

Efectividad de la hipnoterapia en pacientes deprimidos

Effectiveness of hypnotherapy in depressed patients

Lic. Marcos Enrique Zaldívar Hernández^{1**}  <http://orcid.org/0000-0002-1208-1122>

Dr. C. Alberto Erconvaldo Cobián Mena^{1***}  <http://orcid.org/0000-0002-5526-5706>

Dr. Adolfo Rafael Lambert Delgado^{1****}  <http://orcid.org/0000-0001-9977-6033>

MSc. José Luis Reyes Escalona^{1*****}  <http://orcid.org/0000-0001-7523-6999>

Dr. Wilvian Ernesto Cobas Contreras^{1*****}  <http://orcid.org/0000-0002-7522-2869>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Clínica de la Hipnosis.
Santiago de Cuba, Cuba.

* Autor para la correspondencia: aldolfo@infomed.sld.cu

Recibido: 23/2/2021.

Aceptado: 31/5/2021.



RESUMEN

Introducción: la depresión es uno de los problemas de salud que más afecta a los seres humanos a nivel mundial. En Cuba, un elevado número de personas padece este flagelo, sin distinción de razas, sexos u otras categorías.

Objetivo: evaluar la efectividad de la hipnosis como modalidad terapéutica en pacientes deprimidos.

Materiales y métodos: se realizó un estudio explicativo de tipo experimental de comparación de grupo pre-post prueba en 30 pacientes con trastornos depresivos; 15 de ellos se atendieron con hipnoterapia (grupo estudio) y otros 15 mediante terapia racional emotiva conductual (grupo control). Por la importancia para enriquecer la investigación, se definió como variable independiente el tratamiento empleado según el grupo, y como variables dependientes la respuesta psicológica antidepresiva y ansiolítica. Los datos se procesaron cuantitativa y cualitativamente. Se empleó la prueba de las probabilidades exactas de Fisher y la t de Student para validar la significación del cambio.

Resultados: en términos de evolución clínica, la hipnoterapia fue efectiva, ya que el 93,3 % de los pacientes mejoraron significativamente en comparación con los resultados obtenidos con la terapia conductual racional emotiva, dados en un 73,33 %.

Conclusión: la hipnoterapia es tan efectiva como la terapia racional emotiva conductual, y si bien no hubo diferencias significativas por los resultados del estadígrafo matemático empleado, sí las hubo desde el punto de vista práctico y clínico, pues evolucionaron más rápido los pacientes del grupo estudio que los del grupo control.

Palabras clave: hipnoterapia; hipnosis; depresión; efectividad; terapia racional emotiva conductual.

ABSTRACT

Introduction: depression is one of the health problems more affecting the human being around the world. A high number of persons suffers this scourge, without distinction of race, sex or any other category.

Objective: to assess hypnosis effectiveness as a therapeutic modality in depressed patients.



Materials and methods: an experimental-kind explanatory study was carried out comparing a group of 30 patients with depressive disorders before and after test; 15 of them were treated with hypnotherapy (study group) and 15 with rational emotive behavioral therapy (control group). For the importance of enriching the research the treatment used according to each group was defined as independent variable and the anxiolytic and anti-depressive psychological answer. Data were quantitative and qualitatively processed. Fisher's exact test and T student test were used to validate the change significance.

Results: in terms of clinical evolution, hypnotherapy was effective, since 93.3% of patients significantly improved in comparison to the results achieved with the rational emotive behavioral therapy, reaching 73.33%.

Conclusions: hypnotherapy is as effective as rational emotive behavioral therapy, and although there were not significant differences due to the results of the used mathematical statistic, there they were from the practical and clinical point of view, because the patients from the study group improved faster than the ones in the control group.

Key words: hypnotherapy; hypnosis; depression; effectiveness; rational emotive behavioral therapy.

