

White Paper XVI

El efecto de la intención sobre la disminución de la ansiedad y la depresión humanas mediante la difusión desde un espacio experimental con un dispositivo almacenador de intención

por

William A. Tiller, Ph.D. y Cynthia R. Reed, Th.D.

Antecedentes Especiales

Cindy Reed era una estudiante graduada de Holos University Graduate Seminary en Missouri cuando comenzamos a discutir (en el 2002) la posibilidad de que ella usara nuestra tecnología de dispositivos de intención como vehículo de investigación para obtener su título de Doctor en Teología. En 2005, se le otorgó este título luego de escribir una tesis verdaderamente superior titulada "Los efectos de la intención sobre la disminución de la ansiedad y la depresión usando dispositivos impresos con intención".

El resumen de su tesis sigue a continuación:

Resumen de la Tesis de Reed, 2005

Se llevaron a cabo dos experimentos, uno doble ciego, para explorar los efectos de la intención sobre la ansiedad y la depresión utilizando un dispositivo electrónico con impresión de intención (IIED) en sujetos adultos ubicados en la zona central de los Estados Unidos, en Canadá y en México. Los sujetos se dividieron al azar en dos grupos, y la información demográfica de cada grupo fue ingresada dos computadoras distintas (una para cada grupo).

El IIED fue impreso por cuatro meditadores experimentados con la intención de mejorar la salud, disminuir la ansiedad y disminuir la depresión. Los datos (nombres y direcciones) del grupo de personas a ser intervenido, eran desplegados continuamente en una de las computadoras que estaba cerca de un Dispositivo IIED que irradiaba la intención. En otra ubicación separada, los datos (nombres y direcciones) del grupo de control, eran desplegados continuamente, sin que se tuviese ninguna intención respecto a ellos. Las intervenciones se realizaron por intervalos de tres meses y ocho meses.

Los resultados se compararon mediante un análisis mixto de la varianza con factores de uno entre los grupos y uno dentro de los grupos, en las puntuaciones de pre y post prueba según el Inventario de Rasgo de Estado de Ansiedad para Adultos (STAI-Y-1) y según la Escala de Autoevaluación de la Depresión, de Zung.

Los resultados para el grupo de tres meses mostraron una reducción significativa marginal en el STAI-Y-1 para el grupo de intervención en el nivel de 0,089. El grupo de control no mostró variación significativa. El análisis de las puntuaciones previas a la intervención y las puntuaciones posteriores a la intervención del grupo de tres y ocho meses, mostró una reducción significativa del estado ansiedad ($p = < .003$), del rasgo de ansiedad ($p = < .000$) y de la depresión ($p = < .001$).

Los resultados sugieren que, con el tiempo, una transmisión de intención a sujetos adultos puede tener un impacto en la ansiedad y la depresión. Es necesario realizar más investigaciones para explorar el potencial de los Dispositivos IIED para mejorar la salud.

5 años más tarde, me di cuenta de que este trabajo era demasiado importante para la humanidad que "muere una muerte silenciosa". Cindy y yo habíamos perdido contacto, así que decidí traerlo a la luz a través del formato de este "White Paper". Mi contribución a este trabajo fue diseñar el experimento, escribir las declaraciones de intenciones y crear, junto con mis colegas, los Dispositivos IIED impresos con la intención. ¡Cindy realizó todos los aspectos del experimento y escribió una tesis magistral! Lo que sigue son solo algunos extractos de esa tesis.

INTRODUCCION (Tesis de Reed)

El estado de la salud estadounidense está disminuyendo y el sistema de salud está en crisis. La atención médica en los Estados Unidos, aunque promocionada por los estadounidenses como la mejor del mundo, es disfuncional, costosa y una carga para la economía que amenaza con arruinarnos. Necesitamos nuevas soluciones a los asuntos y problemas que están fuera del modelo médico ampliamente aceptado, soluciones que aprovechen los avances en otras áreas, como la ciencia y la espiritualidad.

La salud no es una condición física aislada, como lo muestra el modelo médico actual, sino una combinación entrelazada e interdependiente de determinantes físicos, emocionales, sociales, espirituales y ambientales. La salud es un tema que es crítico no solo para el bienestar de nuestros ciudadanos, sino también para nuestra economía y nuestra forma de vida.

John McKnight, en su libro *The Careless Society: Community and Its Counterparts* (1) va más allá del análisis típico de fallas en el sistema de salud para identificar los roles que desempeñan todas las partes en el mantenimiento de un sistema que está enfermo en si mismo. McKnight afirma que el problema no es que tengamos sistemas que

produzcan servicios ineficaces, sino que nuestros sistemas son demasiado poderosos y nuestras comunidades demasiado débiles. El cree que:

El desarrollo más significativo que ha transformado a Estados Unidos desde la Segunda Guerra Mundial ha sido el crecimiento de una poderosa economía de servicios y sus instituciones de servicios generalizadas. Esas instituciones han mercantilizado el cuidado de la comunidad y llaman servicio a esta mercantilización. (2)

McKnight cree que los médicos, y las instituciones que han crecido alrededor de los sistemas de salud, son modelos ejemplares para profesionales que buscan prerrogativas imperiales. En el núcleo de nuestro sistema de atención médica hay un paradigma para la dominación modernizada, que funciona a través de la propagación de una ideología terapéutica. El credo básico de esa ideología es: "1) el problema básico es usted, 2) la resolución de su problema está bajo mi control profesional, y 3) mi control es su ayuda" (3). La esencia de esto es enmascarar el control que ejerce el sistema sanitario detrás de la cortina de humo de la ayuda terapéutica.

Obviamente, nuestra crisis de salud pide una reforma del sistema. Desafortunadamente, las reformas de la atención médica perpetúan el sistema desordenado, ya que los sistemas de atención médica definen el problema y la solución. En lugar de cambiar significativamente el sistema para beneficiar a aquellos a quienes intenta servir, cada reforma es una nueva oportunidad de crecimiento para que el sistema ejerza el control y expanda su influencia. McKnight ve las reformas actuales en la Tabla 1 como un avance en la hegemonía de la medicina:

Tabla 1. Las reformas de salud y su resultado ⁽⁴⁾.

Reforma	Resultado
1.- Esfuerzo para garantizar la igualdad de acceso a la atención médica (apoyo a los médicos en áreas desatendidas, programas para aumentar el número de trabajadores de la salud, sistemas regulatorios que asignan camas según la necesidad médica).	1.- Lograr un acceso igualitario amplía la base de clientes y establece el derecho a consumir servicios como un tema central, mientras que los litigios establecen el "derecho al tratamiento".
2.- Enfocarse en mejorar la calidad de la atención médica (los profesionales federales, estatales y médicos apoyan el aumento de los procesos de profesionalización y revisión).	2.- La garantía de servicios de calidad refuerza la creencia popular de que los profesionales de la salud saben lo que es la salud, mientras que el problema crítico es hacer que los profesionales "lo produzcan".

