

EFICACIA DE LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

EFFICACY OF HYPNOSIS IN THE TREATMENT OF SUBSTANCE USE DISORDERS

Inés Gil-Delgado Armada

Psicóloga Clínica

Héctor González Ordi

Doctor en Psicología. Profesor de la Universidad Complutense de Madrid. Profesor del Programa de Formación y miembro de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Pilar Capilla Ramírez

Doctora en Psicología. Médico especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Psicoterapeuta y miembro de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Resumen: los trastornos por consumo de sustancias son uno de los problemas sanitarios más graves de la actualidad. La hipnosis se ha utilizado durante más de un siglo en el tratamiento de dichos trastornos. En el presente trabajo se revisa la evidencia científica disponible sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de las adicciones a sustancias. Se hace especial hincapié en describir las distintas técnicas que se han utilizado bajo el término "hipnosis" y el rigor metodológico de los estudios encontrados. Se han hallado 18 estudios aleatorizados, 15 de ellos referidos al tratamiento de la dependencia a la nicotina. A pesar de que existe algún estudio muy prometedor, con la evidencia disponible en la actualidad no se puede afirmar que la hipnosis sea un procedimiento empíricamente validado para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Es necesario que se realicen más estudios con garantías metodológicas para contrastar la eficacia de las técnicas hipnóticas.

Palabras clave: hipnosis, adicciones, trastornos por consumo de sustancias, nicotina, tratamientos empíricamente validados.

Abstract: substance use disorders are one of the most important health problems nowadays. Hypnosis has been used for over a century in the treatment of these disorders. In this paper we review the available scientific evidence to determine the efficacy of hypnosis in the treatment of substance use disorders. Special emphasis is placed on describing the different techniques that have been used under the term "hypnosis" and the methodology employed in the studies. We have found 18 randomized studies, 15 of which relate to the treatment of nicotine dependence. Although there are some very promising studies, with the evidence available at present hypnosis cannot be considered an empirically validated treatment for substance use disorders. It is necessary to conduct further clinical studies with methodological guarantees to establish the efficacy of hypnotic techniques.

Key words: hypnosis, addictions, substance use disorders, nicotine, empirically validated treatments.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos por consumo de sustancias constituyen uno de los problemas sanitarios más graves de la actualidad en España y los países de nuestro entorno. Tienen una elevada prevalencia (Wittchen & Jacobi, 2005; Compton et al., 2007). En España, según datos del Observatorio Español sobre Drogas (OED) en 2007 se notificaron 50.555 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, excluidos el alcohol y la nicotina. Asimismo, también existe una alta comorbilidad con otros trastornos mentales (Kessler et al., 1996), lo que dificulta el adecuado tratamiento de la patología (Kohn et al. 2004). Estos trastornos generan un enorme gasto sanitario. Estudios longitudinales indican que más del 40% de las admisiones en hospitales están relacionadas con el consumo de sustancias y sus secuelas (Santora & Hutton, 2008). Y se calcula que el consumo de sustancias constituye una de las mayores causas de muerte evitable (Mokdad et al., 2004). Asimismo estos trastornos generan un enorme sufrimiento personal y familiar.

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) los trastornos por consumo de sustancias se dividen en dos trastornos: abuso y dependencia. La característica esencial del abuso de sustancias es un patrón desadaptativo de consumo repetido con consecuencias adversas significativas y recurrentes para la persona. El diagnóstico de dependencia de sustancias conlleva una mayor gravedad: es necesario más criterios para diagnosticarla, entre los que están la presencia de tolerancia y abstinencia. Por su parte, la CIE-10 describe el término "consumo perjudicial" como una forma de consumo que está afectando la salud física y mental de la persona y centra su definición de síndrome de dependencia a una sustancia en el hecho de que ésta adquiera la máxima prioridad para un individuo, por encima de otros comportamientos que en el pasado tenían un valor más alto para él.

El DSM-IV-TR menciona 10 sustancias que pueden generar dependencia: alcohol, alucinógenos, anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar, cannabis, cocaína, fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas, inhalantes, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. En nuestro país, según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), en 2007 las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población fueron el alcohol y el tabaco. 29,6% de los españoles eran fumadores diarios y un 10,2% había bebido a diario los últimos 30 días. Entre las drogas de comercio ilegal, las más extendidas fueron el cannabis, la cocaína y el éxtasis, con prevalencias de consumo en los últimos 12 meses de 10,1%, 3,0%, 1,1% respectivamente.

En la actualidad existen tratamientos eficaces para los trastornos por consumo de sustancias, tanto farmacológicos como psicoterapéuticos (Hays et al. 2009; Magill & Ray, 2009; Kleber et al., 2007; Becoña et al., 2008). Sin embargo, un elevado número de personas no se beneficia de los

tratamientos existentes o después de un periodo de abstinencia vuelve a mostrar la conducta adictiva (Penberthy et al. 2010; Dawson et al., 2007; Moore & Budney, 2003). Por ello, dada la gravedad y cronicidad de estos trastornos, es fundamental seguir investigando nuevas formas de tratamiento que puedan servir de alternativa o ayudar a incrementar la eficacia y eficiencia de los tratamientos existentes.

Hipnosis

En la definición de la división 30 de la American Psychological Association se resalta que "la hipnosis supone un proceso durante el cual al sujeto se le administran sugerencias que fomentan experiencias imaginativas (...). Durante la hipnosis una persona (el sujeto) es guiado por otra (el hipnotizador) para responder a sugerencias para experimentar cambios en su experiencia subjetiva, alteraciones en la percepción, sensación, emoción, pensamiento o conducta" (Green et al., 2005).

Durante algunos años la hipnosis ha sido rechazada o ignorada por parte de los profesionales sanitarios. La proliferación de espectáculos sobre hipnosis y su tratamiento en algunos medios de comunicación han contribuido a generar prejuicios y falsas creencias sobre ella, asociándola al esoterismo o a la charlatanería. Sin embargo, en las últimas décadas ha renacido el interés científico por la hipnosis clínica, acompañado de resultados empíricos que demuestran su eficacia (González Ordi, 2006). La hipnosis clínica ha demostrado ser eficaz como adjunto a otros tratamientos en el tratamiento del dolor (Montgomery et al., 2002; Stoelb et al., 2009; González Ordi, 2005), de trastornos psicofisiológicos y problemas de salud (Stewart, 2005; Shenefelt, 2000; Whitehead, 2006) y de algunos trastornos mentales (Yapko, 2001; Crawford & Barabasz, 1993; Bryant et al., 2005).

En el campo de las adicciones, la utilización documentada de la hipnosis se remonta al siglo XIX. Según Green & Lynn (2000), el uso de técnicas hipnóticas como método para dejar de fumar fue documentado por primera vez en 1847. Por otra parte, en 1889 un autor alemán citó en una revisión 6 autoridades europeas que tenían experiencia en el tratamiento del alcoholismo mediante hipnosis (Moll, 1889, citado en Edwards, 1966). Desde entonces, la hipnosis se ha utilizado por los clínicos para el tratamiento de los trastornos adictivos.

Sin embargo, la hipnosis ha sido aplicada de muy distintas formas para que los pacientes consigan mantenerse abstinentes. El objetivo del presente trabajo es revisar la evidencia científica existente sobre la eficacia de la hipnosis clínica en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, haciendo especial hincapié en las distintas formas de aplicar las técnicas hipnóticas.

EVOLUCIÓN Y DESARROLLO

Se introdujo en MEDLINE, el término "hypnosis" y los términos "substance-related disorders", "addiction", "smoking", "cocaine", "heroin", "alcohol", "cannabis", "street drugs" y "methadone". Asimismo se introdujeron los mismos términos en PSICODOC, tanto en inglés como en español. La búsqueda se realizó el 7 de mayo de 2012, sin restricciones temporales. Sólo se tuvieron en cuenta los estudios escritos en inglés o en español. Se excluyeron los estudios que analizaban la eficacia de aplicar sugerencias en estado de anestesia.

La mayoría de los estudios encontrados se centran en el tratamiento de la dependencia a la nicotina. También se han hallado varios estudios sobre el tratamiento de pacientes con dependencia al alcohol y algún estudio con muestras de pacientes con otras adicciones. Se describen a continuación los resultados encontrados en la búsqueda, atendiendo fundamentalmente a la metodología utilizada en dichos estudios. Posteriormente se resumirán los resultados hallados sobre la eficacia de la hipnosis en los trastornos adictivos y por último se expondrán los resultados de los estudios que miden la eficacia de las diferentes modalidades de tratamiento mediante hipnosis.

EVIDENCIA SOBRE LA EFICACIA DE LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Se han realizado numerosos estudios sobre el tratamiento mediante hipnosis de la adicción a la nicotina. Asimismo, se han hallado varios artículos previos que revisan el tema. En primer lugar se expondrán algunas de las conclusiones de las revisiones previas.

En 1971 Johnston y Donoghue señalaron que, debido a las limitaciones metodológicas de los estudios, había que poner en cuestión las elevadas tasas de abstinencia que obtenían algunos tratamientos hipnóticos. Holroyd, (1980) revisó 17 estudios de la década anterior que evaluaban distintos métodos de hipnosis aplicada al tabaquismo. Analizó los datos de los estudios que al menos tenían un seguimiento de 6 meses y tuvo en cuenta los sujetos que abandonan el tratamiento. Las tasas de abstinencia oscilaban entre el 4% y 88%. Concluyó que las mayores tasas de abstinencia eran logradas con tratamientos que constaban de varias horas, interacciones interpersonales intensas, sugerencias centradas en las motivaciones específicas de cada paciente y con un contacto de seguimiento.

