



THE COCHRANE
COLLABORATION®

Hipnosis para la esquizofrenia

Izquierdo de Santiago A, Khan M

Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2

Producido por



Si desea suscribirse a "La Biblioteca Cochrane Plus", contacte con:

Update Software Ltd, Summertown Pavilion, Middle Way, Oxford OX2 7LG, UK

Tel: +44 (0)1865 513902 Fax: +44 (0)1865 516918

E-mail: info@update.co.uk

Sitio web: <http://www.update-software.com>

Usado con permiso de John Wiley & Sons, Ltd. © John Wiley & Sons, Ltd.

Ningún apartado de esta revisión puede ser reproducido o publicado sin la autorización de Update Software Ltd.

Ni la Colaboración Cochrane, ni los autores, ni John Wiley & Sons, Ltd. son responsables de los errores generados a partir de la traducción, ni de ninguna consecuencia derivada de la aplicación de la información de esta Revisión, ni dan garantía alguna, implícita o explícitamente, respecto al contenido de esta publicación.

El copyright de las Revisiones Cochrane es de John Wiley & Sons, Ltd.

El texto original de cada Revisión (en inglés) está disponible en www.thecochranelibrary.com.



ÍNDICE DE MATERIAS

RESUMEN.....	1
RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS.....	2
ANTECEDENTES.....	2
OBJETIVOS.....	3
CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN.....	3
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	4
MÉTODOS DE LA REVISIÓN.....	5
DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	6
CALIDAD METODOLÓGICA.....	8
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	9
CONCLUSIONES DE LOS AUTORES.....	10
AGRADECIMIENTOS.....	11
POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS.....	11
FUENTES DE FINANCIACIÓN.....	11
REFERENCIAS.....	11
TABLAS.....	13
Characteristics of included studies.....	13
Characteristics of excluded studies.....	14
Table 01 Suggestions for future trial design.....	14
CARÁTULA.....	15
RESUMEN DEL METANÁLISIS.....	16
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS.....	17
01 HIPNOSIS versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR	17
01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas).....	17
02 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB).....	17
03 Trastornos de movimiento: Puntuaciones promedio - a las ocho semanas (escala de discinesia tardía de Smith, puntuación alta = deficiente).....	18
04 Función neurocognitiva: Puntuaciones promedio - a los 90 minutos.....	18
02 HIPNOSIS versus RELAJACIÓN.....	19
01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas).....	19
02 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB).....	19
03 Trastornos de movimiento: Puntuaciones promedio - a las ocho semanas (escala de discinesia tardía de Smith, puntuación alta = deficiente).....	19
04 Función neurocognitiva: Puntuaciones promedio - a los 90 minutos.....	20
03 HIPNOSIS versus MÚSICA.....	20
01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas).....	20

Hipnosis para la esquizofrenia

Izquierdo de Santiago A, Khan M

Esta revisión debería citarse como:

Izquierdo de Santiago A, Khan M. Hipnosis para la esquizofrenia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Fecha de la modificación más reciente: 12 de mayo de 2004

Fecha de la modificación significativa más reciente: 20 de agosto de 2007

RESUMEN

Antecedentes

Muchas personas con esquizofrenia continúan presentando síntomas a pesar del uso de los tratamientos convencionales. Las terapias alternativas como la hipnosis, conjuntamente con los tratamientos convencionales, pueden ser útiles.

Objetivos

Investigar el uso de la hipnosis para pacientes con esquizofrenia o con enfermedades similares a la esquizofrenia en comparación con la atención estándar y otras intervenciones.

Estrategia de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group) (octubre de 2006), se estableció contacto con el Cochrane Complementary Medicine Field para realizar búsquedas adicionales (enero de 2003), se realizaron búsquedas manuales de las referencias de los estudios incluidos o excluidos y se establecieron contactos personales con los autores de los ensayos relevantes.

Criterios de selección

Se incluyeron todos los ensayos aleatorios o controlados doble ciego que compararon la hipnosis con otros tratamientos o con la atención estándar en pacientes con esquizofrenia.

Recopilación y análisis de datos

Se seleccionaron los estudios, se evaluó su calidad y se extrajeron los datos de modo fiable. Se excluyeron los datos de estudios con pérdidas durante el seguimiento superiores al 50% en cualquiera de los grupos. Para los resultados binarios se calculó un cociente de riesgo (CR) con el modelo efectos fijos y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados principales

Se incluyeron tres estudios (total n = 149). Cuando se comparó la hipnosis con el tratamiento estándar, no hubo abandonos de los estudios entre las semanas 1-8 (n = 70; 2 ECAs; diferencia de riesgos 0,00; IC: -0,09 a 0,09). Las puntuaciones del estado mental no se mostraron afectadas (n = 60; un ECA; DM BPRS a la semana -3,6; IC: -12,05 a 4,8) debido a que eran medidas de los trastornos del movimiento y de la función neurocognitiva. Comparada con la relajación, la hipnosis fue también aceptable (n = 106; 3 ECAs; RR de abandono precoz del estudio 2,00; IC: 0,2 a 2,15) y no presentó efectos discernibles sobre el estado mental (n = 60; un ECA; DM BPRS a la semana -3,4; IC: -11,4 a 4,6), trastornos del movimiento o la función neurocognitiva. La hipnosis fue tan aceptable como la música (Sibelius) a las cuatro semanas (n = 36; RR de abandono precoz del estudio 5,0; IC: 0,3 a 97,4).

Conclusiones de los autores

Los estudios en este campo son escasos, pequeños, desactualizados y su comunicación es inadecuada. La hipnosis podría ser útil para las personas con esquizofrenia. Para investigar este tema, es necesario contar con estudios aleatorios, mejor diseñados, realizados e informados. La actualización presente no ha revelado estudios nuevos en esta área desde 2003.



RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Hipnosis para la esquizofrenia

Los antipsicóticos son el tratamiento más efectivo para las personas con esquizofrenia. Sin embargo, algunas personas, a pesar de tomar la medicación, continúan presentando síntomas o efectos adversos incapacitantes. Por lo tanto, se observa una necesidad creciente de considerar modalidades alternativas de tratamiento para la esquizofrenia. La hipnosis se ha utilizado con éxito variado en otros trastornos y podría ayudar a las personas con esquizofrenia. En esta revisión se buscaron y se hallaron ensayos relevantes a los efectos de la hipnosis sola o conjuntamente con otros tratamientos para la esquizofrenia.

Se hallaron tres estudios que se pudieron incluir en esta revisión con un total de 149 participantes. La duración de los estudios varió de una a ocho semanas. En cuanto a las medidas de resultado, algunos datos no se presentaron adecuadamente y, en consecuencia, no fueron apropiados para el análisis. La hipnosis se comparó con el tratamiento estándar, con una intervención de relajación y con la música. Los datos de los efectos de la hipnosis sobre el estado mental se informaron mal y sólo fue posible incluir las puntuaciones de un estudio ($n = 80$) que demostraron que no hubo diferencias significativas entre los grupos. Los participantes que abandonaron los estudios temprano fueron pocos ($n = 2$ en un ensayo, grupo con hipnosis). Los resultados que consideraron el efecto de la hipnosis sobre los trastornos del movimiento y las funciones cognitivas se presentaron en dos estudios individuales; los resultados muestran que no hubo diferencias entre los grupos. La hipnosis no pareció tener efectos adversos para los participantes, al menos a corto plazo.

Los estudios incluidos en esta revisión son obsoletos, de duración insuficiente y los participantes son demasiado pocos para realizar hallazgos concluyentes. Para poder evaluar la función de la hipnosis en el tratamiento de la esquizofrenia, es necesario contar con más estudios bien diseñados.



ANTECEDENTES

La Clasificación Internacional de las Enfermedades describe la esquizofrenia como una enfermedad mental que presenta distorsiones del pensamiento y de la percepción características y fundamentales, además de un estado de ánimo (afecto) embotado o inapropiado, en plena conciencia (WHO 1992). Si bien la medicación es la base del tratamiento para la esquizofrenia, entre el 5% y el 15% de las personas siguen presentando síntomas a pesar del tratamiento con medicación (Johnstone 1998)). Recientemente, se observó un aumento del interés en los efectos de las terapias psicológicas y de otras terapias en el tratamiento de la esquizofrenia cuando se utilizan conjuntamente con un tratamiento farmacológico.

La American Psychological Association define la hipnosis como un "procedimiento durante el cual un profesional o investigador de la salud sugiere a un cliente, paciente o sujeto cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta". El contexto hipnótico generalmente se establece mediante un procedimiento de inducción. Potencialmente, la hipnosis médica podría ser utilizada sola en el tratamiento de la esquizofrenia. En la práctica, sin embargo, la hipnosis se considera más bien como un complemento para facilitar y mejorar otros tratamientos para la esquizofrenia. Se observa la existencia de duda y controversia en relación al uso de la hipnosis en el tratamiento de la esquizofrenia que se centra en la duda con respecto a si los pacientes psicóticos son hipnotizables (Lavoie 1980) y si la técnica podría precipitar o agravar los síntomas psicóticos (Auerback 1962). Los partidarios de la hipnosis la recomiendan como una herramienta segura y valiosa para el

tratamiento de los síntomas psicóticos (Scagnelli 1982) y existen numerosos informes de casos en la literatura que describen el éxito de la hipnoterapia para el control de la esquizofrenia aguda y crónica (Biddle 1967)).

Recientemente, se observó un aumento del número de profesionales de atención sanitaria (especialmente médicos, psicólogos y dentistas) interesados en el uso de la hipnosis para un amplio rango de problemas físicos y psicológicos. La mayoría de las descripciones de su utilización en la esquizofrenia provienen de pacientes individuales de Norteamérica. Es difícil estimar la disponibilidad de la hipnosis actualmente. En el Reino Unido, la mayoría de los terapeutas trabajan en el sector privado.

