

# HIPNOSIS Y DEPRESIÓN

Antonio Capafons<sup>1</sup>, Sonia Cabañas<sup>1</sup>, Ana Alarcón<sup>2</sup> y Agustín Bayot<sup>3</sup>

**RESUMEN** El objetivo de este trabajo es reflejar la situación actual de la hipnosis como técnica adjunta a los tratamientos para la depresión. Se recogen los aspectos centrales de la definición de hipnosis que propone la *American Psychological Association* (APA), así como algunas de las razones por las que resulta interesante utilizar hipnosis con las personas que sufren depresión.

**PALABRAS CLAVE** Hipnosis, depresión, eficiencia, terapia, auto-control, hipnosis despierta.

**ABSTRACT** The aim of this paper is to show the current status of hypnosis as an adjunct in the treatment of depression. It offers the central ideas of the hypnosis definition proposed by the *American Psychological Association* (APA), and some interesting reasons for using hypnosis with depressives.

**KEY WORDS** Hypnosis, depression, efficiency, therapy, self-control, waking hypnosis.

*Agradecemos a Michael Yapko su amabilidad por proporcionarnos su material en prensa, así como por sus útiles e inteligentes comentarios sobre este artículo; también agradecemos al Dr. Juan Capafons sus sugerencias sobre el texto.*

## Definición de hipnosis

El tratamiento psicológico más usado en el tema de la depresión es la terapia cognitiva, la cual parece ser tan eficaz (Murphy, Simons, Wetzel, & Lustman, 1984) o más (Kovacs, Rush, Beck, & Hollon, 1981) que los antidepressivos. La hipnosis ofrece al terapeuta una multitud de procedimientos variados que pueden adaptarse a este tipo de terapia. Empezaremos pues, intentando dar respuesta a la cuestión que encabeza este trabajo.

Existen dos grandes tendencias a la hora de intentar explicar el fenómeno hipnótico. Esas dos posturas son las del estado y la socio-cognitiva. Para los autores de ambas perspectivas la hipnosis incrementa los efectos de la terapia. En lo que no están de acuerdo es en cuáles son las variables responsables de ello. Frente a la relevancia de creencias y expectativas subrayadas por los autores socio-cognitivos, los defensores de la perspectiva tradicional del estado mantienen que los beneficios de añadir hipnosis a los tratamientos se deben a las características de un estado especial de conciencia: el estado de trance. Nuestra postura se adhiere a un modelo de hipnosis de no trance, puesto que como otros muchos (Barber, 1969; Spanos, 1991) sostene-

mos que la hipnosis puede explicarse con las mismas variables que las conductas no hipnóticas. Además, creemos que es la perspectiva socio-cognitiva de la hipnosis la que mejores beneficios puede reportar al tratamiento de la depresión puesto que: 1) es la visión más coherente con los tratamientos cognitivo-comportamentales ya que trabajan con las mismas variables (actitudes, creencias, expectativas...). 2) Los modelos cognitivo-comportamentales resaltan el poderoso papel de las expectativas. En buena medida la solución con las personas que sufren depresión pasa por alterar las expectativas y creencias que tienen respecto a sí mismas o hacia el resto del mundo. 3) Finalmente, es el modelo que de forma más clara enfatiza que la persona hipnotizada es activa, no un ser pasivo al que le ocurren las cosas sin más, es decir, fomenta el que la persona entienda la hipnosis como una forma de auto-control, tan necesario de restaurar o instaurar en las personas con depresión.

Pero, ¿qué es la hipnosis? Como ocurre en otros tantos casos, no existe una definición única de la hipnosis. La que proponemos, es una definición aceptada por las principales asociaciones de hipnosis de todo el mundo, definición que emerge de la división 30

<sup>1</sup>Universitat de València ■ Facultat de Psicologia

E-mail: capafons@uv.es

<sup>2</sup>Práctica privada

<sup>3</sup>Universidad de Castilla-La Mancha

(Clinical Hypnosis) de la *American Psychological Association* (APA, 1993). Dicha definición implica que (Capafons, en prensa): **1)** la hipnosis es un *procedimiento* en el que un especialista sugiere a una persona que experimente cambios en sus sensaciones, percepciones, pensamientos o conductas. El contexto hipnótico se establece generalmente a través de una inducción hipnótica (las cuales pueden ser muy variadas). **2)** Se resalta la gran variabilidad existente en las respuestas que se dan durante la hipnosis. En general, la mayor parte de la gente dice que la experiencia con la hipnosis es muy agradable. **3)** La APA especifica que las personas hipnotizadas no pierden el control y que, a menos que se sugiera específicamente amnesia, generalmente recuerdan lo que ocurrió durante la hipnosis. **4)** La hipnosis *no* es un tipo de terapia como el psicoanálisis o la modificación de conducta. De hecho es un procedimiento que puede ser usado para facilitar la terapia. **5)** Las aplicaciones de la hipnosis son amplísimas, tanto en Psicología como en Medicina, pero debe tenerse precaución en su utilización, ya que no tiene por qué ser útil para todos los problemas y pacientes o clientes.

