor parte de tales estudios son retrospectivos y basados únicamente en los sucesos vitales mayores; por esta razón, hemos realizado una evaluación del estrés como una serie de factores externos que acaecen diariamente en la vida del sujeto, medido con el "Daily Stress Inventory" (DSI) y que se comenta con mayor detalle en el apartado de instrumentos.

De este modo, es de gran relevancia valorar la eficacia de la intervención psicológica en la reducción del estrés en sujetos con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Existe poca evidencia con respecto a la intervención psicológica en la EII, pero parece apuntar en dirección positiva. Ya en 1978 Whitehead reconocía que, al igual que en el

entrenamiento en bio-feedback podría ser útil. En ese mismo año Susen (1978) publica los resultados de un estudio de caso de una paciente con CU, quien se valió del entrenamiento autógeno de relajación para reducir la duración y la intensidad del dolor abdominal; al cabo de doce semanas el dolor desapareció completamente y se mantuvo la remisión al año de seguimiento. Años más tarde, Joachim (1983) presentó los resultados de 14 pacientes diagnosticados con EII y que se habían sometido a un programa basado en ejercicios de respiración abdominal profunda y masajes del área abdominal, encontrándose incrementos en la capacidad de discriminación del estrés y la relajación, así como en la habilidad para tranquilizarse y conciliar el sueño; además, hubo un significativo aumento en el control de la percepción del dolor abdominal. Patricia Norris (citado por Whitehead y Schuster, 1985) aporta evidencia positiva sobre la intervención psicológica en estas enfermedades; en concreto, presenta resultados de dos estudios diferentes en los cuales se emplearon procedimientos de biofeedback para el tratamiento del estrés en sujetos diagnosticados de CU. En 1986 Milne y

ma de manejo del estrés, consistente en relajación autógena, habilidades de planificación y técnicas de comunicación, con un grupo de 80 sujetos que padecían una EII; los sujetos que recibieron tratamiento psicológico mostraron decrementos significativos en sus niveles de estrés y en la actividad de la enfermedad; sin embargo, el grupo de enfermos que no fue sometido a dicho tratamiento no mostró tales cambios. Un año después, Shaw y Ehrlich(1987) desarrollaron un programa de entrenamiento en relajación muscular progresiva en veinte sujetos de CU con dolor abdominal padecido desde, al menos, seis meses; encontraron que no había diferencias significativas entre el grupo control y el experimental en el pretratamiento; al concluir el tratamiento hallaron diferencias significativas y también al finalizar el seguimiento, con un menor número de palabras para describir el dolor; disminución en la intensidad, duración, frecuencia del dolor, y mayor capacidad para aliviarlo; además, disminuyó el empleo de fármacos antiinflamatorios. Schwarz y Blanchard (1991) trataron de valorar la efectividad de un programa conductual multicomponente, consistente en información sobre la EII, relajación

back electrodérmico y estrategias cognitivas de afrontamiento; tras el tratamiento, los sujetos informaron de la disminución del dolor abdominal. Para el resto de los síntomas, sin embargo, se apreció un confuso efecto nocivo del tratamiento; quizás, podría estar en función del tipo de patología, pues en el grupo tratamiento el 70% de los sujetos padecían una EC, mientras que en el grupo control el 70% padecían CU. Los pacientes con EC respondían mejor al tratamiento psicológico que los de CU, por tanto, dicho efecto relativamente nocivo podría ser específico de la CU. Uno de los mejores estudios realizados en nuestro país sobre el tema (García, 1995) valoró, entre otras cosas, la utilidad terapéutica de un programa conductual de manejo de estrés en 45 sujetos con EC; se concluyó que el tratamiento médico más la intervención psicológica era más eficaz que la mera intervención médica. Los beneficios del tratamiento psicológico, además, se mantenían al año de seguimiento.

Presentamos un estudio de caso en el que se valora la efectividad del tratamiento psicológico en un campo poco explorado, el de la EII, donde cada anotación

Resaltamos la novedad de la intervención psicológica, pues hasta donde conocemos (fue revisada la literatura anglosajona y de lengua española sobre el tema) es la primera vez que se presenta un informe sobre la aplicación de la hipnosis en la EII, que en el caso de patologías intestinales funcionales, como el síndrome de colon irritable, ha demostrado ser de utilidad (Creed y Guthrie, 1989). Además, se ha llevado a cabo un registro exhaustivo y consecutivo de la sintomatología, un punto débil en la mayoría de los trabajos precedentes.

Antes de aportar los datos del estudio queremos aclarar algunos conceptos acerca de la hipnosis, una herramienta valiosa que permite facilitar y potenciar la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos. Resulta complicado explicar el concepto de hipnosis. Los defensores de la *teoría del Estado* definen la hipnosis como un “estado alterado de conciencia” (Hilgard, 1965; Erickson y Rossi, 1966; Spiegel y Spiegel, 1978; Haley, 1980; Rossi, 1980; Zeig, 1980; Chertock, 1981), diferente a la vigilia, al estado “consciente” habitual y también diferente al sueño.

