Hipnoterapia en trastornos de la interacción intestino-cerebro: ¿cuáles son las evidencias?

Hypnotherapy in disorders of gut-brain interactions: What are the evidences?

Luis M. Bustos-Fernández^{1*} e Ignacio Hanna-Jairala²

¹Centro Médico Bustos-Fernández, Buenos Aires, Argentina; ²Servicio de Gastroenterología, Hospital Alcorcón, Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) se caracterizan por presentar síntomas gastrointestinales relacionados con varios mecanismos fisiopatológicos, entre los cuales destaca el componente psicosocial. Por este motivo las terapias psicológicas, entre las que se incluye la hipnoterapia, emergen como una alternativa de tratamiento para estos trastornos. La hipnoterapia parecería modificar el tiempo de tránsito orocecal, la motilidad colónica, la secreción ácido-gástrica, el tiempo de tránsito intestinal y la sensación de saciedad. El uso de las técnicas de hipnosis puede ser una alternativa útil en el tratamiento de los pacientes con TIIC. Si bien la experiencia es más amplia en el tratamiento del síndrome de intestino irritable, existen publicaciones referentes a su utilización en otros TIIC. Dentro de los distintos tratamientos psicológicos, la hipnoterapia ha demostrado una mayor eficacia en pacientes con TIIC, por lo que debería ser indicada ante la presencia de comorbilidades psicológicas.

Palabras clave: Hipnosis. Trastornos interacción intestino cerebro. Síndrome de intestino Irritable. Dispepsia.

ABSTRACT

Disorders of gut-brain interaction (DGBI) are characterized by the presence of gastrointestinal symptoms related to different pathophysiological mechanisms like psychosocial component. For this reason, psychological therapies including hypnotherapy, emerges as an alternative to treat these disorders. Hypnotherapy appears to modify orocecal transit time, colonic motility, gastric acid secretion, intestinal transit time, and satiety. The use of hypnosis can be a useful in the treatment of patients with DGBI. Although the experience is greater in the treatment of irritable bowel syndrome, there are publications regarding its use in others DGBI. Within the different psychological treatments, hypnotherapy has shown greater efficacy in patients with DGBI, which is why it should be indicated in the presence of psychological comorbidities.

Key words: Hypnosis. Gut-brain interaction disorders. Irritable bowel syndrome. Dyspepsia.

Correspondencia:

*Luis M. Bustos Fernández
E-mail: luisbustosfernandez@gmail.com

NeuroGastroLatam Rev. 2021;5:87-98

Recibido: 06-04-2021

Aceptado: 26-07-2021

DOI: 10.24875/NGL.21000007

INTRODUCCIÓN

El Consenso de Roma IV ha definido a los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC) como un grupo de desórdenes caracterizados por síntomas gastrointestinales relacionados con una combinación de los siguientes mecanismos fisiopatológicos:

- Alteración de la motilidad.
- Hipersensibilidad visceral.
- Alteraciones de la respuesta inmunitaria.
- Cambios en la composición de la microbiota intestinal.
- Disfunción del sistema nervioso central.

Esta definición es más consistente con un modelo etiológico en constante evolución y, en parte, determina las características de los síntomas que se presentan en este tipo de trastornos¹.

Existen diversos factores que se incluyen en la fisiopatogenia de los TIIC. Estos no parecen actuar de manera independiente, sino como parte de un engranaje que se desarrolla de manera concatenada involucrando cambios fisiológicos que se canalizan por el eje cerebro-intestino. Estos pueden ser precipitados por disfunciones psicosociales como traumas de la infancia, estrés emocional, creencias o temores con respecto a las enfermedades, cambios en la dieta, características de personalidad, alteraciones en el entorno social o trastornos psicológicos².

Estos trastornos constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de los TIIC y, cuando están presentes, pueden exacerbar los síntomas e interferir en la relación médico-paciente influyendo negativamente en los resultados del tratamiento^{2,3}.

Se ha descrito una superposición entre la depresión y los TIIC en aproximadamente un 30% de los pacientes, mientras que la coexistencia entre la ansiedad y este tipo de trastornos aparece entre el 30 y el 50% de los casos³.

Estos trastornos también pueden ser una consecuencia de las alteraciones digestivas más que una causa de estas. Es así que si bien la ansiedad y la depresión son predictores independientes de la aparición de TIIC, como el síndrome de intestino irritable (SII) o la dispepsia funcional (DF), también ocurren como consecuencia del deterioro de la calidad de vida, relacionados con estos trastornos³.

Otro aspecto vinculado con los trastornos psicológicos son los síndromes de somatización, que se definen como la tendencia a experimentar y comunicar síntomas físicos no explicados por hallazgos patológicos; estos se relacionan con estrés psicosocial y llevan al paciente a buscar ayuda médica^{4,5}.

