



**Revista Panamericana y
Caribeña
de
Hipnosis Terapéutica
R P C H T**



ISSN 2186-5622

**Órgano oficial de la Asociación Panamericana y
Caribeña de Hipnosis Terapéutica - APCHT.**

Volumen 1 Número 1 Enero - Junio Año 2011

CORPO EDITORIAL

Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis T erapéutica

Órgano oficial de la Asociación Panamericana e y Caribeña de Hipnosis T erapéutica

Editor de Honor: Dr. Alberto Cobián Mena - Cuba.
alberto@sierra.scu.sld.cu

Editor: Dr. João Jorge Cabral Nogueira - Brasil.
joaojorgecabral@yahoo.com.br

Comité Internacional:

Representantes de los países constituyentes de la APCHT:

CUBA:

Dr. Adrián Baralt. psico@sierra.scu.sld.cu

Dr. Jorge Guillarte. guillarte@medired.scu.sld.cu

PUERTO RICO

Dr. Jesús Saavedra. asklepiadopra@aim.com

Inj. Hector Totti. user@chatzy.com

PANAMÁ:

Dra. Adriana Sheik de Sandoval. cliepsih725@hotmail.com

Dr. Santiago Gordón. segordonb@hotmail.com

REPÚBLICA DOMINICANA:

Dra. Elena Hasbún. ehasbun9@yahoo.com

Dr. César Castellanos. cesarcastellanos1@gmail.com

BRASIL:

Yedda Reis. yreis@infolink.com.br

Célia Pabst. celia@pabst.com.br

SAN SALVADOR:

Dr. Alejandro Hurtarte. alhurvi@hotmail.com

EDITORIAL

La Revista Panamericana de Hipnosis Terapéutica nace con el ánimo de constituir un espacio de referencia en la investigación científica en el campo de la Hipnosis Clínica Latinoamericana, cuya línea editorial y contenido establezcan las bases para la creación de un espacio académico libre, innovador y cooperativo. Estos principios implican una estructura organizativa que no solo permita, sino que anime a la renovación periódica de parte de sus miembros quienes de forma voluntaria, aportarán relevantemente un espacio científico de calidad en el prometedor mundo de la Hipnosis.

En nuestra primera entrega les presentamos los aportes de miembros de los capítulos de Cuba (Tratamiento de la Euresis), Panamá (Hipnosis: Actitudes de los Panameños), de la República Dominicana (La meditación para la relajación previa a la sugestión hipnótica en la psicoprofilaxis de la ansiedad pre-quirúrgica) y de Brasil (Holohipnosis).

En ella presentamos algunas de las exposiciones hechas en nuestros congresos anuales; las más consonas con protocolos científicos. Lo que no exponemos literalmente, es el gran entusiasmo y satisfacción de los casos y experiencias extraordinarias que han tenido los que acuden a nosotros en la mayor de las veces "como último recurso".

William James decía que cada teoría científica pasa por una serie de etapas clásicas. Primero es atacada como absurda. Luego es admitida como verdad, pero como una verdad obvia e insignificante. Finalmente es considerada tan importante que los adversarios (quienes la atacaban) afirman ser quienes la descubrieron.

¿Será que la hipnosis se encuentra en la segunda etapa clásica de las citadas por William James?

La Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica tiene como objetivo contribuir para llevar la hipnosis a la tercera etapa y demostrar su gran beneficio a la humanidad.

Los trabajos de los doce (12) años de nuestra historia solo comienzan. Agradecemos a nuestro Dr. João Jorge Cabral Nogueira (Brasil) por su tenacidad y empeño para que este primer ejemplar sea hoy una realidad..

Dra. Leticia Ubiñas López, Psiquiatra/Hipnoterapeuta

Presidente Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica .

Cartas del Editor de Honor

Hemos arribado al año 2011, justo 12 años después de haber fundado en la ciudad de Santiago de Cuba un 19 de marzo de 1999, el grupo gestor de lo que meses más tarde sería la Asociación Caribeña de Hipnosis Terapéutica, por voluntad expresa de aquellos que decidimos osar, soñar, probar y construir un proyecto diferente. Menciono a Jesús Saavedra, Jaime Ramos, Adriana de Sandoval, Yedda Costa, Celia Pabst, Nelly Cardona, Adrián Balart, Wilvian Cobas y Olivia Sandoval entre otros.

Tampoco nos imaginamos aquel grupo de estudiantes de ciencias médicas, médicos recién graduados, estudiantes graduandos de medicina y psicología, y profesores de nuestra alta casa de estudios - la Universidad Médica de Santiago de Cuba - que aquella atrevida idea de convocar a psiquiatras, psicólogos y médicos que asistían al congreso APAL enlazado con Psicohabana-98, para un taller internacional de hipnosis terapéutica y técnicas afines en la ciudad más caribeña de Cuba, tendría respuesta cierta. Así casi sin esperarlo recibimos confirmaciones de colegas de Puerto Rico, El Salvador, Panamá, Brasil, Argentina, Canadá y Estados Unidos, alén representantes de toda la nación anfitriona, y nos reunimos para hacer ciencia en la hipnosis; y con la hipnosis, ciencia. Ese fue el gran jalón y tras la decisión compartida de pensar más alto y mirar más lejos, hicimos - todos y cada uno de nosotros - posible el surgimiento de nuestra reconocida organización, que desde el año 2008 tiene el nombre de Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica, adoptado en Juan Dolio, República Dominicana, durante la celebración de Hipnocaribe Dominicana, por sugerencia del Dr. João Jorge Cabral Nogueira del Brasil.

Del reducido grupo de países iniciadores de la gesta fundacional, hemos ido creciendo en diversas categorías y hoy con orgullo, podemos mostrar un mapa mucho mayor en la geografía panamericana e insular.

Múltiples han sido los escenarios del continente donde nos hemos reunido los hipnoterapeutas para debatir y reflexionar sobre esta forma del hacer profesional médico-psicológica en todos estos años; siete ediciones de los Hipnosantiago, cuatro de los Hipnocaribe, un simposio de hipnosis clínica y un taller reciente de hipnosis en el manejo del dolor, suman trece eventos internacionales en doce años, cifra respetable para cualquier rama del saber, y miles de participantes convergiendo y/o divergiendo, pero haciendo ciencia.

Si a esto sumamos, todos los cursos, diplomados y entrenamientos realizados por los gremios nacionales o las instituciones académicas y de investigación como parte del perfeccionamiento y la superación de los mismos, no queda duda de que se está viviendo un proceso de madurez que va increchendo. Sin embargo nos ha estado faltando el medio para mostrar de manera contundente y viable los

resultados de las investigaciones realizadas en este campo, sin dejar reconocer la preocupación existente en esta dirección, pues algunos de los colegas líderes en la materia han venido presentando excelentes libros de su autoría que han ayudado a la comprensión contemporánea del fenómeno hipnoterapéutico. La conciencia de esta realidad nos hizo insistir en la necesidad de encontrar el medio y el modo, y desde el dos mil ocho se acordó crear una revista donde los autores e investigadores pudieran plasmar los resultados de sus estudios y también escribir para fomentar el conocimiento y el debate de estos saber y hacer científicos.

Después de más de tres años de puja ininterrumpida, de presiones constantes bien intencionadas, de inocularnos una y otra vez el antídoto del anti - derrotismo y por el desvelo de tres personas que han hecho de esta tarea una misión de amor y responsabilidad, y que estemos saliendo a la luz, y me refiero al Dr. Jesús María Saavedra Caballero, Presidente de la APCHT del 2005 al 2008, a la Dra. Adriana Shaik de Sandoval, Presidente saliente de la APCHT (2008-2011) y al Dr. João Jorge Cabral Nogueira, actual Vicepresidente Primero de la APCHT y desde hace dos mandatos presidente del comité de publicaciones de la APCHT .

Digo Saavedra, porque acogio durante su mandato y dio calor indiscutible a tan maravillosa idea, Adriana porque bajo su mandato cobró fuerza esta tarea y esta intención y João porque addemas de ser gestor de la misma, no hubo reunión, foro, momento en que no reclamase con fuerza y moral a quienes incumplíamos los compromisos contraídos para que esta publicación nuestra tuviera vida. Y esa intención ya es un hecho, una realidad; es la coronación de un lindo sueño.

Como toda revista de ciencias de la salud que se genera matricialmente en América Latina, asumirá las normas de Vancouver y digo América Latina justo porque es en esta región donde asume su fortaleza identitaria con un sentido de pertenencia extraordinario. No es una publicación sectaria en tanto panamericana caribeña, sin embargo, podrán observarse las producciones científicas de los hipnoterapeutas de México, Brasil, Cuba, Panamá, Puerto Rico, Colombia, Honduras, República Dominicana, Paraguay, Uruguay, El Salvador, Argentina, Ecuador, Chile y Perú con un fuerte acento en las soluciones de los problemas de salud, alén las que puedan generarse en otras locaciones de Estados Unidos y Canadá con fortalezas innegables en el bregar hipnoterapéutico, pero acentuadas en el modelo ericksoniano, con elevado nivel de cultismo hacia el mismo, tal vez en detrimento de otros enfoques.

Justo eso la hace y la hará plural. Habrá cabida a todos los modelos teóricos y a todas las investigaciones científicas que cumplan con esa condición esencial, que responde al método clínico y/o epidemiológico como variantes del método científico.

Colegas todos.

Es hora de fiesta y de regocijo porque el conocimiento se fortalece más, se hace más sólido. Bienvenida la Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica. Alimentémosla con nuestros trabajos, con nuestras pesquisas, con el debate científico entre todos los hipnoterapeutas de las Américas y el mundo. Alcemos imaginariamente nuestras copas y brindemos por el feliz nacimiento que está ocurriendo, juremos no dejarla morir. Que tenga muy larga vida y junta a ella todos nosotros sus creadores y sostenedores.

Santiago de Cuba, 30 de abril de 2011.

Rio de Janeiro, 30 de abril de 2011.

Prof. Dr. Alberto E. Cobián Mena
Presidente Fundador de la APCHT
Presidente de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud
Profesor Titular en Psicología Médica

JUNTA DE DIRECTORES DE LA ACHT(2004-2006)

Presidente: Dr. Jesús M. Saavedra Caballero (Puerto Rico)
Primera Vicepresidenta: Dra. Adriana Shaik de Sandoval (Panamá)
Segunda Vicepresidenta: Dra. Leticia Ubiñass López (Puerto Rico)
Secretaria: Dra. Elena Hasbun Hirujo (República Dominicana)
Tesorera: Dra. Ramonita Correa y luego Héctor Totti (Puerto Rico)

Vocales

Dr. Adrián Baralt, CU
Prof. Hector Totti, PR
Dr. Santiago Gordón, PAN
Dr. Andrés Pereira, COL
Dr. José A. Saravia, GUA y luego Dr. Edgar Vázquez
Lic. Rafael A. Cordero, CR
Dra. Holly Palacios, HON
Dra. Fanny E. Rodríguez, SAL
Dr. José Santiago Sequeira, NIC

Delegados Asociados

Dra. Yedda Costa do Reis, BR
Dr. Joao Jorge Cabral Nogueira, BR
Dr. Rodrigo Martín Nogueira, BR
Lic. Ricardo Figueroa Quiroga, MX
Lic. Neio Cazuriaga, PAR

MIEMBROS DE HONOR

Dr. Carlos Malgrat, PAN
Dr. Fernando Sánchez Martínez, RD
Dr. Daniel Araóz, AR/USA
Dr. Mario Alvarenga Bianco, CR †

Presidentes de Comités Permanentes

Dr. Alberto Cobián Mena, CU
Comité de Educación e Investigación
Dr. Joao Jorge Cabral Nogueira, BR
Comité de Propaganda y Publicaciones

JUNTA DE DIRECTORES DE LA APCHT (2006-2011)

Presidenta: Prof. Dra. Adriana Shaik de Sandoval - Panamá.
Primera Vicepresidenta: Dra. Leticia Ubiñas López - Puerto Rico.
Segunda Vicepresidenta: Dra. Elena Hasbun Hirujo - República Dominicana.
Secretaria: Dra. Fanny Elizabeth Rodríguez - El Salvador.
Tesorero: Prof. Ing. Héctor Totti - Puerto Rico.

Vocales

Dr. Adrián Balart, CU
Dr. Víctor López-Tosado, PR
Dr. Santiago Gordón, PAN
Dr. Andrés Pereira, COL
Dr. José A. Saravia, GUA
Lcdo. Rafael A. Cordero, CR
Dra. Holly Palacios, HON
Dr. Alejandro Hurtarte, SAL
Dr. José Santiago Sequeira, NIC

Delegados Asociados

Dra. Yedda Costa do Reis, BR
Dr. João Jorge Cabral Nogueira, BR
Dr. Rodrigo Martín Nogueira, BR
Lcdo. Ricardo Figueroa Quiroga, MX
Lcdo. Neio Cazuriaga, PAR
Dra. Catalina Parolín, AR
Dra. Rosa Negrón, EE. UU.
Dr. Marco Antonio Polo Scott MX.

PRESIDENTE FUNDADOR

Prof. Dr. Alberto Cobián Mena, Cuba

EX PRESIDENTE

Prof. Dr. Jesús M. Saavedra Caballero,
Puerto Rico

MIEMBROS DE HONOR

Prof. Dr. Carlos Malgrat, PAN
Dr. Fernando Sánchez Martínez, RD
Dr. Daniel Araóz, AR/USA
Dr. Mario Alvarenga Bianco, CR †

Presidentes de Comités Permanentes

Dr. Alberto Cobián Mena, CU
Comité de Educación e Investigación
Dr. João Jorge Cabral Nogueira, BR
Comité de Propaganda y Publicaciones

JUNTA DE DIRECTORES DE LA APCHT (2011-2013)

Presidenta: Dra. Letícia Ubiñas López - Puerto Rico.
Primero Vicepresidente: Dr. João Jorge Cabral Nogueira - Brasil.
Segundo Vicepresidente: Dr. Marco Pollo - México.
Secretaria: Dra. Fanny Elizabeth Rodríguez - El Salvador.
Tesorero: Prof. Ing. Héctor Totti - Puerto Rico.

Vocales:

Dr. Wilvian Ernesto Cobas Contreras - Cuba.
Dr. A. Santiago Gordon - Panama.
Dr. César Castellanos - República Dominicana.
Dr. Neftali Brito - Puerto Rico.

Presidente de Comision Permanente de Publicaciones:
Dr. João Jorge Cabral Nogueira - Brasil.

Presidente de Comision Permanete de Docencia y Investigaciones:
Dr. Alberto E. Cobián Mena - Cuba.

PRESIDENTE FUNDADOR

Prof. Dr. Alberto Cobián Mena, Cuba

EX PRESIDENTES

Prof. Dr. Jesús M. Saavedra Caballero,
Puerto Rico

Dra. Adriana Sheik de Sandoval
Panamá

HIPNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS NOCTURNA(*)

Dr. ADOLFO LAMBERT DELGADO(**)

Dra. YAIMARELIS PICO CARELA(***)

(*) Instituto Superior de Ciencias Médicoas, Facultad de Medicina de Santiago de Cuba.

(**)Especialista de 1er Grado en Medicina Familiar, Master en Medicina Natural y Tradicional y Diplomado en Hipnosis Terapéutica.

(***)Medica Especialista en Medicina General Integral de 1er grado, Diplomada en Terapia Intensiva y Diplomada en Hipnosis Terapeutica.

Palabras clave: Hipnoterapia - Enuresis - Metáfora - Imaginería.