Esta revisión subraya la importancia de tener en cuenta las distintas formas que existen de emplear la hipnosis a la hora de analizar los resultados de los estudios. Sin embargo, la mayoría de los estudios analizados en la revisión no estaban controlados y tenían importantes limitaciones metodológicas, por lo que es difícil sacar conclusiones fiables de ellos.

Posteriormente, en una excelente revisión, Green y Lynn (2000) analizan la evidencia procedente de 59 estudios sobre el tratamiento del tabaquismo mediante hipnosis a la luz de los criterios de los tratamientos basados en la evidencia descritos por Chambless y Hollon (1998). Dividen los estudios encontrados en función de su rigor experimental. Después de revisar exhaustivamente la evidencia disponible, los autores concluyen que, en general, los tratamientos hipnóticos aportan mejores tasas de abstinencia que los grupos de lista de espera y el no tratamiento y que son comparables a diversos tratamientos activos. Sin embargo, resaltan que la evidencia sobre si la hipnosis es superior al tratamiento placebo no está clara y no puede considerarse a la hipnosis como un tratamiento específico y eficaz para dejar de fumar.

Asimismo, un metanálisis (Barnes, et al. 2010) revisa 11 estudios aleatorizados con un seguimiento de al menos 6 meses y llega a la conclusión de que no hay suficiente evidencia para afirmar que la "hipnoterapia" produce mejores resultados en las tasas de abstinencia a los 6 meses que otras intervenciones o ningún tratamiento. Sin embargo, los autores admiten que los estudios incluidos son difícilmente comparables, "los estudios varían en gran medida en el método de inducción hipnótica utilizado, el número de sesiones de hipnoterapia y la duración de los tratamientos hipnóticos". Cabría preguntarse si dada la heterogeneidad de los estudios existentes tiene sentido aplicar la técnica aglutinadora del metaanálisis. Por otro lado, entre los 11 estudios incluidos sólo 4 estudios confirmaban mediante métodos objetivos los resultados obtenidos.

Se expondrán a continuación los estudios encontrados en la presente revisión, haciendo un especial énfasis en su diseño y las técnicas hipnóticas empleadas en cada estudio.

Estudios no controlados.

Se han realizado numerosos estudios no controlados sobre el tratamiento de la dependencia a la nicotina mediante hipnosis. Las tasas de abstinencia en dichos estudios oscilan en gran medida, llegando a referirse tasas de éxito de hasta el 94% (Von Dedenroth, 1964). Sin embargo, como ya se ha señalado en revisiones previas (Johnston & Donoghue, 1971; Green & Lynn, 2000), debido al diseño de estos estudios no se puede concluir que las tasas de abstinencia halladas sean una consecuencia del tratamiento y no de otros factores. Además, algunos de estos estudios tienen otras limitaciones, como la falta de descripción del tratamiento aplicado, no tener en cuenta los sujetos que se pierden en el seguimiento o la ausencia de una confirmación objetiva de la abstinencia.

Sin embargo, se van a describir algunos de esos estudios, centrándonos principalmente en el método hipnótico utilizado. Spiegel, H. (1970) diseñó un tratamiento para dejar de fumar que ha tenido mucha influencia en investigaciones posteriores. Su método consiste en una única sesión de 45

minutos en la que se repiten tres ideas: 1. Para tu cuerpo fumar es un veneno. 2. No puedes vivir sin tu cuerpo. 3. Como quieres vivir, le debes a tu cuerpo respeto y protección. Posteriormente el sujeto aprende autohipnosis y se aplica él mismo las sugerencias. Se anima al paciente a practicar con regularidad las técnicas aprendidas, especialmente en los momentos en los que experimenta deseo de fumar. Hay que destacar que el autor subraya en su artículo que la hipnosis es una técnica auxiliar, cuyo objetivo fundamental es distraer la atención del paciente de su deseo de fumar y centrarla en un valor positivo para él: el compromiso de respeto a su cuerpo. Spiegel aplicó este tratamiento a 615 pacientes, la mayoría fumadores severos que habían intentado dejar de fumar con otros métodos sin conseguirlo. Refiere que el 20% de los que contestaron el cuestionario se mantuvieron abstinentes con un seguimiento de al menos 6 meses.

Posteriormente, Stanton (1978) también creó un tratamiento para dejar de fumar mediante hipnosis que constaba de una sesión. Su tratamiento incluía: sugerencias sobre el éxito de la intervención previas a la inducción, una inducción similar a la de Wolberg (1948), sugerencias referentes a los beneficios de no fumar, sugerencias específicas para la abstinencia, utilización de imágenes, como la visualización del deseo de fumar irse en un globo, e imaginarse a sí mismos exitosos y relajados en una situación en la que previamente habrían fumado. Aplicó este tratamiento a 75 pacientes y encontró que a los 6 meses el 45% estaban abstinentes.

Crasilneck & Hall (1968) diseñaron un tratamiento con 4 sesiones individuales de 40 minutos. Las sugerencias empleadas consistían fundamentalmente en repetir a los pacientes que no tendrían un deseo excesivo por un hábito que está afectando a su salud y se sentirían relativamente libres del deseo excesivo de tabaco y que les resultaría relativamente fácil dejar de fumar sin experimentar un trauma físico o psicológico. Se realizó un seguimiento de al menos un año a 75 pacientes que habían acudido a todas las sesiones. Entre los que contestaron (89%), el 82% referían estar abstinentes.

Nuland & Field (1970) trataron a 181 pacientes mediante hipnosis. A los primeros 97 pacientes les trataron con un método que denominan "estándar". Posteriormente desarrollaron un método de tratamiento activo y personalizado, en el que enfatizaban las razones personales para dejar de fumar y mantenían contacto telefónico con los pacientes. Refieren que con un seguimiento de al menos 6 meses, el 25% de las personas con el tratamiento estándar dejaron de fumar, frente al 60% de las personas tratadas con el método activo y personalizado.

Sanders (1977) describe un tratamiento de hipnosis grupal de una sesión a la semana durante cuatro semanas. Refiere que la hipnosis proporciona un contexto de relajación y potenciación de la imaginación e intensificación de la concentración. Incluye como técnicas específicas: tormenta de

ideas acerca de las razones para ser no-fumadores, progresión en el tiempo e imaginación para considerar la posibilidad de cambiar algo en el futuro, ensayos en imaginación para aumentar el auto-control e hipnosis mutua para proveer de apoyo social y feedback entre los miembros del grupo. Se aplicó el tratamiento a 19 personas, 68% de las cuales refirieron seguir abstinentes en el seguimiento a 10 meses.

Por otra parte, también se ha aplicado la hipnosis para potenciar técnicas conductuales. Miller (1965) utilizó la hipnosis como potenciadora del condicionamiento aversivo. Refiere que aplicó el tratamiento a 200 pacientes, la mitad fueron tratados individualmente y la mitad en un tratamiento grupal. En el seguimiento a tres meses, la tasa de abstinencia era del 39% en los que tuvieron un tratamiento grupal y del 46% en los que tuvieron un tratamiento individual. Watkins (1976) utilizó un método hipnótico personalizado combinado con técnicas conductuales. El 67% de los que terminaron el programa seguían sin fumar a los 6 meses.

Estudios controlados sin aleatorizar.

Asimismo, en la presente revisión se han encontrado 4 estudios con un grupo control, pero que no asignaban aleatoriamente a los participantes a los tratamientos. Javel (1980) comparó la eficacia de un tratamiento hipnótico con inducción y sugerencias basadas en Stanton, (1978) y Spiegel (1970) con ese mismo tratamiento sin una inducción formal y con un grupo de lista de espera. Asignaron a 30 fumadores consecutivamente a cada uno de los tratamientos. La tasa de abstinencia a los 3 meses fue del 60% en el grupo de inducción y sugerencias, del 40% en el grupo de sólo sugerencias y 0 en el grupo de lista de espera.

Shewchuk et al. (1977) permitieron que 571 fumadores eligiesen un tratamiento para dejar de fumar entre tres: terapia de grupo, apoyo psicológico individual o hipnosis individual (basada en Spiegel, 1970). En el seguimiento a un año los grupos no diferían significativamente en sus tasas de abstinencia. Por otro lado, Bayot et al. (1997) aplicaron la terapia de auto-regulación emocional al tratamiento de 38 fumadores. El 38% de las personas que fueron asignadas al tratamiento (66% de las personas que lo completaron) estaba abstinente a los 6 meses, frente al 3% de un grupo control sin tratamiento.

MacHovec y Man (1978) asignaron a 58 voluntarios a 5 grupos de tratamiento: Acupuntura en los lugares correctos, acupuntura en lugares "placebo", hipnosis individual, hipnosis grupal y grupo control sin tratamiento. El tratamiento hipnótico, inspirado en Miller (1965) era un protocolo específicamente diseñado para generar un condicionamiento aversivo. Se usaron sugerencias específicas y se asociaban las ganas de fumar con una respiración profunda y las sugerencias

aversivas. A los 6 meses tanto el tratamiento hipnótico individual como el grupal tuvieron mejores resultados que el tratamiento mediante acupuntura en "lugares placebo" o los pacientes sin tratamiento. Sin embargo, los autores no aclaran la manera en la que se realizó la asignación a los grupos de tratamiento.