Pero, ¿qué ocurre con el problema de la depresión?, ¿es la hipnosis una técnica válida para adjuntar a los tratamientos de ésta?, ¿qué dice la investigación al respecto? El volumen de abril del 2000 del *International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis* (vol. 48, Nº2) es un monográfico destinado a revisar y evaluar el estatus de la hipnosis como una intervención empíricamente validada. Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardeña y Patterson (2000) realizan un minucioso y extenso resumen del mismo, poniendo de manifiesto que la hipnosis ha mostrado ser eficaz o probablemente eficaz, entre otros problemas, para el tratamiento del dolor, asma, náuseas y vómitos de postquimioterapia, dejar de fumar, obesidad, insomnio, ansiedad. Sin embargo, no se destina ningún comentario a la depresión, por lo que cabe suponer que no se ha encontrado evidencia de la eficacia de la hipnosis para el tratamiento de este trastorno.

### ***Depresión e hipnosis: el problema de los mitos***

Tal como se ha comentado, la revisión hecha por el *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* da buena cuenta del estado actual de la validación empírica de la hipnosis clínica dentro del cam-

po psicológico y médico. La razón fundamental que justificaría el uso clínico de la hipnosis sería el incremento de la eficacia y eficiencia (eficacia/costo) de los tratamientos a los que se añade. Sin embargo, como ocurre especialmente en el caso de la depresión, aún se necesitan realizar más estudios controlados para poder determinar la eficacia de la hipnosis en las distintas áreas de aplicación, si bien, las investigaciones que se están llevando a cabo permiten ser optimistas y ofrecen datos prometedores sobre todo en el caso de los tratamientos cognitivo-comportamentales (Capafons, en prensa). Ahora bien, existe una razón más para utilizar la hipnosis: su amplia diseminación. Por desgracia, esta amplia diseminación se ha visto acompañada de la consolidación de numerosas creencias erróneas acerca de la hipnosis (Capafons, 1998) que han arraigado no sólo en ámbitos legos, sino también entre los propios profesionales de la Psicología y la Medicina. Estos mitos, como veremos, afectan al campo de la depresión, en el cual, además, han surgido mitos específicos. Por tanto, desmitificar la hipnosis dando información correcta y precisa, tanto a los pacientes como a los terapeutas que vayan a utilizarla, se impone como una condición necesaria a la hora de trabajar con la hipnosis desde un punto de vista clínico, científico y profesional.

En general, podríamos hablar de tres grandes mitos: la pérdida de control de las personas que son hipnotizadas, la aparición de trastornos y otros problemas por ser hipnotizado, y la hipnosis como hipnoterapia no necesitaría del esfuerzo del paciente para obtener los resultados deseados. Ninguno de estos mitos cuenta con apoyo empírico, puesto que la hipnosis no merma la capacidad de volición de las personas (al contrario, se considera una herramienta terapéutica que fomenta el auto-control), no genera alteraciones psíquicas en los individuos, resultando, además, de gran utilidad incluso en trastornos donde tradicionalmente se pensaba que podía ser perjudicial (como el trastorno de identidad múltiple), y, como veíamos en la definición propuesta por la APA (1993), no debería hablarse de hipnoterapia, ya que la hipnosis es un adjunto, y se necesita de la colaboración, implicación y esfuerzo por parte del cliente para poder obtener las ganancias terapéuticas deseadas (Capafons, Alarcón, & Hemmings, 1999).

En lo que respecta específicamente a la depresión, hay que tener en cuenta que, tradicionalmente, se ha

venido considerando que los métodos hipnóticos no desempeñaban un papel importante en el tratamiento de este trastorno, llegando, incluso, a estar contraindicado su uso en el caso de las depresiones severas (Burrows, 1980). Dos eran las razones principales para “justificar” su exclusión de los paquetes terapéuticos. Por una parte, la creencia de que las personas deprimidas no podían beneficiarse de la hipnosis dada su incapacidad para ser hipnotizados, y por otra, la probabilidad de incrementar el riesgo de suicidio tras utilizar la hipnosis (Spiegel & Spiegel, 1978). Un agravamiento de la depresión (Terman, 1980), padecer psicosis como efectos secundarios (Miller, 1979), facilitar el *acting out* (Spiegel et al.), o las consecuencias fatales que para el paciente podía tener la amplificación de sus emociones más allá de los límites tolerables por él (Milechnin, 1967), eran otras de las razones que hacían poco recomendable el uso de la hipnosis para el tratamiento de la depresión. Junto a ellas, Yapko (1992) resalta tres mitos más que deben ser clarificados. En primer lugar, la creencia de que la hipnosis fomenta la dependencia del paciente; en segundo lugar, el planteamiento de la hipnosis como un tratamiento orientado al síntoma que lleva a resultados temporales; y, en tercer lugar, la hipnosis como un procedimiento que favorece la sustitución de síntomas. Como ocurría con las concepciones erróneas anteriormente comentadas, tampoco estos mitos cuentan con apoyo empírico. De hecho, la hipnosis parece ser una herramienta muy útil para alcanzar los siguientes objetivos: reducir los sentimientos de indefensión y desesperanza del paciente, incrementar su auto-confianza de un modo realista, y enfatizar los aspectos más relevantes de la experiencia del cliente, resaltando y favoreciendo la contextualización, y, por tanto, la generalización de respuestas. No obstante, es necesaria mucha más investigación para determinar la eficacia de la hipnosis utilizada de este modo en el tratamiento de la depresión.