La somatización está asociada con alteraciones motoras y sensitivas gastrointestinales tales como hipersensibilidad visceral, gravedad de los síntomas digestivos funcionales y deterioro de la calidad de vida. Además, se asocia con una mala respuesta a tratamientos y se relaciona con la probabilidad de suspender la medicación debido a efectos adversos³.

La somatización también ha sido considerada como un factor posiblemente vinculado a la aparición de síntomas extraintestinales en pacientes con TIIC. Dos tercios de estos pacientes experimentan síntomas como cistitis intersticial, dolor pélvico crónico, cefalea o fibromialgia³.

Basándose en el componente psicosocial implicado en la fisiopatogenia de los TIIC y su correspondiente base biológica, las terapias psicológicas emergen como una alternativa de tratamiento. Estas intervenciones tienen como objetivo abordar los problemas ambientales y psicológicos que agravan los síntomas. Las más utilizadas son la terapia cognitiva conductual, la terapia psicodinámica y la hipnoterapia⁶.

En la hipnoterapia, un terapeuta induce un estado de hiperconcentración, provocando una relajación profunda, utilizando señales verbales redactadas estratégicamente que sugieran cambios en sensaciones, percepciones, pensamientos o comportamientos. La mayoría de las sugerencias hipnóticas están diseñadas para provocar percepciones de mejoría, relajación, calma o bienestar. En el contexto del SII, las sugerencias hipnóticas están «dirigidas al intestino». El terapeuta transmite sugerencias para provocar experiencias imaginativas contrarias a la sensación visceral adversa⁷.

En esta revisión abordaremos los aspectos fundamentales referentes a la hipnoterapia empezando por su historia, para luego describir sus mecanismos de acción y las evidencias disponibles con respecto a su aplicabilidad en el tratamiento de los TIIC.

HISTORIA DE LA HIPNOSIS

Las palabras hipnotismo e hipnosis se derivan del griego, a partir del verbo *hypnos*, que significa dormir o soñar. El término fue acuñado por el neurocirujano escocés James Braid en 1842⁸.

Se define la hipnosis como un estado de conciencia alterada, usualmente inducida artificialmente, en donde hay una focalización de la atención y mayor respuesta a sugerencias e indicaciones. Contrariamente a la creencia popular, la hipnosis no es sueño, sino más bien una intensa concentración y relajación⁸. Los estudios de Braid tuvieron como antecedente directo a Franz Mesmer, que creía que estos estados especiales no estaban relacionados con el sueño, sino que eran producidos por una fuerza oculta que él llamaba «magnetismo animal», término que aparece en el título de la monografía de Braid⁸.

Franz Antón Mesmer (1734-1815) se recibió de médico en 1766 en la facultad de Viena, presentando una tesis titulada «La influencia de los planetas». Allí plantea su teoría, donde postula que existe un fluido universal, una especie de gas invisible e impalpable dentro del cual todos los cuerpos están inmersos⁸. Mesmer creía que la salud podía restaurarse produciendo crisis convulsivas, facilitando así que el bloqueo pudiera superarse y el fluido actuara adecuadamente, y de esa manera el sujeto estaría nuevamente en concordancia con la naturaleza. Por lo tanto, la salud se alcanzaba por el establecimiento armónico de los fluidos magnéticos⁸.

Volviendo al Dr. James Braid (1795-1860), él fue médico de una compañía minera y oftalmólogo y era escéptico a la influencia magnética del mesmerismo, pero estaba interesado en el proceso y sus resultados⁹. Braid introdujo una terminología nueva para todos aquellos fenómenos que antes se habían conocido como «mesmerismo» o «magnetismo animal». Este nuevo término fue «hipnosis», basado en la palabra griega *hypnos*. Braid desarrolló una

técnica especial para inducir el trance, un método que aún se usa. Este consistía en la fijación de la vista, también conocido como braidismo⁹.

La Escuela de Nancy (Francia) marcó un hito en la historia de la hipnosis. En Nancy nació la primera escuela de hipnosis, considerándola como un método oficial de tratamiento en la clínica general, y, en neurología, facilitando el desarrollo de una forma simple de psicoterapia⁹. Jean Martín Charcot (1825-1893) desde que era estudiante de medicina de la escuela de Salpêtrière, siempre se interesó en el pabellón de enfermedades nerviosas, y con el paso del tiempo se convirtió en un gran neurólogo, llegando a ser el director del pabellón de su especialidad⁹. Las demostraciones que daba en la Salpêtrière a fines del siglo xix consistían en inducir a las pacientes un estado de trance hipnótico en el que revivían sus ataques de gran histeria convulsionando en un escenario, frente a médicos visitantes y estudiantes⁹.

