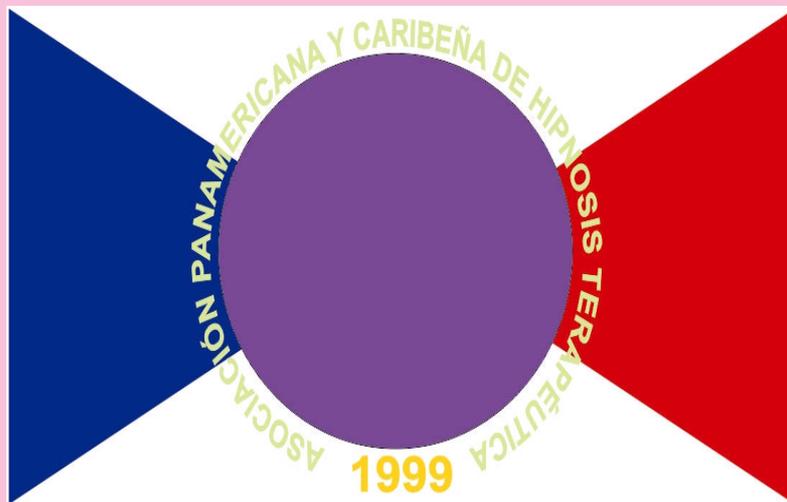




Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica



ISSN 2186-5622

Órgano oficial de la Asociación Panamericana e y
Caribeña de Hipnosis Terapéutica

Volumen 1 Número 2 Julio-Diciembre Año 2011

INDICE

Editorial.....	4
HIPNOTERAPIA EN EL ABORDAJE DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA PSICÓGENA.....	5
Dr. JORGE JAVIER BERGUES MUSTELIER	
EST. YAMILEISIS SANTOS PARRA	
Dr. ALBERTO COBIAN MENA	
CONOCIMIENTO Y ACTITUD QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, CON RELACIÓN A LA HIPNOSIS TERAPÉUTICA, EN PANAMÁ.....	29
Dra. ADRIANA SHAIK DE SANDOVAL	
PSIC. MARTA HERRERA DE KOURANY	
DR. SANTIAGO GORDÓN B.	
DR. ROBERTO MAINIERI C.	
DRA. JUDITH GARIBALDO	
PSIC. BENIGNO BATISTA	
DRA. MARIELA GARCÍA	
DR. ERNESTO ORTÍZ	
DRA. BEATRIZ TESTA	
LOS RECEPTORES NEUROSEMÁNTICOS LA PALABRA Y LA HIPNOSIS.....	41
Dr. JESÚS M. SAAVEDRA CABALLERO	
HIPNOSIS CUÁNTICA	47
Dr. JOÃO JORGE CABRAL NOGUEIRA	
Mensaje final.....	62

CORPO EDITORIAL

Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica

Órgano oficial de la Asociación Panamericana e y Caribeña de Hipnosis Terapéutica

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 asklepiadopr@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

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. Victor Tozado - Puerto Rico.

Presidente de Comision Permanente de Publicaciones:

Dr. João Jorge Cabral Nogueira - Brasil.

Presidente de Comision Permanete de Docencia y Investigasciones:

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

Editorial

Queridos lectores de la Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica, este es el segundo volumen de la misma. Hacer una Revista es algo importante para la ciencia, sin embargo, es muy difícil por las condiciones económicas del mundo.

Una Revista es muy cara y da demasiado trabajo. Todas las Revistas son patrocinadas por la industria farmacéutica, pero la hipnosis es vista como contraria a la medicación y la industria farmacéutica no está interesada en ayudar a publicar una revista de hipnosis. Sin el apoyo financiero es difícil hacerla.

Por otro lado, una Revista sólo sobrevive con artículos científicos. Yo, como editor, les pido a todos para enviar sus trabajos para publicación. En la próxima edición me gustaría insertar una sección de "Casos Clínicos". Todos los tenemos en nuestra profesión, si los quisieren publicados en la Revista, basta escribirlo y enviarlo a nosotros.

Hagamos una cadena, hablemos con los amigos, colegas, conocidos, para enviar trabajos para alimentar la revista.

Es una responsabilidad de todos nosotros, los que aman la hipnosis. Esperamos una lluvia de trabajos para la Revista.

Todos somos responsables.

João Jorge
Editor

HIPNOTERAPIA EN EL ABORDAJE DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA PSICÓGENA (*).

AUTORES: Dr. JORGE JAVIER BERGUES MUSTELIER(**).
EST. YAMILEISIS SANTOS PARRA(***).
TUTOR: Dr. ALBERTO COBIAN MENA(****).

(*) Trabajo de Tesis.

(**) Médico Especialista de Primer Grado en Medicina Familiar. Policlínico Mario Muñoz Monroy. Master en Medicina Naturalista. Hipnoterapeuta certificado de la Clínica de Hipnosis de la Universidad Médica de Santiago de Cuba.

(***) Estudiante del 5º año de Medicina.

(****) Presidente Fundador de la APCHT. Presidente de la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud. Profesor Titular y Catedrático en Psicología Médica de la Universidad de Santiago de Cuba. Director de la Clínica de Hipnosis de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

Palabras claves: disfunción sexual masculina psicógena – hipnoterapia.

Resumen

Este trabajo empieza con la presentación de un resumen de la disfunción sexual masculina desde el abordaje psicoanalítico de Freud hasta los trabajos de Masters y Johnson. Él sigue por la explicación de la fisiología de la sexualidad y los diagnósticos de las disfunciones sexuales.

El trabajo presenta un estudio con grupo control con selección de pacientes con criterios de inclusión y exclusión.

En el grupo de estudio tuvimos el 88,89% mejorados contra el 11,11% no mejorados, mientras en el grupo control tuvimos el 33,33% mejorados contra el 66,67% no mejorados.

Concluimos que el modelo hipnoterapéutico aplicado resultó ser efectivo en los pacientes con disfunción sexual masculina de causa psicógena atendidos, logrando ser mucho más efectivo que el tratamiento farmacológico convencional.

Summary

This paper begins with the presentation of a conspectus of male sexual dysfunction since Freud's psychoanalytic approach until the work of Masters and Johnson. It goes forth to the explanation of sexuality physiology and sexual dysfunctions diagnosis.

The work presents a study with control group with patient selection with inclusion and exclusion criteria.

In the study group there were 88,89% improved against 11,11% non-improved, while in control group there were 33,33% improved against 66,67% non-improved.

We thus conclude the hypnotherapeutic model applied turned out to be effective in patients with male sexual dysfunction of psychogenic cause, achieving much more effectiveness than conventional pharmacological treatment.

Introducción:

El Dr. Sigmund Freud expresó: "El sexo es el eje de la vida, todo le va bien o mal al individuo según anden las relaciones sexuales"¹. La disfunción sexual es la entidad clínica que provoca mayor repercusión negativa en las relaciones sexuales, en la armonía de la pareja y en la familia, esta última, elemento básico de la sociedad. Estas alteraciones en el pasado se tenían por manifestaciones de graves trastornos psicopatológicos, y sobre ellos gravitaba un pronóstico de curación pesimista. La disfunción sexual es el problema sexual más común del varón: afecta al 80-85% de los varones que buscan ayuda sexual² y un 5% de los hombres de todo el mundo la padecen³.

La disfunción sexual es un proceso morboso de causa multifactorial, pues los factores sociales, biológicos y psicológicos son elementales en la salud sexual del individuo. El resultado de un desequilibrio entre ellos provoca la posible aparición de afecciones psicósomáticas como ocurre en estos pacientes. Todo individuo psicósomáticas son entidades físicas causadas o agravadas por factores psicológicos presenta la predisposición de padecer una enfermedad psicósomática.

Según Kaplan y Sadock (1996), las enfermedades. Aunque la mayoría de los desórdenes físicos son causados por el estrés, el conflicto o la ansiedad generalizada, algunos sujetos son más afectados que otros por estos elementos^{1,4}.

Cuando un individuo se enfrenta sin éxito a un grupo de estímulos de elevada

connotación y duración, que sus mecanismos de adaptación no son capaces de enfrentar y vencer, aparecen alteraciones físicas; produciéndose un proceso morboso. Es importante señalar que también el factor hereditario juega un papel importante en la determinación de los órganos diana de cada ser humano, sin embargo en los mecanismos de respuestas adaptativas influyen la personalidad, la experiencia personal del individuo y actúan los órganos efectores periféricos y diferentes estructuras del medio interno como son los sistemas nerviosos central y autónomo y el sistema endocrino.

Se sabe que el estrés independientemente de la causa que lo provoque juega un papel importante en la aparición de los trastornos psicósomáticos, mantenimiento y recrudescimiento de los mismos.

Recordemos que el buen funcionamiento sexual no se da cuando uno quiere, sino únicamente en respuesta a un estímulo erótico real o imaginario. Esto significa que cuando el hombre centra su atención en su papel sexual, lo que consigue es frenar o detener el proceso, provocando un fracaso.

Según el modelo de la teoría de aprendizaje, las respuestas sexuales son reacciones naturales incondicionadas y los síntomas disfuncionales son inhibiciones aprendidas^{4,5,6}. Estas se adquieren sobre la base de dos mecanismos: el condicionamiento y el refuerzo. Tales procesos de aprendizaje pueden darse fuera de la conciencia, y una vez que se

establece la respuesta condicionada quedan más allá del control consciente del sujeto, por eso al interrogatorio se percibe que el individuo solo sabe lo que le pasa pero no por que le sucede, como si la causa fuera un elemento ajeno a él. Los conflictos sexuales suelen estar situados fuera de la conciencia de las personas, pero aún así ejercen efectos demoledores sobre los aspectos sexuales y no sexuales de la vida.

En la base de muchos conflictos sexuales se encuentran traumas, a nivel subconsciente que afecta el comportamiento sexual. Muchos de estos conflictos están relacionados con la educación recibida, la experiencia acumulada y el aprendizaje adquirido durante el proceso de formación.

El condicionamiento es un proceso mediante el cual una respuesta se asocia con una respuesta negativa. Por ejemplo, tener una erección como respuesta a la estimulación es una reacción refleja natural, pero si la erección va seguida de dolor físico o moral, de temor o la anticipación de crítica, de la humillación o del rechazo de la compañera puede contribuir a que la respuesta sexual adquiera un significado simbólico negativo. Otro mecanismo a través del cual se puede adquirir una respuesta disfuncional es el refuerzo. Esto se da cuando el individuo ha tenido alguna experiencia desagradable, que ante el intento de una relación, trata de humillarlo, hablándole de su fracaso o a través de los mecanismos propios del sujeto que hacen recordar eventos frustrantes, los cuales le hacen sentir inseguro y le bloquean la respuesta

sexual, provocando así una disfunción⁶. La especie humana con cualidades específicas que le distinguen del resto de los animales: la conciencia, el lenguaje y la convivencia social; se permite tener conciencia desde el principio de las sensaciones y satisfacciones que derivan de la relación sexual, así como de sus consecuencias reproductivas, una vez que el desarrollo endocrino y el sistema nervioso central han madurado lo suficiente y ha recibido la información del medio social sobre el modo de satisfacerla, en dependencia de la cultura social donde se desarrolle el hombre⁷.

Cada persona es dueña de su mente y a través de ella puede analizar, evaluar y deducir; cuando usted se llena de pensamientos negativos se esta sugestionando negativamente (la mayoría de los problemas sexuales están dados por autosugestiones negativas) por lo que sus acciones estarán destinadas hacia el fracaso. Tengamos en cuenta que las autosugestiones se rigen por tres leyes:

1^a)Ley de la concentración: cuando un individuo centra su atención en un pensamiento este se convierte en realidad.

2^a)Ley de los efectos contrarios: Cuanto más se insiste en utilizar la fuerza de voluntad, más ardua se hace la tarea.

3^a)Ley del efecto dominante: Una emoción fuerte reemplaza a otra débil y si sus emociones negativas predominan debido a la atención constante que el individuo le dedica a sus fracasos, sus emociones positivas llegarán a ser prácticamente nulas.

La disfunción sexual es la falla persistente en una o todas las fases de la respuesta sexual. Existen diferentes clasificaciones de la etapa o fase sexual:

Desde el punto de vista fisiológico:

- ✓ Excitación (representado en el sexo masculino a través de la erección)
- ✓ Meseta (se traduce en la lubricación)
- ✓ Orgasmo (emisión y eyaculación)

Desde el punto de vista sensoperceptivo:

- ✓ La libido o deseo sexual (apetito sexual)
- ✓ Excitación (erección)
- ✓ Orgasmo (emisión y eyaculación)
- ✓ Resolución (recuperación del organismo)

Tomando en cuenta que las disfunciones sexuales son enfermedades generalmente psicosomáticas les brindamos una mayor importancia a la clasificación desde el punto de vista sensoperceptivo la cual nos permite distribuir las alteraciones sexuales respecto a las etapas afectadas. Lo que nos permite obtener una clasificación clínica que nos facilitará el diagnóstico y tratamiento, ya que debemos recordar que el individuo puede presentar alteración en más de una fase de la respuesta sexual.

Existen diferentes disfunciones sexuales masculinas según la fase sexual afectada, las cuales citaré, brindándole mayor importancia a las vistas durante la investigación:

Libido o deseo sexual:

- ✓ Deseo sexual inhibido.
- ✓ Deseo sexual hiperactivo o Don juanismo.
- ✓ Aversión sexual o temor sexual.

El deseo sexual puede verse disminuido (deseo hipoactivo) o incluso puede estar ausente o inhibido. En la mayoría de estos casos las causas son de índole psicológica, salvo excepciones en que son de índole orgánico, como en los graves desequilibrios hormonales. Respecto a la inhibición del deseo sexual masculino, en 1994 Master y Johnson enlistaron los siguientes bloqueos del erotismo: “La costumbre de tener relaciones sexuales sólo en el momento oportuno.”

“El límite que impone el tiempo y el cansancio.” La fatiga y la insuficiencia de tiempo minan el entusiasmo y las posibilidades concretas de los encuentros sexuales. “La idea de que el sexo es una cuestión seria.” Dotar al erotismo de solemnidad y ritualismo sólo nos ha servido para ser más rígidos como personas. “El mito de que la satisfacción sexual es sólo para gente joven y atractiva.”

Ø “Enojo con la pareja sin expresarlo verbalmente.” Estos enojos se quedan guardados y a veces estallan de manera tardía e inoportuna y en ocasiones se cobra la factura en la cama^{8,9,10}.

Excitación:

- ✓ Disfunción sexual eréctil.

También conocida como impotencia coeundi, se define como la incapacidad para lograr o mantener una erección. La erección debe ser considerada como un fenómeno involuntario y/o reflejo. La erección es el resultado de la estimulación externa (caricias en determinadas zonas) y/o de estímulos internos o viscerales (por ejemplo la distensión de la vejiga). Estos estímulos pueden actuar sinérgicamente para producir la erección pero también pueden funcionar en forma independiente.

Orgasmo:

- ✓ Eyaculación precoz o incontinencia eyaculatoria.
- ✓ Eyaculación retardada o sobrecontrol eyaculatorio.
- ✓ Eyaculación retrograda.
- ✓ Retención eyaculatoria o Incapacidad eyaculatoria o eyaculación inhibida.
- ✓ Anorgasmia o anhedonia eyaculatoria.
- ✓ Orgasmo (o eyaculación) doloroso.

Eyaculación precoz o incontinencia eyaculatoria: Se define como la incapacidad del hombre para ejercer un control voluntario del reflejo eyaculatorio orgásmico. La etapa preeyaculatoria se manifiesta en el hombre por una serie de sensaciones internas que anuncian la aparición del reflejo eyaculatorio. En efecto, la mayoría de los varones que presentan este problema no han logrado identificar las sensaciones preorgásmicas y por lo tanto no pueden controlar su eyaculación.

