



Facultad de Enfermería

Trabajo final de grado

**Calidad de vida de los pacientes crónicos
tratados con BioNeuroEmoción**



Autor: Iñigo Berrio García de Albeniz

Tutora: Carme Bertrán

Curso académico 2015-2016

ÍNDICE

ÍNDICE	2
Resumen.....	4
Abstract.....	5
2. Marco teórico.....	7
2.1. El concepto de lo “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo... 7	7
2.2. La medicina psicosomática y la somatización	8
2.3. La epigenética: los factores externos	9
2.3.1. Epigenetica conductual: metilación del ADN.....	11
2.4. Las células y el entorno	13
2.5. La nueva medicina germánica	16
2.5.1. Las 5 leyes biológicas	17
2.6. La BioNeuroEmoción	27
2.6.1. Introducción a la BIONEUROEMOCIÓN (BNE)	27
2.6.2. Metodología de la BNE	29
2.6.3. Objetivo de la BNE	31
3. Bibliografía	32
4. Metodología.....	36
4.1 Objetivos.....	36
4.2. Material y métodos.....	36
4.2.1 Tipo de estudio y diseño:	36
4.2.2 Ámbito de estudio.....	36
4.2.3 Población de estudio y muestra	37
4.2.4. Criterios de inclusión y de exclusión	37
5.5.5. Variables de estudio.....	38
4.2.6 Instrumentos	39
4.2.7 Procedimiento y recogida de datos	41

4.2.8 Análisis de datos	43
4.2.9. Consideraciones éticas	44
4.2.10 Limitaciones	45
5- CRONOGRAMA.....	46
6- PRESUPUESTOS.....	47
Anexo I Cuestionario calidad de vida	48
Anexo II: Guión entrevista al paciente con BioNeuroEmoción	57
Anexo III: Debates grupos focales (pacientes)	61
Anexo IV: consentimiento informado	62
Anexo V: Consentimiento informado entrevistas y grupo focal	64
Figura 1 <i>Evolución choque biológico</i>	19
Figura 2 <i>Fase activa del conflicto</i>	20
Figura 3 <i>Fase de resolución</i>	20
Figura 4 <i>Crisis epileptoide</i>	21
Figura 5 <i>Fase Pcl-A</i>	22
Figura 6 <i>Fase Pcl-B</i>	22
Figura 7 <i>Correlación hojas embrionarias y cerebro</i>	23

Resumen

Actualmente la sociedad está sucumbida a innegables situaciones de estrés que generan miles de cambios en el organismo. Los procesos psicosomáticos fusionan la psique con el cuerpo, adentrándose en las profundidades más inhóspitas e inexploradas del ser humano, la mente.

Para entender todo este complejo proceso es necesario recurrir a la epigenética y a la biología celular. La persona, como ser biológico que es, se forma mediante genes, que durante el transcurso de su vida pueden ser alterados, transmitiendo esto en cada generación y adquiriendo finalmente un organismo celular.

En relación a la biología celular demostrada por Lipton, que refiere una relación directa entre el campo externo celular con el interior de la misma, extrapolándolas a las situaciones emocionales vividas por la persona como organismo integral. Esto da un empuje a muchos científicos como Hamer a estudiar más de 40.000 casos clínicos relacionando cada conflicto emocional con su traducción orgánica mediante 5 leyes biológicas.

La BioNeuroEmoción integra todos estos elementos y es la metodología que plantea una visión holística e integradora, orientada al bienestar social, entendido como el conjunto de factores que participan en la calidad de vida de la persona. El proyecto tiene como objetivos evaluar la calidad de vida de los pacientes gestionados de manera convencional frente a la BioNeuroEmoción. El ámbito de estudio y la población de estudio está formado por los pacientes crónicos de las 4 áreas básicas de salud de Girona en los años 2015-2016 y los profesionales de comunitaria con formación convencional y con formación en BioNeuroEmoción. Las variables a estudiar son las sociodemográficas y las de calidad de vida realizando un estudio mixto cualitativo-cuantitativo, transversal. Los instrumentos utilizados para la recogida de información son un cuestionario ad-hoc, el cuestionario de calidad de vida SF-36, entrevistas individuales y debates en grupos focales. El análisis de datos cuantitativos se llevará a cabo mediante el programa SPSS y el análisis cualitativo mediante la codificación y categorización de la información obtenida para poder proceder a un análisis de contenido.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, calidad de vida, Psicopatismo, Emociones, BioNeuroEmoción.

Abstract

Throughout history and currently, society is under irrefutable stress situations that generate millions of changes in our organism. Psychosomatic processes play a crucial role in this field, joining the psyche and the body, and going inside the most inhospitable and unexplored depths of the human being, the mind.

In order to understand this complex and wide potential, the epigenetic, as well as de cellular biology, has a significant value. The human race as a biological being, it is created by means of the genes transmitted from generation to generation and, afterwards, it is defined by cells.

In relation to cellular biology demonstrated by Bruce H. Lipton refers a direct relationship between the external cellular fields towards the inside of the cells, extrapolating to the emotions experienced like an integral organism. This encourages many doctors like Hamer, studying more than 40000 patients, connecting each emotional conflict to each organic conflict, basing on five biological laws.

BioNeuroEmotion integrates all these elements and it is a methodology that goes for a holistic and conciliatory view, it being pointed toward the social welfare – it being understood like a combination of different factors that participate in the quality of life of each individual. This project aims at evaluating patients' quality of life, they being conventionally treated towards the BioNeuroEmotion, which it also deals with this kind of processes. The study area is the city of Girona and the study population is made up of chronic patients seen in the 4 basic health areas of Girona in the years 2016-2018 and nurses primary care with conventional training and BioNeuroEmoción. The variables studied are the sociodemographic and related quality of life conducting a study with a qualitative-quantitative, experimental and longitudinal mixed design. The instruments used for the collection of information is a questionnaire sociodemographic data, the quality of life questionnaire SF -36, individual interviews and focus groups. The quantitative data analysis was carried out using SPSS and qualitative analysis by coding and categorization of information obtained in order to proceed to a content analysis.

Keywords: Nursing, Quality of life, Psychosomatic Medicine, Emotions, BioNeuroEmoción

1. Introducción

Durante la historia y todavía hoy en día se siguen gestionando los procesos orgánicos de manera racional, con un enfoque totalmente clínico y dual, considerando que las enfermedades aparecen por casualidad y a causa de los genes y los malos hábitos. A diario se realizan numerosas investigaciones que aportan asombrosos avances pero, ¿qué tipo de avances? ¿Avances para diagnosticar?, ¿avances para tratarse con medicamentos que tienen una escasa efectividad? como por ejemplo el estudio longitudinal australiano que demostró que la parte atribuible de las supuestas curaciones por citotóxicos era solamente del 2,2 % en una población de 72.964 pacientes controlados durante diez años o del 2,1% en otro realizado en los Estados Unidos en el que participaron 155.000 pacientes¹. Por un momento, quizás sería necesario reflexionar sobre qué es lo que realmente produce que las células se calcifiquen, se aceleren hasta multiplicarse de manera anormal, o incluso lleguen a la apoptosis. ¿Qué es lo que lleva a un organismo que nace sano a tener una enfermedad?

La importancia de las emociones y su gestión en la calidad de vida de las enfermedades es un tema que cada vez coge más sonoridad. Numerosos pacientes se encuentran en situaciones complejas que repercuten continuamente no solo en lo físico, sino en lo psicológico. Esto último es como un regulador de intensidades que produce que nuestro nivel de salud se agrave más o menos.

La BioNeuroEmoción es un método de consulta humanista que estudia el impacto de las emociones en nuestro cuerpo y el funcionamiento de nuestro inconsciente, dando un tratamiento global de la enfermedad. Pretende ser un complemento para los tratamientos y terapias existentes y busca integrarse con las diferentes ciencias del bienestar social y de la salud. Por lo tanto esta metodología está totalmente vinculada a todos estos procesos psicosomáticos que tanto peso adquieren en la sociedad

2. Marco teórico

2.1. El concepto de lo “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo

Desde tiempos antiguos se ha observado la asociación entre el estado físico psicológico del ser humano y la génesis y el mantenimiento de enfermedades, sobre todo las infecciosas, lo cual fue reconocido por la célebre frase de Hipócrates (400 a.C.) “mente sana, cuerpo sano”. Los antepasados pre-científicos consideraban la enfermedad tanto desde el punto de vista espiritual como físico y muchas culturas incluían los factores psicológicos y sociales en sus respectivas consideraciones acerca de ella. Las palabras griegas *psyche* y *soma* significan, respectivamente, mente y cuerpo; de ellas deriva el término psicosomático, aplicado a la influencia de la mente sobre el cuerpo².

El marco de racionalidad dualista y mecanicista, definido por Mardones como tradición galileana, se caracteriza por un modelo de explicación causal, heredado de la física newtoniana, según el cual cada fenómeno se explica por una causa inmediata. Así, la enfermedad se explica por una relación causal determinada, que define de manera lineal la concatenación entre las causas y las consecuencias (leyes), quedando lo psicológico fuera de cualquier dominio explicativo².

El modelo Biopsicosocial:

Desde este modelo, también se definió a la persona como un ente global que enferma y sana en su conjunto y que no puede ser entendida al dividirla en órganos y sistemas fisiológicos, deduciendo que estudiar el funcionamiento psicológico y social de la persona es tan importante como el análisis celular en los procesos de enfermedad².

El término salud proviene del latín *salus*, el cual hace referencia al normal funcionamiento psicobiológico de la persona partiendo entonces de esta definición de salud, se entiende que no se puede hablar de una diferenciación entre salud física y salud mental, ya que el término en sí cobija ambas realidades. De la misma manera, y entendiendo la enfermedad dentro del continuo de salud, tendríamos que conceptualizarla no sólo como una dificultad en el campo

somático del ser humano, sino como algo que involucra ambas dimensiones (lo somático y lo psíquico), por lo cual el término de enfermedad psicosomática sería entonces redundante. En el marco de la enfermedad psicosomática y la relación mente-cuerpo, cabe destacar que las experiencias ocurren de forma simultánea en todo el organismo; por consiguiente, constantemente se está somatizando, ya que la compleja interacción entre el cuerpo y la mente es permanente e indisoluble. Esta constatación ha sido señalada por autores como Sivik, quien afirma que todas las personas son “somatizadoras”, ya que si se entiende que todas tienen mente y cuerpo, todo en ellas es psicosomático².

Desde este enfoque, la enfermedad se concibe como un fenómeno no lineal, complejo y multicausal, resultante de procesos de auto-eco-organización emergente de la interrelación entre sistemas (biológicos, psicológicos, sociales, culturales, etc.)².

En la actualidad el concepto psicosomático ha sido calificado como reduccionista por suponer la fragmentación entre la mente y el cuerpo. Por lo tanto, la separación metafísica que la medicina acoge entre lo psíquico y lo somático, tratándolos separadamente como si fuesen cada una de estas partes unidades distintas, busca ahora reunirlos bajo la denominación de "Enfermedad Psicosomática"³.

Un estudio realizado por Stone, Colyer, et al⁴ observó que el concepto de psicosomática es tratado peyorativamente en el 34% de 215 artículos científicos revisados en EEUU y UK, otorgando a esta palabra una idea de algo imaginario o inventado⁵.

2.2. La medicina psicosomática y la somatización

Según Ballester, la medicina psicosomática cobra gran importancia en casos que han sido un gran dolor de cabeza para el modelo biomédico, como aquellos en los cuales la manifestación de la enfermedad es desproporcionada frente a la patología orgánica subyacente. Desde un modelo tradicional, las personas serían catalogadas como sujetos sanos-preocupados, debido a que no existe una relación proporcional entre lo somático y lo orgánico. Esta situación podría pasarse por alto sino se tuvieran datos que mostraran que más del 50% de las visitas que se hacen en la asistencia primaria consisten en quejas sin base

orgánica, que llevan además a tratamientos insatisfactorios, así como personas con desórdenes psicológicos que terminan consultando por síntomas físicos².

Sin embargo, hay estudios refiriendo que las artralgias (dolores articulares) y lumbalgia (dolor de espalda), que son muy frecuentes en la población, se asocian a estados ansiosos. Por lo tanto, las consultas médicas muchas veces se transforman en espacios donde se ponen demandas emocionales donde los pacientes manifiesten sentirse “poco escuchados”⁶.