Estudios aleatorizados.

En la presente revisión se han encontrado 15 estudios experimentales aleatorizados. En la **tabla 1** se resumen sus resultados, así como las principales limitaciones metodológicas encontradas. Entre los estudios mencionados hay algunos con un seguimiento menor a 6 meses, por lo que no se puede inferir que sus resultados se mantengan a largo plazo, uno de los objetivos del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Schubert (1983) asignó aleatoriamente a 87 estudiantes voluntarios a tres grupos: grupo de hipnosis, grupo de "relajación" y grupo de lista de espera.

El tratamiento hipnótico consistía en 4 sesiones semanales individuales de 50 minutos. Realizaban una inducción hipnótica y posteriormente daban al sujeto sugerencias hipnóticas referidas a los errores sobre él mismo en relación con su hábito de fumar, así como "sugerencias hipnóticas estándar". En el grupo de "relajación" el procedimiento era exactamente el mismo, pero en lugar de una inducción formal se realizaba una relajación. Las sugerencias posteriores eran similares a las del grupo de hipnosis.

Tabla 1
Estudios aleatorizados sobre el tratamiento mediante hipnosis de la dependencia a la nicotina.

Artículo	N	Grupos comparación	Seguimiento	Tasas de abstinencia	Problemas metodológicos
Barkley et al. (1977)	36	Fumar rápido, Hipnosis grupal y grupo de atención-placebo.	3 meses. 9 meses.	58%, 33%, 0. 42%, 17% y 0.	Tamaño de la muestra pequeño. Ausencia de medida objetiva de la abstinencia. Posible confusión experimentador -tratamiento.
Carmody et al. (2008)	28 6	Hipnosis más parches de nicotina vs consejo conductual más parches de nicotina.	6 meses. 12 meses.	26%, 18%. 20%, 14%.	La abstinencia es definida como prevalencia puntual semanal. No se puede generalizar los datos a un tratamiento de hipnosis sin parches de nicotina. Seguimiento no ciego.

Cornwell et al. (1981)	30	Hipnosis en una sesión, vs hipnosis en múltiples sesiones vs grupo control (lista de espera).	2 meses	40%, 60% y 0.	Seguimiento inferior a 6 meses. Muestra pequeña.
Elkins et al. (2006)	20	Hipnosis vs lista de espera	6 meses	40%, 0.	Tamaño de la muestra pequeño
Frank et al. (1986)	48	Grupo 1: dos sesiones de una hora de hipnosis. Grupo 2: 4 sesiones hipnóticas con una sesión de refuerzo a las 3 semanas. Grupo 3: dos sesiones de hipnosis y dos conductuales con una de refuerzo.	3 y 6 meses.	Aproximadamente 20% en cada grupo.	Muestra pequeña.
Hyman et al (1986)	60	Hipnosis, "focussed smoking", placebo y un grupo de lista de espera.	6 meses.	40%, 20%, 40% y 0.	Tamaño de la muestra pequeño.
Lambe (1986)	18 0.	Hipnosis vs advertencia sobre dejar de fumar.	3 meses. 6 meses. 12 meses	21%, 6%. 18%, 19%. 22%, 20%	Ausencia de medida objetiva de la abstinencia. Las características de los grupos diferían en el pretratamiento.
Pederson et al. (1979)	65	Hipnosis en vivo más apoyo psicológico, hipnosis grabada más apoyo psicológico, hipnosis-relajación más apoyo psicológico y apoyo psicológico sólo.	6 meses	53%, 19%, 19%, y 13%.	Ausencia de confirmación de la abstinencia con medidas objetivas. Muestra pequeña.
Pederson et al. (1980)	66	Fumar rápido más apoyo más hipnosis, fumar rápido más apoyo e hipnosis más apoyo.	6 meses	13%, 38% y 56%.	Ausencia de confirmación de la abstinencia con medidas objetivas. Muestra pequeña.
Pederson (1975)	48	Apoyo psicológico grupal, apoyo psicológico grupal más hipnosis. Lista de espera.	10 meses	0, 50%, 12%.	Ausencia de confirmación de la abstinencia con medidas objetiva. Muestra pequeña

Perry et al. (1979) (Estudio 1)	46	Hipnosis vs fumar rápido	3 meses.	3,85%, 25%.	Seguimiento inferior a 6 meses. No confirmación bioquímica de la abstinencia.
Rabkin et al (1984)	16 8	Hipnosis, educación para la salud, modificación de conducta y grupo control (lista de espera).	3 semanas. 6 meses.	22,9%, 24%, 30%, 0. 24%, 29% 21%.	Ausencia de confirmación objetiva en el seguimiento a 6 meses.
Schubert (1983)	87	Grupo de hipnosis, grupo de relajación y grupo de lista de espera.	4 meses	41%, 38% y 7%.	Seguimiento inferior a 6 meses. No refieren una medida objetiva de la abstinencia.
Valbø & Eide (1996)	15 8	Hipnosis vs grupo control	Aproximadamente 5 meses.	10%, 10%.	Seguimiento inferior a 6 meses. Características diferentes en los grupos pretratamiento.
Williams & Hall (1988)	60	Hipnosis, placebo y grupo sin tratamiento.	48 semanas	45%, 0, 0.	Tamaño de la muestra pequeño. No usan medidas objetivas para medir la abstinencia.

Las tasas de abstinencia a los 4 meses fueron del 41% en el grupo de hipnosis y del 38% en el grupo de relajación, frente al 7% en el grupo control. Los dos grupos de tratamiento no diferían significativamente entre sí y eran superiores al grupo de lista de espera. En un análisis posterior, se tuvo en cuenta la sugestionabilidad hipnótica, medida en el postratamiento. Los autores encontraron que las personas que tenían más sugestionabilidad disminuyeron su consumo de tabaco significativamente más en el grupo de tratamiento con inducción hipnótica previa.

Valbø & Eide (1996) realizaron un estudio con mujeres embarazadas que seguían fumando sobre la semana 18 del embarazo. De las 158 mujeres que decidieron participar, 78 fueron asignadas al grupo control y recibieron el cuidado rutinario normal para mujeres embarazadas. 80 fueron asignadas al grupo de hipnosis, pero sólo 52 recibieron el tratamiento. Asistieron a dos sesiones de 45 minutos de duración. Se entrenaba a la persona en el uso de técnicas de relajación y métodos de auto-hipnosis. Antes del tratamiento el grupo experimental fumaba significativamente más que el control. En el momento del parto la tasa de abstinencia confirmada por familiares y el personal del hospital fue en ambos grupos del 10%.

Los autores proponen como posible causa de la baja tasa de éxito en comparación con estudios previos la selección de los participantes: ninguna mujer había solicitado el tratamiento por su propia iniciativa, por lo que la motivación podría ser más baja que en otros estudios.

Asimismo, Cornwell et al. (1981) realizaron un estudio con un seguimiento de tan sólo 2 meses. No encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la aplicación de la hipnosis grupal o individual en 30 pacientes, pero los tratamientos activos sí tenían unas tasas de abstinencia significativamente más elevadas que el grupo control. Por otro lado, en un estudio con un seguimiento de 3 meses, Perry et al. (1979) encontraron que un tratamiento hipnótico basado en Spiegel (1970) era menos eficaz que un tratamiento de fumar rápido.

Otra de las limitaciones metodológicas encontradas en muchos de los estudios realizados es la ausencia de confirmación objetiva de los resultados, ya que muchos estudios miden la abstinencia mediante las afirmaciones de los pacientes, ya sea medida con autorregistros o con autoinformes. Estas medidas podrían no ser fiables en algunos casos.

Perderson et al. (1975, 1979, 1980) realizaron una serie de estudios sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento del tabaquismo. En el primer estudio (Pederson, 1975) dividieron a 48 voluntarios en tres grupos: apoyo psicológico grupal (6 reuniones semanales), apoyo psicológico grupal más hipnosis (una sesión de 1,5 horas de hipnosis grupal de técnicas de relajación simple y beneficios de dejarlo y lista de espera. Los dos grupos activos se reunieron después una vez al mes durante 6 meses. A los 10 meses, 50% del grupo de apoyo más hipnosis, ningún sujeto del grupo de apoyo y 12% del grupo control estaban abstinentes. Posteriormente se seleccionaron 50 pacientes y se realizó una sesión grupal para dejar de fumar mediante hipnosis. Sólo lo consiguió el 8% de los participantes. Los autores concluyen que es más eficaz el tratamiento que combina hipnosis más apoyo grupal.

Posteriormente Pederson et al. (1979) asignaron a 65 voluntarios a 4 grupos: hipnosis en vivo más apoyo psicológico, hipnosis grabada más apoyo psicológico, hipnosis-relajación más apoyo psicológico y apoyo psicológico sólo. A los 6 meses el grupo de hipnosis en vivo más apoyo tenía significativamente más sujetos abstinentes que los otros 3 grupos. Por último (Pederson et al. 1980) compararon tres tratamiento con 66 voluntarios. Curiosamente encontraron que a los 6 meses el tratamiento con una mayor tasa de abstinencia era el tratamiento de hipnosis más apoyo psicológico (56%), seguido de fumar rápido más apoyo psicológico (38%), pero al añadir el tratamiento hipnótico y fumar rápido al apoyo psicológico encontraron que la tasa de abstinencia disminuía (13%). Sin embargo, como se ha comentado previamente, en estos estudios no se comprobó la abstinencia mediante una medida objetiva.