### ***La hipnosis como adjunto a los tratamientos psicológicos de la depresión***

Los profesionales de la psicología estamos interesados en conocer cuáles son las herramientas más eficaces de las que disponemos para combatir con éxito la depresión. Ésta puede ser tratada con medicación y/o psicoterapia. Mientras que ningún antidepressivo ha demostrado ser superior a otro en eficacia no ocurre lo

mismo con los estudios sobre psicoterapia (Antonuccio, Danton, & DeNelsky, 1995). La investigación indica que la psicoterapia cognitiva junto a la conductual y la interpersonal son los tratamientos de elección a la hora de abordar la problemática que nos ocupa (Depression Guideline Panel, 1993). La hipnosis, que como ya hemos visto no es un tratamiento en sí mismo, puede adjuntarse a cualquier tipo de terapia independientemente de la orientación de ésta. Sin embargo, en un metaanálisis realizado por Kirsch, Montgomery y Sapirstein, (1995) se concluye que es junto a la terapia cognitivo-comportamental donde la hipnosis muestra su mayor efecto incrementando sustancialmente la eficacia de estos tratamientos.

Por lo tanto, a pesar de que la evidencia empírica es inexistente, la práctica clínica aconseja la utilización de la hipnosis como adjunto en el tratamiento de la depresión, tal y como ya comentara Lazarus hace años (1971/97). Según Yapko (1992, 1996) las razones más importantes para ello serían las siguientes: a) amplifica aspectos de la experiencia subjetiva del paciente haciendo que sea más fácil el reconocimiento de los esquemas cognitivos, perceptivos, etc. que causan y/o mantienen la depresión, b) es un buen método para bloquear esos esquemas y para “construir” otros nuevos que sean más adaptativos, c) facilita el aprendizaje activo y experiencial (aprendizaje a través de experiencia directa más que a través de modelado), d) ayuda a asociar y a contextualizar las respuestas deseadas, e) favorece la flexibilidad cognitiva al fomentar nuevas formas de relacionarse y, f) ayuda a construir nuevas perspectivas y enfoques. Es decir, los métodos hipnóticos parecen mostrarse eficaces en las personas deprimidas como estrategia de abordaje de los problemas de relación que presentan, las distorsiones cognitivas, la auto-atribución de culpa, y, en general, los patrones depresógenos propios de este trastorno (Yapko, 1999).

Pero, sobre todo, parece que la razón más importante para utilizar la hipnosis es que ayuda a las personas a descubrir y a hacer un mejor uso de sus propios recursos (Yapko, en prensa). En este sentido, los procedimientos de auto-hipnosis resultan muy útiles en el tratamiento de este trastorno ya que ayudan a aumentar la confianza del paciente a la hora de enfrentarse y reducir sus sentimientos depresivos, incrementando, a su vez, su capacidad para experimentar pensamientos y emociones positivas (McBrien, 1990). Junto a todo

ello, la hipnosis también se ha mostrado útil en la reducción de síntomas como la agitación y las rumiaciones, los sentimientos de indefensión y desamparo, el insomnio, la ansiedad, y como una buena estrategia en la adquisición de nuevas habilidades (Schoenberger, 2000). Del mismo modo, favorece el fortalecimiento del ego, y, por lo tanto, el incremento de la auto-estima, la auto-eficacia y la confianza (Hammond, 1990), ayuda a cambiar el estilo atribucional de los clientes, a establecer expectativas positivas, y a desarrollar la habilidad de anticipar consecuencias y evaluar sucesos de forma realistas en términos de probabilidad y posibilidad (pensar con proyecciones de futuro) (Yapko, 1992).

A continuación, y como ejemplo de tratamientos cognitivos para la depresión que adjuntan hipnosis, vamos a comentar los modelos de Yapko (1993), Beck, (Beck, Rusch, Shaw, & Emery, 1979) y Ellis (1993).