Anderson R, et al explican que adicionalmente, se ha visto cómo los trastornos mentales tienen elevada prevalencia entre los pacientes con enfermedades crónicas, tal es el caso de enfermedades como la diabetes, donde se conoce que estas personas son dos veces más propensas a sufrir depresión.

El panorama se agrava cuando se observa que esta relación es bidireccional, esto quiere decir que la presencia de trastornos mentales aumenta el riesgo de complicaciones de la enfermedad de base; tal es el caso de la depresión en el paciente médicamente enfermo donde se encuentra que su presencia se asocia con elevada morbimortalidad, de tal forma que el riesgo de muerte intrahospitalaria en este paciente puede ser entre 5 y 15 veces más que el paciente sin depresión. Así como en el VIH, el cáncer, la enfermedad cardíaca, la diabetes, y el asma, entre otras. Este hecho llevaría implícito, entonces, un abordaje del proceso salud-enfermedad desde el modelo biopsicosocial, logrando que las explicaciones que se dan frente a una enfermedad, en términos de los posibles mecanismos que la originaron, puedan incluir factores psicológicos y sociales como parte del problema, sin negar la veracidad o la validez de la patología².

2.3. La epigenética: los factores externos

La epigenética es un campo disciplinar relativamente reciente de la biología que en la última década, ha adquirido una notable relevancia. Sin embargo su idea de base es muy antigua. Fue propuesta por Aristóteles bajo la denominación de epigénesis. Siglos después, en 165, Harvey, refiriéndose a la generación de animales ovíparos y vivíparos, postuló que en el proceso embriológico las diferentes partes de los animales superiores se formaban consecutivamente mediante un proceso que denominó “epigénesis”, rescatando el término

aristotélico. Posteriormente, Wolff, en 1759 recupera la teoría de la epigénesis defendida por Aristóteles y William Harvey⁷.

Pero el término de epigenética fue acuñado por Waddington en 1939, quien la definió como el estudio de todos los eventos que llevan al desenvolvimiento del programa genético del desarrollo o la complejidad subyacente en las interacciones entre los genes, los productos del gen y el ambiente, que llevan del genotipo al fenotipo. Es decir, Waddington se planteó algo que hoy puede parecer bastante obvio a priori pero que no lo es: “¿Cómo es posible que mismas células del organismo con el mismo acervo genético sean capaces de originar formas completamente distintas, como una célula neural y sanguínea?” Este investigador propuso que había mecanismos moleculares por encima de los genéticos⁸ y, por ello, el término epigenética se usa para definir la disciplina que estudia los factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia. Sesenta años después, el mismo autor afirma que se entiende por epigenética el estudio de cambios heredables en la función de los genes que ocurren sin un cambio en la secuencia del ADN⁹.

Un avance en la comprensión de la relación entre genes y ambiente se produjo con los descubrimientos de las bases moleculares epigenéticas que controlan la activación además del silenciamiento de los genes. Esto produjo que Holliday propusiera por primera vez en 1987, el posible rol de la epigenética en la herencia de enfermedades⁷

Hoy en día la epigenética es una rama de la biología que pretende explicar por qué los organismos vivos expresan unos genes y silencian otros para conformar así sus características físicas particulares y la susceptibilidad de desarrollar determinadas enfermedades⁹.

2.3.1. Epigenética conductual: metilación del ADN

De acuerdo con las nuevas ideas de la epigenética de comportamiento, las experiencias traumáticas del pasado, o el pasado de los recientes antepasados, dejan cicatrices moleculares adheridas en el ADN¹⁰.

El ADN sigue siendo el mismo, pero las tendencias psicológicas y de comportamiento son heredadas. En los mecanismos de la epigenética de comportamiento no solo subyacen los déficits y las debilidades, sino las fortalezas y las resiliencias. Por lo tanto, es posible que se hereden no sólo los ojos del abuelo, sino también su predisposición a la depresión causada por el abandono que sufrió de recién nacido.

Meaney profundizó la cuestión de las diferencias individuales mediante el estudio de cómo los hábitos de cría de ratas madre, causaron cambios de por vida en su descendencia. La investigación se remonta a la década de 1950 demostrando que las ratas manejadas por los seres humanos entre cinco y quince minutos por día durante sus primeras tres semanas de vida, llegaban a ser más tranquilas y menos reactivas a ambientes estresantes en comparación con sus compañeras de camada no manipuladas. Detrás de este efecto perdurable, establecieron que el beneficio no fue realmente transmitido por la manipulación humana. Más bien, el manejo simplemente provocó a las madres de las ratas a lamer y a dedicarse más a menudo a sus crías. Demostraron un comportamiento, en el que la madre da a las crías un espacio extra para succionar la leche contra su cara inferior¹⁰.

"Es todo acerca de la estimulación táctil", dice Meaney.

En un artículo de referencia de 1997 en Science, demostró que las variaciones naturales en la cantidad de lamer y aseo personal recibida durante la infancia tuvo un efecto directo en cómo las hormonas del estrés, incluyendo la corticosterona, se expresaron en la edad adulta. Cuanto más se laman a los bebés, menores son las hormonas del estrés¹⁰.

Los estudios de Razin fueron los primeros en demostrar que la acción de los genes podría ser modulada por estructuras llamadas grupos metilo. Razin mostró que los grupos metilo pueden adjuntar a la citosina, una de las bases

químicas en el ADN y el ARN. Fue Razin, trabajando con su compañero bioquímico Howard Cedar, quienes mostraron que los grupos metilo pueden unirse de forma permanente con el ADN y conseguir replicarse junto con él en generaciones y generaciones. Como en todo buen matrimonio, por otra parte, la unión de los grupos metilo, alteran de manera significativa el comportamiento de cualquier gen, inhibiendo su transcripción¹⁰.

En un documento de 2008, compararon los cerebros de las personas que se habían suicidado con los cerebros de las personas que habían muerto repentinamente de factores distintos de suicidio. Encontraron el exceso de metilación de los genes en el hipocampo de los cerebros suicidas, una región crítica para la adquisición de memoria y la respuesta al estrés. Si las víctimas de suicidio habían sido abusadas cuando eran niños, se encontró que sus cerebros eran más metilado¹⁰.

Por supuesto, en general no es posible muestrear los cerebros de las personas que viven. Sin embargo, el examen de muestras de sangre en los seres humanos es rutina, y Szyf realizó mediante esta técnica los marcadores de metilación epigenética. Efectivamente, en 2011 se informó sobre un análisis de todo el genoma de las muestras de sangre tomadas de 40 hombres que participaron en un estudio británico de personas nacidas en Inglaterra en 1958¹¹.

Todos los hombres habían estado en un extremo socioeconómico, o muy rico o muy pobre, en algún momento de sus vidas, desde la primera infancia hasta mediados de la edad adulta. En total, Szyf analizó el estado de metilación de alrededor de 20.000 genes. De éstos, 6.176 genes varió significativamente basado en la pobreza o la riqueza. Lo más sorprendente, sin embargo, fue el descubrimiento de que los genes eran doble de veces más propensos a mostrar cambios en la metilación en base a los ingresos familiares durante la primera infancia frente a la situación económica en la edad adulta¹².

Szyf y los investigadores de la Universidad de Yale, publicaron otro estudio de muestras de sangre humana, la comparación de 14 niños criados en orfanatos rusos con otros 14 niños rusos criados por sus padres biológicos. Encontraron mucho más metilación en los genes de orfandad, incluyendo muchos que juegan

un papel importante en la comunicación neuronal y el desarrollo y función del cerebro¹³.

"El estudio demuestra que en el estrés de la separación de padres biológicos, realiza un impacto programado a largo plazo en la función del genoma; Esto podría explicar por qué los niños adoptados pueden ser particularmente vulnerables a la crianza dura en términos de su salud física y mental ", dijo el co-autor de Szyf¹³.

2.4. Las células y el entorno

El biólogo celular Bruce H. Lipton, profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin ha sido el pionero del estudio científico de la biología celular en la Escuela de Medicina de la Universidad de Stanford. Sus experimentos, junto a los de otros líderes en el campo de la biología, han examinado minuciosamente los mecanismos con los cuales las células reciben y procesan información. Los resultados de estos estudios han cambiado radicalmente el entendimiento del funcionamiento de la vida por medio de dos nuevas corrientes científicas, la transducción y la epigenética. Su trabajo muestra que los genes y el ADN, no controlan la biología, como defiende la escuela de Darwin de determinismo genético o herencia, sino que los genes y el ADN están controlados por señales externas, incluyendo los mensajes energéticos emanados por los pensamientos positivos y negativos¹⁴.

Como Lipton explica, "un experimento que hice en esa época cambió la idea que tenía del mundo. Puse una célula madre en un plato petri y, como cada diez horas se divide en dos, al cabo de dos semanas, tenía miles de células, todas idénticas. Luego cogí algunas de ellas, las coloqué en otro plato y cambié el entorno celular (son más como peces porque viven en un entorno fluido). Cambié la química en ese plato y ahí formaron músculo. Después, cogí otras del primer plato y las puse en un entorno diferente, y se formó hueso, y otras se convirtieron en grasa al volver a cambiar el entorno". Entonces, la pregunta es muy sencilla, ¿qué controla el destino de las células? Todas eran idénticas, lo único que era diferente era el entorno. Cuando cojo células sanas y las coloco en un entorno nocivo, las células enferman y mueren. Si un médico las mirara, diría: "¿Qué

medicina hay que darles?” ¡Pero no hace falta ninguna medicina! Les cambias el entorno nocivo, las colocas en uno sano y saludable y las células sanan. Los humanos somos una comunidad de 50 trillones de células, por tanto, la célula es el ser viviente y la persona es una comunidad. ¡El humano es un plato petri cubierto de piel!”¹⁵.

Lipton también se dio cuenta, mientras revisaba la investigación sobre los mecanismos que controlan la fisiología y el comportamiento celular, que la vida de una célula está regida por el entorno físico y energético, y no por sus genes. Los genes no son más que planos moleculares utilizados para la construcción de células, tejidos y órganos. Es el entorno el que actúa como el «contratista» que lee e interpreta esos planos genéticos y, a fin de cuentas, como el responsable último del carácter de la vida de una célula. La «percepción» del entorno de la célula individual, y no sus genes, es lo que pone en marcha el mecanismo de la vida¹⁶.

Así, si las células individuales se regulan en función de su percepción del entorno, lo mismo ocurriría con los seres humanos, formados asimismo por billones de células. Al igual que en las células aisladas, el carácter de la existencia humana se ve determinado no por los genes, sino por la respuesta a las señales ambientales que impulsa la vida¹⁶.

Su investigación ofrece una prueba irrefutable de que los preciados dogmas de la biología con respecto al determinismo genético albergan importantes fallos.

La nueva visión de la naturaleza de la vida no sólo corroboraba el resultado de la investigación, sino que también, refutaba otra de las creencias de la ciencia tradicional¹⁶.

El hecho de que el avanzado sistema nervioso esté comandado por un cerebro enorme significa que la conciencia de las personas es más complicada que la de una célula individual. Las extraordinarias mentes humanas pueden elegir distintas formas de percibir el entorno, a diferencia de las células individuales, cuya percepción es más refleja¹⁶.

Bruce (2007) afirma que se puede cambiar el curso de la vida mediante el simple hecho de cambiar las creencias

y que esta constatación le permitía pasar de ser un científico reduccionista enfrentado a la vista a ser un científico espiritual ya que es necesario volver a introducir el espíritu en la ecuación de la vida si queremos mejorar la salud mental y física¹⁶.

Los fármacos y la cirugía son herramientas poderosas cuando no se utilizan en exceso, pero la idea de que los medicamentos pueden curarlo todo es, en esencia, errónea. Cada vez que se introduce un fármaco en el organismo para corregir una función A, se alteran inevitablemente las funciones B, C o D. No son las hormonas ni los neurotransmisores producidos por los genes los que controlan el cuerpo y la mente; sino las creencias (nuestra vida).

Cuando se proporciona a las células un ambiente saludable, proliferan; cuando el ambiente no es el óptimo, las células enferman. Si se equilibra de nuevo el ambiente, esas células «enfermas» se revitalizan.

Sin embargo, Charles Darwin llegó a admitir a finales de su vida que la teoría de la evolución había infravalorado el papel del medio ambiente. Estas conclusiones se pueden observar en una carta que le escribió a Moritz Wagner en 1876 (Darwin, 1888) en la que manifiesta «En mi opinión, el mayor error que he cometido ha sido no darle el suficiente peso a la influencia directa del ambiente (es decir, de la comida, del clima, etcétera), independientemente del proceso de selección natural.