INTRODUCCIÓN

La depresión es uno de los problemas de salud que más afecta a los seres humanos a nivel mundial. Los expertos consideran que para 2022 esta enfermedad será la segunda causa de invalidismo a nivel global, por delante de enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. En Cuba, un elevado número de personas padece este flagelo, que afecta al ser humano sin distinción de razas, sexos u otras categorías.^(1,2)

El estudio de la depresión, por lo tanto, se hace cada vez más imprescindible, ya que este trastorno es causa de suicidios, mutilaciones e invalidez temporal, afectando el rendimiento de la persona en las diferentes áreas en las que se desenvuelve, dígame: estudio, trabajo, matrimonio, etc., además de que aflige a los que conviven con el enfermo, dañando la calidad de vida de estos, que por lo general no saben con certeza que están también atrapados en medio de esta patología dentro de situaciones muy difíciles de sobrellevar.^(1,2)



Existen múltiples procedimientos para tratar los trastornos depresivos, entre los que se encuentra la hipnosis, que es una terapia efectiva pero poco utilizada en Cuba, aun cuando muestra excelentes resultados en la cura o el alivio de enfermedades como el asma bronquial, dermatopatías, disfunciones sexuales, fobias, obesidad, enuresis, entre otras. Dicha terapia puede emplearse sola (como modalidad terapéutica) y también unida a otras psicoterapias.^(1,2)

Definimos la hipnosis como “un estado especial donde se puede con la palabra u otro estímulo siempre provocado por ella, crear un modo particular de accionar de la mente humana, capaz de variar —en función de las necesidades— la manifestación de los procesos volitivos para permitir la expresión plena de potencialidades cerebrales, que en estado de vigilia y por mecanismos neurofisiológicos defensivos, no se manifiestan de forma activa. Es un proceso natural creado en el hombre por sí mismo u otra persona, que implica siempre la actividad cerebral en su unidad y diversidad, lo que facilita principalmente operar bajo nuevas condiciones, aumentando la productividad neuronal y psicológica, así como la eficacia de la respuesta somática ante las nuevas urgencias y necesidades del organismo”.⁽³⁻⁶⁾

En pacientes deprimidos subyacen experiencias traumáticas que generan duelo, tristeza, desesperanza y hacen más profundo su trastorno. De lo que se trata entonces, es que ese paciente tenga la fortaleza de vivir con ello, con dignidad, y logre rehacer su vida como una persona común.^(1,2) Aquí estaría la finalidad de la terapia hipnótica, que no es otra que movilizar sus recursos y hacerlo resiliente, que es dotarlo de invulnerabilidad y de invencibilidad, además de lograr un cambio sustancial en la forma de verse a sí mismo, con la intención de que gane en habilidades sociales, que busque alternativas para solucionar sus problemas y logre aumentar su autoestima.^(3,6)

Dentro del plan terapéutico tienen extraordinario valor:

- 1) El uso de metáforas, que ayuda al paciente a esclarecer y entender algunos argumentos que necesita poner en práctica.
- 2) La reestructuración de su campo cognitivo, que le permite “ver” otras alternativas que no se habían valorado seriamente.
- 3) La cromoterapia y las visualizaciones, que se utilizan para lograr ese estado de paz necesario y al mismo tiempo encontrar sus fortalezas.
- 4) La prescripción de tareas extraconsultorio, donde lo aprendido por el paciente se materializa en acciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea el siguiente problema de investigación:

¿será efectiva la hipnoterapia en el tratamiento de los pacientes deprimidos que acuden, para ser tratados, a la Clínica de la Hipnosis? Para darle solución, se plantea como objetivo: evaluar la efectividad de la hipnoterapia en el tratamiento de los trastornos depresivos en pacientes objeto de estudio, que acuden a la Clínica de la



Hipnosis.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio explicativo, de tipo experimental. Se tuvo en consideración un universo de 40 pacientes, definido por:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de depresión exógena de funcionamiento a nivel neurótico.
- Pacientes de más de 15 años de ambos sexos que expresaron su consentimiento informado de participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico de depresión endógena.
- Pacientes con alteraciones psiquiátricas mayores o déficit intelectual.
- Pacientes que cumplen con los criterios de inclusión, pero que no aceptaron ser tratados con hipnosis.

Criterios de salida:

- Pacientes que se ausenten a tres consultas seguidas, o más de tres en el período de tratamiento.
- Pacientes que abandonen el tratamiento.

A partir de estos criterios, mediante un muestreo aleatorio simple, se seleccionó una muestra de 30, que fueron los sujetos objeto de esta investigación. Para ello se formaron dos grupos de 15 pacientes cada uno, con asignación aleatoria a los tratamientos: el primero recibió el tratamiento experimental, o sea, la hipnosis (grupo estudio), y el segundo fue tratado con terapia racional emotiva conductual (grupo control).

Se realizaron en total 10 sesiones de tratamiento, con evaluación antes de la aplicación del mismo y al finalizar. El trabajo se realizó en el período comprendido de octubre de 2018 a junio de 2019.