<p>3.- Los intentos de lidiar con los costos (los sistemas de prepago integrales, HMO, Medicare / Medicaid y la discusión del seguro de salud nacional representan esfuerzos para conquistar la creciente capacidad de los sistemas médicos para consumir el producto nacional bruto).</p>	<p>3.- El control de costos asegura una garantía racionalizada de los ingresos de los sistemas médicos, con el problema central de cómo extender el sistema mientras se baja o se estabiliza el precio.</p>
<p>4.- El esfuerzo por involucrar a los "consumidores de salud" en el sistema (el gobierno y la industria médica permiten gradualmente que no profesionales participen en los procesos de toma de decisiones del sistema).</p>	<p>4.- La participación del consumidor absorbe a ciudadanos potencialmente perjudiciales al proporcionar participación en la medicina como un sustituto de la acción política que podría afectar el sistema.</p>
<p>5.- La creciente preocupación por los problemas éticos planteados por la medicina moderna (trasplantes de órganos, aborto, tecnologías de extensión de la vida) proporcionan nuevas crisis y nuevas políticas públicas y profesionales.</p>	<p>5.- La reforma ética podría limitar la hegemonía médica al concluir que tales temas no son prerrogativas médicas, sin embargo, los teólogos y el clero han sido absorbidos al tener que expandir su oficio y convertirse en consejeros para las decisiones.</p>
<p>6.- El movimiento de atención médica preventiva (proporciona una alternativa de política para "llegar a la raíz del problema", exigiendo controles continuos, exámenes de detección y planes de divulgación diseñados para alentar y permitir que más personas utilicen el sistema).</p>	<p>6.- La atención médica "preventiva" puede convertir a cada persona en un cliente cada día de su vida; la prevención médica nos dice que necesitamos el sistema médico precisamente porque no percibimos una necesidad.</p>

Dossey define la curación como un proceso, junto con 4 tipos diferentes:

Sanación: aquellos procesos físicos, mentales, sociales y espirituales de recuperación, reparación, renovación y transformación que aumentan la integridad y, a menudo (aunque no invariablemente), el orden y la coherencia. La sanación es un proceso emergente de todo el sistema y puede o no implicar curación.

Intención de sanar: el esfuerzo de una o más personas para mejorar el estado de salud de otra persona a través de acciones conscientes y resueltas.

Sanación no local (o distante): una forma hipotética de intención de sanación que ocurre más allá del alcance de los sentidos físicos y que parece no estar generada por ninguna forma demostrable de señal física.

Sanación holística: una forma de sanación basada en la atención a todos los aspectos de un individuo: físico, mental, social y espiritual.

Relaciones de sanación: la calidad y las características de las interacciones entre el sanador y el sanado que facilitan la sanación. Las características de esta interacción incluyen empatía, cuidado, amor, calidez, confianza, credibilidad, honestidad, expectativa, cortesía, respeto y comunicación. (5)

Las definiciones de Dossey avanzarán significativamente la investigación futura sobre curación y nos brindarán a todos un lenguaje común para comprender, comunicar y replicar la investigación sobre curación. Desafortunadamente, Dossey no considera en sus definiciones la transmisión de intención desde un dispositivo, pero, con el tiempo, esto también puede incorporarse en la nomenclatura estándar para la sanación.

Kleinman ha ofrecido otra definición útil, que describe la curación como caminos de palabras, sentimientos, valores, expectativas y creencias que reordenan y organizan (hacen más coherente) la experiencia de la enfermedad (6) y también se podría agregar "la experiencia de la salud".

Wendler define la curación como "un proceso que requiere energía experiencial, en el cual, el espacio se crea a través de una relación de cuidado, en un proceso de expansión de la conciencia que da como resultado un sentido de integridad, integración y transformación, y que nunca puede conocerse por completo" (7)

Aunque el proceso de la energía experiencial de Wendler o el estado de integridad de funcionamiento de Leddy tal vez nunca se puedan conocer completamente, la estandarización del lenguaje y la investigación nos permitirán poder llegar a comprender el estado de salud y los procesos de salud y curación, a fin de ayudar a la humanidad a optimizar su desarrollo.

Esta disertación evalúa el potencial de un nuevo tipo de intervención para mejorar la salud, utilizando el modelo de vanguardia de William Tiller, Ph.D. El Dr. Tiller es un científico de materiales y profesor emérito de Stanford. Su modelo sugiere que a través del uso de los principios de la física cuántica, podemos impactar muchas cosas, una de las cuales es la salud de una población.

Esta investigación es uno de los primeros estudios en humanos que utiliza el modelo de intención de Tiller (8) para impactar la salud, brindándonos más información sobre formas positivas de impactar la

salud y la sanación, y sugiriendo direcciones para futuras investigaciones.

Dossey hizo una excelente sugerencia cuando propuso que adoptáramos el siguiente comentario del astrónomo-físico Sir Arthur Eddington, como un lema para el estado actual de la salud y la investigación curativa:

Algo desconocido está haciendo, no sabemos qué. A través de investigaciones adicionales, utilizando innovaciones innovadoras de una variedad de otros campos más allá de lo que tradicionalmente se considera salud, podemos identificar lo desconocido y descubrir qué está haciendo.

Se han realizado diversos experimentos sobre el impacto de la intención en objetos animados e inanimados. Benor revisó la investigación sobre la curación espiritual en 2001, en la que definió la curación espiritual como:

Intervención sistemática y decidida por parte de una o más personas para ayudar a otro ser vivo (persona, planta, animal u otro sistema de vida) por medio de una intención enfocada, contacto manual o pases para mejorar su condición. (9)

Según Benor, la intención es parte de la sanación espiritual. A través de su revisión anotada de 191 estudios controlados aleatorios, encontró que 83 (43.4%) demostraron efectos en niveles estadísticamente significativos que podrían ocurrir por casualidad solo una vez en cien o menos, y otros 41 (21.5%) en niveles que podrían ocurrir entre dos y cinco veces de cada cien. (10)

Jonas y Crawford revisaron más de 2.200 informes publicados sobre curación espiritual, medicina energética e intención mental, definiendo la intencionalidad como "esfuerzo mental intencional". (11) Esto sugiere un pensamiento que incluye la acción o la voluntad de la mente (12).

Jonas y Crawford revisaron investigaciones en las áreas de:

- (a) correlaciones entre la salud y prácticas espirituales y religiosas;
- (b) oración de intercesión o sanación;
- (c) enfoques de curación "energética";
- (d) Qigong terapéutico (sanación energética china);
- (e) interacción mental directa con los sistemas vivos; y
- (f) estudios de interacción mente-materia.

Jonas y Crawford utilizaron criterios de calidad establecidos, para revisar y calificar los estudios según el "nivel de evidencia" presentado por una categoría de investigación. La Tabla 2 muestra un resumen de su evaluación:

Tabla 2. Evaluación de la Investigación sobre Intención, Sanación y Medicina Energética.