Antecedentes técnicos

Los pacientes responden a la hipnosis de diferentes maneras. Algunos describen la experiencia como un estado de alteración de la conciencia, mientras que otros la describen como un estado normal de concentración de la atención en el que se sienten muy tranquilos y relajados. Esta distinción en la experiencia ha dado lugar a diferentes teorías de la hipnosis. Los teóricos del "estado especial" creen que la hipnosis es un "estado alterado de la conciencia" que permite el acceso a los pensamientos y sentimientos inconscientes. La teoría de neodisociación (Hilgard 1991) es la defensora actual de este modelo de hipnosis. Los teóricos de la "ausencia de estado" o teóricos "sociocognitivos" argumentan que el estado hipnótico es una conducta social, subproducto directo de la sugestión. Los defensores de esta teoría proponen que la hipnosis podría deberse a la representación de roles (Sarbin 1950) o a la imaginación creativa.

No existe un marco consensuado para administrar la hipnosis. Tradicionalmente, según la "teoría del estado", el procedimiento implica: i. información, explicación de la hipnosis y discusión de conceptos erróneos frecuentes; ii. procedimiento de inducción, como la fijación de la vista; iii. técnicas de profundización, como la relajación muscular progresiva y/o la relajación mediante la respiración; iv. sugerencias terapéuticas, como la imaginación guiada, las técnicas de anclaje (anchoring techniques) y el fortalecimiento del yo (también se pueden utilizar la sugestión después de la hipnosis, especialmente para facilitar la autohipnosis); v. fase de alerta, esto implica orientación respecto al entorno. El modelo "sociocognitivo" de la hipnosis no utiliza generalmente un procedimiento de inducción.

OBJETIVOS

Investigar los efectos de la hipnosis en las personas con esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia, en comparación con la atención estándar y otras intervenciones.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorios relevantes. En los casos en que se describió un ensayo como "doble ciego", pero estaba implícito que el estudio era aleatorio, se incluyeron estos ensayos en un análisis de sensibilidad. De no observarse una diferencia significativa en las medidas de resultado primarias (ver tipos de medidas de resultado) al agregar los estudios "de asignación al azar implícita", entonces éstos se incluían en el análisis final. En caso de observarse una diferencia importante, sólo se utilizaron los ensayos claramente aleatorios y se describieron los resultados del análisis de sensibilidad en el texto. Se excluyeron los estudios cuasialeatorios, como aquellos que realizaban la asignación mediante el uso de días de la semana alternos.

Tipos de participantes

Personas con diagnóstico clínico de esquizofrenia o enfermedades similares a la esquizofrenia. Para los fines de esta revisión las "enfermedades similares a la esquizofrenia" son trastornos esquizo-afectivos, trastornos delirantes, "enfermedades mentales crónicas/graves" pero, cuando resultó posible, se excluyeron los participantes que presentaban trastorno afectivo bipolar o psicosis orgánicas relacionadas. Los ensayos incluyeron participantes de cualquier edad, nacionalidad y sexo. Los ensayos incluyeron participantes tratados en cualquier ámbito de tratamiento, sin importar la duración de la enfermedad. Se destacaron los estudios cuando incluyeron una prueba preliminar de la predisposición individual a la hipnosis. Para el grupo de los ensayos en los que se consideró que los participantes presentaban una elevada

predisposición, se compararon los resultados para las medidas de resultado primarias con los resultados de los estudios en los que se determinó que la susceptibilidad no era alta. Posteriormente, se realizó la comparación con los resultados de los estudios en los que no se registró susceptibilidad. Cuando estos datos estuvieron disponibles, se agregaron los subgrupos por separado pero se realizó una síntesis general.

Tipos de intervención

1. Hipnosis sola

Las técnicas utilizadas deben haber incluido algún elemento de i. información y prueba de susceptibilidad a la hipnosis, explicación de la hipnosis y discusión de los conceptos erróneos frecuentes; ii. procedimiento de inducción, como la fijación de la vista; iii. técnicas de profundización, como la relajación muscular progresiva y/o la relajación mediante la respiración; iv. sugerencias terapéuticas, como la imaginación guiada, las técnicas de anclaje (anchoring techniques) y el fortalecimiento del yo (también se puede utilizar la sugestión después de la hipnosis, especialmente para facilitar la autohipnosis); o v. fase de alerta, que implica la orientación respecto al entorno. Además, se incluyeron los estudios que no fueron explícitos en cuanto a los ítems utilizados en la técnica hipnótica pero en los que se afirmó que se utilizó la hipnosis.

2. Hipnosis con medicación

"Medicación" refiere a cualquier tratamiento con fármacos psicotrópicos.

3. Hipnosis con otras terapias

"Otras terapias" se refieren a terapias psicológicas que pertenecen específicamente a una escuela o enfoque determinados, p.ej. terapia cognitivo conductual, terapia familiar, terapia psicodinámica, terapia de habilidades sociales y terapia de apoyo.

4. Atención convencional

El nivel normal de atención psiquiátrica que se proporciona en el área donde se realiza el ensayo. Dicha atención incluye las intervenciones como medicación, hospitalización, aportaciones extrahospitalarias de la psiquiatría y hospitales de día.

Tipos de medidas de resultado

1. Muerte: suicidio y causas naturales

2. Estado global

2.1 Recurrencia*

2.2 Tiempo hasta la recaída

2.3 Sin cambios clínicamente importantes en el estado general

2.4 Sin ningún cambio en el estado global

2.5 Media final de la puntuación del estado global

2.6 Cambio promedio en las puntuaciones del estado general

3. Medidas de resultado del servicio

3.1 Hospitalización

3.2 Tiempo hasta la hospitalización

4. Estado mental

- 4.1 Sin cambio clínicamente importante en el estado mental general*
 - 4.2 Sin ningún cambio en el estado mental general
 - 4.3 Media final de la puntuación del estado mental general
 - 4.4 Cambio promedio en las puntuaciones de estado mental general
 - 4.5 Ningún cambio clínicamente importante en los síntomas específicos
 - 4.6 Ningún cambio en los síntomas específicos
 - 4.7 Media final de la puntuación de los síntomas específicos
 - 4.8 Cambio promedio en las puntuaciones de los síntomas específicos
 - 5. Abandono temprano del estudio
 - 5.1 Por cuestiones específicas
 - 5.2 Por cuestiones generales
 - 6. Funcionamiento general
 - 6.1 Sin cambio clínicamente importante en el funcionamiento general
 - 6.2 Ningún cambio en el funcionamiento general
 - 6.3 Media final de la puntuación del funcionamiento general
 - 6.4 Cambio promedio en las puntuaciones del funcionamiento general
 - 6.5 Ningún cambio clínicamente importante en los aspectos específicos del funcionamiento, como aptitudes sociales o de vida
 - 6.6 Ningún cambio en los aspectos específicos del funcionamiento, como aptitudes sociales o de vida
 - 6.7 Media final en aspectos específicos de la funcionalidad, como las habilidades cotidianas o sociales
 - 6.8 Cambio promedio en los aspectos específicos del funcionamiento, como aptitudes sociales o de vida
 - 7. Conducta
 - 7.1 Ningún cambio clínicamente importante en la conducta general
 - 7.2 Ningún cambio en la conducta general
 - 7.3 Media final de la puntuación de la conducta general
 - 7.4 Cambio promedio en las puntuaciones de la conducta general
 - 7.5 Sin cambio clínicamente importante en aspectos específicos de la conducta
 - 7.6 Ningún cambio en los aspectos específicos de la conducta
 - 7.7 Media final de aspectos específicos de la conducta
 - 7.8 Cambio promedio en aspectos específicos de la conducta
 - 8. Efectos adversos
 - 8.1 Sin efectos adversos generales clínicamente importantes
 - 8.2 Sin efectos adversos generales
 - 8.3 Media final de la puntuación de los efectos adversos
 - 8.4 Cambio promedio en las puntuaciones de los efectos adversos generales
 - 8.5 Sin cambios clínicamente importantes en los efectos adversos específicos
 - 8.6 Sin cambios en los efectos adversos específicos
 - 8.7 Media final de efectos adversos específicos
 - 8.8 Cambio promedio en los efectos adversos específicos
 - 9. Compromiso con los servicios
 - 9.1 Ningún compromiso clínicamente importante
 - 9.2 Ningún compromiso
 - 9.3 Media final de la puntuación de la variable compromiso
 - 9.4 Cambio promedio en las puntuaciones del compromiso
 - 10. Satisfacción con el tratamiento
 - 10.1 El destinatario de la atención no estuvo satisfecho con el tratamiento
 - 10.2 Puntuación promedio de la satisfacción del destinatario de la atención
 - 10.3 Cambio promedio de las puntuaciones de satisfacción del destinatario de la atención
 - 10.4 Cuidador no satisfecho con el tratamiento
 - 10.5 Puntuación promedio de la satisfacción del cuidador
 - 10.6 Cambio promedio en las puntuaciones de satisfacción
 - 11. Calidad de vida
 - 11.1 Sin cambios clínicamente importantes en la calidad de vida
 - 11.2 Ningún cambio en la calidad de vida
 - 11.3 Media final de la puntuación de la calidad de vida
 - 11.4 Cambio promedio en las puntuaciones de la calidad de vida
 - 11.5 Sin cambios clínicamente importantes en los aspectos específicos de la calidad de vida
 - 11.6 Sin cambios en los aspectos específicos de la calidad de vida
 - 11.7 Media final en aspectos específicos de la calidad de vida
 - 11.8 Cambio promedio en los aspectos específicos de la calidad de vida
 - 12. Medidas de resultado económicas
 - 12.1 Costes directos
 - 12.2 Costes indirectos
- * Medidas de resultado principales de interés
- Se informaron todos los resultados a corto plazo (hasta 12 semanas), a medio plazo (13 a 26 semanas) y a largo plazo (más de 26 semanas).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

- 1. Búsquedas electrónicas
- Se realizaron búsquedas en el Registro Especializado de Ensayos Controlados del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (Cochrane Schizophrenia Group) (octubre de 2006) mediante la frase:
- [hypno* or autogenic* or mesmer* or guided ima* in title, abstract or index terms of REFERENCE] or [hypno* in interventions of STUDY]
- Este registro está compilado mediante búsquedas sistemáticas de las bases de datos principales, búsquedas manuales y resúmenes de congresos (ver Módulo del Grupo).