Finalmente, el mayor avance en la historia de la hipnosis fue el aporte de Erickson. Milton H. Erickson (1901-1980) presentó una revolución al respecto en los años 1940 y 1950, cuando promovió una apertura hacia lo que hoy se conoce como hipnosis moderna, que se desarrolló a partir de la hipnosis clásica. Erickson estudió las bases neurofisiológicas de los estados de trance hipnótico¹⁰.

La hipnosis moderna se define como un estado especial de conciencia que todos podemos experimentar a diario. Se basa en que existe en el cerebro una relación dinámica y complementaria donde se produce una alternancia natural en el predominio de un hemisferio

y otro dentro de patrones establecidos biológicamente, llamados ritmos biológicos¹¹.

MECANISMO DE ACCIÓN

Se han utilizado distintas opciones psicoterapéuticas para el tratamiento del SII. Entre ellas destacan la psicoeducación, técnicas de autoayuda, terapias cognitivas comportamentales, psicoterapia psicodinámica, hipnoterapia, *mindfulness* y terapias de relajación¹².

La mayoría de estas intervenciones se basa en lo que se conoce como terapias cognitivas. Para la psicología cognitiva los problemas conductuales y emocionales están estrechamente relacionados con la forma en que se piensa en relación con ellos¹³. El postulado central de la terapia cognitiva es que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos o pensamientos y no por estos en sí mismos¹³. Durante el proceso terapéutico se busca que el paciente flexibilice la adscripción de significados, y encuentre en ella interpretaciones más funcionales y adaptativas¹³.

En los años 90 se creó una escala cognitiva para la evaluación de lo que hoy llamaríamos TIIC. La misma se caracterizaba por 25 cogniciones muy frecuentes en los pacientes con SII¹⁴. La hipnoterapia es reconocida por algunos autores como una forma de terapia cognitiva. Se han realizado estudios para determinar si la mejoría en los síntomas de SII se refleja en cambios en la escala cognitiva. Un estudio demostró que la reducción de los síntomas con la terapia hipnótica se correlacionó con una mejoría en la escala de la terapia cognitiva, sin que se trabajara en la terapia en forma específica sobre esas cogniciones o pensamientos¹⁵.

Las técnicas de hipnosis suelen llevarse a cabo en forma individualizada por un terapeuta capacitado durante sesiones de 30 a 60 minutos, a intervalos semanales, durante 6-12 semanas. La hipnosis clínica es una intervención verbal que utiliza un estado mental especial en donde se aumenta la receptividad a las sugerencias, facilitando cambios tanto físicos como psicológicos. En términos generales, los objetivos de la hipnoterapia centrada en el intestino son inducir un profundo estado de relajación para guiar al paciente a aprender cómo controlar sus funciones intestinales⁷.

Se han realizado estudios con tomografía por emisión de positrones, en donde se evalúa a los pacientes en distintas etapas del tratamiento hipnótico. Durante la primera etapa de relajación se produce un incremento del flujo sanguíneo cerebral regional (rCBF) occipital que es consistente con los estados hipnóticos que se caracterizan por una disminución de la excitación cortical y una reducción en la supresión de la modalidad cruzada (desinhibición). Por el contrario, en la etapa de absorción mental de las sugerencias la hipnosis se asoció con aumentos de rCBF en una red distributiva de estructuras corticales y subcorticales anteriormente descrita como sistema de atención cerebral¹⁶.

HIPNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA INTERACCIÓN INTESTINO-CEREBRO

Los TIIC constituyen un diagnóstico frecuente en la población general. En un estudio reciente de prevalencia mundial de TIIC se

realizó una encuesta con participación de 73,076 sujetos, pertenecientes a 33 países de seis continentes. En este trabajo se encontró que más del 40% de la población puede tener TIIC, los cuales a su vez afectan a la calidad de vida y la utilización del sistema de salud¹⁷.

Se sabe que aproximadamente el 25% de los pacientes con TIIC presentan síntomas refractarios a la terapéutica convencional¹. La hipnoterapia centrada en el intestino puede ser una alternativa útil en el tratamiento de los trastornos con síntomas refractarios. Si bien la experiencia con esta técnica es más amplia en el tratamiento del SII, también existen publicaciones referentes a su utilización en DF, trastornos funcionales del esófago y dolor abdominal mediado centralmente (DAMC)⁷.

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

El SII es un TIIC en el que el dolor abdominal recurrente se asocia con alteraciones en la defecación o cambios en el hábito evacuatorio¹⁸.

Las evidencias sobre la utilización de la hipnoterapia en el tratamiento del SII se remontan a 1984 en un ensayo controlado y aleatorizado realizado con 30 pacientes con SII refractario al tratamiento. En este estudio, Peter Whorwell (Gran Bretaña) comparó la hipnosis con la psicoterapia y el placebo. Los pacientes que recibieron hipnoterapia mostraron mejoría significativa frente a los otros dos grupos en cuanto al dolor, distensión abdominal y normalización del hábito evacuatorio. Estos beneficios se mantuvieron durante un periodo de seguimiento de tres meses, en los cuales no se reportó recidivas⁷.