Barkley et al. (1977) dividieron a 36 voluntarios en tres grupos: fumar rápido, hipnosis grupal y grupo "placebo". Todos los tratamientos recibieron 7 sesiones de 1 hora durante 2 semanas. En el grupo de hipnosis se realizaba la inducción y se daban sugerencias similares a las referidas por Hall y Crasilneck, (1970). De los 36 sujetos 7 no terminaron el tratamiento: 4 en el grupo de hipnosis y 3 en el grupo control. Teniendo en cuenta todos los pacientes aleatorizados, a los 3 meses habían dejado de fumar el 33% en el grupo de hipnosis y el 58% en el grupo de fumar rápido. A los 9 meses sólo el 17% de los sujetos del grupo de hipnosis habían dejado de fumar, comparados con 42% en el grupo de fumar rápido. Ningún sujeto del grupo control dejó de fumar a los 3 o 9 meses. Sólo el grupo de fumar rápido fue significativamente superior al grupo control a los 9 meses. A parte del tamaño tan pequeño de la muestra y la ausencia de medidas objetivas, otra limitación de este estudio es que un experimentador diferente llevaba a cabo cada tratamiento, por lo que los resultados podrían estar sesgados por las características personales de cada terapeuta.

En un estudio realizado en atención primaria, con médicos de familia como terapeutas, (Lambe, et al, 1986) se aleatorizaron 180 pacientes que aceptaron formar parte del estudio a dos condiciones: hipnosis y grupo control. Los pacientes en el grupo control recibieron una carta diciendo que su médico y el centro de salud esperaban que dejase de fumar y un libro con consejos para conseguirlo. Por otro lado, los pacientes en el grupo de hipnosis recibieron 2 sesiones de 40 minutos. Los autores refieren que se seguía un procedimiento estándar, que no se describe en el artículo e instrucciones para la autohipnosis. Se realizaba un seguimiento telefónico durante 4 meses. A los 3 meses, el 21% de los pacientes en el grupo de hipnosis dejaron de fumar comparados con el 6% en el grupo control (diferencia estadísticamente significativa). Sin embargo, ni a los 6 meses ni al año los grupos mostraban diferencias significativas en sus tasas de abstinencia. Este estudio tiene ciertas limitaciones metodológicas: los grupos diferían en algunas variables en el pretratamiento: en el grupo de hipnosis las personas tendían a ser más jóvenes, más educadas, a tener menos "medicaid" (seguro médico para personas con bajos recursos), menos fumadores en casa, pero más en el trabajo. Asimismo la abstinencia no está medida con criterios objetivos.

Williams & Hall (1988) compararon un tratamiento mediante hipnosis con un tratamiento placebo y un grupo sin tratamiento. El tratamiento mediante hipnosis consistió en una única sesión de 2,5 horas de hipnosis grupal usando una adaptación del procedimiento de Spiegel (1970) y Stanton (1978). El tratamiento placebo consistía en un grupo de la misma duración en el que los pacientes discutían sus razones para dejar de fumar. A todos los participantes de les enseñaba a auto-registrar su consumo de tabaco. Al año de seguimiento la tasa de abstinencia del grupo de hipnosis fue del 45%. Ningún sujeto en el grupo placebo o control dejaron de fumar. Sin embargo, el tamaño de la muestra de este estudio no es muy amplio y no se utilizan medidas objetivas para comprobar que los sujetos están abstinentes.

Por otra parte hay estudios que tienen un seguimiento de al menos 6 meses y medidas objetivas de la abstinencia, pero una muestra pequeña. Elkins, et al. (2006) realizaron un estudio piloto con 20 fumadores, que dividieron en grupo de tratamiento mediante hipnosis y grupo de lista de espera. El grupo experimental recibió un tratamiento mediante "Hipnoterapia intensiva": 8 sesiones de una hora durante aproximadamente 2 meses. Las sugerencias hipnóticas se individualizaban y se realizaban con una relación terapéutica de apoyo. Se entrenaba al sujeto en auto-hipnosis. Al final del tratamiento la tasa de abstinencia confirmada mediante medidas bioquímicas fue del 40% para el grupo experimental y del 10% para el grupo control. A los 6 meses del 40% para el grupo experimental y 0% para el grupo control ($p < .05$). Aunque los resultados son positivos para el tratamiento hipnótico, el pequeño número de sujetos al que fue aplicado limita las conclusiones que se pueden extraer del estudio.

Por su parte, Hyman et al. (1986) dividieron a 60 fumadores en 4 grupos de tratamiento: hipnosis, "focussed smoking", placebo y un grupo de lista de espera. Los pacientes en los tres grupos de tratamiento activo recibieron sesiones individuales de 1 hora a la semana durante 4 semanas. El tratamiento mediante hipnosis consistió en el método de inducción de Weitzenhoffer y Hilgard (1967) y el tratamiento modificado de Spiegel (1970). El tratamiento denominado "focussed smoking" es una variante de la técnica de fumar rápido en la que se pide a los pacientes que fumen focalizando la atención en los aspectos aversivos del tabaco. El grupo placebo consistió en discusiones generales de temas referidos al tabaco. Al finalizar el tratamiento la tasa de abstinencia confirmada mediante análisis del tiocianato sérico fue del 60% en el grupo de hipnosis, del 50% en el grupo de "focussed smoking" y del 50% en el grupo placebo. A los 6 meses fue del 40%, del 20% y del 40% respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres tratamientos activos. Sí frente al grupo de lista de espera, en el que ningún sujeto dejó de fumar. Sin embargo, este estudio, sólo contaba con 15 personas en cada tratamiento. Sería idóneo que hubiese más sujetos en el estudio.

Frank et al. (1986) asignaron a 48 fumadores en su lugar de trabajo a tres grupos: en el primer grupo se realizaban dos sesiones de una hora de hipnosis grupal. En el segundo cuatro sesiones de hipnosis con una sesión de refuerzo a las 3 semanas. En el tercer grupo se realizaron dos sesiones de hipnosis, dos con técnicas cognitivo-conductuales y una sesión de refuerzo. El tratamiento conductual consistía en: autoobservación, aprendizaje de conductas alternativas, control estimular, auto-refuerzo, reducción del tabaco gradual, hasta una fecha prefijada y estrategias de resolución de problemas. Posteriormente añadieron otros 15 sujetos y les aplicaron el mismo tratamiento que el grupo 2, pero con una menor frecuencia entre las sesiones. En el seguimiento a los 3 meses se comprobaron los resultados con muestras de de tiocianato en saliva en todos los sujetos que refirieron haber dejado de

fumar y un número equivalente de controles. A los 6 meses el resultado fue auto-informado. En cada grupo dejó de fumar aproximadamente un 20%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos después del tratamiento o a los 3 o 6 meses de seguimiento. Los autores concluyen que el éxito del tratamiento mediante hipnosis no está relacionado con el número o frecuencia de las sesiones o con la inclusión de técnicas cognitivo-conductuales. Este estudio está diseñado para determinar la manera más efectiva de aplicar un tratamiento para dejar de fumar mediante hipnosis, no para probar la eficacia de la hipnosis frente a otros tratamientos, ya que en todos los grupos de estudio se incluyen tratamientos mediante hipnosis.

En la presente revisión sólo se han encontrado dos estudios aleatorizados con una medida objetiva de la abstinencia y una muestra amplia de sujetos. Rabkin et al (1984) dividieron 168 voluntarios en cuatro grupos: hipnosis, educación para la salud, modificación de conducta y grupo control (lista de espera). El tratamiento hipnótico consistía en una sesión de 30 minutos según el método de Spiegel (1970) aplicado individualmente con autohipnosis sugerida. La educación para la salud consistía en una sesión grupal y otra individual con un enfoque didáctico, informando fundamentalmente sobre la incidencia del tabaco en la salud. El grupo de modificación de conducta se llevaba a cabo de forma grupal y consistía en 5 sesiones basadas en el método de control estimular. A las 3 semanas de terminar el tratamiento las tasas de abstinencia confirmadas mediante análisis de los niveles de tiocianato sérico fueron del 22,9% en el grupo de hipnosis, del 24% en el grupo de educación para la salud y del 30% en el grupo de modificación de conducta. En el grupo control no había ningún sujeto abstinentes. En el seguimiento a 6 meses las tasas de abstinencia fueron del 24%, 29% y 21% respectivamente. Los tres programas activos mostraron una reducción significativa en la cantidad referida de cigarrillos fumados y comparado con el inicio y con el grupo control. No hubo diferencia entre los 3 grupos ni después del tratamiento ni en el seguimiento a los 6 meses. Sin embargo, la abstinencia a los 6 meses no se confirmó con una medida bioquímica.

