

EFECTOS A CORTO PLAZO DE UN TRATAMIENTO DE HIPNOTERAPIA PARA LA ANSIEDAD

SHORT-TERM EFFECTS OF A HYPNOTHERAPY TREATMENT FOR ANXIETY

Orlando Javier Trejo García,* Bertha L. Nuño-Gutiérrez** María Elena Rodríguez Pérez**

Pabellón Psiquiátrico de Ixtlahucán, Colima* Universidad de Guadalajara**, México.

Correspondencia: bertha.nuno@academicos.udg.mx

RESUMEN

El objetivo fue evaluar el efecto a corto plazo de un tratamiento de hipnoterapia sobre la ansiedad. Se diseñó un estudio pre-posprueba con 20 participantes. La variable independiente fue el tratamiento de hipnoterapia de seis sesiones semanales en modalidad individual-grupal y dos sesiones grupales de seguimiento. La variable dependiente fueron los síntomas de la ansiedad evaluada con el Inventario de Ansiedad de Beck en cinco evaluaciones. Se identificaron diferencias entre la evaluación basal y todas las subsecuentes con efectos grandes. Se encontraron diferencias significativas en la ansiedad cognitiva por sexo y edad; las mujeres reportaron mayor puntaje, así como los participantes menores de 25 años. El estudio demostró que el tratamiento redujo los síntomas de la ansiedad a lo largo de las evaluaciones con un efecto grande. No se identificaron diferencias entre la tercera aplicación y los seguimientos, lo que sugiere que el efecto del tratamiento se extendió a lo largo del tiempo.

Palabras Clave: Efectos de Tratamiento, Hipnosis, Ansiedad, Psicoterapia

ABSTRACT

The aim was to evaluate the short-term effect of a hypnotherapy treatment on anxiety. A pre-test study was designed with 20 participants. The independent variable was the hypnotherapy treatment of six weekly individual-group sessions and two follow-up group sessions. The dependent variable was anxiety symptoms assessed with the Beck Anxiety Inventory with five assessments. Differences were identified between the baseline and all subsequent assessments with large effects. Significant differences were found in cognitive anxiety by sex and age; women reported higher scores, as did participants younger than 25 years. The study showed that the treatment reduced anxiety symptoms across assessments with a large effect. No differences were identified between the third application and the follow-ups, suggesting that the treatment effect extended over time.

Keywords: Treatment Effects, Hypnosis, Anxiety, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es una de las áreas más desatendidas de la salud pública a nivel mundial, donde mil millones de personas viven con algún trastorno mental (OPS, 2017). Se ha estimado que sólo el 27.6% ha buscado atención en los últimos doce años de su vida y de éstos, sólo el 35.3% había recibido un tratamiento con la calidad aceptable (Borges et al., 2020).

La prevalencia del trastorno de ansiedad en la población mundial en 2017 era de 3.6% y de 5.5% en las Américas, con mayor prevalencia para las mujeres (7.7%) que los hombres (3.6%). Particularmente en México se estimó en 3.6% (OPS, 2017). Sin embargo, la emergencia sanitaria por COVID-19 acentuó las repercusiones en la salud mental (OMS, 2020).

Un estudio con 426 usuarios de hipnosis en una clínica de Guadalajara, previo al COVID-19, identificó que el 18% de los usuarios adultos había solicitado atención por ansiedad (Nuño-Gutiérrez, 2022). Un estudio durante el COVID-19 identificó una prevalencia del 27% (García-Espinoza et al., 2021) y un metaanálisis después de la emergencia sanitaria identificó una prevalencia de hasta el 25%, por lo que la ansiedad fue considerada una prioridad de atención individual y poblacional (Santabárbara et al., 2021).

La ansiedad se considera un trastorno mental que se caracteriza por la hiperactividad, el miedo excesivo y la preocupación (Kandola et al., 2018). Además de que deteriora los diferentes dominios y el funcionamiento de la vida, predice una peor calidad de vida, un mayor uso de servicios de salud, representa una importante carga para los cuidadores y tiene mayor propensión a sufrir comorbilidades (White et al., 2018).

Su tratamiento puede ser farmacológico y ha demostrado diferencias entre los grupos experimentales y controles, pero trae consigo algunos efectos secundarios, interacciones y contraindicaciones (Slee et al., 2019). El abordaje psicosocial como la terapia cognitivo-conductual ha identificado efectos moderados (White et al., 2018). Los tratamientos combinados como el farmacológico con actividad física ha mostrado resultados prometedores (Kandola et al., 2018). La hipnoterapia también ha mostrado efectos positivos y un estudio sugirió que era más eficaz cuando se combinaba con otras intervenciones psicológicas (Valentine et al., 2019). Sin embargo, otros estudios la han considerado como un tratamiento único (Hammond, 2001; Allen, 2004; Nuño-Gutiérrez, 2022), por lo que no hay consenso sobre los efectos del uso de la hipnoterapia como único método de tratamiento o combinado.

La hipnosis se define como un estado alterado de la conciencia y de alta concentración, que reduce la interferencia de la crítica analítica y que se caracteriza por la capacidad de responder a sugerencias. Mientras que la hipnoterapia se refiere al uso de este estado para el tratamiento de dificultades o trastornos psicológicos (Allen, 2004). La hipnoterapia lleva al paciente a un estado de mayor receptividad y atención para adherirse a las sugerencias del terapeuta y no tiene efectos adversos. Se ha demostrado que las personas hipnotizadas están físicamente relajadas, pero completamente despiertas y alertas (Desai et al., 2011), por lo que no pierden el control.