2. Búsquedas anteriores

Se estableció contacto con el Área de Medicina Complementaria de la Colaboración Cochrane (Cochrane Complementary Medicine Field) para realizar búsquedas adicionales en 2003.

3. Búsquedas manuales

Cuando se inspeccionaron las búsquedas electrónicas y se destacaron los informes de posible relevancia, (ver Métodos 1.1), se enumeraron las fuentes de estos informes. Si los estudios provenían claramente de revistas clave, se comprobó si ya se habían realizado búsquedas manuales en estas revistas. Si todavía no se habían realizado búsquedas en dichas revistas, se mencionaron los años en que se publicaron los artículos relevantes y se realizaron búsquedas manuales en dichas revistas durante las décadas mencionadas. Además, se realizaron búsquedas en conferencias relevantes específicas en sitios de Internet con la frase "hypnosis and conference" y, cuando fue posible, se obtuvieron libros de las actas de congresos para una investigación adicional.

4. Búsquedas de referencias

También, se inspeccionaron las referencias de todos los estudios relevantes incluidos, excluidos, en espera de evaluación y en curso en busca de estudios adicionales.

5. Contacto personal

Se estableció contacto con los autores de los estudios relevantes para solicitarles otras fuentes de información significativa.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

1. Selección de los ensayos:

Los autores AIS y MK inspeccionaron de forma independiente las citas identificadas a partir de las búsquedas. Se identificaron los resúmenes potencialmente relevantes y se solicitaron los artículos completos para volver a evaluar su inclusión y calidad metodológica. Se debatieron e informaron todas las discrepancias.

2. Los ensayos se asignaron a tres categorías de calidad, según se describió en el Manual de la Colaboración Cochrane (Cochrane Collaboration Handbook) (Higgins 2005) nuevamente, se realizó el trabajo de forma independiente. Cuando surgieron desacuerdos con respecto a qué categoría pertenecía un ensayo se intentó resolver mediante discusión. En los casos en que no fue posible y se necesitó más información, no se introdujeron los datos en los análisis sino que se asignó el estudio a la lista de los estudios en espera de evaluación. En la revisión sólo se incluyeron ensayos de Categoría A o B.

3. Tratamiento de los datos

3.1 Extracción de los datos

Nuevamente, de forma independiente AIS y MK realizaron la extracción de los datos, y, cuando fue necesario contar con mayor aclaración, dichos revisores se comunicaron con los autores de los ensayos para obtener los datos que faltaban.

3.2 Análisis por tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis)

Se excluyeron los datos de los estudios que registraron pérdidas durante el seguimiento superiores al 50% en cualquiera de los grupos (este criterio no se aplicó para la medida de resultado "abandono precoz del estudio"). En los estudios con una tasa de abandono menor al 50%, se consideró que las personas que abandonaban temprano habían tenido un resultado negativo, con excepción del evento de muerte. En el protocolo, se planificó analizar la repercusión de la inclusión de los estudios con tasas altas de deserción (25%-50%) en un análisis de sensibilidad para las medidas de resultado primarias. Cuando la inclusión de los datos de este último grupo produjo un cambio significativo en la estimación del efecto, se planificó no agregar estos datos a los ensayos con menos deserción sino presentarlos por separado.

4. Análisis de los datos

4.1 Datos binarios

Para los resultados binarios se calculó una estimación estándar del cociente de riesgos (CR) y el correspondiente intervalo de confianza (IC) del 95%. Cuando se halló heterogeneidad, se decidió utilizar un modelo de efectos aleatorios (ver sección 5).

4.2 Datos continuos

Los datos continuos de los resultados en los ensayos pertinentes para los temas sobre salud mental habitualmente no siguen una distribución normal. Para evitar el peligro de aplicar pruebas paramétricas a datos no paramétricos, se aplicaron las siguientes normas a los datos continuos del valor final antes de su inclusión: (a) las desviaciones estándar y medias se informaron en el artículo o pudieron obtenerse de los autores; (b) cuando una escala comenzaba a partir de 0, la desviación estándar, multiplicada por 2, debía ser menor que la media (ya que de otra manera es poco probable que la media sea una medida apropiada de distribución central; Altman 1996); En los casos en que los datos superaran la media, los mismos se introdujeron en la tabla "Otros datos" como datos asimétricos. Si una escala comienza con un valor positivo (como la escala PANSS, que puede alcanzar valores de 30 a 210) se deben modificar los cálculos descritos con anterioridad en (b) para tener en cuenta el punto inicial de la escala. En estos casos, la asimetría está presente si $2DE > (S - S_{min})$, donde S es la puntuación media y S_{min} es la puntuación mínima. Se informaron los datos con una distribución que no es normal (asimétricos) en las tablas "otros tipos de datos".

4.2.2 Estadísticas de resumen: para las medidas de resultado continuas se calculó la diferencia de medias ponderada (DMP) entre los grupos. Nuevamente, si se registró heterogeneidad (ver sección 5), se utilizó un modelo de efectos aleatorios.

4.2.3 Escalas válidas: los datos continuos de las escalas de calificación se incluyeron sólo si el instrumento de medición había sido descrito en una publicación revisada por pares y el instrumento consistía en un autoinforme o lo había completado

un evaluador independiente o un familiar (no el terapeuta, Marshall 2000)); de lo contrario, se aclaró este dato en el texto. No se agruparon datos de diferentes escalas.

4.2.4 Valores finales versus valores de cambio: cuando fue posible, se presentaron los valores finales y si los valores finales y los valores de cambio estaban disponibles para las mismas medidas de resultado, luego se señalaron ambos en esta revisión.

4.2.5 Ensayos por grupos (Cluster trials)

No se halló este tipo de estudios en esta revisión. Aunque los estudios emplean cada vez más la asignación al azar por grupos (como la asignación al azar según el médico o el consultorio), el análisis y la agrupación de los datos por grupos (cluster data) plantea problemas. Primero, los autores generalmente no dan cuenta de la correlación intraclase en este tipo de estudios, lo que genera un error de la unidad de análisis (Divine 1992) por el cual los valores de *p* son falsamente bajos, los intervalos de confianza excesivamente estrechos y la significación estadística resulta sobrestimada. Esto causa errores de Tipo I (Bland 1997, Gulliford 1999)).

En el protocolo, se mencionó que cuando la agrupación no fue incluida en los estudios primarios, se presentaron los datos en un tabla, con un símbolo (*) para indicar la presencia de una unidad probable de error de análisis. En las versiones posteriores de la revisión, se planificó establecer contacto con los revisores principales de los estudios para obtener los coeficientes de correlación intraclase de los datos por grupos (cluster data) y realizar los ajustes necesarios mediante métodos aceptados (Gulliford 1999)). Cuando se incorporó la agrupación en el análisis de los estudios primarios, también se presentaron estos datos como provenientes de un estudio aleatorio no agrupado (non-cluster study) pero se realizaron ajustes para el efecto del agrupamiento.

Se solicitó asesoramiento estadístico y se recibió la recomendación de que los datos binarios según se presentan en un informe, se deben dividir según el efecto del diseño. Dicho efecto se estima con el número medio de participantes por grupo (*m*) y el coeficiente de correlación intraclase (CCI) [efecto de diseño = $1+(m-1)*CCI$] (Donner 2002). Si el CCI no fue descrito, se supuso que fue 0,1 (Ukoumunne 1999)). Cuando los estudios por grupos (cluster studies) se analizaron apropiadamente con la consideración de los coeficientes de correlación intraclase y de los datos relevantes documentados en el informe, se sintetizaron los mismos con otros estudios mediante la técnica de la varianza inversa genérica.

5. Investigación de la heterogeneidad

Según el protocolo, cuando fue posible, se consideraron todos los estudios incluidos dentro de cualquier comparación para verificar la heterogeneidad clínica y se inspeccionaron de forma visual los gráficos para investigar la posibilidad de heterogeneidad estadística. Lo anterior se complementó principalmente con la estadística I cuadrado. Proporciona una estimación del porcentaje de variabilidad a causa de la heterogeneidad y no sólo del azar. Cuando la estimación de I

cuadrado fue mayor o igual al 50%, se interpretó como una indicación de la presencia de niveles considerables de heterogeneidad (Higgins 2003)). No se halló heterogeneidad en los conjuntos de datos limitados y no fue necesario tener más consideración o realizar pruebas adicionales. Cuando la heterogeneidad estuvo presente y alteró de manera significativa los resultados, se presentaron los datos por separado y se investigaron las causas de la heterogeneidad.

6. Valoración del sesgo de publicación

Cuando fue posible, se introdujeron los datos de todos los ensayos identificados y seleccionados en un gráfico en embudo (funnel graph) (efecto del ensayo versus tamaño del ensayo) en un intento por investigar la probabilidad del sesgo de publicación franca (Egger 1997)).