Los defensores de la mencionada teoría reconocen que podemos acceder a recursos v

pliendo nuestra experiencia y superando las limitaciones impuestas por la conciencia (Zeig, 1980). Del mismo modo que no necesitamos pensar conscientemente en todos los movimientos que efectuamos al conducir y funcionamos casi automáticamente, en estado de trance tenemos un mayor acceso a las sugerencias, ideas y soluciones que de otro modo sería difícil obtener. Sería algo así como ir conduciendo al tiempo que podemos pensar en lo que ocurrió el día anterior, cómo solucionar un problema difícil, etc. El tiempo en estado de trance se puede alargar o acortar subjetivamente al igual que cuando asistimos a una conferencia muy aburrida y los minutos se convierten en horas, o cuando lo estamos pasando muy bien y el tiempo se esfuma volando. Esta facultad podemos evocarla a voluntad (autohipnosis) o mediante las sugerencias del hipnoterapeuta (Cooper y Erickson, 1982). Quizá la característica más sobresaliente de la hipnosis sea la analgesia, un fenómeno que puede ser evocado en estado de trance y que nos permite reducir dramáticamente el dolor percibido, empleándose en diversidad de tratamientos médicos (Barber, 1995).

Antes de entrar al debate sobre la

cuestión del estado no ha concluído si ha variado notablemente; por esta razón, en otro extremo se encuentran los autores que sostienen que el estado hipnótico no es un estado alterado de conciencia, es decir, no es algo diferente al estado consciente (Barber, 1969). Sostienen que todo fenómeno hipnótico puede explicarse sin recurrir a un estado especial y rechazan el concepto de estado hipnótico por inexacto y engañoso (Spanos, 1986, 1991; Coe y Sarbin, 1991; Kirsch, 1991; Dixon y Laurence, 1992). Recientemente, Kirsch y Lynn (1995) han sostenido que las teorías de la hipnosis no pueden clasificarse solamente en dos grupos, *la teoría del estado y la teoría del no estado*, y han llegado a proponer un continuo dimensional. Entre ambos extremos sobre la cuestión del estado y entendiendo el trance en calidad de estado alterado, pero sin ser exclusivo de la hipnosis se encuentran Spiegel y Spiegel (1978), Edmonston (1991) y Walters y Havens (1993).

Capafons (1998) comparte con Sarbin (Sarbin y Andersen, 1963) el punto de vista sobre el fenómeno hipnótico y nos advierte que en la vida diaria existen multitud de fenómenos similares a los producidos a tra-

gestivos. Curiosamente Erickson defendió este mismo punto de vista sobre la hipnosis, desmitificando cualquier aspecto mágico o inusual y entendiendo ésta como un proceso normal y cotidiano al que accedemos todas las personas de manera natural (Zeig, 1980), aunque se le ubicó en el extremo del continuo donde se concibe la hipnosis como un estado alterado.

¿Qué es pues la hipnosis? Podemos comenzar diciendo lo que no es la hipnosis. No es desde luego un evento mágico-supersticioso mediante el cual se obtienen curaciones milagrosas. La hipnosis *per se* es un estado (diferente o no a la conciencia) y no una terapia. Como dijo atinadamente De Shazer (1994) se parece a la novocaína en el sentido de que ésta “sirve para la extracción de una muela, pero la novocaína por si sola no desprenderá la muela” (De Shazer, 1994).

La hipnosis no es un fenómeno espectacular y cinematográfico, de “feria” mediante el cual las personas se comportan de manera inusual o ridícula. Habitualmente uno no deja de saber quién es y dónde se encuentra en todo momento durante el trance (Hawkins, 1998). Las personas que se sumergen en el

rantes, y mucho menos quedan a merced del hipnólogo anulándose completamente su voluntad (Capafons, 1998). Quizás el lastre más importante que arrastra el concepto de hipnosis son sus mitos y creencias erróneas mantenidas a lo largo del tiempo (Capafons, 1998; Hawkins, 1998).

Los autores del presente estudio hemos basado el tratamiento guiados por los presupuestos ericksonianos o nauralistas de la hipnosis (Haley, 1980; Rossi, 1980; Zeig, 1980; Rosen, 1982; OíHanlon, 1987). Afortunadamente, en el trabajo de Erickson siempre predominan los aspectos clínicos del tratamiento. Nuestro objetivo prioritario era establecer una intervención útil en un caso de enfermedad de Crohn, teniendo en cuenta que no existen trabajos específicos sobre hipnosis en este campo.

MÉTODO

Sujeto

I.P.F. tiene veinte años y fue diagnosticado de enfermedad de Crohn a los catorce, cuyos síntomas han estado siempre presentes desde entonces e incluso se han ido agravando progresivamente. Cuando acudió a la pri-

digestiva se encontraba en fase activa con un elevado número de deposiciones diarias, en bastantes casos acompañadas de sangre, así como frecuentes dolores abdominales de intensidad moderada. Presentaba varios síntomas extradigestivos: nefrolitiasis, artritis periférica y eritemas nodosos en la piel de las extremidades inferiores. Además, era muy patente el adelgazamiento como consecuencia del síndrome de malabsorción intestinal. En ese momento era tratado con varios fármacos: un compuesto de 5-ASA (Claversal 500 mg), esteroides (Zamene 15 mg); inmunosupresores (Imurel 100 mg); para reducir el dolor utilizaba analgésicos como el Nolotil Compositum.