Este fenómeno, muy frecuente en las primeras experiencias sexuales, está determinado por la ansiedad del joven a ser sorprendido en su intimidad, lo que le impide percibir las sensaciones preeyaculatorias. En otros casos el adolescente ha pasado por largos períodos de abstinencia antes de la relación sexual, y en otros el juego excitatorio precoital ha sido demasiado prolongado; en ambas situaciones la eyaculación puede desencadenarse en forma veloz, luego de la penetración.

Existen otras definiciones para la eyaculación precoz; las que la definen como aquella producida antes de la penetración o 10 segundos después de ocurrida ésta. Otros como Kinsey señalan que es aquella en la que el individuo no puede controlar su eyaculación más allá de un minuto después de la colocación del pene en la vagina. Algunos ponen énfasis en el número de movimientos pélvicos que el hombre debe efectuar una vez realizada la penetración antes de eyacular. Master y Johnson definen como tal la que se produce cuando el individuo no es capaz de satisfacer a su pareja en por lo menos un 50% de los coitos.

La gran mayoría de los eyaculadores precoces deben esta disfunción a factores emocionales o psicológicos, aunque puede derivar también de irritaciones del prepucio y el glande (procesos crónicos de balanopróstitis), o por infección prostática y/o de la uretra superior.

En la Reunión de la Academia Internacional de Sexología Médica (Salvador de Bahía nov-2003) se definió

la eyaculación precoz como la condición en que el hombre no puede percibir o controlar la sensación propioceptiva que precede el reflejo eyaculatorio¹¹.

Eyaculación retardada o sobrecontrol eyaculatorio: Es poco frecuente y en estos casos el hombre tiene dificultades para eyacular dentro de la vagina, sus parejas tienen generalmente varios orgasmos. Realmente estos pacientes acuden con poca frecuencia en busca de ayuda especializada y cuando acuden al especialista se encuentran envueltos en un proceso crónico de muchos años de evolución lo cual interfiere en el tratamiento.

Los esfuerzos para tratar la disfunción sexual se remontan a la antigüedad y los tratamientos iniciales consistían en diversas pociones mágicas y afrodisíacas que funcionaban en virtud de su efecto placebo. En la actualidad se utilizan técnicas como la acupuntura, los ejercicios yoga, terapia floral, terapia sexual de la pareja, dispositivos de bombas al vacío, terapia de inyección Intracavernosa, terapia transuretral, tratamientos orales (fundamentalmente cuatro fármacos Viagra, cialis, levitra, uprima), Tratamiento hormonal, Prótesis Penil¹², entre otras.

Hace ya más de dos siglos que eminentes investigadores demostraron el inmenso valor de la hipnosis como método terapéutico en múltiples afecciones. Stefan Sweig dijo: "Mesmer fue un Colón que descubrió un nuevo continente para la ciencia, con infinitos archipiélagos y tierras vírgenes listas para ser explotadas." ¹³

La hipnosis ha sido definida por el Dr. Alberto Cobian Mena como "...un estado especial donde se puede con la palabra u otro estímulo siempre potenciado por ella, crear un modo particular de accionar de la mente humana, capaz de variar en función de las necesidades la manifestación de los procesos volitivos para permitir la expresión plena de potencialidades cerebrales, que en estado de vigilia y por mecanismos neurofisiológicos defensivos, no se manifiestan de forma activa. Es un proceso natural creado en el hombre por si mismo u otra persona, que implica siempre la actividad cerebral en su unidad y diversidad, lo que facilita principalmente operar bajo nuevas condiciones, aumentando la productividad neuronal y psicológica, así como la eficacia de la respuesta somática ante las nuevas urgencias y necesidades del organismo..."¹⁴.

La hipnosis resulta una alternativa terapéutica explotada en el cursar de los siglos por celebres científicos, pero no ha estado ajena al acoso de un gran número de incrédulos que a pesar de los resultados obtenidos pretenden que su uso sea limitado.

En nuestro país una actitud relevante ha sido la del Dr. Alberto Cobian Mena y el grupo creado por él en La Universidad Médica de Santiago de Cuba, quienes han ofrecido valioso aporte al desarrollo de la hipnosis no solo en Cuba sino en otros países del área.

La hipnosis es una terapia inocua, económica y eficaz. De ahí la importancia de nuestro trabajo no solo desde el punto

de vista investigativo sino económico y social.

En estudios realizados a pacientes masculinos que acudieron a la consulta de urología los resultados arrojados por dicha investigación permitieron concluir que la disfunción sexual realmente constituye una problemática en la población masculina¹⁵.

En nuestra área de salud como en cualquier otra, los pacientes con una enfermedad psicosomática no solo están expuestos a los agentes estresantes propios del medio en el que conviven, sino que se suma a ellos el estrés ocasionado por la escasez de medios terapéuticos que le brinden solución a las alteraciones psicosomáticas que se presenten, como es el caso de la disfunción sexual y a la repercusión psicosocial que conlleva esta enfermedad. A esto agregamos el no siempre conocimiento de los médicos, psicólogos y psiquiatras de metodologías efectivas y sencillas para el tratamiento de las mismas. El tratamiento de la disfunción sexual masculina psicógena con hipnosis es tan o más efectivo que el tratamiento convencional.

Objetivo:

Precisar la efectividad del modelo hipnoterapéutico aplicado a la Disfunción sexual masculina psicógena en nuestra área de salud.

Control semántico:

Metáfora: Consiste en cambiar el sentido real de las voces por otro figurado. Usualmente encierra un mensaje implícito; el acto de encontrarlo activará la búsqueda

-consciente o inconsciente- por parte del paciente en cuanto a lo que tiene significación para él.

Imaginería: Técnica mediante la cual se transporta al paciente a un mundo imaginario, donde las cosas que ve adquieren un valor inestimable para él.

Símbolo: Es la representación convencional o imaginaria de algo; forma parte del contenido de la imaginería, donde la imagen representa lo simbólico.

Sugestionabilidad: Es la capacidad que tiene toda persona de ser sugestionada. Esta aumenta o disminuye en dependencia de la experiencia, delicadeza y ascendencia del hipnólogo.

Signo señal: Es cualquier señal dada previamente por el terapeuta, que posibilita que el paciente entre con mayor facilidad nuevamente en trance hipnótico, en sesiones posteriores se comporta como una sugestión posthipnótica. Puede estar dado por palabras específicas, palmadas, chasquidos de los dedos o cuanto pueda imaginar el terapeuta.

Sugestión posthipnótica: Es aquella que surte su efecto después que el paciente sale del trance hipnótico.

Autoscopia: Ejercicio de visualización del "yo interno" experimentado por el paciente bajo trance hipnótico y/ o estados de meditación.

Cromoterapia: Técnica psicoterapéutica en la cual se emplean los colores y sus propiedades para la curación o alivio.

Bioética médica:

El carácter social y humano de las investigaciones exigen un comportamiento que guarde celosamente los principios éticos de la investigación científica y la salud pública socialista, por esto surge la idea de autentificar el principio de voluntariedad que la rige, para de esta forma no incurrir en errores que puedan generar daños en diferentes esferas al paciente.

Teniendo en cuenta las exigencias de la Bioética Médica y según lo planteado en la Declaración de Helsinki sobre las investigaciones en seres humanos con fines terapéuticos, desde el primer encuentro se estableció una adecuada comunicación médico – paciente, con lo cual se logró crear el rapport necesario para lograr los objetivos propuestos; se le explicó luego a los posibles participantes los objetivos de la investigación, métodos a emplear, inconvenientes, beneficios y posibles resultados. Después de conocidos todos estos elementos los pacientes decidieron su participación voluntaria en la investigación, expresando su consentimiento por escrito, para lo cual se confeccionó una planilla (Anexo. 1). En este aspecto considero válido destacar la importancia de estos elementos, pues el misticismo que rodea al fenómeno hipnótico implica tabúes en el paciente que pueden influir negativamente en la terapia; lo cual por supuesto, determinó el número de participantes que finalmente conformó el universo del presente estudio.

En todo momento el médico quien asumió el rol de terapeuta, le inspiró confianza y seguridad al paciente explicándole sobre el tratamiento que se le aplicaría, utilizando para ello un lenguaje claro, comprensible y acorde a sus particularidades individuales. De esta forma se estableció un clima de seguridad y discreción que propició el intercambio franco y espontáneo de cualquier problema o situación que se produjera en torno al estudio.

Método:

Características generales de la investigación.

Se realizó un estudio experimental, de tipo ensayo clínico, longitudinal y prospectivo, con el objetivo de precisar la efectividad del modelo hipnoterapéutico aplicado a pacientes con disfunción sexual masculina psicógena en específico el deseo sexual inhibido, disfunción sexual eréctil, la eyaculación precoz y tardía, en el área de salud del Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”, enclavado en el Poblado de Baraguá en el municipio de Mella, de la provincia de Santiago de Cuba; durante el período comprendido entre octubre del 2005 a Mayo del 2006.

El universo estuvo integrado por los 18 pacientes diagnosticados con esta patología de sexo masculino de causa psicógena entre 17 y 68 años que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes con las características antes descritas previamente (sexo masculino, edad entre 17 y 68 años) valorados y remitidos por su médico de familia, psiquiatra o psicólogo a nuestra consulta.

- Pacientes que acepten voluntariamente el tratamiento.

- Pacientes que no presenten alguna de las características de los criterios de exclusión.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con oligofrenias, demencias, Síndrome de Down u otra patología psiquiátrica de nivel psicótico.

- Pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles descompensados.

- Pacientes que padezcan de disfunción sexual masculina de causa orgánica.

Criterios de salida:

- Abandono voluntario del tratamiento.

- Pérdida de 3 o más sesiones de tratamiento

Estos últimos serán interpretados como fracasos del tratamiento.

Técnicas y procedimientos:

Previo consentimiento informado por escrito, según lo establecido en la declaración de Helsinki sobre las investigaciones en seres humanos con fines terapéuticos y por método aleatorio

simple, se integraron con igual número de casos los grupos estudio (GE) y control (GC). A ambos grupos se le aplicaron el test psicométrico proyectivo del dibujo de la figura humana de Machover y el Cornell Index (antes-después) - buscando rasgos de la personalidad y esferas afectiva o psicósomáticas alteradas respectivamente. Al grupo estudio (GE) se le realizó la entrevista médica y el examen físico correspondiente para elaborar la historia clínica individual, desde el punto de vista terapéutico se le aplicó hipnosis terapéutica, previa realización de pruebas de sugestionabilidad. El tratamiento constó de un total de nueve⁹ sesiones con una duración entre 45 minutos y 1 hora cada una, con frecuencia semanal.

Al grupo control (GC) se le realizó la entrevista médica y el examen físico correspondiente para elaborar la historia clínica individual y se les aplicó un tratamiento psicoterapéutico-farmacológico convencional, según correspondió a cada paciente respecto a los síntomas presentes y los resultados psicométricos, el tratamiento psicoterapéutico fue a razón de una sesión semanal.

A ambos grupos se les evaluó en dos momentos, para ello se realizó una evaluación integral del paciente en el primer encuentro y posteriormente al concluir el tratamiento (semana 9). Nos auxiliamos de los resultados psicométricos, la historia clínica y el interrogatorio de la pareja para valorar la efectividad del método empleado. Finalmente a ambos grupos se les realizó nuevamente el test-Cornell Index-

para evaluar la tendencia neurótica y psicósomática de los mismos posterior a la terapéutica.

Método hipnoterapéutico aplicado:

El tratamiento constó de un total de nueve⁹ sesiones de 45 minutos a 1 hora de duración cada una, con una frecuencia semanal. Cada sesión tuvo objetivos específicos e incluyó recursos terapéuticos tales como metáforas, imágenes, símbolos, sugerencias posthipnóticas, etc. Se utilizó de modo opcional música que favorecieron el objetivo terapéutico.

Primera sesión: Tuvo como objetivo establecer el rapport con el paciente y determinar, a través de la entrevista médica y la observación clínica, los síntomas psicológicos predominantes, elaborando de esta forma la historia clínica individual diseñada al efecto. Se brindó al paciente una explicación detallada del método a emplear y de algunos mecanismos de producción de la enfermedad que pudieran ser útiles en la terapia.

Sesiones 2 y 3: Se procedió a la relajación e inducción hipnótica; a través de ejercicios de imaginación y concentración, se estimularon en el paciente los elementos de autoestima para lograr un incremento de la misma, así como también, se trabajó en el establecimiento de prioridades, la eliminación de bloqueos y tabúes. Se les enseñó a los pacientes ejercicios de auto-relajación y finalmente se les introdujo en trance el signo señal.

Sesiones 4, 5 y 6: Se trabajó bajo estado hipnótico con los mecanismos reguladores

del equilibrio orgánico, auxiliándonos con el empleo de la autoscopia, metáforas, imágenes y símbolos. Se brindó al paciente sugerencias posthipnóticas para su autorregulación, además se reforzó los elementos de las sesiones anteriores, empleando siempre el signo señal.

Sesiones 7, 8 y 9: Se reforzó lo aprendido en las sesiones anteriores y se incorporó al tratamiento elementos de cromoterapia.

Se hizo una evaluación integral del paciente en el primer encuentro, una vez concluidas las sesiones terapéuticas se procedió a la realización de exámenes pertinentes y entrevistas a la pareja de cada paciente para evaluar la evolución final del mismo.

Método psicoterapéutico-farmacológico convencional aplicado:

Se estableció para este grupo el tratamiento convencional consistente en la administración de fármacos a dosis y tiempo determinado, así como psicoterapia breve individual.

Fármacos empleados:

- Clordiazepóxido: por su efecto psicoestimulante y ansiolítico a razón de 30-40 mg/d a fin de eliminar los síntomas de ansiedad presentes en estos pacientes.
- Amitriptilina o Imipramina a razón de 50 mg/d por su efecto antidepresivo, las depresiones neuróticas y depresiones por factores psicógenos.

Consideramos que estos fueron dosis mínimas inclusive por debajo de lo establecido en las guías terapéuticas pues nuestros pacientes no presentaron signos de psicotización ni de depresión mayor.

Psicoterapia breve de apoyo:

Se aplicó esta técnica por su carácter revitalizador de las cualidades positivas de los pacientes, así como para elevar la autoestima y provocar el cambio psicológico ante la enfermedad. Se aplicó una sesión semanal durante el tiempo de tratamiento, evaluándose en cada sesión al individuo, llevando la evolución en la historia clínica.

Definición Operacional de las variables:

1. Variables Independientes:

Tratamiento empleado: variable independiente fundamental que explicará el tratamiento utilizado. Incluirá dos variantes según el grupo de paciente al que se le aplique.

- Hipnoterapia: tratamiento aplicado al grupo estudio (GE)

- Tratamiento médico convencional-farmacológico: tratamiento aplicado al grupo control (GC)

Factores Psicosociales: Variable independiente, cualitativa nominal que definirá la presencia de factores externos que favorecen la disfunción sexual.

- Falta de privacidad
- Falta de comunicación
- Conflicto de pareja
- Situaciones estresantes

Etapas del tratamiento: variable independiente, cualitativa nominal que

definirá diferentes momentos de un mismo evento en el tiempo; en este caso la exposición al tratamiento, siendo esta:

- Antes
- Después

Tendencias neuróticas y psicósomáticas: variable independiente, cualitativa nominal, que explicará las tendencias neuróticas y psicósomáticas observadas en los pacientes, tomando para ello los resultados obtenidos del test psicométrico Cornell Index. No patológico.