En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento científico para evaluar la eficacia de la hipnoterapia y se ha encontrado evidencia de su eficacia en distintos problemas, poblaciones y ámbitos (Hammond, 2001; Nuño-Gutiérrez, 2022). La población parece conocer su existencia y refiere disposición para tratar sus problemas psicológicos (Krouwel et al., 2017; Mendoza et al., 2017). Un metaanálisis que evaluó la eficacia de 17 ensayos clínicos de hipnoterapia como tratamiento de la ansiedad, identificó un tamaño del efecto medio ponderado de 0,79 ($p \leq .001$) e indicó que el participante que recibió hipnosis redujo la ansiedad en un 79% en comparación con los controles. En el seguimiento identificaron un tamaño del efecto medio ponderado de 0,99 ($p \leq .001$), e identificaron que el grupo de hipnosis mejoró 84% comparado con los controles y que era más eficaz cuando se combinaba con otras intervenciones psicológicas (Valentine et al., 2019).

Sin embargo, otros estudios han sugerido que los resultados de la hipnosis en los casos clínicos con ansiedad han sido pocos, por lo que no existe un consenso científico de la utilidad de la hipnosis como terapia única (Chester et al., 2018). Aunque aún hay pocos estudios realizados y publicados en

Latinoamérica (Castañeda y Krikorian, 2018; Chester et al., 2018) y casi nulos en población mexicana (Nuño-Gutiérrez, 2022), lo que ha detenido el conocimiento científico de la efectividad de la hipnoterapia en nuestro país. Por tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar los efectos a corto plazo del tratamiento de hipnoterapia ericksoniana en la disminución de los síntomas somáticos de la ansiedad en un grupo de pacientes de una clínica privada en Colima.

MÉTODO

Diseño y participantes

Entre mayo – julio de 2022 se diseñó un estudio preprueba-posprueba con un grupo, pero con un punto de referencia inicial en la variable dependiente previo al tratamiento (Hernández-Sampieri, 2014). Se incluyeron 20 pacientes solicitantes de atención psicológica; 10 hombres y 10 mujeres de 20-30 años con un promedio de 27 años, residentes en la ciudad de Colima. El criterio de inclusión abarcó pacientes con cuatro o más síntomas somáticos de la ansiedad como el entumecimiento, bochornos, debilidad, temblor en las piernas, incapacidad para relajarse, miedo, mareos, palpitaciones, temor y nerviosismo.

La variable independiente fue el tratamiento de hipnoterapia con una modalidad mixta. La sede fueron las instalaciones de una clínica privada y las sesiones individuales se realizaron en un consultorio privado y libre de ruido. Las sesiones grupales fueron en un salón de capacitación privado y libre de ruido en la misma sede.

Tratamiento de Hipnoterapia Ericksoniana

El tratamiento fue co-diseñado por un psicólogo con maestría en desarrollo humano y entrenamiento en hipnoterapia, que implementó el tratamiento y por una doctora en psicología con certificación internacional en

hipnoterapia que supervisó la intervención. El tratamiento fue de 11 horas distribuido en seis sesiones semanales (cuatro grupales/cuatro individuales) y dos sesiones de seguimiento mensual. Se administraron siete técnicas de hipnoterapia escritas (Nuño-Gutiérrez, 2018) y una más que se escribió ex profeso. También se incluyó una audiograbación de autohipnosis (Nuño-Gutiérrez, 2018) para que los participantes la escucharan por las noches ante la sensación de síntomas de ansiedad. Todos los guiones de las sesiones iniciaron con una inducción y una profundización del trance hipnótico, sugerencias hipnóticas, sugerencias post-hipnóticas y reorientación. Además, se utilizó la aplicación de ondas cerebrales *Natura Sound Therapy* para facilitar la relajación. (Tabla I).

Tabla 1. *Tratamiento de Hipnoterapia Ericksoniana para la Disminución de los Síntomas de Ansiedad*

Sesión	Descripción	Dosis/modalidad	Contenido
Reclutamiento	Evaluación basal:	Semana 0	Consentimiento
	questionario de tamizaje, entrevista y BAI-1	50 minutos Individual	informado y evaluación basal
1	Presentación del proyecto con la información general y aplicación del guion 1.	Semana uno 100 minutos Grupal	Presentación, guion conversacional de entrenamiento al trance y el desove de las tortugas.
	2	Aplicación del guion 2	Semana dos 50 minutos Individual
2	Aplicación del guion 3	Semana tres 50 minutos Individual	Guion imaginación guiada el yacimiento de oro

4	Aplicación del guion 4 Evaluación BAI-2	Semana cuatro 60 minutos Grupal	Técnica Radio
5	Aplicación del guion 5	Semana cinco 65 minutos Individual	Técnica Radio y prevención de recaídas
6	Aplicación del guion 6 Evaluación BAI-3	Semana seis 60 minutos Individual	Entrenamiento al audio de autohipnosis
7	Aplicación del guion 7 Evaluación BAI-4	Semana once 80 minutos Grupal	Autoestima y autoeficacia: una transformación interna
8	Aplicación del guion 8 Evaluación BAI-5	Semana quince 120 minutos Grupal	El nuevo tú

INSTRUMENTOS

Se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que incluye 21 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad experimentados en la última semana. Tiene cuatro opciones de respuesta Likert con los valores de 0 – 3 (0= no me molesta, 1= me molesta ligeramente, 2= me molesta moderadamente y 3= me molesta severamente). Todos los reactivos están descritos de forma directa por lo que, a mayor molestia, mayor calificación. La puntuación global oscila de 0-63 puntos. Según los criterios establecidos por Robles et al., (2001), el nivel de gravedad de la ansiedad “ausente o mínima” corresponde a un rango total entre 0-5; la gravedad “leve” entre 6-15 puntos; moderada entre 16-30 puntos y la “grave” con puntajes entre 31-

63. La versión original del inventario supone una estructura interna de dos factores: síntomas físicos con 14 reactivos y otro de síntomas cognitivos con siete reactivos (Padrós Blázquez et al., 2020).