La descripción realizada permite hacernos una idea bastante aproximada del estado general de I.P.F., que refleja un cuadro de Crohn grave.

Instrumentos

Elaboramos un cuestionario específico para recoger los datos biográficos, así como la evolución y situación actual de su enfermedad, considerando elementos de los índices más importantes de actividad clínica

Se emplearon, además, varias pruebas psicológicas: el STAI-Estado (Spielberger, 1982) para valorar el nivel de ansiedad, el BDI (Beck, 1983) que permite conocer si un sujeto está o no deprimido y la severidad de la depresión y, por último, el EPI (Eysenck y Eysenck, 1990) para evaluar el nivel de neuroticismo. También se registró diariamente (122 días, más concretamente) sus principales síntomas (número de deposiciones diarias, frecuencia e intensidad del dolor abdominal) así como la medicación analgésica empleada.

Además, registraba cada día el nivel subjetivo de estrés a través del DSI (Brantley y Jones, 1989), un inventario compuesto por 58 ítems y que permite reflejar de una forma bastante cómoda los eventos diarios estresantes o los estresores menores (discusión con la pareja, una multa de tráfico...). El sujeto indica cuál de las 58 situaciones estresantes ocurrieron a lo largo de las 24 horas anteriores; valorándola en una escala tipo Likert desde 1 ("ocurrió pero no fue estresante") a 7 ("me causó pánico"). El "Daily Stress Inventory" posee una buena validez de constructo y convergente (Brantley, Dietz, Mcknight, Jones y Tulley, 1988b).

escala analógica visual, donde debía puntuar la frecuencia de los dolores abdominales que le apareciesen a lo largo del día, indicando también la intensidad de los mismos de acuerdo a una escala que oscila entre "1" (*dolor leve*) y 4 (*dolor grave, incapacitante*).

Procedimiento

En una primera fase, *pretratamiento*, se aplicaron los tests (EPI, BDI, STAI-Estado) y el cuestionario específico para recoger datos sobre la historia de la enfermedad, su evolución y severidad; además, durante veintiocho días consecutivos cumplimentó diversos autorregistros (de síntomas –número de deposiciones diarias, frecuencia e intensidad del dolor abdominal–, analgésicos utilizados y nivel de estrés). Posteriormente, tras quince días en los que no cubrió ningún registro, se pasó a la fase de tratamiento psicológico que se desarrolló a lo largo de unas trece semanas en las cuales siguió cubriendo los autorregistros (excepto durante los últimos quince días). El tratamiento requirió nueve sesiones (ver tabla 1), las cinco primeras espaciadas aproximadamente cada semana y las restantes

entrevistas finales se contó con la presencia de toda su familia; en la última entrevista se le vuelven a pasar el BDI, el EPI y el STAI. Durante el *seguimiento* (tercera fase), un par de meses después de finalizar el tratamiento, se volvieron a registrar consecutivamente los síntomas, medicamentos empleados y el nivel diario de estrés por un período de un mes. Al terminar el período de seguimiento se volvió a evaluar al cliente con el BDI, EPI y STAI.

Se realizaron nueve sesiones, siete individuales y dos familiares. En las entrevistas con toda la familia se destacó, sobre todo, la manera en que podían contribuir a los cambios que ya estaban ocurriendo y los recursos que todos podían utilizar para mantenerlos “rodando”. En cuanto a las sesiones individuales, la mayor parte ocurrieron en estado de hipnosis.

Además de nuestros objetivos de investigación, se tuvieron en cuenta las demandas de I.P.F.: reducir el estrés diario; la situación de angustia y ansiedad que le producía llegar algún lugar y no tener un W.C cerca, debido a sus frecuentes deposiciones; su temor a perder el contacto social (amigos, especialmente) y aceptar que a veces podía “meter la

sus dolores abdominales.

Nuestro plan terapéutico podría resumirse de la siguiente forma:

- Reducción del estrés diario del sujeto.
- Proveerlo de la convicción de que tenía un mayor control sobre su esfínter anal externo, del que suponía (trabajo que se desarrolló casi específicamente en estado de trance)
- Redefinir su agudo sentido del humor como una cualidad suya que tendría como resultado el ser simpático y ser apreciado por amigos y conocidos, sin ser tildado del “listillo que mete la pata”.
- En cuanto al dolor abdominal, le enseñamos a focalizar su atención hacia otros aspectos para poder “olvidarse” (distracción) en cierta medida de su percepción del dolor.
- Animarle a salir con sus amigos.

En estado de trance la atención se focaliza y se concentra enormemente; la facultad crítica disminuye notablemente o se pierde por completo, y las sugerencias del terapeuta son tomadas de manera literal y sin cuestionarse

si planteamos al sujeto todas las cuestiones arriba citadas en un estado de “percatamiento consciente” (Zeig, 1980) es probable que las rechazase, pero en un estado especial de comunicación entre el terapeuta y el cliente, donde existe una gran conexión, se aceptan las sugerencias en mucho mayor grado. La hipnosis se construye entre las personas implicadas en el tratamiento y surgirá siempre que “estén de acuerdo en que el método es *hipnótico* y los fenómenos que el sujeto experimente sean, asimismo, *hipnóticos*” (Capafons, 1998, p.75).