- Patológico

Se tendrá en cuenta la evolución de los síntomas encontrados en el test.

- Depresión
- Nerviosismo y Ansiedad
- Síntomas Psicósomáticos
- Psicopatía Problemática
- Otras de interés

2. Variables a controlar:

Edad: variable de control, cuantitativa continua, que mostrará la edad en años de los pacientes estudiados. Dividida en grupos de 12 años (17-29 años, 30-42 años, 43-55 años, 56-68 años).

Fase sexual: Variable de control, cualitativa nominal que definirá la fase sexual afectada del individuo.

- Deseo sexual: Determinada por la libido o apetito sexual.

- Excitación: Determinada en el sexo masculino por la erección.

- Orgásmica: Determinada por la eyaculación.

Disfunción sexual: Variable de control, cualitativa nominal que definirá el tipo de disfunción sexual masculina presente.

- Deseo sexual inhibido: Patología que se caracteriza por la disminución de la libido.

- Disfunción sexual eréctil: Patología que se caracteriza por la disminución o pérdida de la fuerza del proceso de erección.

- Eyaculación precoz: Patología caracterizada por un proceso eyaculatorio acelerado lo que impide un buen funcionamiento sexual.

- Eyaculación retardada: Patología caracterizada por una inhibición del proceso orgásmico, lo que trae consigo que se retenga la eyaculación.

3. Variables Dependientes:

Respuesta al tratamiento: Variable dependiente cualitativa nominal que representa la evolución del paciente frente al tratamiento.

- Desde el punto de vista clínico se evalúa:

- Mejorado: Recuperación de su funcionamiento sexual del 50% más 1 de los pacientes.

- No mejorado: No recuperación de su funcionamiento sexual del 50% más 1 de los pacientes.

H_0 : Con el tratamiento farmacológico-convencional de los pacientes ocurre mejor evolución de la disfunción sexual masculina psicógena que con la hipnosis.

H_1 : Con la hipnosis como tratamiento de la disfunción sexual masculina psicógena ocurre una mejor evolución respecto al tratamiento convencional-farmacológico.

*Desde el punto de vista psicológico basados en los resultados del Test Cornell Index aplicado a los pacientes antes y después del tratamiento.

- Patológico
- No Patológico

Se tendrá en cuenta la evolución de los síntomas encontrados en el test.

- Depresión
- Nerviosismo y Ansiedad
- Síntomas Psicósomáticos
- Psicopatía Problemática
- Otras de interés

H_0 : Los pacientes sometidos a tratamiento farmacológico convencional logran igual respuesta psicológica que los pacientes que realizan tratamiento con hipnosis.

H_1 : Los pacientes cuyo tratamiento con la hipnosis tienen mejor respuesta psicológica que aquellos a los que se les aplicó el tratamiento convencional.

Efectividad del Método: Variable Dependiente Fundamental. Que expresará cuán efectivo ha sido el tratamiento de la Disfunción sexual masculina psicógena con hipnosis. Se medirá por los resultados de la evolución clínica y los resultados psicológicos finales.

Obtención y recolección de la información.

Para la fundamentación teórica del problema científico se realizó una amplia revisión bibliográfica. Como fuente de recolección de la información se tomará la historia clínica individual creada al efecto (Anexo. 2) y los resultados aportados por

el estudio psicométrico (Cornell Index), antes y después de la terapéutica.

Procesamiento de la información:

La información recopilada fue procesada de forma computarizada y almacenada en una base de datos diseñada en el sistema EPINFO 5, posteriormente fue analizada estadísticamente a través del sistema Primer of Biostatistics. La validación se obtuvo mediante la aplicación del test exacto de Fisher para la relación entre dos variables de muestras independientes,

además se utilizó el test de McNemar para significar los cambios de antes y después, con un nivel de significación de un 5 % ($\alpha = 0.05$) para ambas pruebas estadísticas.

Elaboración y Síntesis:

Los resultados obtenidos una vez procesados se sintetizaron mediante cuadros de contingencia estadística de dos entradas, lo cual permitió establecer diferencias entre los grupos y arribar a conclusiones. Como medida de resumen se utilizó el porcentaje.

Análisis y discusión de los resultados:

Cuadro. 1: Distribución de pacientes con disfunción sexual estudiados según grupos de edades.

Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

EDAD	17-29 años	30-42 años	43-55 años	56-68 años
No.	3	6	4	5
%	16.66	33.33	22.22	27.77

Fuente: Historia clínica.

Cuadro #1

Según los resultados obtenidos el grupo etáreo que predominó es de 30 - 40 años donde con 6 pacientes representando un 33,33%. No muy diferentes a los resultados obtenidos en los otros grupos etéreos: de 43-55 años, hubo 4 pacientes (22,22); de 56-65 años, 5 pacientes (27,77%); excepto el de 17-29años donde se ubicaron 3 para un 16,6%.(Cuadro # 1)

El estudio más importante realizado en USA (MMAS: Massachussets Male Aging

Study) sobre el tema evaluó la prevalencia de disfunción sexual en el área metropolitana de Boston en varones de 40-70 años; el 52% comunicó algún grado de dificultad sexual, porcentaje que aumentaba proporcionalmente con la edad, de modo que a los 40 años el 39% refería presentar dificultad y a los 70 años el porcentaje subía al 67%. Basándose en este estudio se ha calculado la incidencia de la disfunción sexual masculina, de modo que aparecen 26 casos por cada 1000 varones¹⁶.

La disfunción sexual puede presentarse en cualquier momento de la vida, ocurriendo frecuentemente después de los 60 años y como síntoma de la disminución de funciones que se observan en la andropausia¹⁷.

Como podemos observar en estudios precedentes a mayor edad es mayor la prevalencia de la enfermedad sin embargo los resultados obtenidos en nuestra investigación no corroboran estos

resultados, pero debemos tener en cuenta que nuestra muestra son pacientes que acuden a la consulta en busca de solución de su dificultad, por lo que las edades extremas adjudican su dificultad a características propias de su edad, lo cual no ocurre con la adultez propiamente dicha, trayendo consigo que acudan con mayor frecuencia en busca de soluciones y respuestas. No encontramos datos referidos a se comporta esta tendencia a nivel nacional, provincial, ni municipal.

Cuadro. 2: Distribución de pacientes con Disfunción sexual estudiados según la fase sexual afectada.

Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

FASE SEXUAL	Grupo Control	Grupo Estudio	Total
Deseo sexual	4	2	6
Excitación	5	5	10
Orgásmica	5	7	12

Fuente: Historia Clínica.

Cuadro# 2

Según los resultados obtenidos la fase sexual que más se afectó fue la orgásmica con 12 pacientes. Es necesario hacer la observación que los resultados obtenidos en la fase de excitación arrojan datos interesantes donde 10 pacientes presentaron afección. Solo 6 pacientes presentaron alteración en la fase del deseo sexual. (Cuadro # 2) Como podemos apreciar un mismo individuo puede tener afectada varias fases de la respuesta sexual.

Por lo general en la mayoría de los casos al principio no ocurre así, pero debemos recordar que estos pacientes acuden generalmente luego de años de evolución. Por ejemplo inicialmente estuvo afectada la excitación representada por la erección, pero luego de tantos fracasos como un mecanismo defensivo le pierde el interés al sexo es decir pierde la libido afectándose otra fase sexual, o puede ser que su trastorno erectivo no sea total y

presente una semierección lo cual le permite de cierto modo la penetración y como un mecanismo reflejo la eyaculación es precipitada como respuesta al temor de que se pierda totalmente la erección.

Durante nuestra investigación exhaustiva no precisamos datos estadísticos sobre el predominio de una fase sexual afectada sobre otra, lo que por la característica de esta entidad psicosomática pueden estar afectadas

varias fases sexuales ya que una afección conlleva a la alteración de la otra. En nuestra investigación nos limitamos a la disfunción sexual psicógena, la cual surge, de un bloqueo funcional cuya causa son ciertos factores psíquicos inhibidores en algunos casos y excitadores en otros. Mientras estos factores provocan el fracaso sexual y a medida que el fallo se va haciendo cada vez más palpable el individuo se va sintiendo angustiado.

Cuadro. 3: Distribución de pacientes según disfunción sexual presentada.
Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

DISFUNCIÓN SEXUAL	Grupo Control.	Grupo Estudio	Total
Deseo sexual inhibido	4	2	6
Disfunción sexual eréctil	5	5	10
Eyaculación precoz	4	5	9
Eyaculación retardada	1	2	3

Fuente: Historia clínica.

Cuadro # 3

Como se observa en el cuadro la afección sexual más frecuente fue la disfunción sexual eréctil con 10 pacientes. Los resultados obtenidos en otras afecciones fueron interesantes, como son: eyaculación precoz con 9 pacientes, deseo sexual inhibido 6 pacientes y eyaculación retardada con 3 pacientes. (Cuadro # 3)

De la misma forma que la afección de una fase sexual conlleva a la alteración de otra, una patología que presenta un individuo puede llevarlo a presentar otra entidad de ahí que un mismo paciente pueda presentar más de una patología.

El Journal of the American Medical Association (JAMA) publicó un riguroso

estudio acerca de las disfunciones sexuales que afectan a la población masculina de los Estados Unidos; el 8,5% de los encuestados era de origen hispano, sobre todo mexicanos, portorriqueños y cubanos, encontrándose los siguientes resultados: El 69% no tuvo problemas de este tipo, el 5% sufría de impotencia en algún grado, otro 5% no experimentaba deseo sexual y un 21% padecía eyaculación precoz. Estos resultados indican que las disfunciones sexuales son problemas que conciernen a la salud pública por sus dimensiones¹⁹.

Como podemos observar en este estudio hay un predominio de la eyaculación precoz respecto a la disfunción sexual eréctil contrario a nuestra investigación aunque en nuestro trabajo no hay una diferencia tan marcada lo que si sorprende es la igualdad en la prevalencia de la disfunción sexual eréctil y el deseo sexual inhibido.

En otros estudios se estima que a nivel internacional existen 100 millones de hombres con disfunción eréctil; en Latinoamérica, entre 52 y 55 por ciento de los varones de 40 a 70 años padecen algún grado de disfunción eréctil; en tanto que, en nuestro país el 40 por ciento de los hombres que consultan a un sexólogo padecen de eyaculación precoz (aunque no se cuenta con cifras del todo confiables debido a que muchos no la consideran como un problema y, por otro lado, no se ha hecho estudios en gente joven, población en la que este padecimiento está en aumento)²⁰.

Estos datos obtenidos en la población latinoamericana brindan al igual que la investigación realizada por nosotros un predominio de la disfunción sexual eréctil, junto a la eyaculación precoz, las que son las entidades más frecuentes. Aunque quizás llame la atención el hecho de que no se precisan casos de eyaculación retardada, bajo ningún concepto pensemos que es una patología infrecuente; lo que sucede es que el modelo de hombre que existe en nuestra sociedad machista se expone como un hombre resistente, vigoroso e ideal y solo acude a consulta cuando lleva muchos años de evolución dicha enfermedad, que es cuando hace conciencia de que está enfermo y que con su aparente resistencia solo lo que hace es afectar la satisfacción de su pareja y la autosatisfacción sexual, convirtiéndose a menudo en un castigo sexual para la pareja.

Cuadro. 4: Distribución según las manifestación de factores psicosociales en los pacientes estudiados.

Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

FACTORES PSICOSOCIALES	Grupo Control	Grupo Estudio	Total
Falta de privacidad	3	4	7
Falta de comunicación	6	7	13
Conflictos de pareja	3	2	5
Situaciones estresantes	6	6	12

Fuente: Historia Clínica.

Cuadro # 4

Según los resultados obtenidos los factores psicosociales más frecuentes que estuvieron presentes en estos pacientes fueron: falta de comunicación 13, situaciones tensionantes 12, falta de privacidad 7, conflictos de pareja 5. (Cuadro # 4)

En la revisión realizada no encontramos datos cuantificados sobre los elementos psicosociales presentes en estos individuos, a pesar de su importancia para la evaluación integral que requiere el paciente ya que existen múltiples aspectos que debemos tener en cuenta cuando evaluamos un paciente con disfunción sexual.

Las relaciones sexuales se afinan conforme a la experiencia; pero el origen del problema está realmente en que no existe una educación integral dentro de la familia^{21,22}.

“Parece que los padres educan a sus hijos para que les vaya mal en su vida sexual”, opinó Vázquez García, director general del Instituto de Terapia Sexual Integral, y agregó: “la influencia religiosa es tan fuerte que un gran pecado va a ser el sexo y todas las apetencias generadoras de un placer”, lo que provoca un daño psicológico casi indeleble, si no se trata al paciente^{23,24,25}.

Masters y Jonhson resumen en cuatro categorías principales las causas psicógenas de la disfunción sexual:

- Las de desarrollo.
- Las afectivas.
- Las interpersonales.
- Las cognitivas.

Factores del desarrollo:

- Dominio materno o paterno.

- Relación conflictiva entre padres e hijos.
- Actitud familiar intensamente negativa hacia la sexualidad (relacionado a menudo con la ortodoxia religiosa).
- Experiencia traumática durante la infancia.
- Conflicto de identidad de sexo.
- Primera experiencia traumática en el coito.
- Homosexualidad.

Factores afectivos:

- Ansiedad (en especial temores a la actuación, ansiedad sobre el tamaño del pene).
- Sentimiento de culpabilidad.
- Depresión.
- Falta de auto estimulación.
- Hipocondría.
- Temor a embarazar.
- Temor a infecciones de transmisión sexual.

Factores interpersonales:

- Comunicación poco afectiva.
- Hostilidad hacia el compañero o cónyuge.
- Falta de confianza en la compañera cónyuge.
- Divergencia en cuanto a la preferencia sexual o sistema de valores sexuales (en relación al

momento, frecuencia y tipo de la actividad sexual, etcétera).

- Conflicto en el rol sexual.

Factores cognitivos:

- Ignorancia sexual.
- Aceptación de los mitos culturales.
- Exigencia en la actuación sexual.

Existen diversas fuentes generadoras de ansiedad y mecanismos de defensa que retroalimentan la disfunción sexual como son:

- La demanda de la pareja.
- La autodemanda.
- El temor al fracaso.
- La necesidad excesiva de complacer la pareja.
- Falta de comunicación.
- Incapacidad para practicar una conducta sexual efectiva.
- Pobre cultura sexual.
- Observar el acto sexual como un acto competitivo.

Un disturbio sexual puede llegar a incitar 150 discusiones al año, sólo porque el marido no responde a las apetencias sexuales de su mujer, y detrás de una mala relación se genera el alcoholismo, la drogadicción, la baja autoestima, la venganza contra los progenitores y el maltrato físico a la propia esposa²⁶.

La importancia de la comunicación de la pareja quedó reflejada en un estudio comparativo realizado en el 2002 arrojándose los siguientes resultados:

Algunas dimensiones de la comunicación marital (sentimientos, emociones y disgustos; familia extendida; el tema de los hijos; el trabajo y la relación marital), así como la percepción de un estilo reservado de sí mismo y de un estilo violento y negativo de la pareja, se asociaron con una mayor presencia de disfunciones sexuales masculinas²⁷.

El estrés y la falta de conocimiento sexual es la causa común de disfunción sexual en los hombres²⁸.

Sería un grave error observar una entidad psicosomática como puramente psicológica o puramente somática y ese es precisamente el error de eminentes médicos y psicólogos, error en que no podemos caer los médicos generales e

integrales, sino ¿de que vale la integralidad? De ahí que debemos tener en cuenta la acción de varios sistemas en el organismo en la producción de la disfunción sexual y no solamente el aparato sexual propiamente dicho.

