

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANTIAGO DE CUBA

FACULTAD DE MEDICINA No. 1

**Algoritmo terapéutico con hipnosis para la enuresis
nocturna monosintomática.**

**Tesis presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias
Médicas.**

Autor: Dr. Adolfo Rafael Lambert Delgado

Santiago de Cuba, 2022

“Año 64 de la Revolución”

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANTIAGO DE CUBA

FACULTAD DE MEDICINA No.1

**Algoritmo terapéutico con hipnosis para la enuresis
nocturna monosintomática.**

**Tesis presentada en Opción al Grado Científico de Doctor en Ciencias
Médicas.**

Autor: Dr. Adolfo Rafael Lambert Delgado

Tutor: Profesor Titular, Alberto Erconvaldo Cobián Mena, Dr. C

Santiago de Cuba, 2022

“Año 64 de la Revolución”

FRASE

"He sido un hombre afortunado en la vida: nada me resultó fácil".

Sigismund Schlomo Freud

AGRADECIMIENTOS

A Fidel, por habernos enseñado a pensar y a soñar.

A mi exigente tutor, Profesor Alberto Erconvaldo Cobián Mena, quien, con su rigor, tenacidad, inalcanzable pasión, amor y alto nivel científico, guió esta investigación por el camino correcto.

A mi familia, por tantos sacrificios en función de este hermoso proyecto. Sin ella, hubiera sido imposible materializarlo.

Al grupo de hipnosis terapéutica por seguir soñando y creyendo en la hipnosis.

Al Profesor Lázaro Ibrahim Romero García, por toda su sabiduría y aportes, por habernos asesorado y orientado con precisión, en cada uno de los procesos de esta investigación.

A los cuadros de la facultad preparatoria que en no pocas ocasiones tuvieron que desdoblarse para que yo avanzara en el proyecto.

A todos; ¡muchas gracias!.

DEDICATORIA

A mis hijos, mis padres, mi esposa y tutor

SÍNTESIS

Introducción. La enuresis nocturna monosintomática, se define como micción involuntaria, intermitente, durante la noche. Afecta al 15% de los niños de 5 años, al 5% de los de 10 años y al 12 % de adultos jóvenes, en ausencia de defectos congénitos o adquiridos. **Objetivos.** Evaluar la efectividad de la hipnoterapia en la enuresis nocturna monosintomática y Validar un algoritmo hipnoterapéutico, diseñado para esta enfermedad. **Método.** Se realizó un estudio complejo, estructurado en cuatro etapas metodológicas. Las dos primeras, para describir la población de niños y adolescentes aquejados de esta enfermedad, así como identificar la efectividad de la hipnoterapia, mediante la realización de dos cuasi experimentos sin grupo control y uno con grupo control no equivalente. Las otras dos contemplaron el diseño del algoritmo y su validación de contenido. **Resultados.** En los dos primeros estudios 43 pacientes (89,5%) tuvieron respuesta completa y en el segundo el 100% de los pacientes tratados con hipnosis (20), también. En cuanto a la validación de contenido los expertos mostraron una excelente consistencia interna (Alfa de Crombach = 0,9221). Ello se interpreta como altísima fiabilidad del instrumento. El Índice de validez de contenido (IVC) de los items fue superior a 0,89, denotándose también un elevado índice de validez. **Conclusiones.** La hipnoterapia resultó ser efectiva y la validación del algoritmo diseñado y sometido al criterio de expertos demostró ser adecuado, mostrándose por estos elevadas coherencia y concordancia evaluativas.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	11
1.1 Definición y datos epidemiológicos	11
1.2 Clasificación y etiología	13
1.3 Factores asociados o desencadenantes	15
1.4 Diagnóstico	19
1.5 Tratamiento	21
1.6 Hipnosis. Definición y elementos fisiológicos	27
1.7 Hipnoterapia en la enuresis nocturna	34
1.8 Concepto de Validez. Sus tipos. Validez de contenido	35
 Capítulo 2. MÉTODOS	 43
2.1 Bioética médica	43
2.2 Diseño Metodológico	44
2.3 Etapas I y II. Estudios Cuasiexperimentales	44
2.4 Operacionalización de las variables de ambos estudios	45
2.5 Etapa III y IV. Diseño y validación del algoritmo terapéutico	48
2.6 Dimensiones	49
2.7 Modelo de Fehring	50
2.8 Pasos para construir el cuestionario tipo Técnica Likert	50
2.9 Selección de los expertos para la investigación	51
2.10 Métodos de validación	53

Capítulo 3. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	57
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÉNDICE	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo XX el mundo se ha visto transformado por la Revolución Científico Técnica, implicando ello un desarrollo científico y tecnológico incesante. La revolución cubana como acontecimiento político, social y cultural ha privilegiado el desarrollo del país en este campo del saber y el hacer, siendo Cuba, desde hace más de tres décadas, uno de los pocos países latinoamericanos, capaces de producir tecnologías de impacto. El siglo XXI se caracteriza por el auge de los procesos de ciencia e innovación y, desde el punto de vista estratégico, el Partido Comunista de Cuba y el Gobierno de la República los han identificado como esenciales para la gestión gubernamental y de todas las instituciones. ⁽¹⁾

El mandatario cubano, Dr. C Miguel Mario Díaz Canel Bermúdez ha reiterado, con énfasis, la importancia de acudir a la investigación científica, la ciencia, la innovación, la informatización y la comunicación. Esos procesos han devenido en pilares de la política del gobierno, para encontrar soluciones a los más disímiles problemas; asimismo, ha expresado que, junto a la moral y el buen desempeño de los cuadros, deben estar el conocimiento, la ciencia y la tecnología. ⁽¹⁾

El sistema de salud cubano ha implementado políticas públicas beneficiosas para todo el país, y que han sido por décadas, un enorme desafío, ante el incesante recrudecimiento del bloqueo que lacera la vida del cubano e impone severas limitaciones en recursos materiales y monetarios. Ello ha llevado al gobierno, particularmente al Ministerio de Salud Pública (MINSAP), a buscar alternativas para sostener la atención salubrista. En ese sentido la Medicina Natural y Tradicional (MNT) ha sido una opción para tal sostenimiento. ⁽²⁾

La MNT, conocida internacionalmente como alternativa, energética, naturalista y también complementaria, forma parte del acervo de la cultura universal, al ser transmitidos su filosofía, conceptos y prácticas, de generación en generación. ^(3,4) El desarrollo de sus variados métodos ha sido abrazado por Cuba, que estratégicamente los ha llevado al rango de lineamientos oficiales para el desarrollo económico y social del país, al ser refrendados en el 7mo Congreso del PCC y ratificados en el 8vo Congreso, celebrado en abril del pasado año. ^(5,6)

La hipnosis clasifica como parte de las terapias mente-cuerpo, uno de los grandes

ejes del sistema que la OMS considera como Medicina Natural y Complementaria. Enfermedades como el asma, las disfunciones sexuales, fobias, obesidad exógena, hipertensión arterial, enuresis nocturna y dolor por cáncer; encuentran en la hipnosis un tratamiento eficaz. Su empleo en odontología, bien como anestésico o como elemento capaz de eliminar hábitos perniciosos, es cada vez más frecuente. Todo ese bregar asistencial y sus resultados loables, han reforzado el valor terapéutico de la hipnosis y respaldado su empleo como ciencia de la curación. ⁽⁷⁾

La experiencia acumulada durante todos estos años por este país en la aplicación de esta modalidad de tratamiento, cuenta con el reconocimiento de entidades y especialistas de diversos países que han constatado sus resultados positivos y ubican a Cuba en un lugar de vanguardia. Ello ha reforzado su empleo y propiciado a la vez, existan nexos con entidades académicas y científicas nacionales y foráneas.

Vale advertir que el empleo de la hipnosis data de milenios, de cuando los sacerdotes egipcios provocaban el sueño hipnótico en aquellos sujetos desesperados que suplicaban el alivio de sus padecimientos sin embargo, su sistematización deviene de las contribuciones dadas en los trabajos de Charcot, Berheim, Pavlov y Freud, entre otros; evidenciados en la práctica clínica, los experimentos de laboratorio y el aporte de un cuerpo teórico de conocimientos que revolucionaron la neurología, la fisiología del sistema nervioso, así como la psicología y la psiquiatría, desde la segunda mitad del Siglo XIX. ⁽⁸⁾

En Cuba la primera publicación de envergadura sobre hipnosis es el libro *Hipnosis. Teoría, métodos y técnica*, de Braulio Martínez Perigod y Moisés Asís, quienes realizaron una excelente compilación, en el orden teórico-metodológico y exponen algunas técnicas y escalas desarrolladas por ellos en el tratamiento del tema. ⁽⁸⁾

La creación de la Sociedad Cubana de Hipnosis en la década de los 80 y del Grupo de Hipnosis Terapéutica del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba en los 90, afianzaron esta modalidad sobretodo en la provincia santiaguera ⁽⁸⁾.

Estos factores han favorecido el desarrollo acelerado de esta técnica e incrementado el interés por parte de médicos de familia, psicólogos, psiquiatras, estomatólogos, cirujanos, anestesiólogos, ortopedas, internistas e investigadores.

De esa manera, se refrenda su trascendencia como opción terapéutica. ⁽⁸⁾

En la clínica de la hipnosis terapéutica de Santiago de Cuba, varias condiciones de salud son atendidas, entre estas, la enuresis nocturna, por su alta incidencia y prevalencia. La enuresis nocturna monosintomática, es un problema de salud que data de la misma existencia humana, y es motivo frecuente de consulta en pediatría, psiquiatría infantil, psicología y medicina familiar, aunque insuficientemente atendido desde lo asistencial y académico. Urólogos, nefrólogos, pediatras, psiquiatras y psicólogos la han abordado de forma independiente, sin plantear un enfoque integral y mancomunado del problema, a pesar del empeño. Se le dedica un escaso número de horas en los programas que la abordan. De un variado número de asignaturas y disciplinas que tributan a su terapéutica, sólo la estancia de psiquiatría y la especialización de psiquiatría infantil, dedican una hora junto al tema encopresis, como parte de los trastornos monosintomáticos, y es una *invariante* con respecto a planes de estudios precedentes. ^(9,10)

La niñez es la etapa evolutiva más importante en la *vida* del ser humano, puesto que las adquisiciones que logran los niños no pueden compararse en trascendencia a las tenidas en ningún otro ciclo. Por ello, todo lo que altere al infante en esta primera fase de su vida, puede hacer que su evolución sea más difícil, tardía e incompleta. Es por esta razón, que los profesionales de la salud consideran de gran importancia el diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado de la enuresis nocturna (EN).

La enuresis nocturna monosintomática (ENM), se define como una micción involuntaria, intermitente, durante la noche, afectando al 15% de los niños de 5 años, al 5 % de los de 10 años y al 12 % cuando adultos jóvenes, en ausencia de defectos congénitos o adquiridos. ⁽¹¹⁾

Según el estadio evolutivo en el que el niño se encuentre, la enuresis nocturna (primaria o secundaria) afectará algunos aspectos de su desarrollo y lo hará en diferentes grados. El nivel de repercusión que la enuresis nocturna puede alcanzar en un sujeto depende además, de la presión social, de las actitudes familiares ante la misma y la utilización que el niño haga del propio cuadro enurético (llamar la atención, reclamar ayuda, procurar ser objeto de la atención materna).

En los últimos 20 años se observa un discreto aumento, aún insuficiente, en el

número de estudios que reportan la efectividad elevada de la hipnoterapia en la enuresis nocturna.

Para Salmon el término enuresis deriva de la palabra griega “**Enourin**” que significa "vaciar la orina,⁽¹⁰⁾ y expresa que dicho término describe todas las situaciones en las que se produce un vaciamiento involuntario de la vejiga a partir de una edad en la cual el control voluntario de esta, normalmente sería anticipado, sin embargo, se utiliza habitualmente referido a los vaciamientos involuntarios que se producen durante el sueño (enuresis nocturna), y se reserva el término incontinencia urinaria para los episodios de enuresis que se producen durante la vigilia y que generalmente implican vaciamientos anormales, que se acompañan de otros síntomas y con frecuencia, son debidos a alguna patología orgánica.⁽¹²⁾

La Sociedad Internacional de Continencia en Niños ha definido la enuresis nocturna como la pérdida involuntaria de orina que ocurre sólo en las noches, en un lugar y tiempo inapropiado y es socialmente inaceptable. ⁽¹³⁾ La Asociación Americana de Psiquiatría la define como "La emisión repetida de orina en la cama, con una frecuencia de dos episodios semanales, durante por lo menos tres meses consecutivos, en niños de, al menos, *cinco* años de edad, y no debida al efecto directo de una sustancia, ni a una enfermedad médica.

Esta entidad es una enfermedad conocida desde hace muchos años. ⁽¹¹⁾ *Sehaefer* dice que la enuresis fue tempranamente reconocida por los egipcios en 1950 A.C. como un problema médico. Al respecto, Johnson agrega que el término enuresis nocturna aparece en el Papyrus Ebers, uno de los más antiguos documentos medicinales, legado por la cultura egipcia y que data del año 1500 A.C. La mera alusión a este vocablo, otorga mérito a su naturaleza problemática. Otro apunte histórico del que se tiene referencia por este autor, aparece en el libro Hoke of Children, de Thomas Phacr, publicado en 1544. ⁽¹⁴⁾

Shoonit Koshen - en su tesis para la obtención del grado de Magister en Psicología Clínica - destaca que en un clásico y frecuentemente citado artículo, Olicklich esboza el tratamiento de la enuresis a través del tiempo y describe los métodos *crueles* utilizados y su máxima inutilidad. ⁽¹⁴⁾

Variedad de remedios folclóricos han sido utilizados para eliminar la enuresis nocturna. Entre estos destacan: levantar el pie por encima de la cama, dormir sobre la espalda, restringir drásticamente el consumo de líquidos antes de dormir, despertar periódicamente al niño durante la noche para ir al baño e ingerir *distintas*

pociones para evitar se orinasen. Entre las acciones más inhumanas utilizadas por los padres están: atar el pene, colocar las nalgas sobre una estufa caliente, ridiculizar al niño luego de cada incidente de incontinencia, golpes y amenazas de castigos físicos severos, poner sus pijamas mojados alrededor de su cuello, colgar las mantas mojadas fuera de la ventana como señal clara de que se orinó y así avergonzarlo. También hay alusión a tratamientos drásticos como la circuncisión y la extracción de las adenoides. ⁽¹⁴⁾

La perspectiva cambia en 1897, toda vez que el Dr. Holt recomendó ***no castigar al niño, pues sólo causaba más daño***. Tal recomendación se constituyó en un paso importante para un mejor entendimiento de la enuresis, ya que a pesar de que los métodos de tratamiento mencionados eran horribles, se empezó a ver con más claridad, la importancia de los aspectos psicológicos relacionados con la enuresis, los que a partir de entonces ganarían impulso. En 1927, Friedell describe una propuesta de tratamiento de tipo psicológico. Consistía en restringir fluidos e inyectar agua estéril, a la vez que se reafirmaba positivamente que el tratamiento funcionaría. Friedell reporta que sus resultados demostraron una tasa de éxito de 87%. Véase aquí una forma tácita de sugestión indirecta y de reforzamiento clásico, propio de los métodos conductistas de psicoterapia. ⁽¹⁴⁾

Es tan solo en el año 1998, que la Sociedad Internacional de Continencia en Niños, estandariza y define las disfunciones del tracto urinario inferior. Desafortunadamente aún los padres castigan a sus hijos por mojar la cama. Haque encontró que un 61% de los padres americanos percibían la enuresis nocturna como un problema significativo y que de esos, un tercio lo manejaban con el castigo. Carolyn Thiedke menciona que entre un 23 y 26 % de los padres habían utilizado el castigo como su principal recurso para manejar la enuresis. ^(13,14)

Los castigos utilizados por determinados padres en nuestro país no se alejan mucho de la cruel realidad mencionada anteriormente.

Existen evidencias de ridiculizar al niño ante otros, compararlo con hermanos menores que no se orinan, obligarlo a dormir con el pijama húmedo, lavar sus ropas mojadas, dejarlo durmiendo sin ropa y proferirles insultos y golpizas, entre otros.

Schaefer alude que tales prácticas no son exclusivas de los padres, pues, los médicos también han tratado la enuresis con métodos severos, preocupándose poco por el bienestar general del niño. Entre estos nos menciona la prescripción de vísceras de cerdo, erizos molidos y la cauterización de la uretra del niño con nitrato de plata. ⁽¹⁴⁾

Afortunadamente, en la actualidad se han descubierto tratamientos más humanizados para esta condición, aunque aún se practican ciertos métodos abusivos y drásticos.

Durante la revisión bibliográfica sobre la materia objeto de análisis, se constató que el abordaje terapéutico de la enuresis nocturna monosintomática se centra en dos modelos, que si bien muestran cierta efectividad, presentan efectos adversos y por otro lado no están al alcance de amplios sectores poblacionales.

Estos modelos son: ⁽¹⁵⁾

- El farmacológico: Emplea análogos sintéticos de la ADH (hormona antidiurética) tales como la desmopresina, oxibutinina, y la Imipramina fundamentalmente.
- El conductual: Dado en el empleo de las alarmas electrónicas.

Obsérvense algunos efectos negativos de estos fármacos: a) Desmopresina: Cefaleas, dolor estomacal, náuseas, aumento de peso, boca seca; epistaxis; taquicardia transitoria. b) Oxibutinina: Astenia, sequedad bucal, náuseas, diarrea, vómitos, estado confusional, arritmias, extrasistolía supraventricular, retención urinaria, hematuria, nicturia. c) Imipramina: Aumento de peso, anorexia; confusión, delirio, ansiedad, manía, desorientación; temblor, taquicardia, cambios en el ECG. Por otro lado las alarmas son muy costosas y solo tienen acceso a estas las clases pudientes, algo impensable para sectores humildes y para los países del tercer mundo, entre estos, Cuba. ⁽⁸⁾

En menor cuantía otros modelos psicoterapéuticos son empleados, pero están destinados a reforzar el modelo conductual. ⁽¹⁵⁾

De igual modo, esta búsqueda ha arrojado también que la hipnosis es poco empleada. El exiguo número de publicaciones aparecidas en los últimos 52 años, Los que ascienden a 31, de las cuales 21 corresponden a la última década, lo confirma.

Muchos de estos estudios tienen como hándicap que en lo científico poseen poco rigor y los diseños metodológicamente difieren mucho en; homogeneidad, por el tiempo dedicado a las sesiones, número de estas, los criterios de curados, mejorados, etc. Hay predominio de estudios no experimentales, salvo los publicados en **The American Journal of Clinical Hypnosis**, **Medisan** y libros de prestigiosas casas editoras. Sólo el 29% (nueve en total), está exento de los sesgos dados cuando no hay revisión por pares, lo que lleva a la No Calidad. Ello avala la orfandad de investigaciones robustas en la última mitad del siglo.

Si bien se han encontrado seis algoritmos terapéuticos para la enuresis, ninguno está

referido a hipnoterapia, predominando en estos, enfoques carentes de una visión integral del problema enurético, que impiden al terapeuta y al paciente pediátrico - portador de esta condición de salud - converger en el propósito curativo y que este último, se convierta en protagonista activo en el control de las emisiones de orina y se empodere de la solución del problema, ello no será posible sin observar las condiciones sociales donde el cuadro enurético se origina, ni los antecedentes patológicos personales y familiares. Si esta carencia es resuelta, se podrá establecer un plan de acción, donde el control de las emisiones voluntarias e involuntarias de orina, constituya el eje central para la toma de decisiones; entonces es imperativo establecer y reforzar una alternativa de tratamiento debidamente estructurada, que contribuya al éxito terapéutico y que supere las limitaciones que acompañan a los modelos predominantes.

Lo anteriormente expresado permite identificar el **problema científico de la investigación**: *Existen pocas evidencias de la efectividad de la hipnosis en el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática, careciéndose a nivel internacional de un algoritmo hipnoterapéutico para esta enfermedad, lo que impide propiciar la estandarización de sus resultados, y limita al mismo tiempo el empleo de esta modalidad terapéutica.*

Se delimita entonces a la enuresis nocturna monosintomática como **objeto de la investigación**.

Partiendo de lo expuesto, las **hipótesis de investigación son**:

1. La hipnoterapia es efectiva en la enuresis nocturna monosintomática.
2. El diseño del algoritmo terapéutico con hipnosis, para el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática es pertinente y permitirá su validación.
3. Cabría esperarse un alto nivel de validación de contenido del algoritmo diseñado a través del criterio de jueces.

En este contexto, para lograr la solución del problema científico se plantean como **objetivos**:

1. Evaluar la efectividad de la hipnoterapia en la enuresis nocturna monosintomática.
2. Validar un algoritmo hipnoterapéutico, diseñado para el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática.

La **novedad científica** de la investigación radica en ser la primera de este tipo que se realiza en el país, con el propósito de **reconceptualizar la respuesta a la hipnoterapia empleada, validar** la funcionalidad del **algoritmo** diseñado **para el tratamiento** de la población de pacientes con enuresis nocturna monosintomática, como instrumento teórico-metodológico en el proceso médico-asistencial.

El aporte teórico: Se logra a nivel de la ciencia una nueva perspectiva epistemológica, en tanto ordena, reconstruye, integra y actualiza un sistema de conocimientos para las ciencias médicas, dados por la reconceptualización de la respuesta a la hipnoterapia. Los componentes, las estructuras, las interrelaciones cognoscitivas establecidas para la construcción del algoritmo terapéutico también lo son, pues refieren métodos, recursos terapéuticos, orden, secuencia y progresión lógica; se enuncian conceptos novedosos como pico enurético o reacomodo de carga que permiten comprender las variaciones de la respuesta terapéutica, al verla como una función compleja y no lineal. Se ubica la regresión en un momento específico, se redimensionan los recursos terapéuticos y técnicas; ello va más allá de la autoestima pues se brindan elementos diagnósticos sobre la dinámica familiar. A ello se suma el empleo de la hipnosis colectiva.

Aporte práctico: Un nuevo modo de hacer, que permite aplicar una metodología sustentada en la sólida experiencia del investigador y en el reconocimiento por parte de los expertos de su viabilidad y pertinencia. Ello llena el vacío dado en la poca experiencia práctica existente en el manejo hipnoterapéutico de la enuresis nocturna, tanto en nuestro medio como internacionalmente, al demostrar que constituye un modelo para el manejo de la entidad en los pacientes portadores. La validación de este algoritmo terapéutico permitirá, confirmar, socializar y generalizar este resultado como un aporte científico, teórico y metodológico; como un constructo que propicia, de manera positiva y real, la realización de procedimientos novedosos en la práctica médica.

Como **Impactos** de la investigación se consideran los siguientes:

Científico: Contribuye de manera fehaciente a divulgar los reportes aparecidos en Cuba sobre el empleo de la hipnosis como modalidad terapéutica y su valor práctico en el tratamiento de la entidad señalada; toda vez que han sido constatadas sus bondades y la inocuidad del método. Se dota a la comunidad médica de un algoritmo terapéutico viable, cuyo empleo podría estandarizar el tratamiento hipnótico de la

enuresis nocturna monosintomática y los modos de actuación.

Tecnológico: Se concibe como un proceder particular de la terapia hipnótica. Se logra, al mismo tiempo, un algoritmo que es tecnología, en tanto produce cambios favorables en la respuesta clínica y psicosomática y ***una metodología de tratamiento no expresada antes.***

Social: Este impacto está dado por la clara incidencia que tendría el algoritmo en la disminución de los efectos negativos que en los órdenes psicológico y sociofamiliar, se presentan en los sujetos portadores de esta enfermedad y en sus familias, con un efecto evidente en la reducción de la morbilidad de este cuadro y otros asociados, impactando por ende, en una mejoría de la calidad de vida.

Tiene impacto en el aprendizaje, por parte del personal médico, de una metódica naturalista efectiva, al alcance de todos; permitiéndole aumentar su cultura terapéutica y el conocimiento de los beneficios que esta aporta. Este algoritmo se sustenta para su diseño, en el análisis de las observaciones, experiencias acumuladas y los resultados obtenidos de la práctica clínica ejercida y de las investigaciones realizadas por este autor, su tutor y otros colegas, por más de 20 años, las que han tributado a trabajos de terminación de especialidades en pediatría y psiquiatría Infanto juvenil, así como de la maestría en medicina naturalista y bioenergética.

Los resultados propios del autor han sido presentados en eventos nacionales e internacionales y están publicados en las revistas: ***16 de Abril, Española Electrónica de Psiquiatría y Psicología (psiquiatria.com)*** y es parte de un trabajo precedente publicado en el libro ***La hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas, de la editora morales i torres editores, de Barcelona, España.*** Recientemente se ha publicado un trabajo de enorme profundidad y complejidad sobre la temática en la ***revista chilena Terapia Psicológica***, que viene a reforzar todo un continuum de trabajo en esta área. Se han presentado en eventos internacionales en el campo de la Psicología de la Salud, la Psiquiatría y la Hipnosis Terapéutica.

Han servido igualmente como contenidos a impartir en el diplomado de hipnosis terapéutica y en la maestría de medicina natural y tradicional que se desarrollan en las Universidades de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Holguín y Granma, así

como en otros programas académicos en universidades de México, Panamá, Puerto Rico, Colombia y Chile. El empleo de una metódica como esta, presenta evidentes beneficios, dados por su inocuidad, bajo costo, su alta efectividad y el no empleo de fármacos. También en lo social su valor está ligado a elementos clínicos, propiciándose modos de actuación al alcance de la comunidad médica y de la población en general.

Para sustentar nuestra investigación se realizó un estudio complejo, estructurado en cuatro etapas metodológicas con el propósito de dar salida a los dos objetivos propuestos.

Para cumplimentar el primer objetivo se tuvo en consideración dos etapas metodológicas, a saber: En la primer etapa, la descripción de la población de niños y adolescentes aquejados de enuresis nocturna, y en la segunda, la identificación de la efectividad de la hipnoterapia en el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática, mediante la realización de dos cuasi experimentos sin grupo control y un estudio cuasi experimental con grupo control no equivalente.

Igualmente, para el logro del segundo objetivo se consideró cumplir dos etapas metodológicas respectivamente: I etapa el diseño de un algoritmo hipnoterapéutico para el tratamiento de esta enfermedad y II etapa: la validación del mismo en cuanto a contenido. El procesamiento estadístico se realizó fundamentalmente con el sistema Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versión 22.0 para Windows.

La tesis está estructurada de la siguiente manera: introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, apéndice y anexos. El primer capítulo trata las bases teóricas de la enuresis nocturna monosintomática, la hipnosis y sus modelos, los métodos de validación, validación de contenido y sus variados métodos, la validación por criterio de jueces o expertos y los más importantes modelos que se emplean para ello. El segundo describe el diseño metodológico utilizado en la presente investigación y en el tercero se exponen los resultados, se realiza la discusión de los mismos, arribándose por último a las conclusiones del presente estudio investigativo y las recomendaciones derivadas del mismo.

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Capítulo 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

En este capítulo se presentan, a través de una profunda y actualizada revisión, los fundamentos teóricos principales para el abordaje del problema científico planteado en la introducción y se logra a través de: a) La descripción de aspectos esenciales sobre enuresis nocturna, considerando sus antecedentes históricos, valoración actual, diagnóstico, clasificación, fisiopatología y los diversos manejos terapéuticos b) La presentación del fenómeno hipnótico, su tratamiento histórico, enfoques fisiológicos, los hitos propiciadores de su mayor empleo, así como las concepciones más avanzadas sobre el tema c) Los elementos propios de la validación de contenido, sus variantes, las técnicas más empleadas, ventajas y desventajas

1.1 Definición y datos epidemiológicos

La enuresis existe prácticamente desde que el hombre salió de las cavernas y tuvo necesidad de mantener limpio el espacio en el que habitaba, así como, regular sus funciones alimentarias La primera mención. data alrededor de 1.500 A.C. Hasta finales del Siglo XVII fue común en los autores que se ocuparon del tema, utilizar para su tratamiento, medidas que mezclaban una cierta base racional con una dosis de magia. Fue en el siglo XIX, cuando la pediatría se constituyó como especialidad médica, que se multiplicaron los trabajos dedicados a la enuresis.

La enuresis nocturna es un motivo frecuente de consulta en pediatría, psiquiatría infantil, psicología y en medicina familiar, aunque insuficientemente atendido desde el punto de vista científico. Vale reiterar que urólogos, nefrólogos, pediatras, psiquiatras, y psicólogos lo han abordado de forma independiente y sin plantear un enfoque global del problema. ^(15,16)

De acuerdo a la Sociedad Internacional de Continencia en Niños, el concepto actual de enuresis está referido a la incontinencia urinaria intermitente (fuga de orina en discreta cantidad), exclusivamente durante periodos de sueño, significativo en frecuencia. Para el ICD-11 (micción involuntaria por las noches, mínimo durante tres meses, con edad mental donde la enuresis es inaceptable; al menos dos veces al mes en pacientes menores de siete años y al menos una vez al mes en los mayores de siete años de edad sin alteraciones neurológicas) y para el DSM-V (micción solamente en la noche), en el cual la frecuencia corresponde a más de dos episodios a la semana. ^(4,17)

Por otra parte, el tratado de Pediatría de Nelson define la enuresis nocturna

monosintomática como una emisión repetida de orina de forma voluntaria o involuntaria en la ropa o en la cama, una vez superada la edad en la que ya debe adquirir el control de la vejiga, (la mayoría de los niños con edad cronológica de cinco años), afectando al 15% de estos, al 8 % de los niños de 10 años y al 1-2 % cuando son adultos jóvenes, en ausencia de defectos congénitos o adquiridos, y es más frecuente en varones, con una proporción favorable a estos de 1,4 a 1 con respecto a las hembras, lo que parece tener relación con el desarrollo psicomotor y la adquisición de habilidades más lentamente en los varones que en las hembras. (18, 19,20)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría en sus criterios diagnósticos del DSM-V, la enuresis nocturna se diagnosticará cuando exista emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea de manera involuntaria o voluntaria, el comportamiento sea clínicamente significativo, toda vez que se manifieste con una frecuencia de, al menos, dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos; o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento; la edad cronológica sea de por lo menos cinco años (o un grado de desarrollo equivalente) y cuando el comportamiento no se pueda atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, epilepsia). (11)

Las tasas de prevalencia de la enuresis nocturna, en las distintas edades, varían en los diferentes estudios analizados. Según la Asociación Española de Pediatría, las cifras se mueven entre el 6-32% a los cinco años de edad, el 8-28% a los siete años, 5-24% a los nueve años, 3-17% a los 11 años, 1-6% a los 13 años y 1-4% a los 15 años. Se aprecia una inconsistencia metodológica, dada por el uso de encuestas, por lo que los datos indicados hay que tratarlos con cautela. La mayoría de los estudios epidemiológicos coinciden en que la incidencia de enuresis nocturna disminuye a medida que aumenta la edad, y la frecuencia es mayor en varones que en mujeres.

En España se estima que existen más de 500.000 sujetos con enuresis nocturna y que un pediatra, por cada cupo de 1,000 niños, deberá atender a más de 50 entre 5 -14 años. La enuresis primaria es dos veces más común que la secundaria, habiendo un incremento en la prevalencia de enuresis secundaria entre los cinco y siete años. El 68,5% se considera monosintomática y el 31.5% como sintomática. (11, 19,20, 21)

Aunque no se cuente con el dato exacto de cuántos niños enuréticos son verdaderamente monosintomáticos, se sospecha que representan una proporción

importante de todos los que mojan la cama. La enuresis monosintomática es una afección socialmente disruptiva y estresante que afecta alrededor del 15-20 % de los niños mayores de cinco años y del 2 % de los adultos jóvenes.