Para evaluar el grado de sugestionabilidad del paciente se utilizó la Escala de Imaginación Creativa (*Creative Imagination Scale*) de Barber y Wilson (1978), donde de un total de 40 puntos el sujeto consiguió 28. Tomamos este dato como una buena susceptibilidad a la hipnosis y a partir de aquí se comenzó el tratamiento.

La técnica de inducción empleada fue la de “levitación de la mano” (Rossi, 1980; Erickson y Rossi, 1981), sugiriéndole al sujeto que su mano flotaba sin hacer ningún esfuerzo (movimientos ideodinámicos) como si un globo tirase de ella hacia arriba v. efectivamente. sentía como

sola”. Se utiliza como forma de disociar al sujeto. Se trata de una manera muy potente de demostrar al sujeto que dentro de sí tiene muchas capacidades por descubrir, una fuente de recursos todavía sin explorar. Al mismo tiempo se trata de un fenómeno que “confirma” al sujeto y al terapeuta la experiencia del trance. Se obtuvo buen resultado con la técnica de inducción por levitación.

Con el paciente en estado de trance (catalepsia palpebral, respiración lenta y profunda, hipotonía muscular, movimientos oculares rápidos, aumento de la temperatura cutánea y enrojecimiento de la piel) comenzamos el tratamiento, induciendo primero un estado de profunda relajación. Seguidamente, utilizamos “técnicas del reforzamiento del yo”, hablándole acerca de todos los logros que había conseguido a lo largo de su vida; hablamos de su perseverancia, de su agudo sentido del humor, de lo trabajador y buen estudiante que era. Las técnicas de reforzamiento se repitieron a lo largo de todo el tratamiento.

A lo largo de la terapia “sembramos ideas” mediante metáforas y anécdotas (Zeig, 1980). Aludimos al deporte que había practicado desde niño, hockey

y laboriosamente todo el proceso que implica aprender a patinar, los músculos utilizados, su coordinación y destreza, el equilibrio; hablamos del esfuerzo y la satisfacción del descanso, y la educación que había realizado con su cuerpo, alcanzando gran dominio y control. Le recordamos que si él se había portado bien con su cuerpo durante tanto tiempo, éste sería agradecido con él. Nos proponíamos de manera indirecta sugerirle que podía recuperar el control de su esfínter anal externo (el cual no estaba lesionado). Si reconocía dicho control se demostraba a sí mismo que no tener un baño cerca no sería excusa para posponer su salida con los amigos. Pensábamos que si se encontraba más relajado y con mayor confianza en sí mismo crearía un ligero distanciamiento entre él y su enfermedad.

También empleamos una “técnica de proyección al futuro” (Erickson, 1980; Haley, 1980; De Shazer, 1987) para alentar al sujeto a imaginar un futuro sin las dificultades que había planteado; pudo ilusionarse con nuevas metas y proyectos. Podía verse saliendo con sus amigos y estableciendo relaciones con otras personas. Se veía saliendo con sus amigos el fin de sema-

taña, organizando cenas y comidas. Quizás apareciese alguna chica en su vida, con sus mismos gustos e inquietudes. También imaginaba la posibilidad de retomar el deporte. Esta sesión no se llevó a cabo bajo trance hipnótico, aunque la técnica de proyección al futuro es altamente sugestiva y facilita la focalización de la concentración y atención.

En la séptima y novena sesión se trabajó con toda la familia, compuesta por sus padres y su hermana. Investigamos los cambios y mejoras que habían notado en los últimos tiempos y de qué forma habían contribuido ellos para que los cambios siguiesen ocurriendo. Se mostraron sumamente colaboradores. Por ejemplo, su padre se comprometió a dejarle más el coche para que pudiese desplazarse a otros lugares con sus amigos; la madre hizo votos de no estar tan encima de él.

En la última sesión, el padre informó que uno de los hechos más sobresalientes desde su punto de vista era el ir a cualquier parte todos juntos, sin que su hijo mostrase inquietud por el hecho de tener o no un baño cerca. Para la madre resultó importante el hecho de verlo ir con menos frecuencia al baño

que había hecho nuevas amistades y disfrutaba saliendo con sus amigos y ya no se preocupaba de si había un W.C. cerca. Además manifestó que ahora se encontraba más tranquilo, relajado y con menos dolores abdominales. En esta sesión se solicitó al cliente que diese una puntuación en una escala de 1 a 10, donde 1 significaba el peor momento que había tenido antes de iniciar la terapia, y 10 significaba que los problemas se habían resuelto. Respondió con un "8", y enfatizó que las cosas habían mejorado notoriamente. Consideraba que había alcanzado lo objetivos terapéuticos, pues iba con bastante menos frecuencia al baño, tenía menos dolores abdominales y estaba menos estresado. De esta forma se dio por finalizada la terapia, y se fijó una sesión de seguimiento.

RESULTADOS

Aunque el registro de datos se ha llevado a cabo diariamente se han presentado promediados de forma semanal para facilitar el análisis visual de las gráficas.