Nijhout, en sus investigaciones de 1990, corrobora la falsedad de la idea de que los genes controlan la biología, constatación repetida en tantas ocasiones y durante tanto tiempo entre los científicos. Según este autor, el control genético se ha convertido en una metáfora en la sociedad actual. Se pretende creer que los ingenieros genéticos son los nuevos magos médicos que pueden curar enfermedades y además crear a nuevos genios como Einstein o Mozart, pero una metáfora no equivale a una realidad científica. Nijhout afirma que cuando se necesita el producto que codifica un gen, es una señal del entorno, y no una propiedad intrínseca del gen, la que activa la expresión de dicho gen¹⁶.

2.5. La nueva medicina germánica

Hamer es el descubridor de la prueba absoluta de la conexión entre la mente y el cuerpo, abalada por estudios de casos realizados desde 1981. Sus investigaciones comenzaron en el Hospital Universitario de Munich, donde era jefe de medicina interna en la clínica del cáncer. Fue en esta clínica donde pudo entrevistar a todos los pacientes que tenían cánceres del sistema reproductivo y descubrió que todos ellos habían sufrido el mismo tipo de evento dramático antes de haber sido diagnosticados. Es entonces cuando evidenció que distintos tipos específicos de conflictos llevaban al desarrollo de tipos particulares de cáncer en el cuerpo. Todas las personas tienen conflictos y sufren de estrés en su vida. El conflicto preciso que encontró. Hamer tenía que ver con lo que denominó de naturaleza biológica. Un conflicto biológico, en contra distinción a un conflicto psicológico, es una reacción elemental a un suceso repentino e inesperado en la vida de un individuo que se alarga, es muy intenso y es vivido de una manera individual¹⁶.

Por lo tanto, descubrió qué conflictos específicos crean estados de enfermedad particulares como el cáncer del pecho, cáncer de los ovarios, leucemia, eczema, soriasis, cáncer al cuello del útero, cáncer de próstata, asma, enfermedad del corazón, diabetes e hipoglicemia. Determinó cómo se detecta a nivel emocional (el conflicto mismo), a nivel físico (la manifestación de la enfermedad) y a nivel cerebral (confirmación con tomografía computarizada del cerebro a través de la observación de los relés cerebrales)¹⁶.

La Nueva Medicina Germánica no es una medicina alternativa, o complementaria sino que ofrece un sistema científico completo fundamentado en Cinco Leyes Biológicas que explican la causa, el desarrollo y sobretodo la curación natural de las llamadas “enfermedades”. Por lo tanto, las bases de la terapia en la Nueva Medicina Germánica son entender el significado biológico de los síntomas y dar apoyo al proceso, más que luchar en su contra o interferir con él. Cuando se identifican síntomas muy específicos típicos de la fase activa del conflicto, se tiene la capacidad de ejercer un control absoluto de la situación¹⁶.

2.5.1. Las 5 leyes biológicas

2.5.1.1. *La ley férrea del cáncer*

Primer criterio:

Toda enfermedad, denominada Programa Especial de la Naturaleza con Pleno Sentido Biológico (Sinnvolles Biologisches Sonderprogramm (SBS)), se origina a partir de un síndrome, denominado Dirk Hamer Syndrome (DHS) que ocurre simultáneamente en la psique, en el cerebro y en el órgano correspondiente. De modo que, de acuerdo a la terminología de la Nueva Medicina Germánica, un DHS representa un choque biológico extremadamente intenso, grave, dramático, vivido en soledad (aislamiento) y que, inesperadamente, coge al individuo por sorpresa¹⁷.

Sin embargo, el DHS ofrece al individuo la oportunidad de corregir la 'avería' para finalmente controlar la situación. En el momento del DHS, el choque biológico desencadena la ejecución de un 'Programa Especial de la Naturaleza con Pleno Sentido Biológico (SBS)' que cursa de manera sincrónica al nivel de la psique, del cerebro y del órgano correspondiente¹⁷.

Segundo criterio:

A nivel cerebral, en el momento justo de un DHS, el choque biológico afecta a un área específica del cerebro, provocando en él una 'lesión' con forma de anillos, la cual es claramente visible en una tomografía axial computarizada (TAC) cerebral. Dicha lesión anular es llamada Foco de Hamer (Hamerschen Herd)¹⁷.

El contenido del choque biológico, en el momento del DHS, determina la ubicación del Foco de Hamer en el cerebro, así como la localización del cáncer o la supuesta 'enfermedad' oncoequivalente en el órgano correspondiente. En el momento del DHS, un Programa Especial de la Naturaleza con Pleno Sentido Biológico (SBS) se activa y sigue su curso de forma sincrónica en la psique, el cerebro y el órgano correspondiente¹⁷.

Cada choque biológico está relacionado con un área específica en el cerebro, que controla y dirige los procesos orgánicos en un órgano o tejido específicos. Los cambios en el cerebro son visibles en el mismo instante que cuando se produce un DHS¹⁷.

Tercer criterio:

Su desarrollo cursa simultáneamente en la psique, en el cerebro y en el órgano. Si el choque biológico es intenso en el inicio, la fase activa del SBS será igualmente intensa. Si se atenúa la intensidad del choque biológico, la fase activa del SBS también será atenuada en los tres niveles. Una vez que el choque biológico se resuelve, la fase de reparación también se desarrollará a tres niveles. Si hay recurrencia del choque biológico, se produce de nuevo, también, en los tres niveles¹⁷.

2.5.1.2→ La ley bifásica

Esta segunda ley natural da totalmente la vuelta al conocimiento médico en lo que respecta a las supuestas 'enfermedades', ya que todas ellas se ubican de acuerdo a este modelo bifásico (en dos fases). La medicina convencional identifica varios cientos de 'enfermedades frías' y varios cientos de 'enfermedades calientes'. Los individuos con 'enfermedades frías' suelen tener la piel y las extremidades frías, experimentan estrés prolongado, notan pérdida de peso y dificultades para dormir, incluso sufren de insomnio. Los individuos con 'enfermedades calientes', por lo general, tienen extremidades calientes, a menudo sufren fiebre, están extremadamente cansados pero, sin embargo, tienen buen apetito¹⁸.

En el caso de las supuestas 'enfermedades frías', la fase de reparación posterior es ignorada o se percibe como otra 'enfermedad' por sí misma, independiente. Del mismo modo, con las supuestas 'enfermedades calientes', que de hecho son fases de reparación tras la resolución de un choque biológico, la fase fría también es ignorada y percibida como una 'enfermedad' por sí misma, independiente otra vez. Se hace evidente que lo que se considera como dos 'enfermedades' en realidad es un único Programa Biológico Especial (SBS).

Esencialmente los choques biológicos no siempre se resuelven. Si el choque biológico no puede ser resuelto, la enfermedad permanece monofásica. En otras palabras, el individuo permanece en actividad conflictiva y, en casos de una gran masa conflictiva (intensidad de DHS y su duración), se consumirá y morirá de fatiga biológica o caquexia¹⁸.

El siguiente gráfico muestra que, en el momento del DHS, el ritmo normal día/noche se convierte en una simpaticotonía permanente. La resolución del conflicto, es decir la conflictolisis (CL), inicia una vagotonía permanente. La fase vagotónica es interrumpida por la llamada crisis epiléptica o epileptoide que se produce en el momento álgido de la fase de reparación. Esta crisis (pico simpaticotónico) es un punto de inflexión crucial en la fase vagotónica. Toda supuesta enfermedad implica una fase activa y, siempre y cuando el choque biológico haya sido resuelto, una fase de reparación posterior. Además, si no es interrumpida por una recidiva del choque biológico, cada fase de reparación tendrá su crisis epiléptica o epileptoide.

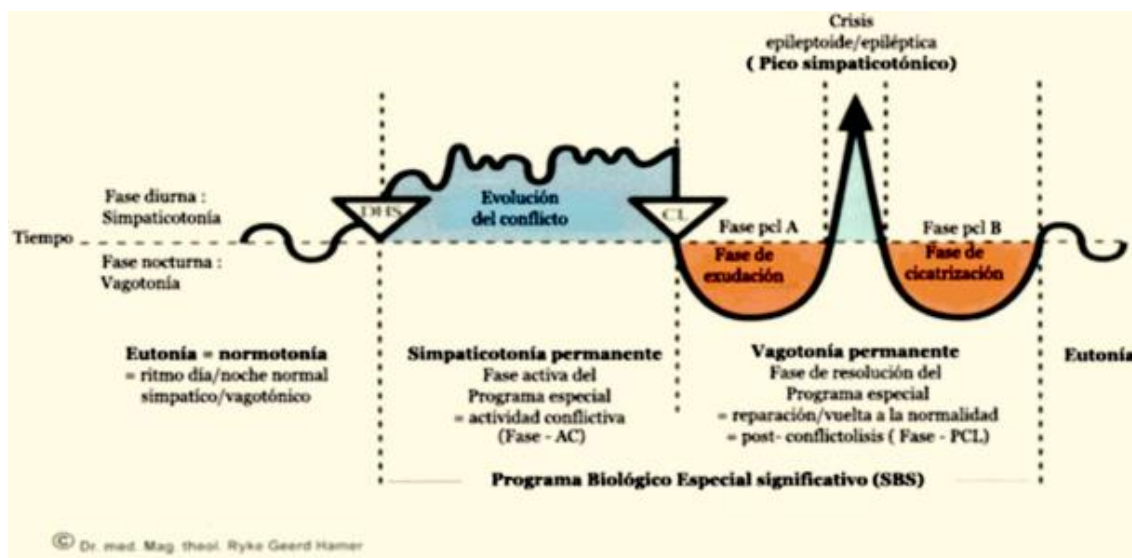


Figura 1: evolución choque biológico ¹⁸.

En el preciso momento del DHS, el individuo entra en un estrés permanente, donde día y noche se preocupa con pensamientos recurrentes en relación a ese choque biológico y tiene las manos y los pies fríos. Por lo general, tendrá problemas para dormir y, si lo logra, lo hará solamente durante la primera mitad de la noche. Generalmente no se tiene apetito y se pierde peso. Esto es lo que se llama, fase activa de conflicto (CA) ¹⁸.

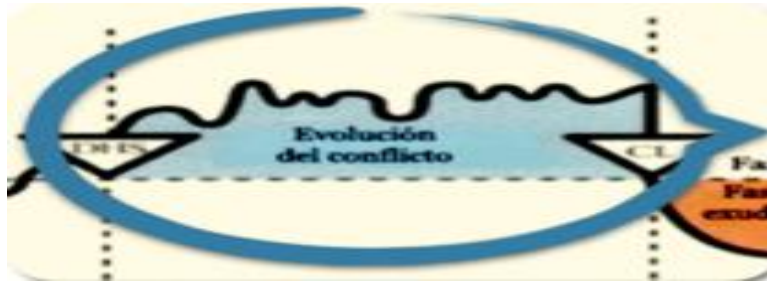


Figura 2: Fase activa del conflicto ¹⁶.

A diferencia de las preocupaciones diarias de menor importancia, los choques biológicos sumergen al individuo en un estado de estrés permanente acompañado de síntomas perceptibles muy específicos. Este estado solo se normaliza una vez que el individuo haya resuelto el choque biológico. Con esa resolución, el individuo cae en un estado de reposo, ya que la psique ahora debe recuperarse. El individuo, por lo general, se siente aletargado y cansado, pero liberado. Tiene buen apetito, y la temperatura corporal aumenta, a menudo con fiebre y dolores de cabeza concomitantes. Durante esta fase, el individuo duerme bien, pero por lo general después de las tres de la madrugada. Esto es lo que se llama fase de reparación (PCL)¹⁸.

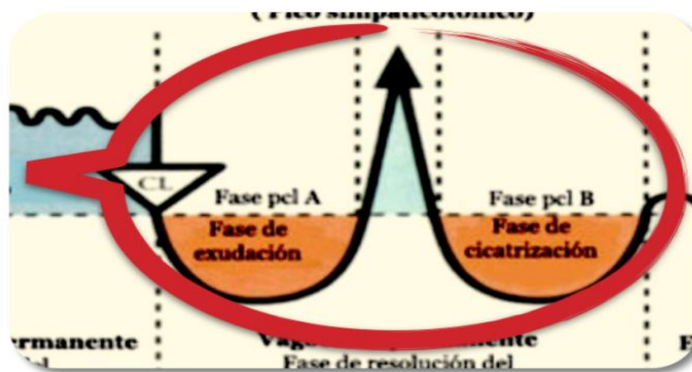


Figura 3: fase de resolución ¹⁸.