Se considera que los procesos de validez y fiabilidad de las propiedades psicométricas de los instrumentos tipo Likert son complejos y no hay consenso de cómo deben revisarse para garantizar su pertinencia. Se ha sugerido que lo mínimo que se debe hacer son diversos análisis factoriales exploratorios y confirmatorios hasta delinear una estructura interna congruente con los supuestos teóricos con que se construyó (Vizioli y Pagan, 2021). Para el caso del BAI (Sanz, 2014) sugirió un modelo unifactorial como resultado de la validación del instrumento para población española. Sin embargo, los estudios subsecuentes, especialmente en población mexicana, han mostrado una validez en la estructura de dos factores con inestabilidad interna, en donde los reactivos se organizan en dos factores, pero cambian se ubicación de aplicación a aplicación (Padros, et al., 2020). En el este estudio se incluyó el BAI por sus ventajas sobre otros instrumentos como es la brevedad en su administración y la evaluación de síntomas que no se comparten con la depresión (Vizioli y Pagan, 2021).

PROCEDIMIENTO

Se invitaron a participar a los solicitantes de terapia psicológica y se pre-seleccionó de forma sistemática a uno de cada dos hombres y a una de cada tres mujeres que solicitaron atención durante mayo de 2022. Se les invitó a participar de forma gratuita y voluntaria y firmaron un consentimiento informado por escrito. Inicialmente se aplicó un cuestionario rápido para verificar los criterios de selección. Las 20 personas invitadas aceptaron participar y nadie desertó. Se realizaron cinco evaluaciones individuales mediante un cuestionario creado en Google forms (5E) con el BAI: El

basal; E2 semana cuatro, E3 semana seis, S1 seguimiento uno en la semana once y S2 seguimiento dos en la semana quince. Se les entregó un calendario de citas de las sesiones del tratamiento y en una tarjeta. Un día antes de la cita se les avisó por mensaje de texto y nadie faltó a ninguna sesión. No se consideraron criterios de avance en el tratamiento, pero los guiones utilizados incluyeron sugerencias que retroalimentaron su desempeño en general.

Análisis estadístico

Para evaluar la validez del modelo teórico del inventario BAI, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio y un confirmatorio (AFC) con el software IBM-SPSS. El análisis implicó identificar una estructura de factores que cumpliera con los criterios convencionales de calidad: i) medida de adecuación muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que se asocia con el tamaño muestral; ii) Prueba de esfericidad de Bartlett cuyo valor de significancia asociada a la prueba <0.05 supone que las correlaciones entre los reactivos son diferentes de cero (Field, 2018); iii) la varianza total explicada que debe explicar por lo menos el 50% de la variabilidad encontrada en los datos diferente al azar (Field, 2018).

En el AFC se emplea un método de extracción de factores que depende de la naturaleza del dato. Morata (et al, 2015) han argumentado que, cuando se emplean escalas de Likert, el método de mínimos cuadrados no ponderados es apropiado para llevar a cabo dicha extracción de factores. Además, el procedimiento puede repetirse considerando diferentes maneras de agrupar los datos para obtener la solución óptima. Field (2018) describe dos opciones de rotación (o iteración): varimax u oblmin según si las correlaciones bivariadas entre las variables son bajas o altas (>0.7). De tal forma que el AFC consiste en realizar diferentes análisis para encontrar la

estructura de reactivos que conforman los factores definidos teóricamente y que cumplan con los criterios estadísticos establecidos (Vizioli y Pagano, 2022).

Una vez definida la estructura de los factores, se estimó un estadístico de fiabilidad por cada factor y para la escala total. Para datos categóricos ordinales, como los obtenidos a través de una escala de Likert, Campo-Arias et al., (2013) han establecido como indicador de fiabilidad la omega de McDonald. Este índice tiene valores entre 0-1 y sus factores son confiables con una omega ≥ 0.8 . Los valores >0.9 podrían indicar que se tiene reactivos en exceso. La omega fue calculada empleando el software Jamovi.

Después de verificar la validación del BAI, se calculó el puntaje promedio para la ansiedad total y para la ansiedad somática y cognitiva por participante en las 5E. Con estos puntajes, se realizaron pruebas de hipótesis no paramétricas, dado que los datos no cumplieron con el criterio de normalidad. También se compararon los puntajes de cada participante en las 5E para estimar si éstos cambiaron a lo largo del tiempo. Se compararon las dos muestras independientes (hombres/mujeres), con la U de Mann-Whitney. Se empleó la prueba de Friedman para comparar tres o más muestras relacionadas (los puntajes en las 5E). En virtud de que se identificaron diferencias significativas, se realizó un análisis post-hoc para identificar en dónde estaban las diferencias y la comparación se realizó de par en par introduciendo una corrección al valor de la significancia. La significancia la establecimos 0.05 dividida entre el número de comparaciones realizadas (Field, 2018).