Se tuvieron en cuenta las siguientes variables:



Variables a controlar:

Edad: variable cuantitativa continua que se expresa en años.

Sexo: variable cualitativa nominal que identifica a los pacientes objeto de estudio en dos categorías: femenino y masculino.

Clasificación del paciente deprimido: variable cualitativa nominal que identifica el grado de depresión que porta el paciente.

Variable independiente: tratamiento empleado por grupo (variable cualitativa nominal que explica el tratamiento utilizado e incluye dos variantes según el grupo de pacientes al que se le aplicó):

- Grupo de estudio (GE): hipnoterapia.
- Grupo de control (GC): psicoterapia racional emotiva-conductual.

Variables dependientes:

Respuesta psicológica antidepresiva: variable cualitativa nominal que evalúa la respuesta del paciente en la esfera psicológica, tomando en cuenta el grado de depresión obtenido mediante el test psicológico de Zung y Conde; se evalúa de dos formas:

- Mejorado: si se logra reducir o eliminar las manifestaciones depresivas, existiendo movimiento en los estadios diagnósticos: de 3 a 2 y de 2 a 1, respectivamente.
- No mejorado: cuando no se logra reducir las manifestaciones depresivas, no existiendo movimiento en los estadios diagnósticos.

Efecto psicológico ansiolítico del tratamiento: variable cualitativa nominal que evalúa la respuesta psicológica teniendo en cuenta los niveles de ansiedad, tomando para ello los resultados obtenidos del Test de Ansiedad de Beck, evaluándose de dos formas:

- Mejorado: si se logra reducir o eliminar las manifestaciones ansiosas, existiendo movimiento de las fases diagnósticas 3 a 2 y 2 a 1, respectivamente.
- No mejorado: cuando no se logra reducir las manifestaciones ansiosas, no produciéndose movimientos dentro de las fases diagnósticas.

Los instrumentos de evaluación psicológica utilizados fueron la entrevista —para explorar la problemática del paciente, sus fortalezas y la capacidad de afrontamiento de situaciones estresantes, así como evaluar algunos indicadores del funcionamiento emocional del mismo, y el tipo de situaciones generadoras de este—, el Test de Completar Frases de Rotter —que permite valorar conflictos, principales necesidades, tendencias y motivaciones, así como explorar el nivel de regulación de la personalidad



del paciente—,⁽⁴⁾ el Test de Ansiedad de Beck —que se emplea para discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión— y, por último, el Test de Zung y Conde, que se utiliza para valorar estados depresivos,⁽⁵⁾ y sirvió como herramienta diagnóstica.

Etapas de la intervención

1. Diagnóstico y clasificación:

Previo consentimiento informado por escrito, y seleccionados al azar, se conformaron dos grupos con 15 sujetos cada uno: un grupo estudio y un grupo control. A ambos se les aplicaron los mismos test psicológicos, buscando síntomas que evidenciaran la existencia de un cuadro depresivo y de ansiedad. Se les realizó, además, la entrevista psicológica, en aras de confeccionar la historia clínica personal y de explorar a fondo la personalidad de cada uno.

2. Intervención terapéutica:

A los pacientes del grupo control se les aplicó terapia racional emotiva conductual, que según la dinámica expuesta por sus creadores está basada en la detección y transformación de las creencias irracionales que conllevan en el paciente a desarrollar una baja autoestima y a generar en él sentimientos de culpa e inferioridad. Se reforzó el tratamiento psicoterapéutico con la prescripción de tareas para el hogar, buscando con ello la mejoría y la recuperación del paciente. A esta psicoterapia la denominamos como tratamiento convencional. Al grupo de estudio, por su parte, solo se le aplicó hipnosis terapéutica.

El tratamiento con hipnosis, igualmente, tuvo un máximo de 10 sesiones con una duración de 45 minutos a una hora aproximadamente, con una frecuencia semanal, 8 de ellas de tratamiento con hipnosis y 2 de trabajo, en las que se procedió a la recolección de datos y la evaluación. Cada sesión tuvo objetivos específicos e incluyó recursos terapéuticos, como metáforas, imágenes, símbolos y sugerencias. Este esquema general del proceso terapéutico contó con varias sesiones.