En el momento cumbre de la fase de reparación se produce la crisis epiléptica o epileptoide. Se produce simultáneamente en cada uno de los tres niveles. El propósito de esta crisis en la cumbre de la fase de reparación es poner al organismo de vuelta a la normalidad¹⁸.

Para cada SBS (programa biológico especial significativo), hay una crisis epileptoide que varía de un caso a otro. La expresión 'epileptoide' significa que hay otros síntomas que difieren de los síntomas habituales que se encuentran en las auténticas crisis epilépticas. Cada tipo de choque biológico o enfermedad posee un tipo específico de crisis epileptoide.

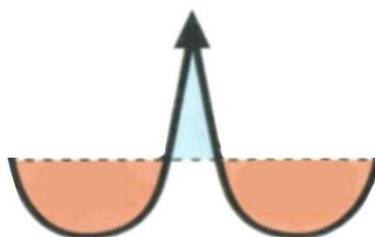


Figura 4: crisis epileptoide¹⁸

La naturaleza ha desarrollado toda una estrategia para este importante proceso, en el sentido de que la recidiva repentina del propio choque biológico original significa un retorno final a la normotonía. Por lo tanto, en el momento cumbre de la fase de reparación, el individuo experimenta súbitamente una recaída del choque biológico. En otras palabras, se experimenta de nuevo el choque biológico por un corto período de tiempo (una recaída de la actividad conflictiva), un pico simpaticotónico, con manos frías, sudores fríos y todos los síntomas de la fase activa del conflicto. Durante esta segunda fase, y más concretamente en la fase Pcl-A, se produce un edema cerebral temporal (hinchazón), que puede ser problemático si, por ejemplo, la masa conflictual (intensidad del DHS y su duración) es grande, o cuando el edema cerebral se encuentra en una ubicación desfavorable. Además, el edema en el FH y el órgano correspondiente pueden hincharse considerablemente si hay un 'conflicto existencial o de abandono' concomitante no resuelto que afecte a los túbulos colectores del riñón, y que tenga como resultado la retención de líquidos. En la Nueva Medicina Germánica, esto se denomina "el Síndrome". En tal caso, el FH hinchado requiere más espacio, resultando en una compresión del tejido cerebral adyacente.

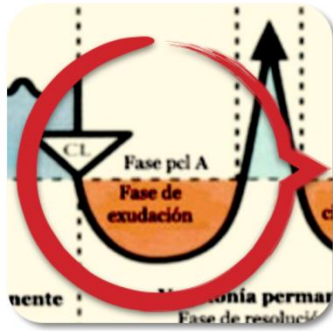


Figura 5: fase Pcl-A¹⁸

Hacia el final de la fase de reparación, y más específicamente durante la fase Pcl-B, la llamada neuroglia, un tejido conectivo inofensivo, se acumula en la ubicación del FH, quedando así implicada en la reparación final del mismo. Un FH relleno con glía blanca y densa, que puede ser visto fácilmente en una tomografía computarizada cuando se utiliza un producto de contraste a base de yodo, es simplemente un indicativo de que hay un proceso de reparación al nivel del FH en el cerebro¹⁸.



Figura 6: fase Pcl-B¹⁸.

2.5.1.3→**La ley del sistema ontogénico de los programas biológicos especiales (SBS) del cáncer y oncoequivalentes**

En pocas palabras, esta tercera ley biológica natural determina la naturaleza de los síntomas orgánicos en relación con las dos fases de cada enfermedad¹⁷.

En la embriología, el desarrollo del embrión deriva de tres capas germinales embrionarias: el endodermo (hoja interna), el mesodermo (hoja media) y el ectodermo (hoja externa), que ya aparecen en las primeras etapas del desarrollo embrionario. Todos los órganos y tejidos se originan a partir de esas tres capas

germinales embrionarias. Cada célula y cada órgano del cuerpo se pueden atribuir a una de estas tres capas¹⁹.

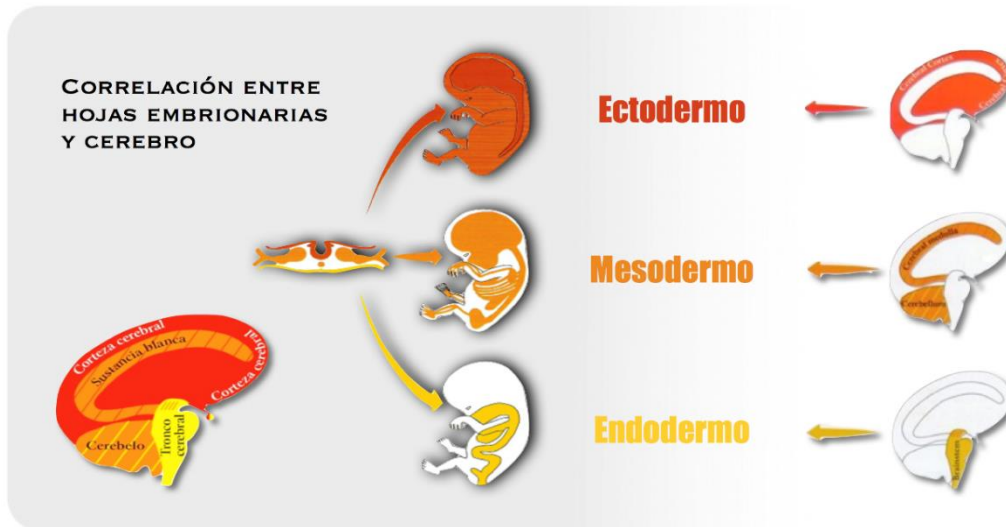


Figura 7: Correlación hojas embrionarias y cerebro¹⁹

La Tercera Ley Biológica de la Nueva Medicina Germánica clasifica todas las supuestas 'enfermedades' de acuerdo a su relación con una capa germinal embrionaria específica. Por lo tanto, mediante la clasificación de todos los tipos de crecimientos, necrosis y úlceras en función de su correspondencia con una capa germinal embrionaria específica, se puede observar que todas las 'enfermedades' relacionadas con la misma capa germinal embrionaria poseen ciertas características propias. En cuanto a lo que al mesodermo se refiere, hay una distinción entre la parte controlada por el cerebelo (viejo mesodermo) y la parte controlada por la médula cerebral (nuevo mesodermo)¹⁹.

Endodermo:

Todas las células y órganos que se derivan de la capa germinal embrionaria interna, el endodermo, tienen su respectivo relé cerebral o centro de control en el tronco cerebral, la parte más antigua del cerebro, de la que reciben sus directrices.

La ubicación de los relés en el tronco cerebral se determina sistemáticamente en relación a la evolución de los seres vivos. En las primeras etapas de la vida en este planeta, los seres vivos evolucionaron en el agua y tenían la forma de un anillo, con una sola abertura utilizada tanto para la ingesta de alimentos como para la defecación. Por lo tanto, de acuerdo a esa forma primitiva, los relés del tronco cerebral se inician en el dorsal derecho con SBSs relacionados con la

boca y la nasofaringe y, posicionados pues, en un sentido anti-horario, que corresponde a la progresión del canal gastrointestinal, y termina con el sigmoide y la vejiga en el dorsal izquierdo. Por consiguiente, la secuencia de los relés del tronco cerebral tiene la forma de un anillo¹⁹.

Todos los órganos que se derivan del endodermo muestran un crecimiento celular durante la fase activa del conflicto mediante el desarrollo de tumores compactos, por ejemplo, en el estómago, el hígado, el colon, los pulmones y la mucosa del útero/próstata. Histológicamente, y sin excepción, todos estos supuestos carcinomas son realmente adenocarcinomas¹⁹.

Mesodermo:

En lo que se refiere a la capa germinal embrionaria media, el mesodermo, hay una distinción entre un grupo antiguo y un grupo reciente, en estricta conformidad con la evolución de los seres vivos¹⁹.

- Todas las células y órganos que se derivan del grupo antiguo de la capa germinal embrionaria media tienen sus centros de control en el cerebelo.
- Todas las células y órganos que se derivan del grupo reciente de la capa germinal embrionaria media tienen sus centros de control en la médula cerebral¹.

Ectodermo:

Todas las células y órganos que se derivan de la capa germinal embrionaria externa, el ectodermo, tienen su respectivo relé cerebral o su centro de control en la corteza cerebral. En el caso de los cánceres, estos órganos se someten a una pérdida de células en forma de úlceras durante la fase activa del conflicto, o a cambios biológicos funcionales significativos (mejora o disminución de la funcionalidad de un órgano, parálisis motora, diabetes, etc.). Durante la fase de reparación, se produce el relleno de la ulceración o la recuperación completa de la funcionalidad del órgano¹⁹.

La relación directa entre el SBS y las capas germinales embrionarias demuestra que el cáncer no se origina a partir de células que se desarrollan de una manera

anárquica, sino que contradictoriamente es resultado de un proceso totalmente inteligente, lógico y pertinente en plena conformidad con la evolución¹⁹.

2.5.1.4→ **La ley del sistema ontogénico de los microbios**

En resumen, la cuarta ley explica el papel de los microbios en la fase de reparación. Hasta ahora, los microbios han sido percibidos como causantes de las supuestas 'enfermedades' infecciosas, lo cual es comprensible desde un punto de vista puramente observacional ya que estos están siempre presentes durante una enfermedad infecciosa. Sin embargo, esta percepción es falsa ya que todas las enfermedades infecciosas están siempre precedidas por una fase activa de conflicto que hasta ahora ha sido ignorada²⁰.

La actividad microbiana no se activa, como se había supuesto erróneamente, por un estímulo externo, sino más bien por una señal enviada desde el cerebro a través del sistema inmune, el cual controla totalmente esta actividad. Los microbios, por tanto, se podría decir que no son nuestros enemigos sino nuestros aliados. Su trabajo comienza de acuerdo a órdenes y comunicaciones específicas por parte del propio sistema inmune, donde toda esta importante actividad beneficiosa está siendo controlada, en última instancia, por el cerebro. Existe una correspondencia entre cada órgano o tejido derivado de una capa germinal embrionaria específica y un microbio relacionado con la misma capa germinal embrionaria²⁰.

Los microbios están más o menos especializados según los órganos en los que trabajan, pero también en función de su modo de acción, teniendo en cuenta que los microbios solo trabajan en un tejido mórbido o en un tejido que haya sufrido modificaciones importantes, y nunca en un tejido sano.

La actividad microbiana solo se inicia después de la conflictolisis (CL), y se extiende a lo largo de la fase de reparación. Sin embargo, las micobacterias (TBC), si están disponibles, empiezan a multiplicarse en el momento del DHS, pero su trabajo real solo se inicia tan pronto como se resuelva el conflicto. El cuerpo produce estrictamente los microbios que son necesarios para descomponer el tumor que, en el momento de la conflictolisis (CL), se convierte

en mórbido y superfluo. La población microbiana necesaria requerida para hacer este trabajo está regulada por la fiebre, a través de la acción de modulación del sistema inmune.

Los microbios son considerados como una entidad 'maliciosa' que debe ser eliminada, pero en realidad sin microbios, no existiría la vida en este planeta. De hecho, todos los microbios evolucionando en nuestro entorno natural son absolutamente necesarios. Si, por ejemplo, las micobacterias (TBC) están inactivas debido a diversas medidas preventivas, como pueda ser la vacunación, los tumores asociados con el cerebro viejo no pueden seguir descomponiéndose durante la fase de reparación, provocando consecuencias desastrosas para numerosos tumores²⁰.

2.5.1.5→ La ley de la quintaesencia

La Quinta Ley Biológica es llamada 'La Quintaesencia', ya que representa la inteligencia suprema de la Naturaleza. Representa todas las leyes biológicas en una sola. Por sí misma, da un vuelco a todos los conceptos de la medicina convencional. Entendiendo el origen embrionario de los tejidos y órganos en el contexto de la evolución y sus propios desarrollos biológicos específicos a lo largo de un SBS, se hace evidente que la 'enfermedad' no es un error de la naturaleza que debe ser corregido, sino que más bien cada 'enfermedad' tiene un significado en sí misma. Cuando se entiende que las supuestas 'enfermedades' ya no son 'malignas', y que no deben ser percibidas como un fallo de la naturaleza o un castigo divino, sino que son una parte integral de un Programa Especial de la Naturaleza con Pleno Sentido Biológico (SBS), entonces esos SBSs llegan a ser extremadamente coherentes²¹.