Finalmente se estimó el valor del tamaño del efecto. Generalmente, el estadístico que se reporta es el valor de la correlación (r) pero se calcula a partir de los resultados de la prueba de hipótesis. Para una prueba no paramétrica, el tamaño del efecto se calcula dividiendo en valor del estadístico Z de la prueba entre la raíz cuadrada del tamaño muestral (N). En el caso de muestras independientes, N es igual al número de participantes mientras que, para muestras relacionadas, N es igual al número de observaciones realizadas. En la presente investigación, $N=20$ cuando se compararon los puntajes según el sexo y $N=10$ cuando se compararon los puntajes de las cinco aplicaciones (20 participantes con cinco evaluaciones). Un valor de $r=0.10$ se consideró un efecto pequeño; $r=0.30$ un efecto mediano y $r=0.50$ un efecto grande.

Aspectos éticos

El estudio cumplió con la normatividad ética internacional y nacional. Los datos personales fueron codificados y desvinculados de la base de datos y su acceso fue limitado al equipo de investigación. No fue posible garantizar una confidencialidad total en virtud de que la modalidad del tratamiento fue grupal.

RESULTADOS

Estructura de los factores de la escala BAI

El KMO fue de 0.614 lo que indica que hubo un tamaño muestral regular. La prueba de esfericidad de Bartlett mostró un valor de significancia adecuada ($\chi^2 = 179.555$, g.l.=91 y $p<0.0001$). La varianza total explicada fue de 51.1% (28.5% para el factor de ansiedad somática y 22.6% para la ansiedad cognitiva). Los valores para la omega de McDonald para la ansiedad total fueron de $\omega=0.889$, para el factor 1 ansiedad somática de $\omega=0.885$ y para el factor 2 ansiedad cognitiva $\omega=0.829$ y. Se eliminaron

dos reactivos con poca carga factorial o con una carga factorial alta en el factor distinto al que se le ha ubicado teóricamente. En la Tabla 2 se resume la estructura factorial óptima.

Tabla 2. *Matriz de factores rotados**

Reactivos	Factores y cargas factoriales	
	Ansiedad somática	Ansiedad cognitiva
R1	0.673	0.335
R3	0.811	0.192
R4	0.066	0.548
R5	0.438	0.627
R6	0.823	0.157
R7	0.651	0.582
R9	0.068	0.553
R10	0.027	0.597
R11	0.810	-0.018
R14	0.159	0.883
R15	0.659	-0.004
R17	0.304	0.607
R19	0.436	0.346
R20	0.415	0.177

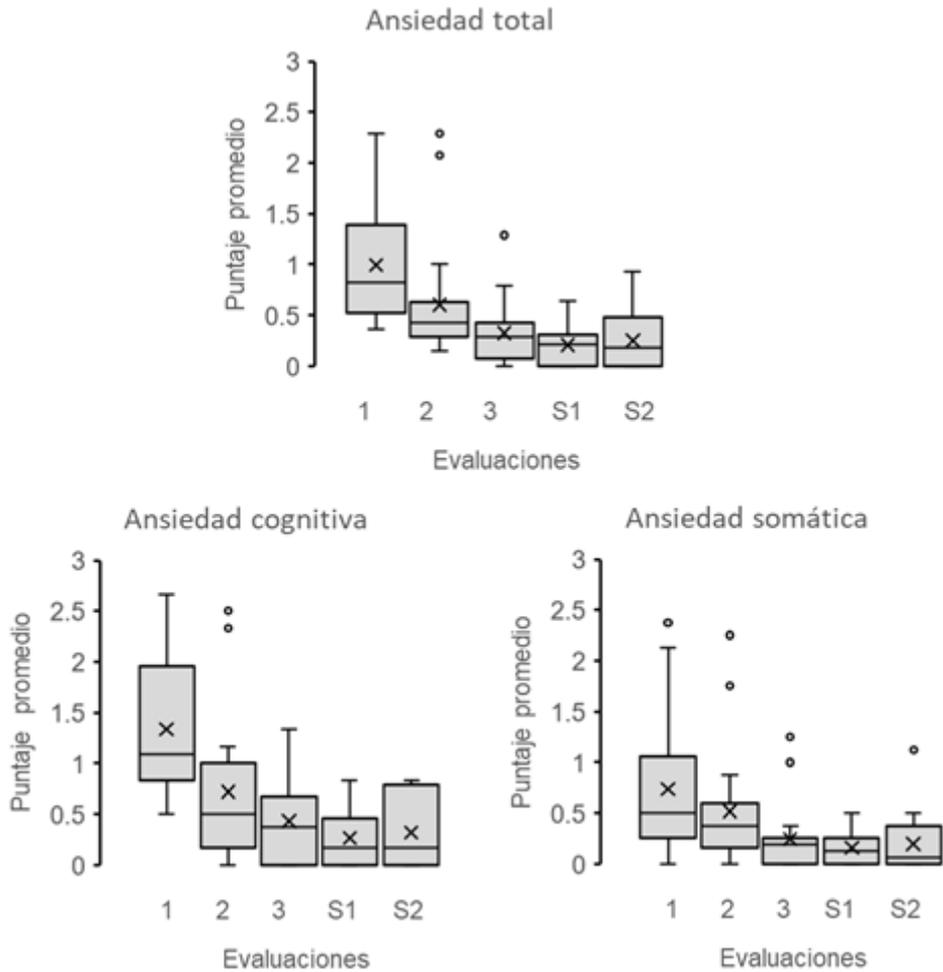
*Método de extracción: Mínimos cuadrados no ponderados. Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.