Las publicaciones con respecto al uso de hipnoterapia en el tratamiento de SII son más frecuentes comparadas al resto de los TIIC. Los resultados parecen ser favorables en los distintos parámetros evaluados tanto en población adulta como pediátrica¹⁹.

En el año 2007, el grupo de Marc Benninga (Países Bajos) publicó un ensayo controlado y aleatorizado que incluyó a 53 pacientes pediátricos con SII que fueron asignados aleatoriamente para recibir hipnoterapia o tratamiento médico convencional. Al cabo de tres meses, ambos grupos mostraron beneficios significativos en relación con la mejoría de síntomas, sin embargo, los pacientes que recibieron hipnoterapia evidenciaron disminución del dolor abdominal en una proporción significativamente mayor²⁰.

La evidencia es mayor en la población adulta. Moser (Austria) publicó un estudio con 164 pacientes con SII refractario a la terapéutica convencional. Estos fueron aleatorizados en dos grupos: el primero de los grupos recibió terapia médica estándar y el segundo, terapia médica e hipnoterapia. Después de 12 semanas de seguimiento se observaron diferencias significativas en favor del grupo que recibió hipnoterapia en lo referente a la mejoría global de síntomas, la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes²¹.

Otro de los estudios que llama la atención es el conducido por el grupo de Manchester. La fortaleza de este estudio es el número de pacientes. Se incluyeron 1,000 sujetos con SII, a los cuales se les administró 12 sesiones de hipnoterapia en un periodo de tres meses. Los resultados mostraron beneficios significativos en relación con la reducción de al menos

50 puntos en la escala de severidad de síntomas de SII, además se evidenció mejoría de la calidad de vida en relación con los síntomas de ansiedad y depresión. La principal debilidad del artículo es la falta de un grupo control que permita establecer comparaciones más objetivas²².

El tratamiento basado en hipnosis también ha sido comparado con otras intervenciones utilizadas en pacientes con SII, como es el caso de las modificaciones en la dieta. La dieta baja en FODMAP (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos, fermentables y polioles) es la más ampliamente utilizada con esta finalidad^{23,24}. Los FODMAP son pequeñas moléculas osmóticamente activas de lenta absorción intraluminal que aumentan el contenido de agua intestinal y que pueden ser fermentados rápidamente dando lugar a la formación de hidrógeno, CO₂ y metano, cuya presencia en el intestino se relaciona con distensión y dolor abdominal. Se han publicado muchos estudios utilizando esta dieta en el tratamiento del SII con diferencias estadísticamente significativas. El número necesario para tratar de estos ensayos varía entre 3 y 11, con un valor promedio de 5^{23,24}.

En el año 2016, Peters (Australia) publicó un estudio realizado con la intención de comparar los efectos de la hipnoterapia con la dieta baja en FODMAP en 74 pacientes con SII. La población del estudio fue asignada de forma aleatoria a tres grupos: el primero recibió hipnoterapia, el segundo dieta baja en FODMAP y el tercero una combinación de ambas intervenciones²⁵. Los resultados de este estudio mostraron que los efectos de la hipnoterapia dirigida al intestino fueron similares a los de la dieta baja en FODMAP para el alivio de los

síntomas gastrointestinales, sin embargo, la hipnoterapia mostró eficacia superior a la dieta en los índices psicológicos, con cambios favorables en rasgos como ansiedad y depresión²⁵.

Los efectos de la hipnoterapia dirigida al intestino parecen ir más allá de la modificación de los síntomas en base a efectos sobre la esfera psicológica. Esto se plantea en un estudio publicado en el año 2018 que muestra cambios en la composición de la microbiota intestinal de 38 pacientes con SII después de haber recibido tratamiento con hipnosis. Si bien las diferencias no fueron significativas, se observó una disminución de la proporción de *Lachnospiraceae* y una reducción de la relación *Firmicutes: Bacteroidetes* después del tratamiento con hipnosis²⁶.

Uno de los problemas atribuidos al tratamiento con hipnoterapia en pacientes con SII es su accesibilidad. Basándose en esta limitación, el grupo de Manchester elaboró un estudio que incluyó 20 pacientes, en el que se comparó la eficacia de la hipnoterapia presencial con la hipnoterapia proporcionada por medio de Skype. En ambos grupos se evidenció una mejoría en la gravedad de los síntomas del SII. También se observaron beneficios significativos en relación con la calidad de vida, el estado de ansiedad y los niveles de depresión en ambos grupos. La hipnoterapia por Skype no mostró diferencias significativas al ser comparada con el tratamiento presencial, por lo que estos resultados abren la posibilidad de la administración de esta modalidad de tratamiento empleando medios virtuales²⁷.