La Quinta Ley Biológica es una ley natural que lo abarca todo. Sus preceptos fueron entendidos a través de los siglos por las naciones indígenas que, sin nombrarlos, fueron capaces de reconocer estos Programas Especiales de la Naturaleza con Pleno Sentido Biológico como lo que realmente eran. Para ellos, la 'enfermedad' tenía un sentido, un significado evolutivo en los niveles individuales y colectivos, y constituía una oportunidad para ser integrada en la historia de la humanidad y la dinámica general de la evolución²¹.

2.6. La BioNeuroEmoción

2.6.1. Introducción a la BIONEUROEMOCIÓN (BNE)

Desde el 2013 el instituto Español de BNE trabaja en paralelo con la universidad Iberoamericana de Torreón y con la facultad de ciencias médicas de la Universidad Nacional de Rosario²². La BioNeuroEmoción plantea una visión holística e integradora, orientada al bienestar social, entendido como el conjunto de factores que participan en la calidad de vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que den lugar a la tranquilidad y satisfacción humana. La Bioneuroemoción (BNE) integra los avances que diferentes ciencias han obtenido hasta el momento, propiciando así el conocimiento de la relación entre las emociones y su impacto en el funcionamiento biológico del ser humano y por tanto, la influencia en su calidad de vida. La BNE expresa de una manera más precisa la relación entre las emociones inconscientes, el impacto que estas tienen en la biología y en consecuencia, en la calidad de vida del individuo y su bienestar. La BNE consiste en el camino de la curación con una mirada específica hacia el interior de cada uno. Este camino consiste en la toma de conciencia, en darse cuenta de que la enfermedad y la curación se encuentran en el mismo lugar: la mente²³.

El presente documento constituye la fundamentación científica del método, donde se esbozan teorías y procedimientos que conforman su cuerpo teórico-práctico, donde se ha tenido en cuenta los pronunciamientos oficiales de la Organización Mundial de la Salud: “La Declaración de Alma-Ata” (1978) y “La Carta de Ottawa” (1986), donde se expresa²³:

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy

amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno"²⁴.

El método de BNE considera que la enfermedad es un mecanismo de adaptación biológica que afecta al individuo, a su familia y al contexto social y que sustenta un programas que están en nuestro subconsciente, algunos de los cuales se transmiten transgeneracionalmente (inconsciente colectivo), o (de forma consciente) a partir de canales de socialización, como la familia, la educación, los medios de difusión, la religión, etc. De esta manera, las actitudes, las creencias y los valores que favorecen el modo de pensar, sentir y actuar de las personas se perpetúa de generación en generación. Por lo tanto, se proponen vías para la toma de conciencia y el cambio de emociones. Ello contribuye a la disminución o remisión del síntoma o desajuste que se presenta, con la consiguiente mejora de la calidad de vida y bienestar social, los cuales a su vez, potencian el resultado de otras intervenciones de carácter sanitario, socioeducativo y cultura²⁵.

La BioNeuroEmoción plantea una nueva forma de entender la vida: el abandono del paradigma Darwinista, Newtoniano, el del victimismo (al que se le llama adolescencia emocional), para adentrarnos en la madurez emocional, en el paradigma holístico, donde se desarrolla la conciencia de que somos los autores conscientes e inconscientes de nuestras vidas. Esta conciencia permite que la persona sienta que su salud está en sus propias manos y que al margen de cualquier terapia, puede participar libremente en su recuperación física y mental tomando conciencia de sus emociones y de cómo gestionarlas. La BNE no es una terapia, sino un método integrador y holístico. Emplea diversas técnicas humanistas para acompañar a la persona en la detección y en la resolución de sus conflictos emocionales. Es un método que estimula el <<desaprendizaje>> posibilitado por la plasticidad neuronal, tan fundamental en el ser humano. Este desaprendizaje nos permite liberarnos de los programas limitantes de cualquier tipo: familiares, genéticos o simplemente heredados. El proceso consiste, entre otros aspectos, en reaprender e integrar nuevas creencias y valores. Se trata de tomar conciencia para poder vivir en coherencia y mirar todo lo que nos rodea

como una proyección de nuestra propia mente, sabiendo que lo que percibimos es un producto de nuevos programas²⁵.

La coherencia emocional es la regla de oro para el especialista en BNE. Se buscan las emociones ocultas que activan esos programas inconscientes (usamos el 95% de nuestro tiempo la mente inconsciente y un 5% la consciente dicho por Bruce H. Lipton) y fomentamos una reeducación emocional para que el paciente afronte las dificultades de la vida con otro tipo de percepción y otros recursos emocionales. Una vez que la persona haya desaprendido, el especialista le propondrá adoptar nuevas conductas y emplear esos nuevos recursos para poder realizar cambios fundamentales en su vida. La toma de conciencia conlleva a un cambio de conducta que implica pasar a la acción: tomar decisiones, separarnos de ambientes y personas tóxicas, poner límites. Si este cambio no se produce y la persona sigue manteniendo relaciones nocivas y hábitos disfuncionales, el especialista debe señalarle el peligro que esto entraña para su salud física y mental. El inconsciente no entiende un cambio un cambio emocional si no viene reforzado por un cambio conductual. Se trata de un cambio que es fruto de una nueva percepción de la realidad, que puede transformarse²⁵.

2.6.2. Metodología de la BNE

Con la BNE se rompen protocolos del planteamiento terapéutico que hasta ahora eran intocables, como el propuesto durante décadas por los psicoanalistas. El trabajo en la BNE se fundamenta en la aplicación del método para buscar el conflicto emocional, entendiendo como una necesidad biológica insatisfecha. Para ello se utiliza una metodología ecléctica, en la cual el especialista aplica conocimientos de hipnosis, sofrología y técnica de Programación Neurolingüística (PNL), entre otras, para acceder en el inconsciente y poder reaprender la emoción y la percepción de un acontecimiento conflictivo que ha tenido un gran impacto emocional. Esta disciplina, no permite que la persona explique su historia hasta el final del tratamiento o mejor dicho, hasta el final de la toma de conciencia, ya que las personas tienden a posicionar los conflictos a su favor, transformando la realidad. Enric Corbera fundador de la BNE explica así: “debemos buscar la historia que hay detrás de la historia”²⁵.

Los beneficios principales que obtiene la persona que se trata con este método, es ante todo una máxima sensación de liberación y bienestar emocional como consecuencia de la desaparición del sentimiento de culpabilidad. Después del tratamiento, el sujeto sabe, en el pleno sentido de la palabra, que los verdaderos responsables del comportamiento repetitivo son los patrones heredados. Esto es, en el campo de la información mental existen comportamientos programados que nos atan y nos inmovilizan. Esta fundamentación permite a las personas que se encuentran atadas a estos programas liberarse de la vergüenza y de la culpa. Dentro de la BNE, el principal campo de estudio para liberarse de estos programas es el análisis transgeneracional²⁴. Lipton, en su libro “La biología de la transformación” ofrece una pauta que refuerza la determinación de seguir en esta línea para tratar los casos de las personas que vienen a consulta: “Las emociones que mantienen la historia en su lugar debe tratarse antes de poder dejarla atrás”²⁶.

Varios estudios de la BioNeuroEmoción han sido realizados con gran éxito como por ejemplo el de la HTA, demostrando los buenos resultados en la mejora de su situación patológica comparándola con la convencional. Por lo tanto todo lo descrito anteriormente sobre la BNE es tan real como que “en nuestra conciencia dominan las creencias y estas elaboran una interpretación de las vivencias relacionándolas con los procesos orgánicos”²⁸.

Otro avance científico que respalda este trabajo, es el descubrimiento de las neuronas espejo por parte del neurobiólogo Rizzolatti. Cuando estaba estudiando el cerebro de los monos descubrió un grupo de neuronas que no sólo se encendían cuando el animal ejecutaba ciertos movimientos, sino que también se activaban simplemente al contemplar a otros hacerlo²⁹.

Esta forma de aprendizaje por imitación a través de las neuronas espejo parece ser la manera más rápida y eficaz que posee el cerebro para aprender nuevas tareas o modificar las ya aprendidas. La observación es la forma natural de aprendizaje de prácticamente todos los mamíferos, y no porque se memoricen los movimientos observados, sino porque se sienten como propios en el cerebro. El mensaje más importante de las neuronas espejo es que demuestran que verdaderamente las personas son seres sociales. Por lo tanto, en la niñez aún no se tiene toda la madurez mental y las neuronas reflejo van captando todo tipo

de estímulos físicos como mentales de los padres u otras personas de referencia, la escuela, la publicidad, etc, generando creencias limitadoras o beneficiosas para el futuro ³⁰.

2.6.3. Objetivo de la BNE

Uno de los objetivos fundamentales de la aplicación del método consiste en desaprender conductas o patrones de conducta inconscientes que condicionan las vidas de las personas. Como afirma Enric Corbera en el libro “Tratado en BioNeuroEmoción”. Cuando un grupo de personas tiene como objetivo un bien común, como liberarse de ataduras emocionales y alcanzar un sentimiento de bienestar y paz interior, el organismo a nivel fisiológico segrega una cascada hormonal dando la posibilidad a que este proceso se lleve a cabo. Para ello hay que liberarse de las creencias limitantes, de los tabús y de los prejuicios que condicionan la vida, es decir, hay que hacerse, en el mejor sentido de la expresión, un “lavado cerebral”. Éste es el punto donde la BNE entra en juego para conseguir que el individuo “desaprenda”, desprogramando las emociones que lo mantenían atado a las conductas nocivas y destructoras de su vida produciendo una decadencia en su salud física y mental²⁵.

Se ha descubierto que la base biológica que permite el “desaprendizaje” es la oxitocina. Esta hormona se libera en grandes cantidades cuando un grupo de personas está socializando. Vendría a ser la base biológica que explica los “lavados de cerebro”³¹.

3. Bibliografía

1. Morgan GW, Ward R, Barton M. The contribution of cytotoxic chemotherapy to 5-year survival in adult malignancies. *Clin Oncol.* 2004;16(8):549–60.
2. Lemos Hoyos M, Restrepo Ochoa DA, Londoño CR. Revisión crítica del concepto “psicosomático” a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensam psicológico* [Internet]. 2008; (10):137–47. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2792749.pdf> \n <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2792749>
3. Zapata JI. Los psicosomatistas con Freud. *Rev Desde el Jardín de Freud* [Internet]. 01 November 2009; Vol.0(2), pp.142-160. Disponible en: <https://vpngateway.udg.edu/index.php/jardin/article/view/12175/DanaInfo=www.revistas.unal.edu.co+12791>. [Consulta el 11/12/15]
4. Stone, J., Colyer, M., Feltbower, S., Carson A., & Sharpe, M. (2004). Psychosomatic: A systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics*, 45;287-290.
5. Psicosomático S, Síntoma VS, Baeza-velasco C. Editorial PSYCHOSOMATIC SYMPTOMS VS . ORGANIC SYMPTOMS ; The bad reputation of the term psychosomatic . 2010;8–12.

Baeza V., C. y Bulbena, A. Association entre anxiété et hyperlaxité articulaire: revue de la littérature. *Annales MédicoPsychologiques*. 2010. 168, 263-267.
6. Quintero FA. Epigenética , conceptualización y alcance epistemico.. revista argentina de antropología biológica. Enero-Diciembre 2011; Volumen 13, Número 1, Páginas 97-103.
7. Bedregal P, Shand B, Santos MJ, Ventura-juncá P. Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano. 2010;(Ci):366–72.
8. Revista de la fundación de ciencias de la salud. Epigenética. El papel de los genes y de los cambios epigenéticos puede ser una herramienta muy útil para avanzar en el conocimiento y tratamiento de enfermedades.