Análisis de ansiedad

En la figura 1 se muestran los puntajes promedios de los participantes y su distribución. La gráfica superior corresponde a la ansiedad total y las gráficas inferiores a la ansiedad cognitiva y somática. El puntaje promedio de los participantes fue de 0-3 según la gravedad de los síntomas reportados. Las pruebas no paramétricas de Wilcoxon mostraron diferencias significativas entre los puntajes de ansiedad cognitiva y somática en la E1 ($Z=3.211$, $p=0.001$) con un efecto grande ($r=0.507$) y en S1 ($Z=2.300$, $p=0.021$) con un efecto mediano ($r=0.36$).

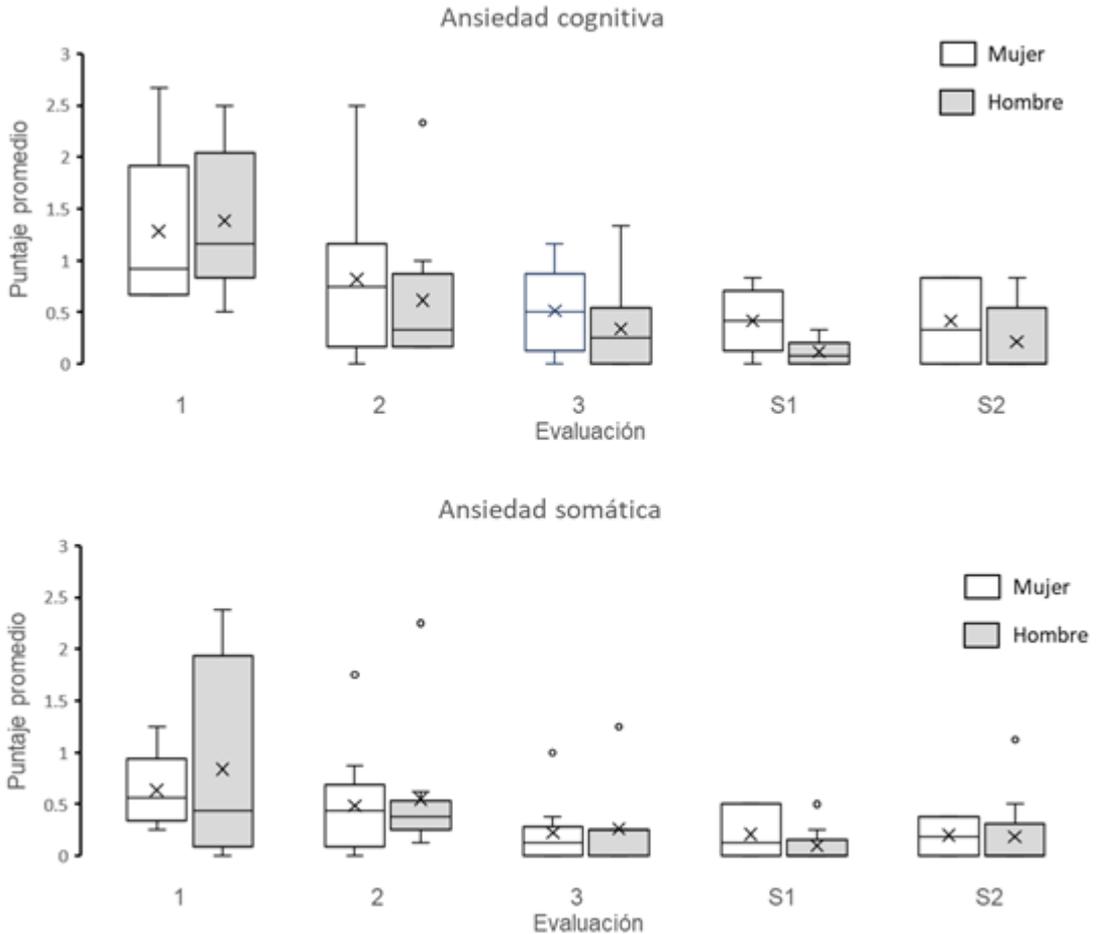
Se identificaron diferencias en los dos tipos de ansiedad en las evaluaciones y las pruebas post-hoc identificaron diferencias entre la E1 y todas las subsecuentes con efectos grandes (la comparación E1-E3 fue $Z=3.687$, $p<0.0001$, $r=0.75$; la comparación E1-S1 fue $Z=3.886$, $p<0.0001$, $r=0.86$; la comparación E1-S2 fue $Z=3.706$, $p<0.0001$, $r=0.82$). No se identificaron diferencias entre la E3 y S1, ni entre el S1 y S2, lo que sugiere que el efecto del tratamiento se extendió a lo largo del tiempo.

Figura 1. Promedios de ansiedad del grupo experimental antes, durante el tratamiento y fase de seguimiento.



En la comparación de los dos tipos de ansiedad por género, sólo se identificaron diferencias en la ansiedad cognitiva en el S1 con mayores puntajes para las mujeres (Figura 2).