Keywords: Hypnotherapy - Enuresis - Metaphor - Imagery.

Resumen

Se presenta el trabajo realizado con hipnoterapia en 40 pacientes con Enuresis Nocturna, que acudieron a la Clínica de la Hipnosis de Santiago de Cuba durante el período comprendido entre Marzo 2005 y Junio de 2006, para ello se realizó un ensayo terapéutico en fase II, el cual tuvo como objetivos, valorar la eficacia de la hipnoterapia contra la Enuresis Nocturna en niños y adolescentes remitidos con este diagnóstico, así como determinar el momento en que se alcanza la curación, y precisar la respuesta terapéutica en relación con las variables epidemiológicas. El universo de estudio estuvo integrado por 40 pacientes con Enuresis Nocturna primaria no complicada y secundaria no complicada, con edad comprendida entre 7 y 18 años, de ambos sexos. Los resultados fueron procesados mediante procedimientos computarizados, utilizando como medida de resumen para variable cualitativa el porcentaje, siendo llevados para mejor estudio y comprensión a tablas. Como principales resultados obtuvimos que de todos los pacientes que se les aplicó Hipnoterapia fueron curados, la mayor parte de estos en las primeras ocho semanas. Llegamos a la conclusión que la hipnoterapia constituye una alternativa de tratamiento de la Enuresis Nocturna, más eficaz que la Imipramina. Abriendo de esta forma nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento de esta Enfermedad.

Summary

This paper presents the work done with Hypnotherapy in 40 patients with Nocturnal Enuresis who sought treatment at the Hypnosis Clinic of Santiago de Cuba during the period between March 2005 and June 2006. A therapeutic test in phase II has been done, which had as objectives evaluate the efficacy of hypnotherapy against Nocturnal Enuresis in children and adolescents sent with this diagnosis, as well as determine the moment in which healing is achieved and specify the therapeutic response in relation to the epidemiologic variables.

The universe of the study was comprised of 40 patients with primary and secondary non-complicated Nocturnal Enuresis, covering ages from 7 to 18 years old, of both genres. The results were processed by means of computerized procedures, using percentage as summary measure of qualitative variable and tables for better study and comprehension. As main results we have obtained that all patients in whom hypnotherapy was applied were healed, most of them in the first eight weeks. We have reached the conclusion that hypnotherapy constitutes an alternative treatment of Nocturnal Enuresis, more effective than Imipramina, thus opening new therapeutic options in the treatment of this infirmity.

1. Introducción:

Enuresis existe prácticamente desde que el hombre salió de las cavernas y tuvo necesidad de mantener el espacio donde habitaba limpio y regular sus funciones alimentarias. La primera mención data alrededor de 1.500 A.C. Hasta finales del Siglo XVII es común en todos los autores que se ocuparon del tema, utilizar para el tratamiento una mezcla de medidas con cierta base racional y una dosis de magia. Fue en el siglo XIX, cuando la pediatría se constituyó como especialidad médica, cuando se multiplicaron los trabajos dedicados a la Enuresis¹. En la actualidad la Enuresis Nocturna se estudia dentro de los trastornos del sueño, en concreto con las llamadas PARASOMNIAS (alteración en la calidad y/o en la conducta durante el sueño). Hoy día se sabe que hasta que no se alcance una adecuada maduración neuromuscular, la emisión de orine nocturna o diurna en abundancia es un proceso neurofisiológico normal².

La Enuresis Nocturna monosintomática se define como la emisión involuntaria de orina al menos dos noches por mes a partir de los cinco años, edad límite establecida para la obtención del control vesical en

ausencia de defecto congénito o adquirido del tracto urinario³.

La frecuencia estimada de la Enuresis Nocturna monosintomática en la población mundial es del 15 y 10% en los niños de 5 y 7 años, respectivamente, con una resolución espontánea del 15% anual.

A partir de los 15 años aun existe un 1% de enuréticos y de ellos significa que el 10 % de los que mojan la cama a los 7 años siguientes, serán adultos con el trastorno, si no se tratan⁴.

Este proceso no es siempre algo banal que se solucione con el tiempo. Frustrante para niños y padres, puede afectar la autoestima y aunque con implicaciones diferentes, la economía familiar. A pesar de su baja gravedad, la alta frecuencia y su impredecible duración, obliga a mantener informado a pacientes y familias, iniciando la terapia en cuanto el niño quiera permanecer seco. Considerada como multifactorial la constante es el no reconocimiento durante la noche de la vejiga llena y la incapacidad para despertar durante el episodio enurético⁵.

Los tratamientos actuales de la Enuresis Nocturna, fundamentalmente la primaria y secundaria no complicada, son muchos y

su efectividad varia según los factores presentes; pero uno de los más usados son los antidepresivos tricíclicos⁸⁻¹².

Se han utilizado medicamentos como la desmopresina, con la necesaria cautela; la oxibutina, la imipramina y otros, que se administran por vía oral o como spray nasal.

En nuestro medio, el que más se ha indicado es la imipramina, por ser quizás el fármaco más manejable entre los antidepresivos tricíclicos para tratar la Enuresis infantil, y quizás también por considerarse el idóneo para los niños con trastornos por déficit de atención y muy proclives a la hiperactividad; sin embargo, aunque su mecanismo farmacológico para mejorar o curar la micción involuntaria no está totalmente esclarecido, se acepta como cierto que su efecto beneficioso es la suma de sus acciones anticolinérgica, ansiolítica y antidepresiva.

En este caso la dosificación, siempre vespertina, a las 20 horas y durante un ciclo de 3 – 6 meses, oscilará en una dosis única de 25 a 50 mg (aproximadamente 10-25 mg. en niños de 6 a 9 años, y 25 – 50 mg. en jovencitos de 10 – 15). Se comienza con la mínima dosis para disminuir o eliminar los efectos adversos que se presentan entre la segunda o tercera semana de tratamiento, predominantemente la hipocialgia, otros son la hipersomnia, astenia, dificultad para la concentración, ebriedad y, menos comúnmente, temblor, hipotonía muscular, convulsiones, polineuritis, hipotensión y constipación,

todos los cuales desaparecen por la tolerancia o reducción de la dosis⁸⁻¹².

Otra de las terapéuticas utilizadas es la hipnoterapia, catalogada como una alternativa⁷⁻⁸, pues la hipnosis es una palabra que evoca muchas asociaciones y ha captado la atención de numerosos pensadores e investigadores creativos del campo de la psicología, tales como Freud, Wundt, James, Clark, Hull, Ellis, entre otros¹³.

Se trata de un procedimiento que permite a la mente desarrollar facultades extraordinarias; pero no es un poder sobrenatural como suele considerarse, ni tampoco exclusiva de los hombres. Intentar acercarse a un fenómeno complejo mediante explicaciones simples, probablemente genera más confusión que clarificación; por ello otros autores plantean que la hipnosis es un constructo complejo y en la actualidad no existe una teoría preponderante al respecto, sino un conjunto de técnicas o un instrumento más de intervención¹⁴⁻¹⁶.

La hipnosis es una ciencia tan antigua como el hombre mismo, cuya ejecución se remonta a tiempos inmemoriales. Un grabado griego (928 AC) da fe de su antigüedad, al mostrar a Quirón (médico famoso de la época) hipnotizando a su discípulo Esculapio¹⁵.

Ha sido utilizada en casi todos los países y momentos históricos por sacerdotes, brujos de tribus primitivas (chamanes), médicos y religiosos, para curar a enfermos; pero hubo que esperar muchos años para que el mito de la hechicería desapareciera, al menos en buena parte, porque aún existe gente que

la considera diabólica, satánica o esotérica. Quienes se atreven a hacer semejantes afirmaciones, están pecando de ignorantes. Los fenómenos extraordinarios de la mente, provocados por la hipnosis, son tan científicos como los de la física o de cualquier otra ciencia.

El empleo de la hipnosis como método terapéutico se basa en su inocuidad y en el hecho de que permite trabajar con percepciones inconscientes, así como descubrir traumas, conflictos y otras situaciones que pueden determinar o se asocien al episodio de mojar la cama, unido a sus propiedades curativas.

Teniendo en cuenta la influencia de la psiquis en la aparición de enfermedades somáticas, el uso de la hipnosis se ha extendido a muchas ramas de la medicina para tratar trastornos gastrointestinales, afecciones cutáneas, desequilibrios metabólicos, en el enfrentamiento del estrés, asma bronquial, alergia, alteraciones inmunológicas, enuresis y otros.

En nuestro país y especialmente en nuestra provincia esta es una de las enfermedades más frecuentes en el niño, y constituye el 15 % de las consultas en psiquiatría infantil, y el 12,3 % de las consultas de pediatría¹⁵, motivo este que nos incitó a buscar nuevas variantes terapéuticas encaminadas a buscar la solución más rápida, eficaz y duradera de este problema.

2. Objetivos:

2.1 - General:

- Evaluar la eficacia de la hipnoterapia en la Enuresis Nocturna en niños y adolescentes.

2.2 – Específicos:

2.2.1. Determinar el momento en que se alcanza la curación.

2.2.2. Precisar la respuesta terapéutica en relación con las variables epidemiológicas.

3. Método:

Se realizó un ensayo terapéutico en fase II para evaluar la eficacia de la hipnoterapia contra la Enuresis Nocturna en niños y adolescentes remitidos con este diagnóstico a la Clínica de Hipnosis, residentes en la ciudad de Santiago de Cuba, en el periodo comprendido de Marzo 2005 a Junio del 2006.

Para ejecutar el estudio, en la fase organizativa se llevó a efecto una reunión de trabajo en cada policlínico con los pediatras, psicólogos y psiquiatras infanto juveniles, donde se les explicaron los objetivos de la investigación y se establecieron las coordinaciones pertinentes para obtener la información con la remisión de los pacientes para la Clínica de Hipnosis.

De igual forma se les expusieron a cada padre o tutor y paciente los propósitos del trabajo, así como los riesgos y beneficios de cada terapéutica y la confidencialidad de los resultados, para lo cual se tomó por escrito el consentimiento informado para la participación en el ensayo.

El universo de estudio estuvo integrado por todos los pacientes con enuresis nocturna primaria no complicada y secundaria no complicada, con edad comprendida entre 7 y 18 años, de ambos sexos, un total de 40, todos residentes en la ciudad de Santiago de Cuba y que hubiesen sido diagnosticados y remitidos con el trastorno entre Marzo y Noviembre del 2005.

Estos pacientes, previo a su recepción para el estudio, fueron evaluados por pediatras, urólogos, psiquiatras, neurólogos y psicólogos, para definir el origen de la enuresis nocturna, pues solamente se incluyeron los casos que no eran de causa orgánica, pero revisando antes los resultados de todos los exámenes complementarios que corroboraban el diagnóstico.

Además, estos pacientes cumplieron los siguientes criterios.

4. Criterio de inclusión:

4.1. Pacientes con enuresis nocturna primaria y secundaria no complicada

5. Criterio de exclusión:

5.1. Pacientes con enuresis nocturna de causa orgánica.

6. Criterios de salida:

6.1. Cuando no asistiera a 3 sesiones de la hipnoterapia.

6.2. Cuando suspendiera el tratamiento farmacológico por una semana.

6.3. Por decisión de los padres o tutor, así como de los pacientes, de no continuar el tratamiento.

6.4. Se mudara de la ciudad de Santiago de Cuba.

Una vez identificado cada paciente, se le realizó una entrevista profunda a él y a

sus padres o tutores, con miras a obtener información sobre el problema, así como los síntomas que presentaban, a saber: ansiedad, depresión, agresividad, terror nocturno, hiperquinesia y otros.

Esta entrevista se efectuó en la primera consulta en la Clínica de Hipnosis, donde además se le aplicó la prueba de sugestionabilidad del parpadeo a cada paciente, la cual consiste en indicarle que pestañee tantas veces como le sea posible y lo más rápido que pueda, por una duración de 15 a 45 segundos, indicándosele en este tiempo que se detenga, y se observa entonces si mantiene el movimiento de derecha a izquierda de los globos oculares, pues de persistir significa que el paciente es altamente sugestionable.

Una vez aplicada esta prueba y determinada la sugestionabilidad de los pacientes, los que más lo eran se asignaron al grupo cuya terapéutica fue la hipnosis, para conformar el mismo, así como por cada uno del grupo de hipnosis se asignó un paciente menos sugestionable para el que se le administró imipramina, de forma que ambos grupos quedarán conformados por 20 integrantes cada uno.

A todos los pacientes se les precisó la edad cumplida en años a través de la entrevista, así como el sexo en sus dos categorías biológicas. También se determinó el número de convivientes en la familia.

En la entrevista se aplicó a cada paciente el método del círculo familiar para precisar la funcionabilidad de la familia. Este es un método gráfico que

aporta información acerca de las atracciones y rechazos en el ámbito familiar, según la percepción de un miembro. Se le pide al sujeto que dibuje a la familia a través de círculos en una circunferencia. El gráfico representa la imagen subjetiva de la familia y sus relaciones con ella; para completar esta representación, dentro o fuera del redondel se dibuja en forma de círculo los integrantes o no de la familia que presenten afinidad o rechazo con el miembro de la misma que la está graficando. En este estudio, a los niños y adolescentes; se les pidió, previa explicación que dibujaran a su familia con los círculos, incluido él, los cuales podían ser grandes o pequeños, en dependencia de la significación que tuvieran ellos. El paciente debía identificar con la letra inicial del nombre a cada miembro, hasta las mascotas de los niños.

Sobre la base de la representación que realizaron estos niños y adolescentes, las familias quedaron clasificadas como sigue:

Funcional: Cuando se encontraba bien identificada la figura jerárquica de la familia, con círculos concéntricos dentro del círculo, o circulitos muy juntos en forma de collar, sin la existencia de circulitos fuera del círculo grande.

Disfuncional: Cuando los circulitos estaban disgregados en el círculo, o miembros de la familia fuera del círculo o en la periferia; mostraba la mascota más cerca de él que los miembros de la familia, que no identificarán a la figura jerárquica, e incluyeran a personas que no eran miembros de la familia muy

cercanas a la que él representaba. En la entrevista a los padres o tutores se precisó el antecedente familiar de enuresis nocturna, tanto de padres, hermanos, abuelos, tíos, primos y otros familiares. También a los padres y tutores se preguntó acerca de las veces que el paciente se orinaba en la noche.

Como tratamiento, semanalmente se aplicó una sesión de hipnosis durante 45 minutos a una hora, en consonancia con las características individuales, y se mantuvo hasta que se daba el paciente como curado, o hasta los 3 meses de estar siendo tratado con ella.

A los afectados, al llegar a la consulta, se les indicaba sentarse en asientos donde se hallasen cómodos y en un ambiente de confianza, una vez establecida una buena relación en la primera consulta. Si no se encontraban a gusto en esa posición, podía proponérseles que se acostaran. Después de acomodado el mismo se inició la relajación del paciente, acorde con cada edad, y se emplearon técnicas como:

1. Inducir la sensación de peso en cada segmento corporal.
2. Estimular la sensación de cansancio palpebral y corporal.
3. Sugerir la sensación de sueño.