En Argentina, se realizó una encuesta sobre la prevalencia de la enuresis monosintomática, en la que se interrogó a padres de niños que visitaron distintos hospitales de la capital federal por condiciones no urológicas. Se encuestaron 3952 padres de niños mayores de cinco años de edad (media de nueve años) y se pudo extraer de los datos registrados, que el 8,14 % (n: 322) de los encuestados mojaba la cama a una edad promedio de 5,5 años y el 3,7 %. ^(15,20)

En Cuba es una entidad no registrada en el anuario estadístico, no se recoge a nivel de provincias dato alguno; ello llama la atención teniendo en cuenta la alta prevalencia e incidencia a nivel mundial y lo bastante frecuente de las consultas a las especialidades psiquiatría infanto-juvenil, psicología infantil y medicina familiar.

1.2 CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGÍA DE LA ENURESIS NOCTURNA

La EN puede clasificarse en función del momento de aparición y de las afecciones a las que se asocia. Las clasificaciones más utilizadas para la clínica habitual son:

Según el momento de aparición:

1. Enuresis nocturna primaria: No existe un periodo previo prolongado de sequedad.
2. Enuresis nocturna secundaria: Aparece después de un periodo de continencia urinaria de, al menos, 6 meses consecutivos, sin ayuda.

Según la terminología más reciente y de acuerdo a la presencia de otros síntomas acompañantes:

1. Enuresis nocturna monosintomática o no complicada: No existe una sintomatología diurna que sugiera la existencia de una patología nefrourológica.
2. Enuresis nocturna no monosintomática o complicada: Cuando, además, el niño presenta síntomas urinarios diurnos (urgencia miccional, aumento/disminución de la frecuencia urinaria, escapes, chorro urinario débil, dolor...) que sugieren patología nefrourológica, como vejiga hiperactiva, micción no coordinada, etc. ⁽²²⁾

Etiología

La capacidad de cualquier niño para permanecer seco durante toda la noche presupone la integridad de los mecanismos necesarios para mantener la continencia:

1. Disminución de la producción nocturna de orina, la cual se adapta al ritmo circadiano de la secreción de la hormona antidiurética (ADH).
2. Aumento de la capacidad vesical nocturna y ausencia de contracciones involuntarias del detrusor.
3. Capacidad de despertar cuando aparezca la sensación miccional.

Por lo tanto, una producción incrementada de orina durante la noche (por ausencia de la elevación de ADH que da lugar a una poliuria nocturna) y una función vesical anormal (capacidad vesical reducida, hiperactividad vesical), asociadas a un fracaso en el mecanismo del despertar ante el estímulo vesical, son los factores responsables del episodio enurético.

Además de los factores fisiopatológicos aceptados mayoritariamente, se describen otros factores asociados, algunos ampliamente estudiados, como son la predisposición genética, los psicosociales, ambientales y otros de orden patológico (estreñimiento, encopresis, patología obstructiva de las vías respiratorias altas...). En cada niño pueden verse implicados, simultáneamente, uno o varios condicionantes patogénicos.

(21,22)

En un estudio realizado por Kurku H y colaboradores titulado Serum and urinary levels of Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) in Enuresis, Archivos Españoles de Urología, del año 2019, se buscó determinar el papel de la función vesical, los factores psicológicos o ambos como factores causales de la enuresis en pacientes pediátricos enuréticos. Se precisa que 30 pacientes tenían enuresis nocturna monosintomática, 30 enuresis nocturna polisintomática y 30 controles sanos, sumando un total de 90 individuos con un rango de edad entre 8-18 años. ⁽²³⁾

En todos los casos se midieron los niveles séricos y urinarios de factor neurotrófico derivado del cerebro (FNDC), además de los niveles de creatinina urinaria (Cr) y se hizo el cálculo de FNDC/Cr ng/mg creatinina. En el estudio se pudo determinar que además de problemas específicos vesicales, es posible que los problemas de ansiedad e inducidos por estrés psicológico, estén presentes en la enuresis Infantil polisintomática, concluyendo que además del creciente número de estudios sobre la vejiga en enuresis, es necesario desarrollar otros más, sobre los aspectos neurogénicos y psicogénicos de la misma. ⁽²³⁾

1.3 Factores asociados o desencadenantes

Predisposición genética

El riesgo de padecer enuresis nocturna aumenta 2,4 veces si hay un hermano afecto, 5,2 veces si es la madre, 7,1 si es el padre y 11,3 si afecta a ambos. Además, el hecho de tener antecedentes familiares influye de tal manera que los niños no enuréticos con estos antecedentes pueden alcanzar el control vesical nocturno a una edad más tardía que aquellos sin antecedentes familiares. Se observa claramente que la herencia juega un papel importante en la enuresis nocturna. El modo de transmisión más frecuente es autosómico dominante con alta penetrancia (90%), aunque en un tercio de los casos se presenta de forma esporádica. En un estudio realizado en Italia, el riesgo de padecer enuresis nocturna fue seis veces mayor al existir antecedentes en los padres (OR 6,7; IC95% 4,4-10,4). En otro estudio transversal el riesgo de enuresis fue 5-7 veces más alto si sólo uno de los padres tenía antecedentes de enuresis y aumentaba a 11,3 si la habían padecido ambos. La genética molecular relaciona la enuresis con alteraciones en los cromosomas 8, 12, 13 y 22^{5,6}. ^(24, 25,26)

Poliuria nocturna

Se caracteriza por escapes en el primer tercio de la noche, micciones muy abundantes; si el niño es despertado para orinar, no moja la cama. Se puede producir por: Ingesta excesiva de líquidos (potomanía); disminución de los niveles nocturnos de ADH; disminución de los niveles de acuaporina 2; y aumento de la excreción de solutos.

En la enuresis primaria monosintomática existe una inversión del ritmo circadiano de secreción normal de ADH, o bien, se mantienen niveles estables a lo largo de las 24 horas. Consecuentemente, se produce durante el sueño una orina más diluida y en un volumen significativamente mayor que en los niños normales, excediendo la capacidad vesical. ⁽²⁷⁾

Alteración en el mecanismo del despertar

Se caracteriza por escapes en cualquier momento de la noche y dificultad para despertar ante estímulos externos o internos. La enuresis nocturna se atribuye a la incapacidad para despertar ante el estímulo provocado por la plenitud vesical o por contracciones del detrusor.

Alteración vesical

1. Capacidad vesical disminuida: Los niños con enuresis nocturna, incluso en ausencia de síntomas diurnos, pueden presentar un volumen vesical menor que el esperado para su edad, en comparación con los controles, lo que sugiere que esta capacidad disminuida para almacenar la orina durante el sueño, pudiera jugar un papel importante. Estos niños, en general, no responderían al tratamiento con desmopresina.
2. Hiperactividad vesical: Se caracteriza por múltiples escapes de pequeño volumen durante la noche, en la que despiertan ocasionalmente después de la micción. Se trata de micciones frecuentes durante el día (con o sin urgencia). Puede acompañarse de estreñimiento y encopresis. Es originada por la tendencia del músculo detrusor a contraerse repentina e involuntariamente, cuando la vejiga aún no está llena, produciéndose urgencia miccional y escapes de orina durante el día o episodios enuréticos durante la noche. Con los estudios urodinámicos se ha podido demostrar que muchos pacientes enuréticos presentan alteraciones en la función vesical. Los niños con prelitiasis (hipercalciuria idiopática) tienen, con mucha frecuencia, hiperactividad vesical y tienen una pobre respuesta a la desmopresina y mejor a anticolinérgicos. ^(25,26,27)

Estreñimiento, encopresis

Puede ser causa de enuresis nocturna o de persistencia. Existe una estrecha relación entre el estreñimiento y la hiperactividad del detrusor. Las directrices actuales para el tratamiento de la EN recomiendan tratar el estreñimiento en primer lugar, si existiese. ^(25,26)

Patología obstructiva de vías aéreas superiores

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) ha sido asociado tanto con la ENP (enuresis nocturna primaria) como con la ENS (enuresis nocturna secundaria). Hasta un 47% de los niños afectados de SAOS, confirmado por registro de polisomnografía, refería padecer enuresis. ⁽²⁵⁾

Retraso madurativo

Se ha propuesto la existencia de un retraso en el proceso madurativo en general y, sobre todo, del control miccional, con una capacidad reducida para inhibir la contracción vesical durante la noche. Ello estaría de acuerdo con la tendencia a la

resolución espontánea que suelen mostrar los enuréticos y justificaría que este trastorno sea visto con frecuencia asociado a los patrones de retraso madurativo, tales como retraso en la sedestación o la marcha, la adquisición del lenguaje o el control del esfínter anal. Representaría, según esto, una variación del control normal de la vejiga.

(25)

Alteraciones urológicas

1. Válvulas de uretra posterior: A pesar del tratamiento precoz, una proporción elevada de pacientes pueden tener alteraciones de la micción debido al depósito aumentado de colágeno y a la hiperplasia-hipertrofia del detrusor, con lo que se reduce la distensibilidad vesical.

2. Uréter de implantación ectópica: Origina pérdidas constantes de orina, diurna y nocturna. ⁽²⁵⁾

Cefalea Tensional

Vázquez Medina en su estudio multicéntrico titulado Cefalea tensional como factor de riesgo de enuresis no orgánica en niños, Universidad Privada, Antenor Orrego, año 2019, concluye que la presencia de cefalea tensional en niños con enuresis no orgánica fue del 13,5% y la cefalea en niños sin enuresis no orgánica del 6,7%, por lo que la cefalea tensional aumenta más de una vez la posibilidad de enuresis no orgánica, considerándola un factor de riesgo. ⁽²⁸⁾

Factores psicológicos

La EN puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno emocional o del comportamiento más amplio. Se contempla una relación causal entre el trastorno mental y la enuresis donde el desajuste psicológico o psiquiátrico es el agente causal de la enuresis o a la inversa, es decir, la enuresis es la causa del trastorno mental o del desajuste psicológico. Existe una mayor incidencia en los niños enuréticos, de problemas emocionales y conductuales, tales como; trastornos del lenguaje, onicofagia, succión del pulgar, tics, miedo a la oscuridad y otras alteraciones adaptativas, sonambulismo, terrores nocturnos, comportamientos agresivos o provocadores, bajo rendimiento escolar, etc.

Los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que no han sido tratados, tienen un riesgo seis veces mayor de padecer EN que los controles sanos.

Dada la alta prevalencia de ambas entidades y su asociación, se debe investigar la posible existencia de síntomas de TDAH en los infantes que presentan enuresis. Los factores emocionales son los causantes de un gran porcentaje de enuresis secundaria no complicada, entre los que figuran; inapropiado ambiente familiar, dado por familias disfuncionales; alteraciones emocionales del niño, que incluyen baja autoestima, inseguridad, miedos, fobias, celos por la llegada de un hermanito u otra figura paternal (en caso de padre o madre sustitutos), así como divorcio o separación de los progenitores, cambio de colegio, mudanza a otra vivienda o una pérdida importante para él (padres, amigos, mascotas u otra). (29, 30,31)

Factores ambientales y sociofamiliares

La influencia ambiental en la génesis de la enuresis es ampliamente mencionada. Así, existe una clara relación causal en algunos casos de ENS asociada a: Bajo nivel socioeconómico, problemas conyugales, muerte de uno de los padres, nacimiento de un hermano, inicio o rechazo escolar, abuso sexual, hospitalización, etc. La EN sería un síntoma regresivo como respuesta a estrés o a traumas diversos como manifestación de un retroceso en la maduración adquirida.

La enuresis en la mayoría de los casos es considerada una afectación de tipo emocional o comportamental, reafirmandose, el establecimiento de una relación entre el trastorno mental y la enuresis, donde el desajuste psicológico o psiquiátrico es el agente causal de la enuresis o a la inversa, es decir, la enuresis es la causa del trastorno mental o del desajuste psicológico. (32,33)

Diferentes autores mencionan la relación existente entre los problemas de conducta con los eventos miccionales, pues los infantes con problemas emocionales, de comportamiento, del lenguaje, succión digital, de adaptación, sonambulismo, terrores nocturnos, bajo rendimiento escolar, de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, tienen un riesgo mayor de padecer problemas de enuresis, en un rango de 6 a 1.

En el factor contextual, caracterizado en la forma como los padres crían y educan al menor, tanto la sobreprotección como la negligencia inciden directamente en cómo se enfrenta el problema enurético, y se nota con las molestias y cambios del proceso miccional, tales como, pérdidas de orina en forma repentina, urgencias urinarias recurrentes; elevadas preocupaciones sobre el hecho, que generan estrés en las familia y cuidadores del menor, afectando su interacción social.

Mojar la cama implica algo más que amanecer húmedo, afecta de forma directa el comportamiento y adaptación del menor al ámbito social, escolar y familiar; ocasiona estrés familiar y discusiones entre la pareja, discrepancias en la «forma de resolver o castigar el problema». El niño con enuresis suele sentirse humillado, avergonzado lo que conlleva a evitar actos sociales, asistencia a la escuela o grupos de juegos.

La enuresis ocasiona una afectación emocional en los cuidadores o padres de familia, provocando sentimientos de culpabilidad, desconfianza, impotencia, vergüenza (por lo que no están dispuestos a hablar del tema) y falta de compromiso al criar a sus hijos, todo esto debido a que los niños atraen una gran demanda de atención y esfuerzo más aún si es un niño enurético. (32,33)

El infante está en una etapa de aprendizaje en la que se puede llegar a prevenir ciertas dificultades como lo es la misma enuresis. Es apropiado que los padres o cuidadores empiecen a incentivar o motivar al menos a partir de los 18 meses al uso de orinales infantiles o adaptarlos al sanitario para que el niño tenga una buena sujeción del cuerpo; no se debe mantener al niño sentado sin realizar acción alguna, como lo es la micción y no se debe insistir en ello, pues se le puede fatigar.

La gran responsabilidad de los padres o cuidadores en la actualidad es la de ser aprendices de la forma en cómo criar a sus hijos, tomando conocimientos que los puedan guiar, caso contrario, serán los causantes de las enfermedades y problemas psicológicos en el menor; los problemas de enuresis muchas veces son causados por las exigencias desmedidas que se da por parte de los padres o cuidadores. (26, 32,33)

Actualmente se realizan estudios que aunque no concluyentes y con muestras muy pequeñas, comienzan a relacionar la enfermedad con el aumento de la vitamina D, la timidez, los trastornos de la glándula tiroides y de los niveles de calcio en orina, del ritmo circadiano y del cronotipo vespertino, igualmente con el clima, principalmente el invierno, así como la duración de la lactancia materna. Estos recientes estudios demuestran el interés creciente por esta enfermedad y en los investigadores y proporcionan informaciones, dignas de tener en cuenta. (34, 35,36, 37,38)

1.4 Diagnóstico

La anamnesis y exploración física dirigidas son las claves del diagnóstico. Un momento ideal para interrogar sobre el control de esfínteres, si no se ha hecho antes, es en la revisión de salud infantil a los 5-6 años.

Anamnesis

La entrevista debe ir dirigida a clasificar adecuadamente la enuresis (primaria o secundaria y monosintomática o no monosintomática), a valorar su gravedad (n.º de noches que moja por semana), el impacto y la actitud familiar y del paciente ante el hecho enurético, a detectar otros problemas de incontinencia, patologías asociadas que puedan interferir en la evolución de la enuresis (estreñimiento, TDAH, SAOS, obesidad...) y a valorar los factores que influyen en el éxito del tratamiento. También se debe interrogar acerca de los tratamientos o conductas previas, si los ha habido, y su respuesta. Puede ser de interés conocer los antecedentes enuréticos familiares para entender la actitud de la familia ante este trastorno.

Exploración

La exploración del niño con ENM suele ser normal. Sin embargo, para confirmar el tipo de enuresis y descartar problemas asociados se recomienda una exploración mínima:

1. Palpación abdominal (comprobar si existe globo vesical o masas fecales por estreñimiento).
2. Inspección de genitales (descartar malformaciones, estenosis de meato en niños, adherencias labiales y vulvovaginitis en niñas, dermatitis, sospecha de abuso sexual). La presencia de excoriación perianal y vulvovaginitis puede indicar infestación por oxiuros. La humedad en la ropa interior es un signo de incontinencia diurna, diagnóstico que en ocasiones los padres subestiman en la anamnesis. En este caso se debe indicar que vigilen este aspecto para descartar que no se deba solo a escapes tras la retención voluntaria de los niños, sobre todo los más pequeños, por estar distraídos o atrapados en el juego. Si no es así, pensar en enuresis asociada a incontinencia diurna y en ese caso se estaría ante una enuresis no monosintomática. Las manchas de heces o secreciones pueden hacer sospechar estreñimiento, encopresis, infecciones o algún problema emocional. ^(39,40)
3. Inspección de la espalda para descartar anomalías o lesiones que sugieran disrafismo: nevus pilosos, fositas sacras por encima de la línea interglútea.
4. Observación de la marcha talón puntillas adelante y atrás descalzo (explora las raíces sacras sensitivas y motoras que inervan la vejiga), para descartar patología neurológica a dicho nivel.

Esta sencilla exploración, que en la enuresis primaria monosintomática (EPM) es normal y sería suficiente para el diagnóstico. Algunos autores también aconsejan valorar la hipertrofia adenoidea u otros signos que sugieran apnea del sueño, así como

el crecimiento y la tensión arterial, ya que la hipertensión o un retraso en el crecimiento pueden indicar enfermedad renal y sugerir enuresis secundaria. La única prueba complementaria que algunos autores recomiendan es el diario miccional, un registro que los padres o el paciente harán durante al menos 3-4 días.

Es fundamental investigar si existe estreñimiento, ya que interfiere de forma negativa con la enuresis. Ante la duda y dado que los padres suelen subestimar este problema en la entrevista, se recomienda el registro de la defecación y sus características, durante al menos 2 semanas. (13, 14, 15,39)

1.5 Tratamiento

Aunque la enuresis tienda a desaparecer espontáneamente con el crecimiento del niño (resolución espontánea del 15 % por año a partir de los seis años), una proporción significativa continúa mojando la cama en la adolescencia y, menos frecuentemente, en la etapa adulta. La enuresis monosintomática no resuelta tiene un alto impacto psicológico negativo. Las razones del manejo proactivo están asentadas en evitar el estrés y la incomodidad causados al niño y a la familia, la dificultad en pernoctar en la casa de amigos o familiares, el aislamiento social, la reducción de la confianza en sí mismo, los potenciales disturbios en la armonía del sueño familiar, que puede tener un impacto sobre las funciones del día y la salud. Uno de los primeros pasos será desarrollar la comprensión de los padres sobre la enuresis, considerado este, como muy importante.

Sin embargo, la enuresis no tratada puede persistir hasta la resolución espontánea, sin edad definida en cada caso (el 10% en niños de seis años y el 3% a los 12 años), con porcentajes de prevalencia en el adolescente y en el adulto del 1% al 2%. Una terapia temprana puede eliminar tan serias consecuencias para el bienestar del niño. Las razones adicionales incluyen el riesgo de que algunos padres puedan ser intolerantes al evento de la cama mojada de sus hijos y el costo asociado con el frecuente lavado de la ropa de cama y las prendas del niño. Algunas familias pueden preferir mantener en secreto esta situación y esperar la resolución espontánea, más que buscar una ayuda médica.

La percepción y actitud de los padres frente a la enuresis cobra gran importancia en su abordaje. Se declara que los adultos enojados y frustrados tienen una probabilidad significativamente mayor de castigar a sus hijos por la enuresis que los padres que se acercaron a la enuresis de manera positiva, con consuelo y aliento. La falta de aliento

puede afectar negativamente la autoestima de los niños con EN. Por tal motivo, el asesoramiento parental es uno de los factores más importantes en el enfoque positivo frente a la enuresis. ⁽³³⁾

De acuerdo con los datos aportados por diferentes estudios centrados en este tema el tratamiento general de la enuresis nocturna se basa fundamentalmente en tres aspectos: farmacológico, conductual y psicológico. ^(36,39,40)

Tratamiento farmacológico

Desmopresina. Es un análogo de la vasopresina que incrementa la reabsorción de agua en los túbulos distales del riñón, para activar los canales de acuaporina mediante el receptor V2 y disminuir el flujo urinario. La prescripción de desmopresina representa la primera línea de tratamiento en niños mayores de cinco años, que no han tenido respuesta satisfactoria a otros tipos de medicamentos, lo que representa una opción para el paciente y sus padres que desean una mejoría a corto plazo o que se niegan al tratamiento con alarma. El 30 % de los pacientes alcanza periodos secos, incluso el 40% logra disminuir los episodios de enuresis con la prescripción de desmopresina; sin embargo, existe recidiva de 60-70% después de suspender el tratamiento.

Actualmente, su administración es por vía oral durante la noche (la presentación intranasal no se encuentra indicada para el tratamiento de enuresis nocturna, debido a los riesgos de crisis de hiponatremia); la dosis inicial es de 0.2 mg una hora antes de dormir, y si en 14 días no hay reacción satisfactoria, puede incrementarse la dosis a 0.4 mg. Puede ocurrir hiponatremia dilucional entre otros efectos. Para prevenir este se recomienda limitar el consumo de líquidos a 240 ml, una hora antes y ocho horas después de la administración de desmopresina. El tratamiento debe suspenderse en caso de desequilibrio de líquidos o electrolitos, fiebre, vómito recurrente o diarrea. La reacción ocurre entre la primera y segunda semanas de iniciar el tratamiento. Se indica durante tres meses, con una semana de descanso; en ese lapso los padres y el paciente pueden valorar la reacción al fármaco y si se continúa con el tratamiento.

Tratamiento combinado

a. Desmopresina y alarma: esta combinación ha demostrado gran efectividad, particularmente en niños con problemas emocionales o de conducta y en quienes han tenido más de un episodio de recurrencia, después del tratamiento con alarma.

b. Desmopresina y oxibutinina: Es una combinación efectiva en pacientes con deficiente capacidad vesical y signos de vejiga hiperactiva, sin embargo, los anticolinérgicos no han demostrado eficacia en el tratamiento de la enuresis verdadera.

c. Desmopresina y otros fármacos: El tratamiento en conjunto con indometacina ha demostrado resultados variables. La combinación de desmopresina y diazepam ha reportado reducción de episodios húmedos. (17,40)

Imipramina. Los antidepresivos tricíclicos disminuyen el periodo REM del sueño, estimulan la secreción de vasopresina y relajan el músculo detrusor. Debido a la eficacia reportada en tratamientos previos, la imipramina representa la tercera línea de tratamiento de la enuresis, principalmente cuando la desmopresina no ha mostrado resultados satisfactorios en combinación con otros fármacos. Una revisión sistemática reportó que la imipramina disminuyó los episodios húmedos a uno por semana y el 20% de los pacientes se mantuvo seco durante 14 noches consecutivas; sin embargo, el límite de recurrencia fue de 96% después de suspender el tratamiento. La Imipramina debe administrarse una hora antes de dormir; la presentación comercial es de 10, 25 y 50 mg, con dosis inicial de 10-25 mg y puede incrementarse a 25 mg en caso de no obtener reacción satisfactoria después de una semana de iniciar el tratamiento. La dosis estándar en niños de 5-8 años es 25 mg y en niños mayores de 50 mg; las dosis no deben exceder los 50 mg en niños de 6-12 años y de 75 mg en niños mayores de 12 años. Al igual que el tratamiento con desmopresina, debe valorarse durante tres meses y de no haber reacción satisfactoria se sugiere suspenderlo gradualmente. Si el tratamiento es exitoso, deberá encontrarse la dosis mínima efectiva. Los efectos adversos más comunes incluyen alteraciones cardíacas (depresión miocárdica en sobredosis), por lo que algunos pediatras recomiendan efectuar un electrocardiograma antes de indicar el tratamiento e investigar el antecedente familiar de enfermedades cardíacas. La atención empática y con soporte en la evidencia del médico tratante es parte fundamental del tratamiento de niños con enuresis, y al mismo tiempo los padres deben encontrarse motivados para alcanzar el éxito en la curación de este trastorno. (17, 40,41)

Tratamiento conductual con “alarmas”

Existe gran variedad de dispositivos de alarma (pipi-stop) y su utilización depende de la edad del niño. Uno de los más utilizados es una alarma disponible comercialmente – “alarma para pañales” --, que consiste en un sensor que se activa cuando detecta

humedad. Este sistema consta de una petaca con dos electrodos que se colocan en las zonas 3 y 9 de la región perineal, aplicando una frecuencia de 50 Hz y una intensidad de corriente variable según la sensibilidad del niño. Cuando detecta humedad, produce la activación de una señal eléctrica, indolora, que contrae los músculos del suelo pélvico, cerrando la uretra y evitando la micción. Tras 20 segundos de contracción, se activa un sonido que alerta al niño y a los padres, lo que determina que el niño vaya al baño sin que se haya producido micción involuntaria. Otros sistemas de alarma son mediante “un sonido audible” utilizando la palabra “despertar”. Aral y colaboradores no encontraron diferencias significativas, entre los dos sistemas de alarma antes indicados. ⁽³¹⁾

Los sistemas de alarma en combinación con el tratamiento farmacológico tienen buenos resultados, particularmente en la enuresis monosintomática. Con desmopresina combinada es más efectivo que el tratamiento monoterápico, bien con desmopresina o mediante la utilización de alarmas solamente. ⁽⁴²⁾

Para otros autores las medidas generales o tratamiento conductuales sin alarmas consisten en: ^(41, 42,43)

1. Explicar al niño y a su acompañante de forma sencilla, el funcionamiento del riñón y la vejiga y el por qué se produce la enuresis nocturna.
2. Hacerles saber que no se es culpable por presentar el cuadro enurético, pues se debe a un retraso madurativo en esa área anatómica, elemento ajeno a su voluntad.
3. Advertir al familiar que no se debe reprender ni avergonzar al niño, y sí reforzar la idea del retraso madurativo que habrá de solucionarse.
4. Promover en estos una actitud positiva durante el tratamiento, pero delimitarles que no les corresponde ser parte activa del mismo, ni despertar al niño en la noche, poner el despertador, impedir beber líquidos, pues ello corresponde asumirlo al paciente.
5. Explicar al niño que debe aumentar la ingesta líquida durante el día y no después de las 7.00 pm.
6. Recomendarle realizar ejercicios de “entrenamiento vesical” (aguantar por corto tiempo el deseo de orinar e interrumpir al menos una vez el chorro urinario durante la micción).
7. Enseñarle al infante a llevar el diario, en el que delimitará las “noches secas” de las “húmedas”, y si hubo ingesta o no de líquidos nocturnos.
8. Pedir a los familiares que reconozcan y premien los éxitos conseguidos.

9. Citar, para revisión, cada 15 días durante 3 meses.

Cabe señalar que estas tendencias predominantes en el tratamiento se recogen en seis algoritmos que se mueven - a criterio de este autor - en una expresión “bidireccional-salomónica”, dada por el empleo, bien de terapia conductual (alarma) o fármaco a predominio de la desmopresina, e incluyendo la oxibutinina y la Imipramina o ambas a la vez. De hecho, existe una elevada coincidencia en cuanto a la ruta crítica que se debe tener en el marco del tratamiento, y los modelos alternativos. Si no se resuelve con uno, emplear el otro, sin importar el orden, incluido el referirlo a otro especialista si no hay solución con ninguno de los modelos.

La emisión de orina puede darse por factores mecánicos, climáticos, traumas, factores estresantes que para nada tienen que ver con el no control del esfínter vesical, pues lo que se hace es somatizar un conjunto de tensiones o darse una respuesta de tipo fisiológico a la acción de los factores antes descritos.

Tratamiento psicológico

En el tratamiento de la enuresis es importante que los niños adquieran conciencia sobre su tracto urinario inferior, cómo funciona y cómo actúa ante las distintas situaciones. También lo es, que los niños se sientan parte del tratamiento, premiándoseles por cada noche que consiga estar seco, propiciando con ello un feedback positivo.

Otro aspecto a destacar a la hora de realizar el tratamiento de la enuresis, es establecer una serie de reglas higiénicas/uroterápicas, como son: no ingerir bebidas gaseosas antes de ir a dormir, ir al baño antes de acostarse y controlar la posición durante la micción para relajar la musculatura del suelo pélvico. ^(41, 42)

Otros abordajes

En medicina alternativa, las píldoras de Suoquan se han utilizado ampliamente en Asia oriental desde la antigüedad, para el tratamiento de la enuresis nocturna. El Suoquan fue descrito por primera vez en el texto “Introducción a la medicina” (Yixuerumen) por Li Chan, dinastía Ming (1368–1644). Este es una mezcla de *Alpinia oxyphylla* Miq, *Dioscorea opposita* Thunb y *Radix Lindera*, preparada en una proporción de 1:1:1, y se usa para calentar el yang de los riñones y expulsar el frío mientras alivia la micción frecuente, al detener las fugas. En Corea del Sur, Suoquan se usa ampliamente para mejorar los síntomas del tracto urinario, como la enuresis nocturna y la micción

frecuente o urgente. ⁽⁴⁴⁾

Autores como Pérez Martínez y colaboradores, ven que la neuromodulación por electroestimulación del nervio tibial posterior durante seis sesiones, es efectiva en el manejo de pacientes con enuresis monosintomática resistente al tratamiento; además, representa una técnica de bajo costo, fácilmente reproducible y con efectos adversos casi nulos. ⁽⁴⁵⁾

Importante es lo aportado por Bermúdez Paz y colaboradores, quienes proponen el procedimiento EPSILON, basado en un examen de polisomnografía modificado que permite el análisis de diversas señales fisiológicas relacionadas con la enuresis nocturna monosintomática; el que es un paso inicial hacia la prevención de la micción y abre las posibilidades de encontrar una solución que logre mejorar la calidad de vida de los niños que sufren de esta condición, y de hecho la felicidad de sus familias. Aún así, ninguna de estas soluciones permite prevenir la micción, y aunque generan una alarma al momento en que se inician, e involucran el uso de hormonas análogas a la hormona antidiurética. Se plantea entonces, que su empleo se debe a la falta de un conocimiento adecuado de las variadas señales fisiológicas relacionadas con la enuresis nocturna monosintomática. ⁽⁴⁶⁾

Terapia motivacional

El doctor Karakaya refiere, en un estudio publicado como artículo original en la Revista de Medicina y Cirugía y titulado “Our experience of treating children with primary monosymptomatic enuresis nocturnal in a pediatric bedwetting clinic”, con una muestra de 95 pacientes con enuresis nocturna monosintomática primaria y edad promedio de 8,5 años, que como primer eslabón de tratamiento estuvo el apoyo, para aumentar la motivación. El segundo consistió en el tratamiento con alarma administrado a 32 pacientes y como tercero se prescribió tratamiento farmacológico a ocho. La enuresis disminuyó en; el 58 % de los pacientes que recibieron terapia de motivación, el 63 % de los pacientes que recibieron terapia de alarma y en el 90 % de los pacientes que recibieron terapia con medicamentos; sin embargo, estos últimos recayeron cuando se suspendió el medicamento. Para dicho autor, el tratamiento motivacional debe ser la prioridad y después se deben ir agregando otros pasos de ser necesario; de igual manera, sostiene que los tres eslabones en la terapia de la enuresis nocturna monosintomática primaria pueden combinarse o administrarse aisladamente. ⁽⁴⁷⁾

Otros autores, plantean tratamientos alternativos como pueden ser, acupuntura,

quiropaxia, homeopatía, hierbas medicinales, entrenamiento muscular del suelo pélvico, inyecciones de la toxina botulínica e hipnosis, los que requieren de un mayor número de estudios que puedan evidenciar su eficacia en el tratamiento de la enuresis nocturna. ⁽⁴⁸⁾

En Santiago de Cuba, se emplea la hipnoterapia con un fuerte respaldo científico, al comprobar su efectividad para el manejo de esta condición de salud. Muestra de ello son los trabajos que se vienen realizando por más de 20 años en la Clínica de la Hipnosis Terapéutica de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, y donde este autor junto a su tutor y otros colegas han sido protagonistas de tal proceso. ⁽⁴⁹⁾

1.6 Hipnosis. Definición y elementos fisiológicos

La hipnosis es un término que evoca muchas asociaciones y ha captado la atención de numerosos pensadores e investigadores creativos del campo de la psicología, tales como Freud, Wundt, James, Clark, Hull, Ellis, entre otros. Es un saber tan antiguo como el hombre mismo, cuya ejecución se remonta a tiempos inmemoriales. Un grabado griego (928 AC) da fe de su antigüedad, al mostrar a Quirón (médico famoso de la época) hipnotizando a su discípulo Esculapio. Ha sido utilizada en casi todos los países y momentos históricos por sacerdotes, brujos de tribus primitivas (chamanes), médicos y religiosos, para curar a enfermos; pero hubo que esperar muchos años para que el mito de la hechicería desapareciera, al menos en parte. Aún existen segmentos que la consideran diabólica, satánica o esotérica. ⁽⁵⁰⁾

La historia recoge eventos que constituyeron hitos para la modernidad. A saber:

- Año 1821. El Dr. Recamer utiliza la hipnosis como anestesia y opera bajo la técnica de coma mesmeriano, más tarde el 12 de abril de 1829. El Dr. Jules Cloquet, extirpa una mama bajo hipnosis.
- 1845. El Dr. James Esdaile cirujano inglés, al leer en el Elliotson's Journal que a un paciente hipnotizado se le opera un hidrocele, sin dolor, adopta la hipnosis rutinariamente y en un año efectúa 100 operaciones.
- Las sociedades médicas americana e inglesa reconocen su uso como tratamiento adjunto para el dolor en la segunda mitad del siglo XX. En 1955. La Asociación Médica Británica aprobó el uso de la hipnoterapia como un tratamiento válido. La Asociación Americana de Hipnosis Clínica se fundó en el mismo año con la incorporación de médicos, psicólogos y dentistas.