Una forma de saber si la causa es física o psicológica es determinar si el hombre tiene erecciones nocturnas. Normalmente, los hombres tienen entre 3 y 5 erecciones por noche, cada una de las cuales se prolonga por 30 minutos²⁹.

Cabe recordar que hasta un 20% de los portadores de disfunción eréctil tienen una respuesta satisfactoria al uso de placebo (medicamentos sin el principio activo), lo que demuestra lo importante de la esfera psicológica en estos enfermos³⁰.

Cuadro. 5: Alteraciones psíquicas más frecuentes antes de la intervención terapéutica. (Según síntomas encontrados en el test Cornell Index)

Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

Alteraciones psíquicas	Grupo		TOTAL
	GE	GC	
	No.	No.	No.
Nerviosismo y Ansiedad	9	9	18
Depresión	5	6	11
Síntomas psicosomáticos	6	7	13
Psicopatía problemática	3	3	6
Inadecuación y temor	7	6	13

Fuente: Historia Clínica.

Cuadro# 5

En el cuadro 5 se manifiesta la presencia y predominio del cuadro ansioso característico en estos pacientes, encontrándose en todos manifestaciones de nerviosismo y ansiedad. La presencia

de síntomas psicosomáticos e inadecuación y temor se torna relevante existiendo 13 pacientes con este cuadro, 11 presentan manifestaciones depresivas y 6 psicopatía problemática.

Cuadro.6: Alteraciones psíquicas más frecuentes después de la intervención terapéutica.
(Según síntomas encontrados en el test Cornell Index)

Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

Alteraciones psíquicas	Grupo		TOTAL
	GE	GC	
	No.	No.	No.
Nerviosismo y Ansiedad	1	7	8
Depresión	2	5	7
Síntomas psicósomáticos	1	7	8
Psicopatía problemática	0	3	3
Inadecuación y temor	0	4	4

Fuente: Historia Clínica.

Cuadro#6

En el cuadro 6 se precisan las modificaciones que se lograron en estos pacientes desde el punto de vista psicológico post-terapia, evidenciándose una notable mejoría en el grupo de estudio, no encontrándose resultados de tal envergadura en el grupo control.

La hipnoterapia permite modificar en el paciente estilos de vida y modos de enfrentamiento a las situaciones tensionantes y estresantes que desencadenan las afecciones psicósomáticas, así como también permite al terapeuta modular también la carga estresante y el equilibrio bioenergético perdido.

En el grupo de estudio se observa que antes de la intervención 9 pacientes tenían nerviosismo y ansiedad y luego de la hipnosis 1 la presentaba, sin embargo el grupo control presentó 9 pacientes con las mismas manifestaciones ansiosas y luego

del tratamiento 7 pacientes se mantuvieron con el mismo cuadro. Así sucedió con las otras manifestaciones detectables antes de la intervención hallándose una notable mejoría en el grupo de estudio luego de la hipnoterapia, no ocurriendo lo mismo en el grupo de control.

Ningún resultado hemos hallado que se relacione con el uso del Cornell Index en estudios anteriores, nosotros si le dimos importancia a los datos que brinda dicho test en busca de alteraciones en áreas afectivas o psicósomáticas

Cuadro.7: Modificaciones de la respuesta psicológica en pacientes con disfunción sexual después de la aplicación del tratamiento hipnótico. (Grupo estudio)
(Según resultados del test Cornell Index)

Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

RESULTADOS		Después		Total
		Normal	Patológico	
Antes	Patológico	1	0	1
	Normal	7	1	8
Total		8	1	9

Fuente: Historia clínica.

Cuadro#7

P < 0,05

Según los resultados obtenidos en el cuadro # 7 se demuestra la efectividad del modelo hipnoterapéutico en la modificación de las respuesta psicológico. Antes de la intervención hubo

1 pacientes que presentó un cornell index no patológico, luego de la intervención en total fueron 8 no patológico mostrándose la mejoría de los síntomas psicológicos.

Cuadro.8: Modificaciones de la respuesta psicológica en pacientes con disfunción sexual después de la aplicación del tratamiento convencional. (Grupo control)

(Según resultados del test Cornell Index)

Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

RESULTADOS		Después		Total
		Normal	Patológico	
Antes	Patológico	1	1	2
	Normal	3	4	7
Total		4	5	9

Fuente: Historia clínica.

cuadro # 8

P < 0,05

Sin embargo en el cuadro # 8 se precisa antes de la intervención farmacológica solo un paciente dio no patológico. Mientras luego del tratamiento 4, estaban en ese rango al responder el cuestionario; lo que nos demuestra una mejoría en la presencia de síntomas

psicológicos pero inferior al grupo estudio, seguramente provocado por el hecho de no percibir mejoría en su funcionamiento sexual.

Tal vez la respuesta a estos resultados la brinda el Dr. Cobian ¿Que es la hipnosis?

“La hipnosis es, ante todo, comunicación, y abarca los contenidos de ésta: afecto, seguridad, confianza, esperanza, curiosidad, interés, ambiciones y metas individuales, poder, sabiduría, habilidad, intenciones nobles e innobles y arte de curar. Todo ello en relación con cada una de las personas que se comunican en el proceso hipnótico”.

Al tomar como elemento generador-conductor-efector la sugestión, de forma indudable se influye a nivel afectivo y racional en los estados del sujeto que es sometido a un acto de hipnosis, bien como elemento demostrativo o como función terapéutica, pues la conducta de éste se hallará en dependencia de los contenidos y fines de los argumentos sugestivo³¹.

Cuadro. 9: Distribución según evolución de los pacientes con Disfunción sexual frente a la terapia.

Policlínico Docente “Mangos de Baraguá”

EVOLUCION CLÍNICA	GRUPOS DE PACIENTES				TOTAL	
	GE		GC		No.	%
	No.	%	No.	%		
Mejorado	8	88,88	3	33,33	11	61,11
No Mejorado	1	11,11	6	66,66	7	38,89
TOTAL	9	100	9	100	18	100

Fuente: Historia clínica

cuadro # 9

P < 0,05

En el cuadro # 9 se muestra la efectividad de cada una de las técnicas empleadas donde a través del tratamiento farmacológico mejoraron 3 pacientes para un 33, 33%. Sin embargo a través de la

hipnoterapia mejoraron 8 pacientes para un 88,88%. Lo que demuestra sin duda de que la hipnoterapia es más efectiva que el tratamiento farmacológico en la terapéutica de la disfunción sexual masculina psicógena.

Conclusión:

Concluimos que el modelo hipnoterapéutico aplicado resultó ser efectivo en los pacientes con disfunción sexual masculina de causa psicógena atendidos, logrando ser mucho más efectivo que el tratamiento farmacológico- convencional.

Recomendaciones:

A favor de un mejor y efectivo tratamiento de la disfunción sexual masculina que le aporte mecanismos de enfrentamientos, cambios en los estilos de vida recomendamos:

- Propiciar el empleo de la hipnoterapia en la Disfunción sexual masculina psicógena y en otras entidades psicosomáticas.
- Hacer llegar información al personal médico de la atención primaria de nuestro municipio y si es posible de otros de la provincia, sobre la importancia y validez de la técnica en el logro de una evolución más rápida y eficaz del paciente.
- Organizar cursos de postgrado y/o entrenamientos en la temática.

Referencias bibliográficas:

1. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J., Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV, Sixth Edition, Volume 2, Chapter 26th, William's & Wilkins Editorial, USA, 1996.
2. <http://www.unizar.es/gine/5s003.htm>, 2004.
3. Sarró, B, de la Cruz. Suicidio y Supervivientes. Rev Arg Psiquiatr 1996; 7 VII 25-31.
4. Dey J, Shepherd. Evaluation and treatment of erectile dysfunction in men with diabetes mellitus. Mayo Clin Proc 2002; 77 (3): 276-8.
5. Sairam K, Kulinskaya E, Boustead GB, Hanbury DC, McNicholas TA. Prevalence of undiagnosed diabetes mellitus in male erectile dysfunction. BJU Int 2001; 88 (1): 68-71.
6. Infante, J.R. & Perán, F., Eje inmunoneuroendocrino y técnicas de relajación. [en Internet: Jano EMC Ciencia, tecnología y medicina; Julio 1998; 55(1265): 42].
7. <http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol34-1-05/mil05105.htm>, 2005
8. <http://onctv-ipn.net/dialogos/dc.php?id=sinopsis&cv=DC1502>, 2005
9. Salinas, Silvia, Todo no terminó, 2^a ed., Del Nuevo Extremo, Argentina, 2003, pp142.
10. Stecca de Alvizúa, Cristina, Cerrando ciclos vitales, Pax, México, 2004, 113 pp.
11. <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEVpEFkyuybiDRKxaw.php>, 2003
12. <http://www.info-pene.com/impotencia/index.html>, 2004
13. <http://www.jornada.unam.mx/2001/09/03/cien-manzo.html>, 2001
14. Cobián, M. A. Yo si creo en la hipnosis, Editorial Oriente, Santiago de Cuba, Cuba, 1997.
15. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=396458&indexSearch=ID>, 2004
16. http://semeg.es/revista/revista_50/pdf/revisión/pdf
17. http://www.poderdelconsumidor.com.ar/asesoramiento_profesional/salud/disfuncion_masc.htm, 2006.
18. <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/notransmisibles/340477.html>, 2006
19. <http://www.ctv.es/USERS/sexpol/Publicaciones.html>, 2005

20. <http://www.telepolis.com/cgi-bin/web/Distritodocview?url=/1378/doc/Genero/disfuncionismachismo.htm>,2004.
21. http://www.tuhomeandhealth.com/hh_site/article.jsp?section_id=2&theme_id=7&subtheme_id=15&article_id=15&site=latam,2004
22. http://www.gentesur.com.mx/articulos.php?id_sec=7&id_art=126&id_ejemplar=15,2003.
23. Fernández Váldez F, Silveira Páez U, García Lizame M, Hernández Carrazana H. Impotencia sexual masculina. Nuevo enfoque. Rev Cubana Med 2003.
24. Valdivia Rodríguez T, Real Becerra ME, Roig Rosabal M, Méndez Gómez N. Disfunciones sexuales masculinas. Caracterización psicosexual de las parejas. Sexol Soc 2000.
25. Matínez Hurtado, M; González Menéndez, R; Idelfonso Alvarez, E; Goicolea Maiza, S. BIREME/OPS/OMS - Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. 2001.
26. <http://www.vivirenpareja.cl/pages/sexualidad/indexsexualidad.htm>,2004
27. http://bvs.insp.mx/bibliografia.php?id_referencia=9609&id_seccion=18,2004
28. <http://www.uino.org/handler.cfm?event=practice,template&cpid=77892006>
29. <http://www.lifespan.org/adam/spanishhealthillustratedencyclopedia/5/003164.html>,2003
30. http://www.puntomujer.emol.com/hombre_y_mujer/noticia/detallenoticia.asp?id=%7BB40D6344-1EC5-4D51-A6E4-2193A3633362%7D,2005
31. Cobian, M.A. La Hipnosis y sus Aplicaciones Terapeuticas. Editorial Mtedines. Barcelona, 2004.

“CONOCIMIENTO Y ACTITUD QUE TIENEN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD, CON RELACIÓN A LA HIPNOSIS TERAPÉUTICA, EN PANAMÁ.”(*)

Dra. Adriana Shaik de Sandoval (**)
Psic. Marta Herrera de Kourany (***)
Dr. Santiago Gordón B. (****)
Dr. Roberto Mainieri C. (*****)
Dra. Judith Garibaldo(*****)
Psic. Benigno Batista (*****)
Dra. Mariela García(*****)
Dr. Ernesto Ortíz (*****)
Dra. Beatriz Testa (*****)

(*)Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica.

(**) Ex -Presidenta de la Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica. Presidenta Fundadora de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica. Psicóloga Clínica, Profesora Titular de la Universidad de Panamá.

(***)Ex -Secretaria de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica , Psicóloga, Profesora Auxiliar de la Universidad de Panamá.

(****) Ex -Vocal y Vice- Presidente de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica. Médico Fisiólogo.

(*****) Ex -Fiscal de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica. Psicólogo Clínico.

(*****) Ex -VicePresidenta de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica.

Psicóloga Consultora. Profesora Titular de la Universidad de Panamá.

(******) Ex – Tesorero de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica. Psicólogo General.

(******) Ex Tesorera de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica. Odontóloga.

(******) Miembro de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica. Odontólogo.

(******) Miembro de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica. Odontóloga.

Resumen

Los autores presentan en este trabajo una investigación sobre el grado de conocimiento y actitud que tienen los Profesionales de la Salud en relación a la Hipnosis Terapéutica. Hacen una breve historia de la hipnosis en Panamá. Esperan con este trabajo divulgar la eficiencia de la Hipnosis como alternativa terapéutica y fomentar el interés de los Profesionales de la Salud por la Hipnosis como herramienta terapéutica.

Summary

The authors present in this paper an investigation about the degree of knowledge Health Professionals have about Therapeutic Hypnosis and their attitude towards it. They summarize hypnosis history in Panama. They hope, with this paper, to publicize the efficiency of Hypnosis as a therapeutic alternative and to foster the interest of Health Professionals in Hypnosis as a therapeutic tool.

OBJETIVO GENERAL:

- Investigar el grado de conocimiento y actitud que tienen los Profesionales de la Salud en relación a la Hipnosis Terapéutica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Divulgar la eficiencia de la Hipnosis como alternativa terapéutica.
- Fomentar el interés de los Profesionales de la Salud por la Hipnosis como herramienta terapéutica.

INTRODUCCIÓN

La Hipnosis es una técnica milenaria que ha sido utilizada por distintas culturas y con diferentes fines; culturales, religiosos, sociales y curativos. A través de la historia, la Hipnosis ha enfrentado múltiples dificultades y barreras, mitos y tabúes que han limitado su evolución como método terapéutico.

En Panamá surge un movimiento a partir de 1998, nutrido por el grupo de Hipnosis Terapéutica de Santiago de Cuba. Posteriormente en el año 2001 se crea la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica (APHT) y el Capítulo Panameño de la Asociación Caribeña de Hipnosis Terapéutica (ACHT).

Al ser la Hipnosis una herramienta terapéutica que ofrece muchísimas bondades, consideramos importante formar a otros hipnoterapeutas. Así se organiza el Diplomado “La Hipnosis y sus Aplicaciones Terapéuticas”, en la Universidad de Panamá, dirigido a

médicos, psicólogos y odontólogos, el cual se desarrolla en el marco del Convenio de Cooperación Científico, Técnico y Cultural entre la Universidad de Panamá y la Universidad Médica de Santiago de Cuba. Actualmente contamos ya con 84 hipnoterapeutas idóneos.

Conscientes de que debemos intensificar la promoción y divulgación de esta alternativa terapéutica, desarrollamos en el año 2004, la I Jornada “Avances de la Hipnosis Terapéutica en Panamá”. Posteriormente decidimos realizar la presente investigación.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo a través de la aplicación de encuestas, a una muestra de 300 médicos, psicólogos y odontólogos de instituciones del estado e instituciones privadas de la provincia de Panamá, entre ellas universidades, hospitales, clínicas, centros educativos y de salud, bancos y empresas privadas.

La encuesta elaborada para esta investigación se estructuró con 14 preguntas, de las cuales 13 eran cerradas.

En esta encuesta previamente validada se utilizaron variables cualitativas y cuantitativas.

Los datos fueron procesados y organizados en cuadros y gráficas de barras y pasteles, con una breve descripción de la información.