7. Análisis de sensibilidad

En el protocolo, se planificó analizar el efecto sobre las medidas de resultado primarias de la inclusión de los estudios con tasas altas de deserción en un análisis de sensibilidad. Aunque el efecto de los estudios incluidos de "asignación al azar implícita" pero con tasas altas de deserción no se halló en los estudios incluidos, no se realizó el análisis de sensibilidad.

8. Consideraciones generales

Cuando fue posible, se introdujeron los datos de tal manera que el área a la izquierda de la línea de ningún efecto indicaba un resultado favorable para la hipnosis.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

1. Estudios excluidos

La búsqueda resaltó 39 referencias de las cuales 35 fueron fácilmente excluidas por ser claramente irrelevantes para esta revisión. Después de examinar los cuatro estudios restantes, fue excluido Lieberman 1978 porque no había ninguna intervención terapéutica. El estudio principalmente se centró en la manera en que la amnesia y las condiciones de aprendizaje en las personas con esquizofrenia se ven afectadas por la hipnosis. Los pacientes fueron asignados al azar a dos grupos diferentes de aprendizaje y fueron sometidos a pruebas en condiciones de hipnosis y sin hipnosis; el segundo grupo no recibió asignación aleatoria sino que fue administrado según el modelo antes y después (before-and-after).

2. A la espera de evaluación

No existen estudios a la espera de evaluación.

3. Estudios en curso

No se identificó ningún estudio en curso.

4. Estudios incluidos

La búsqueda de actualizaciones en octubre de 2006 no reveló ningún estudio nuevo para su inclusión, por lo tanto la cantidad de estudios incluidos continúa siendo tres. En esta revisión se incluyeron tres estudios, pero sus resultados estuvieron limitados por la inadecuada presentación de los datos. Se solicitó mayor información de los autores pero sin éxito.

4.1 Asignación y cegamiento

Dos de los estudios, que eran trabajos de doctorado (PhD) (Glover 1980, Lancaster 1983), manifiestan claramente que fueron aleatorios. El tercer estudio (Ihalainen 1973) no fue explícito respecto a la asignación al azar, pero el texto implica que fue doble ciego y se ha presupuesto que también fue aleatorio. El método de ocultación no se menciona en ninguno de los estudios.

4.2 Duración de los ensayos

Todos los estudios fueron cortos (< 12 semanas). Glover 1980, el ensayo más largo, duró ocho semanas durante las cuales los participantes recibieron una sesión por semana. Lancaster 1983 sólo duró siete días. Se administraron todas las pruebas durante una sesión de 90 minutos y sólo se volvió a administrar la escala de calificación de estados mentales (BPRS) al final de siete días. Ihalainen 1973 presentó una duración de cuatro semanas con sesiones que tuvieron lugar dos veces a la semana.

4.3 Participantes

Los estudios incluyeron personas con esquizofrenia. Solamente un estudio (Lancaster 1983) utilizó criterios operativos (DSM-III) y de exclusión. Glover 1980 expresó que los participantes eran personas con "esquizofrenia crónica" y Ihalainen 1973 agregó que eran pacientes hospitalizados y resistentes al tratamiento. En Glover 1980, los pacientes eran hombres (33%) y mujeres (67%). En Lancaster 1983 todos los pacientes eran hombres. Ihalainen 1973 no aporta esta información.

4.4 Ámbito de estudio

En Lancaster 1983 y Ihalainen 1973 los participantes eran pacientes hospitalizados. En Glover 1980 se interpretó a partir del texto que los participantes recibieron el tratamiento como pacientes ambulatorios, aunque este dato no es totalmente claro para el grupo control.

4.5. Tamaño de los estudios

Todos los estudios fueron pequeños y oscilaron entre 15 (Glover 1980), y 54 (Ihalainen 1973) y 80 (Lancaster 1983) participantes.

4.6 Intervenciones

Cada uno de los tres estudios contó con tres grupos. Compararon un grupo de hipnosis con un grupo de relajación y otro de control. En Ihalainen 1973, un estudio de Finlandia, todos los grupos recibieron música (Sibelius).

4.7 Medidas de resultado

Todos los estudios informan los datos a corto plazo. La mayoría de los datos se presentaron como afirmaciones, gráficos o tablas, sin describir las desviaciones estándar o los errores estándar. Los datos brutos no estuvieron disponibles para la mayoría de los resultados presentados. En uno de los estudios (Ihalainen 1973) no se dispuso de los datos para el análisis de ninguna de las medidas de resultado excepto una, ya que las tablas presentaron cifras respecto a la cantidad de preguntas que

reflejaron puntuaciones de mejoría, y no a la cantidad de pacientes que mejoraron.

4.7.1 Abandono temprano del estudio

Estos fueron los únicos datos disponibles para el análisis en los tres estudios.

4.7.2 Escalas de resultado

4.7.2.1 Escalas de estado mental

4.7.2.1.1 Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS (Escala de calificación psiquiátrica breve) (Overall 1962))

La ECPB es una escala de 18 ítems que mide los síntomas positivos, la psicopatología general y los síntomas afectivos. Las puntuaciones varían entre 0 y 126. Cada ítem se califica según una escala de siete puntos donde las puntuaciones altas indican síntomas de mayor gravedad.

4.7.2.2 Escalas de trastornos del movimiento

4.7.2.2.1 The Smith Tardive Dysckinesia Scale (Escala de discinesia tardía de Smith) (Glover 1980))

Esta escala consiste en 25 preguntas para calificar la gravedad de diversos síntomas de la enfermedad en una escala que va desde cero = ausente, hasta cuatro = grave. Se divide en dos subescalas, la subescala de discinesia tardía (14 síntomas) y la subescala de pseudoparkinsonismo (11 síntomas). La puntuación global de mejoría se obtiene mediante la suma de las puntuaciones de las dos subescalas.

4.7.2.3 Pruebas de función cognitiva/neurológica

4.7.2.3.1 Prueba de trazado: TMT (Trail Making Test) (Reitan 1958))

La TMT se utiliza para probar los factores de la atención y la concentración. Se divide en parte A, que requiere el trazado de líneas para conectar los círculos numerados consecutivamente y la parte B, que requiere la conexión de los círculos numerados consecutivamente al alternar entre números y letras. La puntuación final se basa en el tiempo requerido para la finalización exitosa mediante la utilización del método de Reitan.

4.7.2.3.2 Prueba de figuras ocultas: GEFT (Group Embedded Figures Test) (Witkin 1971))

La GEFT es una medida de estilo perceptivo-cognitivo. Mide la capacidad de percibir figuras geométricas ocultas en un conjunto configuracional más complejo. El buen rendimiento se considera un indicador de independencia de campo en el que el individuo es capaz de mantener la concentración de la atención en la tarea. El bajo rendimiento se considera un indicador de dependencia de campo en el que el individuo se distrae excesivamente con estímulos irrelevantes del ambiente. La primera sección de la GEFT se considera una práctica o preparación. La segunda y la tercera sección se conocen como la REFT.

4.7.3 Medidas de resultado que faltaban

Ninguno de los tres estudios describió las recaídas, las medidas de resultado del servicio, la funcionalidad general, la conducta, el compromiso con los servicios, los efectos adversos aparte de

los trastornos del movimiento, la satisfacción con el tratamiento, la calidad de vida o las medidas de resultado económicas.

Los datos correspondientes al estado mental, los trastornos del movimiento y la funcionalidad neurocognitiva son muy limitados.

CALIDAD METODOLÓGICA

1. Aleatorización

Glover 1980 asignó consecutivamente a los pacientes a los grupos a medida que se presentaron. Lancaster 1983 informa que utilizó una tabla de números aleatorios. Ihalainen 1973 no describe un proceso de asignación al azar pero afirma que el estudio fue doble ciego (pacientes y el personal que evaluó los pacientes). Al haber una implicación de asignación al azar se decidió incluir este estudio, aunque con cierta duda. Ninguno de los tres estudios describe cómo se ocultó la secuencia de asignación.

2. Cegamiento

Ninguno de los tres estudios describió adecuadamente el cegamiento. En Glover 1980 y Ihalainen 1973 los evaluadores fueron independientes y los pacientes desconocían la asignación al tratamiento. En Lancaster 1983 los pacientes desconocían la intervención y se realizaron las evaluaciones por medio de cuestionarios autocompletados. No se menciona si este encubrimiento resultó exitoso.

3. Seguimiento

Nadie abandonó en Glover 1980 y Lancaster 1983 antes de la finalización del protocolo del estudio. En Ihalainen 1973 tres personas abandonaron temprano; dos del grupo con hipnosis y uno del grupo con relajación. Una de las personas que abandonaron el grupo de hipnosis fue reemplazada por otro paciente.

4. Informe de resultados

En términos generales, como se destacó, el informe fue deficiente y quizás hubiese sido posible aportar más información acerca de los efectos de la hipnosis para las personas con esquizofrenia si todas las medidas de resultado hubiesen estado disponibles. Con frecuencia, se presentaron los resultados como un texto no numérico o en forma de tablas y gráficos. Sólo Lancaster 1983 informa acerca de las desviaciones estándar que permitieron presentar los datos para el análisis. No fue posible obtener más información por parte de los autores de los estudios. En Ihalainen 1973 no se proporcionaron datos de medidas de resultado en absoluto para ninguna de las escalas.

RESULTADOS

1. HIPNOSIS versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR

1.1 Abandono temprano del estudio

En los dos estudios incluidos en este análisis (Glover 1980, Lancaster 1983) ningún participante abandonó el estudio

temprano ($n = 70$, 2 ECAs, razón de riesgo 0,00; IC del 95%: -0,09 a 0,09).

1.2 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB)

Lancaster 1983 informó sobre una reducción de alrededor de tres puntos en la puntuación total de calificación en el grupo de hipnosis. Las puntuaciones, sin embargo, no fueron significativamente diferentes ($n = 60$, DM -3,6; IC del 95%: -12,05 a 4,8).