- Desde los años 70 el anestesiólogo norteamericano Maurice Tinterow ha empleado la hipnoterapia en varias afecciones y la ha utilizado en lugar de la anestesia en algunos tratamientos quirúrgicos como: histerectomías, hernias, cesáreas y en el tratamiento de quemaduras de 2° y 3° grado. Uno de sus casos fue una joven de 15 años, la cual requería de cirugía a corazón abierto, pero era alérgica a todos los anestésicos. Utilizó la hipnosis preoperatoria por ocho semanas. Fue hipnotizada antes de la operación, que se prolongó por cuatro horas, y fue un éxito, y 30 años más tarde se mantuvo en excelentes condiciones de salud.
- En Indianápolis, E.U.A, 1962, se produce la primera operación de cerebro bajo hipnosis. Opera el Dr. N. Mayar e hipnotiza el Dr. Paul Brad.

Definición de Hipnosis

El doctor Alberto Cobián la define del siguiente modo “Es un estado especial donde es posible a través de la palabra u otro estímulo siempre condicionado por ella, crear un modo particular de accionar de la mente humana que puede variar – en función de las necesidades – la manifestación de los procesos volitivos para permitir la expresión plena de potencialidades cerebrales, que en estado de vigilia y por mecanismos neurofisiológicos defensivos, no se manifiestan de forma activa. Es un proceso natural creado en el hombre por sí mismo o por otro hombre, que implica siempre la actividad cerebral en su unidad y diversidad, lo que facilita principalmente operar bajo nuevas condiciones, aumentando la productividad neuronal y psicológica, así como la eficacia de la respuesta somática ante las nuevas urgencias y necesidades del organismo.”⁽⁸⁾

Fisiología

Estos fenómenos extraordinarios de la mente, provocados por la hipnosis, son tan científicos como los de la física o de cualquier otra ciencia. Se trata de un procedimiento que permite al cerebro desarrollar facultades extraordinarias; pero no es un poder sobrenatural como suele considerársele. Intentar acercarse a un fenómeno complejo mediante explicaciones simples, probablemente genera más confusión que clarificación. Otros autores plantean que la hipnosis es un constructo complejo y en la actualidad no existe una teoría preponderante al respecto, sino un conjunto de técnicas como un instrumento más de intervención.

Para el Dr.C. Manuel Rodríguez, fisiólogo de la Universidad Médica de Granma, la

hipnosis es una modalidad fisiológica de la conciencia en vigilia, que es innata en todos los seres humanos, en la cual el cerebro funciona temporalmente de modo subconsciente, y que es iniciada, generada y mantenida por la comunicación hipnótica como estímulo externo que potencia capacidades de funcionamiento preexistentes a la vez que provoca un condicionamiento del estado alcanzado, y puede evocarlo posteriormente.⁽⁵⁰⁾ Esta conceptualización plantea puntos coincidentes con la definición aportada por Cobián.

Cada día toma más fuerza el criterio de que no es precisamente un proceso de inhibición generalizada el que provoca el “sueño”, sino más bien que aún cuando exista la fase de sueño, pueden darse procesos de activación, tal como expresaron Godín y Mandel, al sostener, a través de sus investigaciones que durante el sueño se incrementa la influencia de la sangre al cerebro, apenas varía la actividad metabólica de las neuronas y se mantiene el consumo de oxígeno por este en los mismos niveles que en estado de vigilia, todo lo cual implica una activación. ⁽⁸⁾ Acota el Dr. Cobián que hay cuatro efectos esenciales de la palabra en la actividad cerebral y estas son:

- Permite establecer nuevas sinapsis.
- Se enriquece la arborización dendrítica.
- Aumenta la neuroplasticidad.
- Produce cambios metabólicos de la glucosa y el oxígeno en el neurosoma.

Por otro lado, este mismo autor declara que debe observarse que; elementos omnipresentes en todo este proceso, son los contenidos semánticos que producen, regulan, inhiben, excitan en cualquier de sus variantes los cambios biológicos, fisiológicos, y bioeléctricos en el organismo bajo la dirección del cerebro y sus “satélites asociados”. Para comprenderlos desde la perspectiva hipnótica, debe acudir a un principio esencial formulado por Bernheim, el referido al Ideodinamismo, donde se expresa que toda idea sugerida se convierte en acto a tenor de sugerencias y las autosugerencias y del resultado de su accionar.

En su teoría sobre los receptores semánticos, Cobián ubica a estos en una categoría que supera la condición de ser adrenérgicos, colinérgicos o de otro tipo, y en los que la palabra produce determinadas modificaciones estructurales, funcionales, neurobioquímicas y neurocibernéticas. Es por lo que el cerebro puede ser considerado un sistema semiótico. ⁽⁸⁾ Para él, la palabra también actúa en el cerebro a escala

molecular tanto como agonista, agonista inverso y antagonista de neurotransmisores como la dopamina, acetilcolina, serotonina, epinefrina y norepinefrina, entre otras monoaminas y catecolaminas, así como en la enzima monoaminooxidasa (MAO), a través de circuitos diferenciados de procesamiento superior y basales, y en las distintas fases de la transmisión del impulso nervioso. Esta propiedad de la palabra es válida también para los poderosos opiáceos naturales que nuestro organismo es capaz de producir.

A través de los modelos semántico-lógicos podemos construir y reconstruir redes nerviosas que ofrecen la posibilidad de organizar la información necesaria basándose en criterios de calidad y en priorizar lo novedoso. Justo aquí desempeña un papel esencial la formación reticular activadora ascendente, que recibe información de todos los caminos neurales del organismo y actúa como un filtro, pasando al cerebro apenas la información novedosa, lo cual implica asumir calidad y no cantidad; tal habilidad de atender a lo nuevo está asociada al locus cerúleus, cuyas conexiones neurales estimulan la instalación de cortos reajustes y transducen los estímulos nuevos a un nivel psicofisiológico estable y fuerte. ⁽⁸⁾

Gran número de investigaciones han confirmado que el Potencial P300 es un indicador consistente del estado de las funciones cognitivas y que muestra una elevada correlación con variables neuropsicológicas que evalúan las funciones cognitivas y el coeficiente de inteligencia, considerándose ello también como un deslinde, de las influencias educacionales y culturales; conclusiones de hecho muy sólidas. ⁽⁸⁾

La latencia de la P300 es un marcador que expresa la velocidad del procesamiento cognitivo de la información, en tanto la amplitud depende de la sincronía con que se descargan una extensa población de neuronas y está asociada a la intensidad de los procesos de atención selectiva; puede entenderse entonces que ambos procesos son cruciales para el hecho hipnótico, pues indican velocidad del procesamiento de la información y disponibilidad de recursos atencionales, así como permiten valorar que las diferencias expresadas al pasar de un estado de conciencia a otro en las variables P300, posibilitan realizar importantes inferencias sobre las características de las funciones cognitivas en cada estado. Es necesario destacar de hecho que partiendo de este marcador confiable, durante el estado de trance hipnótico se mantienen activados los mecanismos del procesamiento cognitivo de la información, operando también las funciones cognitivas de manera cualitativamente diferente.

Esta confirmación es esencial para revalidar el criterio que se expone en la definición

dada por Cobián, al referir aumento de la productividad neuronal y psicológica.

Ello permite validar planteamientos que se han originado a partir de diversos estudios dirigidos a valorar el aprendizaje o la función de aprendizaje bajo trance.

El hecho de que la velocidad de procesamiento cognitivo (latencia) se prolongue bajo trance, permite considerar que hay una función de aprendizaje cualitativamente diferente, ello depende del tipo de actividad, del contenido de los procesos de pensamiento y de la implicación afectiva de los sujetos bajo trance, toda vez que se ha observado que en situaciones de tensión existen otros indicadores conductuales que expresan agitación y cambios somáticos, tales como aumento de las pulsaciones, lo cual implica igualmente que hay un pleno procesamiento de imágenes no placenteras y que el registro somático del procesamiento es completamente distinto. ⁽⁸⁾

Debido a lo antes expuesto la hipnosis se ha usado ampliamente como herramienta muy útil para la aplicación de técnicas psicoterapéuticas que surten mejor efecto bajo este estado. Por otra parte, se conoce que los mecanismos de condicionamiento ocurren mejor con un nivel alto de concentración y un mínimo de inhibición exógena, lo cual se logra perfectamente bien en el estado hipnótico, sin causar daño al paciente, pues se emplean técnicas inocuas y aceptadas científicamente. ⁽⁸⁾

Estudiosos del tema ven en la hipnosis la posibilidad de crear en un sujeto un estado particular psicofísico que permite influir sobre las condiciones psíquicas y somáticas del sujeto, por medio de la relación que se crea entre éste y el hipnotizador.

El empleo de la hipnosis como método terapéutico se basa en su inocuidad y en el hecho de que permite trabajar con percepciones inconscientes, así como descubrir traumas, conflictos y otras situaciones estresantes.

Es precisamente en los niños donde la hipnosis juega un papel primordial, según el destacado psiquiatra culturalista Milton Erickson (1901-1980) considerado el padre de la hipnosis clínica moderna y tal vez el más encumbrado hipnoterapeuta hasta la fecha, quien en 1957 funda la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica. ⁽⁵⁰⁾

La diferencia principal entre la hipnosis clásica y la moderna reside en el lenguaje utilizado por el hipnotetapeuta y la actitud semidirectiva, en lugar de autoritaria, por parte del terapeuta. El Dr. Cobián (1997 y 2010) explica que la Nueva Hipnosis es una aproximación individualizada, la cual acepta y utiliza las experiencias propias del paciente, su estilo de procesamiento y marco de referencia. Agrega que la Nueva Hipnosis, como es comúnmente conocida utiliza un lenguaje más indirecto, y otros recursos simbólicos y metafóricos, lo que permite mayor rapidez en la obtención del

trance. Erickson consideró que con este método se lograba distraer al hemisferio izquierdo para poder llegar por el hemisferio derecho, que es menos crítico, y así potenciar, asimilar y recordar lo hablado durante el proceso hipnótico. A partir de los trabajos de Milton Erickson, el desarrollo de la hipnosis pediátrica ha alcanzado un alto nivel de efectividad.

En las últimas dos décadas se han realizado variados trabajos que demuestran la utilidad práctica de la hipnosis en el tratamiento de problemas infantiles. Se considera que, a menudo, el trabajo de la hipnosis con los niños es mucho más fácil que con adultos, ya que la gente joven tiene poco miedo y carece por completo de temor a nuevas experiencias. Olness y Kohen (1996) explican que la viabilidad de esta técnica se debe a que los niños usan la imaginación, el "fingimiento" y el juego con gran frecuencia en sus actividades cotidianas, por lo que es fácil reescribir, mediante estos apoyos, hábitos negativos que limitan el desarrollo del niño.

Agregan que, generalmente se alcanza un buen nivel hipnótico por poca que sea la edad del pequeño. Hace más de 25 años, O. Jail Gardner, un psicólogo clínico, especialista en psicología infantil, y Karen Olness, una pediatra, por separado, comenzaron a interesarse en la posibilidad de utilizar la hipnosis terapéutica con niños. Poco tiempo después de conocerse, comenzaron a trabajar juntos. A principios de 1970 publicaron la primera edición de Hypnosis and Hypnotherapy with Children. En su libro, explican que el objetivo primordial de la hipnoterapia es siempre el de crear en el paciente ***Un set de esperanza en un "Contexto de dominio"***, en el cual el paciente aprende a ser un participante activo, para sí mismo, para enfocarse en crear una solución a su problema. Las investigaciones en el campo de la hipnosis e hipnoterapia han aumentado en las últimas décadas no sólo en número, sino también en calidad y en cuanto a la diversidad de disciplinas que están reconociendo su utilidad terapéutica, como son la Odontología, la Medicina y la Psicología de la Salud.

La American Medical Association y la American Psychiatric Association han indicado que la hipnosis es un componente legítimo de los tratamientos médicos. Hoy en día, una división de la American Psychological Association está dedicada al estudio e investigación de la hipnosis. ^(8,50) Por todo lo antes expuesto, es que la hipnosis en los niños ha sido utilizada en nuestra provincia en el tratamiento de disímiles enfermedades tales como: Trastornos de ansiedad, depresión, vitíligo, soriasis, encopresis, disfunciones sexuales, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, asma bronquial, hipertensión arterial, TDAH, pacientes gestantes con síntomas

generados por la COVID, parto sin dolor durante la COVID y enuresis infantil, estas últimas con muy buenos resultados. (51, 52,53)

Refiere la psicóloga e hipnoterapeuta panameña Shoonit Khosien, que a través del tiempo, la enuresis nocturna ha sido el problema conductual crónico más común, enfrentado por los pediatras. La especialista señala que Olness y Kohen mencionan que los primeros reportes de hipnoterapia en niños fueron básicamente anecdóticos, frecuentemente en el contexto de apelaciones emocionales para apoyar o refutar las teorías actuales y las especulaciones sobre varios aspectos del comportamiento humano. Sin embargo, agregan que para finales del siglo XIX, los estudiosos de este campo, sabían que los niños eran sujetos apropiados para la hipnosis, que el máximo de hipnotizabilidad ocurría en la infancia media, y que las técnicas hipnóticas eran aplicables a una amplia variedad de problemas de la infancia, de orden médico-psicológico.⁽¹⁴⁾ Existen varios informes publicados acerca del éxito en el uso de la hipnoterapia en niños que presentan enuresis nocturna. Collison utilizó la hipnoterapia en nueve niños con enuresis nocturna secundaria, con edades comprendidas entre los nueve y 16 años. El tratamiento duró de seis a 20 semanas e incluía sugestiones directas, métodos de fortalecimiento del ego y terapia de insight. Los nueve niños lograron la resolución de la enuresis y se mantuvieron secos durante el periodo de seguimiento que duró de uno a cinco años. Hughes, que dirige el Centro Osher para Medicina integral en la Universidad de California, recomienda el uso de hipnoterapia en niños que presentan problemas como el chupeteo del dedo, onicofagia, patrones irregulares de sueño y enuresis. Considera también, que los niños son mejores sujetos para la hipnoterapia que los adultos, ya que los niños son fácilmente absorbidos por el juego y tienen una capacidad de imaginación aumentada.

En la George Washington University, Olness enseñó autohipnosis a 40 niños con enuresis, entre los cuatro y 16 años de edad. El tratamiento se enfocó en sugestiones directas que estos debían repasar diariamente. La participación de los padres era mínima. De los 40 niños, 31 resolvieron su enuresis, la mayoría dentro del primer mes de tratamiento. Seis más mejoraron. De tres niños que experimentaron mejoría, uno dijo que no deseaba dejar de orinarse (experimentaba ganancias secundarias significativas de sus síntomas). Un segundo niño rehusó practicar la autohipnosis en su casa. El tercer niño presentaba anomalías urológicas significativas que requerían cirugía. Los niños que tuvieron éxito requirieron no más de dos visitas antes de mostrar

mejoría.

El seguimiento continuó entre 6-28 meses. No se utilizaron medicamentos. Olness y Kohen (1996) refieren un estudio algo reciente, realizado por Banerjee, Srivasiav y Palan, en 1993, en el que se comparó el tratamiento con hipnoterapia con el tratamiento con imipramina en dos grupos (cada grupo de 25) de niños con enuresis nocturna, entre cinco y 16 años de edad. Resultados parecidos se encontraron entre ambos grupos, luego de tres meses de tratamiento, con 76% del grupo de imipramina y 72% del grupo de hipnosis logrando respuestas positivas (definido como camas completamente secas o reducción en la frecuencia de la enuresis).

Luego de tres meses de tratamiento y reforzamiento, la imipramina fue discontinuada y las visitas de seguimiento activo fueron discontinuadas para ambos grupos, mientras que el grupo con hipnosis fue motivado a continuar la práctica de autohipnosis. Luego de seis meses de seguimiento, sólo un 24% del grupo de imipramina había mantenido la respuesta positiva, mientras que en el grupo de hipnosis un 68% la mantuvo sin reforzamiento clínico. Otro estudio que comparó el tratamiento con imipramina de la enuresis nocturna y la hipnoterapia, arrojó que, a los nueve meses de seguimiento, la hipnoterapia fue significativamente más efectiva que la imipramina ($p < 0.01$).⁽¹⁴⁾

1.7 Hipnoterapia en la enuresis nocturna

En cuanto a la utilización de la hipnosis en el tratamiento de la enuresis nocturna, en la revisión realizada se halló un total de 23 estudios de los últimos 10 años. Resalta entre estos, el ensayo terapéutico fase III con 40 niños a mitades iguales para cada grupo de tratamiento, para evaluar comparativamente la eficacia de la hipnoterapia y la farmacoterapia en la enuresis nocturna en niños y adolescentes, remitidos con ese diagnóstico a la Clínica de Hipnosis de Santiago de Cuba, lugar donde se realizó la investigación en el año 2006. Durante las ocho semanas de terapia, 19 niños tratados con hipnosis resultaron curados, no así los tratados con Imipramina, pues en el mismo periodo expresaron una cifra menor, pero sin diferencias significativas. Semejantes resultados presentan Wilvian Ernesto Cobas Contreras en el año 2010 y Teurys Bernardo Vinent Bonne en el año 2004, pertenecientes ambos al grupo de hipnosis terapéutica. El autor de esta revisión en sus 20 años de trabajo en la clínica de nuestra facultad ha trabajado con más de 100 pacientes con dicha condición y hasta la fecha, presenta una tasa de remisión de un 98%.^(29, 41,42)

Internacionalmente se expresa que la aplicación de esta técnica en el tratamiento de la enuresis no ha tenido la sistematicidad ni el rigor científico adecuado. Estudios realizados en los Estados Unidos de América y publicados en el *American Journal of Clinical Hypnosis* descartan la utilidad de esta técnica en esta enfermedad por presentar tasas altas de recidivas y de no remisión, una vez concluida la terapia, la que generalmente dura de seis a ocho semanas. En el estudio titulado Hypnosis and Self-Hypnosis in the Management of Nocturnal Enuresis: A Comparative Study with Imipramine Therapy se pueden encontrar tales comentarios. ^(54,55)

En otro artículo que involucra a este doctorando, también se expone y aclara como esta técnica puede mejorar a los pacientes, y explica por qué esas lagunas pueden solucionarse. Se ilustra y se cita del siguiente modo: “Este autor ha encontrado en sus investigaciones en este campo, dirigidas por su tutor que los pacientes evolucionan de modo satisfactorio hasta la tercera semana, dándose un retroceso desde esta hasta la sexta, recuperándose la evolución favorable a partir de la séptima hasta la sesión trece y final de la terapia, fenómeno al que se le ha denominado reacomodo de carga”. Ello esclarece el porqué del éxito terapéutico. ^(8, 49, 56,57)

También la revisión realizada arrojó la existencia de 21 trabajos en español y ocho en inglés, referidos a la aplicación de la hipnosis en esta entidad médica, cuatro algoritmos terapéuticos en español y dos en inglés, ninguno de estos referidos al empleo de la hipnosis, elementos estos que justifican el objeto fundamental de nuestra investigación. ^(15, 58, 59,60, 61,62, 63)

1.8 Concepto de Validez. Sus tipos. Validez de contenido

La validez de un test indica el grado de exactitud con el que mide el constructo teórico que pretende medir y si se puede utilizar con el fin previsto. Es decir, un test es válido si "mide lo que dice medir". Es la cualidad más importante de un instrumento de medida. Un instrumento puede ser fiable pero no válido; pero si es válido ha de ser también fiable. ^(64,65)

Se refiere la validez al grado en que el instrumento presenta una muestra adecuada de los contenidos a los que se refiere, sin omisiones y sin desequilibrios de dichos contenidos. En este caso, un instrumento de medida a partir del cual es posible obtener una muestra de conducta sobre la que se pretenden hacer ciertas inferencias, mientras que el concepto de validez se refiere al conjunto de pruebas y datos que han de recogerse para garantizar la pertinencia de tales inferencias. ^(64,65)

La validez tiene tres grandes componentes: a) Validez de contenido, b) Validez de criterio y c) Validez de constructo.

Las tres se refieren a aspectos diferentes y la utilización de uno u otro concepto de validez, depende del tipo de instrumento.

La validez de contenido consiste en qué tan adecuado es el muestreo que hace una prueba, del universo de posibles conductas, de acuerdo con lo que se pretende medir; los miembros de dicho universo U pueden denominarse reactivos o ítems. Para autores como Ding y Hershberger, la validez de contenido brinda evidencia acerca de la validez de constructo y provee una base para la construcción de formas paralelas de una prueba en la evaluación a gran escala. ^(64, 65,66)

Se define como el grado en que los ítems que componen el test representan el contenido que el test trata de evaluar. Por tanto, la validez de contenido se basa en

- a) la definición precisa del dominio, y
- b) en el juicio sobre el grado de suficiencia con que ese dominio se evalúa. ⁽⁶⁴⁾

Validez y fiabilidad son los dos criterios de calidad que debe reunir todo instrumento de medición tras ser sometido a la consulta y al juicio de expertos con el objeto de que los investigadores puedan utilizarlo en sus estudios. ^(64,65)

La validez de contenido descansa generalmente en el juicio de expertos. El concepto de validez de contenido ha sido objeto de un largo proceso de modificaciones desde su origen. Sin embargo, estos cambios han estado focalizados en qué tipo de evidencias se deben presentar para su estudio y los métodos más adecuados para encontrar dichas evidencias. Aun así, su definición se ha mantenido estable a lo largo del tiempo. ⁽⁶⁴⁾

La fiabilidad, el otro requisito de calidad de todo instrumento de medición, se define como el grado con el que un instrumento, mide con precisión y descarta el error, y lo hace a través de la consistencia, la estabilidad temporal y el acuerdo entre los expertos. Martín Arribas define la consistencia como el nivel de cohesión de los diferentes ítems o aspectos del instrumento que se puede comprobar a través de diferentes métodos estadísticos como, por ejemplo, el coeficiente Alfa de Cronbach, utilizado con mayor frecuencia. En relación con la estabilidad temporal, alude a la escasa variabilidad de las medidas del objeto cuando el proceso de medición se repite en situaciones distintas. ⁽⁶⁷⁾

Existen procedimientos para cuantificarlo. Algunos de estos procedimientos son:

- a). Cálculo de descriptivos: Consiste en calcular la media y la desviación típica de todos

los ítems. A continuación, se determinará una puntuación de corte (o índice de validez de contenido) que refleje, en base a la evaluación de los expertos (método de juicio), que la puntuación del ítem es demasiado baja en relevancia como para ser incluido en la escala. No hay reglas. La decisión dependerá del juicio propio. Por este motivo, se han de tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Ser capaz de justificar la decisión sobre la puntuación corte.
- Usar la misma puntuación de corte para todos los ítems de la escala, incluso si la escala es multidimensional.
- No poner una puntuación de corte tan alta que implique eliminar muchos ítems. (Se podrán eliminar más ítems con el cálculo de la fiabilidad y el análisis factorial). ^(64, 66,67)

b) Índice de validez de contenido (IVC): Lawshe en 1975 propuso un índice de validez basado en la valoración de un grupo de expertos de cada uno de los ítems del test como innecesario, útil y esencial. El índice se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$IVC = \frac{ne - N/2}{N/2}$$

Donde ne es el número de expertos que han valorado el ítem como esencial y N es el número total de expertos que han evaluado el ítem. ⁽⁶⁵⁾

El IVC oscila entre +1 y -1, siendo las puntuaciones positivas las que indican una mejor validez de contenido. Un índice IVC = 0 indica que la mitad de los expertos han evaluado el ítem como esencial. Los ítems con una bajo IVC serán eliminados. Lawshe sugiere que un IVC = 0,29 será adecuado cuando se hayan utilizado 40 expertos, un IVC = 0,51 será suficiente con 14 expertos, pero un IVC de, al menos 0,99 será necesario cuando el número de expertos sea siete o inferior. ⁽⁶⁵⁾

En la actualidad, la validez de contenido se considera condición necesaria (aunque no suficiente) para realizar interpretaciones de las puntuaciones en los tests. Finalmente, la combinación de métodos tanto cualitativos como cuantitativos se entiende como el procedimiento más completo a la hora de realizar un estudio de validez de contenido en profundidad. Dentro de los primeros, destaca el IVC el que, además de ser el más empleado actualmente, presenta los mayores beneficios respecto a las diferentes alternativas propuestas a lo largo de los años.

La evaluación mediante el juicio de expertos consiste básicamente, en solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza, o su opinión respecto a un aspecto concreto". Se trata de una técnica cuya realización adecuada desde un punto de vista metodológico constituye a veces el único indicador de validez de contenido del instrumento de recogida de datos o de

información; de ahí que resulte de gran utilidad en la valoración de aspectos de orden radicalmente cualitativo. ^(64,65)

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones. La identificación de las personas que formarán parte del juicio de expertos es una parte crítica en este proceso, frente a lo cual Skjong y Wentworht proponen los siguientes criterios de selección:

- a) Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras)
- b) Reputación en la comunidad,
- c) Disponibilidad y motivación para participar
- d) Imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.

También plantean que los expertos pueden estar relacionados por educación similar, entrenamiento, experiencia, entre otros.

Otros autores como Mc Gartland, Berg, Tebb, Lee y Rauch, proponen como criterio básico de selección únicamente el número de publicaciones o la experiencia. Para una discusión sobre educación versus experiencia en los jueces. Ver Summers, Williamson y Read. ⁽⁶⁸⁾

El número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y la profundidad del conocimiento; sin embargo, la decisión sobre qué cantidad de expertos es la adecuada varía entre autores. Así, mientras Gable y Wolf, Grant y Davis y Lynn, citados por McGartland y colaboradores. sugieren un rango de dos hasta 20 expertos, Hyrkäs manifiesta que diez brindarían una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento. Si un 80 % de los expertos ha estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento. ⁽⁶⁸⁾

Lawshe pone como cantidad optima de jueces la que fluctúa entre 25 y 40 jueces, cifra que es reconocida por un número creciente de investigadores como un referente adecuado para obtener un elevado índice de validación de contenido y que este autor comparte. ⁽⁶⁹⁾

En virtud de las ventajas que representa este tipo de procedimiento, su uso es ampliamente difundido; en algunas investigaciones identificadas en la literatura sobre el

tema, se distingue una variedad de procedimientos para el análisis de los datos, recurrir al procedimiento de juicio de expertos para validar los ítems y descriptores, así como la equivalencia de las consignas. Se describen diversos métodos para la estimación de la validez de contenido; a continuación, se resumen las características de algunos de estos:

- El método basado en el análisis factorial de Tucker, que considera las puntuaciones que los jueces asignan a la relevancia de los ítems.
- El índice de validez de contenido de Lawshe, en el que hay una evaluación individual de los ítems y a través de la razón de validez de contenido (RVC) se identifica si son adecuados, o no.
- La V de Aiken es parecido al método de Hambleton y se centra también en la relevancia ítem-constructo, pero en él se toma en cuenta el número de expertos participantes.
- El método de esclarecimiento y análisis de clústers por Sireci y Geisienger; aquí se da valor a la tasa de similitud del grupo de ítems con base en el escalamiento multidimensional y al analizar los clústers.
- El coeficiente de validez de contenido de Hernández-Nieto, que valora el grado de acuerdo por ítem entre los jueces.

Siempre es recomendable prever cuántos jueces van a participar, conforme a las características de la prueba y el análisis estadístico correspondiente. ⁽⁶⁷⁾ No obstante, se han identificado una serie de problemas al llevar a cabo el proceso de validación, entre los cuales se destacan los siguientes:

- La cantidad de dimensiones o variables que se pretende medir. En ocasiones, son instrumentos muy diversos que incluyen múltiples dimensiones sin que haya una separación clara entre una u otra.
- La falta de claridad en los criterios para realizar la evaluación; el instrumento se recibe sin que se especifique qué se espera del proceso, y se deja en el juez la responsabilidad de interpretar cuál es el objetivo.
- Planteamiento confuso o problemas en la definición del objetivo del instrumento, las dimensiones que lo componen o las categorías a evaluar. Puede ocurrir por problemas en la redacción, pero también por confusiones en el contenido.
- La falta de consideración del investigador respecto a los tiempos con los que cuenta el juez experto para la revisión del instrumento debido a su carga laboral. Las demandas laborales de los docentes investigadores son muchas; por ello,

llegar con la solicitud de revisarlo en una semana o menos resulta poco probable que suceda.

- La extensión de los instrumentos, en ocasiones, son varias cuartillas, y eso requiere que se tenga que ir deteniendo para revisarlo por partes.

Estos problemas también se reflejan en una mayor pérdida de tiempo, ya que se tiene que dialogar para aclarar las situaciones que se presenten, redefinir tiempos, volver a redactar algunos ítems, explicar verbalmente los objetivos o categorías, entre otros que también consumen tiempo de parte de los jueces. ⁽⁷⁰⁾

Para el estudio de la validez de contenido existen descritos varios métodos que en la práctica se pueden combinar entre sí: el modelo Fehring, la metodología Q, el método Delphi y el modelo de estimación de la magnitud. De todos ellos analizaremos el modelo de Fehring y el método Delphi. ^(71,72)

El modelo de Fehring: pretende explorar si el instrumento mide el concepto que quiere medir con la opinión de un grupo de expertos; es utilizado en el ámbito de la enfermería y se ha extendido a otras áreas de las ciencias médicas y de la salud, para analizar la validez de las intervenciones y los resultados. El método consta de las fases siguientes:

- a) Se seleccionan los expertos, quienes determinan la pertinencia y relevancia del tema y las áreas a evaluar mediante una escala Likert.
- b) Se determinan los puntajes asignados por los jueces y la proporción de estos en cada una de las categorías de la escala con lo que se obtiene el índice de validez de contenido (IVC); este índice se logra mediante la suma de cada uno de los indicadores entregados por los expertos en cada uno de los ítems, y, finalmente, se divide por el número total de expertos. Se promedian cada uno de estos índices particulares, se descartan aquellos cuyo promedio no supere el 0,8.
- c) Se edita de manera definitiva el formato del texto, tomando en cuenta el valor del IVC, según el parámetro antes mencionado, se determinan aquellos ítems que conformarán el instrumento final y los que por su bajo valor IVC son considerados críticos y deben ser revisados.