Sesión 1: tuvo como objetivo establecer la empatía con el paciente y determinar, a través de la entrevista psicológica y la observación, los síntomas, signos y noxas sociales predominantes; elaborar la historia clínica individual y suscribir el consentimiento informado, luego de habersele explicado detalladamente el procedimiento.

Las sesiones de la 2 a la 9 correspondieron al tratamiento con hipnosis y se distribuyeron de la siguiente forma:

Sesión 2: Se procedió a la aplicación de las pruebas de sugestionabilidad (caída hacia



delante o hacia atrás). Luego, se realizó la inducción hipnótica con un ejercicio de respiración-relajación, y se le introdujo un signo-señal que se reforzó posteriormente, a medida que fue transcurriendo el proceso. Se utilizaron frases favorecedoras del aumento de la autoestima y de la concentración en el sujeto, se trabajó en el establecimiento de prioridades según las necesidades del paciente y se le enseñaron ejercicios de relajación que el paciente debía practicar en casa.

Sesión 3: se reforzaron los elementos de la sesión anterior. Se procedió, a través de la imaginería y la visualización, a llevarles a lugares donde el paciente encontrara seguridad, confort, comodidad, tranquilidad, potenciando siempre la autoestima mediante símbolos, metáforas y sugerencias, e invitándole a tomar los caminos que considerase necesario para resolver su problemática, asumiendo los riesgos y las consecuencias derivadas de su toma de decisiones. Se orientaron tareas para el hogar.

Sesiones 4, 5 y 6: se reforzaron igualmente los elementos de las sesiones anteriores. Se abordaron las problemáticas surgidas con el momento terapéutico, así como otros temas de interés para los pacientes. También se incorporó el uso de la cromoterapia, utilizando siempre colores sedativos, tranquilizadores y favorecedores de un estado de ánimo positivo.

Sesiones 7, 8 y 9: se continuó reforzando lo logrado en sesiones anteriores. Se siguió trabajando en la autoestima de los pacientes, se dieron orientaciones a fin de no retroceder en lo ya adquirido, movilizándolos siempre —a través de los recursos donados— a la solución de cualquier situación que se pudiera dar.

Sesión 10: se volvió a aplicar los instrumentos empleados y se analizó con el paciente, desde una manera objetiva, su estado de opinión sobre lo logrado o no con la terapia empleada.

3. Evaluación del tratamiento:

A ambos grupos se les realizó una valoración psicológica integral en el primer y último encuentros, mediante las técnicas empleadas, que permitió conocer si hubo cambio o no en el cuadro depresivo diagnosticado al inicio, una vez culminadas las sesiones terapéuticas.

El proceso terapéutico se diseñó de acuerdo a las pautas establecidas:^(6,7-10)

- Se utilizó la respiración para proporcionar al paciente un estado de relajación física y mental.
- Se descartaron etiologías de naturaleza orgánica.
- Evaluación del riesgo suicida.
- Mejoramiento de la autoestima.
- Reforzamiento del tratamiento medicamentoso con el psicoterapéutico en el



- caso que lo requiriese.
- Reducción de la ansiedad acompañante.
- Se establecieron expectativas razonables y positivas.
- Se buscaron alternativas para proteger al paciente de contextos de naturaleza hipomaniaca o maniaca.
- Se establecieron opciones para los momentos difíciles y recaídas que pudiera tener el paciente.
- Se brindaron recursos para insertarlo mejor en el medio social, en aras de ganar en habilidades sociales.
- Se reforzaron habilidades y mecanismos de afrontamiento a situaciones de conflicto.

Control ético: ⁽⁶⁾

En la investigación se tuvo en cuenta los principios éticos de la beneficencia, la no maleficencia y la integridad, evitando con ello efectos nocivos como la iatrogenia y proceder propios de la mala praxis. Entre estos:

- No tocar al paciente durante el trance hipnótico.
- No proceder con la hipnosis sin haber hecho una evaluación psicológica del paciente, pues su no realización podría conducir a errores de aplicación y a la ineficacia del método.
- Brindar información a través de la explicación consistente acerca de qué es la hipnosis, sus posibilidades de mejoría o curación, al igual que con la terapia racional emotiva conductual.
- Una vez lograda la disposición, aplicar pruebas o técnicas de sugestionabilidad que permitieran asegurar la evaluación de objetos diagnósticos de una manera rápida y que no implicasen procesos angustiantes para el paciente. Se empleó la técnica de "caída hacia atrás".
- Si en el momento del proceder, bien con las técnicas diagnósticas de sugestionabilidad o con las hipnóticas, el paciente se mostraba tenso o intranquilo y no se lograban los objetivos propuestos —debido a resistencia o temores por parte de este—, no se forzaría la situación: se relajaría siempre, inspirando confianza e intentaría de nuevo hasta lograrlo. Si hubiera resistencia mantenida se interrumpiría la sesión y se dejaría para la próxima, hasta lograr el objetivo.