Categoría	Numero de Estudios	Resultados Positivos	Nivel de Evidencia
Practicadas Religiosas	130	97	D
Oración	13	6	B
Sanación Energética	19	11	B
Qigong (Investigación Clínica)	58	Casi Todos	C
Qigong (Investigación de Laboratorio)	33	Casi Todos	F
Investigación de Laboratorio sobre Bioenergía	45	43	B
Interacción Mental Directa con Sistemas Vivos	24	9	B
(DMILS): Actividad Electrodermica			
(MMI): Investigación sobre Interacciones Mente-Materia Individuales	516	516	A
Interacción Mental Directa con Sistemas Vivos	13	7	B
(DMILS): Visión Remota			
(MMI): Investigación sobre Interacciones Mente-Materia	80	80	E

Nota. Los estudios se evaluaron con una calificación de A a F, donde "A" es la más alta e indica al menos 3 estudios independientes de alta calidad y "F" es la más baja e indica la opinión de expertos sin una investigación de alta calidad. Tomado de Jonas, W.B., y Crawford, C. C. (2003). Sanación, Intención y Medicina Energética. Londres: Churchill Livingstone, p. xv-xvii.

La revisión de Jonas y Crawford indica que la intención como una variable en la investigación se ha estudiado con resultados mixtos. Los resultados más sólidos son los que aparecen en estudios con objetos inanimados. Jonas y Crawford concluyen que:

La intención mental tiene efectos en sistemas aleatorios no vivos (como los generadores de números aleatorios) y puede tener efectos en sistemas vivos. Si bien no existe evidencia concluyente de que estas interacciones mentales tengan como resultado la curación de enfermedades específicas, se debe realizar una investigación de mayor calidad.

El último tipo de investigación no mencionada anteriormente que utiliza la intención como una variable independiente ha sido realizada por el Dr. William Tiller, utilizando un dispositivo llamado Dispositivo Electrónico Impreso por Intención (IIED) para transmitir la intención continuamente. En estos estudios, cuatro meditadores experimentados imprimen un dispositivo con la intención de cambiar un sujeto objetivo. (13)

Tres objetivos experimentales específicos, que incluían cambiar el pH del agua, disminuir el tiempo de maduración de las moscas de la fruta y aumentar la actividad de una enzima hepática, produjeron resultados sólidos (14). La replicación de estos experimentos a lo largo del tiempo también demostró un efecto inesperado: cambios estructurales en el espacio físico donde se ubicó el experimento parecían facilitar los efectos robustos que el dispositivo impreso de Tiller tenía sobre los objetivos (15). A este fenómeno Tiller lo llama "condicionamiento" del espacio. (15)

Si bien muchos investigadores están validando que la intención, como una variable independiente, sí tiene un impacto, el trabajo de Tiller no solo demostró un impacto significativo, sino que también propone un modelo para el mecanismo por el cual la intención altera realmente el objetivo.

METODOLOGIA (Tesis de Reed)

Este estudio evaluó el impacto de un dispositivo electrónico impreso con intención (IIED), cuya intención era mejorar la salud en cuanto a la depresión y la ansiedad, en tres grupos diferentes. Las declaraciones de intención utilizadas para cada uno de los tres grupos se proporcionan en los apéndices A, B y C. Un proyecto piloto se llevó a cabo inicialmente durante un mes, mientras que la intervención del Grupo A fue de tres meses, y la intervención del Grupo B fue de ocho meses. Los sujetos del Grupo A se distribuyeron al azar en dos subgrupos, uno de control o otro que fue objeto de intervención, mientras que todos los participantes del Grupo B fueron objeto de intervención.

La investigación ha demostrado que no hay riesgo conocido para los sujetos que son objeto de intenciones positivas. Aunque la investigación ha sugerido que puede haber riesgos para los sujetos que son objeto de ciertas formas de oración de intercesión (16), este estudio utilizó una intención positiva impresa y transmitida desde un IIED, y no una oración de intercesión.

Este estudio utilizó Dispositivos Eléctricos Impresos con Intención (IIED), que fueron impresos con una intención específica para cada grupo. Los nombres y direcciones de los grupo objeto de intervención se desplegaban continuamente en una pantalla de computadora, mientras la intención era transmitida por el IIED a lo largo del período de intervención. El IIED y la computadora con los nombres y direcciones de los sujetos del grupo objeto de intervención, estaban ubicados en el mismo sitio, ya sea en un área de oficina (Grupo A), o en una habitación vacía (Grupo B). Para el subgrupo de control del Grupo A, los nombres y las direcciones se desplazaron continuamente en la pantalla de una computadora, pero no había ninguna intención en la pantalla de la computadora y tampoco había un IIED cerca de ella que estuviese emitiendo ninguna intención.

Los resultados se midieron utilizando indicadores previos y posteriores a la intervención, usando el Inventario de Rasgo y Estado de Ansiedad para Adultos, así como la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung. Ambas pruebas generan mediciones en base a auto evaluaciones hechas por los sujetos de estudio y se usan ampliamente para identificar y evaluar la ansiedad y la depresión. El Inventario de Rasgo y Estado de Ansiedad para Adultos, diferencia entre el estado de ansiedad ("Estoy ansioso ahora") y el rasgo ansiedad ("Estoy generalmente ansioso"). Se ha demostrado que la depresión y la ansiedad son precursoras de la enfermedad, por lo que se puede suponer que la disminución de la ansiedad y la depresión, disminuyen la enfermedad y/o aumentan la salud.

Hipótesis y Variables

Las hipótesis para este estudio aparecen en la Tabla 3:

Tabla 3. Hipótesis

Hipótesis	Hipótesis Nula
La intención tendrá un efecto significativo sobre la ansiedad y la depresión cuando se emita en un espacio condicionado (Proyecto piloto, Grupos A y B).	La intención tendrá un efecto significativo sobre la ansiedad y la depresión cuando se desplieguen los datos de los sujetos en una pantalla de computadora, en un espacio no condicionado y sin un IIED cerca (solo grupos A y B).

Las variables de este estudio se reflejan en la Tabla 4:

Tabla 4. Variables.

Variables Independientes	Variables Dependientes
La variable independiente para este estudio fue la intención transmitida por un Dispositivo Electrónico Impreso con Intención (IIED). Los participantes del grupo A se asignaron al azar al subgrupo de intervención o al subgrupo de control. El Grupo B recibió la intención sin que se tuviese un grupo de control.	Las variables dependientes del estudio fueron los puntajes de ansiedad según el Inventario de Estado y Rasgo de Ansiedad para adultos y los puntajes según la Escala de Auto-Clasificación de Depresión de Zung. Para cada grupo se obtuvieron puntuaciones antes y después de la intervención.

Sujetos y Diseño

Las intervenciones se realizaron en intervalos de un mes (grupo piloto), de tres meses (Grupo A) y de ocho meses (Grupo B). A los sujetos que aceptaron participar en cada grupo también se les ofreció la oportunidad de participar en el siguiente grupo. Por ejemplo, a los participantes que completaron la participación en el grupo piloto, la intervención de un mes, también se les ofreció la oportunidad de participar en el Grupo A, la intervención de tres meses. A quienes completaron la participación en el Grupo A, la intervención de tres meses, también se les ofreció la oportunidad de participar en el Grupo B, la intervención de ocho meses. La eficacia de la intervención se evaluó mediante un análisis mixto de varianza con un factor entre grupos y uno dentro de los grupos, que comparan las puntuaciones previas y posteriores a la prueba según el Inventario Estado y Rasgo de Ansiedad para Adultos (ver Apéndice D) y la Escala de Auto Evaluación para la Depresión, de Zung (ver Apéndice E).