1.3 Trastornos del movimiento

En Glover 1980 ($n = 10$) los datos se presentan como una puntuación de mejoría y una puntuación final en cada subescala a las ocho semanas (discinesia, parkinsonismo y discinesia tardía). Los datos son asimétricos y, por consiguiente, la presentación gráfica presenta problemas, pero ninguno de ellos indica que las diferencias entre los que recibieron hipnosis y las personas asignadas al placebo sean clínica o estadísticamente significativas.

Para complicar las cosas, en la sección de métodos de esta revisión se había explicitado que no se describirían los datos de escalas que no se hubieran publicado (Métodos 4.2.3). Se halló que la escala de Smith se había publicado sólo en la tesis de Glover 1980 y no existe seguridad de que sea validada. Todos los datos resultantes deben ser considerados con cuidado (Marshall 2000)).

1.4 Función neurocognitiva

1.4.1 Atención y concentración - alrededor de los 90 minutos (Prueba de trazado, parte A)

Los datos son asimétricos y, por lo tanto, no se presentan gráficamente. No hay diferencias entre los grupos de hipnosis y control ($n = 60$).

1.4.2 Estilo cognitivo - alrededor de los 90 minutos (Prueba de figuras ocultas, REFT)

Nuevamente, debido a su asimetría, los datos no se presentan gráficamente. No hubo diferencias entre el grupo de hipnosis y el de control. En Lancaster 1983 el investigador afirma que los participantes del ensayo consideraron que la prueba era difícil y no la completaron de forma adecuada. Los investigadores llegan a la conclusión de que estos datos no pueden ser utilizados para proporcionar conclusiones significativas.

2. HIPNOSIS versus RELAJACIÓN

2.1 Abandono temprano del estudio

Nadie abandonó temprano en Glover 1980 y Lancaster 1983. En Ihalainen 1973 dos personas abandonaron el grupo con hipnosis y nadie abandonó el grupo con relajación. La hipnosis no provocó diferencias significativas en el número de personas que abandonaron temprano el estudio ($n = 106$; 3 ECAs; RR 2,00; IC: 0,2 a 2,15) pero como pocos participantes abandonaron estos estudios (?2%) en términos generales, el diseño del estudio fue muy aceptable.

2.2 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB)

La diferencia entre las personas asignadas a la hipnosis y las que recibieron relajación fue de alrededor de cuatro puntos en esta escala, y no alcanzó niveles convencionales de significación estadística (n = 60, un ECA, DM -3,4; IC del 95%: -11,4 a 4,6).

2.3. Trastornos del movimiento

En Glover 1980 (n = 10) los datos se presentan como una puntuación de mejoría y una puntuación final en cada subescala a las ocho semanas (discinesia, parkinsonismo y discinesia tardía). Los datos son asimétricos y, por consiguiente, la presentación gráfica presenta problemas, pero ninguno de ellos indica que las diferencias entre los que recibieron hipnosis y las personas asignadas al placebo sean clínica o estadísticamente significativas. Se mantienen ciertas reservas respecto a la escala específica utilizada (ver "Resultados 1.3" citado anteriormente).

2.4 Función neurocognitiva

2.4.1 Atención y concentración: Trail Making Test (Prueba de trazado) (parte A)

Lancaster 1983 (n = 60; duración 90 minutos) informa una diferencia significativa entre las puntuaciones de ambos grupos, aunque afirma que se debe a las puntuaciones extremas en el grupo con relajación. Los resultados eran asimétricos y tanto los revisores como el autor del estudio consideran que su significado es incierto.

2.4.2 Estilo cognitivo: Group Embedded Figures Test (Prueba de figuras ocultas) (REFT)

Los datos incluidos en los análisis correspondieron a las secciones dos y tres de la prueba. Se registraron diferencias en las puntuaciones entre los grupos de hipnosis y relajación, y el último presentó las puntuaciones promedio más altas. Sin embargo, en términos generales, los pacientes no completaron de forma adecuada todas las partes de la prueba, los datos presentan gran asimetría y, nuevamente, tanto los autores de la presente revisión como los autores del estudio en cuestión consideran que su significado es incierto.

3. HIPNOSIS versus MÚSICA (Sibelius)

3.1 Abandono temprano del estudio

En Ihalainen 1973 dos de cada 18 personas abandonaron el estudio en el grupo con hipnosis, ninguno en el grupo control (0/18). Estos resultados, sin embargo, no alcanzaron significación estadística (n = 36; RR 5,0; IC del 95%: 0,3 a 97,4).

DISCUSIÓN

1. HIPNOSIS versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR

1.1 Abandono temprano del estudio

La duración de los dos estudios que presentan estos datos difiere considerablemente. Glover 1980 duró ocho semanas (una sesión por semana) mientras que Lancaster 1983 duró sólo una semana (una única intervención de 90 minutos). En cualquier caso, nadie abandonó temprano y, por lo tanto, no existen pruebas

de que la hipnosis fuese inadmisibile para las personas con esquizofrenia.

1.2 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB)

Lancaster 1983 (n= 60) informó una reducción de aproximadamente tres puntos de la puntuación total de calificación en el grupo con hipnosis. Las puntuaciones no fueron clínica o significativamente diferentes.

Los revisores destacan la limitación de la intervención corta pero proceden a darle importancia indebida al hecho de que las puntuaciones se obtuvieron una semana después de que la intervención tuviese lugar. Lancaster 1983 informa las variables ECPB de afecto embotado, desorganización y retiros como variables predictivas significativas de posibles cambios en los estados de ánimo. Este hecho plantea la posibilidad con respecto a si algunos subgrupos de personas con esquizofrenia pueden beneficiarse más de la hipnosis que otros. Dentro de las considerables limitaciones del estudio, sobre la base de los resultados de la escala ECPB, no hay pruebas que sugieran que la hipnosis resulta perjudicial para los participantes.

1.3 Trastornos del movimiento

Glover 1980 (n = 10) presenta los resultados de una escala de validez desconocida que tienen poca o ninguna importancia y los datos son asimétricos. Sin embargo, el autor del estudio reconoce estas limitaciones pero concluye que, en el corto plazo, el uso de la hipnosis fue más efectivo en comparación con la farmacoterapia sola. Los datos no se consideran lo suficientemente sólidos como para apoyar esta afirmación.

1.4 Función neurocognitiva

Lancaster 1983 describe tres pruebas neurocognitivas diferentes pero en esta revisión sólo se pudieron presentar los datos de dos de ellas.

1.4.1 Atención y concentración - alrededor de los 90 minutos (Trail Making Test, parte A)

Existen pruebas limitadas que no presentan diferencias respecto a la atención y la concentración en las personas asignadas al azar a la hipnosis en comparación con las que recibieron placebo.

1.4.2 Estilo cognitivo - alrededor de los 90 minutos (Group Embedded Figures Test, REFT)

En la prueba de figuras ocultas se analizaron los datos presentados para las secciones dos y tres. El investigador indica que al parecer las personas del estudio consideraron a las secciones dos y tres demasiado difíciles de completar y por lo tanto los resultados fueron muy limitados. Opinó que en este grupo sería más apropiado utilizar la sección uno (sección de preparación) de la prueba. No hubo diferencias entre el grupo de hipnosis y el grupo control.

2. HIPNOSIS versus RELAJACIÓN

2.1 Abandono temprano del estudio

No hubo diferencias entre la hipnosis y la relajación. Muy pocas personas ("2%) abandonaron los tres estudios relevantes antes

de la finalización de los estudios. El diseño de estos estudios parece haber sido aceptable para las personas con esquizofrenia.

2.2 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB)

Lancaster 1983 no detectó mejorías o deterioros significativos en su estudio. Es posible que este hecho no sea sorprendente debido a que el estudio fue pequeño ($n = 60$) y de corta duración (una semana) y se les administró a los pacientes una única sesión de 90 minutos.

2.3. Trastornos del movimiento

En Glover 1980 ($n = 10$) se informaron datos de la Smith Tardive Dyskinesia Scale pero no fue posible hallar la publicación de esta escala en otra parte que no sea en el estudio Glover 1980 (presentado como una fotocopia). En el texto se describe que la escala incluye dos subescalas (discinesia tardía y pseudoparkinsonismo). Los datos, sin embargo, se presentan en el estudio divididos en tres subescalas, de las cuales la discinesia en todo el cuerpo es la subescala adicional. La distinción clínica entre discinesia tardía y discinesia en todo el cuerpo fue incierta. Glover 1980 afirma que tanto la hipnosis como la relajación fueron más efectivas que la farmacoterapia para tratar los trastornos del movimiento en este grupo de pacientes y más efectiva aún fue la hipnosis. Los autores de la presente revisión opinan que estas conclusiones no están apoyadas por los datos presentados.

2.4 Función neurocognitiva

Lancaster 1983 ($n = 60$) halló algunas puntuaciones extremas en el grupo con relajación que presentó una distribución asimétrica de los resultados en ambas escalas neurocognitivas utilizadas en el estudio (sección 1.4). Lancaster 1983 consideró que se identificaron sesgos del experimentador. No se pueden establecer conclusiones sobre la base de los resultados neurocognitivos, y no se utilizaron para ningún otro análisis adicional.