- EIDON* n°36. Enero - abril 2012. <http://www.revistaeidon.es/archivo/crisis-y-salud/investigacion-y-ciencia/117910-epigenetica#arriba>. (Último acceso 31/12/15)
9. Hurley D. Grandma's Experiences Leave a Mark on Your Genes. *DISCOVER*. 25 de junio 2015. <http://discovermagazine.com/2013/may/13-grandmas-experiences-leave-epigenetic-mark-on-your-genes>. (Último acceso 22/02/16)
 10. Szyf M, et al. Childhood abuse is associated with methylation of multiple loci in adult DNA. *BMC Med Genomics*. 2014; 7: 13. Published online 2014 March 11. (último acceso 22/02/16)
 11. Szyf M, et al. The epigenetics of social adversity in early life: Implications for mental health outcomes. *Neurobiology of Disease*. July 2010; Volume 39, Issue 1, Pages 66–72.
 12. Peart KN. Orphan experiences lead to changes in children's genome functioning. *Yale news*. December 5, 2011. <http://news.yale.edu/2011/12/05/orphan-experiences-lead-changes-children-s-genome-functioning>. (último acceso 22/02/16)
 13. Sanchis I. Lo que pensamos varía nuestra biología, Bruce H Lipton. *La vanguardia*. Noviembre de 2015. <http://www.lavanguardia.com/lacontra/20110909/54213913374/lo-que-pensamos-varia-nuestra-biologia.html> (último acceso 21/12/15)
 14. Cano M. Los pensamientos curan más que los medicamentos. *El correo del sol*. Octubre del 2014. <http://www.elcorreodelsol.com/articulo/los-pensamientos-curan-mas-que-los-medicamentos> (último acceso el 22/11/15)
 15. Lipton HB. La biología de la creencia. La liberación del poder de la conciencia, la materia y los milagros. San Francisco: Palmira; 2007. 8-37.
 16. Markolin C. Nueva medicina germánica. *Bibliotecapelayo*. http://www.bibliotecapleyades.net/salud/salud_germannewmedicinesp01.htm. (último acceso 20/12)
 17. Markolin C. La primera ley biológica del Dr. Hamer. *Learning GNM*. http://learninggnm.com/SBS/documents/five_laws.html#Five_Biological_Laws. (último acceso 20/12/15)
 18. Markolin C. La segunda ley biológica del Dr. Hamer. *Learning GNM*. http://learninggnm.com/SBS/documents/five_laws.html#Second_BL. (último acceso 20/12/15)
 19. Markolin C. La tercera ley biológica del Dr. Hamer. *Learning GNM*. http://learninggnm.com/SBS/documents/five_laws.html#Third_BL. (último acceso 20/12/15)

20. Markolin C. La cuarta ley biológica del Dr. Hamer. *Learning GNM*. http://learninggnm.com/SBS/documents/five_laws.html#Fourth_BL. (último acceso 20/12/15)
21. Markolin C. La quinta ley biológica del Dr. Hamer. *Learning GNM*. http://learninggnm.com/SBS/documents/five_laws.html#Fifth_BL. (último acceso 20/12/15)
22. *Enriccorberainstitute*. Convenios universitarios <https://www.enriccorberainstitute.com/enric-corbera-university>. (último acceso 2/02/16)
23. Urzúa A , Caqueo A. *Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica*; 2012, Vol. 30, N° 1, 61-71
24. Corbera E. *Fundamentación teórica de la BioNeuroEmoción*. Barcelona: *sincronia* editorial; 2013. http://api.ning.com/files/Dy9ynGgwNIRs5La20dwxnKE5kf-NrDWcSzEbyU5JelrhYf2tLJVhBBqmtL4WWVFe6Uk0903aMxtBq8WBSScgSLch*F30x5io/FundamentacintericadelabioneuroemocinEnricCorbera.pdf
25. Corbera E, Batlló M. Tratado en BioNeuroEmoción. Bases biológicas para el cambio de conciencia. Barcelona: El grano de mostaza; 2014. 9-22.
26. Lipton HB, Baerman S, et al. La biología de la transformación: cómo apoyar la evolución espontanea de nuestra especie. Madrid: La esfera de los libros;2010. p.408
27. Rivero T, Cabrera I, et al. Uso del método de biodescodificación en pacientes con hipertensión arterial. Corte evaluativo a los 6 meses.. *CorSalud* 2013 Abr-Jun; 5(2):161-169
28. *El cerebro ante el espejo* [Documental] Dirigida por Odisea. Publicado el 14 ago. 2012. <https://www.youtube.com/watch?v=OX6UbV-VzzU>
29. Boto A. Las neuronas espejo te ponen en el lugar del otro. Entrevista a Rizzolatti G. *El País*. Octubre 2015. (último acceso 23 de diciembre de 2015). Disponible en: http://elpais.com/diario/2005/10/19/futuro/1129672806_850215.html
30. Borracci RA. “Lo que el mono ve, el mono hace” o el aporte de las neuronas espejo al aprendizaje. *Revista Argentina de Cardiología*. 01 febrero 2011; Vol.79(2), pp.191-191. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v79n2/v79n2a21.pdf>

31. Scheele D, et al. Oxytocin Modulates Social Distance between Males and Females. *J Neurosci* [Internet]. 2012; 32(46):16074–9. Available from: <http://www.jneurosci.org/cgi/doi/10.1523/JNEUROSCI.2755-12.201>

4. Metodología

4.1 Objetivos

Objetivo general

- Conocer la percepción de salud de las personas con enfermedad crónica que realizan la metodología de la BioNeuroEmoción

Objetivos específicos

- Identificar la percepción de salud de las personas con enfermedad crónica según sexo, edad, nivel de estudios, tipo de enfermedad, tiempo de curación y control del estado emocional.
- Comparar la percepción de salud de las personas con enfermedad crónica que han realizado la metodología de la NeuroBioEmoción con la de los que han recibido una atención habitual.
- Evaluar la implementación de la metodología de la BioNeuroEmoción en el proceso de atención a las personas con enfermedad crónica según los profesionales de enfermería que la realizan.

4.2. Material y métodos

4.2.1 Tipo de estudio y diseño:

Estudio prospectivo, de diseño mixto cualitativo-cuantitativo, experimental y longitudinal en el que las variables se miden en diferentes momentos temporales.

4.2.2 Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en la ciudad de Girona, a través de las cuatro áreas básicas de salud que gestionan aproximadamente unas 70.000 personas

4.2.3 Población de estudio y muestra

La población de estudio la componen las personas con enfermedades crónicas (procesos oncológicos, inmunológicos, respiratorios, digestivos, renales, cardíacos, alérgicos, neurológicos, hematológicos, dérmicos) que se atienden en los centros de atención primaria de la ciudad de Girona. Así como los profesionales de enfermería que las atienden y que cuentan con formación sobre BioNeuroEmoción.

La muestra de pacientes es de 60 personas que se seleccionaran aleatoriamente, a los grupos experimental i control, entre los usuarios que acudan a las consultas de adultos de los centros de salud. Se asignaran 30 personas a un grupo que se le proveerá de una atención habitual y los treinta restantes conformarán otro grupo atendido por profesionales de enfermería que aplicaran la metodología de BioNeuroEmoción. También se aplicará un muestreo intencionado de estos profesionales de enfermería para obtener una muestra de 10 personas.

La atención convencional que recibirán los pacientes por parte de los profesionales de enfermería también se realizará en la consulta y comprende el seguimiento y control de la enfermedad crónica, y actividades de prevención y promoción de la salud.

La metodología de la BNE implica localizar con el paciente el conflicto emocional que pueda proporcionar un estrés a nivel orgánico. Así, cada mes, se le citará dos veces para que el paciente realice un cambio de conciencia de su situación emocional, aplicando la programación neurolingüística, el abordaje transgeneracional, etc.

4.2.4. Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión para participar en el estudio serán tener de los 18 años de edad, contar con capacidades cognitivas aptas ser usuario de las áreas básicas de Girona ciudad y aceptar participar en el estudio mediante un consentimiento informado.

Quedarán excluidos todos aquellos que no superen la edad de 18 años, los que no entren dentro de las áreas básicas de Girona y todos aquellos que tengan

algún tipo de problema idiomático. También quedarán excluidos todos los participantes que no quieran participar en el estudio.

5.5.5. Variables de estudio

- **Variables Sociodemográficas, laborales y clínicas**

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los pacientes

VARIABLE	TIPO	VALOR
Sexo	Nominal	Hombre/Mujer
Edad	Cuantitativa	Años
Estudios	Nominal	Sin estudios Estudios primarios Estudios secundarios Bachillerato Ciclos formativos Estudios universitarios
Etnia	Nominal	Caucásica Asiática Africana Americana
Profesión	Nominal	...
Diagnóstico médico	Nominal	...

Tabla 2. Variables sociodemográficas de los profesionales

VARIABLE	TIPO	VALOR
Sexo	Nominal	Hombre/Mujer
Edad	Cuantitativa	Años
Estudios	Nominal	Grados: Post-gradados: Masters: Doctorado: Otras formaciones:

- **Variables relacionadas con la calidad de vida:**

- Percepción de salud.
- Limitaciones para realizar actividades cotidianas a causa de la salud actual.
- Limitaciones para realizar el trabajo habitual a causa de la salud física.
- Limitaciones para realizar el trabajo habitual a causa de algún problema emocional.
- Dificultades en las actividades sociales habituales ocasionadas por la salud física o los problemas emocionales.
- Presencia de dolor.
- Dificultades en el trabajo relacionadas con la presencia de dolor.
- Percepción de vitalidad.
- Variables relacionadas con el proceso de atención
- Responsabilidad de la propia enfermedad.
- Capacidad de autogestión de la condición física-mental.
- La modificación del uso de fármacos.
- Confianza social de la sanidad convencional y de la metodología BNE.
- Actitud frente a su enfermedad.

- **Variables relacionadas con la gestión del profesional:**

- Valoración de la evolución del paciente.
- Valoración de la propia gestión.
- Beneficios y limitaciones de la gestión.
- Satisfacción percibida de la propia realización.

La mayoría de las variables se evalúan a través de escalas cualitativas que reflejan un gradiente de opinión.

4.2.6 Instrumentos

La recogida de datos cuantitativos se realizará a través de un cuaderno que incluirá un cuestionario ad-hoc con la información sociodemográfica, el cuestionario SF 36 que analizará la percepción de calidad de vida

- **Cuestionario datos sociodemográficos:** este breve cuestionario recoge la información referida a edad, sexo, educación, profesión, diagnóstico médico y etnia.
- **Cuestionario SF-36:** Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud tanto físico como mental y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Los autores son los americanos Hays, Sherbourne y Mazel (1993) y está validado en versión española por Alonso J, Prieto L, Anto JM desde 1995 siendo empleada en la actualidad. Es útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos de manera que se valoran las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Por lo tanto, compara la carga de muy diversas enfermedades, detectando los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorando el estado de salud de pacientes individuales. Las escalas del SF-36 contiene 11 ítems y dentro de alguno de ellos subgrupos de ítems valorados del 1 al 5. Están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud. Una vez acabados los ítems se partirá desde la puntuación más alta (190p.) hasta la más baja (36p.)
- **Entrevistas individuales:** Las entrevistas se realizarán al paciente para estudiar la percepción de la calidad de vida mediante la atención convencional o según la metodología de la BioNeuroEmoción y, a los profesionales de enfermería. También se estudiará el concepto de responsabilidad de la propia enfermedad, además de la capacidad de autogestión de su propia condición física-mental y la reducción de las cantidades farmacológicas empleadas. Servirá como herramienta para

observar la confianza social que trasmite la sanidad convencional junto con la de la metodología alternativa propuesta.

La duración de cada entrevista será aproximadamente de 60 minutos y se realizarán cada 6 meses o según la necesidad y situación del paciente.

En el profesional que gestiona el caso y que vive en primera persona la percepción del estado del paciente se indagará sobre la calidad de los recursos disponibles que se ofrecen al paciente ya sea el material empleado para el cuidado, el tiempo utilizado en las intervenciones, la capacidad de afrontamiento del profesional, etc. En definitiva, se hará énfasis en el empleo de los recursos para poder sobrellevar la situación como experto en la materia.

- **Grupo focal:** este tipo de entrevista se llevará a cabo una vez realizado las individuales, después del primer periodo de 6 meses y otra al año. El grupo focal será de 10 participantes escogidos aleatoriamente (5 pacientes con la sanidad convencional, otros 5 pacientes gestionados por la BNE) de la muestra. Se generará un debate donde se fusionen ambas maneras de trabajar aflorando las limitaciones, mejoras, propuestas a mejorar, percepciones de calidad de vida, percepciones de la gestión de su propia enfermedad, etc. Esta entrevista se llevará a cabo en un tiempo estimado de 1h.