Durante este proceso de inducción hipnótica, se le indica al paciente varias veces “respirar suave y profundamente”, y se le repite: “Sientes cómo tus párpados y tu cuerpo te pesan”. “Cada vez que respiras, aumenta el peso de tu cuerpo y de tus párpados”. “Tus músculos se aflojan, tus párpados te pesan cada vez más,

mucho más, demasiado; te pesan tanto que no puedes soportar ese peso". Se reiteran estas frases y otras más, con repeticiones de 10 ó más veces, hasta que el terapeuta hace un recuento y se observa que el paciente cierra los ojos, continuándose con otras frases donde se le afirma que solo escuchará la voz del terapeuta. Se repiten todas estas frases hasta que se comprueba que realmente el paciente se encuentra en trance hipnótico, explorando la existencia de catalepsia palpebral y de miembros, catalepsia general y sensibilidad; lo que permite establecer los grados de profundidad de la hipnosis en: hipnoideo, leve, mediano, profundo y muy profundo.

Corroborado que el paciente se encuentra en trance hipnótico, se invita al niño a realizar un viaje imaginario y cómo le gustaría hacerlo, sugiriéndole un paseo sobre una alfombra mágica, en avión, a caballo y otras, de acuerdo con la edad del paciente y sus gustos preferidos. Con esto se le indica la visualización de niños con las mismas características personales, a los cuales ellos deben ayudar a resolver los problemas que presentan, que en fin son los propios, de forma tal que puedan ellos mismos resolver satisfactoriamente su situación.

En trance hipnótico se le realizan sugerencias poshipnóticas, entre ellas:

- Restringir los líquidos después de las 6 de la tarde.
- Orinar siempre antes de acostarse.
- La realización antes de acostarse, de una o dos planchas para los varones y abdominales para las hembras, a fin de que su abdomen se le pusiera fuerte para

poder retener la orina (elemento simbólico y al mismo tiempo imaginérico).

Durante la terapia se trataba de elevar el nivel de autoestima del paciente, seguridad en sí mismo, con el propósito de eliminar fobias en el caso de existir y reforzar rasgos positivos de la personalidad.

Una vez realizado éste, se procedía a dejar el signo señal y se sacaba al paciente del trance hipnótico, para que contara las experiencias vividas en ese estado.

Además, en esta consulta después de recuperado de la hipnosis, se le brindaba una explicación elemental del sistema urinario, así como se le daba un calendario donde marcaría los días que no se orinaba a partir de ese momento. Este calendario recibe el nombre de economía de ficha, con su correspondiente estímulo por los logros alcanzados; en los casos negativos se brindaba comprensión y esperanza.

En los pacientes que tomaron imipramina se comenzó con la dosis mínima, dividiendo en 2 ó 4 la tableta de 25 mg por 3 meses como máximo, en una dosis única a las 8 p.m. Esta dosis mínima se le indicó con el fin de evitar la aparición de efectos adversos. El tratamiento se prescribió en la segunda consulta, se le formularon las mismas sugerencias que al paciente con hipnosis y se le entregó el calendario o economía de ficha, con las mismas características que con la hipnoterapia.

A los padres o tutores se les indicó que detectaran cualquier efecto que se

presentara durante el tratamiento y acudieran a consulta con el afectado.

A medida que no se produjeron efectos adversos se incrementó la dosis hasta la media de 25 mg ó más si era necesario, de acuerdo, con las características individuales, sin sobrepasar o llegar a los 50 mg.

Para evaluar el tratamiento, además de las sesiones de hipnoterapia, se estableció una consulta a los 7, 15, 30, 37, 45, 52 y 60 días, así como a los 3 meses, aunque se siguieron después por 6 meses con una consulta mensual, tanto para un grupo como para el otro, como mecanismo de control.

En cada uno de estos momentos se evaluó como:

Curado: Cuando el paciente, en el período evaluado, no tuvo micción de orina.

Mejorado: Cuando el paciente, en el período evaluado, disminuyó, en 2 ó más el número de micciones con respecto a la valoración inicial.

Igual: Cuando el paciente mantenía el mismo número de micciones que al inicio

Empeorado: Cuando el número de micciones se incrementó en relación con el inicial.

En cada consulta se recogieron los efectos adversos, tanto con uno u otros tratamientos. A los 3 meses de tratamiento se evaluó la respuesta terapéutica, considerándose.

Satisfactoria: Cuando el paciente no tenía micción de orina y habían disminuido o desaparecido los síntomas iniciales

No satisfactoria: Cuando el paciente aún tenía micción de orina, con disminución o no, y permanecía al menos uno de los síntomas.

Cuando los pacientes mantenían el mismo número de micciones de orina o se incrementó el número de ellas, así como persistían los síntomas, se consideró fallida la terapéutica.

Si los pacientes, después de evaluados como satisfactorios, sufrían recaídas, ya fuese con un método u otro, se les realizaba un nuevo ciclo.

Para este estudio se hizo una revisión bibliográfica sobre el tema en el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, a través de los sistemas medline y LILACS, así como en revistas y en Internet, siendo muy escasa sobre el asunto estudiado.

Para recopilar la información primaria se confeccionó una planilla, donde se plasmaron las variables de interés: síntomas, evaluación, efectos adversos, respuesta terapéutica y otros.

La información obtenida se procesó por medios computacionales en una Pentium III de la Facultad de Medicina No.2 del Instituto Superior de Ciencias Médicas, a través del sistema procesador de encuesta epidemiológica, Epi Info 6, que permitió confeccionar las tablas de contingencia estadística de doble entrada, donde se utilizó el porcentaje como medida de resumen y la validación estadística se efectuó mediante la prueba de hipótesis de homogeneidad, por el método no paramétrico de Chi-cuadrado, con un error permisible del 5 %. Cuando se cumplieron los requisitos para este

método, se aplicó la prueba de Fisher para tablas de 2 por 2.

Se realizó el análisis y discusión de los resultados a partir de las técnicas aplicadas, así como se establecieron comparaciones con otros autores, que posibilitaron alcanzar los objetivos propuestos y emitir las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

En nuestra investigación no se produjeron violaciones del proyecto, por lo cual los resultados obtenidos se correspondieron con los esperados en el ensayo.

En nuestra investigación no se produjeron violaciones del proyecto, por lo cual los resultados obtenidos se correspondieron con los esperados en el ensayo.

Resultados:

1-Fue mayoritario el sexo masculino en los pacientes atendidos en relación con el femenino. Tabla # 1. Pacientes con Enuresis nocturna según sexo y grupos de tratamientos. Clínica de la Hipnosis terapéutica año Marzo 2004- Junio 2005.

Sexo	Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No	%	No	%
Femenino	8	40,0	9	45,0
Masculino	12	60,0	11	55,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Planilla.

2-Predominarán los pacientes con edad entre 7-12 años.

Tabla # 2. Pacientes con Enuresis Nocturna según edad y grupos de tratamientos

Grupos de Edades	Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No	%	No	%
7 –9	8	40,0	6	30,0
10 – 12	8	40,0	10	50,0
13 – 15	3	15,0	2	10,0
16- 18	1	5,0	2	10,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Planilla

3 - La mayor parte de los pacientes atendidos venían de familias disfuncionales.

Tabla # 3. Funcionabilidad de la Familia de los Pacientes con Enuresis Nocturna según grupos de tratamientos.

Funcionabilidad de la familia	Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No	%	No	%
Funcional	4	20,0	3	15,0
No funcional	16	80,0	17	85,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Planilla

4 - La mayor parte de los pacientes presentaban antecedentes familiares de Enuresis nocturna.

Tabla # 4. Antecedentes patológicos familiares de Enuresis Nocturna según grupos de tratamientos.

Antecedentes Patológicos Familiares	Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No	%	No	%
No	5	25,0	3	15,0
Si	15	75,0	17	85,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Planilla

5-Todos los pacientes atendidos con Hipnoterapia tuvieron una respuesta satisfactoria.

Tabla # 5. Respuesta terapéutica según grupos de Tratamientos.

Respuesta Terapéutica	Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No	%	No	%
Satisfactoria	20	100	18	90,0
No satisfactoria	-	-	2	10,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Planilla

6-Los síntomas que predominaron en los pacientes al inicio y al final del tratamiento fueron la Fobia nocturna, Dependencia, Hiperquinesia.

Tabla # 6. Síntomas presentes en los pacientes al inicio y final del tratamiento según grupo.

Síntomas	Inicio				Final			
	Grupo de Estudio		Grupo Testigo		Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Fobia nocturna	15	75,0	16	85,0	-	-	9	45,0
Ansiedad	2	10,0	1	5,0	-	-	-	-
Dependencia	13	65,0	11	55,0	1	5,0	7	35,0
Trastorno de la atención	3	15,0	4	20,0	-	-	1	5,0
Agresividad	2	10,0	1	5,0	-	-	-	-
Hiperquinesia	14	70,0	13	65,0	7	35,0	6	30,0

Fuente: Planilla

7-Todos los pacientes atendidos sin diferencia de sexo, que fueron atendidos con Hipnosis resolvieron el problema Enuretico.

Tabla # 7. Respuesta terapéutica según sexo y grupo

Respuesta Terapéutica	Femenino				Masculino			
	Grupo de Estudio		Grupo Testigo		Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfactoria	8	100,0	8	88,9	12	100,0	10	90,9
No satisfactoria	-	-	1	11,1	-	-	1	9,1
Total	8	100,0	9	100,0	12	100,0	11	100,0

Fuente: Planilla

8- Todos los pacientes atendidos con hipnosis sin diferencia de grupo etario, resolvieron totalmente el problema Enuretico.

Tabla # 8. Respuesta terapéutica según edad y grupo.

Grupo de Edades (en años)	Satisfactoria				No satisfactoria			
	Grupo de Estudio		Grupo Testigo		Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
7 – 9	8	100,0	6	100,0	-	-	-	-
10 – 12	8	100,0	10	100,0	-	-	-	-
13 – 15	3	100,0	-	-	-	-	2	10,0
16 – 18	1	100,0	2	100,0	-	-	-	-
Total	20	100,0	18	90,0	-	-	2	10,0

Fuente: Planilla.

9-Todos los pacientes atendidos con Hipnosis resolvieron el problema Enuretico totalmente, independientemente de la Funcionabilidad de la familia.

Tabla # 9. Respuesta terapéutica según Funcionabilidad de la familia y grupo.

Funcionabilidad de la familia	Satisfactoria				No satisfactoria			
	Grupo de Estudio		Grupo Testigo		Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Funcional	4	100,0	3	100,0	-	-	-	-
No funcional	16	100	15	88	-	-	2	12
Total	20	100	18	90,0	2	10,0	2	10,0

7. Conclusiones:

La hipnoterapia como alternativa de tratamiento logro revertir el cuadro enurético rápidamente en los niños y adolescentes de dicho grupo, por lo que debido ha su aceptada eficacia y no provocar efectos adversos constituye una alternativa de tratamiento de la Enuresis nocturna, sobre la cual nuestra población aun no se ha sensibilizado y para muchos es solo un proceso banal que se cura con el tiempo.

8, Recomendaciones:

Teniendo en cuenta lo efectivo y útil de este nuevo modelo terapéutico, así como su alta inocuidad, se ase importante tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

1-Llevar este estudio a fase III, para llevar esta modalidad a todos los médicos y psiquiatras que trabajan la Enuresis Nocturna, principalmente en nuestra atención primaria de salud, aprovechando las ventajas de esta técnica.

2-Llevar a cabo estudios experimentales donde se comparen los resultados de esta técnica con otras modalidades terapéuticas, principalmente las farmacológicas.

Referencias:

1. Berhaman R, Kliegman R, Arvin A. Nelson. Tratado de Pediatría 15 ed Edición. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 1998:94-5.
2. Sanz J. Enuresis (mojar la cama). [Biblioteca Virtual de la Salud] <<http://www.cop.es/enuresis.htm>.> [consulta: 20 de feb 2004]
3. Méndez QJ, Aragnacanya S. Psiquiatria infantil. Psiquiatria clínica. Caracas: Ateproca, 1999: 358 - 431.
4. Martínez LA. Micción involuntaria infantil. Una aproximación para atención primaria. El Farmacéutico 1997;133:65-74 (Medline) 20/2/2004.
5. López P. Enuresis. [Biblioteca Virtual de la Salud] <<http://www.cop.es/enuresis.htm>. > [Consulta: 18 feb 2004]
6. Ponteziani BJC. Enuresis (2da. parte) [Biblioteca Virtual de la Salud] <<http://www.urologíaaldia.com.ve/index.html>.> 18/2/2004.> [consulta: 18 feb 2004]
7. Hernández E. La enuresis (incontinencia urinaria infantil). [Biblioteca Virtual de la Salud] <[http://www.cop.es/La Enuresis. htm](http://www.cop.es/La_Enuresis.htm). > [consulta: 18 feb 2004]
8. Martinez LA. Tratamiento de la enuresis nocturna en la infancia. Jano 1999; 56 (1296): 37-48.
9. Uygur MC. Long term. Treatment of nocturnal enuresis with desmopressin intranasal spray. Clin Pediatr Phla 1997; 36:455 - 59.
10. Lackgen G. Diurnal plasma vasopresin and urinary output with monosymptomatic nocturnal enuresis. Acta Paediatr 1998; 86: 385- 90
11. Vertucci P. Desmopressin and imipramine in the management. of nocturnal enuresis: A multicentre study. Br J Clin Pract 1997; 51: 27-31.
12. Djurhuds JC, Mattissen TB, Ritting S. Similarities and dissimilarities between nocturnal enuresis in childhood and nocturnia in adults. BJU internacional nocturnia towards a consensus. 1999; 84 (suppi): 9-12.
13. Frome E. Variables según autores. [Biblioteca Virtual de la Salud] <[http://www.cop.es/colegiados/B. 00722/variables .htm](http://www.cop.es/colegiados/B_00722/variables.htm). > [consulta: 15 marzo 2004].
14. Hipnosis clínica: Evaluación, aplicaciones y consideraciones. [Biblioteca Virtual de la Salud]<<http://www.cop.es/colegiados/B-00722/variables.htm>>. [consulta: 15 marzo 2004].
15. Alzate ZJ. Curso de hipnosis clínica y terapia regresiva. [Biblioteca Virtual de la Salud]<<http://www.cop.es/colegiados/B-00888/tratados.htm>> [consulta: 15 marzo 2004].
16. Ruiz J, Cano JJ. Las psicoterapias. Introducción a las orientaciones psicoterapéuticas para profesionales sanitarios. [Biblioteca Virtual de la salud] <[http://ww.cop.es/colegiados/B-00888/tratatos. htm](http://ww.cop.es/colegiados/B-00888/tratatos.htm) >[consulta: 15 marzo 2004].
17. Morales G, Gallego LM. Hipnosis y trastornos por estrés postraumático. Rev Enginy 1998; (8): 16-25.
18. Cobián MA. Yo sí creo en la hipnosis. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 1997: 56-64.