CUADRO N°1
DISTRIBUCIÓN DE LOS ENCUESTADOS
SEGÚN PROFESIÓN

Profesionales	Total	%
Médicos	138	46%
Psicólogos	73	24%
Odontólogos	89	30%
Total	300	100%

CUADRO N°2 A
DISTRIBUCIÓN DE LOS ENCUESTADOS SEGÚN ESPECIALIDADES

PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	FRECUENCIA
Medicina	General	31
	Pediatría	8
	Psiquiatría	3
	Ginecología	7
	Cirugía	8
	Ortopedia	8
	Medicina Interna	4
	Urgencia	3
	Cardiología	2
	Medicina Familiar	2
	Medicina Ocupacional	2
	Dermatología	1
	Otorrinolaringología	1
	Oftalmología	1
	Epidemiología	1
	Geriatría	1
	Adicción	1
Salud Pública	1	
Radiología	1	

CUADRO N°2 B
DISTRIBUCIÓN DE LOS ENCUESTADOS SEGÚN ESPECIALIDADES

PROFESIÓN	ESPECIALIDAD	FRECUENCIA
Psicología	General	30
	Clinica	23
	Familiar	6
	Orientación	5
	Educativa	5
	Recursos Humanos	2
	Niños y Adolescentes	2
Total	73	
Odontología	General	63
	Ortodoncia	6
	Cirugía Maxilofacial	5
	Odontopediatría	4
	Endodoncia	2
	Periodoncia	1
	Odontología Clínica	1
	Gerencia Hospitalaria	1
Total	89	

CUADRO N°3

INSTITUCIÓN EN DONDE LABORAN LOS ENCUESTADOS

INSTITUCIÓN	MÉDICOS	PSICÓLOGOS	ODONTÓLOGOS	TOTAL
Caja de Seguro social	45	9	23	77
MINSA	42	9	19	70
Universidad de Panamá	18	13	16	47
Clinicas Privadas	26	13	28	67
Universidades Privadas	12	6	8	26
Ministerio De Gobierno	11	6	0	17
Ministerio de Educación	1	9	0	10
IPHE	0	8	2	10
MINJUMNFA	0	8	0	8
Autoridad del Canal	0	5	0	5
Empresa Bancaria	0	1	0	1
Electra Noreste	0	2	0	2
TOTAL	166	88	88	340

CUADRO N°4

EXPERIENCIA CON HIPNOSIS

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí tiene	40	38	33	111	37%
No tiene	98	35	56	189	63%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°5

EXPERIENCIA CON HIPNOSIS, COMO TERAPEUTA

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí tiene	3	13	2	18	6%
No tiene	135	60	87	282	94%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°6

EXPERIENCIA CON HIPNOSIS, COMO OBSERVADOR

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí tiene	54	43	36	133	44%
No tiene	84	30	53	167	56%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°7

EXPERIENCIA CON HIPNOSIS, COMO SUJETO

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí tiene	15	33	41	89	30%
No tiene	123	40	48	211	70%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°8

OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS

¿ES LA HIPNOSIS PELIGROSA?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	4	8	2	14	5%
No	121	56	70	247	82%
No sé	13	9	17	39	13%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°9

OPINIÓN DE LOS ENCUESTADOS

¿ES LA HIPNOSIS DIABÓLICA?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	1	1	3	5	1%
No	130	67	78	275	92%
No sé	7	5	8	20	7%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°10

OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS

¿TIENE RIESGOS?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	29	27	30	86	29%
No	84	35	38	157	52%
No sé	25	11	21	57	19%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°11

OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS

¿PUEDE EL SUJETO NO DESPERTAR?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	2	9	5	16	5%
No	103	62	75	240	80%
No sé	33	2	9	44	15%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°12
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿PUEDE EL SUJETO NO RETORNAR A LA NORMALIDAD?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	21	4	4	29	10%
No	109	64	77	250	83%
No sé	8	5	8	21	7%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°13
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿EL HIPNOPTIZADOR PUEDE GOBERNAR LA VIDA DEL SUJETO?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	18	19	12	49	16%
No	110	52	72	234	78%
No sé	10	2	5	17	6%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°14
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿EL ESTADO HIPNOTICO ES INCONSCIENTE?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	31	28	31	90	30%
No	98	42	52	192	64%
No sé	9	3	6	18	6%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°15
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿ES LA HIPNOSIS CHALATANERÍA?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	3	4	1	8	3%
No	133	69	83	285	95%
No sé	2	0	5	7	2%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°16 A

DEFINICIONES DE HIPNOSIS SEGÚN LOS ENCUESTADOS

PROFESIÓN	DEFINICIONES
MÉDICOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de relajación profunda. 2. Método científico terapéutico de abordaje médico con base en conocimientos psicológicos y psiquiátricos. 3. Método utilizado para abordar el inconciente. 4. Estado de trance en donde el hipnotizado está conciente y cooperador. 5. Método para ayudar al paciente a recordar hechos pasados y superar traumas anteriores. 6. Estado especial de conciencia. 7. Procedimiento psicológico de dudosa eficacia.y charlataneria

CUADRO N°16 B

DEFINICIONES DE HIPNOSIS SEGÚN LOS ENCUESTADOS

PSICÓLOGOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de relajación profunda. 2. Estado inconciente durante el cual la persona retorna a estados anteriores de su desarrollo emocional. 3. Estado de conciencia alterado dentro del cual se pueden hacer sugerencias que pueden alterar el curso de enfermedades, ideas y pensamientos negativos a fin de superarlos. 4. Herramienta terapéutica que busca el equilibrio entre lo mental y algunos problemas psicosomáticos. 5. Tipo de terapia donde el subconsciente trabaja y puede funcionar. 6. Estado parecido al sueño en donde se influye por medio de la sugestión siempre y cuando el sujeto lo permita. 7. Estado intermedio entre el sueño y el estado de vigilia. 8. Estado alterado de conciencia que permite al sujeto aumentar su capacidad de autocuración por medio de la sugestión. 9. Terapia mental que busca relajación y respuesta positiva para el que se somete a ella. 10. Técnica que ayuda a superar mejor los problemas de salud física y mental. 11. Técnica de sugestión que empleada éticamente por expertos en la materia, es un excelente recurso. 12. Estado especial de sueño en donde el individuo es sugestionable a lo que diga el hipnotizador.
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CUADRO N°16 C

**DEFINICIONES DE HIPNOSIS
SEGÚN LOS ENCUESTADOS**

ODONTÓLOGOS	<ol style="list-style-type: none"> 1.Estado de relajación profunda. 2.Estado de subconciencia. 3.Manejo del paciente bajo estado inconsciente. 4.Método de ayuda para personas con problemas psicológicos profundos. 5.Estado de anormalidad de la conciencia provocado por un terapeuta que gobierna en cierto grado la mente del hipnotizado. 6.Estado de sedación en la que la mente juega un papel importante para ciertos tratamientos. 7.Método terapéutico que altera el estado normal de conciencia del hipnotizado. 8.Método científico que permite coadyuvar en diferentes profesiones. 9.Procedimiento clínico o herramienta que facilita el manejo de pacientes en diferentes situaciones psicológicas. 10.Dominio de una mente fuerte sobre una débil en un estado de semiinconsciencia. 11.Inhibición parcial de células de la corteza. 12.Estado en el cual en individuo tiene acceso a recuerdos que en forma inconsciente fueron suprimidos.
--------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Cuadro N° 17
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿TIENE BASES CIENTÍFICAS?**

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	115	67	67	249	83%
No	13	2	19	34	11%
No sé	10	4	3	17	6%
Total	138	73	89	300	100%

**CUADRO N°18
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿ES ÚTIL COMO AGENTE TERAPÉUTICO?**

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	114	62	76	252	84%
No	10	9	12	31	10%
No sé	14	2	1	17	6%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°19
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿ES EL CONOCIMIENTO DE LA HIPNOSIS IMPORTANTE EN SU PROFESIÓN?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	97	51	67	215	72%
No	35	19	22	76	25%
No sé	6	3	0	9	3%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°20
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿SÓLO PROFESIONALES DE LA SALUD DEBEN PRACTICAR LA HIPNOSIS?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	80	49	49	178	59%
No	51	19	31	101	34%
No sé	7	5	9	21	7%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°21
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿ES LA PRÁCTICA DE LA HIPNOSIS IMPORTANTE EN SU PROFESIÓN?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	79	57	60	196	65%
No	53	13	27	93	31%
No sé	6	3	2	11	4%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°22
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
CAUSA POR LA QUE NO SE EMPLEA LA HIPNOSIS

Causas	Médicos	Psicólogos	Odontólogos	Total
Desconocimiento de la Técnica	44	30	26	100
Mitos	31	19	19	69
Desinterés	24	12	19	55
Poco apoyo de las autoridades superiores	26	14	13	53
Miedo a la práctica	14	12	16	42
Miedo a la opinión social	11	8	7	26
Es peligrosa	3	2	6	11

CUADRO N°23
OPINIÓN SOBRE HIPNOSIS
¿ES LA PRÁCTICA DE LA HIPNOSIS IMPORTANTE EN SU PROFESIÓN?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	75	45	34	154	51%
No	63	28	55	146	49%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°24
¿CONOCE LAS APLICACIONES TERAPÉUTICAS DE LA HIPNOSIS?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	75	45	34	154	51%
No	63	28	55	146	49%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°25
CONOCIMIENTO DE LOS ENCUESTADOS
A CERCA DE LOS TRASTORNOS Y SITUACIONES TRATADOS CON
HIPNOSIS

Manejo del dolor	182	61 %
Depresión , ansiedad	173	58 %
Trastornos del sueño	153	51 %
Parto sin dolor	153	51 %
Cefaleas, migrañas	148	49 %
Fobias	148	49%
Trastornos emocionales de conducta	142	47 %
Trastornos por estrés postraumático	134	45 %
Anestesia en cirugías menores y mayores	130	43 %
Mejora la autoestima y la calidad de vida	122	41 %
Adicciones	121	40 %
Trastornos alimentarios	105	35 %
Trastornos relacionados con el sexo	97	32 %
Ayuda a enfrentar enfermedades como cáncer, tuberculosis, sida	94	31 %
Enuresis y Encopresis	86	29 %
Asma, psoriasis, vitiligo	77	26 %
Trastornos de aprendizaje	73	24 %

CUADRO N°26
¿TODAS LAS PERSONAS SON HIPNOTIZABLES?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	61	64	49	174	58%
No	47	7	23	77	26%
No sé	30	2	17	49	16%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°27
¿INVOLUCRA LA HIPNOSIS ASPECTOS ÉTICOS Y MORALES?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	131	73	84	288	96%
No	7	0	5	12	4%
Total	138	73	89	300	100%

CUADRO N°28
¿LE INTERESA INICIARSE COMO HIPNOTERAPEUTA?

Respuesta	Médico	Psicólogo	Odontólogo	Total	%
Sí	41	67	58	166	55%
No	97	6	31	134	45%
Total	138	73	89	300	100%

CONCLUSIONES

La mayor parte de los Profesionales de la Salud no han tenido ningún tipo de experiencias con la Hipnosis Terapéutica.

La mayoría de los encuestados señalaron que la Hipnosis no es peligrosa, no es diabólica y no tiene riesgos (entendiendo por ello que el hipnotizador no se apodera de su mente, ni gobierna su vida), además de que es capaz de retornar al estado normal de conciencia.

Un elevado número de encuestados señaló que la Hipnosis tiene bases científicas, no es charlatanería, es útil como agente terapéutico y que el conocimiento y la práctica es importante en su profesión.

Las principales causas por las que no se emplea la Hipnosis Terapéutica en nuestro país son:

1. Desconocimiento de la técnica.
2. Mitos.
3. Poco apoyo de las autoridades superiores
4. Miedo a la práctica

Los encuestados consideran que solo los profesionales de la salud deben practicar la Hipnosis en nuestro país.

Los encuestados señalaron que la Hipnosis si tiene múltiples aplicaciones terapéuticas.

La mayoría de los encuestados manifestaron que todas las personas son hipnotizables.

Los Profesionales de la Salud encuestados sostienen que la práctica de la Hipnosis involucra aspectos éticos y morales.

Un número significativo de los encuestados desean recibir entrenamiento en Hipnosis Terapéutica.

Referencias Bibliográficas

1. Alvarenga, BM - El Hipnotismo. Editorial Porvenir. San José, Costa Rica, 2004.
2. Armengol, J. - Hipnotismo moderno. Edimat Libros S.A. España, 2000.
3. Asis, M. - Parapsicología e Hipnosis. Editorial Científico-Técnica. La Habana, 1996.
4. Burke, A, - Autohipnosis: Guía Práctica. Ediciones Obelisco. Barcelona, 1999.
5. Capafons, A. - Hipnosis. Editorial Síntesis. España, 2001.
6. Cobian M, A. - Yo si creo en la hipnosis. Editorial Oriente. Santiago de Cuba, 1997.
7. Gonzalez, O, H. - La hipnosis: mitos y realidades. Ediciones Aljibe. Málaga, 2001.
- 8.- Hardy, G. - La Hipnosis: Así se controla la mente humana. Ediciones Didáctica. Unión Europea, 2003.
- 9.- Martinez, PB. y Asis, M. - Hipnosis. Teoría, métodos y técnicas. Editorial Científico -Técnica. La Habana, 1995.
- 10.- Pacciolla, A - Hipnosis: Bienestar psicofísico y recursos mentales. Edición San Pablo. Bogotá, 1996.
- 11.- Ramos G, C. - Hipnosis y Psicoterapia. Ediciones Edaf. Madrid, 2002.

LOS RECEPTORES NEUROSEMÁNTICOS LA PALABRA Y LA HIPNOSIS(*)

Dr. Jesús M. Saavedra Caballero(**)

(*)Trabajo presentado en el HipnoCaribe Panamá 2006.

(**)Médico-Paidopsiquiatra y Doctor en Hipnosis Clínica. Ex Presidente de la APCHT.

Palabras Claves: Receptores, Neurofisiología, Neurociencia, Lingüística, Hipnosis

Resumen

Los receptores neurosemánticos son el resultado de la investigación y la conceptualización de la neurofisiología, la neurociencia, la lingüística, la genética y la biología moderna. Estas ramas del saber utilizando su propio conocimiento, investigan, analizan y explican el impacto que tiene la palabra sobre las diferentes estructuras neurofisiológicas encefálicas y su trascendencia hasta el nivel genético. La hipnosis, técnica milenaria, que utiliza el lenguaje verbal y no verbal para inducir cambios en la conducta y la motivación inconsciente, hoy día totalmente demostrables con la tecnología científica actual.

Summary

Neurosemantic receptors are the result of neurophysiology, neuroscience, linguistics, genetics and modern biology investigation and conceptualization. These branches of knowledge, using its own expertise, investigate, analyze and explain the impact of words upon different encephalic neurophysiological structures and its transcendence to the genetic level. Hypnosis, a millenary technique, utilizes verbal and non-verbal language to induce changes on behavior and conscious motivation, nowadays totally demonstrable through scientific technology.

Introducción

La palabra, ese conjunto de sonidos articulados que expresan una idea, han acompañado al hombre desde tiempos inmemorables dentro de la historia de la humanidad y aún más transcendentalmente desde el propio momento de la creación. En el libro del Génesis leemos: *En el principio creo Dios el cielo y la tierra ... y Dijo Dios: "Hágase*

la luz" y la luz se hizo ... " " Hágase un firmamento " y el firmamento se hizo" y posteriormente siguiendo en esta línea de pensamiento nos encontramos con el Evangelio de San Juan en donde nos dice: "En el principio existía la Palabra y la Palabra estaba junto a Dios, y la Palabra era Dios. Todo se hizo por ella y sin ella no se hizo nada ..." Esta claro que la palabra no sólo ha acompañado al ser humano a lo largo de su vida, sino que su

conceptualización ha estado presente en los estratos más profundos de su consciencia, su fe y su espiritualidad.