Otro de los inconvenientes planteados con respecto a la aplicación de la hipnoterapia es

la duración de cada sesión y una posible solución dirigida a optimizar el tiempo es la administración de hipnosis grupal²⁸.

Con respecto a esta alternativa, es válido mencionar el artículo publicado por el grupo de Moser, que incluyó 354 pacientes con SII asignados aleatoriamente a tres grupos: el primero recibió hipnoterapia individual, al segundo se le administró hipnoterapia grupal y al tercero se le asignó terapia de soporte, por lo que fue considerado el grupo control²⁸.

Después de 12 meses de seguimiento, el 40.8% de los pacientes del grupo de hipnoterapia individual, el 49.5% del grupo de hipnoterapia grupal y el 22.6% del grupo de control mostraron efectos beneficiosos. La hipnoterapia fue más eficaz que el placebo a los 3 y los 12 meses. No se evidenciaron diferencias significativas al comparar hipnoterapia grupal e individual, esto sugiere que la terapia de grupo podría permitir tratar a más pacientes por el mismo costo optimizando el tiempo²⁸.

Una de las limitaciones más frecuente de los artículos que evalúan la hipnoterapia como alternativa terapéutica del SII es el escaso número de pacientes que incluyen. Ante esta dificultad conviene mencionar una revisión sistemática y metaanálisis recientemente publicado, que incluye 12 ensayos controlados y aleatorizados que evalúan el uso de hipnoterapia en pacientes con SII. De los 12 ensayos incluidos, siete se consideraron en el metaanálisis²⁹.

La hipnoterapia mejoró los síntomas globales en pacientes con SII, pero el beneficio no fue estadísticamente significativo, sin embargo, se evidenció que una mayor frecuencia de

sesiones (una o más por semana) mostró mejores resultados y que un mayor volumen de intervención (ocho o más sesiones con seis o más horas de contacto) produjo un beneficio significativo en los pacientes²⁹.

Esta revisión concluyó que la hipnoterapia más frecuente y prolongada sería más beneficiosa que la hipnoterapia con sesiones de menor duración; y que tanto las intervenciones individuales como las grupales son efectivas para mejorar los síntomas de los pacientes con SII. Sin embargo, y pese a agrupar los estudios de mayor calidad, el tamaño de la muestra fue considerado pequeño, por lo que los autores necesitan más estudios para confirmar los beneficios observados²⁹.

Con base en la evidencia revisada, podemos decir que la hipnoterapia es una alternativa que considerar en la terapéutica de los pacientes con SII refractarios al tratamiento convencional; sin embargo, hacen falta estudios controlados con mayor número de pacientes para poder confirmar su eficacia con mayor seguridad.

DISPEPSIA FUNCIONAL

El último Consenso de Roma define la DF como una condición médica con impacto significativo sobre las actividades habituales de un paciente que se caracteriza por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico o ardor epigástrico sin explicación después de una evaluación clínica ordinaria³⁰.

Si bien es cierto que no se encuentra un gran número de publicaciones con respecto a la

utilización de hipnoterapia en el tratamiento de este trastorno, existen artículos que podrían apoyar su uso como una alternativa útil³¹.

Así, por ejemplo, en el año 2002 el grupo de Manchester realizó un ensayo controlado con 126 pacientes con DF que fueron asignados a hipnoterapia, terapia de apoyo más placebo o tratamiento médico durante 56 semanas³¹. Los resultados del estudio a corto plazo (16 semanas) mostraron que los síntomas mejoraron en el 59% de los casos en el grupo de hipnoterapia, más que en los grupos de apoyo o tratamiento médico, siendo las diferencias estadísticamente significativas. La hipnosis también mejoró la calidad de vida en un 42%, diferencia significativa en comparación con la terapia de apoyo o el tratamiento médico³¹. A largo plazo los resultados fueron aún mejores. Los pacientes que recibieron hipnosis reportaron una mejoría de los síntomas dispepticos en un 73%, comparado con una mejoría sintomática del 34% en la terapia de apoyo y un 43% con el tratamiento médico³¹. A partir de estos resultados los autores concluyeron que la hipnoterapia es altamente efectiva en el tratamiento a largo plazo de la DF³¹.