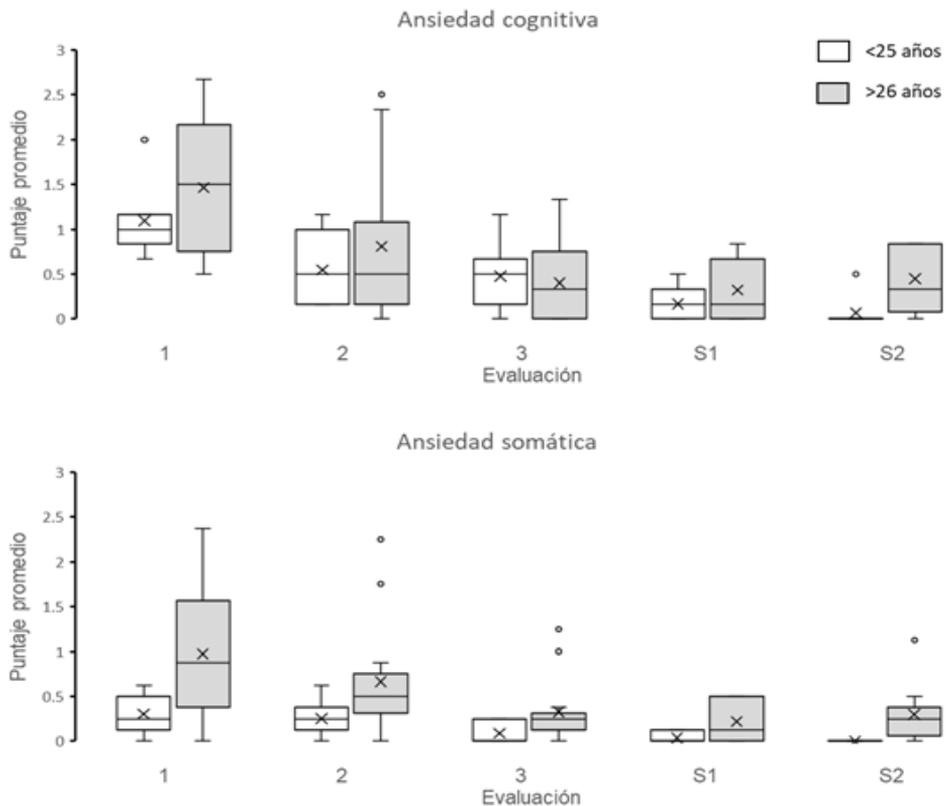
Figura 2. Promedios de ansiedad total en las categorías cognitiva y somática según género



Por último, la Figura 3 muestra los puntajes reportados según las categorías de edad de los participantes. Para ello, se agruparon en dos categorías: los que tenían al momento de la intervención ≤ 25 años y ≥ 26 años. Al comparar la ansiedad somática y cognitiva por grupo de edad, se identificaron diferencias significativas para la ansiedad somática en la

aplicación basal E1 (mediana $<25=0.25$; mediana $>26=0.88$; $Z=2.148$, $p=0.032$, $r=0.48$); la ansiedad somática en el seguimiento S2 (mediana $<25=0$; mediana $>26=0.25$; $Z=2.979$, $p=0.003$, $r=0.67$) y la ansiedad cognitiva en seguimiento S2 (mediana $<25=0$; mediana $>26=0.33$; $Z=2.473$, $p=0.013$, $r=0.55$). Como puede observarse a partir de los valores para las medianas de los puntajes, el grupo ≤ 25 años reportaron un nivel menor de ansiedad. Como puede observarse a partir de los valores de r , el efecto fue mediano para el caso de la aplicación inicial y los efectos fueron grandes para las diferencias en los puntajes de la aplicación S2.

Figura 3. Promedios de ansiedad total en las categorías cognitiva y somática por grupo de edad.



DISCUSIÓN

El estudio demostró que el tratamiento de hipnoterapia ericksoniana disminuyó de forma gradual y significativa los síntomas de la ansiedad a lo largo de las evaluaciones y con un efecto grande que permaneció a lo largo del seguimiento. La disminución de los síntomas de ansiedad con hipnoterapia coincide con los reportes previos como el de Chester et al., (2018) y aunque su ensayo incluyó a niños y adolescentes, encontró efectos significativos en la reducción de la ansiedad en las diferentes evaluaciones. Brugnoli et al., (2018) también reportó una disminución significativa en los puntajes de ansiedad y dolor en pacientes con cáncer en comparación con el grupo control.

La ansiedad se caracteriza por la hiperactividad, el miedo excesivo y la preocupación (Kandola et al., 2018), mientras que la esencia de la hipnoterapia se caracteriza por un inducir un estado de profunda relajación y reducción de la crítica analítica (Allen, 2004) para que el paciente se adhiera a las sugerencias del hipnoterapeuta (Desai et al., 2011), para modificar la función física y los comportamientos (Brugnoli et al., 2018). La hipnoterapia es una técnica que puede considerarse un análogo de la psicoterapia. Flemons (2020) ha sugerido que quienes consideran a la hipnoterapia como una terapia complementaria desconocen el nivel en que la historia y la ciencia la ha colocado a partir de los estudios de Charcot además del propio reconocimiento de la American Psychological Association (APA, 2019).

La reducción de los puntajes de ansiedad en las diferentes evaluaciones pueden explicarse en virtud de que la hipnoterapia genera cambios que no dependen de la voluntad de la persona y su origen se debe a la modificación de percepciones, sensaciones, acciones que ocurren en la imaginación

guiada (Flemons, 2020) y las sugerencias post-hipnóticas que prescriben que algún cambio ocurrirá en los días siguientes (Nuño-Gutiérrez, 2018).