19. Kohen DP. A hypnotherapeutic approach to enuresis. En: Hammond C. Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. United State of America, Editorial Copyright 1990: 489 - 92.
20. Stanton HE. Imagery with bedwetting. En: Hammond C- Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. 1ra. Ed. United State of América, Editorial Copyright 1990: 493 - 4.
21. Wall V. Induction and ocean metaphor for bedwetting. En: Hammond C-Handbook of hypnotic suggesstions and metaphors. United State of America, Editorial Copyright 1990. 494 - 6.
22. Cigna RM, Charamonte C, Discopo A, Cataliotti, F. Vrodynamic evaluation in children with enuresis. *Pediatr med chir* 2002; 24 (5): 363-7: 44-50
25. Hernandez GE. La enuresis (incontinencia urinaria infantil) *rev cubana de pediatría* 2001; 22 (3): 62-71.
26. Potenziar JC. Enuresis (2da. Parte). [Biblioteca Virtual de la salud] <<http://www.urologia.com.ve>> [consulta:12 ene 2005].
27. Dundaroz R, Turkbay, Surer J, Gokf, Deulim. Dna damage in children trated with imipramine for primary nocturnal enuresis. *Pediatr int* 2002; 44(6): 617-21.
28. Neveos T. Bade G, Silles O. Enuresis and desmopressin treatment. *Arta paediatr* 2002; 91 (10): 11221-5.
29. Ponce CJ. Enuresis. [Biblioteca Virtual de la salud] <<http://www.geolities.com/Hotsprings/oen>> [consulta: 25 ene 2005]
30. Serrano R. Enuresis. [Biblioteca Virtual de la salud] <<http://www.grupo6sovenir.es/clinica/urología.html/>>[consulta:25 ene 2005].
31. Ruiz de AMM. Enuresis funcional [Biblioteca Virtual de la salud] <<http://www.clinicapsi.com.enuresis.html/>>[consulta: 12 dic 2004]
32. Diaz A. Enuresis en la infancia [Biblioteca Virtual de la salud] <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos.html/>> .
33. Cobián Mena A. Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas Barcelona: Morales: i Torres editores, 2004: 200-30
34. Rodríguez LM. Lapeña LS, Marugan JM. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. [Biblioteca Virtual de la salud] <<http://www.aepod.es/protocolos/nefro/4-enuresis-nocturna.pde>>consulta: 12 dic 2004
35. Enfermedades psicósomáticas [Biblioteca Virtual de la salud] <<http://www.hipnosisnet.com.ar/enfermedades.psicomaticad-7.html/>>>[consulta:12 dic 2004]

GRADO DE CONOCIMIENTO, CREENCIAS Y ACTITUDES QUE TIENE LA COMUNIDAD PANAMEÑA SOBRE LA HIPNOSIS

Dra. Adriana Shaik de Sandoval(*)

Dra. Olivia Sandoval Shaik(**)

Colaboradoras: Psic. Marta de Kourany(***)

Psic. Hilda De Alcántara(****)

(*)Presidenta de la Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica.
Presidenta de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica.

(**)Psicóloga Clínica, Hipnoterapeuta, Sexóloga, Neuropsicóloga y Magister en Psicología Jurídica y Forense.

(***) Licenciada en Psicología por la Universidad de Panamá, Maestría en Administración de Empresas con énfasis en Recurso Humanos por la Universidad de Istmo y Diplomada en Hipnosis Terapéutica por la Universidad de Panamá.

(****) Licenciada en Psicología por la Universidad de Chile, Profesora regular de la Universidad de Panamá, Ex-directora de la Escuela de Psicología, Ex-presidenta de la Asociación panameña de Psicólogos y Miembro de la Asociación panameña de Hipnosis Terapéutica.

Palabras clave: Hipnosis - Creencias - Pesquisa.

Keywords: Hypnosis - Beliefs - Research.

Resumen

Las autoras presentan una encuesta realizada en Panamá para ver lo que piensan los panameños sobre la hipnosis. Ellos encontraron que la mayoría de los entrevistados no creía que la hipnosis era peligrosa o diabólica, pero sintieron que la persona puede quedar inconsciente, puede perder el control y revelar secretos íntimos. Finalmente las personas piensan que la hipnosis tiene bases científicas y aplicaciones terapéuticas.

Summary

The authors present an interview conducted in Panama to know what Panamanians think about hypnosis. They have discovered that most of the interviewed population thinks about hypnosis neither as dangerous nor diabolic, but they think a person may be unconscious, lose control or reveal intimate secrets. Finally people expressed in their opinion that hypnosis has scientific basis and therapeutic applications.

1. Objetivo General:

investigar el grado de conocimiento y actitud que tiene la Población Panameña en relación a la Hipnosis Terapéutica.

2. Objetivos Específicos:

- Averiguar si la población panameña desea conocer más sobre las bondades de la hipnosis terapéutica.
- Verificar si se han erradicado los mitos sobre la hipnosis terapéutica.
- Comprobar la eficacia de la campaña informativa y de divulgación educativa sobre la hipnosis terapéutica.

La televisión, el cine y otros medios de comunicación de masas han propiciado en

gran medida una imagen distorsionada de la hipnosis, aunque existan hoy día evidencias científicas, suficientemente avaladas que refutan dichas concepciones.

Al ser la Hipnosis una herramienta terapéutica que ofrece muchísimas bondades consideramos importante que la población las conozca.

3. Metodología:

- Se realizó un estudio descriptivo a través de la aplicación de encuestas, a una muestra de 500 personas.
- La encuesta elaborada para esta investigación se estructuró con 24 preguntas cerradas.

Distribución de los encuestados según sexo

Sexo	Total	%
Femenino	325	65
Masculino	175	35
Total	500	100%

Distribución de los encuestados según edad

Edad	Total	%
20-29	256	50%
30-39	105	21%
40-49	70	14%
50-59	43	9%
60 ó más	30	6%
Total	500	100%

Distribución de los encuestados según escolaridad

Escolaridad	Total	%
Primaria	21	4
Secundaria y Téc.	125	25
Universitario	354	71
Total	500	100%

¿La Hipnosis es Peligrosa?

Respuestas	Total	%
Sí	42	8
No	376	76%
No Sé	82	17
Total	500	100%

¿La Hipnosis es Diabólica?

Respuestas	Total	%
Sí	34	7%
No	425	85%
No Sé	41	8%
Total	500	100%

¿La Hipnosis tiene riesgos?

Respuestas	Total	%
Sí	175	35%
No	171	34%
No Sé	154	31%
Total	500	100%

¿La Hipnosis provoca reacciones mágicas en las personas?

Respuestas	Total	%
Sí	266	53%
No	143	29%
No Sé	91	18%
Total	500	100%

¿El que se somete a hipnosis corre el riesgo de no volver a despertar?

Respuestas	Total	%
Sí	41	8%
No	316	63%
No Sé	143	29%
Total	500	100%

¿El Hipnotizado corre el riesgo de no volver al estado normal de conciencia una vez terminada la sesión?

Respuestas	Total	%
Sí	61	12%
No	275	55%
No Sé	164	33%
Total	500	100%

¿La Hipnosis es charlatanería?

Respuestas	Total	%
Sí	18	4%
No	400	80%
No Sé	82	16%
Total	500	100%

¿Todas las personas son hipnotizables?

Respuestas	Total	%
Sí	115	23%
No	210	42%
No Sé	175	35%
Total	500	100%

¿Una vez que alguien ha sido hipnotizado no puede resistirse?

Respuestas	Total	%
Sí	76	15%
No	204	41%
No Sé	220	44%
Total	500	100%

¿Las personas hipnotizables tienen mente débil?

Respuestas	Total	%
Sí	53	11%
No	332	66%
No Sé	115	23%
Total	500	100%

¿Mediante el trance hipnótico la mente puede quedar bloqueada?

Respuestas	Total	%
Sí	53	11%
No	332	66%
No Sé	115	23%
Total	500	100%

¿Las personas hipnotizadas pueden perder el control y revelar secretos íntimos?

Respuestas	Total	%
Sí	244	48%
No	108	22%
No Sé	148	30%
Total	500	100%

¿La persona hipnotizada puede hacer cosas en contra de su voluntad?

Respuestas	Total	%
Sí	198	40%
No	152	30%
No Sé	150	30%
Total	500	100%

¿La Hipnosis tiene base científica?

Respuestas	Total	%
Sí	356	72%
No	32	6%
No Sé	112	22%
Total	500	100%

¿La Hipnosis tiene aplicaciones terapéuticas?

Respuestas	Total	%
Sí	386	77%
No	40	8%
No Sé	74	15%
Total	500	100%

¿La práctica de la hipnosis involucra ética y moral?

Respuestas	Total	%
Sí	386	77%
No	40	8%
No Sé	74	15%
Total	500	100%

¿Le gustaría recibir información de la hipnosis?

Respuestas	Total	%
Sí	478	96%
No	22	4%
Total	500	100%

4. Conclusiones

La mayoría de los encuestados señalaron que la Hipnosis no es peligrosa, no es diabólica (entendiendo por ello que el hipnotizador no se apodera de su mente, ni gobierna su vida). Las personas hipnotizadas no tienen la mente débil.

Por otro lado la mayoría de los encuestados manifestaron que estar hipnotizados es igual que estar inconscientes.

La mayoría de los encuestados señalaron que la Hipnosis no es como se ve en la televisión, no tiene reacciones mágicas en las personas, no corre el riesgo de no volver a despertar, no es charlatanería.

Por otro lado un buen número de encuestados piensa que: "No todas las personas son hipnotizables, "Una vez que alguien ha sido hipnotizado no puede resistirse, el Hipnotizado corre el riesgo de no volver al estado normal de conciencia una vez terminada la sesión, las personas hipnotizadas pueden perder el control y revelar secretos íntimos. La persona hipnotizada puede hacer cosas en contra de su voluntad.

Aún existe desconocimiento en cuanto a que la mayoría de los encuestados creen que mediante el trance hipnótico la mente puede quedar bloqueada.

Finalmente podemos decir que las personas encuestadas opinan que la hipnosis tiene bases científicas, aplicaciones terapéuticas y que les gustaría recibir más información.

Referencias:

1. Alvarenga, B M. El Hipnotismo. Editorial Porvenir. San José, Costa Rica, 2004.
2. Aráoz, D., Bleck, R. Hipnosexo. Ediciones Lidium, Buenos Aires, 1987.
3. Burke, A. Autohipnosis: Guía Práctica. Ediciones Obelisco, Barcelona, 1999.
4. Cobian, M A. Yo si creo en la hipnosis. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 1997.
5. Gonzalez, O H. La hipnosis: mitos y realidades. Ediciones Aljibe, Málaga, 2001.
6. Hardy, G. La Hipnosis: Así se controla la mente humana. Ediciones Didáctica, Unión Europea, 2003.
7. Paccilolla, A. Hipnosis: Bienestar psicofísico y recursos mentales. Edición San Pablo. Bogotá, 1996.
8. Ramos, G C. Hipnosis y Psicoterapia. Ediciones Edaf, Madrid, 2002.

LA MEDITACIÓN COMO TÉCNICA PARA INDUCIR LA RELAJACIÓN PREVIA A LA SUGESTIÓN HIPNÓTICA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS HOSPITALIZADOS(*).

Lesbia Santana(**).
Jeanne Marcelino(***)
Domingo Carrasco(****).

(*) Trabajo presentado en el Congreso HipnoCaribe 2004, San Juan, Puerto Rico.

(**) Lesbia Santana es licenciada en Psicología Clínica, Practitioner en PNL, facilitadora del taller de desarrollo profesional para los temas de hipnosis y técnicas complementarias de psicología en la UTE; fundadora de Psicocentro, miembro de la Sociedad Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica.

(***) Licenciada en Psicología. Con Master en Dinámica de grupos.

(****) Licenciado en psicología, con master en investigación científica.

Palabras clave: Hipnosis - Meditación - Relajación.

Keywords: Hypnosis - Meditation - Relaxation.

Resumen

Debido a las influencias que ejercen sobre el cuerpo los factores psicológicos y comportamentales que conllevan en sí una carga emocional - como son la ansiedad y el estrés- los pacientes quirúrgicos podrían correr un gran riesgo de salud, ya que como se ha determinado, una cirugía, ya sea menor o mayor, se convierte en un estresor de gran alcance que puede influir negativamente en el resultado final de la operación quirúrgica. Por esto, dentro de la práctica de la psicología de la salud, se recomienda iniciar un tratamiento psicoprofiláctico lo antes posible, a fin de reducir la ansiedad y minimizar o evitar sus posibles consecuencias (inmunodeficiencia, presión arterial elevada, hemorragias, etc.). Ocupados en hallar soluciones a tal situación, decidimos indagar sobre la aplicación de la Meditación como técnica de inducción a la relajación a fin de determinar si esta puede ser una herramienta psicoprofiláctica viable y efectiva para reducir la ansiedad en los pacientes quirúrgicos hospitalizados en un centro de salud gubernamental (público). Hemos estudiado una muestra de 20 casos de sujetos adultos, de ambos sexos, internados en el Hospital Salvador B. Gautier de la ciudad de Santo Domingo; se asignaron aleatoriamente, 50% a un grupo control y 50% a un grupo experimental, a este último grupo de la muestra se les instruyó en el uso de una técnica meditativa, que practicaron bajo supervisión dos veces al día, al final del ejercicio se introdujeron sugerencias sencillas de

Summary

Due to the influences that psychological and behavioral factors which bear emotional charges in it – such as anxiety or stress – exert on the body, surgical patients could run a great health risk, since as it has been determined a surgery, minor or major, converts itself in a long-term stress factor which can negatively influence the final result of the surgical operation.

For this reason, within Health Psychology practice, it is recommended to start a psychoprophylactic treatment as soon as possible, in order to reduce anxiety and minimize or avoid its possible consequences (immunodeficiency, elevated blood pressure, hemorrhages, etc).

Occupied to find solutions to this situation, we have decided to question about the application of Meditation as a technique of induction to relaxation, in order to determine if this could be a viable and effective psychoprophylactics tool o reduce anxiety in hospitalized surgical patients in a governmental (public) health center. We have studied a sample of 20 cases of adult patients, of both genres, admitted to the Salvador B. Gautier Hospital of the city of Santo Domingo; they were randomly assigned, 50% to a control group and 50% to an experimental group. To this last group of the sample were taught the use of a meditative technique, which they performed under supervision twice a day, at the end of the exercise simple suggestions of well-being and relaxation were introduced.

1. Introducción:

Cada día decenas de personas son ingresadas en los hospitales de nuestro país con el fin de ser sometidas a una intervención quirúrgica. Hoy se sabe que, debido a las influencias que ejercen sobre el cuerpo los factores psicológicos y comportamentales que conllevan en sí una carga emocional, como lo son la ansiedad y el estrés, estos pueden llegar a afectar negativamente el resultado del procedimiento quirúrgico en general y, hasta poner en peligro la vida de los pacientes, pues como se ha comprobado, a estos factores emocionales el organismo reacciona liberando una serie de enzimas (catecolaminas, corticoesteroides, etc.) cuyo exceso causa detrimento al sistema inmunológico favoreciendo el desarrollo de infecciones y enfermedades oportunistas (Holland y Lewis, 1993), entre otras condiciones desfavorables a la cirugía como aumento de presión arterial, abundancia de hemorragia, etc.

Diversas investigaciones, médicas y

psicológicas, han concluído que: La magnitud de la inmunodepresión provocada por el estrés, está determinada, más que por el acontecimiento estresante en si mismo, por el impacto emocional - ansiedad o depresión - el cual depende, en gran medida, de las variables cognitivo-conductuales relacionadas con la apreciación y afrontamiento del estresor (Borrás, 1994).

Por mucho tiempo la única solución clínicamente aceptada en los sectores de la salud para aliviar los síntomas de la ansiedad en pacientes quirúrgicos ha sido la intervención farmacológica, cuyos efectos secundarios son, muchas veces, tan indeseable como la ansiedad misma. Hoy, diversos campos de la salud, se interesan en probar la efectividad de otras alternativas, libres de riesgos y sin contraindicaciones, que ayuden a prevenir y reducir el impacto psicofisiológico de la ansiedad quirúrgica.

2. Motivación:

Hemos contactado, que en la República Dominicana, muchos profesionales de la

medicina desconocen la existencia de un gran número de técnicas psicológicas de aplicación sencilla, libres de efectos secundarios que al ser aplicadas antes, durante y después de una cirugía pueden ayudar a reducir o eliminar los riesgos y el sufrimiento que la ansiedad provoca; otros aunque tienen conocimiento sobre las mismas, nunca las han tomado en cuenta para su aplicación en los centros de salud y las perciben como algo ajeno a su práctica médica.