Otro de los efectos de la hipnoterapia que podría beneficiar a los pacientes con DF tiene relación con su aparente efecto procinético; esto se evaluó en un ensayo conducido por el grupo de Chiaroni (Italia) que estudió el vaciamiento gástrico por ecografía en 11 sujetos sanos y en 15 pacientes con DF. En este estudio se evaluó una marcación basal, otra después de administrar cisaprida y otra durante un trance hipnótico de 90 minutos³². En los pacientes dispepticos, el aumento posprandial

en el área antral fue significativamente menor durante el trance hipnótico comparado con la marcación basal y la administración de cisaprida. El vaciamiento gástrico se aceleró significativamente con cisaprida, pero el beneficio con hipnoterapia fue mayor. En cuanto a los sujetos sanos, solo la hipnoterapia aceleró el vaciamiento gástrico. Las molestias epigástricas mejoraron significativamente en los pacientes con DF después de recibir hipnoterapia³². A partir de estos hallazgos los autores concluyeron que la hipnosis orientada al intestino es eficaz para acelerar el vaciamiento gástrico tanto en pacientes con DF como en sujetos sanos³².

TRASTORNOS ESOFÁGICOS

La hipnoterapia también ha sido aplicada en el tratamiento de ciertos trastornos esofágicos. En el año 2006, Jones (Gran Bretaña) publicó un ensayo que incluyó 28 pacientes con dolor torácico no cardiogénico asignados de forma aleatoria a recibir 12 sesiones de hipnosis o terapia de soporte durante un periodo de 17 semanas³³. El grupo que recibió hipnoterapia experimentó una reducción de la intensidad del dolor en un 80%, beneficio que fue significativamente superior al del grupo control, que mostró una respuesta favorable en el 23% de los casos³³.

El tratamiento con hipnosis también ha sido evaluado como alternativa en pacientes con *globus* faríngeo. En un estudio no controlado que incluyó 10 mujeres con *globus* faríngeo, se experimentó una disminución de la intensidad de los síntomas en nueve de las pacientes después de realizar siete sesiones de hipnoterapia. Cabe mencionar que estas pacientes

habían sido tratadas previamente con inhibidores de la bomba de protones y no habían experimentado mejoría de sus síntomas³⁴.

Otro de los trastornos esofágicos en los que se ha utilizado la hipnoterapia como alternativa de tratamiento es la pirosis funcional. En el año 2016, Riehl (EE.UU.) publicó un estudio no controlado que incluyó a nueve pacientes con este trastorno, que habían sido previamente tratados sin respuesta con inhibidores de la bomba de protones y que fueron sometidos a siete sesiones de hipnoterapia. Una vez terminado el tratamiento, cinco de los pacientes reportaron una mejoría substancial en sus síntomas y los cuatro restantes, una mejoría leve³⁵.

El objetivo de la hipnoterapia dirigida al esófago es promover un estado profundo de relajación, con un enfoque que permita al paciente aprender a modular las sensaciones fisiológicas y los síntomas que no pueden ser fácilmente tratados con intervenciones médicas convencionales³⁶.

Pese a no contar con demasiadas publicaciones y a tomar como referencia ensayos no controlados o con un número limitado de pacientes, la hipnoterapia puede ser una alternativa útil en el tratamiento de ciertos TIIC esofágicos.

DOLOR ABDOMINAL MEDIADO CENTRALMENTE

El DAMC se caracteriza por ser continuo, casi siempre continuo o frecuentemente recurrente. A menudo es severo y solo en raras ocasiones se relaciona con la función intestinal;

TABLA 1. Ensayos relevantes sobre hipnoterapia en el tratamiento de SII en adultos y niños

Autor / Año de publicación	Intervención / Comparación	Población	Resultados de la hipnoterapia
Whorwell, et al., 1984 ⁷	ECA contra psicoterapia y placebo	Adultos con SII	Mejoría de dolor, distensión y habito evacuatorio
Vlieger, et al., 2007 ²⁰	ECA contra terapia médica convencional	Niños con SII	Mejoría de dolor abdominal
Moser, et al., 2013 ²¹	ECA terapia médica contra terapia médica + hipnoterapia	Adultos con SII	Mejoría global de síntomas de SII, calidad de vida y bienestar psicológico
Miller, et al., 2015 ²²	Ensayo no controlado	Adultos con SII	Mejoría de síntomas de SII y calidad de vida en relación con ansiedad y depresión
Peters, et al., 2016 ²⁵	ECA hipnoterapia contra dieta baja en FODMAP contra hipnoterapia + dieta	Adultos con SII	Mejoría de ansiedad y depresión
Peter, et al., 2018 ²⁶	Ensayo no controlado	Adultos con SII	Tendencia no significativa a cambios en composición de microbiota
Hasan, et al., 2019 ²⁷	ECA hipnoterapia cara a cara contra hipnoterapia por SKYPE	Adultos con SII	No diferencia significativa
Flik, et al., 2019 ²⁸	ECA hipnoterapia individual contra grupal contra placebo	Adultos con SII	No diferencia entre hipnoterapia individual y grupal / Ambas superiores a placebo

ECA: ensayo controlado aleatorizado; SII: síndrome de intestino irritable.

debe estar presente durante al menos seis meses antes del diagnóstico y no asociarse con alteraciones estructurales o metabólicas³⁷.