3. HIPNOSIS versus MÚSICA

3.1 Abandono temprano del estudio

Aunque la música (Sibelius) fue más aceptable que la hipnosis (RR 5,0), el número de personas que abandonaron fue muy reducido y entonces los intervalos de confianza son amplios (IC: 0,3 a 97,4). Si el estudio se hubiera informado mejor, hubiese sido posible saber más acerca de los efectos de la hipnosis comparada con la música, aunque con un estudio tan pequeño ($n = 36$), es casi imposible contar con un poder estadístico capaz de hallar algo más que efectos diferenciales muy marcados. No obstante, Ihalainen 1973 ilustró que dicho estudio fue posible y si todavía existen dudas acerca de los efectos de la hipnosis para la esquizofrenia, la música puede ser un control aceptable en ensayos aleatorios futuros.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES

Implicaciones para la práctica

1. Para personas con esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad compleja que puede ser tratada mediante la utilización de medicación y/o terapias psicológicas. En la opinión de los revisores, la función de la hipnosis como un posible tratamiento sólo debe considerarse un coadyuvante a otros tratamientos más establecidos. Esta revisión destaca que incluso cuando se utiliza como coadyuvante, no existen pruebas claras de que la hipnosis sea beneficiosa para las personas con esquizofrenia. La hipnosis como una herramienta terapéutica no parece ser perjudicial y, en términos generales, las pruebas indican que es bien recibida. Para algunas personas con esquizofrenia la hipnosis ha resultado beneficiosa, al menos en el corto plazo. Se incentiva a las personas con esquizofrenia que desean acceder a este tratamiento a que busquen los terapeutas adecuadamente capacitados que se registran en asociaciones profesionales reconocidas. La asignación aleatoria a esta opción de tratamiento ayudaría a contribuir con el conjunto de pruebas limitadas sobre este tema.

2. Para los médicos

Las pruebas disponibles en este campo son limitadas y desactualizadas. En el pasado, hubo dudas acerca de si la hipnosis podría precipitar o agravar los síntomas psicóticos. Estas dudas pueden ser uno de los motivos que hacen que la investigación en esta área sea escasa. Las pruebas muy limitadas disponibles en esta revisión indican que la hipnosis no es perjudicial, al menos a corto plazo cuando se utiliza junto con otros tratamientos. Además, hay indicaciones de que la hipnosis podría ser beneficiosa en algunos subgrupos de esquizofrenia. Los estudios examinados consideraron principalmente a pacientes con síntomas crónicos y este hecho dificulta el asesoramiento sobre el uso de la hipnosis para pacientes con síntomas agudos. La hipnosis en este contexto es experimental; su uso debe ser reglamentado y monitorizado. Además, se puede afirmar que debe ser realizado dentro del marco de un ensayo aleatorio bien diseñado.

3. Para gestores/elaboradores de políticas

Se observa un reconocimiento creciente del gobierno a favor de la función de las terapias alternativas en la medicina. Los tratamientos farmacológicos no siempre son exitosos en la esquizofrenia. Los usuarios, cuidadores y médicos consideran cada vez más las terapias alternativas para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida en la esquizofrenia. Esta revisión indica que la hipnosis merece ser más profundamente investigada. Hay una extensa bibliografía de la hipnosis que se utiliza en otros trastornos médicos. Pero en lo que respecta a la esquizofrenia la investigación se ha descuidado, por lo que se necesitan estudios más consistentes.

Implicaciones para la investigación

1. Consideraciones generales

Es posible que no se hayan identificado algunos estudios. Al igual que con cualquier ensayo, el registro público de un estudio antes de que se realice la asignación al azar garantizaría a los participantes el hecho de que la gente al menos está al tanto de que el estudio se realizó. Un número único para cada estudio

ayudaría a los investigadores a identificar estudios individuales a partir de publicaciones múltiples y a reducir el riesgo del doble recuento de los datos. El cumplimiento de la declaración CONSORT (Moher 2001), por parte de los autores y de los editores ayudaría a aclarar la metodología y muchos resultados. El incumplimiento genera pérdida de datos y confusión en los resultados, lo que no ayuda a los médicos, pacientes o gestores.

Se recomienda realizar un análisis del tipo intención de tratar (intention-to-treat analysis) de todos los resultados y facilitar el acceso a todos los datos de los ensayos. Se debería como mínimo exigir que todos los datos se expresen de forma numérica. Además, los datos continuos deben presentarse con medias, desviaciones estándar (o errores estándar) y el número de participantes. Los datos de los gráficos, los valores de *p* de las diferencias y las afirmaciones de las diferencias significativas o no significativas son de valor limitado. Lamentablemente, a pesar de los números de participantes aleatorios, no fue posible utilizar la mayoría de los datos en los ensayos incluidos en esta revisión debido a las elevadas tasas de abandonos observadas así como al informe deficiente de los datos.

2. Consideraciones específicas

La hipnosis podría ser útil para las personas con esquizofrenia. Evidentemente, para investigar este hecho se necesitan estudios aleatorios mejor diseñados, realizados e informados.

El encubrimiento de la asignación es una parte fundamental dentro de la metodología de un ensayo. Ninguno de los estudios incluidos en esta revisión describió con claridad este proceso. Para asegurarles a los lectores que se redujo el sesgo de selección al mínimo, se debe describir el proceso de asignación al azar con claridad. El método de doble ciego es una estrategia importante para evitar sesgos de realización y detección. En los

estudios incluidos en esta revisión, el cegamiento se realiza al nivel del paciente que recibe el tratamiento y del personal que evalúa los resultados. El cegamiento de los terapeutas que administran las terapias como la hipnosis es difícil, si no imposible. En dos de los estudios presentados aquí, sin embargo, el tratamiento se administró mediante una cinta grabada (Ihalainen 1973, Lancaster 1983) de modo que el terapeuta también podría haber estado cegado. El texto no aclara si se realizó este cegamiento. Es fundamental saber de qué grupos provenían los retiros a fin de evaluar el sesgo de exclusión. Las medidas de resultados difieren enormemente en estos estudios. Con una mayor estandarización, mayor plazo y datos obtenidos regularmente, hubiera sido posible aprender más sobre los efectos de la hipnosis.

AGRADECIMIENTOS

Se dan las gracias a Tessa Grant, John Rathbone, Judy Wright y Clive Adams por su apoyo y supervisión.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Mahmood Khan está capacitado en la hipnosis médica.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- No se facilitaron las fuentes de financiación

Recursos internos

- Bradford Community Mental Health NHS Trust UK

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Glover 1980 *{published data only}*

Glover O. Alternative treatment modalities for drug induced psychomotor dysfunctions. *PhD dissertation submitted to the Wright Institute* 1980:150.

Ihalainen 1973 *{published data only}*

Ihalainen O//Rosberg G. Tape-recorded hypnotic treatment of schizophrenia [Nauhurilla annetut hypnoosisuggestiot skitsofreniapotilaiden hoidossa]. *Duodecim* 1973;**89**(20):1376-83. 74050104.

Lancaster 1983 *{published data only}*

Lancaster D. Hypnotizability and the effects of hypnotic suggestions on the cognitive style, behavior patterns, and mood states of hospitalized schizophrenics. *PhD dissertation submitted to the University of Mississippi, USA* 1983:214.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Lieberman 1978

Lieberman J, Lavoie G, Brisson A. Suggested amnesia and order of recall as a function of hypnotic susceptibility and learning conditions in chronic schizophrenic patients. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 1978;**26**:268-80.

Referencias adicionales

Altman 1996

Altman DG, Bland JM. Detecting skewness from summary information. *BMJ* 1996;**313**:1200.

Auerback 1962

Auerback A. Attitudes of psychiatrists to the use of hypnosis. *Journal of the American Medical Association* 1962;**180**:917-21.

Biddle 1967

Biddle WE. *Hypnosis in the Psychoses*. Springfield: Charles C Thomas, 1967.

Bland 1997

Bland JM, Kerry SM. Statistics notes. Trials randomised in clusters. *BMJ* 1997;**315**:600.

Divine 1992

Divine GW, Brown JT, Frazer LM. The unit of analysis error in studies about physicians' patient care behavior. *Journal of General Internal Medicine* 1992;**7**:623-9.

Donner 2002

Donner A, Klar N. Issues in the meta-analysis of cluster randomized trials. *Statistics in Medicine* 2002;**21**:2971-80.

Egger 1997

Egger M, Davey G, Schneider M, Minder C. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997;**315**:629-34.

Gulliford 1999

Gulliford MC, Ukoumunne OC, Chinn S. Components of variance and intraclass correlations for the design of community-based surveys and intervention studies: data from the Health Survey for England 1994. *American Journal of Epidemiology* 1999;**149**:876-83.

Higgins 2003

Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;**327**:557-60.

Higgins 2005

Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5 [updated May 2005]. *The Cochrane Library* 2005, issue Issue 3.

Hilgard 1991

Hilgard ER. A neodissociation interpretation of hypnosis. In: Lynn SJ, Rhue JW, editor(s). *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives*. New York: Guilford Press, 1991:83-104.

Johnstone 1998

Johnstone E, Freeman C, Zealley A. *Companion to Psychiatric Studies*. 6th Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.

Lavoie 1980

Lavoie G, Sabourin M. Hypnosis and schizophrenia: a review of experimental and clinical studies. In: Burrows GD, Dennerstein L, editor(s). *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*. Amsterdam: Elsevier, 1980:377-419.

Marshall 2000

Marshall M, Lockwood A, Bradley C, Adams C, Joy C, Fenton M. Unpublished rating scales: a major source of bias in randomised controlled trials of treatments for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2000;**176**:249-52.

Moher 2001

Moher D, Schulz KF, Altman D. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA* 2001;**285**:1987-91.

Overall 1962

Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962;**10**:799-812.

Reitan 1958

Reitan, R.M. The validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage [The validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage]. *Perceptual and Motor Skills* 1958;**8**:271-276.

Sarbin 1950

Sarbin T R. Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behaviour. *Psychological Review* 1950;**57**:255-70.

Scagnelli 1982

Scagnelli-Jobsis J. Hypnosis with psychotic patients: a review of the literature and presentation of a theoretical framework. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1982;**25**(1):33-45.