Lo anterior, nos lleva a considerar la necesidad que existe, en nuestro medio, de ampliar el conocimiento en este aspecto. Nuestro sistema de salud requiere de estudios que motiven la implementación de una serie de técnicas no invasivas, que sirvan de apoyo a los profesionales de los cuales depende para proporcionar una mejor calidad de vida a sus pacientes; además, las intervenciones con técnicas de relajación como la meditación, la hipnosis u otras, no sólo tienen importancia porque hacen que los pacientes se sientan mejor y se recuperen más rápido sino, también, porque reducen el costo total del tratamiento clínico y, uno de los grandes problemas que enfrenta el sector salud de nuestro país es el encarecimiento y escasez de los medicamentos; por lo tanto, pensamos que la divulgación científica de las mismas puede motivar su desarrollo y su aplicación.

Como primer paso y objetivo general nos hemos trazado:

- ◆ Determinar el grado de efectividad de la de Meditación como técnica de

inducción a la relajación para reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos hospitalizados.

3. Teorías y Conceptos:

Por más de medio siglo se aceptó que las amenazas principales para la salud provenían del exterior, de manera que las estrategias para procurar la salud se han dirigido a protegerla de los agentes externos (virus, bacterias, etc.). a pesar de que, hace unos veinticinco siglos Hipócrates decía que estar sano era la prueba de que el individuo había alcanzado un estado de armonía consigo mismo y con su entorno y, que lo que afectaba a la mente afectaba también al cuerpo, es, a penas, a mediados del s.XIX luego de estudiar el fenómeno que F.A.Mesmer llamó magnetismo animal y que luego James Braid denominó Hipnotismo, cuando algunos médicos, comenzaron a pensar que las enfermedades mentales podrían tener origen psicológico y que por tanto podían responder mejor a un tratamiento psicológico que a los tratamientos orgánicos. Luego, en 1896, Sigmund Freud propone su teoría sobre el hecho de que los desórdenes de la conducta, como la histeria no eran el resultado de una condición orgánica determinada, sino la lucha dinámica de la mente humana para satisfacer los deseos instintivos que comienzan en la infancia, por una parte y, para adaptarse a las reglas, las exigencias y las restricciones sociales impuestas por el mundo exterior. Más tarde, Hans Selye, 1936, publica sus hallazgos sobre el estrés y lo denomina como Síndrome General de Adaptación, el cual se define como un

conjunto de reacciones inespecíficas del organismo desencadenadas por elementos de carácter tóxico, infeccioso o emocional.

En 1973, una unidad de estudios de Massachussets informa al Ministerio de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, el descubrimiento de que los factores principales respecto a las posibilidades de supervivencia después de haber sufrido de arteriosclerosis coronaria, eran la "satisfacción en el trabajo" lo que la unidad denominaba "Felicidad general" (Larry Dossey, 1996)

El interés por la relación de la mente y el cuerpo en la salud ha venido en aumento.. Algunos de los resultados aportan sobre los efectos de las intervenciones psicológicas, como son:

- ◆ Daniel Goleman y Gary Schwart "Meditación y relajación como antídotos para la reactividad del estrés", 1976, cuyos resultados afirman que la meditación disminuye los niveles de ansiedad y acelera la recuperación de la excitación causada por el estrés.

- ◆ Eileen M. Stuart y colaboradores, "Nonpharmacologic Treatment of Hypertension: A multiple-Risk-Factor Approach", 1987, determinó que pacientes hipertensos sometidos a una práctica regular de meditación experimentaron reducciones significativas de la presión sanguínea y, por ende, demandaron menos o ningún medicamento en el período de tres años de estudio.

- ◆ La Dra. Carol Mandle, en su trabajo titulado "Respuesta de Relajación en Angiografía Femoral" 1990, reporta que

pacientes sometidos a procedimientos dolorosos de rayos X's experimentaron menos dolor y ansiedad y requirieron una tercera parte de las medicinas que utilizaban antes del tratamiento con la técnica meditativa Uno del Dr. Benson.

- ◆ La Dra. Jane Lesserman publica en 1989 un trabajo titulado "La Eficacia de la Respuesta de la Relajación en la Preparación para Cirugía Cardíaca", donde relata que pacientes que habían sido sometidos a cirugía de corazón abierto presentaron menos arritmias y ansiedad post-operatoria luego de utilizar la meditación para la relajación como técnica de afrontamiento pre-quirúrgica.

- ◆ El Dr. Herbert Benson en su libro "La Respuesta de la Relajación" 1975, da a conocer los resultados de sus múltiples investigaciones en el campo de la salud Cuerpo-Mente, los cuales arrojan pruebas contundentes de que durante la Meditación el metabolismo, la presión sanguínea, el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio y la tensión muscular disminuyen, en tanto que el flujo sanguíneo de brazos y piernas se estabiliza y las ondas cerebrales lentas aumentan.

El cúmulo de investigaciones que como las anteriores están dando fe de la estrecha relación existente entre la mente y el cuerpo, ha hecho que en todas partes del mundo muchos profesionales de la salud se inclinen por la práctica que incluya a ambos por igual en un tratamiento donde el paciente sea considerado como un todo integrado. Esta práctica de medicina holística hoy se conoce con el nombre de Medicina Cuerpomente.

Planteamiento, alcance, límites y formulación del problema:

La Meditación es una práctica de profundización espiritual ampliamente conocida en la cultura oriental. En occidente el tratamiento que con mayor frecuencia se le da es el de una técnica de relajación profunda que contribuye a mejorar la salud psicofisiológica.

En sí, la Meditación consiste en "la restricción de las fluctuaciones de la materia mental", Patañjali siglo II o III a.c, es decir que La Meditación es una técnica por medio de la cual se intentan disminuir y/o eliminar pensamientos, sentimientos y acciones que impiden el logro de la armonía perfecta entre cuerpo, mente y espíritu.

Meditar, significa entrar en trance (Evans - Wentz, 1971, Pág.52). y, se caracteriza por una reacción emocional intensificada y por una alta concentración selectiva. De ahí que guarde una estrecha relación con la Hipnosis en la cual también se evidencia un estado de concentración focalizada al que igualmente se le conoce como trance. Si bien la meditación y la hipnosis no son lo mismo, en el contexto de la psicología occidental, ambas, a nuestro juicio, se pueden prestar para ser relacionadas y utilizadas bajo un mismo contexto. Veamos:

El trance consta de tres momentos o partes:

1. Entrar en trance - La inducción: para la que se utilizan técnicas de concentración. Como modo de ayudar a la mente a realizar la transición desde la conciencia exterior activa, hasta un estado

más relajado, más interior. Esencialmente, su función es: reducir la actividad de la mente lineal consciente, moderando temporalmente la marcha de los procesos del pensamiento normal y concentrando la percepción mental, lo que lleva al cuerpo y a la mente a una mejor posición para recibir sugerencias para el trabajo interior.

Es este el momento para el cual hemos considerado que la técnica de meditación empleada para este estudio era la más idónea, por tratarse de una práctica que no requería mucho tiempo para su aprendizaje y por ser una de los ejercicios mentales que menos intervención del experimentador necesitaba.

2. Utilizar el trance - La Sugestión consiste en usar el trance para alcanzar un objetivo, fijar o sembrar sentimientos o sensaciones de bienestar y salud. Al estar la conciencia centrada en un solo punto, los mensajes penetran al fondo mental, impregnándolo e impresionándolo. Esto permite modificar sus impulsos y tendencias, evitando la inseguridad y duda de la conciencia.

3. Salir del trance - volver al estado normal de conciencia.

Por otra parte, tenemos la ansiedad, una emoción que cada día se relaciona más y de un modo negativo con la salud psicofisiológica.

La *Ansiedad*, es considerada como el fenómeno psicológico más importante del desarrollo, la dinámica y el funcionamiento de la personalidad. Se define como un estado caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre o tensión surgidas

de la anticipación de una amenaza real o imaginaria (Papalia).

Un tipo de ansiedad a la que los medios científicos le están dando mucha importancia es la que suele presentarse en los procesos quirúrgicos.

Los trabajos realizados con distintas muestras de pacientes quirúrgicos, coinciden en que los niveles de ansiedad se elevan antes de la cirugía y disminuyen a lo largo del período post-quirúrgico, lo que ha sido asociado con el aumento significativo de la presión sanguínea, si esto ocurre, las venas dilatadas por la presión sangran más abundantemente cuando el cirujano hace la incisión con el bisturí, siendo la hemorragia excesiva una de las complicaciones quirúrgicas más temidas ya que a veces puede provocar la muerte. De modo que, en pacientes con cirugías programadas se considera apropiado las intervenciones psicológicas preparatorias que influyan en la ansiedad pre-quirúrgica desde que se inicia el proceso a fin de reducirla.

Por ansiedad pre-quirúrgica, se entiende, un estado emocional displacentero, que antecede y persiste más allá del acto quirúrgico y que se manifiesta a través de un patrón de respuestas poco adaptativas (cognitivas, fisiológicas y motoras), potencialmente inductoras de importantes reacciones clínicas (Sánchez, Moix y Valiente, 1994). Su importancia viene dada, tanto por las consecuencias que se le atribuyen en el proceso de recuperación de los pacientes, así como por dotar al proceso operatorio de una fuente natural para la realización de un

perfil evolutivo de la ansiedad y así poder crear nuevos programas preparatorios y de afrontamiento para estos pacientes.

Conociendo la gran problemática que se presenta en nuestros centros de salud donde los medicamentos y el número de salas son escasos, lo que se agrava cuando los pacientes permanecen hospitalizados por más tiempo, ya sea debido a complicaciones surgidas en el intra-quirúrgico o por la lentitud de la recuperación debido a los efectos post-operatorios, que en gran medida, como demuestran muchas investigaciones, se deben a la ansiedad que tal vivencia les genera, por el hecho de que los pacientes suelen, con regularidad, valorar cognitivamente la cirugía como una amenaza vital a la que han de enfrentarse, normalmente, sin disponer de experiencias previas ni estrategias de afrontamiento adecuadas y, sabiendo que existen técnicas que podrían ser de ayuda en la solución de tal problemática, decidimos indagar qué tan efectiva puede ser la meditación para inducir la relajación en estos casos y conocer a ciencia cierta, si esta puede ser una herramienta con la que los profesionales de la salud podemos contar para afrontar debidamente la ansiedad en los pacientes quirúrgicos del sector público, donde las condiciones ambientales son consideradas poco favorables para la aplicación de procedimientos que requieran ciertas condiciones como: facilidad, comodidad, tiempo y efectividad.

En nuestro deseo de encontrar una técnica de afrontamiento psicológico, no sólo menos costosa, fácil y sencilla, sino

además con menos efectos secundarios adversos como los que poseen la mayoría de los psicofármacos utilizados en nuestros centros de salud, nos preguntamos:

¿Es la Meditación una técnica de relajación eficaz para reducir la ansiedad en los pacientes quirúrgicos hospitalizados?

En éste trabajo, nos limitamos a observar si la práctica diaria de la meditación es un instrumento de inducción a la relajación eficaz en la reducción de la

ansiedad de los pacientes quirúrgicos internados en el Hospital Salvador B. Gautier de la ciudad de Santo Domingo.

Para el análisis, tomamos en cuenta la variación en los niveles de ansiedad, medidos con el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton (CAH). Para consignar los temores y las imágenes asociadas a la hospitalización y a la cirugía, así como otros datos importante, utilizamos el método de entrevista estructurada.

DISEÑO METODOLÓGICO

VARIABLES	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA
Meditación	Inmersión en un objeto, en un mundo mental, que puede acompañarse de silencio, relajación o escucha interior con fines terapéuticos.	Profunda relajación psicofisiológica.	Nominal
Sexo	Características sexuales externas.	Fisionomía	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de ingreso al hospital.	Años cumplidos	Intervalo
Estado civil	Situación marital actual	Casado(a), soltero (a), divorciado(a), unión libre, viudo(a)	Nominal
Nivel Académico	Años de estudios cursados	Grado alcanzado	Ordinal
Ocupación	Labor a la que se dedica.	Puesto que desempeña	Nominal
Nivel socioeconómico	Clase social a la que pertenece	Ingreso familiar	Ordinal
Religión	Practica de la fe en una creencia determinada	Lo que declare.	Nominal
Cirugía	Parte de la medicina que tiene por objeto la curación de enfermedades por medio de operaciones hechas con objetos cortantes.	Intervención del médico cirujano	Nominal
Imagen asociada a la hospitalización	Idea pre-concebida respecto a estar hospitalizado	Lo expresado por el o la paciente.	Nominal
Imagen asociada a la cirugía.	Idea pre-concebida respecto a la cirugía.	Lo que el o la paciente exprese	Nominal
Temor asociado a la cirugía.	Sentimiento de aprensión respecto a la cirugía	Lo expresado por el o la paciente.	Nominal
Ansiedad	Sentimiento o afecto originado por el instinto de protección contra el peligro, que provoca una perturbación del ánimo elemental en parte de un modo agudo y brusco y en parte en una forma lenta, continuada y atormentadora.	Ejecución en el cuestionario de ansiedad de Hamilton.	Ordinal

4. Diseño de Prueba;

Para la realización de este estudio elegimos de manera intencional una muestra de veinte (20) sujetos adultos, de clase socioeconómica baja, de diferentes sexos y patologías, ingresados en el Hospital Público Salvador B. Gautier, para intervención quirúrgica, que no estuvieran ni hubieran estado bajo tratamiento psiquiátrico y cuya cirugía no estuviera programada para antes de los cuatro días siguientes al inicio del contacto con el o la paciente. Luego y al azar se asignaron diez sujetos a un grupo CONTROL y diez a un grupo EXPERIMENTAL.

Los sujetos del grupo experimental fueron entrenados en la técnica de meditación UNO, diseñada por el Dr. Herbert Benson, la que practicaron dos veces al día durante 20 minutos, en los días de internamiento previos a la cirugía, siempre bajo guía y supervisión. A ambos grupos se les aplicó el Cuestionario

de Ansiedad de Hamilton en tres ocasiones: el primer contacto, el día antes de la cirugía y el día siguiente a la cirugía, con el fin de evaluar sus niveles de ansiedad en el transcurso del proceso quirúrgico.

Las edades de los (as) pacientes estuvieron comprendidas entre los 20 y los 80 años.