Un ejemplo de uso específico de este modelo fue la adaptación llevada a cabo por Fehring para realizar la validez de contenido de los diagnósticos de enfermería; en este caso el autor propone siete características que debe cumplir un experto, las cuales se asocian a un puntaje según su importancia, se espera obtener al menos 5 de ellas para ser seleccionado como experto. La máxima puntuación la obtiene el grado de Doctor de

Enfermería (4 puntos) y uno de los criterios para el mínimo de los puntajes (1 punto) es poseer práctica clínica de un año en el área de interés; es importante aclarar que los autores reconocen la dificultad que existe en algunos países por la falta de experticia de los profesionales. El modelo de Fehring, es muy empleado debido a: a) su sencillez, b) la elevada consideración internacional para el diseño de este tipo de investigación. El modelo de Fehring ha sido ampliamente utilizado para estudiar la validación de contenido. En España, Giménez lo ha empleado para validar la respuesta disfuncional al destete del respirador. Guirao, Moreno y Martínez Delvi lo han utilizado para validar una nueva etiqueta diagnóstica, entre otros muchos estudios. El modelo de Validez de Contenido Diagnóstico VCD de Fehring utiliza una metodología similar a la empleada en la validación de contenido de los instrumentos de medida en los que se halla un Índice de Validez de Contenido. ⁽⁷²⁾

Método Delphi: permite obtener la opinión de un panel de expertos; es utilizado cuando existe escasa evidencia empírica, los datos son difusos o predominan factores de índole subjetiva, permite a los expertos expresarse de manera libre ya que las opiniones son confidenciales; a su vez, evita problemas como la escasa representatividad y el dominio de algunas personas sobre otras. ⁽⁷¹⁾

Este último es el más utilizado por su alto grado de fiabilidad, flexibilidad, dinamismo y validez (de contenido y otras); dentro de sus atributos se destacan: el anonimato de los participantes, la heterogeneidad de los expertos, la interacción y retroalimentación prolongada entre los participantes, este último atributo es una ventaja que no está presente en los otros métodos. Además, existe evidencia que señala que es un aporte en la seguridad de la decisión tomada, ya que esta responsabilidad es compartida por todos los participantes. ⁽⁷¹⁾ Sin embargo se le atribuyen las siguientes inconveniencias; Elevado coste y largo tiempo de ejecución; hasta que se obtienen los resultados finales, una parte crítica de este método suelen ser las preguntas del cuestionario (si los cuestionarios presentan problemas, se llegarán a malas conclusiones); correcta elección de los participantes, ya que hay que tener en cuenta que se requiere de expertos con disponibilidad y canales de comunicación adecuados para asegurar el flujo de información; elevado número de deserciones debido al tiempo prolongado de trabajo.

Conclusiones parciales:

Se realiza una descripción de los aspectos generales de la enuresis nocturna monosintomática, su tratamiento a través del tiempo y en la actualidad, el papel y la importancia de la hipnosis como modalidad de tratamiento para la misma, los fundamentos fisiológicos que permiten su elección y pertinencia y la importancia de validar el algoritmo hipnoterapéutico diseñado y destinado a superar las limitaciones para su empleo, así como los métodos de validación más empleados y sus ventajas y desventajas

CAPÍTULO 2. MÉTODOS

Capítulo 2. MÉTODOS

En este capítulo se explica la estrategia investigativa desarrollada para dar cumplimiento a los objetivos. Se describen las cuatro etapas de la investigación; las dos primeras relacionadas a tres estudios de tipo cuasi experimento, dos con medición antes-después con un solo grupo y otro con grupo control no equivalente y las dos últimas para diseñar y validar el instrumento contentivo del algoritmo propuesto. Se muestran los elementos metodológicos tales como clasificación del estudio, criterios de inclusión, exclusión, salida y de selección de los jueces, operacionalización de las variables, bioética, técnicas, procedimientos y estadísticos matemáticos.

2.1 Bioética médica

El carácter social y humano de las investigaciones exige un comportamiento que cumpla celosamente los principios éticos de la investigación científica y la salud pública socialista, de lo que se deriva la necesidad de autenticar el principio de voluntariedad que la rige, y de esta forma no incurrir en errores que puedan generar daños diversos al paciente.⁽⁷³⁾

Teniendo en cuenta los principios de la Bioética Médica y lo estipulado por la Declaración de Helsinki⁽⁷³⁾ sobre las investigaciones en seres humanos con fines terapéuticos, sobre todo en sus artículos 23, 24 y 25, se estableció desde el primer encuentro una adecuada comunicación médico–paciente–familia para lograr un adecuado rapport y los objetivos de la investigación; para ello se le explicó a los padres, los fines, métodos a emplear, inconvenientes, beneficios y posibles resultados, con un lenguaje claro, comprensible, información que también se brindó a los pacientes, adecuándola a su nivel de comprensión y así favorecer la terapéutica. De esta forma se estableció un clima de seguridad dirigido a propiciar un intercambio franco sobre cualquier problema o situación que se presentase en torno al estudio. Luego de conocidos estos elementos por padres y pacientes, estos decidieron su participación voluntaria en la investigación, obteniéndose el consentimiento por escrito por parte de los decisores (padres o tutores), para lo cual se confeccionó una planilla (Anexo. 10). El autor de este estudio también destaca la importancia de estos elementos como intención esclarecedora ante los mitos y creencias existentes acerca

de la hipnosis, que pudieran influir negativamente en la aceptación del paciente y su familia y en los resultados de la terapia; las decisiones a favor, determinaron el número de participantes que finalmente conformaron las muestras de los estudios realizados.^(49, 56,57)

2.2 Diseño Metodológico

Se realizó un estudio complejo, estructurado en cuatro etapas metodológicas con el propósito de dar salida a los dos objetivos propuestos.

En cuanto al **primer objetivo propuesto**, evaluar la efectividad de la hipnoterapia en la enuresis nocturna monosintomática, se tuvieron en consideración dos etapas metodológicas, a saber:

I etapa: la descripción de la población de niños y adolescentes aquejados de enuresis nocturna.

II etapa: la identificación de la efectividad de la hipnoterapia en el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática, mediante la realización de dos cuasi experimentos sin grupo control y un estudio cuasi experimental con grupo control no equivalente.
(49,56, 57)

De igual forma, para alcanzar el logro del **segundo objetivo**, validar un algoritmo hipnoterapéutico, diseñado para el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática, se consideró el cumplimiento de dos etapas metodológicas, de manera respectiva:

I etapa: el diseño de un algoritmo hipnoterapéutico para el tratamiento de esta enfermedad (investigación de desarrollo tecnológico).^(64,69)

II etapa: la validación de dicho algoritmo, en cuanto a contenido.^(70,71,72)

2.3 Etapas I y II. Estudios Cuasiexperimentales para dar salida al primer objetivo

Primer Etapa:

1. Primer estudio cuasi experimental:

Se realizó un primer estudio cuasi experimental diseño pre test-post test de un solo grupo en el año 2003 con 12 pacientes.⁽⁵⁶⁾

2. Segundo estudio cuasi experimental

Se realizó un segundo estudio cuasi experimental del mismo tipo que el primero en el

periodo febrero 2003- mayo 2004, con 36 pacientes. ⁽⁸⁾

La población – para todas las etapas de la investigación- estuvo constituida por la totalidad de niños con diagnóstico confirmado de ENM, caracterizados por los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes enuréticos sin tratamiento alguno.
2. Pacientes con edad comprendida entre los 5 y 18 años.
3. Aceptación del tipo de tratamiento por parte del paciente y de los padres.

Criterios de exclusión.

1. Pacientes que recibiesen tratamiento con psicofármacos.
2. Pacientes con patologías orgánicas asociadas.
3. Que vivieren fuera del municipio Santiago de Cuba.

Criterios de salida:

1. Los que por decisión propia decidiesen abandonar el tratamiento
2. Los que se ausentaran frecuentemente al mismo.

2.4 Operacionalización de las variables de ambos estudios: ⁽⁶⁴⁾

Variables confusoras

Edad: Variable cualitativa ordinal dividida en grupos etarios de 5-10 y 11-16. Se controlara a través de la prueba de comparación de proporciones Estadígrafo Z.

Sexo: Variable cualitativa dicotómica que se expresa en masculino o femenino. Se controlara a través de la prueba de comparación de proporciones Estadígrafo Z.

Resultados del HTP: Variable cualitativa ordinal que expresa información acerca de la personalidad y la dimensión psico sociofamiliar, medidos a través del referido test Árbol-Casa- Persona (HTP en inglés). Se controlara a través de la prueba de comparación de proporciones Estadígrafo Z.

Variable Independiente:

Tratamiento hipnótico: Variable cualitativa nominal que explica el tipo de tratamiento:
(22)

Variables dependientes:

- Respuesta Terapéutica: Variable cualitativa nominal que me permite clasificar a

los pacientes en respuesta completa, parcial y no respuesta en dependencia del número de emisiones de orina y permanencia o no de síntomas

Respuesta completa: 100% de reducción; Respuesta Parcial: De 50 a 99% de reducción; No Respuesta: Menos del 50% de reducción.

- Evolución por semanas según número de micciones: Variable cuantitativa discreta que me permite evaluar a los pacientes según número de emisiones semanales de orina.

Se aplicó el test de comparación de proporciones para muestras independientes (estadígrafo Z); con nivel de significación $\alpha = 0,05$

Prueba de Hipótesis para el test de comparación de proporciones para muestras independientes (**Estadígrafo Z**). ⁽⁶⁴⁾

H0: No se esperan cambios del cuadro enurético, en los pacientes con enuresis nocturna monosintomática luego de ser tratados con hipnosis.

H1: Se esperan cambios del cuadro enurético, en los pacientes con enuresis nocturna monosintomática luego de ser tratados con hipnosis.

Igualmente se calculó el **intervalo de confianza (IC) para un 95%** para la distribución de frecuencias de pacientes enuréticos tratados con hipnosis según grupo etario, sexo, éxito inicial del tratamiento, así como los resultados obtenidos en el HTP, todo esto para evaluar la precisión estadística y evidenciar si el estudio médico era clínicamente significativo.

Segunda Etapa:

3. Cuasi experimento con grupo control no equivalente con medición postratamiento.

Un tercer estudio, en este caso, cuasi experimento con grupo control no equivalente, realizado en el periodo 2004-2005 con 40 pacientes distribuidos en partes iguales (20) para el grupo experimental y el grupo control, empleándose respectivamente para cada grupo como recurso terapéutico, hipnosis e Imipramina. ⁽⁵⁷⁾

Variables Confusoras:

Sexo: Variable cualitativa dicotómica que se expresa en masculino o femenino. Se controlara a través de la prueba de comparación de proporciones Estadígrafo Z.

Edad: Variable cuantitativa continua dividida en grupos etarios de 7-9, 10-12, 13-15 y

16-18. Se controlara a través de la prueba de comparación de proporciones Estadígrafo Z.

Funcionalidad familiar: Variable cualitativa dicotómica que permite clasificar al ente familiar en funcional o no funcional. Se obtendrá esta información a través de la anamnesis, los viajes imaginéricos y los elementos arrojados por el método "Círculo Familiar", lo que permitirá una adecuada triangulación de esta. Se controlara a través de la prueba de comparación de proporciones Estadígrafo Z.

Antecedentes patológicos familiares: Variable cualitativa dicotómica que me permite clasificar en sí o no, en dependencia de la aparición o no de antecedentes enuréticos en padres, hermanos, primos, tíos y abuelos. Se obtendrá esta información a través de la anamnesis y los viajes imaginéricos. Se controlara a través de la prueba de comparación de proporciones Estadígrafo Z.

Variables independientes

Tipo de tratamiento. Variable cualitativa nominal referida a la terapéutica empleada que puede ser de dos tipos:

Hipnoterapia: Cuando se emplea hipnosis como modalidad terapéutica. En este caso una sesión semanal con una duración entre 45 minutos y una hora.

Farmacológica: Cuando se emplea Imipramina en la dosis establecida: 20-25 mg /día para niños de 5-8 años, 25-50 mg/día en niños de 9-12 años y 25-75 mg/día en niños mayores de 12 años.

Variables dependientes

Respuesta terapéutica: Variable cualitativa nominal que me permite clasificar a los pacientes en respuesta completa, parcial y no respuesta en dependencia del número de emisiones de orina y permanencia o no de síntomas. ⁽²²⁾

Para cada uno de los momentos el criterio de evaluación fue:

Respuesta completa: 100% de reducción. Respuesta Parcial: De 50 a 99% de reducción

No Respuesta: Menor al 50% de reducción

Se aplicó el **test de probabilidades exactas de Fisher-Irving** (tablas de 2 x 2), con un nivel de significación $\alpha = 0,05$.

A los pacientes se les dio seguimiento por tres meses, lo que permitió ratificar el resultado anteriormente descrito:

Prueba de Hipótesis para el test de probabilidades exactas de Fisher- Irving. ⁽⁶⁴⁾

H0: No existen diferencias en cuanto a efectividad, entre la hipnoterapia y el tratamiento con Imipramina en los pacientes con enuresis nocturna monosintomática.

H1: Existen diferencias en cuanto a efectividad, entre la hipnoterapia y el tratamiento con Imipramina en los pacientes con enuresis nocturna monosintomática

2.5 Etapa III y IV. Diseño y validación del algoritmo terapéutico ^(64, 65,66)

La observancia y el análisis profundo del método empleado y de los resultados obtenidos durante más de 18 años, en investigaciones con el empleo de la hipnoterapia en pacientes infantojuveniles, con diagnóstico de enuresis nocturna monosintomática; llevaron a este investigador y a su tutor, a la estructuración o diseño de un algoritmo hipnoterapéutico para esta entidad. El mismo abarca 13 sesiones terapéutica con hipnosis y 14 consultas, todas con objetivos definidos y como expresión de una progresión lógica del tratamiento.

El algoritmo en cuestión se expone más adelante y se explica con detalles en los anexos.

Para precisar la funcionalidad del algoritmo diseñado se llevó a cabo la validación del mismo, la que se circunscribió a la validación de contenido, a través del criterio de expertos. Dicha validación incluye:

- Aspectos dimensionados como categorías generales
- La estructura, considerada esta última, como la esencia misma del algoritmo propuesto, en tanto instrumento metodológico terapéutico expresado en forma de esquema que recoge una secuencia progresiva y lógica de actuación.

Dado que la validación de contenido contiene elementos que llevan a la validación de constructo, esta última fue realizada al mismo tiempo de modo indirecto, pues se realiza o se tienen en cuenta los siguientes elementos:

- El análisis de las diferencias individuales que pone de manifiesto un test. Se refiere al análisis de la distribución de las puntuaciones de test y a comparaciones de estos aspectos en distintas muestras. Se refiere a sexo, experiencia práctica, niveles profesionales, etc. Estas comparaciones no son arbitrarias, sino que se derivan de hipótesis que se hacen en función de los conocimientos que se tiene del constructo. ⁽⁶⁴⁾
- El análisis lógico de los elementos del test. Se refiere al análisis de ítems del test

Diseño del Algoritmo Terapéutico

**Enuresis Nocturna
primaria Monosintomatica
(ENPM)/DSM-5**

Hipnoterapia

13 Sesiones Hipnosis (SH)/14 Consultas (C)

1ra C

Entrevista profunda/ Prueba de sugestionabilidad/Test psicológico

2da C/ 1ra SH

Explicación elemental del sistema urinario/Lenguaje de símbolos y metáforas/Viaje imaginario (Técnica del espejo)/Signo-Señal/Se explica y entrega el calendario miccional (CM)

3ra C/ 2da SH

Evaluar CM/Trance profundo/Sugerencias posthipnóticas/Se refuerzan elementos anteriores (RESA)

4ta/ 3ra SH

Evaluar CM/Inicio pico enurético (PE)/RESA

5ta/ 4ta SH

Evaluar CM/Regresión en el tiempo/RESA

**6ta, 7ma y 8va C
/ 5ta, 6ta,7ma SH**

Evaluar CM/RESA

**9na, 10ma y
11na C/ 8va,9na,
10ma SH**

Evaluar CM/Re-test/ Hipnosis colectiva/RESA

**12ma, 13ra C/
11na, 12ma SH**

Evaluar CM/ Hipnosis colectiva/RESA

14ta C/ 13ra SH

Evaluar CM/RESA/
Se analizan y discuten los resultados de la terapia con los padres y los infantes
Alta Médica
Reconsulta 3 meses después

en relación con el constructo. Aquellos ítems que correlacionan positivamente entre sí, pertenecen al mismo constructo. Esto significa que el análisis de consistencia interna de un test no sólo aporta datos respecto a su fiabilidad, sino a su validez. ⁽⁶⁴⁾

- Validez y longitud del test. Del mismo modo que la fiabilidad de un test mejora aumentando su longitud, con la validez también ocurre lo mismo. Es decir, cuanto mayor sea el número de ítems, mayor será la validez del test. ⁽⁶⁴⁾

2.6 Los aspectos o dimensiones a considerar fueron:

Dimensión 1: Criterios diagnósticos para aceptación o derivación del paciente. Abarca los ítems 1, 2, 3, 4 y 5.

Dimensión 2: Valor axiológico y práctico de la primera entrevista. Abarca los ítems 6, 7, 8, 9 y 10.

Dimensión 3: Estructuración lógica del proceso hipnoterapéutico y evolución de los pacientes ante el tratamiento. Abarca los ítems 11, 12 y 13.

Dimensión 4: Conocimiento o dominio sobre el fenómeno denominado pico enurético y su impacto en el proceso terapéutico. Abarca los ítems 14, 15, 16 y 17.

Dimensión 5: Empleo y valor de la regresión en el proceso terapéutico. Abarca los ítems 19, 20, 22, 23 y 24.

Dimensión 6: Recursos Metafóricos y Simbólicos y su valor en la terapia. Abarca los ítems 18, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 34, 35 y 36.

Dimensión 7: Observancia de condicionantes del éxito terapéutico. Abarca los ítems 30, 31, 32, 33 y 37.

Para la validación del algoritmo terapéutico se empleó el juicio de expertos, y de las variadas dimensiones o diferentes criterios consensuados a través de los cuales se puede validar; tales como pertinencia, relevancia, claridad, estructura, concordancia y fiabilidad de los componentes del instrumento, entre otros, se decidió centrar el estudio en dos atributos, que en cierta medida contienen al resto y el seleccionarlos no hace que se pierda la robustez del proceso validativo, por su esencialidad.

Los criterios escogidos fueron:

A) El nivel de concordancia entre los jueces, conocido también como consistencia interna. Expresa el nivel de fiabilidad del instrumento confeccionado, para medir determinados atributos a través de los criterios dados por los jueces al evaluar los diferentes ítems contenidos en las dimensiones que los agrupan y en las cuales está inserta la estructura del algoritmo.

B) La funcionabilidad del instrumento. Referido a su valor práctico, si mide o no lo que quiere medir.

2.7 Modelo de Fehring

Para este estudio, decidimos emplear el **Modelo de Fehring**, teniendo como razones para ello: a) su sencillez, b) la elevada consideración internacional para el diseño de este tipo de investigación. ⁽⁷²⁾

Este modelo consta de las fases siguientes:

- 1) Se seleccionan los expertos, quienes determinan la pertinencia y relevancia del tema y las áreas a evaluar mediante una escala tipo Likert.
- 2) Se determinan los puntajes asignados por los jueces y la proporción de estos en cada una de las categorías de la escala con lo que se obtiene el índice de validez de contenido (IVC); este índice se logra mediante la suma de cada uno de los indicadores entregados por los expertos en cada uno de los ítems, y, finalmente, se divide por el número total de expertos. Se promedian cada uno de estos índices particulares, se descartan aquellos cuyo promedio no superara el 0,8 en la fase de pilotaje para medir el análisis discriminante de cada ítem.

2.8 Pasos para construir el cuestionario tipo Técnica Likert ^(64,72)

1. Revisión de la literatura.
2. Exploración del concepto: Se realizó a nivel de expertos y por los resultados de las experiencias obtenidas a partir de los estudios cuasi experimentales.
3. Enlistamiento de los ítems: Se elaboraron inicialmente más de 80 propuestas de posibles ítems, las que se fueron depurando, reorganizando e integrando indistintamente.
4. Formulación de los ítems: Una vez ejecutado el paso anterior se procedió a seleccionar la propuesta final que quedó en 44 ítems.
5. Selección de los jueces iniciales: Recayó en 10 hipnoterapeutas de la clínica de hipnosis de la UCM-SC.
6. Aplicación de la prueba piloto o del pilotaje: El instrumento con 44 ítems le fue aplicado a los expertos seleccionados
7. Evaluación de la consistencia: Se sumaron las puntuaciones de los 10 sujetos, consignándose la suma total como un índice de aprobación, correlacionándose luego para cada uno de los sujetos evaluadores iniciales la suma total de su evaluación con

el puntaje de cada uno de los ítems

8. Reducción de los ítems: De 44 ítems quedaron 37
9. Ajuste de las dimensiones: Los 37 ítems se consolidaron en siete dimensiones
10. Identificación de los criterios: No se realizó, pues no existen instrumentos que midan el mismo constructo.

2.9 Selección de los expertos para la investigación: (64, 66,68)

Para ser parte de los jueces de esta validación tenían que cumplir al menos 3 de los siguientes atributos: o condicionales

1. Cinco años de experiencia mínima como hipnoterapeuta
2. Tener diplomado en hipnosis
3. Haber cursado una de las siguientes maestrías
 - Medicina natural y tradicional
 - Psiquiatría clínica
 - Psicología clínica
 - Psicoterapia
4. Tener grado científico de doctor en ciencias o su equivalente
5. Ser docente universitario

Se confeccionó inicialmente una lista de 38 posibles jueces a sabiendas de que cumplían los requisitos de una manera holgada y con reconocimiento de su labor en este campo. A los mismos les fue cursada la invitación y aunque todos aceptaron colaborar como expertos en la validación del algoritmo, cuatro renunciaron por tener problemas de salud y no contar con el tiempo para ello, una dijo no estar en condiciones de hacerlo y otro no envió jamás la evaluación del instrumento, por lo que quedaron finalmente 32 jueces, que sí colaboraron de forma plena con los investigadores y enviaron sus respuestas sobre el algoritmo.

Previo a la evaluación final y una vez seleccionados los jueces, se les enviaron los cuatro documentos explicativos de los elementos referentes al algoritmo. (Ver anexos)

- Una carta explicativa del objetivo del estudio y del procedimiento a realizar por ellos, agradeciéndoles su participación y firmada por el tutor y el doctorando
- El gráfico del algoritmo terapéutico a evaluar, con la explicación de los pasos del mismo.

- El cuestionario basado en la técnica Likert, contentivo de 37 ítems que abarcan todo el proceso secuencial del algoritmo, ante el cual los jueces debían reflejar su posición en un continuum de puntuación asignable de 1 a 5 para cada ítem, siendo las categorías a expresar su posición las siguientes; Totalmente en Desacuerdo, En Desacuerdo, Ni lo uno ni lo otro, De Acuerdo y Totalmente de Acuerdo. Este cuestionario también contiene una breve leyenda explicativa del proceder y una base de datos generales que nos permitirían abordar determinadas variables, como atributos de los jueces.

Definición operacional de las variables

Variables control

1. Sexo. Variable cualitativa nominal que identifica a los jueces participantes en el estudio en dos categorías: femenino y masculino
2. Edad: variable cuantitativa continua que se expresa en años.
3. Profesión. Variable cualitativa nominal que identifica a los jueces en la variada profesión que ejercen

Variables relativas a los jueces

- Años de experiencia como hipnoterapeuta. Variable cuantitativa de intervalo que expresa el tiempo en que el juez ha trabajado como hipnoterapeuta, se asignan los siguientes intervalos: de 3 a 5, de 6 a 8 y más de 9.
- Verticalización académica en materia hipnoterapéutica/ Variable cualitativa nominal relativa a si los jueces han cursado algún diplomado en hipnosis clínica o terapéutica. Se expresa en Cursado y No cursado.
- Nivel de conocimiento de la temática de estudio. Variable cualitativa nominal que se expresa en dos maneras. Lo posee y No lo Posee.
- Tenencia de categoría docente. Variable cualitativa ordinal referida a categorías ordenadas. se expresa en Profesor Titular, Profesor Auxiliar, Profesor Asistente e Instructor de poseerla. Puede no poseer ninguna.
- Tenencia de maestría, Variable cualitativa nominal que se expresa en dos maneras. La posee y No la Posee.

Relativas al instrumento

- Claridad de redacción de los ítems. Variable cualitativa nominal que se expresa en dos maneras, clara y no clara
- Coherencia interna de los ítems: Variable cualitativa ordinal que expresa el grado de homogeneidad que tiene los ítems al ser evaluados por los jueces, se expresa en alta, moderada y baja
- Pertinencia del instrumento: Variable cualitativa nominal referida a si el instrumento mide lo que pretende medir. Se expresa en dos categorías. Pertinente y No Pertinente
- Estructuración del instrumento: Variable cualitativa nominal relativa a si la construcción de los ítems refleja la estructura y el contenido adecuadamente o no del algoritmo. Se expresa de dos maneras; estructurado y no estructurado

2.10 Métodos de validación

Validez del algoritmo. ⁽⁶⁴⁾

El criterio de validación expresa el nivel de concordancia entre los jueces a la hora del avalúo del Índice de Validez de Contenido y el Coeficiente de Concordancia W de Kendall.

Técnicas y procedimientos:

- a.) De la recogida de la información
- b.) Del procesamiento y análisis de la información: Hipótesis estadísticas, estadígrafos y reglas de decisiones.
- c.) De la síntesis y presentación de los resultados: Presentación mediante tablas y gráficos de los resultados, así como los métodos de síntesis y abstracción teórica que se utilizaron para llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

Para obtener los índices de validación, consistencia interna y las puntuaciones promedio se utilizaron **pruebas estadísticas** que a continuación se describen:

Coeficiente Alpha de Cronbach, para mensurar la homogeneidad de los ítems y a su vez el constructo, ello equivale a la confiabilidad de los ítems a través de la congruencia en las opiniones de los jueces, es decir, la consistencia interna. El coeficiente Alfa de Cronbach es un indicador de la consistencia interna del instrumento

de medición de la validación, ya que se calcula a partir de la covarianza entre los elementos analizados. (95, 96,97)

Es ideal en este caso como propósito, pues es la técnica Likert una escala policotómica de los ítems al medir el constructo.

Coeficiente alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K: El número de ítems

Si^2: Sumatoria de Varianzas de los Ítems

ST^2: Varianza de la suma de los Ítems

α: Coeficiente de Alfa de Cronbach

Prueba de Hipótesis para el Coeficiente Alpha de Cronbach:

H0: Los ítems no son consistentes entre sí. No es fiable el instrumento.

H1: Los ítems son consistentes entre sí. Es fiable el instrumento

Se asume también el empleo de la siguiente regla de decisión para evaluar la fiabilidad del instrumento dada por el rango de los valores y el grado de confiabilidad de este coeficiente:

RANGO DE VALORES

GRADO DE CONFIABILIDAD

0,81 a 1,00

MUY ALTO

0,61 a 0,80

ALTO

0,41 a 0,60

MODERADO

0,21 a 0,40

BAJO

0, 01 a 0,20

MUY BAJO

Donde un coeficiente igual o mayor a 0.61 como rango, tiene un alto grado de confiabilidad. (64, 67,68)

Índice de Validez de Contenido

Índice de validez de contenido (IVC): Lawshe propuso un índice de validez basado en la valoración de un grupo de expertos de cada uno de los ítems del test como innecesario o útil y esencial.

El índice se calcula a través de la siguiente fórmula: $IVC = \frac{ne - N/2}{N/2}$

Donde ne es el número de expertos que han valorado el ítem como esencial y N es el número total de expertos que han evaluado el ítem. El IVC oscila entre +1 y -1, siendo las puntuaciones positivas las que indican una mejor validez de contenido. Un índice $IVC = 0$ indica que la mitad de los expertos han evaluado el ítem como esencial. Los ítems con una bajo IVC serán eliminados. Lawshe sugiere que un $IVC = 0.29$ será adecuado cuando se hayan utilizado con 40 expertos, un $IVC = 0,51$ será suficiente con 14 expertos, pero un IVC de, al menos, 0,99 será necesario cuando el número de expertos sea siete o inferior. Los ítems con puntuaciones de 3 a 5 los consideraremos en la categoría de útil y esencial y los que obtengan puntajes de 1 y 2, como innecesarios. (64, 66,68)

Promedio resultante de la Escala Likert

En las escalas tipo Likert puede calificarse el promedio resultante mediante la sencilla fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones). (64)

Coeficiente de concordancia W de Kendall: Este coeficiente se utiliza cuando se quiere conocer el grado de asociación entre k conjuntos de rangos (Siegel & Castellan, 1995), por lo cual es particularmente útil cuando se les solicita a los expertos asignarles rangos a los ítems, por ejemplo de 1 a 5. El mínimo valor asumido por el coeficiente es 0 y el máximo 1. La asociación se define como nivel de concordancia entre los jueces. (64, 67)

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12} K^2 (N^3 - N) - K \sum Li}$$

Dónde:

w = coeficiente de concordancia de Kendall.

S = suma de los cuadrados de las diferencias observadas con respecto a un promedio.

N = Tamaño de la muestra en función del número de triplete, tetraplete, quintuplete, etc.

K = número de variables incluidas.

Li = sumatoria de las ligas o empates entre los rangos.

Prueba de hipótesis para el Coeficiente de Concordancia W de Kendall

H0: Los rangos son independientes, no concuerdan

H1: Hay concordancia significativa entre los rangos

Análisis de Clúster: Conocido como análisis de conglomerados es una técnica estadística multivariada que busca agrupar elementos o variables, tratando de lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y la mayor diferencia entre los grupos. Son una herramienta fundamental del proceso de análisis avanzado de datos porque permiten segmentar el volumen de información en grupos más pequeños, interpretables y diferenciables entre sí, dejándonos ver relaciones que muchas veces son difíciles de ver a simple vista. ^(100, 101)

Se empleó el porcentaje como criterio de medida y se halló la media de las puntuaciones de los jueces. Los datos se procesaron con el sistema estadístico SPSS 22. Los resultados se ofrecen en tablas y gráficos. ⁽⁶⁷⁾

Conclusiones Parciales

El diseño, la construcción y validación del algoritmo hipnoterapéutico basado en el criterio de expertos se constituye en la estrategia metodológica de la presente investigación. Se denotan las particularidades en el modo de construir el algoritmo, el instrumento que lo contiene y el modo en que es evaluado por los jueces, antecedido por la exposición de los resultados de los estudios cuasi experimentales realizados.

CAPÍTULO 3. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo 3: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Este capítulo tiene como objetivo parcial el de presentar los resultados de la investigación y a la vez exponer lo arrojado por los estudios realizados, características de la muestra, las comparaciones con otros estudios, los resultados de la validación, haciéndose una descripción e interpretación de estos, en cuanto a las dimensiones, los ítems contenidos en estas, así como los valores arrojados por las diferentes técnicas y estadígrafos matemáticos aplicados para la validación. En ello están plasmadas la experiencia del autor y sus conocimientos científicos.

I Etapa

A continuación, se muestran los resultados de los dos estudios fusionados de tipo cuasi experimento sin grupo control. Se inicia presentando cómo se distribuyen los pacientes según el grupo etario de ambos estudios.