Carmody, et al. (2008) compararon la hipnosis con consejo conductual estándar, un tratamiento basado en la evidencia (Lancaster et al., 2005). Se asignó aleatoriamente a 286 fumadores a los dos grupos. Ambos grupos tuvieron 2 sesiones de 60 minutos y 3 llamadas telefónicas de seguimiento y estuvieron 2 meses con tratamiento de parches de nicotina. Los autores refieren que el tratamiento hipnótico estaba diseñado para promover el compromiso con la abstinencia a largo plazo y respuestas de afrontamiento de autorregulación (Capafons & Amigo, 1995; Lynn et. al. 1993), incorporando sugerencias e imaginación guiada como las desarrolladas por Spiegel (1994), Lynn et al. (1993), Green (1996, 1999) y Gorassini y Spanos (1986). El objetivo del tratamiento era que los participantes aprendiesen las habilidades de hipnosis y las utilizaran para aumentar su motivación y auto-eficacia para resistir las tentaciones de fumar. Como resultado del estudio, encontraron que a los

6 meses, basándose tanto en autoinformes como en medidas objetivas de la abstinencia, el 26% de los participantes en el grupo de hipnosis estaba abstinentes frente al 18 % del grupo de consejo conductual (Riesgo relativo (RR) = 1.44; 95% Intervalo de confianza (IC)= 0.91-2.30). A los 12 meses, el 20% de los participantes del grupo de hipnosis estaba abstinentes comparados con el 14% del grupo conductual. (RR = 1.40; 95% IC 0.81-2.42). Sin embargo hay que tener en cuenta que la abstinencia se definió como no fumar nada 7 días antes del seguimiento, por lo que no se tiene en cuenta el tabaco que se ha podido fumar antes de esa fecha. Asimismo, las personas que realizaron los seguimientos telefónicos conocían a qué tratamiento estaban asignados los pacientes. Por otra parte, el hecho de que los tratamientos hayan incluido parches de nicotina, limita las conclusiones que se pueden sacar del uso de la hipnosis sin otra intervención.

EVIDENCIA SOBRE LA EFICACIA DE LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL

A pesar de que el tratamiento del alcoholismo mediante hipnosis ha estado muy extendido en la práctica clínica durante muchos años, las revisiones previas señalan que los estudios realizados sobre el tema son escasos y la mayoría tienen importantes limitaciones metodológicas (Abrams, 1964; Wadden y Penrod, 1981). Hartman (1976) menciona distintos enfoques que se han utilizado en el tratamiento del alcoholismo mediante hipnosis, como los métodos de "Hipnoanálisis" la terapia grupal con hipnosis o la terapia con hipnosis basada en los principios del conductismo. Sin embargo, no aporta datos experimentales que apoyen estos métodos.

Uno de los métodos más extendidos en el tratamiento del alcoholismo mediante hipnosis es su uso en el marco del condicionamiento aversivo. Miller (1959, 1976) utilizó la hipnosis para recrear los efectos negativos del alcohol y asociarlos con el acto de beber. En un primer estudio (Miller, 1959) aplicó este método a 24 pacientes con alcoholismo crónico y refiere que en el periodo de seguimiento, que fue de media 9 meses, sólo 4 pacientes volvieron a consumir (tasa de abstinencia del 83%). Posteriormente (1976) trató a 150 alcohólicos y en el seguimiento a los 6 meses el 62% seguían sobrios. Sin embargo, no se han encontrado estudios controlados que prueben la eficacia de este método en el tratamiento de pacientes alcohólicos.

Otros autores también han propuesto métodos para el tratamiento del alcoholismo mediante hipnosis. Smith-Moorhouse (1969, citado en Wadden y Penrod , 1981) propuso que en lugar de utilizar condicionamiento aversivo o dar sugerencias directas para no beber, las sugerencias se debían centrar en potenciar los deseos de mejora del paciente y que se utilizara la hipnosis para aumentar la relajación. El autor refiere que de 182 pacientes, 43 eligieron ser tratados con hipnosis añadida al tratamiento estándar. La tasa de los que recibieron hipnosis fue superior que la de los que no lo

eligieron (85% frente a 59%), aunque sólo se tuvieron en cuenta los datos de los pacientes que terminaron la terapia y acudieron al seguimiento a los 6 meses. Potter (2004) describió un tratamiento intensivo e individualizado de 20 sesiones con hipnosis aplicado a 18 pacientes que sufrían un trastorno por abuso de sustancias, 15 de ellos con alcoholismo. Refiere que el 77% de los 18 participantes estaban abstinentes con al menos un año de seguimiento.

Gabrynowicz (1977, citado en Wadden y Penrod , 1981), añadió hipnosis a un tratamiento ambulatorio para alcohólicos. Les enseñaba técnicas de autohipnosis para manejar la ansiedad y la tensión resultante de la abstinencia alcohólica. Además se les pedía que debatiesen con el terapeuta para identificar las circunstancias que estaban asociadas con la ingesta problemática de alcohol, los efectos resultantes del abuso de alcohol y los beneficios de la abstinencia. En el seguimiento de 9 a 32 meses después del tratamiento, 19 de 25 pacientes estaban abstinentes.

Beahrs y Hill (1971, citados en Wadden y Penrod, 1981) utilizaron una inducción hipnótica en el contexto de la terapia grupal para facilitar la interacción entre los pacientes. Asimismo les enseñaron técnicas de autohipnosis con el fin de conseguir la relajación. Sólo aplicaron el tratamiento a los pacientes que tuviesen una alta sugestionabilidad. Los autores refieren que el 50% de los pacientes estaban abstinentes a los 8 meses de seguimiento.

Pekala et al (2004) realizaron un estudio con 300 pacientes con trastornos por abuso de alcohol u otras sustancias, aunque no se aclara en el artículo qué porcentaje de pacientes alcohólicos o dependientes a otras sustancias había. En el momento de ser dados de alta de un centro residencial, se les dividió en cuatro grupos que recibieron distintos tratamientos: auto-hipnosis, terapia cognitiva transteórica, de manejo del estrés (atención-placebo) o ningún tratamiento a parte de las visitas estándar (grupo control). Las tres intervenciones constaban de cuatro sesiones de 50 minutos. En el artículo los autores no aclaran exactamente cómo se desarrollaban las sesiones de hipnosis ni el método de inducción utilizado. A los 2 meses se realizó el seguimiento a 141 pacientes. Los 4 grupos mostraron la misma tasa de abstinencia (87%). Teniendo en cuenta las personas perdidas en el seguimiento la tasa sería del 47%. Sin embargo, los autores no aclaran cuántas personas se perdieron en el seguimiento en cada grupo de tratamiento.

Este estudio tiene varias limitaciones que hay que destacar a la hora de analizar sus resultados. En primer lugar no aclaran cómo se asignó a los pacientes a los distintos tratamientos. En segundo lugar, en el seguimiento se pierden un número elevado de pacientes: sólo tenemos datos en el seguimiento de menos de la mitad de los pacientes incluidos. Por último, el seguimiento es de sólo dos meses y no se cuenta con una medida objetiva de la abstinencia.

En la presente revisión sólo se han encontrado dos estudios aleatorizados referentes al tratamiento de la dependencia al alcohol mediante hipnosis. Edwards (1966) realizó un estudio con 40 pacientes alcohólicos en régimen interno. Comparó el tratamiento convencional con el mismo tratamiento más hipnosis. Se utilizaba el procedimiento de fijación ocular simple para la inducción hipnótica. Realizaba sesiones a diario hasta que el paciente era capaz de alcanzar "la máxima profundidad del trance" que pudiese conseguir con facilidad. Entonces se daban las sugerencias específicas: 1, rechazo del alcohol, deseo de mantener la abstinencia, y un sentido de logro y bienestar al conseguir la abstinencia. 2. la determinación de seguir tomando disulfiram y 3. interés en acudir a alcohólicos anónimos. Las sugerencias se daban 6 días seguidos y luego se reforzaban de forma primero semanal y luego mensual. Realizaron un seguimiento primero mensual y luego cada dos meses durante un año. No encontraron diferencias entre los dos grupos. Se pueden citar como limitaciones de este estudio el pequeño tamaño de la muestra y la ausencia de referencias a medidas objetivas para comprobar la abstinencia.

Posteriormente Jacobson y Silverskiöld (1973) realizaron un estudio aleatorizado con 80 pacientes alcohólicos. 40 pacientes del grupo control recibían el tratamiento protocolario de la clínica (medicación, visitas del trabajador social...) y 5 sesiones de psicoterapia. Por otro lado, los 40 pacientes del grupo experimental, recibían el mismo protocolo de tratamiento, pero en lugar de psicoterapia 5 sesiones de 15-20 minutos de tratamiento mediante hipnosis. La hipnosis comenzaba con un ejercicio de relajación, seguido de sugerencias de una relajación más profunda y una inducción hipnótica principalmente similar a la descrita por Wolberg (1948, p. 115). Posteriormente se daban sugerencias acerca de la indiferencia al alcohol y bienestar general como resultado de la abstinencia y el deseo de contactar con la clínica y pedir ayuda antes de beber el primer vaso. A los 6 meses de observación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos en medidas objetivas como el número de días que no acuden al trabajo por enfermedad, el número de visitas en estado de sobriedad o ebriedad o el número de ingresos en la clínica, aunque los resultados tendían a ser mejores en el grupo de hipnosis.

