

Utilización de la hipnosis en el tratamiento de la depresión mayor

José L. Besteiro-González y Eduardo García-Cueto
Universidad de Oviedo

Se ha estudiado la efectividad de la terapia cognitivo-conductual aplicada de forma aislada, aplicada bajo relajación y aplicada bajo hipnosis, para el tratamiento de la depresión mayor. La muestra utilizada fueron 21 pacientes, con una edad media de 32,95 años y una desviación típica de 12,43; todos ellos con un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor con arreglo a los criterios del DSM-IV. Los resultados muestran claramente que la terapia cognitivo-conductual es más efectiva cuando se utiliza combinada con la hipnosis que cuando se utiliza de forma aislada o en combinación con técnicas de relajación. Esta efectividad se manifiesta en todas las variables clínicas estudiadas: Ansiedad, Neurosis Depresiva, Depresión Mayor, Histrionismo y Pensamiento Psicótico.

The use of hypnosis in depression treatments. The effectiveness of cognitive-behavioural therapy was studied under three different conditions: a) only cognitive-behavioural therapy, b) therapy plus relaxation and, c) therapy together with hypnosis. Twenty-one participants were used with age mean of 32,95 years and standard deviation of 12,43. All participants were diagnosed with a major depression according to the DSM-IV criteria. Results clearly show that cognitive-behavioural therapy is more effective when applied under hypnosis conditions. This effectiveness of the cognitive-behavioural therapy under hypnosis conditions was obtained for all clinical variables studied Anxiety, Depressive Neurosis, Major Depression, Histrionics, Psychotic Thinking.

El aumento del interés por la hipnosis y las técnicas de sugestión, tanto en el mundo clínico como en el académico, ha llevado, en estos últimos años, a la aplicación de estas técnicas en distintos ámbitos de la Psicología y la Medicina; tales como control y tratamiento del dolor (Genuis, 1995), trastornos de ansiedad (Brown, 1998), trastornos alimentarios (Boyd, 1994; Griffiths, 1995), depresión (McMaster, 1996), trastornos sexuales (Burte y Araoz, 1994), tabaquismo (Johnson y Karkut, 1994), etc.

Un número elevado de estudios evalúan la utilización de la hipnosis en el contexto de una terapia de carácter cognitivo o conductual; en este sentido, destacan trabajos como el de Brown (1998) o el de Crawford y Barabasz (1993), en los que se analiza el uso de la hipnosis en el contexto de una terapia cognitiva para el tratamiento de la ansiedad o de las fobias.

Se pueden encontrar trabajos en los que se analiza la utilización de hipnosis en el contexto, igualmente, de una terapia cognitivo-conductual; pero comparándola con otros mecanismos de relajación. Trabajos como los de Schoenberger, Kirsch, Gearan y Montgomery (1997) o el de Willshire (1996), analizan el empleo de la hipnosis para el tratamiento de la ansiedad social y del estrés post-traumático, comparando la hipnosis con la terapia cognitivo-conductual, en el primer caso, o utilizándola como un enlace entre diferentes estrategias de tratamiento, en el segundo.

Algunos trabajos apuntan una mayor efectividad de la hipnosis en el contexto de un tratamiento cognitivo-conductual frente al mismo tratamiento cognitivo-conductual realizado aisladamente. Trabajos como el de Kirsch, Montgomery y Sapirstein (1995), Brown (1998) y Capafons (1998) subrayan los beneficios de la hipnosis empleada como un mecanismo añadido a la terapia cognitivo-conductual.

El objetivo de esta investigación consiste en estudiar la efectividad de la hipnosis frente a la relajación o a la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos depresivos. Para ello se elaboraron tres estrategias terapéuticas consistentes: la primera en la realización de técnicas cognitivo-conductuales (control de pensamientos automáticos, imaginación positiva, etc.), la segunda incluiría, además de lo anterior, la realización de relajación muscular y, por último, la tercera incluiría la utilización de hipnosis.