La tabla 1(Apéndices) arroja que la mayor parte de los pacientes atendidos (34 para un 70,83%) se encuentran entre los 5 y 10 años de edad, (intervalo de confianza para un 95%: I.C 95% (56,9 - 84,7) resultados estos que al ser comparados con los datos epidemiológicos que sobre enuresis nocturna se exponen en la 21 edición del tratado de pediatría de Nelson, muestran una manifiesta coincidencia, denotando que los niños de este rango de edad son los más afectados. ⁽¹⁴⁾ Semejantes resultados se pueden encontrar en la Revista Mexicana de Urología, año 2017 en el artículo titulado “Medical Management of Enuresis in Children: Current Aspects.”, donde la doctora Salazar se refiere a esta edad como la de mayor prevalencia. ⁽⁷⁴⁾ También se acude al estudio de Savaser y colaboradores con el título “The Prevalence of Diurnal Urinary Incontinence and Enuresis and Quality of Life: Sample of School. Urology Journal” del 2018, que señala a la edad escolar como la de mayor incidencia y prevalencia. ⁽⁷⁵⁾

Igualmente, Anita Santos y colaboradores, muestran en el estudio titulado “Perfil clínico-epidemiológico, pacientes pediátricos con enuresis nocturna. Centros escolares, San Pedro Sula”, año 2019, que las edades que predominaban eran las de siete y ocho años. ⁽⁷⁶⁾

Otro estudio a señalar es el de Kemal, Taner y Halil, nombrado ¿Qué tan efectiva es la duración de la lactancia materna en la enuresis nocturna monosintomática?, publicado

en el New Journal of Urology en el año 2022 y donde de 150 niños más del 50% se encontraban entre los 5 y 10 años de edad. ⁽⁷⁷⁾

Similares resultados muestra Migdia Pérez Pérez en su tesis para optar por el grado máster en medicina natural y tradicional, publicado en Medisan en el año 2008, y que llevó por título, “Eficacia de la hipnoterapia en la enuresis nocturna”, donde la autora identificó a este grupo etario como en el que se concentró la mayoría de los casos tratados. ⁽²⁹⁾ Similitud en cuanto a resultados se expresan en el trabajo titulado “Enuresis no orgánica tratada con medicamentos homeopáticos” y publicado en la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río en el año 2020, que denota un predominio de los pacientes entre los 5 y 11 años de edad, para un 60,5% de la muestra total del referido estudio. ⁽¹⁹⁾

Con esos elementos se puede inferir que en este grupo etario, es donde se manifiesta la mayor cantidad de pacientes con esta condición; y es natural, teniendo en cuenta la diversidad etiológica de la enfermedad objeto de estudio y que el niño en estas edades tempranas se hace mucho más proclive a padecer esta enfermedad, que en edades más tardías como lo es en la adolescencia. ⁽²⁴⁾ El otro rango de edades con cierta prominencia es el de 11 a 16 años, en el que se ubican 14 sujetos para un 29,17%: (Intervalo de confianza para un 95%: I.C 95% [15,2- 43,0]).

Vale declarar que los intervalos de confianza expresados en la tabla y en el segmento descriptivo, indican que tanto el 70,83 % como el 29,17% de la distribución de la muestra, para un intervalo de confianza del 95%, referido a los valores poblacionales de 34 y 14 respectivamente, se encuentran en un rango de valores con un 95% de certeza.

La tabla 2 (Apéndices) recoge la distribución de pacientes según sexo. Al analizarla es evidente el predominio de los varones, hecho este que coincide con los datos encontrados. En la bibliografía revisada, se señala a los niños del sexo masculino como los más afectados, con una relación de 1.4 a 1, a favor de estos. Otro estudio realizado por Kemal, Taner y Halil refiere al sexo masculino como el de mayor incidencia. ⁽⁷⁷⁾

En Santiago de Cuba los estudios titulados “Efectividad de la hipnoterapia en el tratamiento de la enuresis nocturna” del Dr. Wilvian Ernesto Cobas Contreras (tesis

para el grado de psiquiatra infantil, año 2010) e “Hipnoterapia en la enuresis nocturna” del Dr. Teury Bernado Vinent Bonne (tesis para obtener el grado de pediatra, año 2004), señalan igual predominio del sexo masculino. La omnipresencia de este predominio en toda la bibliografía estudiada pudiera estar en relación con el desarrollo psicomotor y la adquisición de habilidades, proceso más lento en los niños que en las niñas. ^(41,42)

Similares resultados se encuentran en el estudio “New insights in treatment of monosymptomatic enuresis”, realizado en julio del 2021 por Morad Bani-Hani y colaboradores en el cual, el 67,6 % de los pacientes eran del sexo masculino, de un total de 180. ⁽²⁰⁾

Los Intervalos de Confianza para los valores y los porcentajes que representan del total de la muestra, refieren que estos se encuentran en un rango de valor de un 95%. (I.C 95% [59,3 – 86,5] y I.C 95% [13,4 – 40,6])

En el gráfico 1 se observa la distribución de pacientes según evolución por semanas y número de micciones. Tales resultados en ambos estudios exponen, que estos, pasadas las primeras seis semanas, presentaron una mejoría sustancial con menos de una micción semanal, que, aunque no longitudinal en el tiempo, significan un descenso manifiesto de las emisiones de orina, quedando en la semana 14, sólo cinco pacientes (10.5%) con una respuesta parcial.

Esta evolución no siempre se manifiesta de esa manera, ya que como se verá más adelante, en estudios posteriores y utilizando el mismo esquema de tratamiento, aparecerá un fenómeno no permanente, pero si frecuente, que los autores han denominado “reacomodo de carga” en el que los pacientes presentan otro comportamiento en su evolución clínica. Véase el tiempo relativamente corto en que se obtiene una buena respuesta terapéutica.

A escala internacional, los estudios de Kosilov y colaboradores se refieren a una extensión mayor del empleo de las alarmas para lograr su efectividad (de 16 a 20 semanas en un curso de tratamiento ininterrumpido). Este largo intervalo de tiempo asegura la máxima eficacia de la terapia y la estabilidad de los resultados a largo plazo. En investigaciones realizadas por este autor, con 14 semanas ininterrumpidas y sólo 13 sesiones con hipnosis, se logra igual efecto al descrito por los autores

foráneos. ⁽⁷⁸⁾

Un ensayo observacional abierto de los autores Saha S y Tamkeen R, que evaluó el papel de los medicamentos homeopáticos individualizados en el tratamiento de la enuresis nocturna, para mostrar un efecto potencial en el tratamiento de la enuresis nocturna con resultados lineales de cuatro meses, sin renunciar a los tratamientos base que estos pacientes tuvieran, muestra similares resultados a los dos realizados en la clínica de la hipnosis, que en 14 semanas de terapia mostraron ser efectivos. En el presente estudio la hipnoterapia en igual periodo de 14 semanas resultó también serlo. ⁽⁷⁹⁾

Campus y colaboradores en el trabajo “Entrenamiento muscular del piso pélvico solo o en combinación con oxibutinina en el tratamiento de la enuresis no monosintomática”, que es un ensayo controlado aleatorizado con seguimiento de dos años, y publicado en la revista Einstein en el año 2019, refieren que después de 12 semanas de terapia, todos los niños mostraron una mejoría en los síntomas y signos de la enuresis nocturna no monosintomática. Luego de dos años, los tres grupos mostraron resultados mantenidos con respecto al tratamiento, pero sin diferencias significativas entre estos. Interesante es que, al compararlo con lo arrojado por las investigaciones referidas y realizadas por este autor, en las que solo se aplicó hipnoterapia con sugerencias posthipnóticas, dirigidas a realizar actividades físicas a fin de reforzar su abdomen y su suelo pélvico, se muestran entonces similitudes entre lo concluido por ambos estudios. ⁽⁸⁰⁾

Cabe señalar el trabajo titulado “Actitud de psicólogos asistenciales del municipio Santa Clara en relación con la hipnosis como recurso terapéutico” y publicado en la Revista Cubana de Salud Pública en el año 2018 de los autores Quintana Ugando, Rodríguez Méndez, Águila Castillo, Torres C M y Santiesteban Pineda, en la que hacen referencia a esta y la importancia de su uso en disímiles enfermedades, entre estas, la enuresis, reconociendo su valor terapéutico, a pesar de no ser empleada por muchos de los profesionales de la salud. ⁽⁸¹⁾

Al analizar la tabla 3 (Apéndices), que presenta la distribución de frecuencias de pacientes enuréticos tratados con hipnosis según éxito inicial del tratamiento para la cual se utilizó la estandarización de la terminología del tracto urinario inferior en niños y adolescentes: Informe de actualización del Comité de Normalización de la

International Sociedad de Continencia Infantil, año 2015, puede observarse, que la mayor parte de los pacientes, en este caso, 43 (89,5%) resultó con una respuesta completa (intervalo de confianza del 95 % de este resultado es: I.C 95% [77,3 – 96,5]); no así un paciente que aunque mejoró evolutivamente no mostró una respuesta completa ya que se mantuvo con una micción semanal. De los otros cuatro pacientes que tampoco presentaron respuesta completa, dos abandonaron el tratamiento sobre la 4ta semana, aún con buena evolución (intervalo de confianza del 95 % de este resultado es: I.C 95% [3,4 – 22,6]). $Z = 7,5526$; $p \leq 0,001$. Aquí se aplicó el test de comparación de proporciones para muestras independientes (estadígrafo Z); con nivel de significación $\alpha = 0,05$ el que resultó ser estadísticamente significativo. Se rechaza H_0 , que plantea no habrá cambios en el cuadro enurético luego de la hipnoterapia. ⁽⁶⁴⁾

Una vez más hay que expresar, que existen pocas referencias internacionales con respecto a la terapéutica con hipnosis en esta entidad, a no ser los descritos en el marco teórico, predominando aquellos referidos al tratamiento farmacológico con desmopresina e Imipramina y al empleo de las alarmas (modalidad conductual), los cuales presentan también tasas de mejoría de un 90%. Ejemplo, los presentados por la Adaptación en español de la “Guía de enuresis monosintomática.” ⁽¹³⁾ También en Cuba, similares resultados a los de Lambert y Cobián, se encuentran en los estudios antes referidos y realizados por Cobas Contreras, Vinent Bonne y Pérez Pérez, quienes obtuvieron un porcentaje de curados por encima de 90 en sus respectivas investigaciones. ^(29, 41,42)

Esta sumatoria de resultados positivos y la consistencia de los mismos, expresada en diferentes pesquisas realizadas en Cuba, permiten inferir lo efectivo del tratamiento con hipnosis de la enuresis nocturna monosintomática, pues se manifiestan como quehacer mantenido, validados por la evolución clínica de dichos pacientes y por más de 20 años de experiencia del autor, dedicados al tratamiento de este importante problema de salud, recogidos y publicados recientemente en la revista chilena Terapia Psicológica. ⁽⁴⁹⁾

La tabla 4 (Apéndices), presenta la distribución de las manifestaciones psicológicas en los pacientes, según resultados obtenidos en el HTP, al iniciar el tratamiento. Puede observarse que la mayor parte de los mismos presentó rasgos de inseguridad y falta de apoyo, con 20 (41,6%) y 13 pacientes (27,0%) de manera respectiva y cuyos

intervalos de confianza para un 95% son I.C 95% [26,6 – 56,6] e I.C 95% [13,4 – 40,6]. Este hecho coincide internacionalmente con lo planteado por autores como Salazar-Ozuna WA y su colectivo, quienes en el trabajo titulado “Tratamiento médico de la enuresis en niños: aspectos actuales”, publicado en la Revista Mexicana de Urología, del año 2017, refieren al psicodiagnóstico de los pacientes como elemento capital, a la hora de hacer una evaluación integral.⁽¹⁷⁾ Igualmente en el estudio nombrado “Etiología de la Enuresis en la niñez intermedia”, de las psicólogas Izquieta Quesada y Jeannette Stefanie, del año 2019, Universidad Técnica de Machala, se realiza una evaluación profunda de los factores genéticos, psicológicos y contextuales, asociados a la enuresis infantil. En este estudio, ambas investigadoras, realizan un avalúo de los factores relacionados con el desarrollo psicológico del niño según las teorías freudiana y ericksoniana y refieren la presencia de angustia, irritabilidad, baja autoestima y la falta de apoyo familiar en los pacientes con enuresis nocturna. ^(32,82)

Guerrero y colaboradores alertan que las recomendaciones actuales hacen énfasis en; un enfoque menos invasivo, tratamiento conservador, manejo de la constipación y entrenamiento vesical, que tienen mayor relevancia que el tratamiento farmacológico. Este artículo privilegia la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento correcto de niños con síntomas del tracto urinario inferior, sobre todo de la enuresis infantil, elementos estos que son motivo frecuente de consulta con el pediatra, el nefrólogo o el urólogo-pediatra, e incluso con el neurólogo y el psicólogo infantil, quienes consideran estas enfermedades relativamente benignas, por lo que en ocasiones, tal consideración, genera desinterés entre médicos y familiares y lleva a consultas tardías y a una interpretación inadecuada de los síntomas, con las posibles complicaciones principalmente psicológicas. ^(83,84)

Cobas Contreras y Vinent Bonne obtuvieron análogos resultados con la aplicación del test HTP, siendo la inseguridad y la falta de apoyo los elementos predominantes. ^(41,42)

Es importante señalar que a posteriori se aplicó el retest del HTP, (Ver tabla 5) observándose como, la manifestación de elementos psicológicos relevantes al inicio del tratamiento disminuyó con la terapia hipnótica de forma evidente, contribuyendo a una mejoría tásita de los pacientes. Al ser cifras tan pequeñas no es necesario hallar los intervalos de confianza. Son comprensibles los datos que arroja el retest del HTP, ello está dado por la variedad de recursos terapéuticos que permite utilizar la terapia

hipnótica y que al ser introducidos, empleados con manifiesta intencionalidad y evaluados a través de un largo periodo del tiempo, permitió ir teniendo ideas de su importancia y al mismo tiempo de lo imperiosa necesidad de preservarlos como herramienta permanente, pero al mismo tiempo, ajustada a la medida de lo que necesitó cada paciente, en lo particular, de hecho fueron las premisas iniciales de lo que devendría luego en el proyecto de algoritmo terapéutico que se pretende validar.

Se ha hablado en este informe, de una consistencia metodológica esencial en los estudios realizados en la clínica de la hipnosis de Santiago de Cuba en cuanto a enuresis y otras afecciones patológicas, así como de la coherencia en los resultados obtenidos en las investigaciones realizadas, tanto por este autor, como por otros colegas, bajo la dirección de un mismo tutor.

II Etapa

La etapa dos consiste en la realización de un estudio cuasi experimento con grupo control no equivalente, efectuado entre marzo de 2004 y junio de 2005, con 40 pacientes.

La tabla 6 (Apéndices), presenta a los pacientes enuréticos según sexo y grupo de tratamiento. Como se observa hay un predominio del sexo masculino en ambos grupos. Existe un consenso elevado en que la emisión nocturna de orina se considera patológica por encima de los cinco años y aunque es un trastorno que afecta a ambos sexos, es más común en el varón; resultado este que se corresponde plenamente con lo hallado en los dos grupos, pues el 60 % de los tratados con hipnosis y el 55 % de los que recibieron Imipramina, pertenecían al sexo descrito, sin diferencias significativas por la homogeneidad entre los datos obtenidos. ⁽⁵⁷⁾

En una pesquisa realizada en España por la doctora Júlia Morata Alba y publicados sus resultados en la Revista Cubana de Pediatría en el año 2021, se señala que tal vez este predominio de varones se deba a que las niñas logran controlar la micción alrededor de dos o tres años antes que estos. Dicha autora hace referencia también al hecho de que los chicos presentan por la noche un déficit más prolongado y severo de la hormona antidiurética, elemento este también expresado en otros estudios. ⁽²⁷⁾

El retardo de la maduración del mecanismo neurofisiológico para el control vesical es uno de los factores en la patogenia de la enuresis. ⁽²⁷⁾

En Cuba en el estudio titulado “Enuresis no orgánica tratada con medicamentos homeopáticos” de la autora Sandra Hernández García y colaboradores, publicado en la Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río en 2020, el 60,5% de los pacientes con enuresis nocturna pertenecían al sexo masculino. Se demuestra entonces similitud de resultados en estos estudios. ⁽¹⁹⁾

En la tabla 7 (Apéndices), se observa la distribución de los pacientes con enuresis nocturna según edad por grupo de tratamiento. Al analizar las edades de los pacientes se constató un predominio de los enmarcados entre los siete y doce años, con un 80 % para cada grupo de tratamiento. No existiendo evidencia muestrales suficientes para plantear la presencia de diferencias estadísticamente significativa entre la proporción de niños enfermos con las edades más jóvenes, reclutados en el primer estudio descriptivo y los reclutados para la realización del cuasiexperimento.

Este resultado es cercano al encontrado en dos estudios ya referidos y expuestos en la tabla 1, pues si bien para este caso enmarcado en el intervalo ampliado 7-12 años, en los otros estudios se expresan en el intervalo 5-10 años. Morata Alba en una investigación realizada con 361 niños, vistos en la consulta de Pediatría del Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva (Valencia, España) durante el periodo de enero- julio de 2018, señala que el 85% de la muestra estaba en el mismo rango de edad (7-12 años). ⁽²⁷⁾

Hay similitud con los datos encontrados en un estudio publicado por la pediatra Isabel Úbeda Sansano, del Centro de Salud de La Eliana, Valencia, bajo el título de “Enuresis”, en el que presenta un algoritmo terapéutico para el tratamiento de la enuresis, ya que al evaluar el comportamiento de las variables epidemiológicas, reconoce la mayoritaria presencia de estos pacientes en los mismos rangos de edades que se denotan en los resultados de la presente investigación. ⁽⁵⁹⁾ Noriega, en su artículo titulado “10 Cosas que deberías saber sobre enuresis”, identifica la edad de cinco años y al sexo masculino como los de mayor incidencia con un 15%, respectivamente. ⁽⁴³⁾

En otra publicación aparecida en la revista cubana de pediatría, año 2021, con la autoría de las hermanas Morata Alba- ambas pediatras del hospital de Valencia España- y bajo el título “Enuresis Infantil, formar y educar”, se muestra que la mayor parte de estos pacientes estaban entre los 5 y 15 años de edad, con más de 15% de incidencia, con la novedad de que el 77,8 % de estos eran portadores de enuresis

monosintomática primaria a predominio de los varones. ⁽²⁷⁾

Igualmente, en el estudio titulado "Enuresis nocturna. Artículo monográfico" y publicado en la Revista Sanitaria de Investigación en el año 2021 por los autores Rojo, Amanda y La Cruz, el caso presentado se encontraba entre los 5 y 7 años de edad. ⁽⁸⁵⁾

En la tabla 8 (Apéndices), se distribuyen los pacientes según nivel de funcionabilidad de la familia. Al analizar las familias de las que provienen estos, se pone de relieve, que el 80 % de los que recibieron hipnoterapia se asociaban a la disfuncionalidad, no habiendo diferencias groseras con los del grupo testigo, pues en estos fue de un 85 %, corroborado ello por los resultados de la prueba de homogeneidad que mostró similitud entre ambos grupos, por lo que no existen evidencias muestrales suficientes para plantear la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de disfuncionalidad familiar entre el grupo estudio y el grupo control.

Izquieta Quezada y Jeannette Stefanie, se refieren a la necesidad de tener en cuenta la influencia del medio familiar y sobre todo cuando este es disfuncional, pues hay una relación bastante alta entre los niños enuréticos y este fenómeno. ⁽³²⁾

En la Revista Sanitaria de Investigación, se encontró y revisó por este autor, un artículo que lleva por título "Mitos y realidades sobre la enuresis en pediatría", (junio 2021) adjudicado a María Vázquez Sánchez, residente de pediatría del hospital universitario Miguel Servet, en el cual se hace referencia a la importancia del medio familiar como elemento que puede condicionar la aparición o no del hecho enurético, al convertirse en un factor estresante, cuando es desfavorable. Zaragoza y colaboradores por otra parte, hablan de la incidencia de los factores socioambientales en la enuresis nocturna monosintomática, causada o agravada por eventos como abuso sexual, separación de los padres, inicio escolar, violencia psíquica y física, disfuncionalidad familiar, bullying y/o fallecimiento de un ser querido como elementos importantes a tener en cuenta. ^(85,86) Igualmente Anita Santos y colaboradores encontraron en el estudio titulado "Perfil clínico-epidemiológico de pacientes pediátricos con enuresis nocturna. Centros escolares, San Pedro Sula, 2019", que los pacientes enuréticos viven en casas con sin servicios básicos, sin patio, y comparten habitación con hacinamiento, lo cual puede estar afectando la funcionabilidad familiar y el equilibrio psicológico. ⁽⁷⁶⁾

Matias, en la publicación denominada “Children with urinary incontinence: Impact on family members coexistence”, aparecida en el Journal of Nursing UFPE, en el año 2018; señala la importancia de comprender la convivencia familiar para contribuir a la delineación de orientaciones dirigidas a la educación y comprensión de estos pacientes, igualmente identificó cómo la incontinencia urinaria afecta la rutina familiar y puede causar trastornos psicológicos, como estrés, ansiedad y depresión en los niños y sus familiares. ⁽⁸⁸⁾

Los resultados de la presente investigación son consistentes en lo externo con los arrojados por los estudios ya referidos y adjudicables a Migdia Pérez Pérez y Wilvian Cobas Contreras, quienes, indistintamente, hallaron que los niños enuréticos tratados, provenían de hogares disfuncionales en más de un 80%. ^(29,41)

La literatura médica reconoce como factores intervinientes y con una alta incidencia en la aparición del cuadro enurético, a los psicológicos, enmarcados fundamentalmente en el inapropiado ambiente familiar, donde pueden estar presentes el maltrato y el castigo frecuente y excesivo que deparan en abuso y humillación.

La experiencia clínica de este autor, unida a lo aportado por otros estudios, señala que para vencer la enuresis se requiere un esfuerzo cooperativo entre los padres, el niño y el médico o el psicólogo. El papel de los progenitores consiste en brindar apoyo y estimular positivamente al hijo enurético, para ayudarlo a incrementar la confianza en sí mismo.

Si las relaciones intrafamiliares no son las adecuadas, ni garantizan ese soporte tan necesario para su tratamiento y resolución del problema; más bien, el trastorno se agudiza, al no contarse con redes de apoyo. Se afirma que, para lograr los mejores resultados terapéuticos, se impone evitar el desarrollo de un clima violento en el hogar, obviar cualquier comentario sobre el problema ante el niño o adolescente y no castigar ni humillar al afectado.

La tabla 9 (Apéndices), presenta la presencia de los antecedentes patológicos familiares de enuresis nocturna según grupo de tratamiento. Como puede verse, 15 y 17 pacientes para los grupos estudio y testigo respectivamente, presentaron antecedentes familiares positivos, representando ello el 75 y el 85 por ciento para cada grupo. Ello confirma inexcusablemente que tales antecedentes se constituyen en un

factor de consideración. Ubeda Sansano y colaboradores refieren en un estudio publicado en el año 2005 en la Revista Cubana de Atención Primaria de Salud, con título “Enuresis nocturna primaria monosintomática en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia”, que el riesgo de padecer enuresis nocturna aumentaba 2,4 veces si hay un hermano afecto, 5,2 veces si es la madre, 7,1 si es el padre y 11,3 si afecta a ambos progenitores. Además, el hecho de tener antecedentes familiares influye de tal manera, que los niños no enuréticos con antecedentes familiares pueden alcanzar el control vesical nocturno a una edad más tardía que aquellos sin tales antecedentes. ⁽²⁴⁾

El doctor Morad, que dirige el departamento de urología del hospital Príncipe de Hamza, en un estudio prospectivo realizado en 180 pacientes, encontró que 146 (81.1%) presentaban antecedentes personales positivos de enuresis nocturna, reforzándose lo anteriormente hallado en esta investigación. ⁽²⁰⁾

Otro elemento de importancia capital es lo que aporta la investigación titulada “Enuresis no orgánica tratada con medicamentos homeopáticos” realizada por Sandra Hernández García y colaboradores, en la cual 79 pacientes de los 109 que conformaron el grupo estudio (67%), presentaban antecedentes patológicos familiares, pues padres, tíos y abuelos, habían sido enuréticos en edades tempranas, considerando este hecho como un factor desfavorecedor junto a la disfunción familiar, el nacimiento de un hermano, duelos por pérdida de algún familiar y la Influencia del frío, que aunque en menor grado, también puede influir en esta condición de salud.⁽¹⁹⁾ En el estudio titulado “Remarkable Factors in the Etiology of Monosymptomatic Enuresis Nocturna in Primary School Children” y publicado en el Journal of Health, Medicine and Nursing, año 2020, su autor Gazi Yasargil, concluye que la prevalencia de enuresis nocturna monosintomática fue mayor entre los escolares de primaria de nivel socioeconómico bajo, con madres de baja escolaridad, antecedentes familiares positivos y con manifestaciones de estreñimiento. ^(89,90)

En Santiago de Cuba, Cobas Contreras y Vinent Bonne, en sus respectivos estudios, encuentran cifras bastante parecidas a las enarboladas por el autor de la presente investigación, en relación con los antecedentes familiares, siendo estas de 85% (Cobas Contreras) para ambos grupos de tratamiento y 84.5% (Vincent Bonne). Ambos investigadores distribuyeron a los pacientes estudiados en una cuantía de 20 para

cada grupo de tratamiento. ^(41,42)

La mayoría de los datos epidemiológicos apuntan a que la herencia juega un papel importante en la enuresis nocturna. El modo de transmisión más frecuente es autosómico dominante con alta penetrancia (90%), aunque en un tercio de los casos se presenta de forma esporádica. La genética molecular relaciona la enuresis con alteraciones en los cromosomas 8, 12, 13 y 22,6. ^(24,90)

Véase en la tabla 10 (Apéndices), que todos los pacientes a los que se les aplicó hipnoterapia tuvieron una respuesta terapéutica satisfactoria. Es importante señalar que estos pacientes tratados con hipnosis tuvieron una respuesta completa para un 100%, no así los tratados con Imipramina en el que 18 pacientes tuvieron respuesta completa, para un 90% y dos (10%) respuesta parcial. $p=0,4872$. (Aquí se aplicó el test de probabilidades exactas de Fisher-Irving (tablas de 2 x 2), con un nivel de significación $\alpha=0,05$. La asociación resultó ser no significativa) ⁽⁶⁴⁾

Se acepta H_0 , que plantea no hay diferencias en cuanto a efectividad entre la hipnoterapia y el tratamiento farmacológico con Imipramina en los pacientes enuréticos nocturnos monosintomáticos. Ello demuestra que la hipnoterapia es efectiva igualmente para resolver este problema de salud.

Internacionalmente, los trabajos sobre la aplicación de la hipnosis en el tratamiento de la enuresis nocturna son escasos, y los pocos existentes, datan de bastante tiempo atrás, sin embargo, se hace necesario hacer alusión, a algunos, por su mantenida importancia. Entre estos estudios está el titulado “Treatment of primary nocturnal enuresis: A randomized clinical trial comparing hypnotherapy and alarm therapy” de los autores Jamie A Seabrook MA y Fabian Gorodzinsky, realizado entre septiembre de 2000 y diciembre de 2002 donde se compararon las respuestas de los pacientes asignados a cada grupo a tenor de 36 para cada uno. En el grupo tratado con hipnosis, 16 abandonaron el tratamiento a partir de la 5ta semana porque después de haber mejorado, se produjo un retroceso al volverse a orinar en la cuantía previa a iniciar el tratamiento, teniéndose la percepción por padres e hipnoterapeutas, de la existencia de una respuesta terapéutica fallida en relación a la hipnosis. ⁽⁵⁵⁾

Por otra parte en un artículo publicado en el American Journal of Clinical Hypnosis titulado “Short-term Treatment of Enuresis” (diciembre, 2014), estos autores refieren la

efectividad del tratamiento hipnótico con una semana de tratamiento utilizando la hipnosis todos los días de modo consecutivo, y no ven la necesidad de utilizar una segunda semana, sí y solo sí, de forma opcional. ⁽⁹¹⁾ En esta misma revista, pero en enero de 2015 se publica el artículo “Hypnosis and self-hypnosis in the management of nocturnal enuresis: A comparative study with Imipramine therapy”, en este estudio liderado por los doctores Sanjay Banerjee, Anita Srivastav & Bhupendra M. Palan, el 75% de los pacientes tratados con Imipramina, mostró mejoría a la sexta semana de terapia, mientras que el 72% de los pacientes con hipnosis también lo hizo en la misma semana, sin embargo, al considerar los resultados a partir del seguimiento por nueve meses, el 68 % de los pacientes tratados con hipnosis mantuvo una respuesta positiva, mientras que solo el 24 % lo tuvo, de los del grupo tratado con Imipramina. ⁽⁵⁴⁾

Se tiene certeza de que en Cuba los únicos estudios encontrados y referidos al tratamiento de la enuresis nocturna con hipnosis son los realizados en el ámbito del grupo de hipnosis terapéutica de la universidad médica de Santiago de Cuba y en el marco de su clínica de hipnosis, con la autoría de los doctores Wilvian Ernesto Cobas Contreras, Teurys Bernardo Vinent Bonne, Migdia Pérez Pérez y Adolfo Rafael Lambert Delgado, todos bajo la dirección del profesor Alberto E. Cobián Mena y en los cuales resultó ser efectivo el tratamiento de dicha entidad, abarcando entre todos, la cifra de más de 150 pacientes, con la particularidad de tener un criterio homogéneo en cuanto al método, lo que ha permitido diseñar un algoritmo terapéutico que se pretende validar en un segundo momento de la presente investigación, que a la vez cumple el objetivo de ser tesis doctoral. ^(29, 41,42)

Es importante tener en cuenta que todos estos pacientes fueron citados a una consulta evaluativa y de seguimiento a los tres meses, manteniéndose los resultados favorables descritos en la investigación y considerándose a dichos pacientes como curados. Es de resaltar que, aunque este estudio tiene 16 años de haberse realizado y publicado, en el mundo aún se discute y se difiere mucho en la bibliografía revisada, sobre cuándo considerar al paciente como curado; existiendo varias clasificaciones evolutivas y de curación, la más reciente es la del comité de continencia del año 2015: ⁽¹³⁾

En el escenario clínico, el niño afectado y la familia, son quienes deciden los criterios adecuados para el éxito del tratamiento. En el ámbito de la investigación, sin embargo,

es necesario un estándar uniforme, de modo que se puedan comparar los estudios y las opciones de tratamiento. ⁽¹³⁾

Los investigadores deben reconocer tres principios básicos de los resultados del tratamiento:

- (1) Debe documentarse la frecuencia de los síntomas durante la línea de base y después del tratamiento.
- (2) La evaluación de la respuesta o el resultado del tratamiento debe basarse en el registro inicial previo al tratamiento de la frecuencia de los síntomas.
- (3) Debe anotarse la respuesta durante el tratamiento, así como la respuesta después de la interrupción del tratamiento durante un período de tiempo específico. Estas respuestas pueden no ser las mismas.

Éxito inicial

Sin respuesta: <50% de reducción. Respuesta parcial: 50 a 99% de reducción. Respuesta completa: 100% de reducción.

Nota: El término "Respuesta" (>90 % de reducción) se eliminó y pasó al término "Respuesta parcial" para simplificar y fortalecer el término "Respuesta completa".

Éxito a largo plazo

Recaída: más de una recurrencia de síntomas por mes.

Éxito continuado: sin recaídas en 6 meses después de la interrupción del tratamiento.

Éxito completo: sin recaída en dos años después de la interrupción del tratamiento.

Como puede apreciarse en este intento de estandarizar la terminología, el paciente es mantenido en un periodo que va desde los seis meses hasta los dos años bajo tratamiento, para poderlo declarar como curado, periodo que para este autor es bastante largo. La experiencia acumulada en más de 20 años de trabajo por el autor de la presente investigación, hace que se considere excesivo este tiempo; evento que pudiera tal vez también estar condicionado por intereses mercantilistas, al mantener al paciente consumiendo medicamentos, utilizando alarmas y bajo tratamiento psicoterapéutico, los que tributan jugosas ganancias. La inexistencia de otro algoritmo

con hipnosis no permite comparar las tasas de recaídas de los pacientes, a no ser los estudios antes mencionados. Es por ello que se asume que tres meses de seguimiento es suficiente y permiten clasificar la respuesta en satisfactoria o no, ajustado ello a lo consensuado por los expertos en el 2015.