En las tablas 2, 3 y 4 pueden apreciarse los resultados de los cuestionarios en las distintas fases de la intervención.

en algunos síntomas físicos como se refleja en las figuras 1, 2 y 3. En la gráfica de la figura 1 se aprecia claramente la disminución progresiva del número de deposiciones diarias a lo largo de los diferentes momentos del estudio. Los datos recogidos a través de autorregistros para la obtención de la línea base inicial ponen de manifiesto un número diario de 7 u 8 deposiciones, tras el tratamiento su número se reduce a 4 ó 5.

La inspección visual de la figura 2 muestra la importante caída de la intensidad del dolor durante la intervención psicológica; además, en el seguimiento, este resultado no sólo se mantiene sino que aún disminuye más. Estos datos tienen correspondencia con el empleo de analgésicos en las diferentes fases, un 64% de los días durante el pretratamiento versus un 19% después del tratamiento.

En la gráfica de la figura 3 también puede apreciarse un notable decremento de la intensidad percibida del estrés diario durante la intervención, resultados que se mantienen a lo largo del seguimiento.

Por último, una buena señal de la mejoría general del paciente es que al final del tratamiento pesaba dos kilogramos más.

TABLA 1
Técnicas empleadas y metas conseguidas a lo largo del Tratamiento

Nº de Sesión	Tratamiento (técnicas)	Metas
1	Recogida de datos Entrevista inicial	Establecimiento de objetivos
2	Pruebas de sugestionabilidad y 1.ª inducción hipnótica	Acuerdo de un tratamiento «hipnótico». Comprobación del grado de sugestionabilidad. Aumentar la confianza en sus propios recursos.
3	Hipnosis clínica. Técnicas de reforzamiento del yo y sembrado de ideas	Aumentar su autoestima y confianza. Comenzar a pensar en un mayor control de sus músculos y más concretamente, de los músculos que rodean el esfínter anal externo.
4	Técnica de proyección al futuro	Esperanza e ilusión. Ver los objetivos como cercanos y accesibles. Incrementar la adherencia terapéutica y la colaboración.
5	Hipnosis clínica. Técnica de reforzamiento del yo y sembrado de ideas	Analgesia Relajación Atención dirigida hacia cosas agradables en contraposición a la atención dirigida al dolor abdominal Reforzar la ilusión de los pequeños avances
6	Hipnosis Clínica. Técnica del reforzamiento del yo	Analgesia Relajación Aumentar la confianza Seguir ampliando los avances
7	Entrevista familiar	Organizar aspectos que la familia puede realizar para ayudar a mantener los cambios. Corroborar los cambios que estaban ocurriendo desde el punto de vista de la familia.
8	Hipnosis Clínica. Técnica de reforzamiento del yo	Tranquilidad y seguridad en uno mismo. Reforzar avances
9	Entrevista familiar	Contrastación de los avances con la familia. Contribución a las mejoras y a su mantenimiento.

TABLA 2

Resultados, en puntuaciones directas, del cuestionario de depresión en las diferentes fases.

FASES	BDI
PRETRATAMIENTO	47
TRATAMIENTO	13
SEGUIMIENTO	15

TABLA 3

Resultados, en centiles, en el cuestionario de personalidad en las diferentes fases.

FASES	EPI (Neuroticismo)
PRETRATAMIENTO	90
TRATAMIENTO	75
SEGUIMIENTO	75

TABLA 4

Resultados, en centiles, del cuestionario de ansiedad en las diferentes fases.

FASES	STAI (Estado)
PRETRATAMIENTO	80
TRATAMIENTO	55

DISCUSIÓN

En el caso de alteraciones digestivas funcionales como el síndrome de intestino irritable existe evidencia suficiente acerca de la eficacia del tratamiento psicológico para la mejoría de los síntomas (Svedlund y cols., 1983; Whitehead y Schuster, 1985; Creed y Guthrie, 1989). Aunque en la EII existe menos evidencia, los resultados obtenidos en nuestro caso indican con claridad la eficacia de la hipnosis en los diversos síntomas de la EII. Donde se ha podido apreciar una mejoría más notable es en el caso del dolor abdominal, concordando así con estudios anteriores (Susen, 1978; Joachim, 1983; Shaw y Ehrlich, 1987; Schwarz y Blanchard, 1991).

Parece existir evidencia acerca de que niveles elevados de estrés podrían conducir a la exacerbación de los síntomas físicos (Garret y cols., 1991; North y cols., 1991; Greene y cols., 1994). Nuestros resultados reflejan que la intervención psicológica podría incidir sobre la intensidad del estrés diario y la severidad de los síntomas físicos. Por tanto, consideramos, como anteriormente han sugerido Garret y su equipo, que es de la "incumbencia de los profesionales de la salud mental desarrollar intervenciones que permitan a los pacientes utilizar

FIGURA 1

Evolución del número de deposiciones, en puntuaciones medias semanales, a lo largo de las diferentes fases