**Modelo de Yapko.** Posiblemente, Michael Yapko es el autor que más y mejores propuestas está realizando sobre la hipnosis como adjunto a los tratamientos psicológicos de la depresión. Yapko plantea la importancia de aplicar terapias de formato breve (de duración entre 1 y 20 sesiones) para el abordaje de la depresión, resaltando el uso de terapias cognitivas, cognitivo-comportamentales e interpersonales como los tratamientos de elección en este trastorno (Seligman, 1989). El modo en que se adjuntan los métodos hipnóticos en este campo parte de la conceptualización de la hipnosis como “un proceso de comunicación influyente”, donde la influencia interpersonal es el mecanismo por el que se pueden provocar cambios en la experiencia de las personas (Yapko, 1992, 1999). Como objetivo general, el uso de la hipnosis puede ayudar a las personas deprimidas a establecer formas alternativas de enfrentarse a las situaciones de la vida, permitiéndoles ampliar dimensiones (conductuales, cognitivas, relacionales, etc.) de su experiencia, asociando esas experiencias a los distintos contextos de manera beneficiosa para la persona depresiva (Yapko, 1992). Los objetivos específicos para los que se utiliza la hipnosis vendrán determinados por las metas terapéuticas que se establezcan al inicio del tratamiento y por una definición clara y precisa de cada uno de los pasos a seguir para alcanzarlas (Yapko, en prensa). Sólo cuando

estos objetivos están bien definidos se puede comenzar a diseñar el tratamiento, eligiendo las estrategias hipnóticas que facilitarán la consecución de los mismos.

Las principales estrategias que comenta Yapko recogen formas interesantes de utilizar los fenómenos hipnóticos dentro del tratamiento de la depresión. Estos fenómenos hipnóticos pueden ser resumidos en tres categorías (Capafons, en prensa): reacciones motoras, reacciones sensorio-fisiológicas y reacciones cognitivo-perceptivas. Las reacciones motoras implican la presencia o ausencia de movimientos (catalepsia rígida, flexibilidad cérea, movimientos rítmicos, etc.). Las reacciones sensorio-fisiológicas provocan cambios en las sensaciones y en distintas variables biológicas (pesadez, flotación, analgesia, anestesia, etc.). Por último, las reacciones cognitivo-perceptivas implican cambios en los procesos cognitivos y en los sistemas de percepción (alucinaciones, amnesia, hipermnesia, distorsión del tiempo, regresión y progresión de edad, disociación, etc.). Encaminados al abordaje de la depresión, las principales estrategias propuestas por Yapko (1992, 1999), son las siguientes:

- 1) *Acceso y contextualización de recursos:* el clínico debe identificar momentos en la historia personal del paciente en los que fue capaz de mostrar la habilidad para utilizar un recurso que sería beneficioso en alguno de los contextos problemáticos actuales. Los pasos a seguir en esta estrategia serían: inducción hipnótica, establecer el conjunto de respuestas, regresión de edad a un contexto específico, señal ideomotora indicativa de la recuperación del contexto, sugerencias para facilitar la verbalización, identificación de recursos específicos en el contexto pasado, consolidación de recursos, aplicación de los recursos en el contexto apropiado, y uso de sugerencias posthipnóticas para favorecer la integración.
- 2) *Cambiar la historia personal:* mediante esta estrategia, el cliente retrocede en el tiempo para poder volver a una situación, que se considera central en su historia personal, como si estuviera ocurriendo en el presente. De esta manera, el terapeuta puede facilitarle la experiencia de revivir la situación con los recursos apropiados, cambiando las circunstancias y permitiéndole conseguir los resultados deseados. La secuencia incluiría los siguientes pasos: in-

ducción hipnótica, establecimiento del conjunto de respuestas, regresión de edad a la situación o contexto específico, señal ideomotora indicativa de la recuperación de la situación o el contexto, verbalizaciones relacionadas con el evento, identificación de los recursos necesarios para provocar cambios en la situación, re-experimentación del evento con los recursos adicionales, amplificación y asociación de emociones e imágenes de las nuevas consecuencias al contexto anterior, y consolidación e integración.