Se procederá gravar las aportaciones previa administración del consentimiento informado.

4.2.7 Procedimiento y recogida de datos

- 1- Presentación del proyecto al comité de ética de las áreas básicas de salud para su aprobación y comienzo del estudio.
- 2- Solicitud de autorización de los responsables de los centros de atención primaria implicados en el estudio.
- 3- Presentación del proyecto a los profesionales de los centros participantes.
- 4- Solicitar a las áreas básicas de salud los datos e información de los pacientes crónicos-oncológicos que se están gestionando en las áreas básicas de salud

de Girona durante los años 2015-2016 y la de los profesionales que trabajen en dichas áreas. Solicitar a los profesionales sanitarios formados en BioNeuroEmoción, también de manera telefónica, la solicitud de colaborar en el estudio que se les presentará.

- 5- Realizar llamadas telefónicas a los pacientes como a los profesionales, explicando el contenido del estudio y la aportación que pueden tener al involucrarse en este proyecto. Si lo prefieren también se puede realizar por vía e-mail o por correo.
- 6- Se enviarán cartas a los participantes que hayan aceptado colaborar en el proyecto con un consentimiento informado que han de firmar antes de comenzar (anexo 3). Además de esto, recibirán el primer cuestionario donde deberán rellenar todos los datos sociodemográficos, laborales y clínicos. Junto con esto se describirá que en un futuro se realizarán entrevistas cualitativas aparte de volver a utilizar otro cuestionario de percepción de calidad de vida. Para acabar, se les facilitará una dirección de correo donde deban enviar toda la información al investigador en concreto o si esto es un inconveniente, se les dará un sobre junto con un sello y una dirección donde deban enviar todos los formularios.
- 7- La recogida de datos del apartado cuantitativo (anexo 1) consta de dos apartados. Uno con el apartado sociodemográfico, laboral y clínico. Otro con el apartado de percepción de la calidad de vida. Ambos deben ser realizados en un tiempo máximo de 15 minutos y posteriormente enviados a la dirección descrita en la propia carta que han recibido. La primera se realizará antes de comenzar en el estudio, a los 6 meses se realizará otro y al final del proyecto un último.

Tendrá la misma funcionalidad, se deberá formular y reenviar a la dirección descrita por el investigador.

- 8- Para cubrir las dudas generadas y asignar a los profesionales con los propios pacientes, se realizarán tres reuniones individuales en un mismo día. Por un lado los pacientes seleccionados y por otro lado el grupo de profesionales. La primera con el colectivo profesional (30 minutos de reunión), la segunda con los pacientes (30 minutos de reunión) y la tercera con todos los

participantes (60 minutos de reunión). En las dos primeras se explicarán las dudas generadas y en la tercera se asignarán a los profesionales con los pacientes que comenzarán a trabajar de manera individual durante el seguimiento del estado evolutivo de la enfermedad.

- 9- En cuanto a la recogida de datos cualitativa (anexo 2), se realizarán una serie de entrevistas a partir del 6º mes. Primero se entrevistará uno por uno a cada paciente que haya aceptado realizar el estudio cualitativo en una entrevista de unos 60 minutos de duración. Después se llevarán a cabo las entrevistas a los profesionales cuyo tiempo estará estimado en unos 30 minutos. Se solicitará un permiso al área básica de salud para realizar las entrevistas en la sala de reunión que tiene la propia institución y se marcarán las fechas para cada paciente y profesional. De esta manera se tendrá un control de quién ha realizado la entrevista y quién no.

Una vez acabado con estas primeras entrevistas, se dará paso a dos debates grupales (por un lado los pacientes, por otro lado los profesionales), de esta manera y siendo el investigador el moderador del grupo, se estudiará el debate generado sobre los pacientes y su vivencia con ambas metodologías y a parte el debate entre los profesionales. Cada entrevista y debate será grabado y posteriormente transcrito para ser estudiado.

Antes de nada se les avisará que es totalmente confidencial y que si lo desean no están obligados a realizarlas. Para ello, deberán volver a firmar una hoja de consentimiento informado (Anexo 4).

Para finalizar, a los 6 meses de la última reunión, se volverán a elaborar entrevistas como la primera de manera individual y una vez ejecutadas se efectuarán las últimas entrevistas de manera grupal (el paciente y su respectiva enfermera asignada) para valorar la situación en la que se han encontrado ambos al llevar a cabo todo el seguimiento y el proceso de enfermedad.

4.2.8 Análisis de datos

Los datos cuantitativos se analizarán mediante el programa SPSS 20.0 para Windows. Las variables cualitativas se presentarán con una distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se describirán mediante la media y la

desviación estándar (DE). Se utilizará el test de Chi cuadrado para comparar las diferencias entre dos variables cualitativas. Las variables cuantitativas que no sigan una distribución normal se resumirán con la media y percentiles. Para la comparación de estas variables se realizará la prueba de t de Student, para grupos independientes, o la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney, en el caso de variables con distribución no normal, y la Rho de Spearman en variables con distribución normal. Se considera estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

La información cualitativa procedente de los grupos focales, se analizará a través de un proceso de codificación y categorización y posterior aplicación de un análisis de contenido

4.2.9. Consideraciones éticas

El estudio será presentado al Comité de Ética e Investigación Clínica de Atención Primaria de la Región sanitaria de Girona.

En el estudio se ha tenido en cuenta la ley orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal (LOPD) que garantiza y protege los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente su intimidad y privacidad personal y familiar.

Los participantes recibirán información sobre los objetivos y los métodos de recogida de datos y se les informará del derecho de participar o no en el estudio y de retirar su consentimiento en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el observador e investigador pedirá el consentimiento informado y voluntario de la persona participante por escrito.

4.2.10 Limitaciones

- Los participantes del estudio, pueden abandonar en cualquier momento y eso acarrearía en los resultados que se esperan. Además, el hecho de que se pida la participación de manera telefónica o por correo, puede que también condicione en la muestra del estudio.
- Los voluntarios que trabajen con la metodología de la BioNeuroEmoción, deben ir con una mentalidad muy abierta para poder trabajar de la mejor manera en esta nueva metodología. Esto es, las personas escépticas o ancladas exclusivamente en la medicina convencional, pueden suponer abandonos y por lo tanto una traba en el proceso del estudio.
- Se pueden observar limitaciones en cuanto a la expresión mediante grupos en los debates, ya que no todas las personas tienen la facilidad de poder expresarse con más facilidad o de la mejor manera.
- Pueden haber limitaciones de deseabilidad social, ya que se trata un estudio de encuestas y autocumplimiento. Por lo tanto, puede haber una tendencia a responder de acuerdo con las expectativas socialmente aceptadas.
- Las instituciones sanitarias pueden ser una limitación debido a la temática que trata el proyecto.

5- CRONOGRAMA

Primera fase

Tabla 2. Fase preliminar

Septiembre- Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017
Búsqueda bibliográfica, para conocer los antecedentes	Contacto con las áreas básicas de salud de Girona, para recopilar la información sobre los enfermos que se gestionan	Preparar los cuestionarios, las hojas informativas y los consentimientos informados
Elaboración del marco teórico del proyecto		Elaborar las entrevistas semiestructuradas que se realizarán tanto al paciente como a los profesionales, además del grupo focal.
Presentación del proyecto al CEIC		

Segunda fase (Trabajo de campo)

Tabla 3. Trabajo de campo

Marzo - Septiembre 2017	Septiembre 2017 – Septiembre 2018
<ul style="list-style-type: none"> - Contactar con los futuros participantes del estudio, vía telefónica. - Enviar la carta con el cuestionario (hoja informativa, consentimiento informado incluidos) vía e-mail o por correo a los participantes. - Formar grupos de profesional-paciente y concretar data y hora para realizar la primera reunión donde se explicarán los grupos y dudas de los voluntarios. - Cada profesional durante 1 año gestionará la situación de su paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Los cuestionarios se realizarán el primero antes de comenzar el estudio, el según al medio año y el tercero a concluir el primer año - Se llevarán a cabo las entrevistas individuales. (primeros 6 meses se hará la primera y al final del año la segunda.) - Realización del grupo focal a los 6 meses y otro al año

Tercera fase (Análisis de datos e interpretación de los resultados)

Tabla 4. Análisis de datos e interpretación de los resultados

Septiembre-Diciembre 2018	Enero 2018	Febrero 2018	Marzo 2018
Elaboración de la base de datos Cuantitativa.	Redactar los resultados, la discusión y las conclusiones	Redacción final de la memoria	Transferencia de conocimientos a través de ponencias y comunicaciones a congresos y artículos científicos.
Análisis de los datos cuantitativos Utilizando el SPSS 20.		Revisión del texto y traducción.	
Transcripción de las entrevistas grupales y análisis de las datos a través del programa Nvivo10.			

6- PRESUPUESTOS

Tabla 5. Presupuestos

Concepto	Presentación	Cantidad	Precio	Importe
Hojas de papel	Paquete de 500	4	3,50€	14€
Sobres	Paquete de 250	1	13,05€	13,05€
Sellos	Individuales	80	0,30€	24€
Fotocopias	papel	1100	0,05€	55€
Bolígrafos	Paquete de 10	1	2,50€	2,50€
Grabadora de voz		1	58€	58€
Pedal de transcripción		1	141,85€	141,85€
Refrigerios		20	5€	100€
Inscripciones a congresos		2	300€	600€
Traducción del artículo		2	450€	900€
Total				1908,4€

Recursos Humanos: el estudio lo llevará a cabo el propio investigador, por lo tanto no supondrá mayor gasto económico.

- El ordenador y los programas informáticos para el análisis de datos no resultará ningún gasto, ya que se empleará el ordenador del propio investigador y los del departamento de enfermería de la UdG. En ellas tienen incorporado las licencias de los programas SPSS

ANEXO I Cuestionario calidad de vida

Primera parte:

Marque con una "x" o responda brevemente a la pregunta.

1- Sexo:

- Hombre
- Mujer

2- Edad:

3- Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Bachillerato
- Ciclo formativo
- Estudios universitarios

4- ¿Cuál es su profesión?:

5- ¿Cuál es su enfermedad?:

6- A qué tipo de etnia pertenece:

- Caucásica
- Afroamericana
- Sudamericana
- Asiática

Segunda parte: Cuestionario SF-36 de Calidad de Vida

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1- Mala
- 2- Regular
- 3- Buena
- 4- Muy buena
- 5- Excelente

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

- 1- Mucho peor ahora que hace un año
- 2- Algo peor ahora que hace un año
- 3- Más o menos igual que hace un año
- 4- Algo mejor ahora que hace un año
- 5- Mucho mejor ahora que hace un año

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
c) Coger o llevar la bolsa de la compra.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por la escalera.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
e) Subir un sólo piso por la escalera.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
f) Agacharse o arrodillarse.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
g) Caminar un kilómetro o más	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
h) Caminar varios centenares de metros.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
i) Caminar unos 100 metros.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse por sí mismo.	1 Sí, me limita mucho <input type="radio"/> 2 Sí, me limita un poco <input type="radio"/> 3 No, no me limita nada <input type="radio"/>

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1 Siempre <input type="radio"/> 2 Casi siempre <input type="radio"/> 3 Algunas veces <input type="radio"/> 4 Solo alguna vez <input type="radio"/> 5 Nunca <input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1 Siempre <input type="radio"/> 2 Casi siempre <input type="radio"/> 3 Algunas veces <input type="radio"/> 4 Solo alguna vez <input type="radio"/> 5 Nunca <input type="radio"/>
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1 Siempre <input type="radio"/> 2 Casi siempre <input type="radio"/> 3 Algunas veces <input type="radio"/> 4 Solo alguna vez <input type="radio"/> 5 Nunca <input type="radio"/>
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1 Siempre <input type="radio"/> 2 Casi siempre <input type="radio"/> 3 Algunas veces <input type="radio"/> 4 Solo alguna vez <input type="radio"/> 5 Nunca <input type="radio"/>

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	1 Siempre <input type="radio"/>
	2 Casi siempre <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	5 Nunca <input type="radio"/>
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1 Siempre <input type="radio"/>
	2 Casi siempre <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	5 Nunca <input type="radio"/>
c) ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	1 Siempre <input type="radio"/>
	2 Casi siempre <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	5 Nunca <input type="radio"/>

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1- Mucho
- 2- Bastante
- 3- Regular
- 4- Poco
- 5- Nada