Contenido

Los avances tecnológicos de la humanidad, irán a través del progreso humano, demostrado lentamente las estructuras conceptuales que están envueltas en el proceso de la comunicación, la conducta y la acción. Los avances científicos de estos conceptos se los debemos inicialmente y ya dentro del mundo moderno al célebre Premio Nobel de Medicina de 1904 el Dr. Iván Petrovich Pavlov, quien con su explicación del segundo sistema de señales, concluirá referente la palabra que: "La palabra es un estimulador condicionado tan real como todos los demás, pero a la vez tan universal como ningún otro, es que en este aspecto no puede ser comparado en modo alguno, ni cualitativa ni cuantitativamente, como los demás estimuladores de los animales". Finalmente, el célebre científico cubano el Dr. Alberto Cobián Mena, concluye sobre el trabajo pavloviano: " que la estimulación a través del segundo sistema de señales es capaz de dejar sembrado in situ el componente semántico activador, que en forma de sugerencias puede encontrar los puntos enfermos y tratar diversos desórdenes que se presenten en los pacientes o balancear los mismos".

La Semántica, se refiere a los aspectos del significado o interpretación del significado de un determinado símbolo, palabra, lenguaje o representación formal. Es parte de los llamados Códigos Orgánicos , también conocidos como

Memorias Orgánicas, los que provienen de los llamados Adaptadores o moléculas orgánicas del ADN (o DNA en inglés). Estos códigos y memorias fueron ya previstos en el modelo epigenético (o de los cambios reversibles que se pueden producir en el ADN).

Lo más importante referente a los códigos es que requieren de energía e información para formarse, las que a su vez crean un significado o sentido a dicha información y energía. Existe una diferencia cualitativa entre el proceso de información que está formado por la energía e información y el proceso semántico, en donde aparecen las reglas que le dan un significado de base cultural.

Los procesos genéticos de primer y segundo mensajero así como la señal de transducción van a producir la señal de integración, permitiendo esto, la transferencia de información del medioambiente a los genes. Podemos por ello concluir que la señal de transducción está altamente ligada a la intervención de los códigos orgánicos.

Estos códigos orgánicos facilitarán que el niño nazca con ciertas reglas mentales y objetos mentales que le permiten interactuar con el mundo exterior. A lo que se le ha llamado la teoría de la mente innata o congénita, sin la cual no sería posible explicar el aprendizaje del lenguaje. La que también explica la facilidad que tienen los niños pequeños de poder aprender cualquier idioma, lo que nos puede hacer concluir que la mente innata o congénita, tiene una reglas que aplican a todos los idiomas, la llamada gramática universal

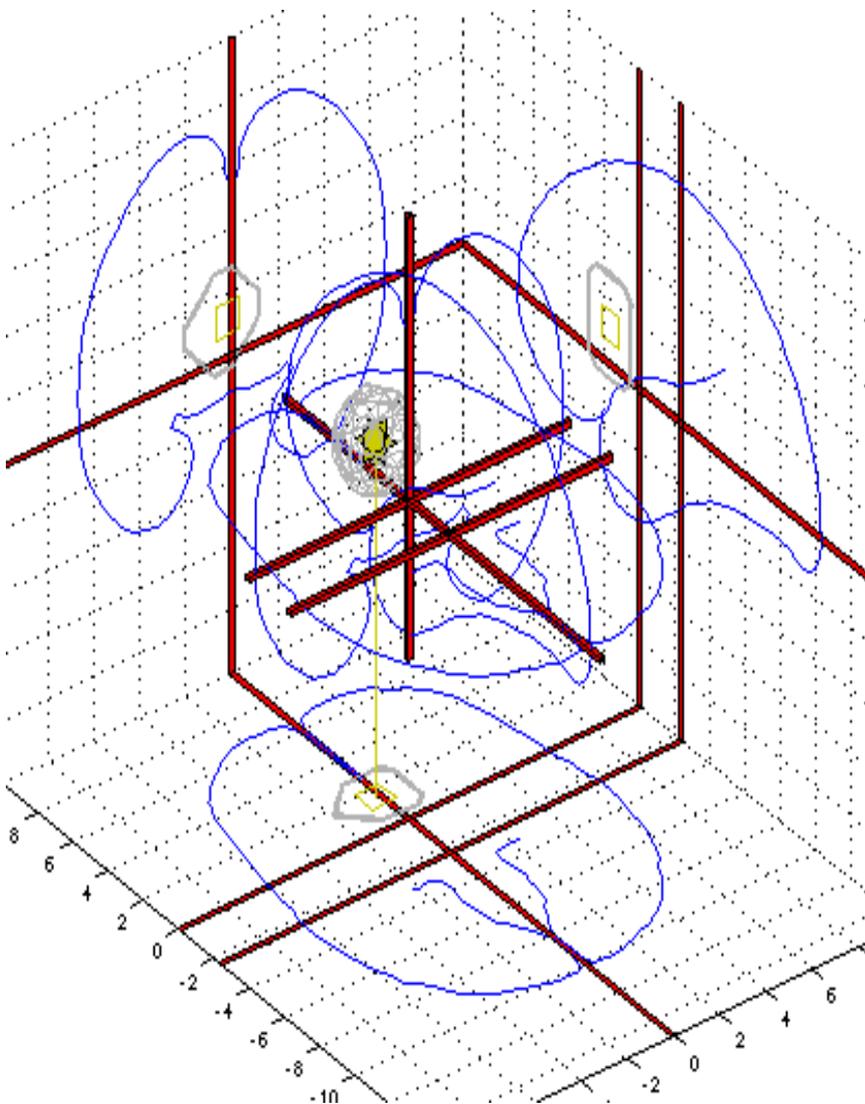
que postulara el célebre lingüista del siglo pasado el Dr. Noam Chomsky (1965, 1972) del MIT.

Por otro lado tenemos a la hipnosis, que es una focalización de nuestra atención en nuestras imágenes internas, nuestras emociones, nuestras memorias y nuestras fantasías. La que facilita a través de la palabra, las sugerencias, imaginaria o

visualizaciones, la salida del entrapamiento tradicional o del re-encuadre de la díada Salud - Enfermedad o Enfermedad - Salud, la que a su vez da la oportunidad de entrar de forma directa al inconsciente y manejar desde adentro sus desbalances y necesidades.

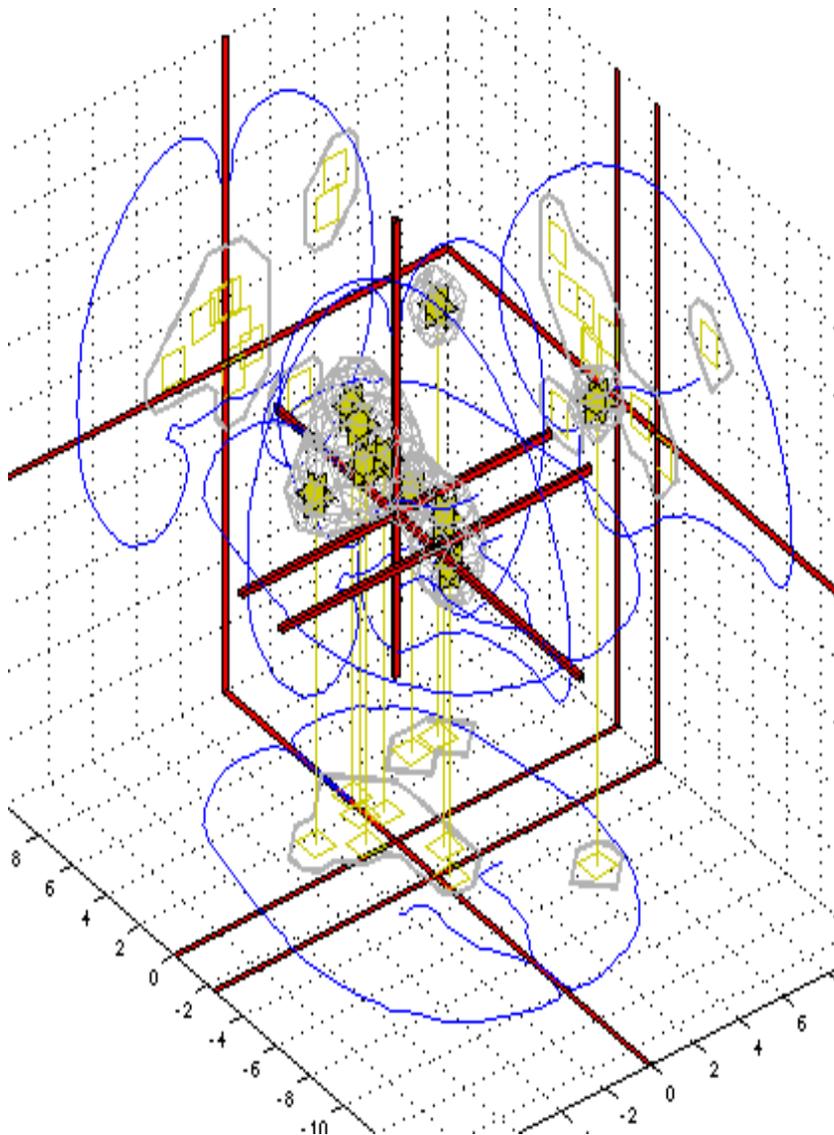
Ya dentro del mundo tecnológico actual revisemos los siguientes hallazgos:

I. Interacción de la Hipnosis y el Dolor Inducido por Calor (33°C) en la Mano Derecha evaluada con TEP (PET) y RM



Cortesía: M. E. Faymonville y colaboradores http://neuro.imm.dtu.dk/services/jerne/brede/WOEXP_237.html

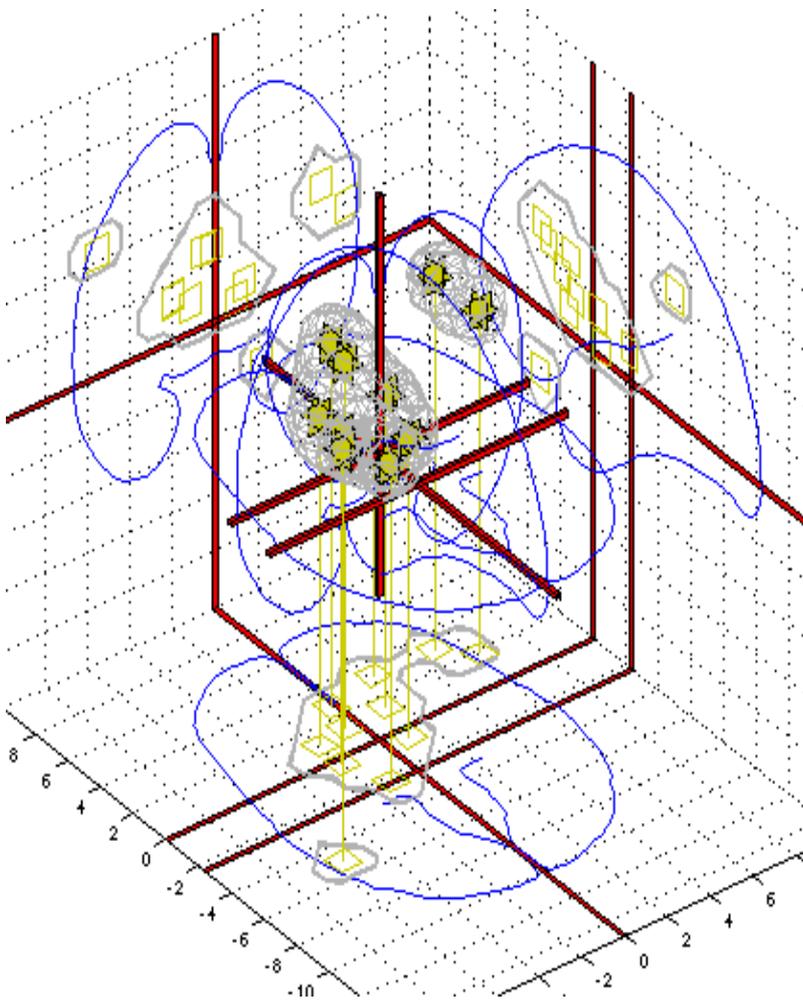
II. Interacción de la Hipnosis y el Dolor Inducido por Calor(47°C) en la Mano Derecha evaluada con TEP (PET) y RM



Anatomía hemisférica
Corteza anterior del singular
Corteza anterior del singular
Tálamo derecho
Putámen izquierdo
Mesencéfalo
Corteza orbito-frontal derecha
Corteza prefrontal dorso-lateral derecha
Lóbulo parietal inferior derecho
Núcleo caudado derecho

Cortesía: M. E. Faymonville y colaboradores http://neuro.imm.dtu.dk/services/jerne/brede/WOEXP_235.html

III. Hipnosis e Imaginería aplicada a una mano derecha en descanso y expuesta al calor.



Anatomía hemisférica
Ínsula izquierda
N. singulado anterior
Singulado anterior
Tálamo izquierdo
Tálamo derecho
Corteza orbito-frontal derecha
Corteza dorso-lateral prefrontal derecha
Corteza prefrontal dorso-lateral derecha
Corteza parietal izquierda
Núcleo caudado derecho
Núcleo caudado izquierdo

Cortesía: M. E. Faymonville y colaboradores http://neuro.imm.dtu.dk/services/jerne/brede/WOEXP_238.html

Conclusiones:

Existe una gran interacción entre los receptores semánticos la palabra y la hipnosis.

Los receptores semánticos son susceptibles tanto a la palabra como a la hipnosis.

La hipnosis es un vehículo terapéutico de gran utilidad tanto en los trastornos mentales como en la normalidad, al tener una vía franca al inconsciente a través de la palabra, la visualización, la imaginería y las sugerencias.

La tecnología ha podido demostrar científicamente el impacto tanto de la palabra como de la hipnosis, así como su interacción.

La hipnosis puede provocar cambios en la conducta y el sufrimiento humano a través de la palabra, la visualización, la imaginería y las sugerencias.

Referencias bibliográficas:

1. Cobián, M. A. La hipnosis y sus Aplicaciones Terapéuticas, Barcelona: Morales I Torres Editores, S.L., 2004.
2. Barbiéri, M. The Organic Code An Introduction to Semantic Biology, Cambridge: 2003, Cambridge University Press.
3. Bandura, A. Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. En: R. Schwarzer, editor. Washington DC: Hemisphere, 1992.
4. Caro, I. General Semantics in Psychotherapy, New York, Publisher by Institute of General Semantics, 2003.

HIPNOSIS CUÁNTICA (*)

Dr. João Jorge Cabral Nogueira (**)

(*) Trabajo para el HIPNOCARIBE PANAMÁ 2006. Termo creado por lo autor en 2000.

I Congreso de la Asociación Panameña de Hipnosis Terapéutica.

V Taller Internacional de Hipnosis Terapéutica y técnicas afines de la Asociación Caribeña de Hipnosis Terapéutica (ACHT).

(**) Médico Psicoterapeuta, con Formación Holística, Maestro del Curso de Pos-Graduado en Hipnosis Clínica del IBMR, Director del Instituto AmanheSer de Medicina Integral, Director Académico del Instituto Milton Erickson de Petrópolis, Rio de Janeiro. Ex-Presidente de la Sociedad Brasileña de Hipnosis, Director de Publicaciones Científicas de la Asociación Caribeña de Hipnosis Terapéutica, Miembro de la Asociación Brasileña de Psiquiatría, Miembro de la Unión Nacional de los Analistas Transaccionales del Brasil, Miembro del Colégio Internacional de los Terapeutas y autor del libro de hipnosis: Autoscopía – un viaje a través de su interior.