Método

Participantes

Para someter a estudio los objetivos propuestos, se utilizaron 21 sujetos (7 varones y 14 mujeres), de edades comprendidas entre 18 y 65 años, con una media de edad de 32,95 años y una desviación típica de 12,43. El 19% de los sujetos tenían el Grado de Escolar, un 42,9 % el Bachiller y el 38,1 % restante tenían estudios universitarios. El 42,9% estaban casados, el 4,8% separados y el 52,4 % estaban solteros. Todos los pacientes tenían un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, con arreglo a criterios DSM-IV, además, ninguno había sido hipnotizado con anterioridad y todos

ellos fueron asignados al tipo de tratamiento que más les podía favorecer en atención a su nivel de sugestionabilidad: 8 al grupo de la hipnosis (38.1 %), 5 al grupo de la relajación (23.8 %) y 8 al grupo de la terapia cognitivo-conductual aislada (38.1 %).

Instrumentos

a) Para evaluar la sugestionabilidad o capacidad para ser hipnotizado de los pacientes, se les aplicó una escala estandarizada de diez ítems (García-Cueto y Gordón, 1998) (ver Apéndice).

b) Para evaluar las características clínicas y de personalidad de los pacientes se les aplicó el Inventario Clínico Multiaxial de Millon – II (Millon, T., 1985) en la adaptación española de Ávila y Jiménez (1998).

Procedimiento

Una vez seleccionados los pacientes para este estudio y con un diagnóstico previo de trastorno depresivo mayor, se les aplicó, en un primer momento, el test de Millon que permitió aportar datos sobre su perfil de personalidad y sobre la intensidad de la sintomatología clínica que referían. A continuación, en una segunda sesión, y con el objetivo de decidir el tipo de tratamiento más conveniente para cada sujeto, todos ellos fueron sometidos a la escala

de sugestionabilidad y clasificados en tres grupos de la siguiente manera:

a) Grupo 1: sujetos que alcanzaron 7 puntos o más en la escala de sugestionabilidad fueron tratados con hipnosis más terapia cognitivo-conductual.

b) Grupo 2: los sujetos que alcanzaron 2-3 puntos en la escala de sugestionabilidad fueron tratados con relajación más terapia cognitivo-conductual.

c) Grupo 3: los sujetos que no alcanzaron ningún punto en la escala de sugestionabilidad fueron tratados con terapia cognitivo-conductual, sin relajación ni hipnosis.

Por último y tras 12 sesiones de 45 minutos cada una, distribuidas uniformemente a lo largo de tres meses, en las que se aplicaba el tratamiento elegido para cada paciente, fueron sometidos por segunda vez al test de Millon para evaluar los resultados.

Análisis y discusión de los resultados

Dado el tamaño de la muestra, para comprobar el efecto de la aplicación de la hipnosis frente a la relajación y a la terapia cognitiva en el tratamiento de las depresiones mayores, primeramente, se realizaron diversos análisis multivariados de la varianza y las correspondientes pruebas no paramétricas (análisis de varianza Kruskal-Wallis). Los resultados obtenidos en ambos casos fueron

Tabla 1
Medias obtenidas en las escalas de personalidad del test de Millon por los tres grupos de pacientes antes del tratamiento

Escala	Hipnosis	Relajación	Cognitiva	F	P
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Esquizoide	74 (18,24)	57,20 (18,53)	84,5 (19,58)	3,229	,063
Fóbica	48,62 (37,05)	46,2 (43,51)	68,25 (29,87)	,811	,460
Dependiente	43,75 (32,14)	41,2 (28,02)	53,37 (32,11)	,295	,748
Histrionica	62,62 (30,48)	46,4 (39,09)	37,87 (27,41)	1,262	,307
Narcisista	51,12 (24,06)	49,2 (36,14)	36,75 (20,06)	,693	,513
Antisocial	47,12 (24,33)	51,4 (34,75)	42,25 (27,02)	,170	,845
Agresivo/Sádica	58,87 (20,55)	64,8 (21,61)	53,37 (20,96)	,461	,638
Compulsiva	50,50 (26,93)	60,4 (27,98)	64,87 (21,72)	,668	,525
Pasivo/Agresiva	68,75 (18,59)	60,8 (35,03)	68,37 (21,10)	,198	,822
Autodestructiva	58,50 (23,45)	52 (23,03)	67,75 (21,07)	,806	,462
Esquizotípica	45,50 (21,02)	53 (16,40)	55,75 (12,30)	,760	,482
Límite	48 (30,48)	51,2 (26,93)	51,12 (19,74)	,037	,964
Paranoide	53,62 (21,35)	62,6 (5,89)	60 (10,36)	,640	,539