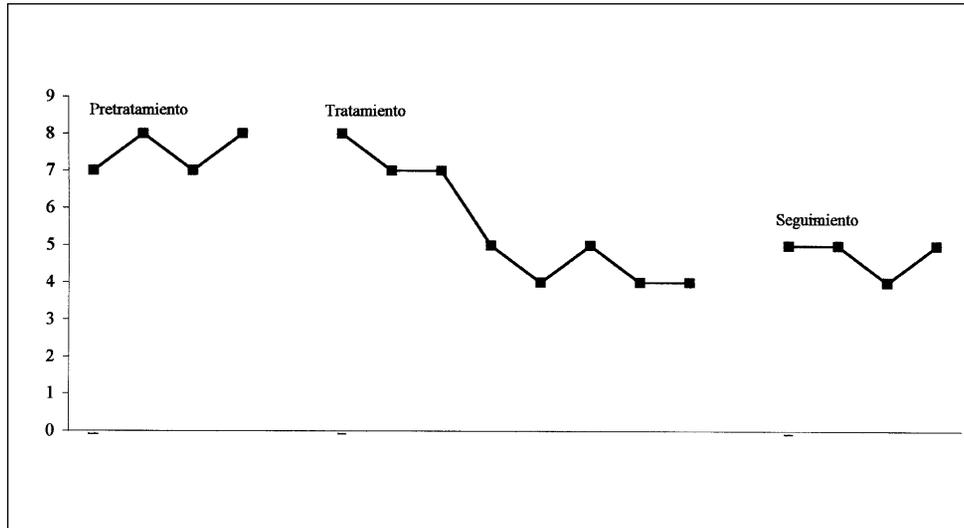


FIGURA 2

Evolución de la intensidad del dolor abdominal, promediado semanalmente, a lo largo de las diferentes fases

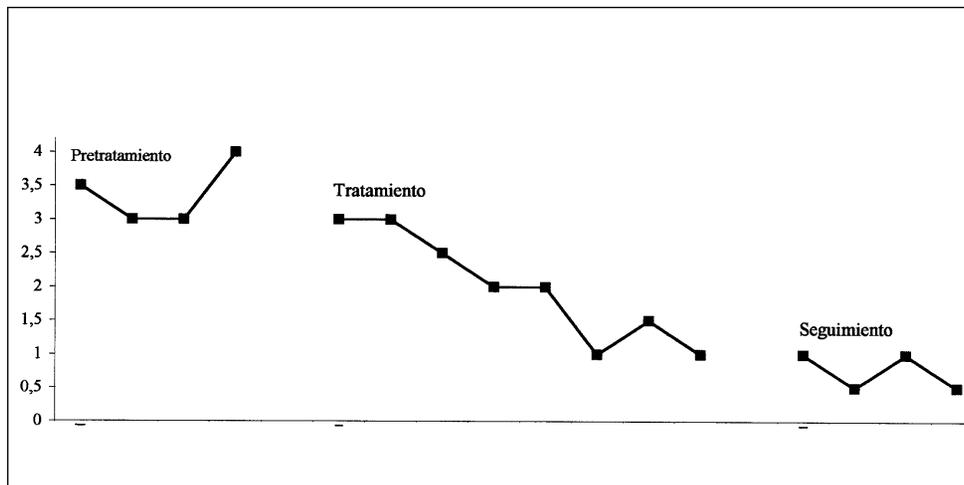
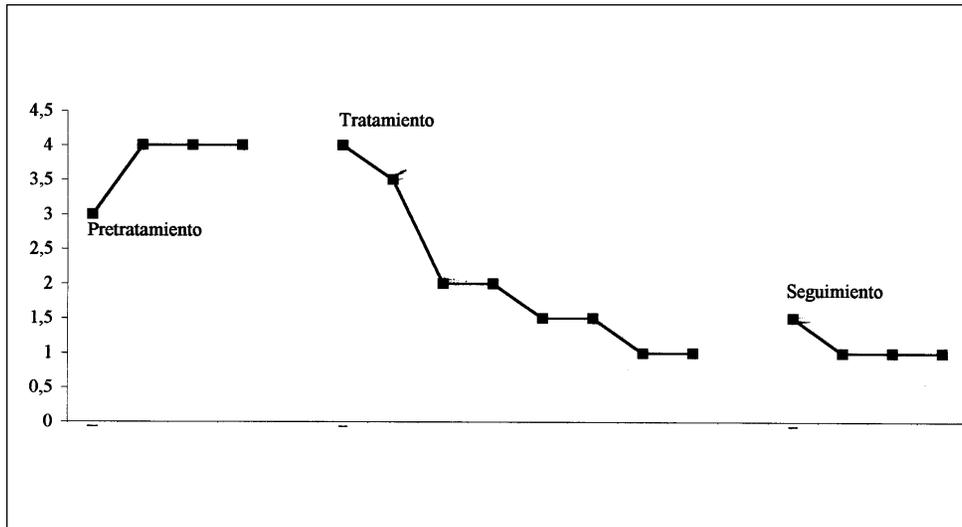


FIGURA 3
Evolución del estrés, promediado semanalmente, a lo largo de las diferentes fases



tratar con el estrés y las demandas de esta enfermedad” (1991, pág.95). Abogamos, por tanto, por un abordaje multidisciplinar donde la hipnosis clínica puede ser una herramienta valiosa para reducir el estrés y afrontar mejor las demandas originadas por la

enfermedad Crohn.