Para el procesamiento de los datos recopilados desde el punto de vista estadístico, se creó una base de datos donde se analizaron los resultados que permitieron establecer diferencias entre los grupos. La validación se obtuvo mediante la aplicación de la prueba de hipótesis, utilizando como estadígrafo la prueba de las probabilidades exactas de Fischer y la t de Student para la comparación de dos medias. En ambas pruebas se utilizó un nivel de significación estadística de 0,05. Los resultados obtenidos fueron resumidos por medio de la confección de cuadros de contingencia



estadística, para luego realizar las comparaciones y emitir las conclusiones.

RESULTADOS

La distribución de los pacientes, según el nivel de depresión al inicio del tratamiento, es como se expresa a continuación: 19 pacientes sufrían una depresión ligera, a razón de 9 por el grupo estudio y 10 por grupo control (63,33 %); teniendo el resto de la muestra (36,66 %) una depresión moderada, correspondiendo 6 al grupo estudio y 5 al grupo control. En el estadio cuatro, propio de la depresión severa, no calificó ningún paciente. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de pacientes con depresión, estudiados según su clasificación* y esquema de tratamiento y grupo

Esquema de tratamiento						
Clasificación de pacientes con depresión (Antes)	GE		GC		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estadio 1	-	-	-	-	-	-
Estadio 2/ Depresión ligera	9	60	10	66,66	19	63,33
Estadio 3/ Depresión moderada	6	40	5	33,33	11	36,66
Estadio 4/ Depresión grave	-	-	-	-	-	-
Total	15	100	15	100	30	100

*Según el grado de depresión.

Luego de la intervención, es el grupo estudio el que presentó una mejor respuesta de remisión de los síntomas, con 14 sujetos mejorados y 1 no mejorado, por solamente 11 y 4 sujetos respectivamente en el grupo control. (Tabla 2)



Tabla 2. Respuesta psicológica antidepresiva de los pacientes deprimidos, según esquema de tratamiento por grupo

Respuesta antidepresiva						
Esquema de tratamiento	Mejorado		No mejorado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
GE	14	93,33	1	6,66	15	100
GC	11	73,33	4	26,66	15	100

Test de Fisher-Irving; $p = 0,3295$.

Antes de iniciar el proceso terapéutico, había 7 pacientes con bajos niveles de ansiedad, 3 del grupo estudio y 4 del grupo control, los que representan el 23,33 % del total de la muestra. Mientras 15 sujetos —8 del grupo estudio y 7 del grupo control— cursaban con ansiedad moderada, para un 50 % del total, 8 tenían ansiedad elevada, repartidos a 4 por igual para ambos grupos, siendo un 26,66 %. (Tabla 3)



Tabla 3. Distribución de los niveles de ansiedad en pacientes estudiados, según su clasificación** y esquema de tratamiento por grupo

Clasificación de los pacientes según nivel de ansiedad	Esquema de tratamiento					
	GE		GC		Total	
(A inicios del tratamiento)	No.	%	No.	%	No.	%
Fase 1	3	20	4	26,66	7	23,33
Fase 2	8	53,33	7	46,66	15	50
Fase 3	4	26,66	4	26,66	8	26,66
Total	15	100	15	100	30	100

Fuente: Resultados del Test de Ansiedad de Beck.

Luego de la intervención, se observó una disminución considerable en el estado ansioso de los pacientes en ambos grupos. Obsérvese que 12 en el grupo estudio y 8 en el grupo control, disminuyeron ostensiblemente los niveles de ansiedad; sin embargo, se aprecia una diferencia a favor de la metódica hipnoterapéutica empleada con el grupo control. (Tabla 4)



Tabla 4. Respuesta ansiolítica en los pacientes estudiados según esquema de tratamiento y grupo