Palabras Claves: Hipnosis - Hipnosis Integral - Holohipnosis.

Resumen

El autor habla del histórico de la física clásica y cuántica. Empieza con Descartes, Isaac Newton hasta Einstein, hace una evolución de la física clásica hasta la física cuántica. Habla de las teorías unificadas del David Bohm, Heisenberg, Prigogine y Sheldrake. Después describe los fenómenos de la percepción extra-sensorial, los estados ampliados de conciencia y de las cuatro hipótesis de la regresión.

Presenta la Cartografía de Grof y Ken Wilber, donde la hipnosis cuántica puede ser utilizada.

Termina con la Cartografía del Ser de Jean Yves Leloup, del Colegio Internacional de los Terapeutas en que el autor hace parte, que utiliza en su trabajo por ser la cartografía más completa en su opinión.

Summary

The author writes about the historic of classical and quantum physics. He starts with Descartes, Isaac Newton until Einstein, goes through the evolution from classical to quantum physics. He writes about the unified theories of David Bohm, Heisenberg, Prigogine and Sheldrake. Afterwards he describes extrasensory perception phenomena, amplified states of consciousness and the four hypotheses of regression.

He presents the cartography of Grof and Ken Wilber, where quantum hypnosis may be used.

He finishes with Jean-Yves Leloup's Cartography of the Being, used in his work for it is the most complete, according to his opinion. Leloup and the author belong to the International College of Therapists.

1 – Histórico:

La hipnosis cuántica se basa en la física cuántica, fue así denominada por mi para diferir de la hipnosis clásica y moderna que se asienta sobre la física clásica.

Yo venía estudiando física cuántica ya a algunos años y me di cuenta que algunos fenómenos en hipnosis ocurrían bajo ese prisma, eran fenómenos espontáneos, no provocados, que venían durante el estado de transe, antiguamente eran considerados fenómenos paranormales o sea a un lado de lo normal, hoy sabemos que son fenómenos normales dentro de la nueva conceptualización de la física cuántica. Entonces, escribí un artículo sobre “Hipnosis Cuántica”¹ en la Revista Brasileña de Hipnosis, en el año 2000.

A partir de eso desarrollé el modelo de la Holohipnosis o hipnosis integral, modelo eso presentado en el HipnoCaribe 2004, HipnoSantiago 2005 y ahora, en agosto, en el Congreso Internacional de Hipnosis, en México, en el cual asocio la hipnosis clásica, moderna y cuántica.

2 – La Física Clásica:

La estructura de nuestro cerebro está condicionada a creer que nuestro mundo es una gran máquina como un reloj, muy bien orquestada por Dios, como nos dice en esa bella metáfora, Descartes.

Visiones, en estados ampliados de conciencia, no son típicos de profetas, místicos, avatares; los hombres de la ciencia también sufren estos efectos, el propio Descartes², considerado el fundador de la filosofía moderna, tuvo una

visión que le dijo: “todo conocimiento es cierto y evidente” y visualizó el método que usaría para probar eso, a partir de ahí toda su vida concentró en distinguir la verdad del error. Su verdad era matemática en su naturaleza esencial y su método es analítico.

Antes de Descartes el método utilizado era el inductivo o empírico.

Freud³ usa del método analítico, separando el hombre en partes: Id, Ego y Super ego, aún sufre influencia de Descartes.

El error de Descartes fue separar la mente del cuerpo, para él la materia era una máquina, solo la mente era habitada por el espíritu divino, entonces la tierra sería apenas una máquina, el universo sería una máquina, no habría propósito o espiritualidad en la materia, tan diferente de la teoría de Gaia de Lovelock⁴ en que la tierra es un ser vivo que sufre con las devastaciones del ser humano.

Isaac Newton⁵, otro que sufrió una visión al caer una manzana sobre su cabeza, cuando estaba durmiendo debajo de un árbol, descubriendo la ley de la gravedad, explicando a partir de ahí las leyes de atracción de los cuerpos, del sistema solar y del Universo.

Newton unificó las dos teorías, la de Bacon y de Descartes, el método inductivo y el analítico en su trabajo publicado como “Los Principia”.

Para Newton, todos los fenómenos ocurrían en el espacio tridimensional de la geometría de Euclides, era un espacio

absoluto, un tiempo absoluto, inalterable, inmóvil, sin influencia externa.

El error de Newton fue acreditar en eso, hoy sabemos que todo son ondas de probabilidades cuánticas, como veremos más adelante.

Todo estaba cierto hasta Einstein, que venió hablar que todo era relativo, nada era absoluto, con su deslumbrante teoría de la relatividad, para la época, en 1905.

Las teorías de Einstein fueron reconocidas solo en 1919, a través del estudio del eclipse del sol por Eddington en el Brasil, in Gribbin⁶.

3 – La física moderna:

A partir de la teoría de Einstein, físicos empezaron a hacer exploraciones en el mundo subatómico, con repuestas paradójicas, en el mundo subatómico las leyes de Newton no funcionaban.

La teoría cuántica⁷ o mecánica cuántica fue formulada por un grupo de físicos entre ellos: Max Planck, Niels Bohr, De Broglie, Schrödinger, Pauli, Heisenberg, Dirac y Einstein.

Con este modelo inicia una nueva era en el mundo, ahora la materia ya puede ser ínter penetrada por el espíritu como dicen las tradiciones místicas orientales desde milenios.

Tenemos una posibilidad de entender las curas místicas, los milagros, la fe, la oración y la meditación en los procesos de cura.

Cae por tierra la concepción que la materia es dura, sólida, las unidades

subatómicas son duales, ora son partículas, ora son ondas, eso es un paradojo, recuerden que la física moderna es llena de paradojas.

Mientras que en la física clásica todos los fenómenos pueden ser medidos, por tanto son previsibles, en la física moderna no son previsibles, dependiendo de varios factores, como el de observador por ejemplo, entonces Heisenberg describió el principio de la incertidumbre.

Niels Bohr⁸, premio Nobel de la paz en 1922, introdujo el concepto de complementariedad donde onda y partícula son descripciones complementares de la misma realidad.

Tenemos eso en la visión del mundo en el antiguo pensamiento chino de Yin/Yang que son opuestos y al mismo tiempo interrelacionados y complementares, in Capra⁹.

En cuanto las variables ocultas de la física clásica son locales, de la física cuántica son no-locales, son conexiones instantáneas con el universo como un todo, luego, tenemos un mundo causal y un mundo no causal, otra paradoja.

Bell, formuló un teorema que prueba que dos electrones muy distantes pueden estar ligados por conexiones instantáneas, no-locales.

Esto es un presupuesto de la teoría Holo informacional de la conciencia de Di Biase¹⁰.

Es interesante observarnos que la cosmología se sirve de la física cuántica para el estudio de la comprensión y evolución del universo. A través del efecto

Doppler se descubrió que el universo está en expansión.

En busca de la comprobación de la teoría de campo Gell-Mann¹¹ y Ne'eman, encontraron el método del octeto que envolvía partículas en número de ocho para explicar la teoría completa de los "hadrons". Podremos pensar en las "ocho virtudes" de la filosofía budista como una bella metáfora. Gell-Mann recibió el premio Nobel por eso.

También podremos pensar en la teoría de los quarks, en que la menor de las partículas contienen tres sub-partículas o mejor, un tercio de carga en cada sub-partícula para formar una partícula, como una referencia a la trinidad en varias religiones, padre-hijo-espíritu santo en la tradición cristiana, brama-vishnu-shiva en la tradición veda, etc.

Tenemos muchos paralelos entre las tradiciones místicas o religiosas y las teorías de la física cuántica.

4 – La Busca de Teorías Unificadas:

Hoy los físicos y cosmogonistas están en busca de una grande teoría unificada, conocida como GUT y una supersimetría, conocida como SUSY⁷, para entender el universo y la vida.

Un ejemplo es Stephen Hawking¹², que trabaja en un modelo de universo a combinar la teoría de la relatividad general y la teoría cuántica.

El universo evoluciona desde un estado de baja entropía para un estado de elevada entropía, después, hay un colapso y la entropía se invierte.

Con tantas catástrofes en este momento en el mundo, me pregunto: no estamos en un momento de fuerte entropía? La tierra está desorganizada, la naturaleza está enferma, como nosotros podemos estar bien? Se la naturaleza está enferma, nosotros también nos quedamos enfermos, hacemos parte de la naturaleza, no somos aislados, meditemos sobre eso.

Para los más antiguos puedo afirmar que nunca hubo tanta síndrome del pánico y stress pos-traumático, son las molestias del mundo enfermo.

4.1 – La teoría de la orden implícita de Bohm:

David Bohm¹³ nos habla de la orden implícita o no manifiesta y de la orden explícita o manifiesta, haciendo un Holo movimiento, una tela dinámica de relaciones, el universo sería un gran holograma.

Todo que ocurre en el espacio y en el tiempo – en la orden explícita – se desdobra de la orden implícita.

En el mundo observable de la orden explícita, el movimiento de las partículas de la materia es constantemente orientado por la orden implícita.

4.2 – La teoría del universo cuántico de Heisenberg:

Heisenberg¹⁴ nos dice que el colapso de función de la onda es debida a la interacción entre el aparejo medidor y la partícula, el mundo cuántico al cual se refieren nuestras observaciones es físicamente real, pero, si la función de onda entra en colapso ya con lo resultado en la

mente del observador, el mundo cuántico es esencialmente mental.

La evolución del mundo físico procedería por una evolución gradual clásica y periódicos saltos cuánticos súbitos e incontrolables.

Es famoso su Principio del Incentumbre: más precisamente la posición es determinada menos precisamente el momento es conocido en este instante, y vice-versa”.

4.3 – La teoría de los sistemas disipativos de Prigogine:

Prigogine¹⁵ fue uno de los primeros que percibió las implicaciones unificadoras del estudio de los procesos evolutivos. Un sistema vivo no es un reloj con relaciones causales, mas un sistema en que cada proceso es una función del todo.

El mundo real es poblado por sistemas de no equilibrio que evolucionan no linealmente e que son abiertos a los flujos de energía en su ambiente.

Prigogine llamó de sistemas disipativos o estructuras disipativas a los sistemas abiertos distantes del equilibrio termodinámico que disipan entropía cuando realizan trabajo.

4.4 – La teoría de los campos morfogenéticos de Sheldrake:

Sheldrake¹⁶, biólogo inglés, dice que los biocampos tienen una realidad propia: ellos pueden existir aislados de los organismos sobre los cuales actúan. Los campos morfogenéticos son formados y reforzados por los organismos

previamente existentes del mismo tipo. El ligamento entre animales de la misma especie se dan por un ligamento que trasciende el espacio y el tiempo. El ligamento ocurre por medio de resonancia mórfica, aún no medida como energía.

Inyushin, biólogo ruso, nos dice que esos campos constituyen un quinto estado de la materia, que pueden proyectarse allá del organismo, produciendo los fenómenos telepáticos. Los cuatro campos de la materia son: el campo gravitacional, el campo electromagnético, el campo nuclear fuerte y el campo nuclear fraco.

Podremos decir con Laslo¹⁷ que las interconexiones universales corresponden a intuiciones perennes: místicos, poetas e metafísicos siempre afirmaron que todas las cosas están conectadas, de las estrellas a los pétalos de una flor que amparamos en las manos. Esto llevaría a una teoría unificada transdisciplinar de todo evolutiva. Los físicos están en esta búsqueda.

-Como sería esta conexión universal en la naturaleza?

Ahora, tenemos que pensar que la naturaleza y el hombre están contenidos en la naturaleza, no nos olvidemos de eso, tienen su memoria holográfica.

Hay siempre un matemático para nos ayudar y Fourier a través de sus ecuaciones llamadas “transformadas de Fourier” apoya la teoría holográfica.

5 – El concepto de Vacuo Cuántico:

Para entender bien la holografía tenemos que retomar un poco más la historia.

En la antigüedad el espacio vacío se denominaba Éter que era un medio invisible que rellenaba todo el espacio y producía efectos observables.

Descartes utilizó este concepto para explicar la transmisión de la luz y del calor.

El propio Einstein no depreció la teoría del éter.

Mesmer¹⁷ utilizó el concepto de fluido universal que producía efectos observables a través de la imantación en una tina para curar sus pacientes.

Para los científicos modernos el éter fue sustituido por el concepto de vacuo cuántico que sería la fuente como el fin de la materia del universo. Pesquisas actuales en física teórica descubrieron interacciones entre materia y vacío cuántico.

Astrofísicos y cosmólogos afirman que rayos de luz que atraviesan el espacio entre las estrellas y las galaxias sufren la influencia del vacío, luego ello no es un vacío.

Eso vacuo cuántico con sus interacciones de cosas y eventos crea un Holo campo. A eso Holo campo universal podemos llamarlo de campo psi, es donde actuamos en psicoterapia a través de la hipnosis. Un holograma universal debe ser un quinto campo no universo, no será gravitacional, electromagnético ni nuclear fuerte o débil.

Varias tradiciones religiosas hablan de el vacío fértil, principalmente en la meditación. Lao Tsé lo llamó el Tao. Los sabios de India antigua lo llamaban de sustancia sutil tan real cuanto los cuatro elementos. En el antiguo testamento, en el libro de Génesis dice que en el principio era el vacío. Brahman es la mente inmutable a través de la cual todas las cosas se reúnen en una unidad. En los Upanixades, akasha es la sustancia quintesencial que penetra todas las otras, es una sustancia sutil que rellena el espacio y dá origen a todo que existe en ello.

Karl Pribram¹⁸, neurocientista de la Radford University, creador de la teoría Holo nómica del funcionamiento cerebral, nos habla que el cerebro es un holograma.

Basado en estas teorías es que formulé el modelo de hipnosis cuántica.

La mente hace parte del Universo holográfico, por lo tanto puede saber cualquier cosa del mismo, bastando para eso, solo entrar en un Estado Ampliado de Conciencia (E.A.C.). Así puede percibir lo que desea, ese E.A.C. se puede conseguir 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 Grof¹⁹ con el uso de LSD en estudiantes universitarios que relataran varias experiencias místicas, conciencia cósmica, oceánica, etc.

Stanley Krippner²⁰, 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:

5 – Fenómenos P.E.S.(Percepción Extra Sensorial):

No podemos dejar de homenajear aquí J. B. Rhine²¹, 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 interconectados a la física cuántica, pues están fuera de los nuestros cinco sentidos que están ínter ligados a la física clásica.

5.1 – Telepatía:

Ya Myers²², en 1882 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. Independe del espacio, puede ocurrir cuando las personas están próximas o a miles 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 haber sido en aquel momento, una captación telepática.

Entonces esos “insights” serian la comunicación de mente a mente, en una visión del 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.

5.2- Precognición:

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

Precognición es la visualización o la percepción de que aún va a 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 ninguno fenómeno de 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 probabilidad de ocurrir, por la física cuántica hay ondas de probabilidad y jamás de certeza, como tan bien nos habla Amit Goswami²³.

5.3 – Retrocognición:

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

5.4- Clarividencia:

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

5.5- Clariaudiencia:

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

6 - 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 Pribram, esos engramas se situarían abajo de la forma de hologramas, en un campo bioeléctrico, al nivel de los axones, en el espacio entre las dendritas, en el caso del cerebro humano.