Aronowitz,R. y Spiro,H. (1988). The rise and fall of the psychosomatic hypothesis in ulcerative colitis. *Journal Clinical Gastroenterology*, 10, 298-305.

Bandler,J. y Grinder,R. (1994). *Trance fórmate*. Madrid: Gaia.

Barber,J. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.

REFERENCIAS

- Barber, J. (1991). The locksmith model: accessing hypnotic responsiveness. En T. Lynn y J. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (pp. 241-274). Nueva York: Guildford Press.
- Barber, J. (1995). *Hypnosis and suggestion in the treatment of pain*. Nueva York: Norton
- Beck, A. (1983). Inventario de depresión de Beck (BDI). En Beck, Rush, Shaw y Emery (Eds.). *Terapia cognitiva de la depresión* (pp.358-360). Bilbao: DDB.
- Brantley, P.J., Dietz, L.S. McKnight, G.T., Jones, G.N. y Tulley, R. (1988b). Convergence between the Daily Stress Inventory and endocrine measures of stress. *Journal Consulting Clinical of Psychology*, 56, 549-551.
- Brantley, P.J. y Jones, G.N. (1989). *The Daily Stress Inventory: Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Cello, J. y Schneirderman, D. (1989). Ulcerative colitis. En Sleisenger and Fortran (Eds.), *Gastrointestinal Disease Pathophysiology, diagnosis, management* (pp.1435-1476). Philadelphia: Saunders Company.
- Cheek, D.B. y LeCron, L.M. (1968). *Clinical hypnotherapy*. Nueva York: Grune y Strattan.
- Chertok, I. (1981) : *Sense and nonsense in psychotherapy: The challenge of hypnosis*. Oxford: Pergamon.
- Coe, W.C. y Garbin, T.R. (1991). Role Theory: Hypnosis from a dramaturgical and narrational perspective. En Lynn y Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (303-323). Nueva York: Guildford Press.
- Cohn, E.M., Lederman, I.I. y Shore, E. (1970). Regional enteritis and its relation to emotional disorders. *American Journal of Gastroenterology*, 54, 378-387.
- Cooper, L y Erickson, M.H. (1982). *Time distortion in hypnosis*. Nueva York: Irvington.
- Creed, F.: Guthrie, E. (1989). Psycholoi-
- Crocket, R. (1952). Psychiatric findings in Crohn's disease. *Lancet*, 1, 946-949.
- De Portugal, J.; González, F. y Pascual, A. (1984). Manifestaciones sistémicas de la EICI. En De Portugal (Ed.), *Enfermedad inflamatoria crónica intestinal* (pp. 105-126). Madrid: Jarpio Editores.
- De Shazer (1987). *Pautas de Terapia Familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer (1994). *Words were originally magic*. Nueva York: Norton.
- Dixon, M. y Laurence, J. (1992). Two hundred years of hypnosis research: questions resolved? Questions unanswered! En E. Fromm y M. Nash (Eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp.34-66). Nueva York: Guildford.
- Donaldson, R. (1989). Crohn's disease. En Sleisenger and Fortran (Eds.), *Gastrointestinal Disease Pathophysiology, diagnosis, management* (pp. 1327-1358) Philadelphia: Saunders Company.
- Edmonston, W.E. (1991). Anesis. En S. Lynn y J. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (pp. 197-240). Nueva York: Guilford Press.
- Erickson, M. (1980). Further clinical techniques of hypnosis: utilization techniques. In E. Rossi (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. (i) The nature of hypnosis and suggestion* (pp. 177-205). New York: Irvington.
- Erickson, M., Rossi, E. y Rossi, S. (1976). *Hypnotic realities*. Nueva York: Irvington.
- Erickson, M. y Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. Nueva York: Irvington.
- Eysenck, H. y Eysenck, S. (1990). EPI. *Cuestionario de personalidad. Adaptación española*. Madrid: TEA.
- Farmer, R. (1992). Inflammatory bowel disease. En Achkar, Farmer, Fleshler (Eds.), *Clinical Gastroenterology* (pp.337-350). Philadelphia: Lea & Febiger.