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1- Sí, muchísimo
- 2- Sí, un mucho
- 3- Sí, moderado
- 4- Sí, muy poco
- 5- No, ninguno

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1- Nada
- 2- Un poco
- 3- Regular
- 4- Mucho
- 5- Muchísimo

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

a) se sintió lleno de vitalidad?	1 Nunca <input type="radio"/>
	2 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Casi siempre <input type="radio"/>
	5 Siempre <input type="radio"/>
b) estuvo muy nervioso?	1 Nunca <input type="radio"/>
	2 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Casi siempre <input type="radio"/>
	5 Siempre <input type="radio"/>
c) se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1 Nunca <input type="radio"/>
	2 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Casi siempre <input type="radio"/>
	5 Siempre <input type="radio"/>
d) se sintió calmado y tranquilo?	1 Nunca <input type="radio"/>
	2 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Casi siempre <input type="radio"/>
	5 Siempre <input type="radio"/>
e) Tuvo mucha energía?	1 Nunca <input type="radio"/>
	2 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Casi siempre <input type="radio"/>
	5 Siempre <input type="radio"/>
f) se sintió desanimado y deprimido?	1 Nunca <input type="radio"/>
	2 Solo alguna vez <input type="radio"/>
	3 Algunas veces <input type="radio"/>
	4 Casi siempre <input type="radio"/>
	5 Siempre <input type="radio"/>

g) se sintió agotado?	1 Nunca <input type="radio"/> 2 Solo alguna vez <input type="radio"/> 3 Algunas veces <input type="radio"/> 4 Casi siempre <input type="radio"/> 5 Siempre <input type="radio"/>
h) se sintió feliz?	1 Nunca <input type="radio"/> 2 Solo alguna vez <input type="radio"/> 3 Algunas veces <input type="radio"/> 4 Casi siempre <input type="radio"/> 5 Siempre <input type="radio"/>
i) se sintió cansado?	1 Nunca <input type="radio"/> 2 Solo alguna vez <input type="radio"/> 3 Algunas veces <input type="radio"/> 4 Casi siempre <input type="radio"/> 5 Siempre <input type="radio"/>

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Solo alguna vez
- 5 Nunca

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1 Totalmente cierta <input type="radio"/> 2 Bastante cierta <input type="radio"/> 3 No lo se <input type="radio"/> 4 Bastante falsa <input type="radio"/> 5 Totalmente falsa <input type="radio"/>
b Estoy tan sano como cualquiera	1 Totalmente cierta <input type="radio"/> 2 Bastante cierta <input type="radio"/> 3 No lo se <input type="radio"/> 4 Bastante falsa <input type="radio"/> 5 Totalmente falsa <input type="radio"/>
c Creo que mi salud va a empeorar	1 Totalmente cierta <input type="radio"/> 2 Bastante cierta <input type="radio"/> 3 No lo se <input type="radio"/> 4 Bastante falsa <input type="radio"/> 5 Totalmente falsa <input type="radio"/>
d Mi salud es excelente	1 Totalmente cierta <input type="radio"/> 2 Bastante cierta <input type="radio"/> 3 No lo se <input type="radio"/> 4 Bastante falsa <input type="radio"/> 5 Totalmente falsa <input type="radio"/>

Anexo II:

ENTREVISTA AL PACIENTE CON BIONEUROEMOCIÓN

- 1- Desde que está participando en este proyecto, ¿cómo se siente?
- 2- Qué percepción tiene sobre su calidad de vida?
- 3- ¿Y en cuanto al aspecto emocional (duelos, miedos, inseguridades)?
- 4- ¿Qué tal ha llevado el soporte socio-familiar durante esta etapa?
- 5- Echando la vista atrás, supongo que antes de empezar con este estudio, la sanidad actual gestionaba su caso de la manera convencional. ¿Cree que esta nueva metodología de BioNeuroEmoción le ha aportado otra visión de su enfermedad? ¿Cree que la afronta de manera diferente?
- 6- ¿Has podido reducir la dosis o cantidades de fármacos que tomaba antes de comenzar el estudio?
- 7- ¿Cree que los medicamentos bastan para mejorar y superar su proceso físico-mental? Si no es así, ¿qué otros factores cree que mejora notablemente su calidad de vida?
- 8- ¿Cree que la relación entre las emociones y su impacto en el funcionamiento biológico del ser humano influye en su calidad de vida?
- 9- ¿Cree que a través de la toma de conciencia de las emociones ocultas o reprimidas además de las creencias limitantes, se puede obtener una mayor calidad de vida?
- 10- ¿Podría explicar si la BioNeuroEstimulación ha cambiado la percepción de lo que supone para usted padecer su enfermedad antes de comenzar el proyecto?
- 11- ¿Cree que los recursos proporcionados por su profesional han sido suficientes?
- 12- ¿Cree estar mejor o peor atendido por el profesional que aplica esta metodología? Esto es, ¿Cree que le genera una mayor seguridad, cercanía y confianza en la gestión de su proceso de salud?

- 13- ¿Recomendaría el empleo de esta metodología a personas con su misma enfermedad o con otro tipo de patología?

ENTREVISTA PACIENTE (PROFESIONAL CONVENCIONAL)

- 1- ¿Desde que participa en el proyecto, qué percepción tienes sobre su calidad de vida?
- 2- ¿Y en cuanto al aspecto emocional (duelos, miedos, inseguridades)?
- 3- ¿Qué tal ha llevado el soporte socio-familiar durante esta etapa?
- 4- ¿Podrías explicar qué supone padecer su enfermedad y si ha cambiado la percepción que tenías antes de comenzar el proyecto?
- 5- ¿Cree que después de recibir la noticia del diagnóstico, la evolución de su enfermedad empeora, se acelera y su calidad de vida se ve más perjudicada en comparación al momento previo?
- 6- ¿Ha podido reducir la cantidad o dosis de fármacos que tomaba hasta ahora?
- 7- ¿Para mejorar o solucionar su situación físico-mental, cree que son suficientes unos medicamentos? Si no es así, ¿qué otros factores cree que mejorarían notablemente su calidad de vida?
- 8- ¿Cree que la gestión de se hace de su proceso de enfermedad le crea una situación de dependencia del sistema sanitario?
- 9- ¿Cree que el profesional que le atiende presta a tención a su estado? Si no es así, ¿qué cree que le debería proporcionar?
- 10- ¿Cree que el profesional de la salud que le atiende le genera seguridad, cercanía y confianza por lo que respeta a la gestión de su proceso?
- 11- ¿Cómo valora los recursos que le ofrecen los servicios sanitarios?
- 12- ¿Cree que los recursos proporcionados por su profesional de la salud han sido suficientes?

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES (BioNeuroEmoción)

- 1- ¿Cómo podría valorar o explicar la evolución de la calidad de vida de su paciente?
- 2- ¿Cree que ha sido capaz de gestionar bien todo tipo de conflicto, tanto físico como emocional? Si no es así, ¿Cuáles no?
- 3- ¿Desde el punto de vista profesional, qué recursos crees que le falta y que requiere su profesión?
- 4- ¿Desde el punto de vista profesional, que le aporta la formación en BNE?
- 5- ¿Qué tipo de beneficios cree que recibe su paciente gestionando su situación aplicando esta metodología a diferencia de la atención convencional?
- 6- ¿Qué beneficios aportaría la BNE al sistema de salud y a la atención a las personas si se incorporara a la medicina alopática?
- 7- ¿Cuál cree que es la percepción y/o satisfacción de las personas tratadas con la BNE?

ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES (FORMACIÓN CONVENCIONAL)

- 1- ¿Cómo valora la evolución de la calidad de vida de su paciente?
- 2- ¿Cree que ha sido capaz de gestionar bien todo tipo de problema, tanto físico como emocional? Si no es así, ¿Cuáles no?
- 3- ¿Cree que le falta algún recurso o formación para la óptima atención del paciente?
- 4- ¿Qué beneficios y qué limitaciones le genera a su paciente el hecho que sea tratado de la manera establecida hasta ahora en la sanidad convencional?
- 5- ¿Piensa que la sanidad actual debería tener en cuenta otras terapias que pueden proporcionar mayor bienestar y eficiencia en la atención a las personas?

- 6- ¿Se siente satisfecho trabajando como enfermer@ en la sanidad actual?
(focalizando esta pregunta respecto al cuidado de la persona y su situación como profesional dentro de los recursos que ofrece el sistema sanitario. No sobre el sueldo, horarios de trabajo y vacaciones)
- 7- Si usted fuera su paciente, ¿estaría satisfecho con la atención recibida y con la gestión que se hace de su proceso de enfermedad?

Anexo III: Debates grupos focales (pacientes)

- 1- ¿Qué cambios o qué percepción de calidad de vida creen que tienen trabajando mediante la disciplina que les ha sido asignada?
- 2- ¿Qué tipo de limitaciones se han podido encontrar en la gestión que ha realizado su profesional asignado?
- 3- ¿Qué beneficios limitaciones se han podido encontrar en la gestión que ha realizado su profesional asignado?
- 4- ¿Cómo se han sentido gestionados durante este proceso?

(Se enseñan los resultados de los primeros 2 cuestionarios ya realizados por ambos grupos)

- 5- Una vez escuchado hablar las experiencias vividas y los resultados de cada grupo, qué les viene a la mente acerca del grupo opuesto y sobre vosotros mismos? ¿creen que parten con ciertas ventajas?

Anexo IV: consentimiento informado

El estudio en el que le proponemos participar pretende identificar la repercusión que tiene en la evolución del proceso de enfermedad además de la mejora de la calidad de vida, trabajando con la metodología de la BioNeuroEmoción (BNE), en comparativa con la formación convencional de enfermería.

Su participación en el mismo generará información de gran utilidad mediante el cuestionario que se le ofrecerá con la finalidad de mejorar la atención sanitaria y por consiguiente y más importante la calidad de vida del futuro paciente.

Tiene que saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación.

En cualquier momento puede solicitar información complementaria a los profesionales del estudio o en el correo electrónico inibega@gmail.com

Los datos recogidos serán estrictamente confidenciales. Sólo se autorizará la recogida y tratamiento de los datos al personal investigador del estudio. En ningún caso su nombre aparecerá en la publicación de los resultados.

Su privacidad estará protegida por la legislación nacional y europea:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos personales.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.
- La Directiva 95/46/CE del parlamento europeo y del consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Por todo lo anterior, solicitamos su colaboración en este estudio mediante el consentimiento informado.

Yo.....
.

- He leído la información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con:

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio

- cuando quiera
- sin tener que dar explicaciones
- sin que esto tenga ninguna repercusión

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación

_____/_____/_____
FIRMA DEL PARTICIPANTE NOMBRE FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio a la persona nombrada anteriormente.

_____/_____/_____
FIRMA DEL INVESTIGADOR NOMBRE FECHA

(Se entrega copia de este documento al participante)

Anexo V: Consentimiento informado entrevista y debate

El estudio en el que le proponemos participar pretende identificar la repercusión que tiene en la evolución del proceso de enfermedad además de la mejora de la calidad de vida, trabajando con la metodología de la BioNeuroEmoción (BNE), en comparativa con la formación convencional de enfermería.

Su participación en el mismo generará información de gran utilidad mediante entrevistas que se le realizarán con la finalidad de mejorar la atención sanitaria y por consiguiente y más importante la calidad de vida del futuro paciente.

Tiene que saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación.

En cualquier momento puede solicitar información complementaria a los profesionales del estudio o en el correo electrónico inibega@gmail.com

Los datos recogidos serán estrictamente confidenciales. Sólo se autorizará la recogida y tratamiento de los datos al personal investigador del estudio. En ningún caso su nombre aparecerá en la publicación de los resultados.

Su privacidad estará protegida por la legislación nacional y europea:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos personales.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica.
- La Directiva 95/46/CE del parlamento europeo y del consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Por todo lo anterior, solicitamos su colaboración en este estudio mediante el consentimiento informado.

Yo.....

.

- He leído la información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con:

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio

- cuando quiera
- sin tener que dar explicaciones
- sin que esto tenga ninguna repercusión

Por la presente, otorgo mi consentimiento informado y libre para participar en esta investigación

_____/_____/_____
FIRMA DEL PARTICIPANTE NOMBRE FECHA

Yo he explicado por completo los detalles relevantes de este estudio a la persona nombrada anteriormente.

_____/_____/_____
FIRMA DEL INVESTIGADOR NOMBRE FECHA

(Se entrega copia de este documento al participante)