- 3) *Proceso del incidente decisivo*: consiste en abordar sucesos traumáticos pasados para centrarse en las atribuciones hechas por el paciente respecto a sus causas y su significado. Las fases de esta estrategia serían: inducción hipnótica, regresión de edad al contexto crítico, exploración del mismo, elicitación de asociaciones afectivas, catarsis, identificación de las distorsiones principales, disociación de afectos, cambios dimensionales en la representación y reformulación, reestructuración de enfoques y del contenido de la memoria, amplificación de representaciones alternativas, progresión de edad usando los nuevos recursos, sugerencias posthipnóticas y reorientación.
- 4) *Progresión de edad e imaginación*: la progresión de edad se usa, por una parte, para facilitar al paciente una disociación temporal que le permita separarse, experiencialmente, de la situación dolorosa, y, por otra, para fomentar asociaciones entre las respuestas adecuadas y futuros contextos. Su puesta en marcha puede hacerse desde dos enfoques diferentes: orientando al paciente hacia consecuencias positivas futuras basadas en los cambios iniciados por él, o bien, orientándolo hacia las consecuencias negativas resultantes de seguir manteniendo sus actuales esquemas desadaptativos y disfuncionales. Los pasos en esta estrategia incluirían: inducción hipnótica, establecimiento del conjunto de respuestas, metáforas relativas al futuro, identificación de recursos positivos, identificación de contextos específicos futuros, asociación de los recursos positivos previamente identificados, ensayo de la secuencia conductual, generalización de los recursos positivos a otros contextos seleccionados, sugerencias posthipnóticas y reorientación. Por su parte, la imaginación le permitirá al cliente visualizarse en una situación problemática aplicando, eficazmente, las

nuevas habilidades adquiridas y aprendidas en terapia.

- 5) *Metáforas terapéuticas*: las metáforas se consideran valiosas herramientas para el aprendizaje, y, por tanto, valiosas herramientas terapéuticas (Capafons, et al.; Yapko, 1992), ya que con ellas se consigue transmitir al paciente información relevante y se fomenta la búsqueda de significados, con el fin de asociarlos al contexto apropiado. La estructura de la metáfora debería seguir los siguientes pasos: recogida de información (que incluya las personas significativas que estén implicadas, características del problema o situación, resultados deseados, recursos disponibles, dimensiones que deben ser tratadas), intentos previos de solución y frustraciones, elaboración de la metáfora a partir de análogos al problema del paciente (seleccionando un contexto basado en los intereses del paciente, planteando caracteres paralelos, reformulando el problema, usando sugerencias que muestren soluciones directa o indirectamente, descubriendo respuestas alternativas), y dar forma a la metáfora.

La estructuración y prescripción del síntoma y las tareas para casa, entre otras, son estrategias que también propone Yapko (1999) como formas de añadir la hipnosis al tratamiento, ya no sólo de la depresión, sino también de otros muchos trastornos.

**Modelo de Beck.** La terapia cognitiva desarrollada por Beck (Beck et al., 1979; Carrasco, 1993) parte del supuesto de que las emociones y los comportamientos de las personas se ven influidas por el modo en que se percibe, se interpreta y se estructura la realidad. Los dos conceptos básicos son la triada cognitiva negativa (visión negativa que los depresivos mantienen de sí mismos, del mundo y del futuro), y las distorsiones cognitivas (sesgos y errores en el procesamiento de la información como consecuencia de la activación de esquemas cognitivos negativos), por lo que, la identificación y modificación de estos procesos cognitivos desadaptados serán el objetivo de esta terapia. Para ello, se utilizan distintas técnicas, tanto comportamentales, como cognitivas, y de reducción y alivio de los síntomas afectivos. Todas estas técnicas pueden adjuntar la hipnosis como modo de incrementar la eficacia y eficiencia de las mismas. Pasaremos ahora, pues, a describir estas técnicas y la forma en que puede ser añadida la hipnosis.

### **Técnicas comportamentales**

- *Programación de actividades/asignación de tareas graduales*: los objetivos son que el paciente desvíe su atención de sus ideas depresivas, incrementar su motivación, y contrarrestar su inactividad. Junto a ellos, la puesta en práctica de estas actividades, además de la evaluación y registro de las mismas, le permitirán darse cuenta de que es eficaz y de que puede controlar su tiempo, y le ayudarán a identificar y corregir sus distorsiones cognitivas y ver sus avances. El terapeuta puede utilizar sugerencias directas e indirectas (para explicarle al paciente que la depresión es, en parte, producto de las cosas que se hacen, y fomentar la puesta en marcha de nuevos mecanismos), positivas y negativas, sugerencias posthipnóticas y progresión de edad (con el fin de asociar e integrar el aprendizaje relevante en un contexto alejado de la consulta), reformulación, uso de las resistencias y disociación (para favorecer la adherencia a las instrucciones asignadas) (Yapko, 1992).
- *Práctica cognitiva y ensayo imaginado*: a través de la imaginación el paciente describe todos los pasos que componen una tarea concreta, y se ve a sí mismo resolviéndola en aquellos contextos que le resultan difíciles. Lo que se pretende es que el cliente consiga centrar su atención, y aprenda a identificar y a resolver los obstáculos que le dificultan la ejecución. La consecución de estos objetivos puede beneficiarse del uso de sugerencias posthipnóticas, directas e indirectas (para asociar sentimientos positivos con secuencias conductuales específicas), positivas, regresión de edad (para recuperar secuencias del pasado donde las conductas del paciente fueron ineficaces) técnicas de imaginación, progresión de edad y disociación (con el fin de integrar los recursos en la nueva secuencia conductual) (Yapko, 1992).
- *Entrenamiento asertivo*: el aprendizaje de habilidades sociales le permite al paciente adoptar puntos de vista alternativos, así como la incorporación de conductas adecuadas en su repertorio comportamental, lo que le llevará a cambiar sus pensamientos negativos. Para ello, la estrategia sugerida es la que implica identificar y contextualizar los recursos del paciente, mediante el establecimiento del conjunto de respuestas, la regresión de edad, sugerencias para facilitar la verbalización, identificación y consoli-