El estudio de Castañeda identificado como “Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Avances en Psicología Latinoamericana. 2018”, concluye que existe muy poca investigación sobre la hipnosis y su eficacia en la población latinoamericana en disímiles enfermedades, y la gran mayoría de los estudios revisados, muestra bajo rigor metodológico, lo que hace que sea limitada la evidencia actual en dicho contexto. Se requerirán futuras investigaciones que usen metodologías más apropiadas, en las cuales se expliquen en detalle las estrategias hipnóticas utilizadas, y se empleen diseños comparativos con evaluaciones pre y postratamiento, utilizando instrumentos validados que tomen muestras de tamaño apropiado. Ello permitirá evidenciar la utilidad y la eficacia de esta técnica en nuestro medio, asunto relevante si se tiene en cuenta su costo-efectividad y que no requiere de elevadas exigencias materiales para su implementación. ^(92,93)

En los gráficos 2 y 3 (Apéndices), se observa la distribución de pacientes según evolución por semanas y número de micciones. Al mirar los resultados de tales estudios que se exponen en ambos gráficos, es necesario señalar que se manifiesta un fenómeno interesante, y está dado en el comportamiento de las emisiones de orina en estos, pues en la mayoría, el promedio de emisiones al comenzar el tratamiento estuvo entre tres y cuatro veces por semana, disminuyendo de modo tácito en las tres primeras semanas de terapia hipnótica, para volver a aumentar en las tres siguientes, es decir, en la cuarta, la quinta y la sexta. Si se analiza en términos absolutos, pudiera interpretarse como un empeoramiento, pero no lo fue, dado que a partir de la séptima u octava semanas la disminución de dichas emisiones se hace evidente y continúa su progresión hasta su total desaparición. A este fenómeno este autor y su tutor lo han denominado “reacomodo de carga”. Nótese que a la par del fenómeno descrito, solo en seis pacientes de los estudiados no hubo mejoría.

Banerjee et al. en un estudio realizado en el año 1993 titulado “Hipnosis y autohipnosis en el manejo de la enuresis nocturna”, en el que se compara los resultados de la terapia hipnótica con los resultados del empleo de Imipramina, encontraron que los

pacientes tratados con hipnosis, después de la cuarta semana comenzaban a empeorar y de forma tácita abandonaban el tratamiento por decisión de sus padres, al no ver estos la efectividad en el método, de ahí que, de esta forma, los tratados con Imipramina, si mejoraron, llegando a la conclusión de que esta variante terapéutica era más efectiva. ⁽⁵⁴⁾

Autores como Jamie A, Seabrook M A y Fabian Gorodzinsky, en un estudio realizado entre septiembre del año 2000 y diciembre de 2002, encontraron que 16 de los 36 pacientes tratados con hipnosis, después de la quinta semana, comenzaban a empeorar, constituyendo ello de igual modo, causa de abandono de tratamiento, expresándose aquí una similitud con la dinámica expresada en el estudio realizado por Banerjee. ^(54,55)

Es necesario señalar, que existe poca evidencia a nivel internacional, del empleo de la hipnosis en el tratamiento de esta enfermedad, lo que hace bastante difícil realizar o establecer comparaciones al respecto; no así en nuestro país, donde similares resultados a los presentes, han sido obtenidos por Cobas Contreras, Vinent Bonne y Pérez Pérez, miembros del grupo de hipnosis terapéutica de la universidad médica de Santiago de Cuba. ^(29, 41,42)

Este autor está obligado a hacer una consideración importante y radica en que el reacomodo de carga es un hallazgo del trabajo realizado durante 20 años en el tratamiento de dicha entidad y está expresado en una investigación publicada en el libro La Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas del doctor Alberto E. Cobián Mena, quien ha ejercido un acompañamiento permanente como director de los procesos de investigación en el campo de la hipnoterapia, tutor además, de esta tesis doctoral y en otro trabajo publicado en idioma inglés en diciembre del año 2021, por la revista chilena "Terapia Psicológica", bajo el título "Efectividad del modelo hipnoterapéutico y farmacológico en la enuresis nocturna monosintomática", referido a un estudio con más de 100 pacientes portadores de enuresis nocturna monosintomática, donde se analiza a profundidad dicho fenómeno, que como se dijo anteriormente, no siempre se presenta en todos los pacientes, pero en muchos sí, por lo que se considera de importancia capital, el que los hipnoterapeutas lo conozcan, pues ayuda a disminuir la ansiedad tanto del paciente como de sus familiares, los que pueden llegar a pensar que el tratamiento no es efectivo y que el paciente lejos de mejorar, empeora, pero también al hipnoterapeuta que puede angustiarse y frustrarse. ⁽⁴⁹⁾

Etapas I y II para darle salida al segundo objetivo

Análisis de la validación de contenido del algoritmo terapéutico

Como se ha expresado, la propuesta de algoritmo con todos sus elementos y pasos, fue llevada para la validación de contenido ⁽⁶⁴⁾ por parte de los jueces o expertos, al formato de un cuestionario tipo Likert, contentivo de 37 reactivos y aplicado a 32 expertos, quienes ofrecieron su consentimiento afirmativo para ejercer el acto valorativo, dígame validación.

La Tabla 11 (Apéndices) referida a la distribución de los jueces por países de procedencia expresa lo siguiente: Predominan Cuba y Panamá con nueve y siete respectivamente, constituyendo ello el 28,125 y el 18,75 por ciento, seguidos de Puerto Rico y Brasil con tres (9,375%). A continuación, aparecen con dos jueces, Francia, Colombia y México para un 6,625% de modo respectivo y con un juez, Luxemburgo, España, Costa Rica y Uruguay.

En la tabla 12 (Apéndices) se hace referencia al comportamiento de los jueces según profesión. Así se tiene que constituyen mayoría los psicólogos clínicos y de la salud, quienes exceden en un 50 % a los psiquiatras, pero juntos, representan una cifra de 27 para el 84, 375 de los jueces, seguidos por otros cinco especialistas que incluyen a un fisiólogo, un histólogo, un pediatra, un ginecoobstetra y una odontóloga con gran experiencia en el tratamiento de los hábitos bucales perniciosos que en ocasiones vienen acompañados con episodios enuréticos nocturnos monosintomáticos de tipo secundario. La presencia absoluta de especialistas en salud mental, reafirma lo planteado en el cuerpo teórico respecto a que son psiquiatras y psicólogos los profesionales que más intervienen en la atención a los infantes con tenencia de esta enfermedad y porque también quizás sean los que mejor y más pueden evaluar los diferentes algoritmos, dada la experiencia y los conocimientos sobre la temática de estudio.

Las tablas 13, 14 y 15 (Apéndices) nos muestran las distribuciones de jueces según categoría docente, científica, así como **experiencia como hipnoterapeuta expresada en años**. Obsérvese que el comportamiento de los atributos exigidos para la selección de los jueces fue elevado, pues si bien, se pedía el cumplir con al menos tres de los cinco prescritos como condicionantes para ser seleccionado, lo observado

arroja un cumplimiento de 4,5 como promedio, es decir, el 90,6 % de los jueces cumple con los cinco atributos, ello significa que todos los jueces exceden de algún modo el mínimo requerido. Véase lo siguiente:

- El 100 % de los jueces tiene más de cinco años de experiencia como hipnoterapeuta.
- El 100 % es diplomado en hipnosis.
- 32 jueces poseen categoría docente, para un 100 %
- 22 jueces exhiben la tenencia de grados científicos para un 68, 75 %
- 29 tienen maestrías en las categorías prescritas y solo un 8,38 % no la tiene.(Ver apéndice)

Al analizar el comportamiento de tales parámetros se llega a la idea concluyente de que es muy elevada la tenencia de los atributos exigidos para la selección de los expertos, constituyéndose estos en un conglomerado con una también muy elevada robustez científico- académica, que de seguro garantizaría un adecuado proceso de validación.

Por último, se observa un predominio del sexo masculino con respecto al femenino, dado ello en una proporción de 4,33:1 a favor de los primeros. Ello equivale a decir que por cada juez o experto femenino, validaron el instrumento 4,33 jueces masculinos. Ver Tabla 16 (Apéndices)

Al analizar lo arrojado por las respuestas plasmadas en el instrumento contentivo del algoritmo en sus 37 ítems, se tiene que:

- 16 ítems promedian, en respuestas, por encima de 4,5, constituyendo el 43,24% del total
- 17 ítems, que representan el 47,94%, reciben puntuaciones promedio entre 4 y 4,49
- Entre 3,00 y 3,99 aparecen solo cuatro ítems; el 16 (3,46), el 22 (3,37), el 23 (3,84) y el 24 (3,75), que representan el 10,81%

Si se consideran las puntuaciones promedio de 4 o más, se tiene una cantidad de 33

ítems para un 89,19%, lo que significa que las respuestas a las propuestas del cuestionario se mueven entre los criterios o categorías de acuerdo y totalmente de acuerdo.

El casi 90% de opiniones a favor del instrumento y - de hecho - del algoritmo, ofrece un contundente criterio validativo, ya de por sí suficiente, para considerar un rango favorable que va desde el estar de acuerdo a estar totalmente de acuerdo, no obstante, podría preguntarse por qué, si los jueces cumplían toda una serie de requisitos, aparecen cuatro ítems con puntuaciones bajas. Ello merece un análisis y se expone a continuación:

Valoración de los puntajes recibidos por los ítems 16, 22,23 y 24.

ITEM 16.

El ítem 16 expresa lo siguiente: “Algunos refieren la no efectividad de la hipnoterapia en pacientes enuréticos nocturnos monosintomáticos, basándose en que, por lo general entre la cuarta y sexta semanas de tratamiento, después de una buena respuesta inicial, se produce un retroceso. La puntuación promedio otorgada es de 3,46, baja en comparación con la recibida por otros ítems.

Por la misma connotación que ello tiene desde lo cuantitativo, se hace necesario analizar tanto el contenido de la propuesta como lo que ha podido encontrarse en la revisión de la bibliografía consultada y a la vez poco relacionada al tema hipnoterapia en enuresis.

Justamente el ítem se elabora teniendo en cuenta lo expresado por varios investigadores norteamericanos sobre el por qué se abandona la hipnoterapia en el manejo de la enuresis, pues luego de un periodo de disminución de las emisiones de orina, se produce un retroceso, lo que es frustrante, para terapeutas, padres y pacientes, elemento que es causa del abandono por parte de los pacientes, determinado ello por la toma de decisión de sus padres, y la reticencia de los hipnoterapeutas de volverlo a emprender, pues es un fenómeno que se repite.

Este hecho también ha sido constatado en el trabajo asistencial desarrollado en la clínica de la hipnosis de la universidad médica de Santiago de Cuba, pues después de una rápida reducción de las emisiones nocturnas en las tres primeras semanas, se

produce un pico o incremento entre las semanas cuatro y seis, haciéndose más notable dicho aumento en la semana cinco: Sin embargo la conducta ante el fenómeno descrito ha sido continuar con la terapia hipnótica , apreciándose que por lo general a partir de las semanas siete u ocho la respuesta al tratamiento vuelve a ser favorable, pues hay una marcada reducción de las emisiones nocturnas de orina, proceso que se continua hasta concluir el tratamiento. (41, 42, 56,57)

Para este autor el valor obtenido está conectado con lo planteado en el párrafo anterior, y pudiese tener como explicación plausible lo que a continuación se consigna.

- El pobre contacto con las pocas publicaciones que abordan el empleo de la hipnoterapia para esta condición de salud, sucediendo lo mismo con las investigaciones.
- Que el fenómeno observable entre las semanas tres y seis, es un hallazgo particular o particularizado, devenido de los resultados observados y su consolidación en más de 30 años de trabajo asistencial con hipnoterapia en la enuresis nocturna, realizado por este autor y su tutor en lo fundamental, así como por otros colegas, todos pertenecientes a la clínica de hipnosis de la UCM-SC (49)

Tal vez lo particular del proceso y su no visualización en otros lares, haya incidido en la atribución de bajos puntajes al ítem, aun cuando en el documento explicativo del algoritmo se describe el hecho como tal. Las consideraciones anteriores permiten desde un enfoque cuantitativo, decir que el valor 3,46 corresponde a una puntuación moderadamente baja.

ITEM 22

El ítem 22 arroja un puntaje promedio aparentemente bajo, pero en realidad no lo es. El algoritmo plantea como estrategia realizar la regresión en la quinta semana, pues es el momento clímax del pico enurético, fenómeno recogido como criterio a evaluar en el ítem 20, el que obtuvo una puntuación de 4,37, expresión ello, de la confluencia hacia el estar de acuerdo con lo propuesto en el algoritmo, por parte de los jueces, sin embargo, el valor promedio otorgado al ítem 22 es de 3,53, siendo su interpretación abarcadora de dos tendencias.

1. No se llega al valor 4, que significaría estar de acuerdo con la propuesta
2. El predominio de valores inferiores a 4 (bajos) expresa el no acuerdo, o una posición supuestamente neutra, dada en la categoría “ni lo uno ni lo otro” que por lo general significa la no toma de partido, y el no compromiso, pero que, en profundidad, tal como expresa el investigador cubano Dr. Aníbal Rodríguez Álvarez, en su libro Actitudes, está más cerca del desacuerdo. ⁽⁸⁾

Para los resultados de este estudio el puntaje medio del ítem 22 refuerza la puntuación del ítem 20. El ítem 22 está referido a que en cualquier momento del pico enurético es válido emplear la regresión, es decir, es lo mismo hacerlo en la cuarta, la quinta o la sexta semana. El 3,53 evidentemente niega el acuerdo, y es la única manera de ser coherentes los jueces con la puntuación otorgada al ítem 20 (4,37). Ello también expresa nivel de consistencia.

Este juicio pudiera clarificarse para su mejor comprensión a través del siguiente corolario:

- Si los ítems 20 y 22 se niegan entre si
- Y apuesto por el 22, entonces
- Estoy confirmando mi adhesión por el 20

ITEM 23

Algo similar sucede con los valores promedio de los ítems 20 (4,37) y 23 (3,84). El ítem 23 se refiere a la no conveniencia de realizar la regresión en las tres primeras semanas de la hipnoterapia, pues aún no se tienen todos los elementos que nos permitan conocer la profundidad de la problemática. Este criterio se alimenta por la aproximación evaluativa que se da entre los ítems 22 y 23 a los que es posible también aplicar el siguiente razonamiento o corolario.

- Si 20 y 22 se niegan
- Si 22 y 23 se afirman por concepto y dirección de evaluación
- Entonces 23 niega a 20

ITEM 24

El ítem 24 (3,75) tiene similitud en parte en cuanto a puntaje promedio con los ítems 22 (3,53) y 23 (3,84), sin embargo, el texto engloba una intención más abarcadora, pues esta propuesta está referida a negar la importancia de la regresión para la terapia hipnótica, propuesta rechazada, validándose entonces que la regresión ha de considerarse, pues es una herramienta de extraordinaria importancia como recurso terapéutico.

Los ítems 22, 23 y 24 presentan resultados de acuerdo con lo esperado, habidas cuentas de que para ser consistentes (coherencia) con el ítem 20, deben obtener puntuaciones bajas, porque es el modo o la manera de no negar para sí mismos, las puntuaciones elevadas que atribuyeron al ítem 20, expresando así un alto nivel de acuerdo.

Valoración de las dimensiones del algoritmo.

La dimensión 1 responde a los criterios diagnósticos que contempla el algoritmo para aceptar o derivar al paciente y agrupa a los ítems 1, 2, 3, 4 y 5, con puntuaciones en el mismo orden de 4,75, 4,44, 4,16, 4,28, y 4,44. Estos valores reflejan que para los jueces son adecuados los criterios diagnósticos contemplados por el algoritmo y concordantes con lo observado en la práctica clínica, apenas hay diferencias al respecto entre lo planteado por el DSM-V y la CIE-11, por lo que el escoger uno u otro no alteraría este componente diagnóstico del algoritmo, así como la necesidad de derivar al urólogo y al pediatra cuando aparezcan afecciones de tipo orgánico. ⁽¹¹⁾

La segunda dimensión se refiere al valor práctico-axiológico de la primera entrevista y comprende los ítems 6, 7, 8, 9 y 10. En esta dimensión todos los ítems son evaluados favorablemente, estando los jueces de acuerdo con las propuestas contenidas en los mismos, dirigidas en ese orden a criterios tales como; a). Lo acertado de la batería de pruebas psicológicas y la posibilidad de escoger las que más se adapten a las necesidades y características del paciente, así como a las condiciones en que se da el cuadro enurético (4,31), b). Lo concerniente a la primera consulta y su dedicación a las pruebas de susceptibilidad y a explicar aspectos de carácter psicosocial (4,44), c). La conveniencia de no realizar hipnosis en ese momento, para dedicarlo a la búsqueda profunda de aspectos relevantes tanto de los pacientes como de sus familiares (4,47),

d). La facilitación del proceso terapéutico al tener en cuenta elementos afectivos que median la RMP y el valor semiótico de la entrevista médica (4,53) y e). La posibilidad que brinda de proveer información al paciente sobre su enfermedad, el sistema urinario y su anatomía funcional, la terapéutica a emplear y los recursos a utilizar (4,75).

La dimensión 3 recoge el proceso de estructuración lógica de la hipnoterapia y los criterios de evolución clínica. Aquí se incluyen los ítems 11, 12 y 13, los que reciben puntuaciones elevadas en el orden de 4,38, 4,75 y 4,63 respectivamente. Ello evidencia el notable nivel de acuerdo con el tiempo dedicado a las sesiones de hipnoterapia, el empleo del signo señal, la secuencia de pasos para lograr el trance, la estructuración lógica del tratamiento para ir avanzando en el proceso terapéutico e ir alcanzando los objetivos demandados por cada etapa.

La cuarta dimensión está referida al fenómeno denominado pico enurético y su impacto en el proceso terapéutico y recibe para los ítems que la integran los siguientes valores: el 14: 4,34, el 15: 4,50, el 16: 3,44 y el 17: 4,53. A excepción del ítem 16 que expresa una tendencia al desacuerdo, el resto recibe puntuaciones por encima de 4.

Cabe destacar, en este orden de discusión, que el pico enurético o reacomodo de carga, fenómeno explicado de manera clara en el instructivo del algoritmo, es un hallazgo que de manera conjunta este autor y su tutor han señalado como de importancia creciente a la hora de evaluar los resultados de la hipnoterapia en los pacientes enuréticos y como bien se ha señalado en el marco teórico de esta tesis y en este mismo capítulo, refleja una manifestación observada por los escasos hipnoterapeutas e investigadores que han incursionado en este tipo de tratamiento en tales pacientes, pues encuentran que no pocos una vez que han tenido una respuesta adecuada al tratamiento en las primeras semanas, experimentan un retroceso, siendo ello causa directa de abandono del tratamiento por parte de terapeutas, pacientes y padres, al no ver progresos y ser ello un hecho altamente frustrante.

Con conciencia de causa, puede decirse, que este fenómeno que aparece por lo general en las semanas 4, 5 y 6 (con su máxima expresión en la 5) del tratamiento, jamás ha sido considerado factor que decida la suspensión de la terapia en la clínica de la hipnosis por el grupo de investigadores que se han dedicado a la terapia y a observar y estudiar este fenómeno, entre ellos, este autor.

Pues lejos de constituirse en una dificultad insuperable siempre ha sido un acicate para mantener dicha terapia. Las experiencias derivadas del análisis y estudio de esta manifestación han permitido poder explicar a los padres y a los infantes sobre la posibilidad de que se pueda dar este retroceso, el que siempre será superable. Tal explicación condiciona positivamente al niño bajo tratamiento y lo prepara de tal manera, que podrá evitar el evento frustrante, elemento con igual significación y manejo para y en los padres.

Si bien este fenómeno descrito por primera vez en el libro hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas por este autor y su tutor en un capítulo conjunto sobre el tratamiento con hipnoterapia de pacientes enuréticos, aún no se ofrecen de manera visible sus posibles causas, de un modo categórico, pero a la luz de como se ha manejado este hecho o acontecimiento, aparecen con más posibilidades, las relacionadas con comparaciones de carácter triunfalista y presionantes de los padres a sus hijos, que los pueden llevar a tener un efecto paradójico. Se citan algunas...“ ves que podías controlar la orina”....,“ya no hay marcha atrás, de aquí pa’ lante” ...“si te vuelves a orinar voy a pensar que eres un sin vergüenza”. El hecho de exponer estas aseveraciones no descarta que pudiesen existir otras causales, las que tendrían que ser objeto de estudio de otras investigaciones. Eso es lo que justamente se busca con el ítem 21 que contempla el reforzamiento de la autoestima y la no frustración (4,53).

La dimensión 5 está referida al empleo de la regresión y su valor y engloba los ítems 19, 20, 22, 23 y 24. Esta dimensión recibe las puntuaciones esperadas. Se coincide en que la regresión es una herramienta valiosa y que preferentemente debe ser ubicada en la 5ta semana (ítems 19 y 20 con puntuaciones de 4,59 y 4,34 respectivamente), sin embargo los ítems 22, 23 y 24 reciben puntuaciones bajas y es lo correcto, porque están redactados en forma negativa y para que exista consistencia en los jueces las puntuaciones han de ser en una dirección opuesta a las recibidas por los ítems 19 y 20. Esta disparidad en las puntuaciones habla de la claridad de concepto por parte de los expertos.

La dimensión 6 abarca los ítems 18, 21, 25, 26, 23, 28, 29, 34, 35 y 36 y engloba elementos del algoritmo conectado con los recursos metafóricos y simbólicos empleados por el mismo. Todos esos ítems reciben puntuaciones altísimas, expresándose por los jueces un nivel de acuerdo muy manifiesto acerca de lo

adecuado de contemplar viajes imaginéricos con función diagnóstica de la dinámica familiar, el empleo de la técnica del espejo para proyectar sus problemáticas en otros niños, proceder a su ayuda, que al mismo tiempo es autoayuda, las sugerencias posthipnóticas como modo de incorporar conductas salutogénicas y reforzar el proceso curativo, las metáforas y símbolos como elemento crucial en el proceso autocurativo y el protagonismo del paciente en el mismo; también el empleo de la hipnosis colectiva para propiciar el intercambio entre los pacientes bajo trance, pero elicitando la manifestación de múltiples posibilidades que como recurso tiene el paciente, la validación una vez más de ese gran recurso que es la economía de fichas (diario miccional para el caso), la activación de procesos inconscientes y de recursos propios a modo de habilidades sociales y sobre todo de la capacidad de resiliencia.

Por último la dimensión 7 está dirigida a la observancia de varios elementos condicionantes del éxito terapéutico e incluye a los ítems 30, 31, 32, 33 y 37 los que plantean elementos tales como:

- A) No embriagarse de triunfalismo, debiendo tenerse en cuenta que puede haber retroceso por condicionamiento psicosocial (4,00)
- B) El respetar los pasos del algoritmo que, si bien no se constituyen en una camisa de fuerza, si contemplan una progresión lógica, objetivos escalonados y la necesidad de reforzar todo avance terapéutico (4,19)
- C) No interrumpir el tratamiento y llevarlo hasta el final, pues mientras más se refuerce el terreno ganado, más estable y duradero serán los enlaces que a nivel cortical se produzcan en el sujeto tratado con hipnoterapia (4,41). El reforzamiento es una necesidad y no un capricho.
- D) La importancia del retest para evaluar cambios no solo en la emisión de orina si no, en determinados componentes psicológicos que pudieran estar asociados al hecho enurético como reacción o como condicionante del mismo.
- E) Lo correcto de enfocar un seguimiento por tres meses luego de las 14 semanas de tratamiento, lo que permite una continuidad en la observancia del efecto de la hipnoterapia y llegar a conclusiones sólidas en cuanto a la evolución clínica.

Coeficiente Alfa de Crombach

Algunos expertos refieren que el valor mínimo aceptado para este estadístico es 0.70.
(64, 67,68)

Por debajo de ese valor la consistencia interna del instrumento empleado es baja. Por su parte el valor máximo esperado es de 0,90. Del mismo modo se expone que el Coeficiente Alfa de Crombach toma valores entre 0 y 1 y que cuanto más se aproxime al 1, mayor será la fiabilidad del instrumento. (64, 67,68)

El valor del Coeficiente Alpha de Cronbach ascendió a 0,9221, es decir, los ítems evaluados mostraron la existencia de excelente consistencia interna, lo que se interpreta como una altísima fiabilidad del instrumento.

Este coeficiente mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario valorando cómo los diversos reactivos del instrumento miden las mismas características. Se considera el indicador más idóneo porque da un único valor de consistencia y proporciona los datos de la técnica de la fiabilidad mitad y mitad.

Como se expresó, el rango del alfa de Cronbach oscila de 0 a 1. Valores elevados denotan una mayor consistencia interna. Según George y Mallery, el Coeficiente alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente. (64, 67, 68, 94, 95, 96, 97,98)

En el caso de nuestra investigación el valor del coeficiente es 0, 9221, de hecho, es muy alto, por tanto hay validez dada por confiabilidad elevada. Se rechaza a H0 que plantea no existe fiabilidad del instrumento

Índice de validez de contenido (IVC):

índice de validez de contenido de cada ítem

Al observar la tabla 17 de los IVC para cada ítem, se tiene que hay tres cuyos valores están por debajo del resto y estos son los ítems 16 con un IVC igual a 0, 769 y los 25 y 30 con idéntico IVC igual a 0, 562,

A simple vista estos valores pudieran parecer bajos, pero en realidad no lo son. La

Tabla 17. Índice de validez de contenido (IVC) de cada ítems

Ítems	IVC		Ítems	IVC	
	n _e	Valor		n _e	Valor
1	32	1	21	32	1
2	30	0,875	22	32	1
3	30	0,875	23	25	0,562
4	31	0,937	24	32	1
5	30	0,875	25	30	0,875
6	31	0,937	26	32	1
7	30	0,875	27	32	1
8	30	0,875	28	32	1
9	31	0,937	29	32	1
10	32	1	30	25	0,562
11	31	0,937	31	29	0,812
12	32	1	32	30	0,875
13	31	0,937	33	31	0,937
14	32	1	34	31	0,937
15	32	1	35	32	1
16	26	0,769	36	32	1
17	32	1	37	32	1
18	30	0,875	--	--	--
19	31	0,937	--	--	--
20	31	0,937	--	--	--

fundamentación para esta aseveración es la siguiente.

Balbineti en el año 2004, en una revisión tanto del IVC de Lawshe como del Coeficiente de Validez de Contenido planteado por Hernández-Nieto en el 2002, plantea que con un valor de por encima de 0,70, el ítem debe ser mantenido como parte del instrumento, es decir, no rechazado, en tanto es un valor que sigue siendo alto. Si se compara desde esta perspectiva el valor de 0,769 del ítem 16, desde el prisma de los presupuestos de Balbineti, debe ser aceptado. ^(66, 68,69)

Otra variante de análisis se centra en los mismos presupuestos de Lawshe y los rangos de aceptación que debe tener el IVC, y es aplicable de manera completa para los tres ítems señalados, dígase los ítems 16, 25 y 30.

Los ítems 25 y 30 están referidos respectivamente a la importancia de los viajes imaginéricos como recurso terapéutico para detectar problemas en la dinámica familiar del niño, y la necesidad de no embriagarse de un triunfalismo peligroso que puede interferir con el éxito de la acción terapéutica. El IVC compartido es de un valor de 0,562 y en este caso la cantidad de jueces es de 32; y aquí está el elemento clave para justificar la otra variante de análisis señalada con anterioridad.

Si para 40 jueces el IVC adecuado o mínimo aceptable sería de 0,29, por supuesto que para una cifra de 32 jueces, debe ser algo mayor el IVC, sin embargo el propio Lawshe plantea que para una cantidad de 14 jueces el IVC adecuado o mínimo necesario debe ser no menor a 0,51. De ello se desprende entonces que para 32 expertos el IVC debe tener un valor mayor a 0,29 y menor a 0,51. Si se analiza el valor de 0,562 es muy superior al valor necesitado, por ende estos ítems cumplen la condición de y poseer un IVC por encima del necesitado como mínimo para ser considerados valores adecuados. Lo mismo es atribuible al ítem 16 que en este caso tienen un IVC de 0,769.

Ambas aristas del análisis son también válidas para considerar la alta validez de contenido de los 37 ítems del instrumento y si bien 34 tienen valores muy altos, estos otros tres son también valores adecuados y por ende aceptados.

Los resultados anteriores evidencian que para la gran mayoría de los ítems que componen el test (34/92,0 %), los expertos consideraron que éstos proporcionaban, un alto grado de consistencia, esencialidad (validez de contenido) para el fenómeno que

el test trata de evaluar.

Promedio resultante de la Escala Likert

Se hace necesario exponer que en las escalas de Likert a veces se califica el promedio resultante en la escala mediante la sencilla fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones), y entonces una puntuación se analiza en el continuo 1-5 de la siguiente manera, con el ejemplo de quien obtuvo 12 en la escala ($12/8 = 1.5$). Es este el criterio que se asume para poder interpretar los resultados. ⁽⁶⁴⁾

Nótese en la tabla 18 que solo cuatro expertos obtuvieron puntuación promedio inferior a 4,5 puntos, lo que estima un porcentaje de 87,5 % de expertos con valores iguales o superiores a 4,5 puntos. Para la presente escala, el menor valor corresponde a 1,2 y el mayor valor corresponde a 5,75.

En las orientaciones enviadas a los jueces sobre el algoritmo a evaluar, se les solicitó, que cualquier opinión o criterio que tuviesen y no encajara en lo demandado por los ítems, fuera expuesto aparte. Unos pocos se expresaron y emitieron algunas consideraciones que reflejan estados de opinión particulares en cuanto a algunos contenidos, así se tiene que los jueces 2 (Andrés Pereira), 20 (Mauricio Neumen), 21 (Olivia Sandoval) y 25 (Ricardo Turner) obtuvieron puntuaciones promedio por debajo de 4,5, para la escala Likert aunque cabe señalar que el juez 25, se acercó con su puntuación 4,41 al 4,5. Si se ve como porcentaje de efectividad, este juez cae en el rango de más del 80%, no así los expertos 2, 20 y 21, que obtienen puntajes de efectividad entre 70 y 79, pero si bien son inferiores, no significa que sean despreciables, pues ningún juez tuvo una respuesta de efectividad por debajo del 70%.

Coeficiente de Concordancia W de Kendall

Este estadístico matemático nos permite conocer el nivel de concordancia entre los jueces en el acto evaluativo de los reactivos y el criterio de selección de la prueba estuvo dado porque la evaluación se hace en un rango que va desde el 1 al 5, por tanto el mismo se expresa en este caso, en una escala ordinal, criterio este exigido por el estadístico referido para ser empleado con la finalidad enunciada. (Tabla 19) ⁽⁶⁷⁾

Tabla 18. Puntuación promedio por experto para la escala likert

Expertos	Puntuación promedio	Expertos	Puntuación promedio
1	5,53	17	4,69
2	4,38	18	5,28
3	4,78	19	5,75
4	5,41	20	4,16
5	5,16	21	4,28
6	5,41	22	5,03
7	5,72	23	5,53
8	5,56	24	5,75
9	5,00	25	4,41
10	5,25	26	5,50
11	5,44	27	5,38
12	5,75	28	4,78
13	4,91	29	5,72
14	4,88	30	4,72
15	4,84	31	5,41
16	5,22	32	5,44

Tabla 19. Prueba W de Kendall

Rangos	
	Rango promedio
i1	22,52
i2	19,06
i3	14,36
i4	16,45
i5	18,77
i6	17,39
i7	18,84
i8	20,22
i9	19,14
i10	22,50
i11	17,45
i12	22,44
i13	20,83
i14	16,91
i15	19,25
i16	8,77
i17	18,91
i18	19,81
i19	20,31
i20	16,86
i21	22,50
i22	12,83
i23	14,20
i24	13,98
i25	16,66
i26	22,86
i27	23,27
i28	22,64
i29	24,11
i30	16,08
i31	15,95
i32	18,34
i33	21,89
i34	18,91
i35	21,59
i36	22,27
i37	24,14

Prueba W de Kendall

N 32

W de Kendall 0,180 Grados de Libertad 36. Significancia Asintótica 0,001

Se rechaza H_0 que plantea que los rangos son independientes, que no concuerdan. Una vez más aparecen los ítems 16, 22, 23 y 24 como los de más bajo rango promedio, ello coincide con lo observado en las puntuaciones promedio de estos ítems y de hecho les es aplicable a cada una de tales puntuaciones el mismo análisis realizado en la distribución de ítems por puntuaciones muy altas, altas y menos altas, en el orden cuantitativo, pero al mismo tiempo en lo cualitativo, pues tales valores de rango promedio aportados por la prueba Coeficiente de Concordancia W de Kendall responden a los resultados esperados. De hecho, les asisten a los ítems 20 y 22 y 20 y 23 los mismos corolarios enunciados anteriormente, pues de lo contrario, no hubiera negación entre el 22 con respecto al ítem 20, y el 23 de igual manera con el 20, existiendo una aproximación o convergencia en cuanto a propósito entre los ítems 22 y 23, los cuales se reafirman entre sí. Por su parte el ítem 24 (13,98 como rango promedio) tiene similitud en cuanto a puntaje de rango promedio con los ítems 22 (12,83) y 23 (14,20), sin embargo, al expresar el texto una intención más abarcadora, acerca de lo imprescindible e importancia de la regresión como intención para la terapia hipnótica, es rechazada la propuesta al estar redactada de manera inversa, de ahí la baja puntuación del rango promedio asignado a este ítem por los jueces, validándose entonces que la regresión ha de considerarse, pues es una herramienta de extraordinaria importancia como recurso terapéutico, no habiendo dudas de la concordancia entre los jueces al asignar su grado de acuerdo o desacuerdo con las propuestas englobadas en los ítems.