Respuesta ansiolítica						
Esquema de tratamiento	Mejorado		No mejorado		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
GE	12	80	3	20	15	100
GC	8	53,33	7	46,66	15	100

p = 0,1213

Para obtener un resultado óptimo se empleó un promedio de 7,2 sesiones para el grupo de estudio y 9,8 para el grupo control. Se evidencia el empleo de tiempo significativamente menor (p = 0,0002) en el primer grupo, estando a favor de la hipnoterapia. (Tabla 5)

Tabla 5. Cantidad promedio de sesiones por tratamiento en los diferentes grupos terapéuticos

Sesiones	GE	GC
Promedio	7,2	9,8
Desviación estándar	1,5	1,8

DISCUSIÓN

En el caso del paciente del grupo estudio que no mejoró, puede decirse, que este no cumplió con todas las orientaciones terapéuticas, faltó a varias sesiones, además de poseer una personalidad favorable a la depresión, poca tolerancia a la frustración, y pensamientos rígidos y/o esquemáticos —obtenidos estos elementos a través de la



entrevista—, y que a pesar de los esfuerzos del equipo de trabajo no se observaron cambios significativos que nos permitieran referir una mejoría en el mismo, por lo que hubo que continuar el tratamiento más allá del tiempo previsto y buscar otros recursos adicionales. Lo antes dicho reafirmó el considerar que la personalidad del paciente y el grado de compromiso de este para con el tratamiento (adherencia terapéutica) influyó en su evolución, tal como se expresa por varios autores al referirse a la necesidad de tener en cuenta el cuadro interno de la enfermedad.⁽⁶⁻⁸⁾

Los cuatro pacientes del grupo control que no mejoraron tras la intervención terapéutica, contrariamente a lo sucedido con el del grupo estudio, tuvieron una actitud favorable hacia la terapia, mas persistió en ellos la baja autoestima y la presencia de creencias irracionales, lo que no facilitó una favorable evolución hacia la remisión sintomática.

En cuanto al estado ansioso de los pacientes, puede decirse que en la mayoría de estos se produjo por la incapacidad de “desentramparse”: la referencia de “no podían hacerlo”, unido a la resistencia al cambio y a la persistencia de los temores, dificultando el disfrute de una vida plena y alegre, alimentando la dimensión del síntoma conforme fue transcurriendo la terapia, si no se cumplían las expectativas esperadas.^(8,9)

Es necesario aclarar que la presencia de manifestaciones ansiosas no siempre responde a un nivel patológico, pues pueden ser consideradas reacciones normales ante eventos estresores de alta magnitud o significación vital.^(10,11)

La ansiedad es un síntoma que casi siempre pasa inadvertido en los pacientes que presentan depresión, al darles estos mucha más importancia al estado hipotímico, siendo necesario entonces acudir a elementos de la psicoterapia semántica, para que reparen en su existencia e incrementen la conciencia de cuáles son los elementos afectivos o emocionales que están detrás de sus ideas rígidas y esquemáticas, que imposibilitan su funcionalidad adecuada. Aquí se muestra una de las razones del por qué existen pacientes que necesitan de una mayor cantidad de sesiones, extendiéndose la duración del proceso terapéutico. Otro elemento causal está dado por la subvaloración de este componente ansioso.

En cuanto al número de sesiones para obtener un resultado satisfactorio, se empleó un promedio de 7,2 para el grupo estudio y 9,8 para el grupo control, siendo la diferencia de 2,6 a favor de la hipnoterapia. A pesar de ser significativas estadísticamente, las diferencias de estos resultados evidencian que se empleó menos tiempo en el primer grupo, lo cual apoya el hecho de que la progresión fue más rápida con la hipnoterapia. Si bien no es mucha la diferencia, sí es importante el resultado respecto a la valoración subjetiva y el grado de satisfacción del paciente por la franca mejoría.^(3,12,13)

Otro elemento de interés es que en estudios de potenciales evocados del tipo P-300, en sujetos bajo trance hipnótico y después y/o antes del mismo, es decir, en estado de



vigilia, se coincide por varios autores en que la latencia aumenta bajo trance, lo que es expresión de un incremento en la velocidad del procesamiento cognitivo de la información, de ahí que exista una fuerte consideración de que el hallazgo de este marcador biológico de tan elevada importancia sea el basamento explicativo de las diferencias que hablan a favor de menos sesiones bajo hipnoterapia.^(3,6-8) Esto es válido tanto para el manejo de la depresión como de la ansiedad concomitante.^(14,15)