dación de los recursos asociándolos al contexto deseado y sugerencias posthipnóticas para favorecer la integración de los mismos (Yapko, 1992).

### **Técnicas cognitivas**

- *Entrenamiento en observación y registro de cogniciones*: con el fin de disponer y examinar la evidencia a favor y en contra de sus ideas, y ayudarle a identificar y corregir sus propios sesgos. Nosotros proponemos el uso de la disociación (para separar los afectos de la situación), las sugerencias directas e indirectas, la progresión temporal y las sugerencias posthipnóticas como algunas de las estrategias hipnóticas que pueden utilizarse para el auto-registro de cogniciones.
- *Técnicas de retribución y conceptualización alternativa*: el análisis objetivo de las situaciones pretende, por una parte, incrementar la objetividad del paciente, y, por otra, modificar su tendencia hacia la autocrítica negativa. Junto a ello, la conceptualización alternativa, le permitirá realizar una búsqueda activa tanto de interpretaciones como de soluciones alternativas a sus problemas. En este caso el terapeuta, según nuestra opinión, puede hacer uso, además de las sugerencias directas e indirectas, de la disociación, la regresión y la progresión temporal, de las sugerencias posthipnóticas, y de ejercicios hipnóticos que puedan sorprender al paciente para incrementar su sentimiento de control y de eficacia personal.
- *Técnicas para modificar imágenes*: estas técnicas incluyen, entre otras, la parada de imágenes, la repetición continuada, la proyección temporal, el uso de metáforas, la imaginación descatastroficadora, la imaginación inducida, la repetición de metas, la imaginación positiva, y la imaginación de estrategias de afrontamiento. En nuestra opinión, cada una de estas técnicas pueden ser aplicadas tras la inducción hipnótica, mediante el uso de las sugerencias directas e indirectas, la regresión y la progresión de edad y metáforas.

### **Técnicas para aliviar los síntomas afectivos**

Dentro de estas técnicas resultan útiles los procedimientos para reducir la tristeza y aliviar los sentimientos de culpa, los métodos para mitigar la vergüenza, y las técnicas para reducir la ansiedad. La estrategia que se propone es el manejo de emociones, mediante téc-

nicas de imaginación, sugerencias directas, regresión de edad (para que el paciente recupere emociones positivas o negativas del pasado), progresión de edad, sugerencias posthipnóticas, y técnicas de relajación (Capafons, en prensa). No obstante, debe tenerse especial cuidado cuando se aplica la regresión de edad (a la que sería mejor denominarla regresión en el tiempo) ya que ni las personas regresan realmente a tiempos pasados, ni lo que se recuerda es necesariamente verdadero (de hecho, un uso inadecuado de la regresión hipnótica puede llevar a la génesis de falsos recuerdos iatrogénicos para el paciente (Spanos, 1996)). Por lo tanto, la regresión de edad se utilizaría como una forma de recuperar ciertas sensaciones o emociones (alegría, bienestar, ilusión, etc.) que fueron frecuentes en ciertas etapas de la vida de la persona.

**Modelo de Ellis.** Como es bien sabido, Ellis desarrolla la Terapia racional emotiva como un modelo terapéutico para tratar las dificultades emocionales. El objetivo es alterar el sistema de creencias del paciente y ayudarlo a generar una nueva filosofía de vida. La terapia racional emotiva ha sido combinada con la hipnosis desde la década de los 50 (Ellis 1958, 1962) y se conoce como Hipnoterapia racional emotiva. Desde mediados de la década de los 70, diversos estudios empíricos (Golden, 1983; Stanton, 1977) han corroborado la eficacia de dicha combinación. El enfoque básico de esta terapia consiste en añadir hipnosis a todas las técnicas empleadas en ella. De esta manera, y a modo de ejemplo, tenemos las Técnicas de Descubrimiento (para incrementar el conocimiento de los pensamientos contraproducentes y sus consecuencias conductuales y emocionales) y las de Reestructuración Cognitiva (para ayudar a reevaluar y modificar las percepciones erróneas) (Golden, 1990).