Ukoumunne 1999

Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S, Sterne JAC, Burney PGJ. Methods for evaluating area-wide and organisation-based interventions in health and health care: a systematic review. *Health Technology Assessment* 1999;**3**(5):iii-92. 10982317.

WHO 1992

World Health Organisation. *The ICD 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organisation, 1992.

Witkin 1971

Witkin HA, Oltman PK, Raskin E, Karp SA. *A manual for the Embedded Figures Test*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1971.

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Glover 1980
Methods	Allocation: randomised. Blindness: single*. Duration: 8 weeks. Setting: outpatient clinic**.
Participants	Diagnosis: schizophrenia. N=15. Age: range 26 to 54 years, mean 34.9 years. Sex: 5 M, 10 F. History: 'chronic', all previously hospitalised (mean >6 times), mean duration ill ? 10 years. Inclusions: outpatients with acute extrapyramidal symptoms, tardive dyskinesia and/or pseudoparkinsonism.
Interventions	1. Hypnosis: frequency 1 session/week. N=5. 2. Relaxation: frequency 1 session/week. N=5.*** 3. Control. N=5. All groups were receiving standard antipsychotic treatment.
Outcomes	Movement disorders - acute extrapyramidal symptoms, tardive dyskinesia and/or pseudoparkinsonism (Smith tardive dyskinesia scale). Leaving the study early.
Notes	* ratings done by independent raters. ** unclear in the text if all participants (control group) were outpatients, author being sought for clarification. *** Experimenter delivered both hypnosis and relaxation to patients.
Allocation concealment	B - Unclear
Study	Ihalainen 1973
Methods	Allocation: unclear. Blindness: double*. Duration: 4 weeks. Setting: hospital.
Participants	Diagnosis: schizophrenia. N=54. Age: 18-59. History: treatment resistant.
Interventions	1. Hypnotic suggestions of self-confidence + music: frequency 2 session/week. N=18. 2. Relaxation suggestions + music: frequency 2 session/week. N=18. 3. Music: frequency 2 session/week. N=18.
Outcomes	Leaving the study early. Unable to use - Mental state: BPRS (no usable data). Behaviour: NOSIE (no usable data).
Notes	*double blind as described by the authors, but this is not clear from the text.
Allocation concealment	B - Unclear

Characteristics of included studies

Study	Lancaster 1983
Methods	Allocation: randomised. Blindness: single*. Duration: ninety minutes session. Setting: hospital.
Participants	Diagnosis: schizophrenia (DSM III). N=80. Age: mean 31.8 years. Sex: all male. History: average hospital admissions 5.8. Inclusions: hospitalised >1 week, receiving standard treatment, not catotonic schizophrenia, not mental retardation, not organic brain dysfunction, not gross behavioural disturbance.
Interventions	1. Hypnosis: once only session. N=40. 2. Relaxation: once only session. N=20. 3. Control: once only session. N=20. A tape of equal length was used in all three groups.
Outcomes	Mental state: BPRS. Neurocognitive function: Trail Making Test, Group Embedded Figures Test. Unable to use - Neurological function: Symbol Digit Modalities Test (no usable data)
Notes	*patients unaware of type of intervention given.
Allocation concealment	B - Unclear

Characteristics of excluded studies

Study	Reason for exclusion
Lieberman 1978	Allocation: randomised. Participants: people with schizophrenia. Interventions: active versus passive learning conditions all under hypnosis, not hypnosis versus other comparisons. Outcomes: analysed as before and after (hypnosis) study.

TABLAS ADICIONALES

Table 01 Suggestions for future trial design

Methods	Participants	Intervention	Outcomes	Notes
Allocation: randomised, with sequence generation and concealment of allocation clearly described. Blindness: single. Duration: 6 months at least. Raters: independent.	People with a clinical diagnosis of schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. N=600.*	The techniques used should have involved some element of i. education and testing hypnotic susceptibility, ii. induction procedure, iii. deepening techniques, iv. therapeutic suggestions and/or v. an alerting phase. 1. Hypnosis alones.	Death; global state - relapse**; service outcomes; mental state - no clinically important change in general mental state**; leaving the study early; general functioning; behaviour; adverse effects; engagement with services; satisfaction with treatment; quality of life; and economic outcomes Outcomes for the short term (up to 12 weeks), medium	* Size of study with sufficient power to highlight about a 10% difference between groups for primary outcome. ** Primary outcome.

Table 01 Suggestions for future trial design

		2. Hypnosis with medication. 3. Hypnosis with other therapies. 4. Standard care	term (13 to 26 weeks), and long term (more than 26 weeks) should be reported.	
--	--	---	---	--

CARÁTULA

Titulo	Hipnosis para la esquizofrenia
Autor(es)	Izquierdo de Santiago A, Khan M
Contribución de los autores	Angelica Izquierdo de Santiago - inició la revisión, colaboró en la redacción del protocolo, colaboró en la formulación de búsquedas, colaboró en la selección de estudios, extrajo los datos y redactó el informe. Mahmood Khan - colaboró con la redacción del protocolo, colaboró con la formulación de las búsquedas, colaboró con la selección de los estudios, extrajo los datos y colaboró con la redacción del informe.
Número de protocolo publicado inicialmente	2003/2
Número de revisión publicada inicialmente	2005/2
Fecha de la modificación más reciente"	12 mayo 2004
"Fecha de la modificación SIGNIFICATIVA más reciente	20 agosto 2007
Cambios más recientes	Después de la búsqueda de actualizaciones en octubre de 2006, no se hallaron estudios nuevos para incluir
Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos	El autor no facilitó la información
Fecha de modificación de la sección conclusiones de los autores	El autor no facilitó la información

Dirección de contacto	Dr Angelica Izquierdo de Santiago Specialist Registrar in Old Age Psychiatry The Mount 44 Hyde Terrace Leeds LS2 9LN West Yorkshire UK Teléfono: +44 (0)113 3055500 E-mail: Angelica.cord@ntlworld.com Facsimile: +44 (0)113 3055542
Número de la Cochrane Library	CD004160
Grupo editorial	Cochrane Schizophrenia Group
Código del grupo editorial	HM-SCHIZ

RESUMEN DEL METANÁLISIS

01 HIPNOSIS versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas)	2	70	Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	No estimable
02 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB)	1	60	Diferencia de medias ponderadas (efectos fijos) IC del 95%	-3.63 [-12.05, 4.79]
03 Trastornos de movimiento: Puntuaciones promedio - a las ocho semanas (escala de discinesia tardía de Smith, puntuación alta = deficiente)			Otros datos	Datos no numéricos
04 Función neurocognitiva: Puntuaciones promedio - a los 90 minutos			Otros datos	Datos no numéricos

02 HIPNOSIS versus RELAJACIÓN

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas)	3	106	Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	2.00 [0.20, 20.15]
02 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB)	1	60	Diferencia de medias ponderadas (efectos fijos) IC del 95%	-3.38 [-11.40, 4.64]
03 Trastornos de movimiento: Puntuaciones promedio - a las ocho semanas (escala de			Otros datos	Datos no numéricos

02 HIPNOSIS versus RELAJACIÓN

discinesia tardía de Smith, puntuación alta = deficiente)				
04 Función neurocognitiva: Puntuaciones promedio - a los 90 minutos			Otros datos	Datos no numéricos

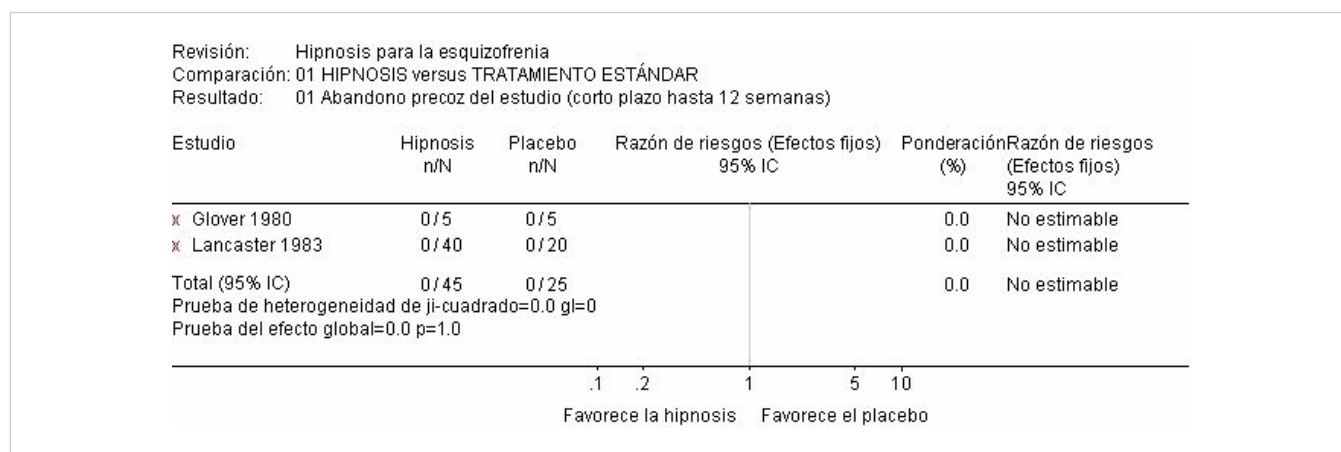
03 HIPNOSIS versus MÚSICA

Resultado	Nº de estudios	Nº de participantes	Método estadístico	Tamaño del efecto
01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas)	1	36	Riesgo Relativo (efectos fijos) IC del 95%	5.00 [0.26, 97.37]