Por lo antes expuesto, se considera la hipnoterapia una herramienta efectiva y válida en el tratamiento de los trastornos depresivos, al igual que la otra modalidad empleada en el presente estudio.⁽¹⁵⁾

Si bien no hubo diferencias significativas por lo arrojado por el estadígrafo matemático empleado, estos resultados permiten apreciar el valor de la hipnosis como método de tratamiento de los trastornos depresivos, sustentado ello también por la valoración subjetiva de mejoría expresada por pacientes estudiados y los cambios favorables que se manifestaron en sus vidas durante y luego del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Penedo H. Usted puede controlar las depresiones. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento [Internet]. En: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ma. rev. Washington, D.C.: OPS; 2003 [citado 22/11/2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6282/Volume1.pdf>
3. Cobián Mena AE. La hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas. Barcelona: Morales i Torres; 2004.
4. Alonso Álvarez A. Psicodiagnóstico. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006.
5. González Llanesa FM. Instrumentos de Evaluación Psicológica [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007 [citado 22/11/2020]. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf



6. Cobián Mena AE. Yo sí creo en la hipnosis. 2da ed. Santiago de Cuba: Editorial Oriente [citado 22/09/2020]; 2010.
7. Pérez Almoza G. Hipnosis en pacientes críticos. Ansiedad, depresión y conducta suicida [Internet]. Santiago de Chile: Ediciones CHC; 2020 [citado 22/11/2020]. Disponible en: <https://es.scribd.com/book/471097676/Hipnosis-en-Pacientes-Criticos-Ansiedad-Depresion-Suicidio>
8. Reyes Escalona JL. Hipnoterapia en el tratamiento de las fobias [tesis]. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2018.
9. Lambert Delgado AR. Hipnoterapia en el tratamiento de las fobias en la edad escolar [tesis]. Santiago de Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2019.
10. Corona Miranda B, Alfonso Sagué K, Cuéllar Luna L, et al. Caracterización de la conducta suicida en Cuba, 2011-2014. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2017 [citado 22/11/2020]; 16(4). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180453380013.pdf>
11. Gómez Cera FY, Pérez Almoza G, Lambert Delgado A. La hipnosis como técnica de diagnóstico e intervención terapéutica en centros educacionales con conductas suicidas. Opuntia Brava [Internet]. 2020 [citado 22/11/2020]; 12(2). Disponible en: <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1036>
12. Molina del Peral JA, Mendoza ME, Capafons A, et al. Hipnosis clínica: Evaluación de su eficacia y calidad de la investigación en psicología. Rev Hospital Psiquiátrico de La Habana [Internet]. 2016 [citado 22/11/2020]; 13(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2016/hph162i.pdf>
13. González A, Ríos L, Ruiz L, et al. Estrategias terapéuticas para el manejo de la depresión en pacientes crónicos desde tres paradigmas de la psicología. Rev PsicologíaCientífica.com [Internet]. 2019 [citado 22/11/2020]; 17(06). Disponible en: <https://www.psicologiacientifica.com/estrategias-manejo-depresion-pacientes-cronicos-paradigmas-psicologia/>
14. Martínez D, Garavito C. Factores psicosociales en prevalencia en depresión, ansiedad, distorsión cognitiva y hábitos de vida. Rev PsicologíaCientífica.com [Internet]. 2018 [citado 22/11/2020]; 17(2). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/factores-psicosociales-depresion-ansiedad-distorsion-cognitiva-habitos-de-vida/>



15. Lynn Jay S, Green JP, Polizzi C, et al. Hyponis, Hypnotic Phenomena, and Hypnotic Responsiveness: Clinical and Research Foundations - A 40-Year Perspective. *Int J Clin Exp Hypn.* 2019;67(4). Citado en PubMed; PMID: 31526268.

Conflictos de Intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

** Creación de la idea científica, intervención terapéutica, recolección, análisis y procesamiento de los datos, y presentación de la información.

*** Intervención terapéutica, búsqueda bibliográfica y procesamiento de la información.

**** Revisión del dato primario y redacción final del informe.

***** Revisión del dato primario y de bibliografía actualizada.

***** Revisión del dato primario y del informe final.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Zaldívar Hernández ME, Cobián Mena AE, Lambert Delgado AR, Reyes Escalona JL, Cobas Contreras WE. Efectividad de la hipnoterapia en pacientes deprimidos. *Rev Méd Electrón [Internet].* 2021 May.-Jun. [citado: fecha de acceso]; 43(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4383/5193>