5. Metodo de Análisis:

Los métodos estadísticos utilizados para analizar los datos obtenidos en nuestra investigación fueron:

a) distribución de frecuencia y el cálculo de porcentaje, con el objeto de ordenar las puntuaciones de las variables y su proporción;

b) como prueba no paramétrica, el Índice Lambda de predicción con asociaciones, para determinar el error de predicción y la asociación de las variables dentro de la muestra estudiada, cuya fórmula es:

TABLAS DESCRIPTIVAS DE DATOS ARROJADOS POR LA MUESTRA

$$\lambda_B = 1 - \frac{p(E_B \setminus A)}{p(E_B)} = 1 - \frac{N - \text{suma de frecuencias máximas de columnas}}{N - \text{total máximo de filas}}$$

POR SEXO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	4	20%
MASCULINO	16	80%

POR EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20 - 30	4	20%
31 -40	5	25%
41 -50	3	15%
51-60	4	20%
61 -70	3	15%
71-80	1	5%
TOTAL	20	100 %

POR CIRUGÍA

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COLELITIASIS	3	15
HEMORROIDES	2	10
HERNIA GASOESOFAGICA	2	10
HERNIA INGUINAL	8	40
HERNIA TESTICULAR	2	10
HISTERECTOMÍA	2	10
VARICES	1	5
TOTAL	20	100 %

IMÁGEN ASOCIADA A LA HOSPITALIZACIÓN

I.A.H	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN
POSITIVA	7	35 %	Descanso, liberación de sufrimiento
NEGATIVA	13	65%	Sentimiento de debilidad, vulnerabilidad, temor a enfermarse, repulsión a la comida del hospital, sensación de estar preso
TOTAL	20	100%	

IMAGEN ASOCIADA A LA CIRUGÍA

IAC	FRECUENCIA	PORCENTAJE	DESCRIPCIÓN
POSITIVA	8	40%	Liberación del malestar que ocasiona la patología sufrida.
NEGATIVA	11	55%	Temor a los efectos de la anestesia, al dolor postoperatorio, a las infecciones post-quirúrgicas y a la muerte
NINGUNA	1	5 %	
TOTAL	20	100%	

6. Conclusión y Discusión:

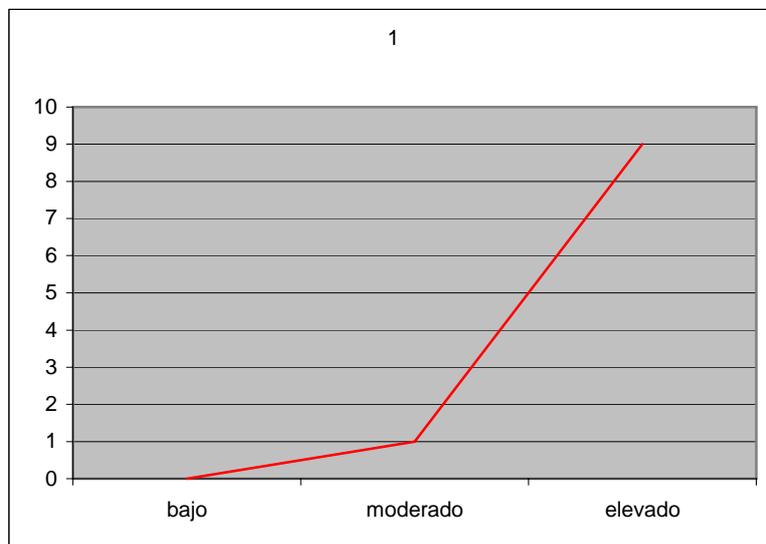
Las conclusiones derivadas de nuestra investigación, habiendo cumplido con la mayoría de los objetivos inicialmente trazados son:

- ♦ La precisión del tratamiento se ha medido indirectamente por el grado de asociación existente entre las variables

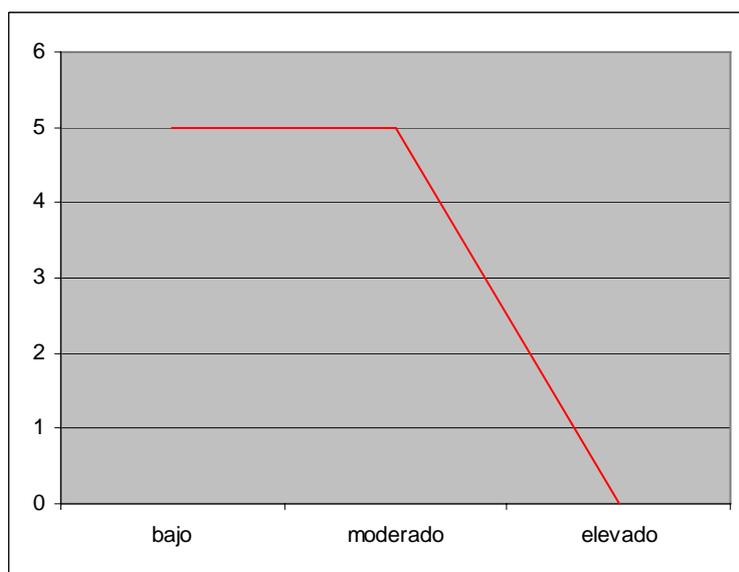
Condición de Tratamiento (B) y Nivel General de Ansiedad (A) :

Encontrando que existen niveles diferentes y comprobados de asociación entre ambas variables que varían según que lo hacen los ensayos experimentales siendo el nivel de asociación entre ambas de 0% en el primer ensayo; de 33% en el segundo ensayo y de 70% en el tercero.

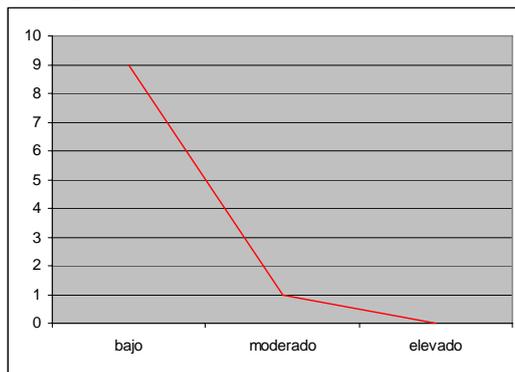
Veamos:
1era aplicación CAH



2da aplicación CAH Grupo Experimental



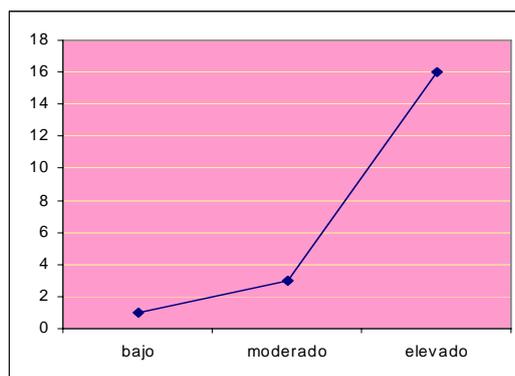
3era aplicación CAH Grupo Experimental



Por lo que nos atrevemos a decir que *la* meditación es una técnica de inducción a la relajación eficaz en la reducción de la ansiedad en los pacientes quirúrgicos hospitalizados.

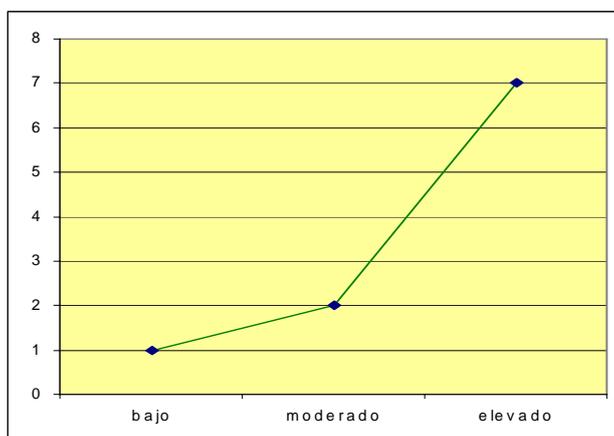
◆ El resultado sobre el comportamiento de los NGA indica la presencia de Ansiedad pre-quirúrgica con niveles elevados en la mayoría de los pacientes de la muestra..

NGA 1era aplicación CAH en toda la muestra

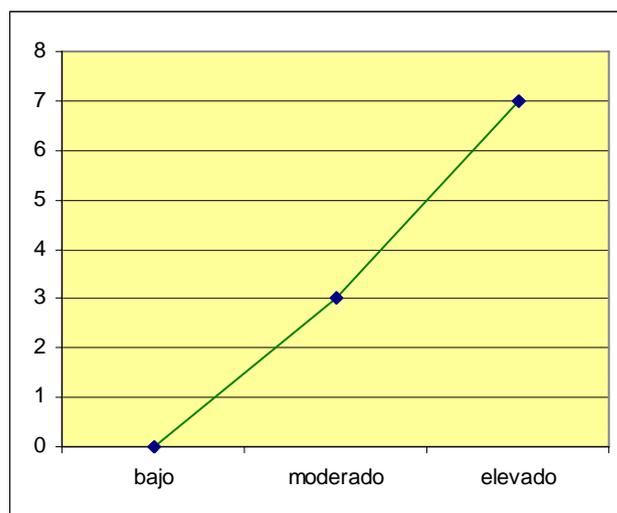


◆ En la mayoría de los sujetos del GRUPO CONTROL, el NGA se mantuvo elevado durante toda la etapa pre-quirúrgica, observamos que el mismo disminuye luego de la cirugía.

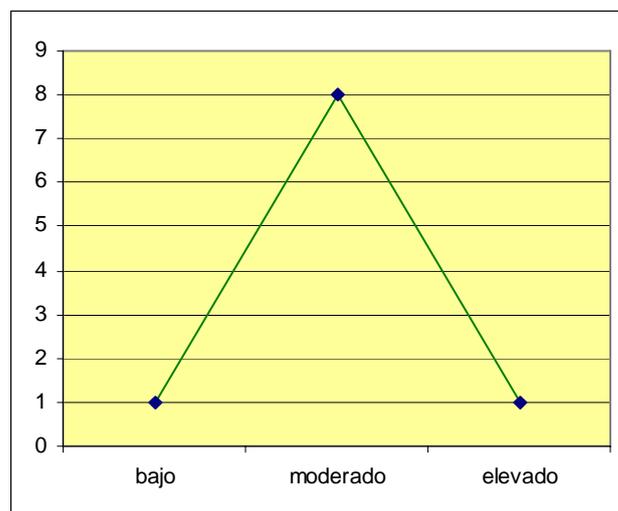
1era Aplicación CAH Grupo Control



2da aplicación CAH Grupo control



3era Aplicación CAH Grupo Control



Si por el contrario, cuando utiliza la meditación como tratamiento psicoprofiláctico, como ocurrió con el grupo experimental, los niveles de ansiedad disminuyen a lo largo del prequirúrgico hasta llegar a su nivel más bajo o desaparecer inmediatamente después de la cirugía.

En un segundo orden:

♦ La meditación es una técnica de relajación que puede ser utilizada para reducir la ansiedad de los pacientes quirúrgicos hospitalizados, aún cuando

las condiciones ambientales no sean las más adecuadas, como ha sido el caso del ambiente en el que hemos trabajado, donde el ruido, la falta de privacidad y el escaso soporte técnico hacen un tanto difícil la aplicación de una estrategia como la meditación para la relajación, la que normalmente requiere de un lugar tranquilo, cómodo y libre de interrupciones.

♦ Por otra parte, encontramos que los pacientes con imagen negativa asociada a la hospitalización manifestaron un nivel

general de ansiedad mucho más elevados que aquellos con imagen positiva asociada a la hospitalización. Lo mismo ocurrió con quienes tuvieron imagen negativa asociada a la cirugía.

◆ Es evidente que las creencias y expectativas de los pacientes influyeron del mismo modo en elevar el Nivel General de Ansiedad y, a la vez, determinó una serie de comportamientos somáticos inadecuados tales como: estreñimiento, palpitaciones cardíacas, trastornos del sueño, micción frecuente, cefaleas, consumo de sustancias tóxicas (cigarrillos y café). Esto nos conduce a la reafirmación de la influencia mutua entre mente, cuerpo y emociones.

◆ Por último, la angustia generada por la desinformación médica y el largo tiempo de hospitalización previos a la cirugía que enfrentaron algunos pacientes, fue un factor de notable importancia que pudo contribuir al incremento de los NGA en los sujetos del grupo control.

7. Conclusión:

La técnica de Meditación empleada fue efectiva al reducir la ansiedad en los sujetos de la muestra experimental. El análisis comprueba que, existen niveles diferentes de asociación entre las Condiciones del tratamiento y las variaciones en el Nivel general de ansiedad.

Referencias:

1. A.C. Baktivedanta Swami Prabhupada. BHAGAVAD-GITA tal como es. Traducción de Srila Hridayananda dasa Goswami y Marcos Safarani. Edit. Baktivedanta, México, 1985.
2. Benson, H. y Stark, M. Curados por la Fe. Editorial Norma. Colombia, 1996.
3. Benson, H. Beyond the Relaxation Response. New York Time Books, 1984.

9. RECOMENDACIONES:

◆ La formación del personal del departamento de psicología que labora en el hospital para el manejo y aplicación de la técnica de meditación empleada como psicoprofiláctico para inducir a la relajación a los pacientes hospitalizados.

◆ La participación permanente de un (a) psicólogo (a), dentro del equipo de cirugía del hospital Salvador B. Gautier y todos los centros de salud.

◆ La creación de un equipo multidisciplinario de investigación de esta y otras técnicas de relajación que puedan aplicarse tanto en cirugía como en otras áreas de salud.

◆ La integración de una asignatura en el pènsum de psicología para entrenar a los estudiantes en técnicas psicoterapéuticas complementarias que hasta ahora no son tomadas en cuenta de manera oficial.

4. Benson, H. y Stuart, E. The Wellness Book. A comprehensive Guide to Maintaining Health and Treating Stress Related Illness. New York: Fireside, 1993.
5. Bleomfild, H. Meditación Trascendental. Ediciones Grijalbo, Barcelona, 1975.
6. Carson, N R. Fundamentos de Psicología Fisiologica, 3ra edición, Ed. Prentice Hall, México, 1955.
7. Darley/ Glucksberg/ Kinchla. Psicología, 4ta edición, Ed. Prentice Hall, México, 1990.
8. Davis, M. McKAY, M. y Eshelma, E. Tecnicas de Autocontrol Emocional. Ed. Martínez Roca, Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. España, 1985.
9. Dorch, F. Diccionario de Psicología. 7ma edición, Editorial Herder, Barcelona, 1994.
10. Fromm, E. Mas Alla de las Cadenas de la Ilusion, 3ra edición, Herrero Hermanos, S.A., México, 1969.
11. Goleman, D. La Inteligencia Emocional. Ed. Javier Vergara, Buenos Aires, Argentina, 1996.
12. Goleman, D. Los Caminos de la Meditación. 3ra edición, Editorial Kairós, Barcelona, 1997.
13. Hernandez, R., Fernandez, C. Baptista, P. Metodologia de la Investigación. Ed. McGraw-Hill, México, 1997.
14. Hernando, M. G. Introducción a lo Médico Psicológico. Ed. Cardenal, Santo Domingo, 1982.
15. Hewitt, J. Relajación. Ediciones Pirámides, Madrid, 1996.
16. Horney, K. Nuestros Conflictos Interiores. Editorial PSIQUE. Traducción: J. Martínez Alinari, Buenos Aires, Argentina, 1976.
17. Ibanez, E. y Belloch, A. Psicología y Medicina. Promolibro, Valencia, España. 1989.
18. McCollough, C. Análisis Estadístico para la Educación y las Ciencias Sociales. Ed. Libros McGraw-Hill, 1974
19. Rosenweig, M R. Psicología Fisiológica, 2da edición, Ed. McGraw Hill, Madrid, 1993.
20. Sue, D., Sue, D. y Sue, S. Comportamiento Anormal, Ed. McGraw Hill, 4ta edición, México, 1985.
21. Valdes, M. y Flors, M. Psicobiología del Estres. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1985.
22. Watts, A. El Camino del Zen. Ediciones Arneo, San José, Costa Rica, 1981.
23. Watts, A. Psicoterapia del Este, Psicoterapia del Oeste. 6ta edición, Editorial Kairós, Barcelona, España, 1992.
24. Wilber, K. Los Tres Ojos del Conocimiento: La búsqueda de un nuevo paradigma", 2da edición, Editorial Kairós, Barcelona, España, 1994.
25. Zaniah. Diccionario Esotérico. 4ta edición, Editorial Kier S.A., Buenos Aires, Argentina, 1982.
26. Fernandez, M C. La Respuesta Cardiac de Defensa en Humanos. Revista de Psicología General y Aplicada, Madrid, España, 1986, Vol.41(4).
27. Goleman, D. Meditar, la terapia antiestrés. Revista Uno Mismo, No. 167:16-23, Mayo, 1997.