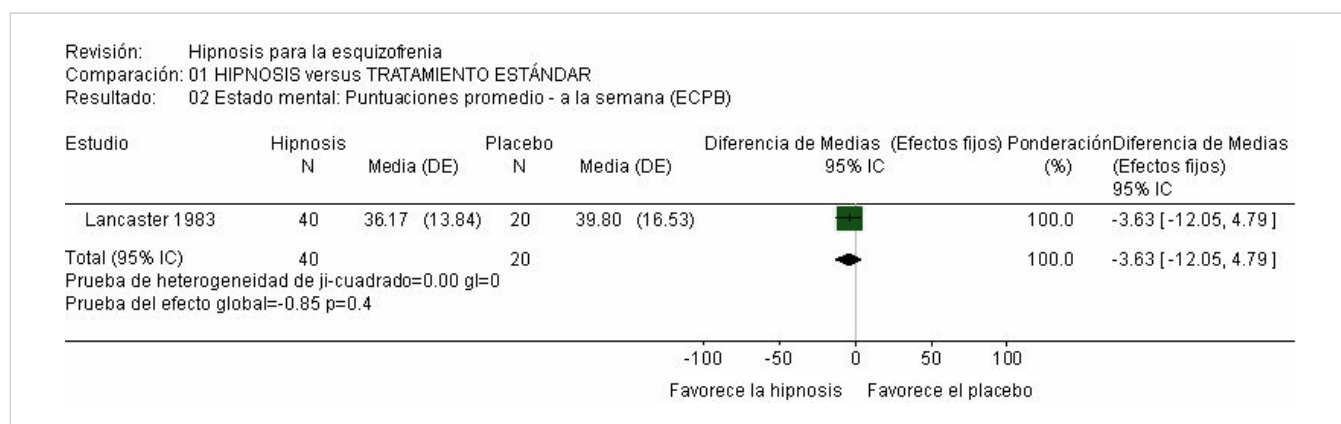
GRÁFICOS Y OTRAS TABLAS

Fig. 01 HIPNOSIS versus TRATAMIENTO ESTÁNDAR

01.01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas)



01.02 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB)



01.03 Trastornos de movimiento: Puntuaciones promedio - a las ocho semanas (escala de discinesia tardía de Smith, puntuación alta = deficiente)

discinesia - en todo el cuerpo

Estudio	Intervención	Media	DE	N
Glover 1980	Hipnosis final	0.2	0.25	5
Glover 1980	Control final	0.52	0.04	5
Glover 1980	Hipnosis mejoría	1.44	0.68	5
Glover 1980	Control mejoría	0.22	0.36	5

pseudoparkinsonismo

Estudio	Intervención	Media	DE	N
Glover 1980	Hipnosis final	0.14	0.15	5
Glover 1980	Control final	0.32	0.31	5
Glover 1980	Hipnosis mejoría	0.68	0.53	5
Glover 1980	Control mejoría	0.14	0.51	5

discinesia tardía

Estudio	Intervención	Media	DE	N
Glover 1980	Hipnosis final	0.1	0.22	5
Glover 1980	Control final	0.56	0.31	5
Glover 1980	Hipnosis mejoría	1.22	0.63	5
Glover 1980	Control mejoría	0.26	0.29	5

01.04 Función neurocognitiva: Puntuaciones promedio - a los 90 minutos

atención y concentración: Prueba de trazado, parte A (puntuación alta = deficiente)

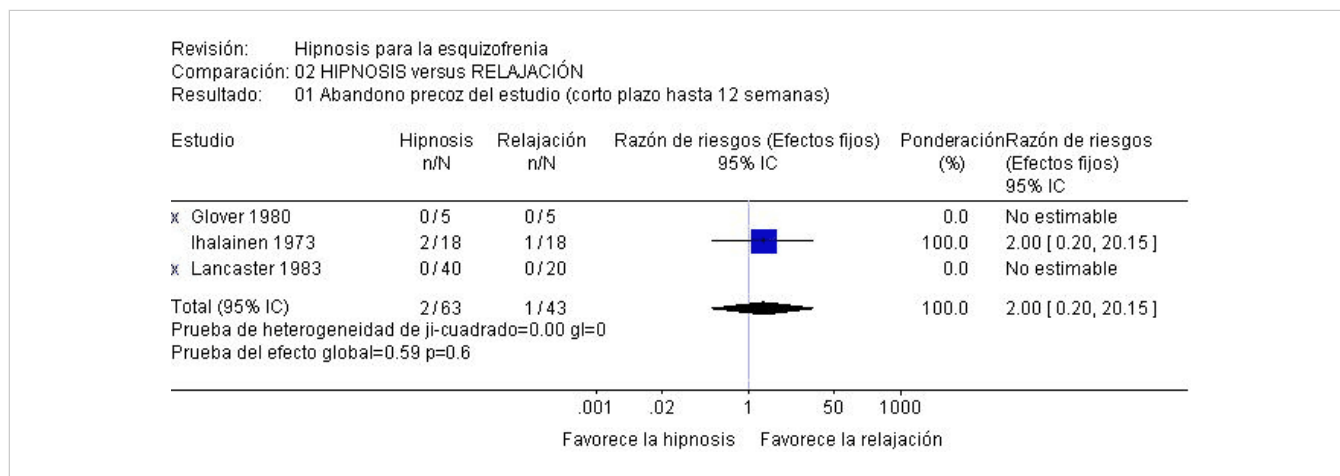
Estudio	Intervención	Media	DE	N	Notas
Lancaster 1983	Hipnosis	44.43	24.18	40	El investigador no realizó pruebas estadísticas
Lancaster 1983	Tratamiento estándar	43.60	14.72	20	

estilo cognitivo: Prueba de figuras ocultas (REFT, puntuación alta = deficiente)

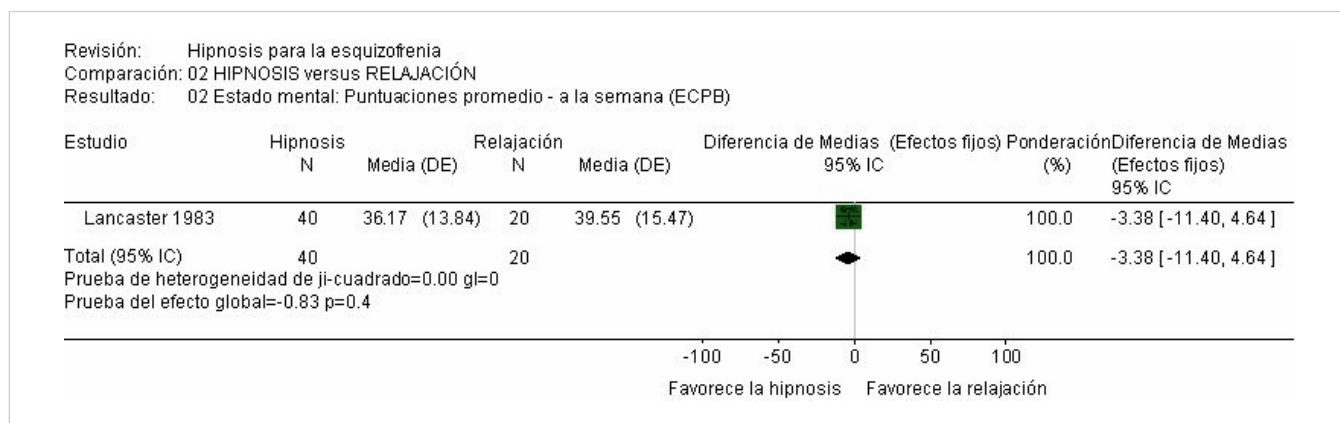
Estudio	Intervención	Media	DE	N	Notas
Lancaster 1983	Hipnosis	0.45	0.75	40	
Lancaster 1983	Tratamiento estándar	0.40	0.68	20	

Fig. 02 HIPNOSIS versus RELAJACIÓN

02.01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas)



02.02 Estado mental: Puntuaciones promedio - a la semana (ECPB)



02.03 Trastornos de movimiento: Puntuaciones promedio - a las ocho semanas (escala de discinesia tardía de Smith, puntuación alta = deficiente)

discinesia - en todo el cuerpo

Estudio	Intervención	Media	DE	N
Glover 1980	Hipnosis final	0.2	0.25	5
Glover 1980	Relajación final	1.58	0.98	5
Glover 1980	Hipnosis mejoría	1.44	0.68	5
Glover 1980	Relajación mejoría	0.46	0.49	5

pseudoparkinsonismo

Estudio	Intervención	Media	DE	N
Glover 1980	Hipnosis final	0.14	0.15	5
Glover 1980	Relajación final	1.06	0.72	5

pseudoparkinsonismo

Glover 1980	Hipnosis mejoría	0.68	0.52	5
Glover 1980	Relajación mejoría	0.42	0.65	5

discinesia tardía

Estudio	Intervención	Media	DE	N
Glover 1980	Hipnosis final	0.1	0.22	5
Glover 1980	Relajación final	1.56	0.68	5
Glover 1980	Hipnosis mejoría	1.22	0.63	5
Glover 1980	Relajación mejoría	0.86	0.77	5

02.04 Función neurocognitiva: Puntuaciones promedio - a los 90 minutos

atención y concentración: Prueba de trazado, parte A (puntuación alta = deficiente)

Estudio	Intervención	Media	DE	N	Notas
Lancaster 1983	Hipnosis	44.43	24.18	40	
Lancaster 1983	Relajación	60.40	45.62	20	

estilo cognitivo: Prueba de figuras ocultas (REFT, puntuación alta = deficiente)

Estudio	Intervención	Media	DE	N	Notas
Lancaster 1983	Hipnosis	0.45	0.75	40	
Lancaster 1983	Relajación	2.15	3.94	20	

Fig. 03 HIPNOSIS versus MÚSICA

03.01 Abandono precoz del estudio (corto plazo hasta 12 semanas)