Al observar entonces, los resultados del estadígrafo de contraste (ver apéndice), se tiene, que es altísimo el nivel de concordancia entre los jueces, dado en que p menor que 0.001, lo que nos indica que debe rechazarse H_0 , que plantea la no existencia de concordancia, pues el valor de significación (0,000) es inferior al nivel de significación (0,001).

Análisis de Conglomerados o Clusters

Una de las pruebas empleadas para comparar a los jueces en sus puntuaciones y

observar cómo se unen o se separan de acuerdo a los criterios evaluativos, es el análisis de clusters o conglomerados jerárquicos mostrados en la tabla 17 y los dendogramas 1, 2 y 3 (Apéndices). En este caso se seleccionó el método de Ward, a partir del criterio de que los conglomerados debían constituirse de tal manera que, al fundirse dos elementos, la pérdida resultante de dicha fusión fuese mínima. Como N= 32 (jueces) solo se realizan 31 etapas de fusión.

La técnica aplicada a partir de la consideración de la base de datos obtenida y procesada con el sistema estadístico SPSS- 22, arroja lo siguiente: ^(67,100,101)

- Aparecen tanto grupos homogéneos con consideraciones favorables al ítem como grupos homogéneos con posiciones menos favorables, constituyendo ello expresión de disimilaridad de clusters
- Se evidencia que los jueces que se acercan en las puntuaciones forman conglomerados. Véase como los jueces números 12, 24, 7, 19 y 29 otorgan puntuaciones muy elevadas al instrumento, y todos conforman un clúster. Lo mismo sucede con los expertos, 16-31, 19-11, 8 -27, 8-4, 29-27, 4-18, 27-26, 1-32, 6-10, 23- 26, todos con puntuaciones promedio por encima de 4.5 y por ciento de efectividad esperada superior a 90.

Cuando se analizan las puntuaciones promedio entre 4 y 4.4 y de los porcentos de efectividad esperada entre 80 y 89, se observa que los conglomerados tienden a ser homogéneos, así aparecen los que se forman entre 9-14, 9-5, 22- 3, 22-28, 15-30, 15-17, 17-25. Las puntuaciones más bajas, todas entre 3.5 y 3.9 como promedio y un por ciento de efectividad entre 70 y 79 agrupan a los jueces 2-20 y 21-30.

Con respecto al dendograma no. 2 (ver apéndice) referido a los ítems, forman clusters los siguientes: 26-27-29-36-37 29-10, 21-27, 12- 19, 1-17, 36-13, 1-13, 22-23

Constituyen clusters también los ítems: 8-9, 8-4, 3-11, 3-4, 11-32, 2-5, 2-7, 14-15, 14-20, 7-25, 7-20, 20-21 y 12-25

Igualmente se agrupan, pero con una distancia mayor: 2-16, 16-30, 2-23, 24-6, 34-6, 31-20, 22-6 y 2-23.

Existe una coincidencia entre los resultados que se aprecian en los dendogramas referidos a Solución Única (con cinco conglomerados) y De Pertenencia.

Ello evidencia un reforzamiento del carácter homogéneo en cuanto a la agrupación de los jueces a la hora de emitir sus criterios sobre la diversidad de ítems (37). Del mismo modo tales distribuciones enfatizan la diferenciación entre los que tienen puntuaciones muy altas, altas y menos altas, que expresa disimilaridad y heterogeneidad al mismo tiempo.

Lo planteado anteriormente se corrobora a través de la matriz de disimilaridades, cuya importancia se expone.

Importancia de una matriz de disimilaridades:

Los jueces no opinan exactamente igual, ello nos permite considerar la no existencia de condicionamiento previo en los mismos, ni interferencias por parte de los investigadores para tratar de obtener un resultado “forzado por ellos o manipulado” a conveniencia de sus intereses, por lo que se intuye la existencia de libertad de actuación según las propias consideraciones de los jueces o expertos, elemento de relevancia, exigido y demandado por la literatura revisada, a la hora de obtener los criterios de los expertos y así evitar los sesgos que ello supondría, de haber manejos de este tipo. (64, 67, 100, 101)

Tal vez pudiera exigirse por quienes evalúen este trabajo y sus resultados, el por qué no se procuró medir la consistencia externa, algo demandado en los procesos de validación. En este caso resultó imposible hacerlo porque ninguno de los seis algoritmos encontrados emplea la hipnosis como modalidad de tratamiento, variando ello la naturaleza del proceso al no ser las investigaciones ni los algoritmos iguales. No obstante, este autor decidió comentar los únicos algoritmos existentes, o al menos publicados y encontrados, luego de una minuciosa búsqueda, y que aunque no utilizan la hipnosis, arrojan elementos de importancia al tratar de solucionar el problema de la enuresis en los infantes que la portan y por ser además los únicos que se utilizan y tienen visibilidad hasta el momento.

Algunas consideraciones generales sobre estos algoritmos.

Se han expuesto de manera respetuosa, los criterios que se enarbolan por los distintos autores de dichos algoritmos y la conclusión que emana de ello es que todos se mueven en una expresión bidireccional, dada en el empleo de o bien terapia conductual (alarma) o fármaco a predominio de la desmopresina, pero incluyendo la

Algoritmos de tratamiento de la Enuresis Nocturna

ENURESIS NOCTURNA, EL NIÑO QUE MOJA LA CAMA

(24)

Autora: Àngela Vidal
Bataller y Dr. Miguel
Àngel Ruiz y Dra.
Macarena Reolid.

3-1-4

Manejo y diagnóstico terapéutico de la Enuresis Infantil (81)

Autores: Dra. Elena
Taborga Díaz y Dr.
Víctor Manuel García
Nieto.

1-5-4-3

Título: “Enuresis” (57)

Autores: M^a Isabel
Úbeda Sansano.
Pediatra y Roberto
Martínez García. 3-1-4

2da versión de este
algoritmo:

1-4-3-2

Guía Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Enuresis no orgánica en la edad pediátrica en el primer nivel de atención. (59)

Acta Pediátrica de
México año 2014

2-1-3-6

1. Medidas generales
2. Psicoeducativo
3. Desmopresina
4. Sistemas de alarmas
5. Terapia motivacional
6. Oxibutinina
7. Clasificar la Enuresis
8. Descartar causas orgánicas
9. Tratamiento Individualizado

Management of nocturnal enuresis - myths and facts (61)

Sinha R, Raut S
Rajiv Sinha

3-4-1-2-5

¿Qué hacemos si aún moja la cama? (22)

Autores: M.^a Isabel Úbeda Sansano.
Pediatra y Roberto Martínez García.

7-8-9-1-3-4

oxibutinina y la Imipramina o ambas a la vez. De hecho, existe una elevada coincidencia en cuanto a la ruta crítica que se debe tener en el marco del tratamiento, y los modelos alternativos; si no se resuelve con uno, emplear el otro sin importar el orden, el referirlo a otro especialista si no resuelve con ninguno de los modelos. Otro elemento que ronda la categoría de hándicap es el tiempo de evolución una vez dado de alta, que va desde seis meses hasta uno o dos años sin orinarse para definirlo como curado, diferenciándose los autores muy poco en cuanto a la frecuencia del seguimiento una vez finalizado el tratamiento. Se retoma entonces un principio cardinal de la cosmovisión terapéutica asumida, el referido a que los modelos terapéuticos no pueden ser empleados sin tener en cuenta las realidades de los países y de las personas que lo van a recibir. Este autor asume como un hecho válido y necesario el que hay que pensar en economía, en las posibilidades reales, el tiempo de tratamiento y en el que se resuelve la problemática, etc. Los niños enuréticos demandan una solución rápida de su situación; no dos años, ni un año y medio; ellos sufren, sienten pena, pueden ser objeto de rechazo, de bullying, tener serios problemas con su autoestima, y todo ello los paraliza en los planos cognitivo, afectivo y conductual.

Entonces, aun cuando tengan efecto positivo los modelos farmacoterapéuticos revisados, ¿por qué exponer a niños a tales efectos, cuando hay metódicas que pueden resolver la problemática y no dañar? Esta conclusión a la que se arriba es un sustento para ponderar también, a través de criterios sólidos y comprobados en la práctica médica, que esta propuesta de algoritmo difiere de las descritas por ser integrativa, no obviar ninguno de los elementos que las revisadas plantean y sobre todo por estar respaldada por más de 20 años de práctica hipnoterapéutica para esta condición de salud. (Ver apéndice).

Integración de los resultados

Al integrar los resultados arrojados por los diferentes procesos incluidos en las etapas de la investigación, los métodos empleados, los estudios realizados y los estadísticos asumidos, se observa hay una congruencia y una convergencia en los mismos, hecho que apunta a una sinergia manifiesta entre estos.

Los estudios cuasi experimentales realizados, cada uno en su tipo, apuntan al valor de la hipnoterapia y al mismo tiempo revelan condiciones a tener en cuenta al momento del diagnóstico y el tratamiento, en tanto pueden acompañar y generalmente lo hacen, al cuadro enurético, las que están dadas por los antecedentes familiares y el componente psicosocial. Asimismo los resultados observados por la elevada consistencia interna del instrumento diseñado para la validación confirmado ello por el valor del Coeficiente Alfa de Crombach (0,9221), la elevada concordancia entre los jueces al evaluar el instrumento, expresión de la existencia de una fuerte asociación entre los expertos, los valores del IVC de Lawshe, que expresa un nivel óptimo de éste índice para cada ítem según el número de jueces, la confiabilidad de constructo determinada por la longitud del test que porta 37 ítems, las puntuaciones promedios arrojada al evaluar los resultados de la técnica Likert y la distribución homogénea de los clusters tanto por dimensiones como por agrupación de los jueces en sus puntuaciones altas, medias y algo bajas, es expresión de lo referido antes, por lo que estos criterios dan salida al objetivo primario de este capítulo.

CONCLUSIONES

1. La hipnoterapia resultó ser efectiva en los pacientes con enuresis nocturna monosintomática, dado ello por los resultados de los estudios realizados.
2. La presencia del pico enurético o reacomodo de carga, constituye un hallazgo clínico esperado, que exige profundizar en la explicación de sus posibles causas.
3. El diseño del algoritmo y su validación a través del juicio evaluativo experticio, demostró ser pertinente en sus diferentes ítems y dimensiones.

RECOMENDACIONES

1. Hacer extensivo el resultado de esta investigación a las autoridades pertinentes del sector salud para su consideración y puesta en práctica con la mayor inmediatez posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Canel Bermúdez M, Fernández González A. Gestión de gobierno, educación superior, ciencia, innovación y desarrollo local. Retos de la Dirección [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 4];14(2): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rdir/v14n2/2306-9155-rdir-14-02-5.pdf>
2. Plain Pazos C, Pérez de Alejo Plain A, Rivero Viera Y. La Medicina Natural y Tradicional como tratamiento alternativo de múltiples enfermedades. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2019 [citado 2022 Jun 4];35(2): [aprox.18 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi192j.pdf>
3. Organización Panamericana de la Salud [Sitio en Internet].Washington: OPS;2022 [actualización 6 Ago 2021;citado 2022 Sep 26].Experiencias cubanas en II Cumbre Mundial de Medicina Natural, Tradicional, Complementaria e Integrativa - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud;[aprox. 3 pantallas].Disponible en:<https://www.paho.org/es/noticias/6-8-2021-experiencias-cubanas-ii-cumbre-mundial-medicina-natural-tradicional#>
4. Hechavarría Torres M, García Céspedes ME, Tosar Pérez MA. Referentes históricos de la medicina natural y tradicional para la formación del residente de medicina interna. MEDISAN [Internet]. 2021 [citado 2022 Sep 26];25(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en:<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n2/1029-3019-san-25-02-489.pdf>
5. Hernández García SH, Rodríguez Arencibia MA, Callava Coure C. Apuntes históricos sobre el surgimiento de la Medicina Natural y Tradicional en Pinar del Río. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 4];25(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v25n1/1561-3194-rpr-25-01-e4654.pdf>

6. Cubadebate[Sitio en Internet].Cuba;2021[actualizado 17 Jun 2021; citado 4 Jun 2022]. La Conceptualización del modelo y los Lineamientos para el período 2021-2026. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2021/06/17/descargue-en-pdf-la-conceptualizacion-del-modelo-y-los-lineamientos-para-el-periodo-2021-2026/>
7. Lambert Delgado A, Cobián Mena AE. Hipnosis en trastornos psicosomáticos. Una aproximación a su valor terapéutico. [internet].Santiago de Chile: Editorial centro de hipnosis clínica de Chile; 2021[citado 2022 Jun 4]. Disponible en: https://www.amazon.com/Hipnosis-Trastornos-Psicosom%C3%A1ticos-aproximaci%C3%B3n-terap%C3%A9utica/dp/9566084056?asin=9566084056&revisionId=&format=4&depth=1#detailBullets_feature_div
8. Cobian Mena AE. La Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas. [internet].Barcelona: Morales i Tores;2004. [citado 2022 Jun 4]. Disponible en: https://rebiun.baratz.es/rebiun/doc?q=84-96106-15-2+%7C%7C+8496106152&start=0&rows=1&sort=score%20desc&fq=msstored_mlt172&fv=LIB&fo=and&redo_advanced=false
9. Taureaux Díaz N, Miralles Aguilera Ed, Pernas Gómez M, Diego Cobelo JM, Blanco Aspiazu MÁ, Oramas González R. El perfeccionamiento de la disciplina principal integradora en el plan de estudio de la carrera de Medicina. Rev haban cienc méd [Internet].2017 [citado 2022 Mar 15];16(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1682>
10. Álvarez Sintés R. Plan de estudio de medicina: ¿nueva generación?. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017.[Citado 2022 Mar 14]; 16(5): 680-5. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2123>

11. American Psychiatric Association. Guía de los criterios diagnósticos del DSM-5. 5ta.ed. [Internet]. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013 [citado 2022 Abr 27]. Disponible en: https://books.google.com.cu/books?hl=es&lr=&id=FSsjCQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&dq=la+Gu%C3%ADa+de+los+criterios+diagn%C3%B3sticos+del+DSM-5&ots=Uf0qfVLy2g&sig=org0q98FEdXGH68WKSjlOYHT6uw&redir_esc=y#v=onepage&q=la%20Gu%C3%ADa%20de%20los%20criterios%20diagn%C3%B3sticos%20del%20DSM-5&f=false
12. Salmon, MA. An Historical Account of Nocturnal Enuresis and its Treatment .Proc RSoc Med [Internet]. 1975 [citado 2022 Jun 4];68(7): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1863929/pdf/procrsmed00042-0071.pdf>
13. Austin PF, Bauer SB, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. Neurourol Urodyn [Internet]. 2016 [citado 2022 Jun];35(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25772695/>
14. Shoonit Khosien K. Hipnoterapia en la Enuresis Nocturna. [Tesis]. Panamá: Universidad de Panamá; 2007.[citado 2022 Jun 4]. Disponible en: http://up-rid.up.ac.pa/940/1/shoonit_krasel.pdf
15. Garcés(Sager) Fonseca E, Triggve N. "Adaptación en español de la "Guía de enuresis monosintomática". Sociedad Argentina de Pediatría [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 4];116(6): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n6a34.pdf>

16. Kliegman RM, Geme JW, Nathan J, Blum Samir S. Nelson Tratado de Pediatría. Enuresis y disfunción miccional . 21. ed. España: Elsevier;2020. t.2.

17. Salazar Ozuna WA, Aragón Castro MA, Vázquez Niño CL, Ruvalcaba Ocegüera G, Gutiérrez Rosales R, Téllez Díaz Trujillo JA. Tratamiento médico de la enuresis en niños: aspectos actuales. Rev Mex Urol [Internet]. 2017 [citado 2022 Jun 4];77(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmu/v77n3/2007-4085-rmu-77-03-230.pdf>

18. Gutiérrez Abad C, San José Calleja MN, Castroviejo Espinosa M, Sánchez Gutiérrez R, Ardela Díez E, Cordero Guevara JA. Enuresis nocturna: estudio epidemiológico en población escolar. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2015 [citado 2022 May 3]; 17: [aprox. 7 p.]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n67/04_original3.pdf

19. Hernández García S, Rodríguez Arencibia MÁ, Sosa Fernández A, Luis Rivero A, Mireles Hernández OM, Hernández García S, et al. Enuresis no orgánica tratada con medicamentos homeopáticos. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2020 [citado 2022 Jun 4];24(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4265/4324>

20. Bani-Hani M, Alhourri A, Sharabi A, Saleh S, Nawafleh S, Al-zubi M, et al. New insights in treatment of monosymptomatic enuresis. Annals of Medicine and Surgery [Internet]. 2021 [citado 2022 Abr 27];67: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2049080121004209?token=CA466EB5353D869B936B2357052DCA457C486F456D2FB906C8C12B4528248E747A899DD16DBDEE31C935B2B1CB463F47&originRegion=us-east-1&originCreation=20220926200629>

21. Asociación Española de Pediatría. Protocolos sobre la enuresis. [Internet]. 2008.[citado 2022 Abr 7]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/enuresis.pdf>
22. Taborga Díaz E, Martínez Suárez V, Alcántara Canabal L, Suárez Castañón C, Cebrián Muñíos C. Valoración de los criterios diagnósticos de la enuresis nocturna. Anales de Pediatría [Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 6];95: [aprox.7 p.].Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1695403320303799?token=D8EE0F0BDA54FF25A0927C06F5A376E5224A15DC46CD28FB841E49EBB1FF4A2FCE19287F9D13EF272F38E791354B572A&originRegion=us-east-1&originCreation=20220926201129>
23. Kurku H, Soran M, Yar A, Akdam N, Arslan Ş, Gönen M. Serum and urinary levels of Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) in Enuresis. Arch. Esp. Urol[Internet]. 2019[citado 2022 Jun 6]; 72 (10): 1032-7 Disponible en: https://www.aeurologia.com/EN/volumn/volumn_28.shtml#
24. Úbeda Sansano MI, Martínez García R. ¿Y qué hacemos si aún moja la cama? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015.p.305-18. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p305-318.pdf>
25. Dossche L, Walle JV, Van Herzeele C. The pathophysiology of monosymptomatic nocturnal enuresis with special emphasis on the circadian rhythm of renal physiology. European Journal of Pediatrics. [Internet]. 2016 [citado 2022 Jun 6];175: [aprox.8 p.].Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00431-016-2729-3.pdf>

26. Vidal Bataller A,. Enuresis nocturna el niño que moja la cama.[Internet]. 2019. [citado 2021 Feb 22]. Disponible en: <https://docplayer.es/165029066-Enuresis-nocturna-el-nino-que-moja-la-cama-autora-angela-vidal-bataller-r1-pediatria-hgua-tutores-dr-miguel-angel-ruiz-y-dra.html>
27. Morata Alba J, Morata Alba L. Enuresis infantil, formar y educar. Revista Cubana de Pediatría [Internet]. 2021 [citado 2022 May 3]; 93(3): [aprox.5 p.]. Disponible en: <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1035>
28. Vázquez Medina SA. Cefalea tensional como factor de riesgo de enuresis no orgánica en niños. Estudio multicéntrico. [Tesis].Trujillo -Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019 [citado 2022 Jun 7]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5194>
29. Pérez Pérez M, Sosa Zamora M, García Mora JC, del Rosario Pinto M, Arias Acosta D. Eficacia de la hipnoterapia contra la enuresis nocturna en niños y adolescentes [Internet]. 2008 [citado 2021 Jun 18];12(4):[aprox.6 p.].Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445249008>
30. Martínez V, Lostal MI, Sastre MJ, Sánchez A, Quintero J, Ferreira C, et al. Enuresis nocturna: una propuesta para optimizar su manejo. Acta Pediatr Esp [Internet]. 2020 [citado 2022 Jun 6];78(3-4): [aprox.5 p.].Disponible en: <https://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/1675-enuresis-nocturna-una-propuesta-para-optimizar-su-manejo>
31. Aral A, Usta MB, Erguner Aral A. Factors associated with response to simple behavioral intervention in primary enuresis nocturna. Bull Menninger Clin[Internet]. 2022 [citado 2022 Abr 18]; 86 (1):67-89.[aprox.22 p.].Disponible en: <https://guilfordjournals.com/doi/epdf/10.1521/bumc.2022.86.1.67>

32. Hamed SA, Fawzy M, Hamed EA. Behavioral problems in children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis. Compr Psychiatry.[Internet]. 2021 [citado 2021 Jun 18]; 104:[aprox.6 p.]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0010440X2030050X?token=129B1D1F03D7FB2633FFF80B53319E73D17A8CE076E6C3DBD5AAA2E2C81284B2F143D6F367BEC1758988C154A067C8CE&originRegion=us-east-1&originCreation=20220927020526>
33. Izquieta Quezada JS. Etiología de la enuresis en niñez intermedia. [Tesis]. Machala-México: Universidad Técnica de Machala;2019. [citado 2022 Jun 4].156 p. Disponible en: http://up-rid.up.ac.pa/940/1/shoonit_krasel.pdf<http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/13886/1/ECUACS-2019-PSC-DE00011.pdf>
34. Eray Ş, Tekcan D, Baran Y. More anxious or more shy? Examining the social anxiety levels of adolescents with primary enuresis nocturna: a controlled study. Pediatric Urol [Internet]. 2019 [citado 2021 Jun 18];15(4): [aprox.5 p.]. Disponible en: [https://www.jpurology.com/article/S1477-5131\(18\)30342-5/fulltext](https://www.jpurology.com/article/S1477-5131(18)30342-5/fulltext)
35. YıldırımDemirdöğen E, Demirdöğen ŞO, YitikTonkaz G, Karabulut İ, Aksoy Y. The Relationship Between Primary Monosymptomatic Enuresis Nocturna and Chronotype: A Controlled Study. Grand Journal of Urology [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 18]; 2(2): [aprox.5 p.]. Disponible en: https://grandjournalofurology.com/uploads/issue_pdf/issue_1266.pdf#page=20
36. Sun M, Li S, Sun X, Deng Z, Xu Y. Association between winter season and desmopressin treatment efficiency in children with monosymptomatic nocturnal enuresis: a pilot study. IBJU [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 18]; 48(2): [aprox.7 p.]. Disponible

en:<https://www.scielo.br/j/ibju/a/TNLsC56WBmvQXYhWcFSZxYQ/?format=pdf&lang=en>

37. Kemal GÜMÜŞ, Taner KARGI, HalilFerat ÖNCEL. How effective is the duration of breastfeeding on monosymptomatic enuresis nocturna? The New Journal of Urology. [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 18]; 17(1): [aprox.30 p.]. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1968010>

38. Bahnasy WS, El-Heneedy YAE, El-Seidy EAS, Ibrahim ISE, Seleem MA-H, Ahmed AY. Primary monosymptomatic nocturnal enuresis: an etiological study. The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery.[Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 18]; 54(19): [aprox.7 p.]. Disponible en:<https://ejnpgn.springeropen.com/articles/10.1186/s41983-018-0020-4>

39. Nieto Tirado RE, RiañoRiaño MY, Martínez Vilar AR. Abordaje enfermero frente a la enuresis nocturna.Cap. 5.En:del Mar Molero M, Pérez Fuentes C, Gazquez JJ, Belén Barragán A, Martos A, del Mar S. Intervención en contextos clínicos y de la salud. [Internet]. Salvador: ASUNIVEP; 2016[citado 2022 Jun 18].Disponible en: https://www.formacionasunivep.com/Vcice/files/libros/LIBRO_INTERVENCION.pdf#page=40

40. Anne JW. Childhood enuresis. Paediatr Child Health. 2016;26:353-9.

41. Cobas Contreras WE. Efectividad de la Hipnoterapia en el tratamiento de la Enuresis Nocturna. [Tesis]. Santiago de Cuba:Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2010. p. 8–9.

42. Vinent Bonne TB. Hipnoterapia en la Enuresis Nocturna. [Tesis]. Santiago de Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba; 2004.
43. Noriega Echevarría, E. Pérez Costa, M. García Boyano. 10 Cosas que deberías saber sobre enuresis. *Pediatría Integral*. [Internet]. 2018 [citado 2022 Abr 18];22(4): [aprox.5 p.]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-06/10-cosas-que-deberias-saber-sobre-enuresis/>
44. Lee YB, Ah Lee J, Soobin Jang, Lim Lee H. Herbal medicine (Suoquan) for treating nocturnal enuresis. *Medicine*. [Internet]. 2018 [citado 2022 Abr 18]; 97(17): [aprox.5 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5944475/>
45. Pérez Martínez C, Palacios Galicia JL, Vargas Díaz IB, Cruz Gómez Y, Pérez Martínez C, Palacios Galicia JL, et al. Efecto de la electroestimulación percutánea del nervio tibial en pacientes con enuresis monosintomática. Experiencia inicial en México. *Rev.mex.urol* [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 7];78(1):[aprox.8 p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-0852018000100019&script=sci_arttext
46. Bermúdez Paz J, Guaje Guerra D, Roa Loaiza M. Epsilon. [Internet]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2019 [citado: 2022, septiembre]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/44618/u830772.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Karakaya AE. Our experience of treating children with primary monosymptomatic enuresis nocturna in a pediatric bedwetting clinic. *J Surg Med*. [Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 7];5(9): [aprox.3 p.]. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1897114>

48. Moretti EC. Comparação da eficácia e custo-utilidade entre diferentes opções de tratamento da enurese em crianças e adolescentes sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde brasileiro [Internet]. repositorio.ufpe.br. 2022 [cited 2022 Oct 8]. Disponible en: <https://attena.ufpe.br/handle/123456789/45700>

49. Lambert Delgado A, Cobián Mena AE, Fuentes Domínguez N, Sánchez Hechavarría ME. Efectividad del tratamiento hipnoterapéutico en la enuresis primaria monosintomática. TEPS [Internet]. 2022 [citado 2022 Apr 30];39(3):[aprox.10 p.].Disponible en: <http://teps.cl/index.php/teps/article/view/427>

50. Rodríguez Sánchez P. Hipnosis. Fundamentos fisiológicos e investigativos [Internet].Santiago de Chile: Editorial Centro de Hipnosis Clínica de Chile; 2021. [citado 2022 Apr 30].Disponible en:<https://www.amazon.com/-/es/Pedro-Manuel-Rodr%C3%ADguez-S%C3%A1nchez/dp/9566084072?asin=9566084072&revisionId=&format=4&depth=1>

51. Lambert Delgado AR, Cobián Mena AE, Silva Albear Y, Torres Leyva M. Hipnoterapia en gestantes adolescentes con síntomas psíquicos a causa de la pandemia de la COVID-19. MEDISAN [Internet]. 2021 [citado 2022 Sep. 29] ; 25(1):[aprox.14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000100066&lng=es

52. Cobián Mena EA, Lambert Delgado AR, Torres Leyva M, Camejo Santacruz Pacheco IA, Del Valle Díaz S. Intervención psicoterapéutica breve en estudiantes caribeños de Medicina con reacciones psicológicas por impacto ante la COVID-19. MEDISAN [Internet]. 2020[citado 2022 Apr 30].;24(5):[aprox.12 p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029301920200005008_23

53. Lambert Delgado AR, Cobián Mena AE, Pérez Almoza G, Sánchez Delgado JA, Sánchez Lara NE. Efectividad de la hipnoterapia en el abordaje del trastorno de déficit de atención con hiperactividad. Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta [Internet]. 2021 [citado 2022 Jun 3];46(3): [aprox.3. p]. Disponible en : <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2734>
54. Banerjee S, Srivastav A, Palan BM. Hypnosis and Self-Hypnosis in the Management of Nocturnal Enuresis: A Comparative Study with Imipramine Therapy. American Journal of Clinical Hypnosis. [Internet]. 1993 [citado 2022 Jun 3]; 36(2): [aprox.6. p]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00029157.1993.10403053>
55. Jamie A Seabrook, Fabian Gorodzinsky, Sid Freedman. Treatment of primary nocturnal enuresis: A randomized clinical trial comparing hypnotherapy and alarm therapy .Paediatr Child Health [Internet]. 2005 [citado 2021 Apr 20]. 10(10): [aprox.6. p]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2722618/>
56. Lambert Delgado AR, Cobian Mena AE. Hipnoterapia en enuresis nocturna. En: 5º Congreso Virtual de Psiquiatría 1- 28 de febrero.España:Oviedo;2004.p.1-7.[citado 2021 Apr 20].Disponible en: <https://docplayer.es/39182927-Hipnoterapia-en-enuresis-nocturna.html>
57. Psiquiatria.com. La web para psiquiatras, psicólogos y profesionales de la salud mental.[Sitio en Internet]. Interpsiquis. Congreso Virtual de Psiquiatría.2006;7. Lambert Delgado A, Pico Carela Y, Cobián Mena AE. Eficacia de la hipnoterapia en la enuresis nocturna en niños y adolescentes [citado 2022 Jun 6]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/eficacia-de-la-hipnoterapia-en-la-enuresis-nocturna-en-ninos-y-adolescentes/>

58. Abia Espinosa O. Tratamiento de la enuresis. Revisión Bibliográfica. [Tesis]. España: Universidad de Valladolid; 2017 [citado 2021 Mar 22]. p. 48. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/23218/TFG-O%20938.pdf;jsessionid=BD93011713AEF07CD53F74DBC63E42AC?sequence=1>
59. Isabel M, Sansano Ú, García R. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Enuresis primaria monosintomática. Manejo en Atención Primaria. AEPap. 2019. [citado 2021 Apr 12]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/Enuresis.pdf>
60. Preston D, Md S, Pediátrico U, Prado G, Stewart J. El libro completo de enuresis incluye un programa diurno para la Sequedad Nocturna. [Internet]. Estados Unidos de América: PottyMD LLC; 2006. [citado 2022 Jun 3]. Disponible en: <https://wetstop.com/wp-content/uploads/2020/02/El-Libro-Completo-de-Enuresis.pdf>
61. Meave-Cueva LG, Díaz-García L, Garza-Elizondo R. Diagnóstico y tratamiento de la enuresis no orgánica en pacientes pediátricos: Guía de práctica clínica. Acta pediátrica de México [Internet]. 2014 [citado 2022 Jun 3];35(1):[aprox.6.p]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018623912014000100004
62. Cifuentes Riquelme FA. Evaluación y tratamiento de la enuresis en niños y adolescentes - PDF Free Download [Internet]. Irrarázaval Domínguez M, editor. docplayer.es. 2017 [cited 2021 Mar 14]. Disponible en: <http://docplayer.es/82408064-Evaluacion-y-tratamiento-de-la-enuresis-en-ninos-y-adolescentes.html>
63. Sinha R, Raut S. Management of nocturnal enuresis - myths and facts. World J Nephrol. [internet]. 2015 [citado 2022 Jun 3];5(4):[aprox.6.p]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4936340/>

64. Hernández R, Fernández C, Baptista P, Méndez S, Paulina C. Metodología de la investigación. 6th ed. México, D.F.: Mcgraw-Hill Education; 2014.