28. Lopez, R., Pastor, M.A., Sánchez, S. y Belmonte, J. Ansiedad y Cirugía. Estudio con Pacientes Oftalmológicos. Revista de Psicología General y Aplicada, 44(1):87-94, 1991.
29. Martinaz, S F, Moix, J. Valiente Carrillo, J. Ansiedad Prequirurgica: Un Reto para la Psicología y la Medicina Ansiedad y Estrés, Universidad de Murcia, España, No. 89, 1994.
30. Muse y Mussons, Frigola G.. La Psicología del Dolor. Revista de Psicología General y Aplicada, madrid, España, 44(2):193-198, 1991.
31. Mucci, M C. Dolor Sensación, Dolor Percepción, en Psicoprofilaxis Quirurgica y Psicólogos Trabajando con Cirujanos: los inicios de una experiencia. No. 3, mayo. 1996. Dirección electrónica: <http://psiconet.com/acheronta>.
32. Villaverde, J R. Psiconeuroinmunologia. Dirección electrónica: <http://www.tinn.net/home/citabe/psiconeu.htm>
33. Betés, M., Iruarrizaga, I. y Bermúdez, E. Trastornos Amnesicos por Benzodicepinas. Dirección electrónica: http://www.ucm.es/info/seas/Congreso/1/resu_a-d.htm
34. La Practica de la Meditación, Geocities. Dirección electrónica: <http://www.geocities.com/Athens/Parthenon/1151/como-medit.htm>
35. Boletin de la Sociedad Espanola para el Estudio de la Ansiedad y el Estres. No.1, octubre, 1994. Dirección electrónica: <http://www.ucm.es/info/seas/Boletine/boseas01.htm>

HOLOHIPNOSIS (*)

Dr. João Jorge Cabral Nogueira.(**)

(*) Termo criado por el autor apoyado en la Teoría Holográfica de la Mente y del Universo.

(**) Médico Psicoterapeuta. Ex-Presidente de la Sociedad Brasileña de Hipnosis. Profesor del Curso de Pos-Graduación en Hipnosis Clínica de la Universidad de Río de Janeiro. Miembro de la Asociación Brasileña de Psiquiatría e da União Nacional de los Analistas Transaccionales del Brasil. Autor del libro: Autoscopia - la magia de su interior.

Palabras clave: Hipnosis - Hipnosis Integral - Holohipnosis.

Keywords: Hypnosis - Integral Hypnosis - Holohypnosis.

Resumen

El autor presenta su visión holística del ser humano compuesta de cuerpo, mente y alma. Crea el termino Holohipnosis para designar una hipnosis integral compuesta por la hipnosis Pavloviana, la hipnosis Ericksoniana y la hipnosis Cuántica. Él describe los modelos analíticos y sintéticos y sus principales exponentes. El reporta los fenómenos paranormales que ahora pueden ser explicados por la física cuántica y sus aplicaciones dentro de lo que se denomina como hipnosis cuántica. Finaliza hablando de como ele faz as aplicaciones de la holohipnose dentro del concepto de terapeuta holocentrado.

Summary

The author presents its holistic vision of the human being composed of body, mind and soul. He creates the term "Holohypnosis" to designate integral hypnosis composed by Pavlovian, Ericksonian and quantum hypnosis. He describes the analytic and the synthetic models and its main followers. He reports the paranormal phenomena now explained by quantum physics and its application in what he called quantum hypnosis.

Closed talking about how he makes the applications within the concept of holohipnose holocentrado therapist.

1. Definición: Holo = el todo.

Holo Hipnosis: hipnosis del todo, hipnosis total.

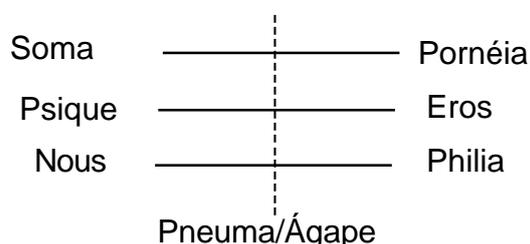
2. Consideraciones iniciales:

La holohipnosis abarca la hipnosis clásica o pavloviana, la hipnosis moderna o ericksoniana y la hipnosis cuántica, por tanto, es una hipnosis total o integral.

Podemos clasificar el ser humano de

varias formas, podemos decir que él se divide o se completa (depende del punto de vista) en la trinidad: cuerpo-mente-alma.

Crema¹ en Antiguos y Nuevos Terapeutas así diagrama:



El cuerpo es designado por el Cuerpo o Soma representado por la diosa griega Pornéia.

La mente o Psique es representada por el dios griego Eros.

La alma es representada por el Nous o espacio del silencio.

Los tres son traspasados por la Pneuma o Ágape que representa el soplido de Dios o Ruah en hebraico.

Para la hipnosis del Soma tenemos la hipnosis pavloviana de la escuela rusa reflexológica, con sus reflejos condicionados y la programación neurolingüística que funcionan como moduladores, reprogramadores, actuando en el sistema nervioso cerebral al nivel celular, molecular y orgánico. Además de las estrategias usadas para un descondicionamiento o desensibilización de lo negativo y nos reforzar o recrear en lo positivo, se utilizan técnicas directas.

Para la hipnosis de la Psique tenemos la hipnosis ericksoniana que aborda al paciente como teniendo una mente inconsciente creativa, llena de recursos internos que puede hacer cambios. Es el paciente el que busca esos recursos. Se utilizan técnicas indirectas en la inducción, mediante el uso de metáforas o mensajes paradójales. Funcionan como artistas, modulando nuestros conflictos y otorgándole significado a los contenidos.

También podemos mezclar las dos, por ejemplo, cuando hacemos una visualización creativa para una reprogramación celular o del tejido. Para la hipnosis del Nous tenemos la

hipnosis cuántica con sus fenómenos regidos por la física cuántica como probabilidades, pero nunca como certeza.

En el momento del encuentro terapéutico, utilizamos las tres modalidades, dependiendo de lo que sea necesario, y estaremos practicando la holohipnosis o hipnosis integral.

Los dos modelos iniciales son del conocimiento de todos, abordaré entonces más detalladamente el tercer modelo de hipnosis; la hipnosis cuántica.

3. Modelos de Hipnosis:

El cerebro humano está dividido en dos hemisferios, el izquierdo y el derecho. El ser humano utiliza mayormente uno de los dos hemisferios del cerebro, el izquierdo es el modelo analítico y el derecho es el modelo sintético. Lo ideal es la integración de los dos, difícilmente conseguida por nuestros dogmas y preconceptos como veremos en la continuación.

En la anatomía humana el cerebro es dividido en derecho y izquierdo y la comunicación de los dos ocurre a través del cuerpo calloso que en la mitología es representado por el cuerno del Unicornio, símbolo del Colegio Internacional de los Terapeutas.

El concepto holístico nos habla que la parte contiene al todo. Cada parte del cerebro contiene conocimiento del todo, pero cada parte tiene conocimiento más específico como en una fábrica donde cada uno tiene su especialidad, en tanto, todos saben hacer el servicio de los otros de una forma no especializada.

Modelo analítico:

- * Énfasis en la parte.
- * Tendencia reduccionista.
- * Carácter mecanicista.
- * Somático (cinco sentidos).
- * Determinista.
- * Exactitud.
- * Reproductividad.
- * Previsibilidad.
- * Progresividad.
- * Relación causal.
- * Espacio externo.
- * Realidad objetiva.
- * Experimental.
- * Función explicativa.
- * Aplicado a las ciencias de la naturaleza.
- * Algunos mentores:
Galileu, Descartes, Newton, Freud, etc.

Modelo sintético:

- * Énfasis en la totalidad.
- * Tendencia ampliativa.
- * Carácter organicista.
- * Psíquico.
- * In determinista.
- * In certeza.
- * Unicidad.
- * Imprevisibilidad.
- * Instantaneidad.
- * Relación acausal, sincronicidad.
- * Espacio interno.
- * Conciencia, valores.
- * Experiencial.
- * Función comprensiva.
- * Aplicado a las ciencias del nous.
- * Algunos mentores:
Jung, Frankl, Krisnamurti, etc.

Esta es una síntesis retirada del libro Salud y Plenitud de Roberto Crema².

Entonces, podemos ahora dividir los modelos de la hipnosis en:

- | | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Modelos analíticos: | * Hipnosis pavloviana y ericksoniana. |
| Modelo sintético: | * Hipnosis cuántica. |
| Modelo integral: | * Holohipnosis. |

La holohipnosis engloba tanto la análisis cuanto la síntesis, pues como el nombre dice es una hipnosis del todo.

Los modelos analíticos son basados en el paradigma cartesiano y newtoniano de la causa y efecto.

El modelo sintético o cuántico se basa en el nuevo paradigma holístico que nos dice que no hay causalidad, pero sí, "sincronicidad" tan bien descrita por Jung in Weil³ como una relación no-causal que liga dos eventos de modo significativo.

Los fenómenos hipnóticos ocurren en todos los modelos, luego, tenemos que conocerlos para poder trabajar con ellos.

Imaginen un terapeuta que conozca solamente a Freud, Jung, Berne, o algún otro teórico, cuando se encuentre con un fenómeno paranormal, como por ejemplo, una clarividencia, va quedar atónito, sin saber lo que puede hacer.

Los fenómenos cuánticos ocurren inesperadamente, o mejor, si provocarlos,

luego, si no los reconocemos, no preservarlos y perderemos la oportunidad de ayudar a nuestros pacientes. Lo peor, quedaremos atónitos frente al inusitado sin saber lo que hacer, en Brasil hablamos " quedar con la cara de tonto".

Siempre la ciencia clásica rechaza los fenómenos que ella no sabe explicar, al punto de clasificarlos, por ejemplo, como paranormales, o sea, al lado de la normalidad.

Así clasificados no son más pesquisados, pues no hacen parte de la ciencia.

Entretanto, la ciencia de punta, en el nuevo paradigma holístico, no solo acoge, como estudia estos fenómenos, al punto de ya tener explicaciones para ellos como veremos al seguir.

Con el advenimiento de la física cuántica podemos deslumbrar respuestas a esas cuestiones.

Entonces vamos a la definición de holograma para comprender las explicaciones.

El cerebro, por los estudios del neurocientista de Stanford, Karl Pribram ⁴, se comporta como un holograma, o sea, una parte representa el todo, tiene el conocimiento del todo.

El Universo, por la teoría de David Bohm⁵, de la Universidad de Londres, también se comporta como un holograma.

Luego, la mente hace parte del Universo holográfico, entonces puede saber de cualquier cosa del mismo, bastando para eso, solo entrar en un Estado Ampliado de

Conciencia (E.A.C.) para percibir lo que desea, ese E.A.C. puede ser a través de un estado hipnótico, un estado de relajamiento, un estado meditativo o por el uso de drogas alucinógenas.

Sabemos de las experiencias en la década de 70 por Stanislav Grof⁶ con el uso de LSD en estudiantes universitarios que relataran varias experiencias místicas, conciencia cósmica, oceánica, etc.

Stanley Krippner⁷, un de los mayores parapsicólogos de la actualidad, nos dice que el modelo holográfico del cerebro y del Universo puede explicar esos fenómenos.

Empecemos por los fenómenos paranormales:

4. Fenómenos P.E.S. (Percepción Extra Sensorial):

No podemos dejar de homenajear aquí J. B. Rhine, de la Universidad de Duke, el pionero de los estudios en parapsicología, llamada en la época de metapsíquica.

Todos esos fenómenos de que vamos hablar, están ínter ligados a la física cuántica, pues están fuera de los nuestros cinco sentidos que están ínter ligados a la física clásica.

4.1 - Telepatía:

Ya Myers, en 1882, in Soal⁸ así la define: es la transmisión de pensamientos, ideas, sensaciones, imágenes y sentimientos de una mente a otra sin la ayuda de los cinco sentidos.

Independiente del espacio, puede ocurrir cuando las personas están próximas o a millares de kilómetros de distancia entre las dos personas.

A veces, en el proceso terapéutico, el terapeuta tiene un "insight", sobre el paciente, sobre algo de su vida, de su problema y cuando verbaliza el paciente asustado habla: - ¿como usted sabe de eso? ¡Jamás hablé de eso para nadie!

Ese "insight" puede tener sido en aquel momento, una captación telepática.

Entonces esos "insights" serian la comunicación de mente a mente, en una visión de lo Universo holográfico en que todo está contenido en la parte y la parte contiene lo todo.

Cuando estamos solos y tenemos un "insight" es que entramos en contacto con la sabiduría del Universo.

4.2 - Precognición:

En la antigua Grecia, en la Roma, en el Egipto y en la Edad Media había la profesión de adivino. Quien no conoce una cartomante, una gitana que lee las cartas, las manos, la bola de cristal, etc.

Precognición es la visualización o la percepción de lo que aún va ocurrir.

Aquí tenemos que tener mucho cuidado para no entrarnos en el determinismo o destino.

La precognición solo teje la visión de la tela de la vida como irá ocurrir sin ningún poder para alterar la trayectoria.

Tenemos que evocar que fenómenos aleatorios o el libre arbitrio pueden hacer esas mudanzas y la previsión no ocurrir.

Toda la previsión puede fallar, ninguna previsión tiene 100% de probabilidades de ocurrir. Por la física cuántica hay ondas de probabilidad y jamás de certeza, como tan

bien nos habla Amit Goswami⁹.

4.3 - Retrocognición:

Es la visualización del pasado, entraremos en más detalles cuando hablaremos en regresión.

4.4 - Clarividencia:

Es la capacidad de ver fenómenos del pasado, del presente o del futuro, que están fuera del campo visual.

4.5- Clariaudiencia:

Es la capacidad de oír cosas del pasado, del presente o del futuro fuera del campo auditivo.

5. Engrama:

Impresión o trazo dejado en el sistema bioenergético del biocomputador cerebral y, al que todo indica, universal o cósmico, por todos los eventos percibidos en el campo de cada ser vivo.

Segundo Karl Pribram⁷, esos engramas se situarían bajo la forma de hologramas, en un campo bioeléctrico, al nivel de los "axonios", en el espacio entre las "dendritas", en el caso del cerebro humano.

Algunas prácticas de la imaginación mental por visualización, utilizadas en los métodos del controle mental son engramas nuevos que sustituyen viejos engramas.

6. Estados modificados de conciencia:

Termo por el cual Charles Tart, in Talbot¹⁰ designó los estados de conciencia diferentes del de la vigilia, en el decorrer de los cuales son vividos aspectos diferentes de la realidad cotidiana.

Nosotros encontramos ahí el estado de experiencias en hipnosis, en parapsicología y en psicología transpersonal.

Nosotros preferimos el término "estados ampliados de conciencia", pues cuando estamos en vigilia nuestra conciencia está muy estrecha.

7. Regresión:

La regresión hipnótica tanto puede acontecer en el tiempo como en el espacio o fuera del espacio/tiempo. Por su importancia la coloqué en este ítem a parte.

Estamos acostumbrados a regresiones en varios niveles, desde experiencias en esta vida hasta experiencias intrauterinas, además de la concepción.