Adicionalmente el estudio identificó mayores puntajes en la ansiedad cognitiva en las mujeres y en el grupo de 26-30 años, lo que coincide con la literatura, que ha sugerido que el género y el envejecimiento son determinantes importantes de desventaja social para la salud en general y la salud mental en particular (Kiely 2019; OMS, 2020). Además de que la mayoría de los trastornos mentales emergen a los 25 años (Kiely, 2019). También se ha sugerido que las mujeres tienen una salud mental más pobre cuando se evalúa en términos de síntomas de depresión y ansiedad y esta desventaja continúa hasta el final de la vida. Las explicaciones han sido tanto de tipo biológico vinculadas con el sistema endocrino, así como las circunstancias de desventaja social, maltrato y trauma acumulado a lo largo de la vida (Kiely, 2019).

Las percepciones sobre el tratamiento de la salud mental se ha vuelto cada vez más positivo con el tiempo, aunque todavía hay una subutilización de los servicios de salud mental (Borges et al., 2020), aunado a la casi nula evidencia científica para la toma de decisiones en la práctica clínica.

Además de la reducción de la sintomatología de ansiedad, el tratamiento de hipnoterapia, identificó que los efectos se mantuvieron en el seguimiento que se realizó. El desarrollo científico de la hipnoterapia en México aún es pobre y la pandemia de COVID-19 acentuó las repercusiones en la salud mental (OMS, 2020), por lo que es una prioridad evaluar los efectos de diferentes tratamientos desde un enfoque de costo-efectividad para la toma de decisiones.

Aunque el estudio tiene limitaciones importantes como carecer de un grupo control y de una muestra limitada, el estudio hace aportaciones importantes para la atención a salud mental al identificar efectos prometedores con una intervención de modalidad mixta de bajo costo. La enfermedad mental es una de las principales causas de carga de la enfermedad a nivel mundial (Borges et al., 2020), por lo que es vital desarrollar y evaluar intervenciones de bajo costo y que sean efectivas. La psicoterapia en México necesita contar con evidencia científica de sus efectos para la toma de decisiones. Aunque la hipnosis tiene mucha tradición, sus avances científicos aún son reducidos (Castañeda y Krikorian, 2018) especialmente en México. Por ello, este estudio es relevante a pesar de sus limitaciones.

Los participantes refirieron preferencia por la modalidad individual, sin embargo, esta incrementaría sustancialmente su costo, por lo que recomendamos mantener la modalidad mixta. Adicionalmente sugerimos que la hipnoterapia debería prolongarse a diez sesiones y espaciar de forma gradual los seguimientos, por lo que es importante continuar con el estudio de los efectos a corto y largo plazo incluyendo un grupo de comparación, así como explorar la evaluación de la hipnosis en otros problemas de salud mental, en otras poblaciones y contextos.

CONCLUSIONES

El estudio demostró que la hipnoterapia reduce los síntomas de ansiedad y los mantuvo durante el seguimiento, por lo que alentamos continuar con su estudio incorporando un grupo control. El inventario BAI mostró una buena fiabilidad, por lo que recomendamos su uso.

REFERENCIAS

- Allen, R. (2004). *Scripts and Strategies in Hypnotherapy: The Complete Works*. New York: Crown House Publishing.
- American Psychiatric Association (2019). *Policy & Procedures Manual of APA Division 30. The Society of Psychological Hypnosis*. Recuperado de: <https://www.apadivisions.org/division-30/about>
- Baptista, M., & Zanón, C. (2017). Why not Seek Therapy? The role of stigma and psychological symptoms in college students. *Paidéia, 27*(67), 76-83. doi:10.1590/1982-43272767201709
- Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Benjet, C., Cia, A., Kessler, C., . . . Medina-Mora, M. (2020). Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29*(E53). doi:10.1017/S2045796019000477
- Brugnoli, M., Pesce, G., Pasin, E., Basile, M., Tamburini, S., & Polati, E. (2018). The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Annals of Palliative Medicine, 7*(1), 17-31. doi:10.21037/apm.2017.10.03
- Campo-Arias, A., Villamil-Vargas, M., & Herazo, e. (2013). Confiabilidad y dimensionalidad del AUDIT en estudiantes de medicina. *Psicología desde el Caribe, 30*(1), 21-35. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n1/v30n1a03.pdf>
- Castañeda, E., & Krikorian, A. (2018). Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: nes actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: *Avances en psicología latinoamericana, 32*(2), 269-283. doi:10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5488
- Chester, S., Tyack, Z., De Young, A., Kipping, B., Griffin, B., Stockton, K., . . . Kimble, R. (2018). Efficacy of hypnosis on pain, wound-healing, anxiety, and stress in children with acute burn injuries: a randomized controlled trial. *Pain, 159*(9), 1790-1801. doi:10.1097/j.pain.0000000000001276