Los autores refieren que una limitación del estudio es no haber realizado una medida de la sugestionabilidad a los pacientes antes de realizar el estudio. Por otro lado, a pesar de que la terapia mediante hipnosis ha demostrado ser al menos tan eficaz como la psicoterapia utilizada, los autores definen a la psicoterapia como "de apoyo, enfocada en parte en los problemas agudos del paciente y en parte a motivarle para realizar acciones a largo plazo para combatir su problema con el alcohol" esta definición es bastante amplia y no describe qué es lo que los terapeutas hacían exactamente en el grupo control.

EVIDENCIA SOBRE LA EFICACIA DE LA HIPNOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA A OTRAS SUSTANCIAS

La mayoría de los estudios sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de otras adicciones se limitan a estudios de casos o series de casos, en muchas ocasiones de forma anecdótica. Por ejemplo: adicción a la cocaína (Page y Handley, 1993) al "drinamyl" (Kraft, 1968), al "talwin" (Kolouch, 1970), a múltiples sustancias (Copemann, 1977; Orman, D.J., 1991) y adicción a la inhalación de pegamento, (O'Connor, D., 1982).

Amigó (2007) aplicó la terapia de autorregulación emocional a 5 cocainómanos con el objetivo de recrear los efectos positivos de la sustancia. Torda (1968) describe un tratamiento psicoterapéutico en el que incluyó Hipnosis, aplicado a 25 pacientes adictos a la heroína. A pesar de los buenos resultados descritos en el artículo, debido a su diseño no se puede inferir que los resultados alcanzados se deban al tratamiento mediante hipnosis y no a otros factores. Sin embargo, hay excepciones a la falta de estudios controlados.

En un interesante estudio aleatorizado, Manganiello (1984) comparó un tratamiento psicológico estándar con el mismo tratamiento más hipnosis, aplicado a 70 pacientes adictos en tratamiento con metadona. Ambos grupos estuvieron en tratamiento activo 6 meses, con sesiones de entre 30 minutos y una hora.

El uso de la hipnosis en el grupo experimental incluyó una inducción de trance estándar y el uso de sugerencias hipnóticas para facilitar el condicionamiento encubierto y la desensibilización de los estímulos que conducían a conductas adictivas. Los sujetos aprendieron a utilizar técnicas de autohipnosis y se les animaba a hacerlo para aliviar síntomas de ansiedad y malestar. A los 6 meses de terminar el tratamiento, el 45,7% de las personas del grupo experimental habían dejado la metadona, mientras que ningún sujeto del grupo control lo había hecho. Asimismo, la dosis de metadona del grupo experimental era menor que la del grupo control. Las personas del grupo experimental mostraban significativamente menos malestar que las del grupo control y menos incidentes con sustancias ilícitas. El 94% de los sujetos que dejaron de tratarse con metadona siguieron abstinentes.

A pesar de que este estudio aporta datos positivos sobre la eficacia de la hipnosis en el tratamiento de las adicciones, estos datos no han sido replicados, por lo que habría que tener precaución en la generalización de los resultados.

RESULTADOS ENCONTRADOS SOBRE LA "HIPNOSIS" EN GENERAL

Ordenando los resultados de los estudios aleatorizados tomando la hipnosis como un único modo de tratamiento encontramos los siguientes resultados:

1-Hipnosis frente al no-tratamiento.

En general, la mayoría de los estudios demuestran que los tratamientos mediante hipnosis obtienen mejores resultados que el no tratamiento (Schubert, 1983; Cornwell et al., 1981; Williams & Hall, 1988; Rabkin et al., 1984; Elkins et al., 2006; Pederson et al., 1975; Hyman et al., 1986). Sin embargo, un estudio no confirma estos resultados (Valbø & Eide, 1996). Asimismo, Lambe et al. (1986) no pudieron encontrar que fuera superior a una intervención mínima y la lectura de un libro

2-Hipnosis frente al tratamiento placebo.

Los resultados a esta cuestión son contradictorios. Dos estudios encontraron que la hipnosis no es más eficaz que el tratamiento placebo (Barkley et al., 1977; Hyman et al., 1986), mientras que un estudio ha encontrado que sí (Williams & Hall, 1988).

3- Hipnosis frente a otros tratamientos activos

La mayoría de los estudios indican que los tratamientos mediante hipnosis son tan eficaces como otros tratamientos activos, por ejemplo psicoterapia de apoyo (Jacobson y Silverskiöld, 1973), "focussed smoking", (Hyman et al., 1986), educación para la salud y modificación de conducta (Rabkin et al., 1984). Sin embargo, otros estudios no llegan a la misma conclusión, y Perry et al. (1979) y Barkley et al. (1977) encontraron tasas de abstinencia superiores en un tratamiento de fumar rápido que en el grupo de hipnosis.

Por otro lado también se ha comprobado la eficacia de la hipnosis frente a un tratamiento cuando ambos grupos están recibiendo otro tratamiento. Pederson et al. (1980) encontraron una tasa de abstinencia superior para un grupo de hipnosis más apoyo frente a fumar rápido más apoyo. Carmody et al. (2008) halló que la hipnosis más parches de nicotina daba resultados ligeramente superiores al consejo conductual más parches de nicotina.

4-Un tratamiento más hipnosis frente al mismo tratamiento sin hipnosis

Algunos estudios sí han encontrado que la hipnosis aplicada a un tratamiento, hace que ese tratamiento sea más eficaz (Manganiello, 1984; Pederson et al., 1975). Sin embargo otros estudios no han encontrado estos resultados (Edwards, 1966; Pederson et al., 1980). Por otro lado, Pederson et al. (1979) encontró que depende de la modalidad de hipnosis utilizada. La hipnosis en vivo más apoyo psicológico sí resultó superior al apoyo psicológico solo, mientras que la hipnosis grabada y o la hipnosis sin sugerencias específicas (hipnosis-relajación) no añadieron más eficacia al tratamiento.

EFICACIA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE TRATAMIENTO MEDIANTE HIPNOSIS

Algunos de los estudios analizados en la presente revisión también han sido diseñados para determinar qué modalidades del tratamiento hipnótico son más eficaces.

Frank et al. (1986) no encontraron diferencias en la eficacia del tratamiento si se añaden técnicas cognitivo-conductuales, varía la frecuencia o el número de sesiones (de 2 a 5). De la misma forma, Cornwell et al. (1981) no encontraron diferencias significativas a los 2 meses entre aplicar un tratamiento hipnótico en una sesión o en cuatro sesiones, aunque la tasa de abstinencia tendía a ser superior en el tratamiento con múltiples sesiones (del 60% frente al 40%).

MacHovec y Man (1978) no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento hipnótico aplicado de forma grupal o individual, aunque la tasa de abstinencia era superior entre los que habían recibido el tratamiento individual (50% frente a 33%).

Pederson et al. (1979) encontraron que la hipnosis en vivo es significativamente superior a la hipnosis grabada cuando ambos tratamientos se realizaban con un tratamiento de apoyo psicológico añadido. Asimismo, la hipnosis en vivo resultó ser superior a la hipnosis "relajación", es decir, una inducción sin sugerencias específicas.

Por otro lado, Schubert (1983) no encontró diferencias significativas entre dos grupos de tratamiento que recibieron similares sugerencias pero uno de ellos en lugar de una inducción, tuvo relajación. Los resultados de Javel (1980) también apuntan en el mismo sentido.

DISCUSIÓN

El presente artículo ha revisado los estudios clínicos sobre la eficacia de la aplicación de la hipnosis en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. En el trastorno en que más estudios se han realizado es en el tratamiento de la dependencia a la nicotina. Salvando dos estudios sobre el alcoholismo y uno sobre desintoxicación de metadona, no existen estudios aleatorizados sobre el tratamiento de los trastornos por consumo de otras sustancias.

Hay que destacar que los estudios encontrados tienen numerosas limitaciones. A pesar de que varias revisiones previas resaltan la importancia de realizar estudios con una metodología fiable (Johnston y Donoghue, 1971; Green y Lynn, 2000; Wadden y Penrod, 1981), todavía son muy pocos los estudios que lo logran. La mayoría de los estudios encontrados no están controlados.

Entre los estudios aleatorizados, algunos tienen un seguimiento corto de la abstinencia, una muestra pequeña o no comprueban los resultados con medidas objetivas. Asimismo, una limitación de la mayoría de los estudios es la ausencia de una medida adecuada de la sugestionabilidad de los participantes. Si ignoramos el porcentaje de pacientes sugestionables que hay en cada grupo de tratamiento, no sabemos si los resultados del tratamiento pueden estar sesgados por esta variable

extraña. Por otro lado, también sería interesante saber de qué manera los tratamientos de los estudios varían en función de la sugestionabilidad de los pacientes.

Igualmente, llama la atención la disparidad de los resultados hallados en los estudios cuyas conclusiones en ocasiones, son distintas o incluso opuestas. Hay que tener en cuenta las diferencias entre la población a la que se aplican los tratamientos hipnóticos en los distintos estudios, que va desde voluntarios hasta pacientes o mujeres embarazadas que no buscan el tratamiento por propia voluntad. Quizá los distintos niveles de motivación de las poblaciones pueden estar influyendo en los resultados.