La población del estudio estuvo formada por voluntarios de la práctica médica de Roy Kerry, M.D., de la práctica quiropráctica de Terry Cooper D.C., de la práctica de curación emocional de Nancy Joy Hefron y de la clase de intuición médica de Lori Wilson, M.S.W.

El Dr. Kerry es un especialista en alergias y medicina ambiental, que ha ejercido en Greenville, Pensilvania, durante 30 años. Su práctica se compone de pacientes principalmente con toxicidades alérgicas y ambientales. Se solicitaron participantes al Dr. Kerry que fuesen pacientes suyos y que hubiesen ido a verlo al menos una vez desde el 1 de septiembre de 2002 hasta el 30 de agosto de 2003.

El Dr. Cooper es un quiropráctico especializado en medicina deportiva que ha practicado en Cedar Rapids, Iowa, por más de 10 años. También se solicitó al Dr. Cooper que aportase participantes para el estudio que formasen parte de su lista de pacientes activos en septiembre de 2003.

Nancy Joy Hefron ha sido una sanadora emocional durante más de 20 años; se le solicitó que aportase otros participantes al estudio que fuesen parte de su lista de correo del boletín de septiembre del 2003. Lori Wilson ha estado enseñando intuición médica como parte de su serie de clases de Acceso Interno 101, durante más de 10 años, y se invitó a los estudiantes de su clase de primavera de 2003 a unirse al estudio.

Los criterios de inclusión, exclusión y discontinuación para los participantes se enumeran en la tabla 5.

Tabla 5. Criterios de Participación.

<u>Criterios de Inclusión</u>	<u>Criterios de Exclusión</u>	<u>Criterios de Descontinuación</u>
Rango de edad a partir de 18 años. Dispuesto a participar en el estudio a través de un consentimiento firmado. Debe poder leer inglés a un nivel de 6º grado. Debe completar tanto las pruebas previas como las posteriores.	Menor de 18 años. No tiene una dirección actual o no se puede localizar. No sabe leer o comprender las pruebas previas y posteriores. No haber completado las pruebas previas o posteriores.	Un sujeto podía dejar de participar en el estudio, en cualquier momento que lo solicitase

Cumplimiento del HIPAA

Las regulaciones federales sobre la privacidad en la investigación de sujetos humanos, que es parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Seguridad de Salud, de 1996 (HIPAA) se implementaron en parte en abril del 2003. Las reglas se aplican a los planes de salud, centros de intercambio de información de salud y ciertos proveedores de atención médica, y se refieren a los derechos de las personas que son objeto de intercambio de información, a los procedimientos para el ejercicio de esos derechos y, a los usos y divulgaciones autorizadas y obligatorias de dicha información.

Los reglamentos de la HIPAA están diseñados específicamente para regular el uso y la divulgación de la Información de salud protegida (PHI) de los sujetos. Este estudio se hizo considerando el cumplimiento de la HIPAA, pues se programó que comenzara después de que se implementaran las regulaciones finales de HIPAA en octubre de 2003. Este estudio de investigación se realizó de acuerdo con todas las regulaciones de la HIPAA.

APENDICE A: Declaración de Intención del Proyecto Piloto.

Activar la conciencia del sistema a fin de crear la infraestructura necesaria que eleve el nivel de simetría electromagnética del entorno del hogar del individuo incluido en una lista particular, de la mejor manera posible para el propósito del alma del individuo en esta vida. Este elevado estado del calibre de la simetría EM tiene el propósito de reducir todos los precursores de estrés innecesarios en la vida del individuo para que pueda manifestar una salud y funcionamiento óptimos a nivel físico, emocional y mental en su vida diaria, en consonancia con el propósito principal de su alma para esta particular experiencia de vida. Las personas que actualmente reciben tratamiento por un mal funcionamiento particular del sistema corporal, obtendrán tratamiento de varios profesionales de la salud que se harán altamente eficaces para llevarlos de nuevo a un estado de salud óptimo compatible con el propósito de su alma.

APENDICE B: Declaración de Intención del Grupo A

Activar la conciencia residente de la Oficina de Nunley Sonrisa con el propósito específico de proyectar/estimular la curación de determinados individuos ubicados en varios sitios remotos identificados. El propósito principal de esta estimulación es reducir todos los precursores de estrés innecesarios en la vida del individuo, para que pueda manifestar una salud y un funcionamiento diario óptimos en los niveles físico, emocional y mental, en consonancia con el propósito de su alma para esta experiencia de vida particular.

APENDICE C: Declaración de Intención del Grupo B

Activar la conciencia residente del espacio específico que ha sido designado dentro del laboratorio HOLOS de Norm Shealy en Misuri, para que aumente significativamente el estado del calibre de simetría EM de ese espacio. Este cambio particular de característica se hace con el propósito específico de transmitir una intención específica, a través de radiación magnetoeléctrica (ME) modulada, a individuos específicamente identificados y ubicados en varios sitios remotos, cuyas ubicaciones o direcciones se muestran y despliegan continuamente en la pantalla de una computadora ubicada en el espacio "condicionado" del laboratorio mencionado. La intención principal de esta transmisión es:

- (a) Reducir significativamente la periodicidad, la magnitud y la duración de los episodios de depresión que han ocurrido hasta ahora en las vidas de estos individuos identificados
- (b) Reducir todos los precursores de estrés innecesarios en la vida del individuo para que puedan manifestar una salud y funcionamiento óptimos a nivel físico, emocional y mental en su vida diaria, en

consonancia con el propósito principal de su alma para esta experiencia de vida en particular.

Procedimiento (Tesis de Reed)

Este estudio doble ciego utilizó un Dispositivo Eléctrico Impreso con Intención (IIED) junto con una computadora específicas. Además se utilizó otra computadora sin un IIED, para evaluar el impacto de la transmisión de intenciones en el estado de salud de una población adulta. Los resultados se midieron mediante indicadores previos y posteriores a la intervención, usando la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung y el Inventario de Rasgo y Estado de Ansiedad para Adultos. El IIED junto con su computadora específica, así como la otra computadora sin el IIED, se enfocaron en individuos asignados al azar para intervalos de un mes (grupo Piloto), tres meses (Grupo A) y ocho meses (Grupo B). Los períodos de tiempo fueron los siguientes:

- Grupo Piloto: Junio 15, 2003 a July 15, 2003.
- Grupo A: Noviembre 1, 2003, a Enero 31, 2004.
- Grupo B: Mayo 17, 2004 a Enero 17, 2005.

Las pruebas posteriores se enviaron por correo en la siguiente semana después de la fecha de finalización del período de intervención. Los participantes los completaron y regresaron después de las pruebas, hasta 6 semanas después de finalizada la intervención.

Los nombres y direcciones de los individuos incluidos en cada grupo de intervención, junto con la declaración de intención de ese grupo, estaban grabados en un disco de computadora protegido por contraseña y se desplazaban continuamente en la pantalla de dicha computadora. Los nombres y direcciones de aquellos que formaban el grupo de control, también estaban en el disco de otra computadora protegidos por contraseña. Solo el investigador principal, los miembros del comité de disertación que actuaban como asistentes en el estudio y los asistentes de investigación, tuvieron acceso a las contraseñas.