* p≤ ,05; ** p≤ ,01

Tabla 2
Medias obtenidas en las escalas clínicas del test de Millon por los tres grupos de pacientes antes del tratamiento

Escala	Hipnosis	Relajación	Cognitiva	F	P
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Ansiedad	43,37 (41,46)	69,4 (8,01)	72,12 (26,43)	2,002	,164
Histeriforme	49,75 (30,01)	60,8 (12,07)	50,5 (15,87)	,454	,642
Hipomanía	50,25 (19,44)	35,4 (28,05)	41 (21,3)	,743	,490
Neurosis Depresiva	64,5 (22,84)	66,8 (10,91)	70,37 (19,68)	,184	,834
Abuso de Alcohol	19,37 (17,88)	45,6 (34,81)	41 (16,35)	2,788	,088
Abuso de Drogas	43 (23,95)	52,8 (5,06)	44,75 (24,33)	,344	,714
Pensamiento Psicótico	40 (25,71)	47,4 (27,26)	60,87 (5,79)	2,042	,159
Depresión Mayor	52,62 (22,71)	59,4 (6,76)	70,12 (15,28)	2,055	,157
Trastorno Delirante	54,25 (12,32)	46,8 (29,44)	54,62 (8,12)	,401	,675

* p≤ ,05; ** p≤ ,01

similares, por lo que se comentan a continuación sólo los resultados obtenidos con el análisis de varianza paramétrico. Los resultados obtenidos utilizando las puntuaciones de las escalas de personalidad y clínicas de la primera ejecución del Test de Millon aparecen en las Tablas 1 y 2.

Como se puede observar, no se han podido encontrar diferencias significativas (NC: 95%) entre los tres grupos de terapia diferentes antes del tratamiento.

Sin embargo, al analizar los resultados de los análisis multivariados de la varianza utilizando las puntuaciones obtenidas en la segunda ejecución del test de Millon (Tablas 3 y 4), resultan significativos los valores F alcanzados en las escalas Esquizotípica, Depresión Mayor y Pensamiento Psicótico.

Para estudiar las diferencias entre los grupos se utilizó una prueba de Scheffé. Las diferencias en la escala de personalidad Esquizoide son estadísticamente significativas entre el grupo tratado con relajación y el grupo tratado sólo con terapia cognitivo-conductual y este último y el tratado bajo hipnosis. La diferencia de medias no es estadísticamente significativa entre el grupo tratado bajo hipnosis y los otros dos grupos. No hay diferencias significativas estadísticamente entre el grupo tratado sólo con terapia cognitivo-conductual y el grupo tratado bajo relajación. En cuanto a las diferencias en Pensamiento Psicótico se dan de forma estadísticamente significativas entre el grupo tratado bajo hipnosis y al que sólo se

le aplica terapia cognitivo conductual. No hay diferencias estadísticamente significativas entre ninguno de los otros grupos.

Los sujetos sometidos a hipnosis experimentan unos niveles menores de ansiedad (Media = 25,5) respecto a los sujetos tratados con relajación (Media = 42,2) y a los sometidos solamente a tratamiento cognitivo (Media = 62,5). Algo similar ocurre en la escala Histeriforme, indicando una menor presencia de alteraciones psicósomáticas en los sujetos hipnotizados (Media = 24,5).