Por otro lado, bajo el término "hipnosis" se han aplicado técnicas muy diferentes. Es importante examinar los resultados teniendo en cuenta exactamente qué tratamiento está siendo aplicado, como ya han señalado otros autores (Holroyd, 1980, Nuland & Field; 1970, Katz, 1980). En líneas generales los resultados de los estudios parecen indicar que los tratamientos que se centran en la inducción del "trance" y la aportación de sugerencias en una concepción casi mágica de la hipnosis no obtienen buenos resultados empíricos (Edwards, 1966, Valbø y Eide, 1996). Por otro lado, los estudios que usan la hipnosis como técnica para potenciar métodos ya establecidos (Manganiello, 1984) y tratan de dotar a los pacientes de estrategias para aumentar su motivación y auto-eficacia (Carmody, et al., 2008) parecen los métodos que obtienen mejores resultados. Estos datos serían coherentes con la concepción de la hipnosis no como una terapia psicológica, sino como coadyuvante de otras formas de psicoterapia para facilitar el resultado terapéutico (Capafons, 1998; González-Ordi & Miguel Tobal, 1993). Sin embargo, esta cuestión habría que aclararla experimentalmente y determinar exactamente qué técnicas concretas son más eficaces para qué paciente en concreto.

Holroyd (1980) afirma que el estado hipnótico puede producir cambios como aumentar la sugestionabilidad, hacer la imaginación más vívida, disminuir la orientación a los estímulos externos, facilitar la concentración de la atención y un sentimiento de relajación profunda. Todos esos factores o su combinación podrían ser útiles para una persona en concreto. Dependiendo de las características personales de cada sujeto, como la sugestionabilidad, podría haber elementos del tratamiento que sean más o menos eficaces. Habría que seguir investigado por esta línea. Sin embargo, la mayoría de tratamientos mediante hipnosis son complejos y se aplican una gran cantidad de técnicas y sugerencias diferentes. Es difícil saber qué característica del proceso hipnótico técnica o sugestión fue eficaz para una persona concreta.

Por otro lado, en la presente revisión, los tratamientos mediante hipnosis tenían muchas diferencias en la forma de aplicar el tratamiento: se han aplicado procedimientos de una sesión frente a tratamientos intensivos, individuales frente a grupales, estandarizados frente a personalizados, con inducción formal o sin inducción. En los estudios con los que contamos no se han podido encontrar

variaciones significativas entre tratamientos hipnóticos con distinto número de sesiones (Frank et al., 1986; Cornwell et al., 1981) ni entre el tratamiento individual o grupal MacHovec y Man (1978). Sí han encontrado que la hipnosis en vivo resulta superior a la grabada (Pederson et al., 1979). Asimismo, los estudios también indican que no parece imprescindible una inducción formal del trance para que el tratamiento sea exitoso (Schubert, 1983; Javel, 1980). Y parece que sólo la inducción no es suficiente: es necesario aportar sugerencias específicas (Pederson et al., 1979). Sin embargo, como ya se ha señalado previamente, la evidencia es limitada, por lo que es necesario que aumenten los estudios que se pregunten no sólo si la hipnosis es eficaz o no, sino exactamente qué forma de aplicar la hipnosis es más eficaz.

CONCLUSIONES

En la presente revisión se han encontrado 18 estudios aleatorizados sobre el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias mediante hipnosis, 15 de ellos referidos a la dependencia a la nicotina.

Con la evidencia disponible en la actualidad, no se puede afirmar que la hipnosis sea un procedimiento empíricamente validado para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. En la dependencia a la nicotina algunos estudios han demostrado que es más eficaz que el no tratamiento y tan eficaz como otros tratamientos establecidos. Sin embargo, los resultados de algunos estudios son contradictorios. Las diferencias encontradas en los resultados de los estudios podrían explicarse en parte por las distintas técnicas que se usan bajo el término "hipnosis". Hay estudios prometedores sobre la eficacia de la hipnosis en el campo de las adicciones, en especial los que conciben la hipnosis como una herramienta para potenciar los métodos establecidos.

Por otro lado hay que destacar que la hipnosis es un procedimiento seguro, rápido y barato, que es aceptado por muchos pacientes, incluso cuando rechazan otros tratamientos (Hammond et al., 2004; Sood et al., 2006; Etter y Perneger, 2001). En la adicción al tabaco, los pacientes bien informados que decidan en función de sus criterios personales que quieren un tratamiento mediante hipnosis, se podrían beneficiar de este tratamiento.

Todavía queda mucho por estudiar en el campo de la hipnosis aplicada al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Es necesario realizar más experimentos que unan el rigor metodológico a una adecuada definición del tratamiento cuya eficacia está intentando determinar. Es importante que los estudios describan adecuadamente el tratamiento utilizado, tengan una muestra amplia, un seguimiento prolongado de los resultados (al menos 6 meses), comprueben la abstinencia con medidas objetivas, se manipule sólo una variable independiente cada vez, midan la sugestionabilidad de los pacientes y asignen a los sujetos de forma aleatoria a los grupos de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, S. (1964). An evaluation of hypnosis in the treatment of alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1160-1165.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – 4ª edición, Texto Revisado (DSM- IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Amigó, S., Zabicky, G. y García, J. (2007). Colocarse sin droga. Un nuevo enfoque desde la reducción del daño para dependientes a la cocaína. *Información Psicológica*, 89, 75-87.
- Barkley, R.A., Hastings, J.E. y Jackson, T.L. Jr. (1977). The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behaviour. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 7-17.
- Barnes, J., Dong, C.Y., McRobbie, H., Walker, N., Mehta, M. y Stead, L.F. (2010). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. Obtenido el 10 de junio de 2012, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001008.pub2/pdf>
- Bayot, A., Capafons, A. y Cardeña, E. (1997). Emotional self-regulation therapy: a new and efficacious treatment for smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 146-156.
- Behrs, J.O. y Hill, M.M. (1971). Treatment of alcoholism by group-interaction psychotherapy under hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 60-62.
- Becoña, E., Cortés, M.T., Pedrero, E.J., Fernández Hermida, J.R., Casete, L., Bermejo, M.P. et al. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Bryant, R.A., Moulds, M.L., Guthrie, R.M. y Nixon, R.D. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioural therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 334-340.
- Capafons, A. y Amigó S. (1995). Emotional self-regulation therapy for smoking reduction: description and initial empirical data. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 43, 7-19.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: una visión cognitivo-comportamental. *Papeles del psicólogo*, 69, 71-88.
- Carmody, T.P., Duncan, C., Simon, J.A., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S. y Delucchi, K. (2008). Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, 811-818.
- Chambless, D.L. y Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S. y Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 566-576.

- Copemann, C.D. (1977). Treatment of polydrug abuse and addiction by covert sensitization: some contraindications. *International Journal of the Addictions*, 12, 17-23.
- Cornwell, J., Burrows, G. D., y McMurray, N. (1981). Comparison of single and multiple sessions of hypnosis in the treatment of smoking behavior. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9, 61-76.
- Crasilneck, H.B. y Hall, J.A. (1968). The use of hypnosis in controlling cigarette smoking. *Southern Medical Journal*, 61, 999-1002
- Crawford, H.J. y Barabasz, A.F. (1993). Phobias and intense fears: facilitating their treatment with hypnosis. En J.W. Rhue, S.J. Lynn e I. Kirsch (dirs.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 311-338). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dawson, D.A., Goldstein, R.B. y Grant, B.F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from DSM-IV alcohol dependence: a 3-year follow-up. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 31, 2036-2045.
- Edwards, G. (1966). Hypnosis in treatment of alcohol addiction: Controlled trial, with analysis of factors affecting outcome. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 27, 221-241.
- Elkins, G., Marcus, J., Bates, J., Rajab, M.H. y Cook, T. (2006). Intensive hypnotherapy for smoking cessation: a prospective study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 303-315.
- Etter, J.F. y Perneger, T.V. (2001). Attitudes toward nicotine replacement therapy in smokers and ex-smokers in the general public. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 69, 175-183.
- Frank, R.G., Umlauf, R.L., Wonderlich, S.A. y Ashkanazi, G.S. (1986). Hypnosis and behavioral treatment in a worksite smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 11, 59-62.
- Gabrynowicz, J. (1977). Hypnosis in a treatment programme for alcoholism. *Medical Journal of Australia*, 1, 653-656.
- González Ordi, H. (2005). El empleo de las técnicas de sugestión e hipnosis en el control y reducción del dolor: implicaciones para la psicooncología. *Psicooncología*, 2, 117-130.
- González Ordi, H. (2006). Hipnosis Clínica: Aplicaciones de las técnicas de sugestión en psicología clínica y de la salud. *Psicología Conductual*, 14, 467-490.
- González-Ordi, H. y Miguel Tobal, J.J. (1993). Aplicación de las técnicas de hipnosis en el ámbito de la modificación de conducta. *Informació Psicológica*, 53, 41-51.
- Gorassini, D.R. y Spanos, N.P. (1986). A social-cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50, 1004-1012
- Green, J.P. (1996). Cognitive-behavioral hypnotherapy for smoking cessation: A case study in a group setting. En S.J. Lynn, I. Kirsch, y J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of Clinical Hypnosis*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Green, J.P. (1999). Hypnosis and the treatment of smoking cessation and weight loss. En: I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna y S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 249-276). Washinton, D.C.: American Psychological Association.
- Green, J.P., y Lynn, S.J. (2000). Hypnosis and suggestion- based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 195-224.
- Green, J.P., Barabasz, A.F., Barrett, D., y Montgomery, G.H. (2005). Forging ahead: The 2003 APA Division 30 definition of hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53, 259-264.
- Hall, J.A. y Crasilneck, H.B. (1970). Development of a hypnotic technique for treating chronic cigarette smoking. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 8(4), 283-289.
- Hammond, D., McDonald, P.W., Fong, G.T., y Borland, R. (2004). Do smokers know how to quit? Knowledge and perceived effectiveness of cessation assistance as predictors of cessation behaviour. *Addiction*, 99, 1042-1048.
- Hartman, B.J. (1976). Hypnotherapeutic approaches to the treatment of alcoholism. *Journal of the National Medical Association*, 68, 101-3, 147.
- Hays, J.T., Ebbert, J.O. y Sood, A. (2009). Treating tobacco dependence in light of the 2008 US Department of Health and Human Services clinical practice guideline. *Mayo Clinic Proceedings*, 84, 730-735.
- Holroyd, J. (1980). Hypnosis treatment for smoking: an evaluative review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 341-357.
- Hyman, G.J., Stanley, R.O., Burrows, G.D. y Horne, D.J. (1986). Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement. *Addictive Behaviors*, 11, 355-365.
- Jacobson, N.O. y Silverskiöld, N.P. (1973). A controlled study of a hypnotic method in the treatment of alcoholism, with evaluation by objective criteria. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 68, 25-31.
- Javel, A.F. (1980). One-session hypnotherapy for smoking: a controlled study. *Psychological Reports*, 46, 895-899.
- Johnston, E. y Donoghue, J.R. (1971). Hypnosis and smoking: a review of the literature. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13, 265-272.
- Katz, N.W. (1980). Hypnosis and the addictions: a critical review. *Addictive Behaviors*, 5, 41-47.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. y Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and