La intervención (radiación de la intención) del Grupo Piloto y del Grupo A, se realizaron en un laboratorio en McLouth, Kansas, utilizando un IIED anteriormente usado para experimentos con objetos inanimados. El laboratorio se encontraba en la oficina central del Dr. Robert Nunley, quien en ese momento formaba parte del comité de disertación. El Dr. Nunley renunció al comité a partir del 28 de marzo de 2004. El IIED impreso ha estado en uso en Kansas desde el 31 de diciembre del 2002. Dicho dispositivo se imprimió originalmente a usando el propio proceso de impresión del Dr. Tiller en diciembre de 2002, y ha sido reimpresso usando el mismo proceso cada tres meses desde ese momento.

La intervención (radiación de la intención) del Grupo B se llevó a cabo desde un laboratorio en Fair Grove, Missouri, en el Seminario de Graduados de la Universidad de Holos. Las intenciones específicas (ver los Apéndices A, B y C) para cada grupo fueron impresas en los IIED por cuatro personas con un Yo Interior altamente autorregulado que actúan desde un estado meditativo profundo (17). Luego de su trabajo para imprimir las intenciones en un IIED, el dispositivo se convirtió en el anfitrión para la intención específica dirigida a un objetivo específico, actuando como un sustituto de esas personas y transfiriendo en efecto la intención específica al sitio experimental (18).

Al inicio de los períodos de intervención, (15 de junio de 2003, 1 de noviembre de 2003 y 17 de mayo de 2004), los nombres y direcciones protegidos por contraseña de todos los voluntarios que aceptaron participar, fueron asignados al azar a lo que se llamó Condición Uno o Condición Dos, y fueron colocados o bien en el disco de la computadora que trabajaría con el IIED impreso con intención (Grupo Piloto, Grupo A y Grupo B), o bien fueron cargados en el computadora sin intención y sin IIED (Grupo Piloto y Grupo A). Los computadores y dispositivos respectivos se mantuvieron en sitio hasta el final de los períodos de intervención (15 de julio de 2003, 31 de enero de 2004 y 17 de enero de 2005).

Los datos demográficos del grupo de intervención (nombres y direcciones) y la intención, se desplazaron en una pantalla de computadora cerca del IIED durante un período de uno, tres u ocho meses (Grupo Piloto, Grupo A y Grupo B respectivamente). Los datos demográficos del grupo de control se desplazaron en una pantalla de computadora que no estaba cerca del IIED durante un período de uno o tres meses (Grupo Piloto y Grupo A respectivamente). La computadora utilizada para los grupos de control del Proyecto Piloto y del Grupo A estaba aproximadamente a 375 millas del IIED que tenía intención.

Las mediciones de ansiedad previas, asociadas a cada intervención, se completaron 1 semana antes de la fecha de inicio de cada estudio y las mediciones posteriores se completaron 1 semana después de la fecha de finalización de cada estudio. Las mediciones utilizadas fueron la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung publicada por Glaxco Wellcome (www.fpnotebook.com/PSY85.htm) y el Inventario de Rasgo y Estado de Ansiedad para Adultos, publicado por Mind Garden (www.mindgarden.com). Las puntuaciones de las pruebas se analizaron estadísticamente mediante análisis multivariado para medir las diferencias (si las hubiera) entre las puntuaciones previas y posteriores a la prueba en conjunto. No se realizó análisis individual de varianza.

Post Intervención

Después del período de estudio, los grupos de control tuvieron la oportunidad de recibir la intervención completa (usando un IIED impreso con intención y una computadora donde se desplegaban sus nombres y direcciones) durante un mes (Grupo Piloto) o tres meses (Grupo A). El grupo de control asociado al Proyecto o Grupo Piloto recibió la intervención desde el 15 de septiembre de 2003 hasta el 15 de octubre de 2003. El grupo de control asociado al Grupo A recibió la intervención desde el 17 de mayo de 2004 hasta el 17 de agosto de 2004. Como agradecimiento por su participación, todos los voluntarios que completaron las pruebas posteriores, recibieron una cinta de casete para la relajación, grabada por C. Norman Shealy, MD, luego de que se recibieron sus respuestas. Después del Grupo B, todos los participantes recibieron un resumen de dos páginas y una carta de agradecimiento.

Material, Equipos y Pruebas.

Los Dispositivos Electrónicos Impresos Intencionalmente (IIED), son dispositivos anfitriones que consisten en un estuche físico que mide 7 por 3 por 1 pulgadas, el cual alberga una circuitería electrónica. La circuitería es simple y está compuesta por un EEPROM (memoria programable y borrable eléctricamente, de solo lectura), la cual no está conectada al circuito de forma convencional. Además de eso, el circuito incluye un oscilador (rango de 1-10 MHz) sin ningún tipo de antena y una fuente de alimentación de batería (19). La potencia eléctrica irradiada por este dispositivo es inferior a 1 microwatt y generalmente se colocan a una distancia de entre 3 y 6 pulgadas del sujeto objetivo, que en el caso de este estudio era la computadora. No se conoce ningún riesgo al usar este dispositivo (19). Este diseño utiliza la conciencia de personas especialmente capacitadas para imprimir el dispositivo específico de modo que se agregue otra dimensión a las propiedades electrónicas del dispositivo anfitrión (20).

Las computadoras son dispositivos que actuaban como almacenadores. Los nombres y direcciones de aquellos en el grupo de intervención junto con la declaración de intención estaban en el disco de una computadora protegidos con contraseña y se desplegaban continuamente en la pantalla de esa computadora, en una determinada localidad, mientras que los nombres y direcciones de los seleccionados al azar como grupo de control (sin intención), estaban en el disco duro de otra computadora protegida por contraseña, y también se desplegaban continuamente en la pantalla de dicha computadora en una localidad diferente.

Se programaron dos computadoras Gateway-233 para desplegar continuamente los nombres y las direcciones. La computadora utilizada para la intervención también desplegaba la intención al comienzo de la demografía, mientras que la computadora utilizada para el grupo de

control no tenía la intención. La computadora donde se desplegaban los nombres y direcciones del grupo de control (había un grupo de control asociado el Grupo Piloto y otro asociado el Grupo A) estaba en una oficina en Cedar Rapids, Iowa, mientras que el IIED y la computadora asociados al grupo de intervención, estaban en una oficina en McLouth, Kansas, aproximadamente a 375 millas de distancia. La computadora utilizada para el Grupo B (solo intervención, pues no hubo grupo de control en este caso) estaba ubicada en Holos University Graduate Seminary en Fair Grove, Missouri.

Los nombres y las direcciones eran manejados por un programa que se ejecutaba bajo comandos macro y que se iniciaba automáticamente. El nombre y dirección de cada paciente era desplegados en pantalla (por varios minutos cada uno) pero con un parche de color encima, de modo que no había nombres ni otra información legible (esto se hizo para cumplir con la confidencialidad requerida por el HIPAA).

En McLouth, Kansas, uno de los sitios del estudio, el Dr. Robert Nunley, tuvo acceso a la computadora, hasta el nivel del sistema operativo para asegurarse de que se reiniciara después de un apagón prolongado. Se mostraría una luz verde en la pantalla cuando la lista de nombres y direcciones de ese computador se estuviese recorriendo de forma correcta, y se mostraría una luz roja en pantalla cuando eso no ocurriese.