### **Técnicas de Descubrimiento**

- **Inducción:** se utiliza como una relajación hipnótica lo cual favorece el que la persona sea más consciente de sus pensamientos y sentimientos.
- **Técnicas de imaginación:** la regresión de edad aquí se utiliza como una técnica más de imaginación, utilizada para evocar recuerdos, emociones y pensamientos.
- **Auto-registro:** donde se enseña al cliente que sus síntomas son producidos a través de auto-sugerencias

negativas e irracionales, las cuales deben observarse y registrarse.

### **Técnicas de Reestructuración Cognitiva**

- **Debatir creencias irracionales:** cuando se integra esta técnica con la hipnosis el debate empieza después de pasar por una inducción hipnótica. También se le enseña al paciente a que sea él mismo el que debata sus concepciones erróneas utilizando procedimientos auto-hipnóticos.
- **Inducción del estado de ánimo:** para que la persona se dé cuenta de que sus pensamientos pueden tener efectos negativos en su estado de ánimo, después de una inducción hipnótica se elicitán los pensamientos desadaptados que inducen las emociones perturbadas del cliente.
- **Auto-hipnosis racional:** puede ser usada por los clientes como una forma de prepararse para situaciones difíciles, o para practicar ellos solos las técnicas de imaginación, o para ensayar pensamientos racionales, etc.

Finalmente, existen otras formas de utilizar la hipnosis con los tratamientos para la depresión, desde una perspectiva más psicodinámica denominadas Técnicas de Descubrimiento (*uncovering*) donde la hipnosis se utiliza como adjunto para que el paciente sea más consciente de sus recursos, problemas, etc. (Alladin & Heap, 1991).

### **Conclusiones y algunas recomendaciones**

Tal como ya hemos comentado, la investigación sobre la eficacia terapéutica de la hipnosis con la depresión, ha sido hasta el momento prácticamente inexistente. Los profesionales que utilizan la hipnosis generalmente no son investigadores y la investigación clínica se ha centrado en evaluar formas de terapia y no en la hipnosis como adjunto a una terapia. En este sentido, faltan diseños de investigación que comparen los tratamientos para la depresión con y sin hipnosis, y que respeten al máximo el rigor metodológico que exige la investigación empírica.

En el futuro la investigación también debe preocuparse por generar terapias para la depresión que sean eficientes. Esto es, que además de ser eficaces también sean terapias agradables, que reduzcan la posibilidad de recaídas, que generen de forma rápida ex-

pectativas positivas y percepción de cambio (tan importante en la persona depresiva)... la hipnosis puede ayudar a todo esto, ya que es una manera muy útil de que el paciente se dé cuenta de que tiene recursos para poner en marcha y de que es capaz de hacer muchas más cosas de las que pensaba, es decir, creemos que la hipnosis es una manera útil de “enganchar” al paciente a la terapia, cuestión no siempre fácil con las personas que padecen depresión.

Además de lo expuesto sobre las razones por las que utilizar hipnosis en los tratamientos depresivos, queremos añadir algo más al respecto: por una parte la hipnosis ha mostrado ser adecuada desde un punto de vista eficacia/costo (cost effective) (Lynn et al., 2000), y, por otra parte, aunque todavía no se disponen de datos suficientes a nivel empírico sobre el papel que desempeña la hipnosis en la depresión, sí se tiene evidencia clínica que muestra la importancia de utilizar los métodos hipnóticos en el tratamiento de este trastorno (Yapko, en prensa).

Otra de las ventajas de utilizar hipnosis, como ya hemos comentado, es la gran posibilidad que nos ofrece a los profesionales de poderla adaptar prácticamente a cualquier tipo de terapia y de paciente, ya que los métodos hipnóticos son múltiples y variados. Entre ellos queremos destacar aquí los métodos de hipnosis activo-alerta e hipnosis despierta (Capafons, 1999) frente a los tradicionales que utilizan la relajación, por considerarlos muy apropiados como ayuda para combatir la depresión. Una de las ventajas importantes de los métodos por activación, alerta y vigilia frente a los tradicionales es que dichos métodos favorecen la participación activa del cliente, a la vez que resaltan que la persona hipnotizada no es un sujeto pasivo ni autómatas, lo cual es muy beneficioso ya que el paciente puede sentir de una forma más clara que el control está en sus manos (Alarcón, Capafons, Bayot y Cardeña, 1999). De hecho, la hipnosis tradicional ha sido criticada por promover pasividad más que implicar activamente al sujeto en la terapia (Ellis, 1993). La pasividad física puede favorecer que el paciente atribuya erróneamente las ganancias del tratamiento a los “poderes mágicos” del hipnotizador, minimizando así sus propios esfuerzos, cosa que ocurre con mayor dificultad cuando se usa una inducción activa o de hipnosis despierta. Por lo tanto, creemos que en pacientes con un tono emocional negativo (depresión) la hipnosis activa, y la hipnosis despierta especialmente, pueden ser más ventajosas que la tradicional. A los investiga-

res clínicos se nos abre aquí todo un campo sumamente interesante para comprobar si esta hipótesis tan sugerente también obtiene respaldo empírico.