Las evidencias publicadas en referencia con la eficacia de la terapia hipnótica como alternativa terapéutica en el DAMC se refieren principalmente a la población pediátrica y frecuentemente incluyen también a pacientes con SII³⁸.

Una revisión sistemática que incluyó tres ensayos controlados en los que se evaluó la hipnoterapia en niños con DAMC o SII mostró que la intensidad del dolor en el grupo de tratamiento fue significativamente menor que en el grupo control³⁹.

La Fundación Cochrane también publicó una revisión sistemática realizada con base en cuatro ensayos controlados y aleatorizados. Los autores concluyeron que la hipnoterapia

mostró efectos beneficiosos a corto y largo plazo en la cuanto a la reducción del dolor abdominal en niños con DAMC⁴⁰. Aunque el número de publicaciones es escaso, las evidencias disponibles indican que la hipnosis puede ser una alternativa útil en el tratamiento de niños con DAMC.

CONCLUSIONES

La hipnosis clínica es una técnica a la que se ha dado gran atención en los últimos tiempos. Aunque no tenga una definición adecuada, siempre se ha tomado como una forma de comunicación en la cual el terapeuta realiza una fuerte influencia, y al estado hipnótico como una forma de atención focalizada⁷.

El estado hipnótico sirve como una herramienta para producir cambios funcionales y

terapéuticos. Está bien documentado que la hipnosis puede modular el funcionamiento gastrointestinal⁴¹. La hipnoterapia parecería modificar el tiempo de tránsito orocecal y la motilidad colónica. La aplicación experimental de sugestiones hipnóticas específicas también demostró efectos sobre la secreción ácido-gástrica, el tiempo de tránsito intestinal y la sensación de saciedad⁴²⁻⁴⁴.

Un alto porcentaje de pacientes con TIIC reportan síntomas cognitivos emocionales o somáticos adicionales. Frecuentemente la presencia de estos síntomas adicionales conlleva diagnósticos suplementarios como desórdenes somatomorfos, ansiedad o depresión, u otros síndromes somáticos funcionales³⁻⁵.

En esta revisión hemos mostrado los distintos grados de evidencia de la hipnosis clínica en diferentes TIIC esofágicos, gástricos e intestinales. El nivel de evidencia es muy variable de acuerdo con la calidad de los ensayos clínicos evaluados.

Este tipo de modalidad terapéutica es de mucha utilidad para el tratamiento de las comorbilidades psicológicas en los TIIC, tanto en los pacientes con síntomas severos como en aquellos con síntomas moderados.

Creemos que sería necesaria la realización de ensayos clínicos de mayor calidad para corroborar la efectividad del método.

FINANCIAMIENTO

Ninguno.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016;150:1262-79.
2. Vanner SJ, Greenwood-van Meerveld B, Mawe G, Shea-Donohue T, Verdu F, Wood J, et al. Fundamentals of neurogastroenterology: Basic science. *Gastroenterology*. 2016;150:1280-91.
3. Van Oudenhove L, Levy R, Crowell M, Drossman DA, Halpert A, Keefer L, et al. Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: How central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1355-67.
4. Lipowski ZJ. Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*. 1988;145:1358-68.
5. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013;75:223-8.
6. Vasant D, Whorwell PJ. Gut-focused hypnotherapy for functional gastrointestinal disorders: Evidence-base, practical aspects, and the Manchester Protocol Neurogastroenterol Motil. 2019;31(8):e13573.
7. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*. 1984;324:1232-3.
8. Bailly JS. Secret report on mesmerism or animal magnetism. *Int J Clin Exp Hypn*. 2002;50(4):364-8.
9. Hammond DC. A review of the history of hypnosis through the late 19th century. *Am J Clin Hypn*. 2013;56(2):174-91.
10. Gorton G. Milton Hyland Erickson 1901-1980. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1255.