El Dr. Nunley supervisó la computadora diariamente y, cuando se encendió la luz roja, reinició el sistema hasta que la luz verde se encendió y permaneció encendida. La computadora tuvo que reiniciarse dos veces durante el período de intervención del Grupo A. Como protección adicional, todos los dispositivos utilizados en todas las ubicaciones estaban cerrados con llave en oficinas o habitaciones con acceso limitado.

Como una característica adicional de diseño no planificado, el Dr. Nunley leyó los nombres de todos los participantes en el Grupo A todas las mañanas, con fondo de música clásica, indicando el nombre y la frase "que estas bien" después de cada nombre.

El IIED y la computadora para el Grupo B se encontraban en una sala vacía del Seminario de Graduados de la Universidad de Holos en Fair Grove, Missouri, y fue supervisado por un asistente de investigación en esa instalación de la misma manera que usada en el monitoreo del dispositivo para los ensayos de intervención anteriores.

Los datos resultantes se analizaron para evaluar la hipótesis de que la transmisión de la intención a través de un IIED, podía mejorar la salud al disminuir la ansiedad y la depresión en sujetos humanos. La eficacia se evaluó comparando las puntuaciones previas y posteriores

a la intervención, según el Inventario de Rasgo y Estado de Ansiedad para Adultos y según la Escala de Zung para la Autoevaluación de la Depresión. El experto en estadística contratado específicamente para este estudio, utilizó el análisis multivariado para calcular las diferencias entre antes y después, tanto para los grupos objeto de intervención como para los grupos de control, a fin de evaluar las diferencias de forma estadística.

Validez y Confiabilidad de las Mediciones.

La Escala de Zung para Autoevaluación de la Depresión (Zung) y el Inventario de Rasgo y Estado de Ansiedad para Adultos (STAI, por sus siglas en inglés) fueron elegidos para este estudio debido a su demostrada confiabilidad y validez. Ambos instrumentos se han utilizado ampliamente para medir la ansiedad y la depresión, y tienen una aceptación generalizada tanto en la comunidad de investigación como en la médica. También fueron seleccionados por su simplicidad, facilidad de uso, disponibilidad y facilidad de puntuación. Ambas medidas son evaluaciones creíbles del impacto del IIED en la ansiedad y la depresión.

El orden de los materiales de prueba se determinó siguiendo las recomendaciones de Spielberger (21), quien aconseja que primero se aplique la prueba STAI Y-1, y luego se aplique la prueba STAI Y-2. Esto se hace para evitar el clima emocional que se puede establecer si el STAI Y-2 se administra primero. En este estudio, el STAI Y-1 fue la primera página del paquete de pruebas, el STAI Y -2 fue la segunda página, y la prueba de Zung para la Depresión fue la tercera página del paquete de pruebas.

Inventario de Estado y Rasgo de Ansiedad para Adultos

El Inventario de Estado y Rasgo de Ansiedad para Adultos (STAI, por sus siglas en inglés) creado por Charles D. Spielberger, es la autoevaluación de ansiedad más usada en Estados Unidos hoy en día (21). Evalúa la ansiedad en un punto específico del tiempo y como un rasgo general de la personalidad. El STAI diferencia entre la condición temporal de "estado de ansiedad" (escala S, o Y-1) y la condición más general y de larga data denominada "rasgo de ansiedad" (escala T, o Y-2). Estas dos escalas separadas de esta autoevaluación constan de veinte preguntas cada una que evalúan cómo se sienten los participantes en este momento (estado de ansiedad) y cómo se sienten en general (rasgo de ansiedad).

Las cualidades esenciales evaluadas por la escala STAI Y-1 son sentimientos de aprensión, tensión, nerviosismo y preocupación. Las puntuaciones en la escala STAI Y-1 aumentan en respuesta al peligro físico y al estrés psicológico, y disminuyen como resultado del

entrenamiento en relajación. En la escala STAI Y-2, en consonancia con la construcción del rasgo de ansiedad, los pacientes psiconeuróticos y deprimidos, generalmente tienen puntuaciones más altas. La confiabilidad y validez del STAI ha sido bien establecida durante las últimas 3 décadas. (22)

Los elementos del examen STAI debieron cumplir con las pruebas de validez internas en cada etapa de su desarrollo y, a lo largo de los años, han demostrado su validez concurrente, convergente, divergente y de construcción en miles de estudios de investigación (23). Los coeficientes alfa, una medida más significativa de la consistencia interna que las correlaciones de pruebas y reprobaciones, proporcionan un índice de confiabilidad tanto para la escala S como para la escala T. La mediana del coeficiente alfa de la escala S fue de 0.92 tanto para grupos de adultos que trabajan, como para estudiantes y militares. Para los mismos grupos de sujetos, el coeficiente de mediana de la escala T fue de 0.90 (22).

Apéndice D: Inventario de Estado y Rasgo de Ansiedad para Adultos

mind garden

SELF-EVALUATION QUESTIONNAIRE

STAI Form Y-1

Please provide the following information:

Date _____

DIRECTIONS:

A number of statements which people have used to describe themselves are given below. Read each statement and then circle the appropriate number to the right of the statement to indicate how you feel *right now*, that is, *at this moment*. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe your present feelings best.

- | 1. I feel calm | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|
| 2. I feel secure | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. I am tense | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. I feel strained | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. I feel at ease | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. I feel upset | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. I am presently worrying over possible misfortunes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. I feel satisfied | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. I feel frightened | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. I feel comfortable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. I feel self-confident | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. I feel nervous | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. I am jittery | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. I feel indecisive | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. I am relaxed | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. I feel content | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. I am worried | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. I feel confused | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. I feel steady | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. I feel pleasant | 1 | 2 | 3 | 4 |

VERY MUCH SO
 MODERATELY SO
 SOMEWHAT
 NOT AT ALL

Test de Auto Evaluación de Depresión, de Zung

La Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (Zung) es uno de los instrumentos de detección de depresión para adultos más utilizados y es reconocida por médicos y terapeutas de todo el mundo. Alrededor del 82% de las personas con puntajes de 55 o más en la escala Zung, tienen depresión mayor, según lo definen los criterios del DSM IV. El test de Zung fue diseñado para detectar la depresión y el estado de ánimo, pero también se utiliza como una herramienta para evaluar el progreso de la terapia de un cliente a lo largo del tiempo. El test de Zung es corto y simple, cuantitativo más que cualitativo, y es autoadministrado.

El test de Zung incluye 20 elementos que reflejan los siguientes criterios de diagnóstico: afecto generalizado, equivalentes fisiológicos o concomitantes y concomitantes psicológicos. Diez de los ítems están redactados como sintomáticamente positivos, y diez están redactados como sintomáticamente negativos (23). El test de Zung se correlacionó bien (0,69), respecto a la calificación global del médico tratante en 26 pacientes depresivos ambulatorios, en otros estudios (24). La Escala de Zung tuvo el valor predictivo positivo más alto (93%) con respecto a la consistencia interna y la sensibilidad. Se realizaron comparaciones predictivas entre las puntuaciones generales de la Escala de Depresión de Beck, la Escala de Depresión de Hamilton, el test de Zung y una escala de calificación visual análoga, con un grupo de pacientes deprimidos. Se hicieron evaluaciones inicialmente y luego al cabo de una, dos y tres semanas. Se encontraron correlaciones significativas entre las puntuaciones globales en estas escalas de depresión (25).