- service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr, George, T.P., Greenfield, S.F., Kosten, T.R. et al. (2007). American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Patients with substance use disorders. 2nd ed. *American Journal of Psychiatry*, 164, 5-123.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I. y Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 858-866.
- Kolouch, F.T. (1970). Hypnosis in living systems theory: a living systems autopsy in a polysurgical, polymedical, polypsychiatric patient addicted to talwin. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13, 22-34.
- Kraft, T. (1968). Successful treatment of a case of drinamyl addiction. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1363-1364.
- Lambe, R., Osier, C. y Franks, P. (1986). A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. *Journal of Family Practice*, 22, 61-65.
- Lancaster, T. y Stead L.F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. Obtenido el 10 de junio de 2012, de: <http://www.thecochranelibrary.com/SpringboardWebApp/userfiles/ccoch/file/World%20No%20Tobacco%20Day/CD001292.pdf>
- Lynn, S.J., Neufeld, V., Rhue, J.W. y Matorin, A. (1993). Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment. En: S.J. Lynn, J.W. Rhue y I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 555-585). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- MacHovec, F. J. y Man, S.C. (1978). Acupuncture and hypnosis compared: Fifty-eight cases. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 45-47.
- Magill, M. y Ray, L.A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 516-527.
- Manganiello, A.J. (1984). A comparative study of hypnotherapy and psychotherapy in the treatment of methadone addicts. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 26, 273-279.
- Miller, M.M. (1959). Treatment of chronic alcoholism by hypnotic aversion. *Journal of the American Medical Association*, 171, 1492-1495.
- Miller, M.M. (1965). Hypno-aversion treatment of nicotineism. *Journal of the National Medical Association*, 57, 480-482.
- Miller, M.M. (1976). Hypnoaversion treatment in alcoholism, nicotineism and weight control. *Journal of the National Medical Association*, 68, 129-130.
- Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. y Gerberding, J.L. (2000). Actual causes of death in the United States, 2000. *JAMA*. 291, 1238-1245.
- Montgomery, G.H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J.H. y Bovbjerg, D.H. (2002) The effectiveness

- of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Moore, B.A. y Budney, A.J. (2003). Relapse in outpatient treatment for marijuana dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 85-89.
- Nuland, W. y Field. P.B. (1970). Smoking and hypnosis: a systematic clinical approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 290-306.
- Observatorio Español sobre Drogas. Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas, 1987-2007. Obtenido el 14 de mayo de 2012 de:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/AdmisionesTratamiento.pdf>
- Observatorio Español sobre Drogas. Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), 2007. Obtenido el 14 de mayo de:
<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Domiciliaria2007.pdf>
- O'Connor, D. (1982). The use of suggestion techniques with adolescents in the treatment of glue sniffing and solvent abuse. *Human Toxicology*, 1, 313-320.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.
- Orman, D.J. (1991). Reframing of an addiction via hypnotherapy: a case presentation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 263-271.
- Page, R.A. y Handley, G.W. (1993). The use of hypnosis in cocaine addiction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 120-123.
- Pederson, L.L., Scrimgeour, W.G. y Lefcoe, N.M. (1979). Variables of hypnosis which are related to success in a smoking withdrawal program. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 14-20.
- Pederson, L.L., Scrimgeour, W.G. y Lefcoe, N.M. (1980). Incorporation of rapid smoking in a community service smoking withdrawal program. *International Journal of the Addictions*, 15, 615-629.
- Pederson, L.L., Scrimgeour, W.G., y Lefcoe, N.M. (1975). Comparison of hypnosis plus counseling, counseling alone, and hypnosis alone in a community service smoking withdrawal program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 920.
- Pekala, R.J., Maurer, R., Kumar, V.K., Elliott, N.C., Masten, E., Moon, E. y Salinger, M. (2004). Self-hypnosis relapse prevention training with chronic drug/alcohol users: effects on self-esteem, affect, and relapse. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 281-297.
- Penberthy, J.K., Ait-Daoud, N., Vaughan, M. y Fanning, T. (2010). Review of treatment for cocaine dependence. *Current Drug Abuse Reviews*, 3, 49-62.
- Perry, C., Gelfand, R. y Marcovitch, P. J. (1979). The relevance of hypnotic susceptibility in the clinical context. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 592-603.

- Potter, G. (2004). Intensive therapy: utilizing hypnosis in the treatment of substance abuse disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47, 21-28.
- Rabkin, S.W., Boyko, E., Shane, F. y Kaufert, J. (1984). A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. *Addictive Behaviors*, 9, 157-173.
- Sanders, S. (1977). Mutual group hypnosis and smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 131-135.
- Santora, P.B. y Hutton, H.E. (2008). Longitudinal trends in hospital admissions with co-occurring alcohol/drug diagnoses, 1994-2002. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 1-12.
- Schubert, D.K. (1983). Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 198-202.
- Shenefelt, P.D. (2000). Hypnosis in dermatology. *Archives of Dermatology*, 136, 393-399.
- Shewchuk, L.A., Dubren, R., Burton, D., Forman, M., Clark, R.R. y Jaffin, A.R. (1977). Preliminary observations on an intervention program for heavy smokers. *International Journal of the Addictions*, 12, 323-336.
- Smith-Moorhouse P.M. (1969). Hypnosis in the treatment of alcoholism. *British Journal of Addiction of Alcohol and Other Drugs*, 64, 47-55.
- Sood, A., Ebbert, J.O., Sood, R. y Stevens, S.R. (2006). Complementary treatments for tobacco cessation: a survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 767-771.
- Spiegel, D. (1994). Hypnosis. En: R. E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press Textbook of psychiatry* (pp. 1115-1142). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Spiegel, H. (1970). A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 235-250.
- Stanton, H.E. (1978). A one-session hypnotic approach to modifying smoking behavior. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26, 22-9.
- Stewart, J.H. (2005). Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 80, 511-524.
- Stoelb, B.L., Molton, I.R., Jensen, M.P. y Patterson, D.R. (2009). The efficacy of hypnotic analgesia in adults: A review of the literature. *Contemporary Hypnosis*, 26, 24-39.
- Torda, C. (1968). An effective therapeutic procedure for the heroin addict. *Perceptual & Motor Skills*, 26, 753-754.
- Valbø, A. y Eide, T. (1996). Smoking cessation in pregnancy: the effect of hypnosis in a randomized study. *Addictive Behaviors*, 21, 29-35.
- Von Dedenroth, T.E. (1964). The use of hypnosis with "Tobaccomaniacs". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 326-331.
- Wadden, T.A. y Penrod, J.H. (1981). Hypnosis in the treatment of alcoholism: a review and appraisal.

- American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 41-47.
- Watkins, H.H. (1976). Hypnosis and smoking: a five-session approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 381-390.
- Weitzenhoffer, A.M. y Hilgard, E.R. (1967). *Revised Stanford profile scale of hypnotic susceptibility, Form I and II*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Whitehead, W.E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54, 7-20.
- Williams, J.M. y Hall, D.W. (1988). Use of single session hypnosis for smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 13, 205-20.
- Wittchen, H.U. y Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wolberg, L.R. (1948). *Medical Hypnosis*, Vol. 1. Grune & Stratton, New York.
- Yapko, M.D. (2001). *Treating depression with hypnosis: integrating cognitive-behavioral and strategic approaches*. Nueva York: Brunner-Routledge.

Manuscrito recibido: 12/09/2012

Revisión recibida: 26/10/2012

Manuscrito aceptado: 31/10/2012