Si se tienen en cuenta las escalas Neurosis Depresiva y Depresión Mayor, el tratamiento con hipnosis sigue siendo el más efectivo (Medias = 23,75 y 14,5 respectivamente) frente a los resultados obtenidos por los sujetos tratados con relajación, que alcanzan unas Medias de 28,6 en Neurosis Depresiva y de 26,8 en Depresión Mayor. Los pacientes tratados solamente con terapia cognitiva alcanzan unas Medias de 58 en Neurosis Depresiva y de 64,37 en Depresión Mayor.

Las tendencias apreciadas indican el mejor rendimiento de la terapia basada en hipnosis, con diferencia de medias más amplias entre las dos puntuaciones del test de Millon en las siguientes variables clínicas: Ansiedad, Histeriforme, Neurosis Depresiva, Depresión Mayor y Pensamiento Psicótico, no solamente respecto a las puntuaciones alcanzadas por los sujetos tratados con relajación, sino, y de manera especial, respecto a los tratados con terapia cognitiva clásica.

Tabla 3
Medias obtenidas en las escalas de personalidad del test de Millon por los tres grupos de pacientes después del tratamiento

Escalas	Hipnosis	Relajación	Cognitiva	F	P
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Esquizoide	63,75 (20)	54,4 (25,06)	81,25 (30,97)	1,85	,186
Fóbica	22,75 (31,55)	18,2 (20,99)	52 (33,54)	2,613	,101
Dependiente	22,87 (28,47)	42,6 (34,76)	48,5 (32,39)	1,416	,296
Histriónica	57,62 (32,89)	42,6 (34,27)	48,25 (36,27)	,318	,732
Narcisista	37,87 (34,99)	48,4 (33,09)	41,37 (31,67)	,154	,858
Antisocial	38,75 (26,76)	55,8 (29,96)	50,5 (33,52)	,562	,580
Agresivo/Sádica	40,37 (28,11)	49,6 (36,26)	64 (15,78)	1,621	,225
Compulsiva	53 (29,57)	61 (29,72)	54,75 (23,35)	,137	,873
Pasivo/Agresiva	36,62 (33,84)	34 (39,45)	63 (23,35)	1,842	,187
Autodestructiva	26 (35,52)	36,4 (39,45)	65 (23,13)	2,665	,097
Esquizotípica	20 (35,52)	52,4 (48,34)	53,5 (20,63)	5,203	,016*
Límite	26,75 (37)	33,8 (38,38)	53,87 (10,41)	1,721	,207
Paranoide	42,12 (29,85)	61,6 (11,37)	59 (4,95)	2,082	,154

* p≤ ,05; ** p≤ ,01

Tabla 4
Medias obtenidas en las escalas clínicas del test de Millon por los tres grupos de pacientes después del tratamiento

Escalas	Hipnosis	Relajación	Cognitiva	F	P
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)		
Ansiedad	25,5 (20,73)	42,2 (46,2)	62,5 (29,98)	2,768	,089
Histeriforme	24,5 (19,79)	34 (34,5)	56,5 (23,19)	3,400	,056
Hipomanía	45,12 (23,44)	28,6 (29,49)	51,25 (14,29)	1,656	,219
Neurosis Depresiva	23,75 (21,4)	28,6 (46,24)	58 (29,64)	2,646	,098
Abuso de Alcohol	6,25 (13,05)	32,8 (35,66)	37,62 (34,02)	2,745	,091
Abuso de Drogas	32,62 (28,07)	38,2 (40,4)	45,75 (32,08)	,324	,727
Pensamiento Psicótico	15,37 (27,25)	34 (33,04)	59 (14,34)	6,256	,009**
Depresión Mayor	14,5 (25,83)	26,8 (38)	64,37 (12,52)	8,228	,003**
Trastorno Delirante	49,87 (20,83)	59,4 (10,64)	58,62 (6,58)	,966	,400

* p≤ ,05; ** p≤ ,01

En conclusión, los pacientes más sugestionables, sometidos a hipnosis, tras los tres meses de tratamiento, obtienen una puntuación más baja en la escala de Ansiedad del test de Millon que los pacientes tratados con relajación o terapia cognitiva aislada.