Estos dos instrumentos, la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung (Zung) y el Inventario de Estado y Rasgo de Ansiedad para adultos (STAI), se seleccionaron para este estudio debido a su confiabilidad y validez demostradas, así como por su aceptación generalizada tanto en la comunidad de investigación como en la médica, su facilidad de uso, su disponibilidad y, su facilidad de puntuación. Ambas medidas sirvieron como herramientas útiles para evaluar el impacto del IED en la ansiedad y la depresión.

Apéndice E: Escala de Auto Evaluación de la Depresión de Zung

ZUNG SELF-RATING DEPRESSION SCALE

Patient's Initials _____

Date of Assessment _____

Please read each statement and decide how much of the time the statement describes how you have been feeling during the past several days.

Make check mark (✓) in appropriate column.	A little of the time	Some of the time	Good part of the time	Most of the time
1. I feel down-hearted and blue				
2. Morning is when I feel the best				
3. I have crying spells or feel like it				
4. I have trouble sleeping at night				
5. I eat as much as I used to				
6. I still enjoy sex				
7. I notice that I am losing weight				
8. I have trouble with constipation				
9. My heart beats faster than usual				
10. I get tired for no reason				
11. My mind is as clear as it used to be				
12. I find it easy to do the things I used to				
13. I am restless and can't keep still				
14. I feel hopeful about the future				
15. I am more irritable than usual				
16. I find it easy to make decisions				
17. I feel that I am useful and needed				
18. My life is pretty full				
19. I feel that others would be better off if I were dead				
20. I still enjoy the things I used to do				

Adapted from Zung, A self-rating depression scale, *Arch Gen Psychiatry*, 1965;12:63-70.

Presented as a service by

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome Inc.
Research Triangle Park, NC 27709
Web site: www.glaxowellcome.com

Sumario de Resultados (Tesis de Reed)

Los hallazgos más significativos de este estudio fueron las diferencias en los puntajes de ansiedad antes y después de las intervenciones, según las autoevaluaciones de Estado de Ansiedad (STAI Y-1), Rasgo de Ansiedad (STAI Y-2) y Depresión (Zung). Un resultado marginalmente significativo ocurrió entre grupos, en el caso de la intervención de tres meses, y podría argumentarse que, de hecho, es significativo para esta nueva línea de investigación. La Tabla 6 resume los resultados y sus niveles de significancia:

Tabla 6. Resultados Significativos para todos los grupos.

	Entre Grupos	Pruebas dentro de los grupos Antes y después de la intervención		
Grupo A	0,089	0,001	0,000	0,009
Grupo B	N/D	0,001	0,000	0,003
Intervención de 8 Meses	N/D	0,003	0,000	0,001
Intervención de 11 Meses	N/D	0,003	0,000	0,001

Después de tres meses, y continuando con ocho a once y doce meses de intervención, todos los grupos experimentaron una disminución significativa en el estado y el rasgo de ansiedad, así como también en la depresión, al comparar las puntuaciones previas a la prueba con las calificaciones posteriores.

DISCUSION (Tesis de Reed)

Benor define la curación a distancia del Tipo I como la proyección de la curación únicamente a través de los esfuerzos de la mente desde el sanador hacia el sanado (26).

Esta investigación probó si los esfuerzos de las mentes de meditadores experimentados que imprimieron una intención de curación en un dispositivo electrónico podrían o no tener un impacto en la ansiedad y la depresión en una población adulta. Los resultados alcanzados en esta investigación respaldan los resultados logrados en otros estudios de Tiller, lo cual demuestra:

... la existencia funcional de un dispositivo (Tipo 1) que actúa como una "fuente" para:

(1) elevar el estado del calibre de simetría EM (estado de simetría interna) de un espacio macroscópico significativamente por encima de nuestro nivel U1 normal. .y

(2) sintonizar o programar ese espacio para que sea altamente sensible al cumplimiento de la declaración de intención específica programada en ese dispositivo Tipo 1, a partir de un estado meditativo profundo desarrollado por ... meditadores bien calificados. (27)

Este nuevo tipo de onda portadora de información que funciona en el nivel de vacío de la realidad física, parece ser "modulable por la intención humana... de forma aparentemente independiente de la distancia y quizás también del tiempo" (27).

Este estudio demuestra que la intención de disminuir la ansiedad y la depresión, transmitida desde un IIED, puede afectar a los sujetos humanos, disminuyendo la depresión hasta el punto en que la probabilidad de que el resultado ocurra por casualidad es menos de 1 en 100, y puede disminuir la ansiedad hasta el punto en que la probabilidad de que el resultado ocurra por casualidad es menor de 1 en 1000.

Otros esfuerzos para medir el impacto de la curación a distancia o de la intención de curación se han centrado en los sanadores que intentan curar de forma intermitente durante diferentes períodos de tiempo, como por ejemplo, una vez al día durante un mes (28,29). En este estudio la intención fue transmitida continuamente por uno, tres y ocho meses. Algunos participantes estuvieron en varios grupos, por lo que recibieron un total de ocho, once o doce meses de transmisión de intención.

Los hallazgos más significativos de este estudio fueron las diferencias entre las puntuaciones previas y posteriores en las pruebas de Estado de Ansiedad (STAI Y-1), Rasgo de Ansiedad (STAI Y-2) y Depresión (Zung), para todos los grupos de intervención, en tanto que las puntuaciones medias para los sujetos del grupo de control correspondiente al Grupo A, no cambiaron significativamente entre la prueba previa y la prueba posterior.

Para el Grupo A (la intervención de tres meses), se encontró una disminución marginalmente significativa, menos de una posibilidad en diez de que hubiese ocurrido por casualidad, cuando se comparan los resultados obtenidos por el grupo de control versus los del grupo de intervención.

Para el Grupo B, las diferencias entre las puntuaciones previas y las puntuaciones posteriores a la prueba fueron estadísticamente significativas, con disminuciones del Estado de Ansiedad (STAI Y-1) y de la Depresión (Zung) cuya probabilidad de ocurrir por casualidad era menor de 1 en 100, y con disminuciones del Rasgo de Ansiedad (STAI Y-2) cuya

posibilidad de ocurrir por casualidad era menor de 1 en 1000. Este estudio sugiere que la transmisión de intención de un IIED reduce la ansiedad y la depresión después de al menos tres meses cuando se transmite en un espacio acondicionado.

Se encontró que Era Verdadera la hipótesis propuesta en este estudio, mientras que también se encontró que No Era Cierta la hipótesis nula. La hipótesis nula dice: "La intención no tendrá un efecto significativo sobre la ansiedad y la depresión, cuando se desplacen los nombres en una pantalla de computadora, dentro de un espacio no condicionado y sin un IIED". Esto último se refiere al hecho de que no hubo un cambio significativo entre los resultados presentados en las antes y después de la intervención del grupo de control asociado al Grupo A. Los resultados muestran que, de hecho, no hubo un cambio significativo en el grupo de control cuyos nombres se desplazaron en la pantalla de una computadora en un espacio no condicionado y sin un IIED con intención.