11. Erickson M, Rossi E. The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis. New York: Irvington; 1980.
12. Dalrymple J, Bullock I. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in adults in primary care: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2008;336(7643):556-8.
13. Rodríguez Biglieri R, Vetere, G. Manual de terapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad. Buenos Aires: Polemos.
14. Toner B, Stuckless N, Ali A, Downie F, Emmott S, Akman D. The development of a cognitive scale for functional bowel disorders. *Psychosom Med*. 1998;60(4):492-7.
15. Gonsalkorale W, Toner B, Whorwell PJ. Cognitive change in patients undergoing hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res*. 2004;56(3):271-8.
16. Rainville P, Hofbauer R, Bushnell C, Duncan G, Price D. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. *J Cogn Neurosci*. 2002;14(6):887-901.
17. Sperber A, Bangdiwala S, Drossman D, Ghoshal U, Simren M, Tack J, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160:99-114.
18. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1393-407.
19. Gonsalkorale W, Whorwell PJ. Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2005;17(1):15-20.
20. Vlieger A, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SCS, Tromp E, Benninga MA. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2007;133(5):1430-6.
21. Moser G, Trägner S, Gajowniczek E, Mikulits A, Michalski M, Kazemi-Shirazi L, et al. Long-term success of GUT-directed group hypnosis for patients with refractory irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(4):602-9.
22. Miller V, Carruthers H, Morris J, Hasan S, Archbold S, Whorwell PJ. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: an audit of one thousand adult patients. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;41(9):844-55.
23. Bustos-Fernández LM, Hanna-Jairala I. Tratamiento actual del síndrome de intestino irritable. Una nueva visión basada en la experiencia y la evidencia. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019;49(4):381-93.
24. Hanna-Jairala I, Bustos-Fernández LM. Microbiota y estreñimiento. Una puesta al día. *Neurogastrolatam Rev*. 2020;4(3):144-58.
25. Peters S, Yao C, Philpott H, Yelland G, Muir J, Gibson P. Randomised clinical trial: the efficacy of gut-directed hypnotherapy is similar to that of the low FODMAP diet for the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(5):447-59.
26. Peter J, Fournier C, Keip B, Rittershaus N, Nicola Stephanou-Rieser N, Durdevic M, et al. Intestinal microbiome in irritable bowel syndrome before and after gut-directed hypnotherapy. *Int J Mol Sci*. 2018;19(11):3619.
27. Hasan S, Pearson J, Morris J, Whorwell PJ. Skype hypnotherapy for irritable bowel syndrome: Effectiveness and comparison with face-to-face treatment. *Int J Clin Exp Hypn*. 2019;67(1):69-80.
28. Flik C, Laan W, Zuithoff N, van Rood Y, Smout A, Weusten B, et al. Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome (IMAGINE): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019;4(1):20-31.
29. Krouwel M, Farley A, Ismail T, Jolly K, Greenfield S. Systematic review, meta-analysis with subgroup analysis of hypnotherapy for irritable bowel syndrome, effect of intervention characteristics. *Complement Ther Med*. 2021;57:102672.
30. Stanghellini V, Chan F, Hasler W, Malagelada J, Suzuki H, Tack J, et al. Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1380-92.
31. Calvert E, Houghton L, Cooper P, Morris J, Whorwell P. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology*. 2002;123(6):1778-85.
32. Chiarioni G, Vantini I, De Iorio F, Benini L. Prokinetic effect of gut-oriented hypnosis on gastric emptying. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23(8):1241-9.
33. Jones H, Cooper H, Miller V, Brooks N, Whorwell PJ. Treatment of non-cardiac chest pain: a controlled trial of hypnotherapy. *Gut*. 2006;55(10):1403-8.
34. Kiebles J, Kwiatek M, Pandolfino J, Kahrilas P, Keefer L. Do patients with globus sensation respond to hypnotically assisted relaxation therapy? A case series report. *Dis Esophagus*. 2010;23(7):545-53.
35. Riehl M, Pandolfino J, Palsson O, Keefer L. Feasibility and acceptability of esophageal-directed hypnotherapy for functional heartburn. *Dis Esophagus*. 2016;29(5):490-6.
36. Riehl M, Keefer L. Hypnotherapy for esophageal disorders. *Am J Clin Hypn*. 2015;58(1):22-33.
37. Keefer L, Drossman DA, Guthrie E, Simrén M, Tillisch K, Olden K, et al. Centrally mediated disorders of gastrointestinal pain. *Gastroenterology*. 2016;150:1408-19.
38. Andrews ET, Beattie RM, Tighe MP. Functional abdominal pain: what clinicians need to know. *Arch Dis Child*. 2020;105(10):938-44.
39. Rutten JMTM, Reitsma JB, Vlieger AM, Benninga MA. Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2013;98:252-7.
40. Abbott RA, Martin AE, Newlove-Delgado TV. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain in childhood. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;1:CD010971.
41. Whorwell PJ, Houghton LA, Taylor EE, Maxton DG. Physiological effects of emotion: assessment via hypnosis. *Lancet*. 1992;340:69-72.
42. Klein KB, Spiegel D. Modulation of gastric acid secretion by hypnosis. *Gastroenterology*. 1989;96:1383-7.
43. Houghton LA, Larder S, Lee R, Gonsalkorale WM, Whelan V, Randles J, et al. Gut focused hypnotherapy normalises rectal hypersensitivity in patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Gastroenterology*. 1999;116:A1009.
44. Bustos Fernández LM, Alcaraz P, Fernández Porto S, Malvezzi Taboada C, Monasterio Varrica L, Iantorno. Hypnosis and satiety in healthy volunteers (abstract). *Gastroenterology*. 2007;132(4):23-322.