- Ford, C., Glober, G. y Castelnuovo-Tedesco, P. (1969). *A psychiatric study of patients with regional enteritis*. *JAMA*, 208, 311-315.
- Furman, B y Ahola, T. (1990). *Solution talk. Hosting Therapeutic Conversations*. New York: Norton.
- García, E. (1995). Intervención psicológica en la enfermedad de Crohn. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 99-121.
- Garret, V.; Brantley, P.; Jones, G.; Tipton, G. (1991). The relation between daily stress and Crohn's disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 87-96.
- Glickman, R. (1991). Enfermedad inflamatoria intestinal. Colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. En Harrison y cols. (Ed.), *Principios de Medicina Interna* (pp.1466-1480). Madrid: McGraw-Hill.
- Goldberg, D. (1970). A psychiatric study of patients with diseases of the small intestine. *Gut*, 11, 459-465.
- González de Rivera, J.L. (1989). Factores de estrés y enfermedad. *Psiquis*, 1, 11-20.
- González-Huix, F. (1994). Valoración de la actividad clínica: índices de actividad. En Gassull, Obrador y Chantar (Eds.), *Enfermedad inflamatoria intestinal* (pp.87-102). Barcelona: J.R. Prous Editores.
- Greene, B.; Blanchard, E.; Wan, C. (1994). Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. *Behavior Research Therapy*, 32, 217-226.
- Grove, D y Haley, J. (1996). *Conversaciones sobre terapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1967). *Advanced Techniques of hypnosis and Therapy: selected papers of Milton H. Erickson*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hawkins, P. (1998). *Introducción a la hipnosis clínica. Una perspectiva humanista*. Valencia: Promolibro.
- Hilgard, E. (1965). *Hypnotic susceptibility*. Nueva York: Harcourt, Brace & World.
- Hilgard, E. Y Hilgard, J. (1983). *Hypnosis in the relief of pain*. Los Altos (CA). William Kaufman.
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Joachim, G. (1984). The effects of two stress management Techniques on feelings of well-being in patients with inflammatory bowel disease. *Nursing Papers*, 15, 5-18.
- Kirsch, I. (1991). The social learning Theory of hypnosis. En S. Lynn y J. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (pp.439-466). Nueva York: Guildford Press.
- Kirsch, I. y Lynn, S. (1995). The altered state of hypnosis: changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858.
- Korelitz, B. (1987). Enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer. En Berk, J., Haubrich, Calser, Roth, Schaffer (Eds.), *Gastroenterología. Intestino* (pp.2565-2580). Barcelona: Salvat.
- Milne, B., Joachim, G. Y Niedhardt, J. (1986). A stress management programme for inflammatory bowel disease patients. *Journal of advanced Nursing*, 11, 561-567.
- McKegney, F.P., Gordon, R.O. y Levine, S.M. (1970). A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Psychosomatic Medicine*, 32, 153-160.
- North, C.; Clouse, R.; Spitznagel, E.; Alpers, D. (1990). The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. *American Journal of Psychiatry*, 114, 947-981.
- North, C.; Alpers, D.; Helzer, J.; Spitznagel, E.; Clouse, R. (1991). Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. *Annals of internal Medicine*, 114, 381-386.
- O'Hanlon, W. (1993). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. Y Weiner, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

(pp.37-45). Madrid: Meditor.

Pérez, F. (1994). *El vuelo del ave Fénix*. México: Ed. Pax.

Rosen, S. (1994). *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.

Rodríguez, J., Casado, M. y Pérez, F. (1995). Aspectos epidemiológicos. En González, V. (Ed.), *Enfermedad inflamatoria intestinal* (pp.13-20). Madrid: Ergón.

Sarbin, T. Y Andersen, M. (1963). Base-rate expectancies and perceptual alterations in hypnosis. *British Journal of social and clinical psychology*, 12, 112-121.

Schwarz, S.; Blanchard, W. (1991). Evaluation psychological of a psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behavior Research Therapy*, 29, 167-177.

Shaw, L.; Ehrlich, A. (1991). Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain*, 29, 287-293.

Spanos, N. (1986). Hypnotic behavior: a social-psychological interpretation of amnesia, analgesia and "trance logic". *Behavioral and brain sciences*, 9, 499-502.

Spanos, N. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. En S.I. Lynn y J.W. Rhue (Eds.). *Theories of hypnosis: current models and perspectives* (pp.324-361). Nueva York: Guilford Press.

Sperling, M. (1957). The psycho-analytic treatment of ulcerative colitis. *International Journal Psycho-Analytical*, 38.

Spiegel, H y Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: clinical uses of hypnosis*. Nueva York: Basic Books.

Spielberger, C., Gorsuch, R y Lushene, R. (1982). *Cuestionario de ansiedad estado/rasgo*. Madrid: Tea.

Susen, G.; (1978). Conditioned relaxation

in a cause of ulcerative colitis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 283.

Svedlund, J.; Ottosson, J.; Sjödin, I; Dotevall, G. (1983). Controlled study of the psychotherapy in irritable bowel syndrome. *The Lancet*: 10:589-592.

Thompson, D. (1985). Physiological reactions of the gastrointestinal tract to stress. *Brain Journal Surgery*. 72, s-3.

Walters, L y Havens, R. (1993). *Hypnotic therapy for health, harmony and peak performance: Expanding the goals of psychotherapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.

Watzlawick, P. (1992). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: ed. Herder.

Watzlawick, P.; Bavelas, J. Y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Ed. Herder.

Whitehead, W. (1978). Biofeedback in the treatment of gastrointestinal disorders. *Biofeedback and Self-Regulation*, 3,4; 375-384.

Whitehead, W.; Schuster, M. (1985). Biofeedback in the treatment of gastrointestinal disorders, en Whitehead y Schuster (Ed.), *Gastrointestinal disorders: Behavioral and psychological basis for treatment*. Orlando: Academic Press.

Whybrow, P.C., Kane, F.J. y Lipton, M.A. (1968). Regional ileitis and psychiatric disorder. *Psychosomatic Medicine*, 30; 209-221.

Zeig, J. (1985). *Un seminario didáctico con Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.