Creo que los resultados se lograron porque la intención es una frecuencia de información energética que se inserta en lo que se puede llamar "el campo". Esta información provoca una perturbación en el sistema del individuo, lo que permite una reorganización del sistema en un nivel superior, disminuyendo la ansiedad y la depresión. Para los grupos de control no hubo inserción de información en el campo, por lo tanto, como grupo, sus sistemas no se alteraron y no tuvieron cambios significativos con respecto a su nivel básico de ansiedad y depresión.

Estudios anteriores han utilizado la inserción intermitente de información a través de sanadores que envían intenciones de curación, con resultados variables. La consistencia de la frecuencia de transmisión es muy posiblemente el factor clave para lograr los resultados obtenidos en este estudio.

La hipótesis de este estudio dice: "La intención tendrá un efecto significativo sobre la ansiedad y la depresión cuando se transmita en un espacio condicionado". Esto fue cierto para el Grupo A, donde la disminución de la ansiedad fue marginalmente significativa, y en el Grupo B donde, a lo largo del tiempo, la ansiedad y la depresión disminuyeron significativamente.

Debido al diseño de la investigación, y al hecho de que la mitad de los participantes del Grupo B ya habían recibido 3 meses de intención, los resultados grupales entre el Grupo A y B no fueron significativos por sí mismos. Sin embargo, cuando se evaluó a los participantes antes de cualquier intervención para publicar la intervención del Grupo B, se encontraron resultados significativos.

Este estudio nos brinda información sobre la eficacia de una intención que se transmite de forma constante durante el tiempo necesario para que se produzca un cambio, y también aborda la cuestión

de si la distancia entre el sitio de emisión de la intención de curación y el receptor, es un factor de impacto. Además, también recopilamos información sobre el nivel de participación requerido de aquellos que están recibiendo la intención de curación.

En todo estudio de investigación existe la posibilidad del "efecto del experimentador", según el cual, la intención del experimentador para lograr un determinado resultado, positivo o negativo, influye en los resultados lo suficiente como para desviarlos en una dirección u otra (30). En el presente caso, el investigador principal había esperado personalmente un resultado positivo, pero no meditó específicamente sobre el resultado, tampoco oró por el resultado ni intentó conscientemente que el resultado fuera de una forma o de otra.

Al inicio del estudio, el investigador se dio cuenta de la premisa de David Eichler de que "cada pensamiento es una oración" (Comunicación personal, 22 de abril de 2003) y, por lo tanto, intentó mantener en un mínimo sus pensamientos sobre el resultado. El diseño del estudio facilitó esto porque, durante el período de intervención, el investigador principal no estuvo directamente involucrado con los grupos, las intervenciones o el estudio en sí. Aunque no se puede descartar por completo el impacto que los pensamientos del investigador pueden haber tenido en los resultados del estudio, se cree que este fue mínimo. Otros involucrados en este estudio también pueden haber esperado un resultado positivo, sin embargo, el impacto de sus pensamientos no puede ser evaluado.

Referencias

1. J. McKnight, The Careless Society: Community and its Counterfeits (Basic Books, New York, 1985).
2. Ibid, pp ix-x.
3. Ibid, p 17
4. Ibid, pp 56-60
5. L. Dossey, "Samueli Conference on Definitions and Standards on Healing Research: Working Definitions and Terms" in *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9 (3), All (2003).
6. A. Kleinman, "Medicine's Symbolic Reality: On a Central Problem in the Philosophy of Medicine", *Inquiry* 16, 207 (1973).
7. M. Wendler, "Understanding Healing: A Conceptual Analysis", *Journal of Advanced Nursing*, 24, 839 (1996).
8. W.A. Tiller, Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness (Pavior Publishing, Walnut Creek, California, 1997) pp 55-56.
9. D.J. Benor, Spiritual Healing: Scientific Validation of a healing Revolution, *Healing Research Volume I* (Vision Publications, Southfield Michigan, 2001) p 4.
10. Ibid, p 7.

11. W.B. Jonas and C.C. Crawford, Healing Intention and Energy Medicine: Science, Research and Clinical Implications (Churchill Livingston, London, 2003) p 40.
12. D. Radin, The Conscious Universe: The Scientific Truth of Psychic Phenomena (Harper Edge, San Francisco, California, 1997) p 2.
13. W.A. Tiller, W.E. Dibble, Jr., and M.J. Kohane, Conscious Acts of Creation: The Emergence of a New Physics (Pavior Publishing, Walnut Creek, California, 2001) p 13.
14. Ibid, pp 54-168.
15. W.A. Tiller, "The Real World of Modern Science, Medicine and Qigong", Bulletin of Science, Technology & Society, Vol. 22 (5), October 2002, 352-361.
16. S.R. Walker, J.S. Tonigan, W.R. Corner and L. Kahlich, "Intercessory Prayer in the Treatment of Alcohol Abuse and Dependence: A Pilot Investigation", Alternative Therapies in Health and Medicine, 3 (6), 1997, 79-86.
17. Personal Communication with Dr. Tiller, June 17, 2002 at The Annual Meeting of the International Society of Subtle Energies and Energy Medicine, Boulder, Colorado.
18. W.A. Tiller, "Conscious Acts of Creation: The Emergence of a New Physics", International Journal of Healing and Caring On-Line, 3 (1), 2003.
19. W.A. Tiller, W.E. Dibble, Jr., and M.J. Kohane, Conscious Acts of Creation, The Emergence of a New Physics (Pavior Publishing, Walnut Creek, California, 2001).
20. W.A. Tiller, Science and Human Transformation: Subtle Energies, Intentionality and Consciousness (Pavior Publishing, Walnut Creek, California, 1997) p 264.
21. C.D. Spielberger, State-Trait Anxiety Inventory for Adults (Mind Garden, Redwood City, California, 1983) pp 4-8.
22. Ibid, pp 27-45.
23. W. Zung, "Self-Rating Depression Scale", Archives of General Psychiatry, 12 (1965) 63-70.
24. J.T. Biggs, L.T. Wylie and V.E. Ziegler, "Validity of the Zung Self-Rating Depression Scale", British Journal of Psychiatry, 132 (1978) 381-385.
25. B. Davies, G. Burrows and C. Poynton, "A Comparative Study of Four Depression Rating Scales", Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 9 (1) (1975) 21-24.
26. D.J. Benor, Reference 9 (Delete p 4).
27. W.A. Tiller, W.E. Dibble, Jr., and J.G. Fandel, Some Science Adventures with Real Magic (Pavior Publishing, Walnut Creek, California, 2005) pp 248-249.
28. D.J. Benor, Consciousness, Bioenergy and Healing: Self-Healing and Energy Medicine for the 21st Century, Healing Research Volume II (Holistic Healing Publications, Medford, New Jersey, 2004),
29. Reference 11 (Delete p 40).

30. R. Wiseman and M. Schlitz, "Experimenter Effects and the Remote Detection of Staring", *The Journal of Parapsychology*, 61 (1997) pp 197-201.

Sepa mas sobre las ultimas aplicaciones practicas de la tecnología del Dr, Tiller en <http://www.merrakiinstitute.com/projects/>

©William A. Tiller - www.tiller.org