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

7 - Estados modificados de conciencia:

Termo por cual Charles Tart²⁴ designó los estados de conciencia diferentes del de la vigilia, en 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 termo “estados ampliados de conciencia”, pues cuando estamos en vigilia nuestra conciencia está muy reducida.

8 - Regresión:

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

Estamos acostumbrados a regresiones en varios niveles, desde experiencias en esta vida hasta experiencias intra-útero, incluyendo la concepción.

Hay varias teorías para la regresión anterior a la concepción, no deseo polemizar, tan poco posicionar una contra la otra.

Por lo 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 da 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 tener acceso a esos archivos tan antiguos?

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

Pero, por la física cuántica tenemos varias hipótesis:

Primera hipótesis:

Por el propio holograma en que tenemos todo el conocimiento en el nuestro cerebro que sería una parte holográfica del Universo²⁴.

Segunda hipótesis:

Por la teoría del campo informacional.

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

Campo informacional es la información que actúa en ese campo.

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

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

Cuando asociamos la sensación de 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.

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, macro cósmico. El mundo de la física cuántica es el mundo de las partículas,

micro cósmico, sutil, donde esa noción desaparece.

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

Como Platón dijo²⁴: "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 a la hora de la muerte viven una película de su vida en segundos, nosotros llamamos eso de "momento cuántico".

Entonces ahora desaparece la noción que una regresión a la niñez tarda más que una regresión a la adolescencia, por ejemplo.

A veces, en autoscopia²⁵ que es la visualización interior del cuerpo, cuando pedimos 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.

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 a 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.

9 – Hipnosis cuántica:

Donde entra la hipnosis en el modelo cuántico?

Cuando trabajamos bajo hipnosis, estamos trabajando con la conciencia. Los estados ampliados de conciencia, como hipnosis o meditación pueden llevar a conocimientos fuera de nuestra realidad, estos conocimientos que vienen no pueden ser explicados por la física clásica, solamente por la física cuántica.

Cuando ocurre un “insight”, ocurre un salto cuántico en la conciencia, pues, el cerebro y el universo son parte de un mismo sistema informacional, holográfico, interconectados en una dinámica instantánea no local. El astrónomo inglés Sir James Jeans dice: “el universo empieza a se parecer cada vez más con una gran mente, do que con una gran maquina”.

Para Di Biase²⁶, el cosmos es constituido por procesos cuántico-informacionales inteligentes, a través de la evolución cósmica. Eso “continuum” Holo informacional de una orden generadora fundamental, con un flujo cuántico-informacional creador, podremos llamar de conciencia universal.

Varios estudios comprueban que en los estados meditativos así como en los estados de hipnosis, hay desaceleración de las ondas cerebrales alfa, que facilita

los accesos a la conciencia universal, eso los místicos lo atestan.

En 1996, Hameroff y Penrose propusieron un modelo de conciencia basado en la emergencia de coherencia cuántica en los micro túbulos neurales.

Podríamos hablar de un sin números de trabajos buscando respuestas científicas a cada modelo, pero en este, esa no es nuestra intención.

Queremos ahora hablar de las cartografías del ser más famosas y hablar con mayor detalle de la que nosotros usamos en nuestro trabajo.

10 – Cartografía de Grof:

Grof¹⁹, construyó una cartografía de la conciencia en experiencias transpersonales.

I – Dentro del cuadro de la realidad objetiva tenemos:

1º – Expansión temporal de la conciencia:

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

2º – 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, extra planetaria, las experiencias fuera del cuerpo, viajes en el espacio y telepatía.

3º – Reducción espacial de la conciencia:

Conciencia orgánica, tisular y celular (vimos eso en nuestro curso de autos copia).

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

Experiencias espiritualistas y de médiums, encuentro con entidades espirituales sobrehumanas, experiencias de otros universos y sus habitantes, experiencias arquetípicas, mitológicas, encuentro con varias divinidades, activación del chacras y el despertar de la kundalini, conciencia del espíritu universal, el vacuo supra cósmico y meta cósmico.

11 – Cartografía de Wilber:

Ken Wilber²⁷, psicólogo americano, nos dice que la conciencia es pluridimensional.

Muy interesante es la integración que él hace de los sistemas en cuatro clases distribuidos en cuatro cuadrantes:

Primero: superior izquierdo - representa el yo, lo interior individual.

Segundo: superior derecho - representa el esto, lo exterior individual, lo comportamental.

Tercero: inferior izquierdo – representa el nosotros, lo interior colectivo, la cultura.

Cuarto: inferior derecho – representa los estos, lo exterior colectivo, lo social.

La tarea terapéutica sería integrar los cuatro cuadrantes.

Es un modelo muy interesante, pero, muy complejo, para trabajarnos, el adentra

pelo budismo como verdad única, lo que hace con que los teóricos se alejen de él, es muy polémico, pero, muy inteligente.

12– Cartografía del Ser:

En el libro Salud y Plenitud, Crema²⁸, nos presenta la cartografía del Ser de Jean Yves-Leluop, inspirado en Philon y los terapeutas de Alexandria, que es un mapa antropológico que va además de las dimensiones del inconsciente.

En la visión holística, un ser humano tiene tres dimensiones: el cuerpo o soma, la mente o psique y el espacio del silencio el “nous” que puede ser traducido por espíritu.

Las terapias tradicionales se quedan solamente en el cuerpo y en la mente, apenas en el hombre dual, cuerpo-mente, como se todo se resolviera ahí. Para las terapias perenes el hombre es tridimensional.

Para abarcar esa tridimensionalidad, Leloup nos presenta diez niveles de la amplitud humana que iremos describir ultra-sucintamente.

1º nivel: Persona.

Es el paquete de las memorias conscientes con las cuales la persona se identifica. Es como usted se presenta en el mundo.

2º nivel: Inconsciente personal.

Representa los aspectos que fueron reprimidos o que no fueron cultivados. Es la máscara de la persona que Jung llamó de Sombra.

3º nivel: Inconsciente Familiar.

Es la memoria de nuestras familias a través de las generaciones, es la memoria de nuestros ancestrales, es una frecuencia psíquica transgeneracional.

Vemos ciertas familias traer tipos de enfermedades psíquicas a través de ese inconsciente. Ejemplo: la tragedia que acompaña la familia Kennedy.

4º nivel: Inconsciente Parásito o Simbiótico.

Es la frecuencia psíquica que capta el campo informacional energético envolvente. Puede ser vehículo de energías destructivas o curativas. Aquí están las fenomenologías de la parapsicología, del espiritismo, las tradiciones afro-brasileñas y de las canalizaciones entre otras.

5º nivel: Inconsciente Colectivo.

Es la memoria de la humanidad en nosotros, es la dimensión de los arquetipos, de las grandes imágenes estructurantes, actualizados en los sueños, en los mitos y ritos, en las artes y tradiciones espirituales. Ese inconsciente fue pesquisado por Jung, que no se conformó de que la especie humana fuese sólo energía libidinal.

6º nivel: Inconsciente Cósmico.

Es la dimensión transhumana la memoria de la materia universal en nosotros. Nacemos en el Big-Bang y cargamos la memoria de las estrellas, de los ríos, mares, de los árboles, de la melodía de las esferas. Sentimos el dolor de los ecosistemas devastados, de la

atmósfera contaminada, de las aguas envenenadas, etc.

7º nivel: Inconsciente Angelical.

Es el reino de la cualidad sutil, de los ángeles, arcángeles y deidades. Es cuando somos tocados por una inocencia, inteligencia, amor y compasión mayores de la que el ser humano es posible.

El querubín es el estado de abertura de visión que nos permite ver el esencial.

El Serafín es el que arde en el fuego de la compasión.

Gabriel es el arquetipo del mensajero divino, magnífico intérprete de los sueños, los egipcios lo reverenciaban como Toht, los griegos como Hermes o Mercurio, los hindús como Hanumam.

Miguel es el arquetipo del guerrero celestial, que enfrenta los dragones de nuestros infiernos interiores, transformando el sombrío en luminoso.

Rafael es el arquetipo del curador, patrono angelical de los terapeutas.

Uriel es el ángel del conocimiento secreto.

La sombra aquí también aparece, el ángel caído o demonio, el arquetipo del egoísmo, devastación, violencia y arrogancia que puede nos poseer, ocupando el espacio del amor y la compasión.

8º nivel: El Self.

También llamado de Si mismo que Jung denominaba de arquetipo Crístico, de síntesis y unificación. Es el núcleo dinámico que concilia todos los opuestos, integra el plano personal con el transpersonal.

Cristo representa la comunión entre el humano y el divino, la cruz simboliza la conciliación entre el material y el espiritual, el inmanente y el trascendente, el relativo y el absoluto.

Aquí desaparece la polaridad, el caos se hace cosmos y hará luz en los laberintos del existir humano.

9º nivel: El Creador.

Es el Principio, la Origen, la Fuente de todo lo que respira, de todo lo que somos.

10º nivel: El Abierto.

Es el además del Ser, la vacuidad original que ínter penetra y contiene todos los niveles. Puro espacio inaccesible a cualquier lenguaje, menos el silencio.

El verdadero terapeuta es lo o que contempla todos los niveles dentro del espacio de encuentro que es la sesión terapéutica.

32 – Salud Holística:

Hoy estamos convencidos que la salud no puede ser fragmentada, tiene que ser integral, entonces la hipnosis tiene que ser integral, no fragmentada. La hipnosis clásica honra la materia, los reflejos condicionados. La hipnosis moderna honra la mente, lo inconsciente. La hipnosis cuántica honra el espacio del silencio, el

“nous”, la interface entre el material y el inmaterial, la instantaneidad de los fenómenos cuánticos.

Así en la tierra como en cielo (de los evangelios de Jesus), así abajo como arriba (de Herme Trimigesto), la conexión de los cerebros derecho y izquierdo a través del cuerpo caloso, en la bella metáfora del cuerno del unicornio de Roberto Crema.

Referencias bibliográficas:

1. Nogueira, JJC. Hipnose Quântica - um novo paradigma. Rev. Bras. de Hipnose, vol. 21, nº 2, pg.64-70, 2000.
2. Descartes, R. Discurso do Método. Tradução de Paulo Neves. Ed. Coleção L&PM Pocket. 2005.
3. Freud, S. O ego e o id. Ed. Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
4. Lovelock, J. As Eras de Gaia - a biografia da nossa terra viva. Tradução de Beatriz Sidou. Ed Campus, Rio de Janeiro, 1991.
5. Newton, I. Principia, Book III. Newton's Philosophy of Nature: Selections from his writings. Nova Iorque: H.S. Thayer, Hafner Library of Classics, 1953.
6. Gribbin, J. À Procura do Big Bang - Cosmologia e Física Quântica. Ed. Presença, Lisboa, Portugal, 1988.
7. Gribbin, J. Em Busca de SUSY - supersimetria e a teoria de tudo. Tradução de Maria Alice Costa. Ed. Bizâncio, Lisboa, 2000.
8. Niels, B. Física Atômica e Conhecimento Humano. Tradução Vera Ribeiro. Ed. Contraponto, Rio de Janeiro, 1996.
9. Capra, F. O Ponto de Mutação. Tradução Álvaro Cabral. Ed. Cultrix, São Paulo, 1997.
10. Di Biase, F. & Amoroso, R. (organizadores) A Revolução da Consciência. Ed. Vozes, Petrópolis, RJ, 2005.
11. Fritzsche, Gell-Mann, Leutwyler. Advantages of the color octet gluon picture, Physics Letters B 47, 1973, p.365.
12. Hawking, S. O Universo numa casca de noz. Tradução Ivo Korytowski. Ed. Mandarim, São Paulo, 2002.
13. Bohm, D. Quantum Theory, New York: Prentice Hall. 1989
14. Heisenberg, W. A Parte e o Todo. Tradução Vera Ribeiro. Ed. Contraponto, Rio de Janeiro.
15. Prigogine, I. e Kondepudi, L. Termodinâmica - dos motores térmicos às estruturas dissipativas. Ed. Instituto Piaget, Lisboa, 1999.
16. Sheldrake, R. A Presença do Passado: os Hábitos da Natureza. Ed. Instituto Piaget, Lisboa, 1995.

17. Laszlo, E. Conexão Cósmica - guia pessoal para a emergente visão de Ciência. Ed. Vozes, Petrópolis, RJ, 1999.
18. Mesmer, in Akstein, D. Hipnologia. Vol 1, Ed. Hypnos, Rio de Janeiro, 1973.
19. Pribram, K. Brain and perception: holonomy and structure in figural processing. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1991
20. Grof, S. Psychologie Transpersonnelle. Monaco, Rocher, 1984, in Pierre Weil, Nova Linguagem Holística.
21. Krippner, S. Holonomy and Parapsychology, in K. Wilber, The Holografic Paradigm and other paradoxes, Boulder, Shambhala, 1982.
22. Rhine, J.B. O Alcance do Espírito. Ed. Bestseller, São Paulo, 1965
23. Soal, G. S. e Bateman, F. Telepatia - experiências modernas. Tradução de Leônidas Gontijo de Carvalho, Ed. IBRASA, São Paulo, 1968.
24. Goswami, A. O Universo Autoconsciente - como a consciência cria o mundo material. Tradução de Ruy Jungman, Ed. Rosa dos Tempos - Rio de Janeiro, 1998.
24. Talbot, M. O Universo Holográfico. Tradução de Maria de Fátima S. M. Marques, Ed. Best Seller, 3ª edição, São Paulo, 1991.
25. Nogueira, JJC. Autoscopia - uma viagem ao seu interior. Ed. do Instituto AmanheSer, 2ª edição, Rio de Janeiro, 2005.
26. Platão. Diálogos. Tradução Dr. Jorge Paleikat. Ed. da Livraria Globo, Rio de Janeiro, 1945.
27. Nogueira, JJC. Autoscopia - um viaje a través de su interior. Ed. Instituto AmanheSer, Rio de Janeiro, 2008.
28. Di Biase, F. O Homem Holístico. Ed. Vozes, Petrópolis, RJ, 1995.
29. Wilber, K. Psicologia Integral - consciência, espírito, psicologia, Terapia. Tradução Newton Roberval Eichenberg - ed. Cultrix, São Paulo, 2002.
30. Crema, R. Saúde e Plenitude - um caminho para o ser. Summus editorial, São Paulo, 1995.

MENSAJE FINAL

Participar del nacimiento de una obra científica mucho me enorgullece. Desde 1999, los profesionales de diversas nacionalidades tuvieron el sueño que se hizo realidad: la Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica.

Nasciendo con esa perfección científica, con responsabilidad, ética y profesionalismo de los autores, los temas de los trabajos son actuales y modernos. En cada trabajo de esta Revista encontramos fundamentaciones teóricas renombradas con referencias bibliográficas actuales. Búsquedas fueron realizadas y sus resultados expresan la muestreo de culturas diferentes, más allá de la visión de cuatro profesionales de diferentes nacionalidades (Cuba, Panamá, Puerto Rico y Brasil). Estos tipos de estudios estimulan nuevos autores a escribir nuevos trabajos, contribuyendo, así, para el desarrollo de la ciencia.

Célia Morais Pabst,
Psicóloga Clínica,
Hipnoterapeuta,
Maestra en Sexología Clínica,
Miembro del Consejo Editorial del Brasil de la Revista Panamericana y
Caribeña de Hipnosis Terapéutica (RPCHT)

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a tres personas que ayudaran en esta edición:

A lo Ing. Hector Tottí 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 inglés.

Información a los autores para publicación de sus trabajos

La Revista Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica es una publicación semestral de la Asociación Panamericana y Caribeña de Hipnosis Terapéutica.

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 Chernobyl: 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 exercise 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 arriba y enviar para el representante de su país que aparece en lo Comité Editorial.