Igualmente, este grupo de pacientes altamente sugestionables, tras el tratamiento, obtienen una puntuación más baja en las escalas Neurosis Depresiva y Depresión Mayor del test de Millon que los pacientes tratados con relajación o terapia cognitiva aislada.

Apéndice

a) Escala de sugestionabilidad de García-Cueto y Gordón (1998):

1. Bloqueo de párpados: Imposibilidad de abrir los ojos, al menos durante 10 segundos.
2. Imposibilidad de sujetar una llave entre los dedos pulgar e índice de la mano dominante.
3. Separación progresiva de los brazos, colocados de modo paralelo entre sí y perpendiculares al pecho, hasta alcanzar la posición de brazos en cruz en un máximo de un minuto.
4. Manos pegadas a la frente, con los dedos entrelazados y las palmas de las manos hacia fuera, al menos durante 10 segundos.
5. Bloqueo postural, durante un mínimo de 10 segundos.

La tendencia observada en las escalas Ansiedad, Histeriforme, Neurosis Depresiva, Pensamiento Psicótico y Depresión Mayor, indica puntuaciones menores en el grupo de pacientes tratados con hipnosis respecto a la observada en el grupo relajación muscular y de terapia cognitiva aislada

En definitiva, y como era de esperar, el uso de la hipnosis con los sujetos altamente sugestionables parece más efectiva que la relajación o la terapia cognitivo-conductual aislada en el tratamiento de la depresión mayor, aplicadas estas en sujetos menos sugestionables.

6. Pérdida de equilibrio hacia atrás en un máximo de un minuto.

7. Manos pegadas, unidas por las palmas, sin poder separarse, al menos durante 10 segundos.

8. Anestesia: en dos minutos se genera anestesia de guante en la mano dominante.

9. Orden posthipnótica: ante una señal predeterminada el paciente ha de sentir la necesidad de hacer una acción simple.

10. Amnesia: olvido de un número e incapacidad para pronunciarlo y escribirlo al contar desde uno a diez.

Se puntúa con un uno cada ítem superado y con cero aquellos que no lo son.

Referencias

- Ávila-Espada, A. & Jiménez Gómez, F. (1998). *Manual MCMI-II inventario clínico multiaxial de Millon-II*. TEA. Madrid.
- Boyd, J.D. (1994). Potentiating group psychotherapy for bulimia with ancillary. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 12, 229-236.
- Brown, N. (1998). Hypnosis in the treatment of severe anxiety. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26, 138-145.
- Burte, J.M. & Araoz, D.L. (1994). Cognitive hypnotherapy with sexual disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 8, 299-311.
- Capafons, A. (1998). Autohipnosis rápida: un método de sugestión para el autocontrol. *Psicothema*, 10, 571-581.
- García-Cueto, E. & Gordón, O. (1998). Elaboración y análisis de una escala de sugestionabilidad. *Psicología Conductual*, 3, 519-531.
- Genuis, M.L. (1995). The use of hypnosis in helping patients control anxiety, pain and emesis: A review of recent empirical studies. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 316-325.
- Crawford, H. & Barabasz, A. (1993). Phobias and intense fears: Facilitating their treatment with hypnosis. En J. Rhue & J. Steven (Eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Griffiths, R. (1995). Two years follow up of hypnotherapeutic treatment for bulimia nervosa. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 23, 135-144.
- Johnson, D. & Karkut, R. (1994). Performance by gender in a stop-smoking program combining hypnosis and aversion. *Psychological Reports*, 75, 851-857.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Mc Master, N. (1996). Major Depression: A hypno-cognitive behavioral intervention. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 17, 17-24.
- Millon, T. (1985). The MCMI provides a good assessment of DSM-III disorders: The MCMI-II will prove even better. *Journal of Personality Assessment*, 49, 379-391.
- Schoenberger, N., Kirsch, I., Gearan, P. & Montgomery, G. (1997). Hypnotic enhancement of cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28, 127-140.
- Willshire, D. (1996). Trauma and treatment with hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 125-136.

Aceptado el 14 de marzo de 2000