### Referencias Bibliográficas

- Alarcón, A.; Capafons, A.; Bayot, A.; & Cardeña, E. (1999). Preference between two methods of active-alert hypnosis: Not all techniques are created equal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41, 269-276.
- Alladin, A.; & Heap, M. (1991). Hypnosis and depression. En M. Heap & W. Dryden (Eds.), *Hypnotherapy: a handbook* (pp. 49-67). Bristol, PA, US: The Open University.
- American Psychological Association, Division of Psychological Hypnosis. (1993). *Hypnosis. Psychological Hypnosis* 2, 3.
- Antonuccio, D.; Danton, W.; & DeNelsky, G. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-585.
- Barber, T. X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. Princeton, New Jersey: Van Nostrand Reinhold.
- Beck, A. T.; Rusch, A.; Shaw, B.; & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Burrows, G. (1980). Affective disorders and hypnosis. En G. Burrows & L. Dennerstein (Eds.), *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine* (pp. 149-170). Amsterdam: Elsevier/North Holland: Biomedical Press.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuatro años después. *Anales de Psicología*, 15, 77-88.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del Psicólogo*, 69, 71-88.
- Capafons, A. (en prensa). *Hipnosis: Técnicas y Sugerencias*. Síntesis.
- Capafons, A.; Alarcón, A.; & Hemmings, M. (1999). A metaphor for hypnosis. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 158-172.
- Carrasco Galán, I. (1993). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F.J Labrador, J.A. Cruzado & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 667-709). Madrid: Pirámide.
- Depression Guideline Panel (1993). *Clinical Practice Guideline Number 5: Depression in Primary care*.



- Volume 2: *Treatment of Major Depression*. Rockville, Md: U.S. Dept. of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR publication 93-0550.
- Ellis, A. (1958). Hypnotherapy with borderline psychotics. *Journal of General Psychology*, 59, 245-253.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A. (1993). Rational-emotive therapy and hypnosis. En J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 173-186). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Golden, W.L. (1983). Rationale-emotive hypnotherapy: Principles and practice. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 47-56.
- Golden, W.L. (1990). La hipnoterapia racional-emotiva: principios y técnicas. En A. Ellis, & R. Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol 2) (cap. 17). Bilbao: DDB.
- Hammond, D.C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: W. W. Norton.
- International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (2000). *The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention [monográfico]* 48, 2.
- 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.
- Kovacs, M.; Rush, A.J.; Beck, A.T.; & Hollon, S.D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: a one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 38, 33-9.
- Lazarus, A.A. (1971/97). *Behavior therapy and beyond*. Northvale, NJ: Aronson.
- Lynn, S.J.; Kirsch, I.; Barabasz, A.; Cardeña, E.; & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 239-259.
- McBrien, R.J. (1990). A self-hypnosis program for depression management. *Individual Psychology*, 46, 481-489.
- Milechnin, A. (1967). *Hypnosis*. Bristol: John Wright & Sons.
- Miller, M. (1979). *Therapeutic hypnosis*. New York: Human Sciences Press.
- Murphy, G.E.; Simons, A.D.; Wetzel, R.D.; & Lustman, P.J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- Seligman, M. (1989). Explanatory style: Predicting depression, achievement, and health. En M. Yapko (Ed.), *Brief therapy approaches to treating anxiety and depression* (pp.5-32). New York: Brunner/Mazel.
- Schoenberger, N. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 2, 154- 169.
- Spanos, N. P. (1991). A sociocognitive approach to hypnosis. En S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Theories of hypnosis. Current models and perspectives* (pp. 324-361). New York: The Guilford Press.
- Spanos, N.P. (1996). *Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Spiegel, H.; & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Stanton, H.E. (1977). The utilization of suggestions derived from rationale-emotive therapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 18-26.
- Terman, S. (1980). Hypnosis and depression. En H. Wain (Ed.), *Clinical Hypnosis in medicine* (pp. 201-208). Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Yapko, M. (1992). *Hypnosis and the treatment for depressions*. New York: Brunner/Mazel.
- Yapko, M. (1993). Hypnosis and depression. En J. W. Rhue, S. J. Lynn & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 339-355). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Yapko, M. (1996). A brief therapy approach to the use of hypnosis in treating depression. In, S. J. Lynn, I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 75-98). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Yapko, M. (1999). *Lo esencial de la hipnosis*. Barcelona: Paidós.
- Yapko, M. (en prensa). *Treating depression with hypnosis: Integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Philadelphia, PA: Brunner/Routledge.