Hay varias teorías para la regresión anterior a la concepción, no deseo polemizar, tan poco posicionar una contra la otra. Por contrario, pienso que cuando hay varias explicaciones para la misma cosa es por que cada cual tiene una faceta de la verdad.

Hay la teoría de vidas pasadas, dada por las religiones dichas espiritualistas.

Hay la teoría de memoria genética dada por la ciencia ortodoxa cartesiana.

Hay la teoría de la fantasía del inconsciente que crearía esas imágenes.

Hay la teoría del inconsciente colectivo, de los arquetipos que nos habitan.

En cualquier teoría arriba, ¿cómo es posible a la mente accezar esos archivos tan antiguos?

Por la física clásica es imposible una explicación para eso, no hay hipótesis.

Pero, pela física cuántica tenemos varias hipótesis:

7.1 Primera hipótesis:

Por el propio holograma en que tenemos todo el conocimiento en el nuestro cerebro que sería una parte holográfica del Universo¹⁰.

7.2 Segunda hipótesis:

Por la teoría del campo informacional.

Campo es un sistema de relaciones energéticas que interactúan entre si.

Campo informacional es la información que actúa en ese campo.

Las tres fuentes primordiales del Universo son: materia, energía e información.

Cuando en transe hipnótico estamos en regresión, hay un campo informacional organizado para traer la causa de aquella fobia, por ejemplo, que no sabemos de donde vino, ni cuando fue generada.

Cuando asociamos la sensación de la fobia a la imagen de la misma, provocamos un campo informacional que va buscar donde está la información, sea ella en un pasado reciente o remoto.

¿Como eso ocurre?

Tenemos entonces la tercera hipótesis.

7.3 Tercera hipótesis:

Es la noción que en el mundo cuántico no hay espacio/tiempo. La noción de espacio / tiempo es dada por la física clásica del mundo material, macrocósmico. El mundo de la física cuántica es el mundo de las partículas, microcósmico, sutil, donde esa noción desaparece.

El pasado-presente-futuro están en un mismo "momento cuántico".

A ejemplo de como dijo o Platón³: "el tiempo es la imagen móvil de la eternidad".

Yo sé que eso nos suena absurdo, pero los teóricos hacen teorías y ecuaciones matemáticas cada vez más complicadas para demostraren eso.

La literatura nos habla de experiencias de casi muerte (E.C.M.) en que los pacientes cuentan que en la hora de la muerte viven una película de su vida en segundos, nosotros llamamos eso de "momento cuántico". Entonces ahora desaparece la noción de que una regresión a la niñez tarda más que una regresión a la adolescencia, por ejemplo.

A veces, en autoscopia¹¹ que es la visualización interior del cuerpo (daremos un mini-curso mañana sobre esa técnica), cuando preguntamos al paciente que va a la primera experiencia de aquella sensación, el mismo puede traer una escena de la niñez, intra-útero o de tiempos remotos, en un mismo tiempo muy rápido.

7.4 Cuarta hipótesis:

Aún podemos pensar en una cuarta hipótesis para la explicación de esos fenómenos que es el efecto E.P.R. (Einstein-Podolsky-Rosen) que se refiere a la conexión cuántica entre dos sistemas separados y que puede explicar la transmisión instantánea de la información de un lugar al otro del Universo físico, sin la violación de la teoría de la relatividad de Einstein, porque el traslado no necesita propagación de señales de energía, el quantum informacional usa la energía ya

presente en ese lugar en particular.

8 . Experiencias Transpersonales:

Grof⁶, construyó una cartografía de la conciencia en las experiencias transpersonales.

I - Dentro del cuadro de la realidad objetiva tenemos:

1 - Expansión temporal de la conciencia:

Ahí se encuentran experiencias embrionarias y fetales, experiencias ancestrales, colectivas y raciales, precognición, clarividencia y viaje en el tiempo.

2 - Expansión espacial de la conciencia:

Trascendencia del ego en las relaciones interpersonales, identificación con otras personas, conciencia de grupo, identificación animal, vegetal, unidad con la vida, la conciencia de la materia inorgánica, planetaria, extraplanetaria, las experiencias fuera del cuerpo, viajes en el espacio y telepatía.

3 - Reducción espacial de la conciencia:

Conciencia orgánica, tisular y celular (veremos eso en nuestro curso de autoscopia).

II - Para allá del cuadro de la realidad objetiva tenemos:

Experiencias espiritualistas y mediúnicas, encuentro con entidades espirituales sobrehumanas, experiencias de otros universos y sus habitantes, experiencias arquetípicas, mitológicas, encuentro con varias divinidades, activación del chácras y despertar de la

kundalini, conciencia del espíritu universal, el vacuo supracósmico y metacósmico.

9. Hipnosis cuántica:

En artículo publicado en la Revista Brasileña de Hipnosis⁸, introduzco la noción de hipnosis cuántica. La hipnosis pavloviana se acenta en los fenómenos de la física clásica newtoniana que es la física del mundo observable, del macrocosmo, de la materia.

La hipnosis cuántica se basa en la física cuántica que apareció a partir de la teoría de la relatividad de Einstein, por consiguiente es la física del microcosmo, de las partículas que algunas veces se transforman en ondas y otras veces retornan a partículas, es el mundo del inobservable.

10. Aplicaciones de la física cuántica a la hipnosis cuántica:

Por todo que vimos podemos concluir que por ser nuestra mente holográfica, cualquier fenómeno capturado en estado ampliado de la conciencia, puede traer la energía informacional del Universo a través de los aspectos más variados descritos en el texto.

Si no nos prepararnos para esa posibilidad seremos ineficaces o inoperantes cuando uno de esos fenómenos ocurriera en una inducción hipnótica. Cuando nosotros hacemos una inducción hipnótica, estamos abriendo la mente consciente e inconsciente a la cartografía entera del ser humano, entonces, todo puede ocurrir.

11. Aplicaciones de la Holohipnosis:

Después de que nos damos cuenta de

todas esas posibilidades de la mente holográfica, estaremos ante el paciente que puede presentar un fenómeno físico, mental o noético.

Cuando hacemos una autoscopia⁷, no sabemos lo que el paciente verá, puede ser en el nivel físico, en el nivel mental o en el nivel noético. Puede presentar una visión real o creación del inconsciente como un deseo interior no resuelto, pero puede también traer una visión del inconsciente de un ancestral, colectivo o cósmico que son del campo de la física cuántica, luego, de la hipnosis cuántica.

El terapeuta holocentrado es aquello que da la bienvenida al fenómeno sin preconcepto y busca dar un sentido para el mismo, usando la terapia dentro de cada caso que se presente.

Por ejemplo, él usará una técnica pavloviana cuando necesite cambiar un reflejo condicionado negativo en positivo, como en el caso de malos hábitos; usará una técnica ericksoniana cuando necesite usar una metáfora para buscar recursos interiores de cura o dará la bienvenida a un fenómeno cuántico para buscar con el paciente una posibilidad de trabajar con él de la mejor manera. Gustaría de concluir soñando como Karl Pribram: "Los días dos tecnócratas de corazón frío y cabeza dura parecen estar contados".

Referencias:

1. Crema, R. Antigos e Novos Terapeutas - abordagem transdisciplinar em terapia. Ed. Vozes, Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2002.
2. Crema, R. Saúde e Plenitude - um caminho para o ser. Summus editorial, São Paulo, Brasil, 1995.
3. Weil, P. Nova Linguagem Holística - pontes sobre as fronteiras das ciências físicas, biológicas, humanas e as tradições espirituais. 2ª edição, Editora Espaço e Tempo Ltda, Rio de Janeiro, 1987.
4. Pribram, K. Spirit, Cerveau et Conscience, in Science et Conscience. Les deux Lectures de l'Univers, Paris, Stock, in Pierre Weil, Nova Linguagem Holística, 1980.
5. Bohm, D. In Science et Conscience. Les deux lectures de l'Universe, Paris, Stock, in Pierre Weil, Nova Linguagem Holística, 1980.
6. Grof, S. Psychologie Transpersonnelle. Monaco, Rocher, in Pierre Weil, Nova Linguagem Holística, 1984.
7. Krippner, S. - Holonomy and Parapsychology, in K. Wilber, The Holographic Paradigm and other paradoxes, Boulder, Shambhala, 1982.
8. Soal, G. S. e Bateman, F. Telepatia - experiências modernas. Tradução de Leônidas Gontijo de Carvalho, Ed. IBRASA, São Paulo, 1968.
9. Goswami, A. O Universo Autoconsciente - como a consciência cria o mundo material. Tradução de Ruy Jungman, Ed. Rosa dos Tempos - Rio de Janeiro, 1998.
10. Talbot, M. O Universo Holográfico. Tradução de Maria de Fátima S. M. Marques, Ed. Best Seller, 3ª edição, São Paulo, 1991.
11. Nogueira, J J C. Autosscopia - a magia do seu interior - técnica avançada de hipnose. Ed. Instituto AmanheSer, Rio de Janeiro, 1998.
12. Nogueira, J J C. Hipnose Quântica - um novo paradigma. Rev. Bras. de Hipnose, vol. 21, nº 2, pg.64-70, 2000.

MENSAJE FINAL

Mis queridos amigos, compañeros de viaje y desconocidos que están leyendo este mensaje. Es con gran placer que yo estoy aquí para hablar con usted sobre esta revista, ustedes han leído el mensaje desde el editor de honor, el Profesor Doctor Alberto Cobián en la lucha que se fue a su nacimiento. Yo diría que hace unos años de un embarazo y el parto que desee tanto que ahora se lleva a cabo.

Quiero hablar primero con las personas que deseen publicar sus trabajos en esta revista. Si usted es de un país que tiene una asociación afiliada a la Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica es sólo presentar su trabajo a lo representante de la misma, si eres de un país que no haga esta asociación enviar directamente a mí que me refiero a la Comisión de evaluación y la comisión después envía la respuesta sobre la aceptación o el rechazo del trabajo.

Ahora quiero hablar con las personas que deseen dar a conocer su trabajo, sus cursos, libros, etc. Dado que la revista es semestral tenemos que recibir con seis meses antes.

Esta revista quiere ser también un vehículo para el entendimiento y la reconciliación entre los hipnotizadores a nivel mundial. En este espacio que estoy escribiendo ellos pueden ser utilizados para sugerencias, críticas, discusiones científicas con amor, la disidencia o acuerdo siempre en el principio ético de respeto a otros pensamientos. Las críticas personales no serán aceptadas.

Los artículos de esta revista serán para ayudar a minimizar el sufrimiento de nuestros semejantes, ya sea en su apariencia personal, los aspectos ambientales, sociales o espirituales de respetar todos los aspectos de los seres humanos.

Quiero agradecer a todos los que trabajaron para que esta revista dese su primer paso y quiero invitar a todos a enviar trabajos para fortalecer la dentro de los periódicos científicos.

Gracias a Hector Totti por la revisión de lo espanhol, a Lisete Herzog de Borbon por la revisión de mí trabajo y a Marcel Calil Nogueira por los resúmenes en inglés.

En espera de su evaluación, sugerencia o colaboración, nos despedimos fraternalmente.

J oão J orge
EDITOR

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a tres personas que ayudaran en esta edición:

A lo Ing. Hector Totti de Puerto Rico por su revisión del español excepto mí trabajo.

A la Psicóloga Lisete Herzog de Borbon de Puerto Rico por la revisión de mí trabajo.

A mí hijo Marcel Calil Nogueira por los resúmenes en ingles.

Información a los autores para publicación de sus trabajos

Las normas para preparar los manuscritos enviados a revistas biomédicas, elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, es conocido como Grupo de Vancouver.

Las referencias se deben numerar consecutivamente en el mismo orden en que se mencionan dentro del cuerpo del texto. Identifique las referencias dentro del cuerpo del texto, los cuadros y las leyendas, con llamadas con números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas sólo en los cuadros o en las leyendas, deben ser numeradas de acuerdo con la secuencia establecida por la primera llamada dentro del texto de cada cuadro o grabado particular. Utilice el estido editorial de los ejemplos incluidos más adelante, que se basan en los formatos empleados por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM) en el Index Medicus. Los nombres de las revistas se deben abreviar de acuerdo con el estilo editorial utilizado en el Index Medicus. Consulte la List of Journals Indexed in Index Medicus (lista de revistas indizadas en el Index Medicus) que se publica anualmente como separata de dicha revista de la Biblioteca o en forma de lista en cada edición de enero del Index.

Los autores deben obtener autorización escrita para citar dichos trabajos, así como una comprobación de que realmente han sido aceptados para su publicación. La información extraída de los manuscritos sometidos a arbitraje, pero aún no aceptados, debe ser citada en el texto como observaciones inéditas con la autorización escrita de la fuente.

Evite citar una "comunicación personal" a menos que suministre información esencial no disponible en fuentes públicas, en cuyo caso el nombre de la persona y la fecha de la comunicación deben citarse entre paréntesis en el texto. Para artículos científicos, los autores deben obtener autorización escrita y confirmación de confiabilidad, de la fuente de la comunicación personal. Las referencias deben ser verificadas por el (los) autor (es) contra los documentos originales.

Artículos de revistas

(1) Artículo estándar de revista

Liste los primeros seis autores seguidos por et al. (Nota: NLM actualmente lista hasta 25 autores; si hay más de 25, lista los primeros 24, el último autor, y et al.

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como opción, si una revista sigue la paginación continua a lo largo de un volumen (como hace la mayoría de las revistas), el mes y el número de la edición pueden omitirse. (Nota: Para ser consistentes, esta opción es la que se emplea a lo largo de los RU. La NLM no usa esta opción).

Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increases risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996; 124: 980-3.

Más de seis autores:

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Freidl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobil: 5 year follow-up. *Br J Cancer* 1996; 73: 1006-12.

(2) Una organización como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical excercise stress testing. Safety and performan guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

(3) Anónimo Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

(4) Artículo en otro idioma distinto del inglés

(Nota: La NLM traduce el título al inglés, adjunta la traducción en corchetes y añade una clave que indica el idioma original)

Ryder TE, Haukeland EA, Solhaug JH. Bilateral infrapatellar seneruptur hos tidligere frisk kvinne. Tidsskr Nor Laegeforen 1996; 116: 41-2.

(5) Volumen con suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. Environ Health Perspect 1994; 102 Suppl 1: 275-82.

(6) Número con suplemento

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996; 23 (I Suppl 2): 89-97.

(7) Volumen con partes

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32 (Pt 3): 303-6.

(8) Número con partes

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in ageing patients. N Z Med J 1994; 107 (986 Pt 1): 377-8.

(9) Número sin volumen

Turan I, Wredmark T, Fellander-Tsai L, Arthroscopic ankle arthrodesis in rheumatoid arthritis. Clin Orthop 1995; (320): 110-4.

(10) Sin número ni volumen

Browell DA, Lennard TW. Immunologic status of the cancer patient and the effects of blood transfusion on antitumor responses. Curr Opin Gen Surg 1993: 325-33.

(11) Paginación en números romanos

Fisher GA, Sikie BI. Drug resistance in clinical oncology and hematology. Introduction. Hematol Oncol Clin North Am 1995 Apr; 9(2): xi-xii.

(12) Tipo de artículo indicado cuando se necesita

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [letter]. Lancet 1996; 347: 1337.

(13) Trabajos presentados en eventos

Bengtsson S, Solgeim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

(14) Tesis de grado

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Los autores que desearan enviar trabajos para La Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica deben escribir sus trabajos dentro de las normas de Vancouver y enviar para el representante de su país que aparece en lo Comité Editorial.

La Revista es un periódico de publicación semestral.