- Desai, G., Chaturvedi, S., & Ramachandra, S. (2011). Hypnotherapy: fact or fiction: a review in palliative care and opinions of health professionals. *Indian Journal of Palliative Care, 17*(2), 146-149. doi:10.4103/0973-1075.84537
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. London: Sage.
- Flemons, D. (2020). Toward a Relational Theory of Hypnosis. *Am J Clin Hypn, 62*(4), 344-363. doi:10.1080/00029157.2019.1666700.
- García-Espinoza, P., Ortiz-Jiménez, X., Botello-Hernández, E., Aguayo-Samaniego, R., Leija-Herrera, J., & Góngora-Rivera, F. (2021). Impacto psicosocial en estudiantes universitarios de ciencias de la salud y otros durante la pandemia de COVID-19 México. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 50*(3), 224-214. doi:10.1016/j.rcp.2021.04.008
- Hammond, C. (2001). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. USA: American Society of Clinical Hypnosis.
- Hernández-Sampieri. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Kandola, A., Vancampfort, D., Herring, M., Rebar, A., Hallgren, M., Firth, J., & Stubbs, B. (2018). Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety. *Current Psychiatry Report, 20*(8), 63-71. doi:10.1007/s11920-018-0923-x
- Kiely, K., Brady, B., & Byles, J. (2019). Gender, mental health and ageing. *Maturitas, 76-84*. doi:10.1016/j.maturitas.2019.09.004
- Krouwel, M., Jolly, K., & Greenfield, S. (2017). What the public think about hypnosis and hypnotherapy: A narrative review of literature covering opinions and attitudes of the general public 1996-2016. *Complementary Therapies in Medicine, 32*, 75-84. doi:10.1016/j.ctim.2017.04.002
- Lambert, D., Cobián, M., Silva, A., & Torres, L. (2021). Hipnoterapia en gestantes adolescentes con síntomas psíquicos a casa de la pandemia de la COVID-19. *Medisan, 25*(1), 66-80. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100066&lng=es&tlng=es

- Mendoza, M., Capafons, A., & Jensen, M. (2017). Hypnosis attitudes: treatment effects and associations with symptom in individuals with cancer. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 60(1), 50-57. doi:10.1080/00029157.2017.1300570
- Morata, M., Holgado, F., Barbero, I., & Méndez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio: recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica*, 12(1), 79-90. doi:10.5944/ap.12.1.14362
- Nuño-Gutiérrez, B. (2018). *Guiones y estrategias en hipnoterapia*. Guadalajara, México: Trazo.
- Nuño-Gutiérrez, B. (2022). Motivos de uso de hipnoterapia en una clínica de Guadalajara. *Psicumex*, 12, 1-22. doi:10.36793/psicumex.v12i1.411
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental. Comunicados de prensa 27 de agosto de 2020*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. . Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Padrós Blázquez, F., Montoya Pérez, K., Bravo Calderón, M., & Martínez Medina, M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 181-187. doi:10.1016/j.anyes.2020.08.002
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-218. Obtenido de <https://scinapse.io/papers/1597953883>
- Santabárbara, J., Lasheras, I., Lipnicki, D., Bueno-Notivol, J., Pérez-Moreno, M., López-Antón, R., . . . Gracia-García, P. (2021). Prevalence of anxiety in the COVID-19 pandemic: An updated meta-analysis of community-based studies. *Progress in Neuro-psychopharmacology*

- and Biological Psychiatry*, 13(109), 110207. doi:10.1016/j.pnpbp.2020.110207
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48. doi:10.1016/S1130-5274(14)70025-8
- Satsangi, A., & Brugnolo, M. (2018). Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), 75-111. doi:10.21037/apm.2017.07.01
- Slee, A., Nazareth, I., Bondaronek, P., Liu, Y., Cheng, Z., & Freemantle, N. (2019). Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 27(393), 768-77. doi:10.1016/S0140-6736(18)31793-8
- Valentine, K., Milling, L., Clark, L., & Moriarty, C. (2019). The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A Meta-Analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 336-363. doi:10.1080/00207144.2019.1613863
- Vizioli, N., & Pagan, A. (2021). Inventario de ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acata Colombiana de Psicología*, 25(1), 28-41. doi:10.14718/ACP.2022.25.1.3
- White, S., Simmons, G., Gotham, K., Conner, C., Smith, I., Beck, K., & Mazefsky, C. (2018). Psychosocial Treatments Targeting Anxiety and Depression in Adolescents and Adults on the Autism Spectrum: Review of the Latest Research and Recommended Future Directions. *Current Psychiatry Reports*, 20(10), 82-99. doi:10.1007/s11920-018-0949-0

Envió a Dictamen: 27 enero 2023

Reenvió: 27 marzo 2023

Aprobación: 30 mayo 2023

Orlando Javier Trejo García. Maestro en Desarrollo Humano por ITESO, Psicólogo adscrito al pabellón psiquiátrico de Ixtlahuacán, Colima, Candidato a Doctor en Psicología y Director general del Centro TERHFAM AC. Investigador en hipnosis clínica. Correo electrónico: oorly007@hotmail.com

Bertha L. Nuño-Gutiérrez. Doctora en Psicología. Profesor-Investigador Titular en el Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento de la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel II. Línea de Investigación: Adolescentes, Familia, Adicciones, Psicoterapia, Hipnoterapia. Correo electrónico: bertha.nuno@academicos.udg.mx

María Elena Rodríguez Pérez. Doctora en Ciencia del Comportamiento por la Universidad de Guadalajara. Año en que se obtuvo el grado: 2002. Lugar de adscripción, Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento de la Universidad de Guadalajara. Nombramiento de profesor investigador de tiempo completo. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Líneas de investigación: aprendizaje humano complejo con especial interés en el aprendizaje y enseñanza de las ciencias experimentales en el nivel medio superior y superior. correo electrónico: mariae.rodriguezp@academicos.udg.mx