65. Chiner E. La Validez [Internet]. 2003.[citado 2022 Jun 3];Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19380/25/Tema%206-Validez.pdf>

66. Reyes Valenzuela R, Marrón Ramos DN, González Torres A, Juárez Rodríguez R, Mendoza Montero FY. Análisis de validez de contenido por criterio de jueces de un instrumento para evaluar un manuscrito. RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo.[internet]2022 Apr 27;12(24). [citado 2022 Jun 3] Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672022000100037

67. George D, Maller Y. SPSS/PC+ step by step: A simple guide and reference. Belmont, CA. Estados Unidos: Wadsworth Publishing Company. 1995

68. Escobar Pérez J, Cuervo Martínez Á. (PDF) Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización [Internet]. ResearchGate. Revista Avances en Medición; 2008 [cited 2020 Jun 3]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/302438451_Validez_de_contenido_y_juicio_de_expertos_Una_aproximacion_a_su_utilizacion

69. Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Edel Navarro R. Content validity by experts judgment: Proposal for a virtual tool. Apertura [Internet]. 2017 [citado 2022 Jun 3];9(2): [aprox.11p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-1802017000300042

70. Mitjana Laura LR. Alfa de Cronbach (α): qué es y cómo se usa en estadística. [Internet]. 2019 [citado 2022 Jun 6]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/miscelanea/alfa-de-cronbach>
71. Hurtado de Mendoza Fernández S. Criterio de expertos. Procesamiento a través del método de Delphi. HISTODIDÁCTICA. [Internet]. 2020 [citado 2022 Jun 6]. Disponible en: http://www.ub.edu/histodidactica/index.php?option=com_content&view=article&id=21
72. Guirao Goris JA. Método de validación de contenido de la taxonomía ii de la Nanda. En: V Simposiun Internacional de Diagnósticos de Enfermería, 13-14 de mayo 2004. España: Valencia; 2004. p. 2-9. [citado 2022 Jun 6]. Disponible en: <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/TaxoII.pdf>
73. The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM [Sitio en Internet]. Washington: OPS; 2019 [actualización 10 Ago 2021; citado 2022 Sep 26]. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
74. Salazar Ozuna WA, Aragón Castro MA, Vázquez Niño CL, Ruvalcaba Ocegüera G, Gutiérrez Rosales R, Téllez Díaz Trujillo JA. Tratamiento médico de la enuresis en niños: aspectos actuales Rev. Mex. Urol. [Internet]. 2017 [citado 2022 Apr 1]; 77(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-40852017000300230&script=sci_arttext
75. Savaser S, Beji NK, Aslan E, Gozen D. The Prevalence of Diurnal Urinary Incontinence and Enuresis and Quality of Life: Sample of School. Urology Journal

[Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 7]; 15(4): [aprox.6 p.]. Disponible en: <https://journals.sbmu.ac.ir/urolj/index.php/ui/article/view/3982>

76. Anita Santos D, Bennett G, Casco E. Perfil clínico-epidemiológico, pacientes pediátricos con enuresis nocturna. Centros escolares, San Pedro Sula. Acta pediátrhonda [Internet]. 2019 [citado 2022 Jun 7];1: [aprox.5 p.]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118519>

77. Kemal Gümüş, Taner Kargi, HalilFerat Öncel. How effective is the duration of breastfeeding on monosymptomatic enuresis nocturna? The New Journal of Urology [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 7];17(1): [aprox.20 p.]. Disponible en: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1968010>

78. Kosilov KV, Geltser BI, Loparev SA, Kuzina IG, Shakirova OV, Zhuravskaya NS, et al. The optimal duration of alarm therapy use in children with primary monosymptomatic nocturnal enuresis. Journal of Pediatric Urology. [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 7];14(5): [aprox.6 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29773463/>

79. Saha S, Tamkeen R, Saha S. An open observational trial evaluating the role of individualised homoeopathic medicines in the management of nocturnal enuresis. Indian Journal of Research in Homoeopathy [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 7];12(3): [aprox.6 p.]. Disponible en: <http://www.aohindia.in/jspui/bitstream/123456789/1850/1/Original%20Article%205.pdf>

80. Campos RM, Lúcio AC, Lopes MHB de M, Hacad CR, Perissinotto MCR, Glazer HI, et al. Pelvic floor muscle training alone or in combination with oxybutynin in treatment of nonmonosymptomatic enuresis. A randomized controlled trial with 2-year

follow up. Einstein[Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 12];17(3): [aprox.6 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6611091/>

81. Quintana Ugando M, Rodríguez Méndez L, Águila Castillo D, Torres CM, Santiesteban Pineda DM. Actitud de psicólogos asistenciales del municipio Santa Clara en relación con la hipnosis como recurso terapéutico. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 7];44(1561- 3127): [aprox.10 p.]. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2018.v44n4/73-83/es/>

82. Savaser S, Beji NK, Aslan E, Gozen D. The Prevalence of Diurnal Urinary Incontinence and Enuresis and Quality of Life: Sample of School. Urology Journal [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 7];15(4): [aprox.6 p.]. Disponible en: <https://journals.sbmu.ac.ir/urolj/index.php/uj/article/view/3982>

83. Guerrero Tinoco G, Cano Martínez M, Vanegas Ruiz J. Evaluación y tratamiento del niño con síntomas del tracto urinario inferior (LUTS). IATREIA [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 7]; 31(1): [aprox.14 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v31n1/0121-0793-iat-31-01-00051.pdf>

84. Durmaz O, Kemer S, Mutluer T, Bütün E. Psychiatric dimensions in mothers of children with primary nocturnal enuresis: A controlled study. Journal of Pediatric Urology. [Internet]. 2017 [citado 2022 Jun 7]; 13(1): [aprox.6 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27665376/>

85. Rojo EN, Adán RB, Aranda MB, Lacruz AMS. Enuresis nocturna. Artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2021[citado 2022 Jun 7];

2(11): [aprox.3 p.]. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210328>

86. Vázquez Sánchez M. Mitos y realidades sobre la enuresis en pediatría. Revista Sanitaria de Investigación.[Internet]. 2021[citado 2022 Jun 29]; 2(11): [aprox.3 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7964017>

87. Vásquez Medina SA. Cefalea tensional como factor de riesgo de enuresis no orgánica en niños. Estudio multicéntrico. Universidad Privada Antenor Orrego [Internet]. 2019 [citado 2022 Jun 7];1(T_MED.HUMA_2584). Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5194>

88. Matias A, Issa de Oliveira, Feitosa Salviano I, Martins Gisele C. Children with urinary incontinence: impact on family members coexistence .Revista de Enfermagem Nursing [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 7].12(7).Disponible en : https://redib.org/Record/oai_articulo1598082-children-urinary-incontinence-impact-family-members-coexistence

89. Gazi Yasargil. Remarkable Factors in the Etiology of Monosymptomatic Enuresis Nocturna in Primary School Children . Journal of Health, Medicine and Nursing [internet]. 2020 [citado 2022 May 6]. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/73e8/17140895322c8d467202f891ec50685f6_94a.pdf

90. Prieto JC, Arceo Olaiz RA. Enuresis [Internet]. Libro de Urología Pediátrica. 2021 [citado 2022 Jul 6]. Disponible en: https://pediatricurologybook.com/es/libro/capitulo/3-15_enuresis.html

91. Stanton HE. Short-term Treatment of Enuresis. American Journal of Clinical Hypnosis [Internet]. 1979 [citado 2021 May 15]; 22(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00029157.1979.10403206>
92. Krikorian A, Castañeda E. Aplicaciones actuales de la hipnosis clínica en Latinoamérica: una revisión sistemática de la literatura. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2018 [citado 2021 May 15]; 36(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242018000200269
93. Durmaz O, Kemer S, Mutluer T, Bütün E. Psychiatric dimensions in mothers of children with primary nocturnal enuresis: A controlled study. Journal of Pediatric Urology [Internet]. 2017 [citado 2021 May 15]; 13(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1477513116302133>
94. RPubs [Sitio en Internet]. Bosco Mendoza Vega , J. Alfa de Cronbach — Psicometría con R. 2018 [actualizado 2018 may 3 ;citado 2021 May 15]; Disponible en: https://rpubs.com/jboscomendoza/alfa_cronbach_r
95. Contreras Espinoza S, Novoa-Muñoz F. Ventajas del alfa ordinal respecto al alfa de Cronbach ilustradas con la encuesta AUDIT-OMS. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 6]. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.65>
96. Tuapanta JV, Duque Vaca MA. Alfa de cronbach para validar un cuestionario de uso de tic en docentes universitarios. mktDESCUBRE.[Internet]. 2017 [citado 2021 May 15]; 18(1390-7352): [aprox. 11 p.]. Disponible en: https://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/9807/1/mkt_n10_04.pdf

97. Rodríguez Rodríguez J, Reguant Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. REIRE Revista d Innovation i Recerca en Education[Internet]. 2020 [citado 2021 May 15]; 13(2):1-13. [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/REIRE/article/download/reire2020.13.230048/31484>

98. Peralta-Linares YA, González-Consuegra RV. Validez y confiabilidad de la versión en Español del “Arrhythmia-specificquestionnaire in tachycardia and arrhythmia” (ASTA). Revista Colombiana de Cardiología [Internet]. 2018 [citado 2021 May 15]; 25(0120- 5633): [aprox. 5 p.].Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563318300032>

99. Frías-Navarro D. Apuntes de estimación de la fiabilidad de consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida [Internet]. Universidad de Valencia. 2020 [citado 2022 Jun 6]. Disponible en: doi.org/10.17605/osf.io/kngtp.

100. Calvo D. Clúster Jerárquicos y No Jerárquicos [Blog en Internet]. Diego Calvo. 2018 Mar 9. [cited 2022 Jun 6]. Disponible en: <https://www.diegocalvo.es/cluster-jerarquicos-y-no-jerarquicos/>

101. Isaac J. RPubS - análisis de clúster jerárquico en R [Internet]. rpubs.com. 2021 [cited 2022 Jun 6]. Disponible en: <https://rpubs.com/jaimeisaacp/760355>

Apéndices

Cuasi experimentos

Tabla 1. Distribución de frecuencias de pacientes enuréticos tratados con hipnosis según grupo etario en la clínica de la hipnosis terapéutica, Facultad de medicina 1, periodo 2003-2006.

Grupo etario	No	%
5-10	34	70,83
11-16	14	29,17
Total	48	100

Fuente: Historia Clínica

I.C 95% [56,9 - 84,7]

I.C 95% [15,2- 43,0]

Tabla 2. Distribución de frecuencias de pacientes enuréticos tratados con hipnosis según sexo. Clínica de la hipnosis terapéutica, Facultad de medicina 1, periodo 2003-2006.

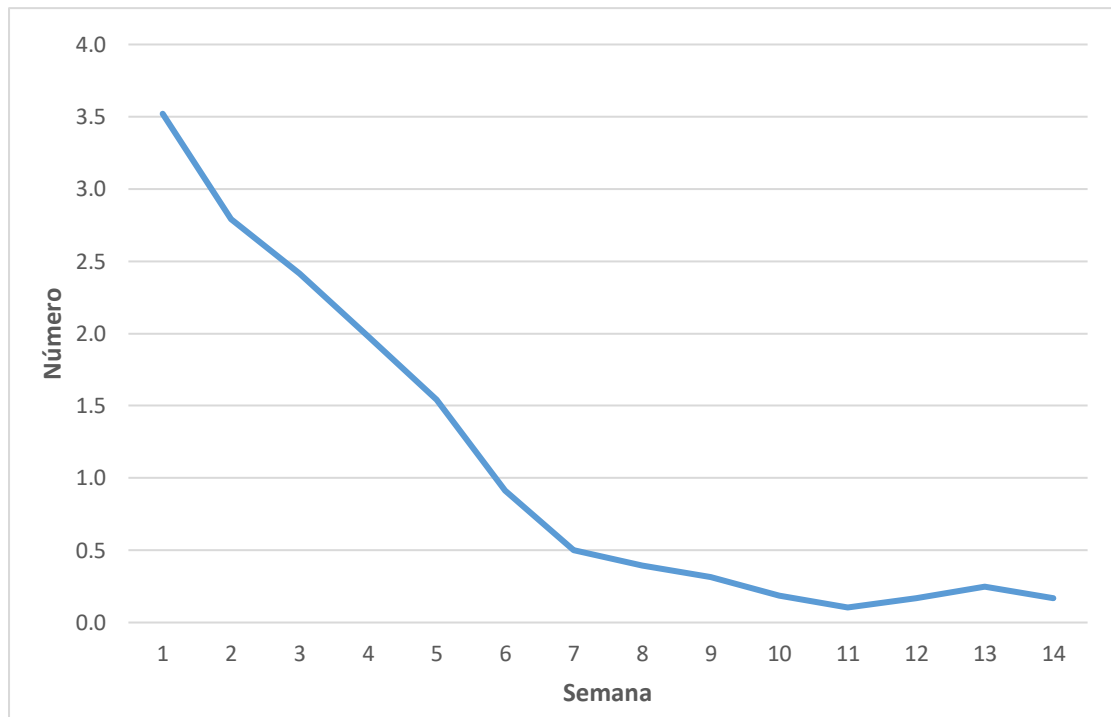
Sexo	No	%
Masculino	35	72,91
Femenino	13	27,09
Total	48	100

Fuente: Historia Clínica

I.C 95% [59,3 – 86,5]

I.C 95% [13,4 – 40,6]

Grafico 1. Número promedio de micciones del grupo según evolución por semanas y número de micciones.



Fuente: Historia Clínica

Tabla 3. Distribución de frecuencias de pacientes enuréticos tratados con hipnosis según éxito inicial del tratamiento. Clínica de la hipnosis terapéutica, Facultad de medicina 1, periodo 2003-2006.

Resultado	No	%
Respuesta completa	43	89,5
Respuesta parcial	5	10,5
Total	48	100

Fuente: Historia Clínica

I.C 95% [77,3 – 96,5]

Z = 7,5526; $p \leq 0,001$

I.C 95% [3,4 – 22,6]

Tabla 4. Distribución de frecuencias de pacientes enuréticos tratados con hipnosis según resultados obtenidos en el HTP. Clínica de la hipnosis terapéutica, Facultad de medicina 1, periodo 2003-2006.

Problemas evidenciados	Número de pacientes
Inseguridad	20; (41,6 %)
Falta de apoyo	13; (27,0 %)
Frustración	10
Desorganización	9
Discordia familiares	8
Gusto por el resultado	5
Inmediatez	5
Agitación	5
Ansias de vivir	5
Ser Vanidoso	4
Visión corta e infantilidad	4
Agresividad	4
Resistencia a establecer contacto con el ambiente	2

Fuente: Historia Clínica

I.C 95% [26,6 – 56,6]

I.C 95% [13,4 – 40,6]

Tabla 5. Distribución de pacientes según resultados obtenidos en el HTP al finalizar el tratamiento. Clínica de la Hipnosis Terapéutica, Facultad de Medicina 1, periodo 2003-2006.

Problemas evidenciados	No. Pacientes	%
Inseguridad	6	27,7
Falta de apoyo	3	13,63
Frustración	3	13,63
Desorganización	2	9,09
Discordias familiares	4	18,3
Agitación	2	9,09
Ansias de vivir	2	9,09
Ser Vanidoso	1	4,5
Visión corta e infantilidad	0	0,0
Agresividad	0	0,0

Fuente: Historia Clínica

Cuasi experimento con grupo control no equivalente

Tabla 6. Pacientes con enuresis nocturna según sexo y grupo de tratamiento. Clínica de la hipnosis terapéutica periodo marzo 2004- junio 2005.

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

Fuente: Historia Clínica

Prueba de comparación de proporciones Estadístico Z Valor P

P = 1,2934 P = 0,1959

Tabla 7. Pacientes con enuresis nocturna según edad y grupo de tratamiento.

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

Fuente: Historia Clínica

Prueba de comparación de proporciones Estadístico Z Valor P

P= 0,7416

P= 0,4583

Tabla 8. Funcionabilidad de la Familia de los pacientes con enuresis nocturna según grupo de tratamiento.

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

Fuente: Historia Clínica

Prueba de comparación de proporciones Estadístico Z Valor P

P= 0,0000 P= 0,0000

Tabla 9. Antecedentes patológicos familiares de Enuresis Nocturna según grupos de tratamientos.

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

Fuente: Historia Clínica

Prueba de comparación de proporciones Estadístico Z Valor P

P= 0,3953 P= 0,6926

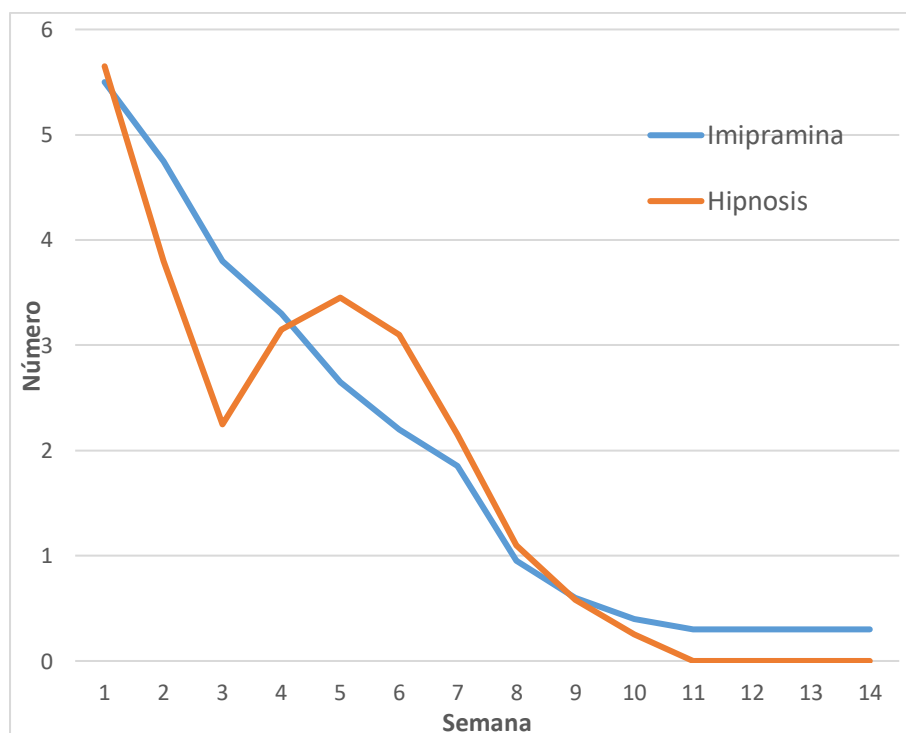
Tabla 10. Respuesta terapéutica según éxito inicial del tratamiento por grupo.

Respuesta Terapéutica	Grupo de Estudio		Grupo Testigo	
	No	%	No	%
Respuesta completa	20	100,0	18	90,0
Respuesta parcial	0	0,0	2	10,0
Total	20	100,0	20	100,0

Test de probabilidades exactas de Fisher-Irving/ $p= 0,4872$

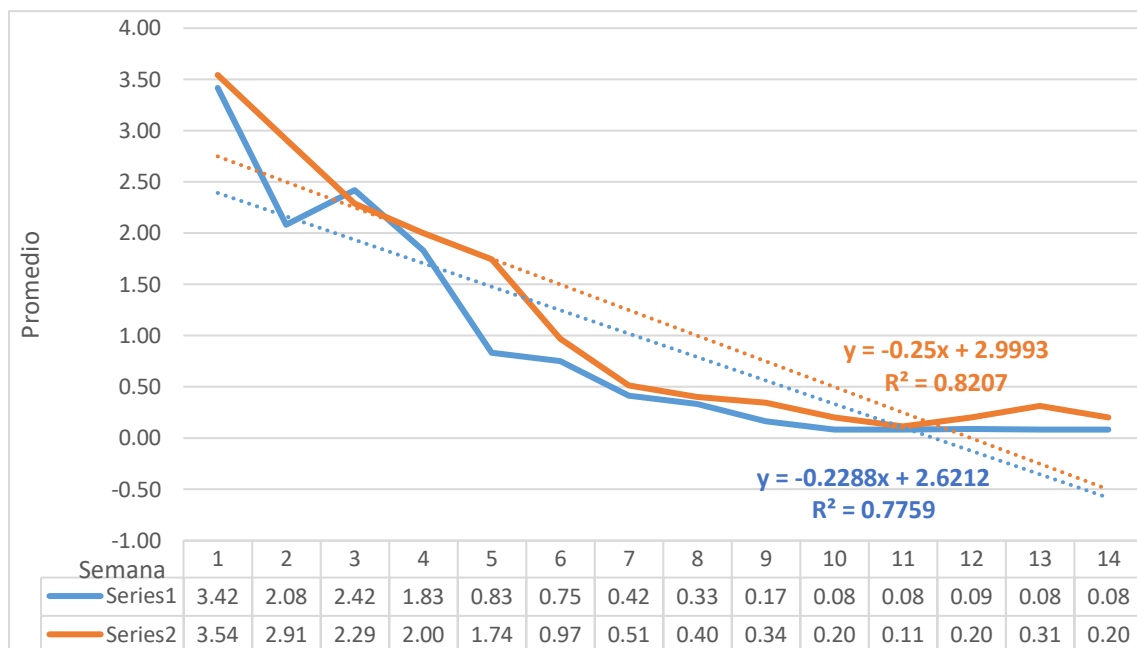
Fuente: Historia Clínica

Grafico 2. Número promedio de micciones por grupo de tratamiento según evolución por semanas y número de micciones.



Fuente: Historia Clínica

Grafico 3. Número promedio de micciones por grupo de tratamiento según evolución por semanas y número de micciones.



Fuente: Historia Clínica

Comportamiento general de los jueces

Tabla 11. Distribución de los jueces según país al que pertenece.

País	No	%
Cuba	9	28,125
Panamá	6	18,75
Puerto Rico	3	9,375
Brasil	3	9,375
Francia	2	6,25
México	2	6,25
Colombia	2	6,25
España	1	3,125
Luxemburgo	1	3,125
Costa Rica	1	3,125
Uruguay	1	3,125
República Dominicana	1	3,125
Total	32	100,0

Fuente: Cuestionario

Tabla 12. Distribución de jueces según profesión

Profesión	No	%
Psicólogos	18	56,25
Psiquiatras	9	28,125
Ginecoobstetra	1	1,325
Fisiólogo	1	1,325
Pediatra	1	1,325
Histólogo	1	1,325
Odontólogo	1	1,325
Total	32	100,0

Fuente: Cuestionario

Tabla 13. Distribución de Jueces según categoría docente

Categoría docente	No	%
Titular	15	46,9
Auxiliar	4	13,9
Asistente	5	15,6
Instructor	5	15,6
Consultantes	2 (Auxiliar)	6,25
Adjunto	1	13,1
Total	32	100,0

Fuente: Cuestionario

Tabla 14. Distribución de los jueces según categoría científicas

Categoría Científica	No	%
Doctor en ciencias	22	68,75
Master	29	90,62
Diplomado en Hipnosis Clínica y/o Terapéutica	32	100,0

Fuente: Cuestionario

Tabla 15. Distribución de los jueces según experiencia como hipnoterapeuta expresada en años

Experiencia como Hipnoterapeuta	No	%
6 a 8 años	2	6,2
Más de 9 años	30	93,8
Total	32	100,0

Fuente: Cuestionario

Tabla 16. Distribución de los jueces según sexo

Sexo	No	%
Masculino	26	81,25
Femenino	6	18,75
Total	32	100,0

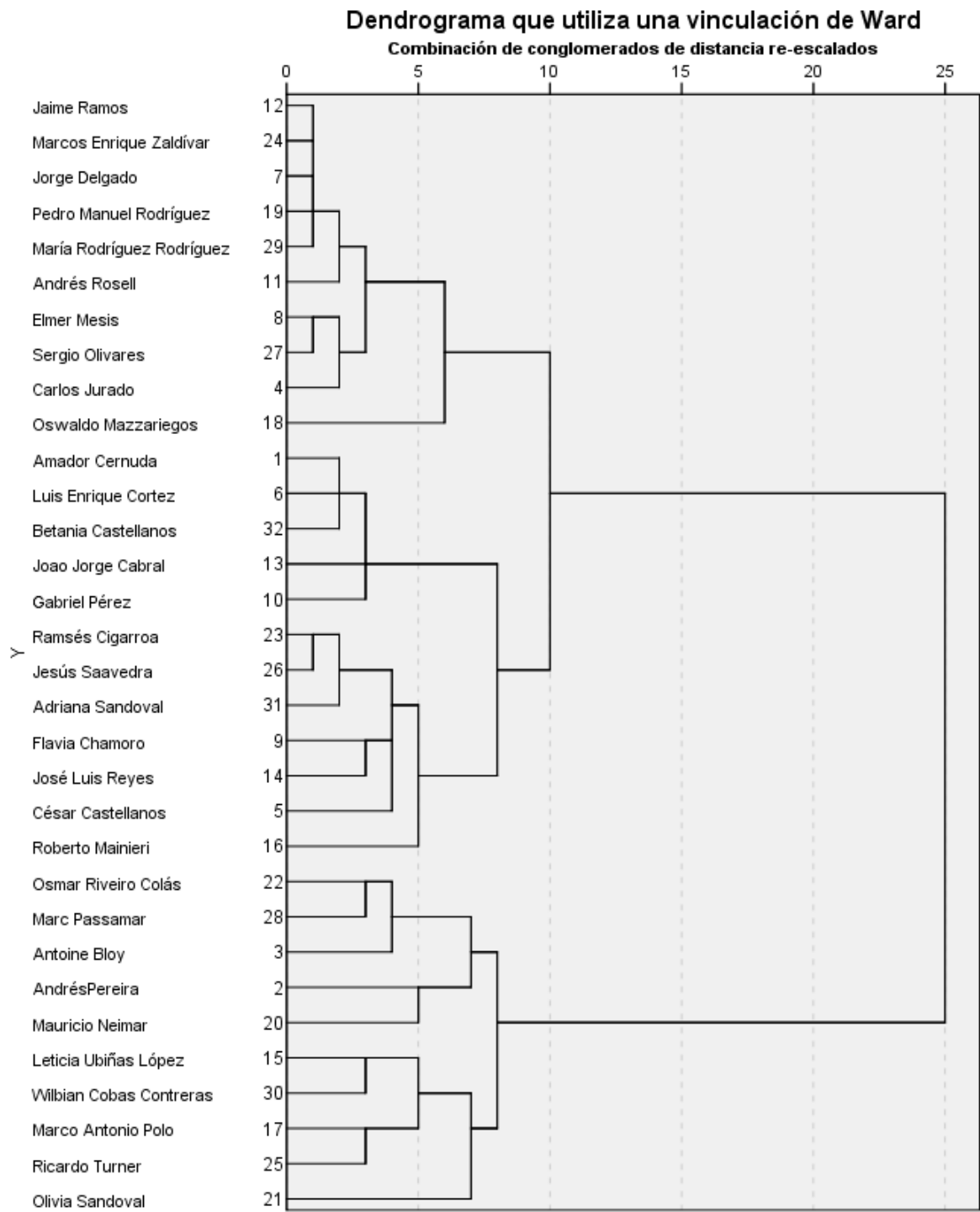
Fuente: Cuestionario

Tabla 17. Análisis de clúster jerárquico (Conglomerado)

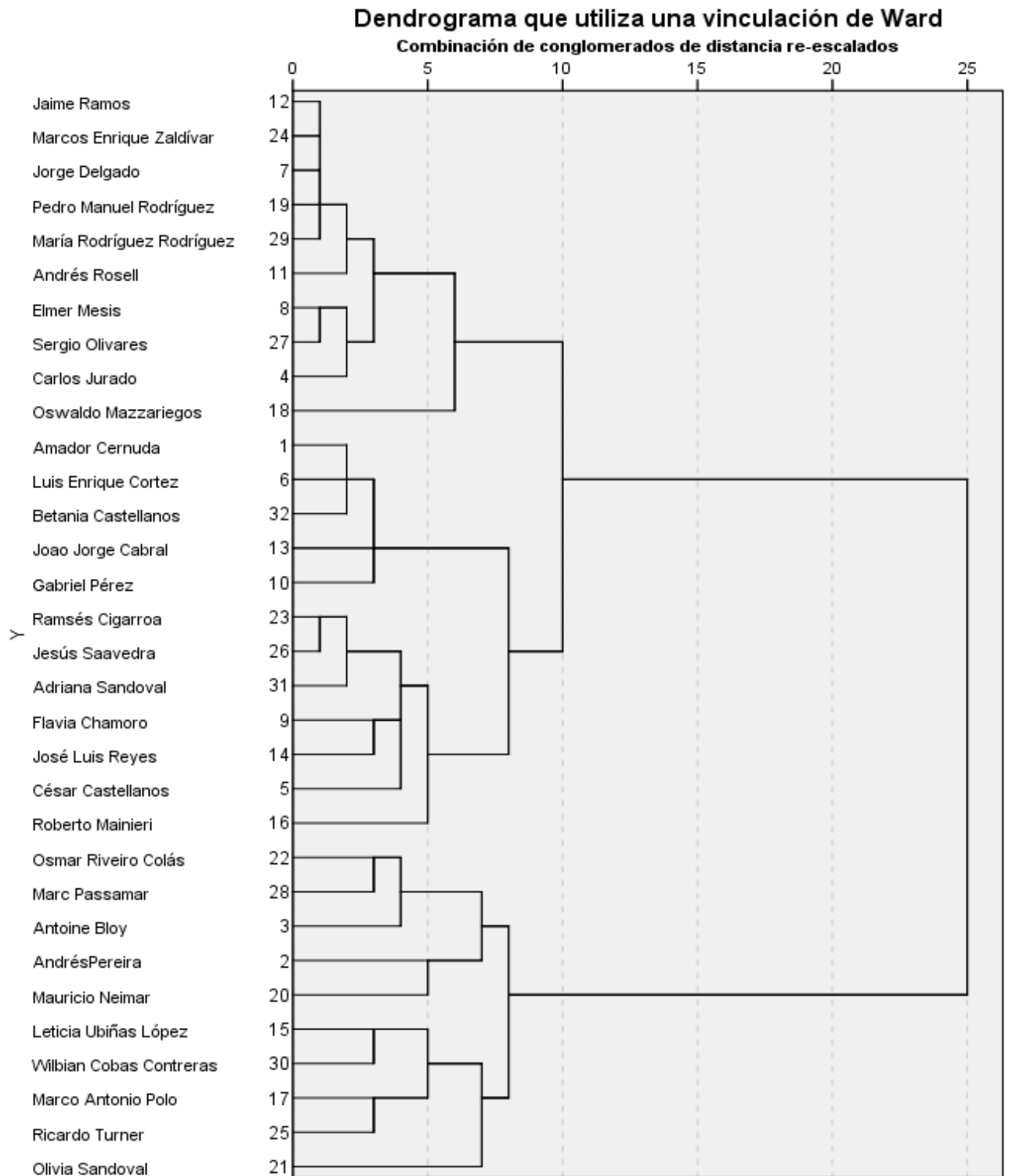
Vinculación de Ward

Historial de conglomeración						
Etapa	Conglomerado que se combina		Coeficientes	Etapa en la que el conglomerado aparece por primera vez		Próxima etapa
	Conglomerado 1	Conglomerado 2		Conglomerado 1	Conglomerado 2	
1	12	24	,000	0	0	2
2	7	12	,667	0	1	3
3	7	19	2,250	2	0	4
4	7	29	5,200	3	0	9
5	23	26	9,700	0	0	8
6	8	27	14,700	0	0	7
7	4	8	21,700	0	6	13
8	23	31	29,200	5	0	21
9	7	11	38,000	4	0	13
10	1	6	47,000	0	0	11
11	1	32	56,667	10	0	14
12	9	14	68,667	0	0	19
13	4	7	81,111	7	9	25
14	1	13	94,194	11	0	17
15	15	30	109,194	0	0	24
16	22	28	124,194	0	0	20
17	1	10	140,444	14	0	28
18	17	25	157,944	0	0	24
19	5	9	175,944	0	12	21
20	3	22	195,611	0	16	26
21	5	23	215,778	19	8	23
22	2	20	240,278	0	0	26
23	5	16	267,540	21	0	28
24	15	17	295,790	15	18	27
25	4	18	329,145	13	0	30
26	2	3	364,779	22	20	29
27	15	21	400,829	24	0	29
28	1	5	445,150	17	23	30
29	2	15	491,550	26	27	31
30	1	4	547,227	28	25	31
31	1	2	693,531	30	29	0

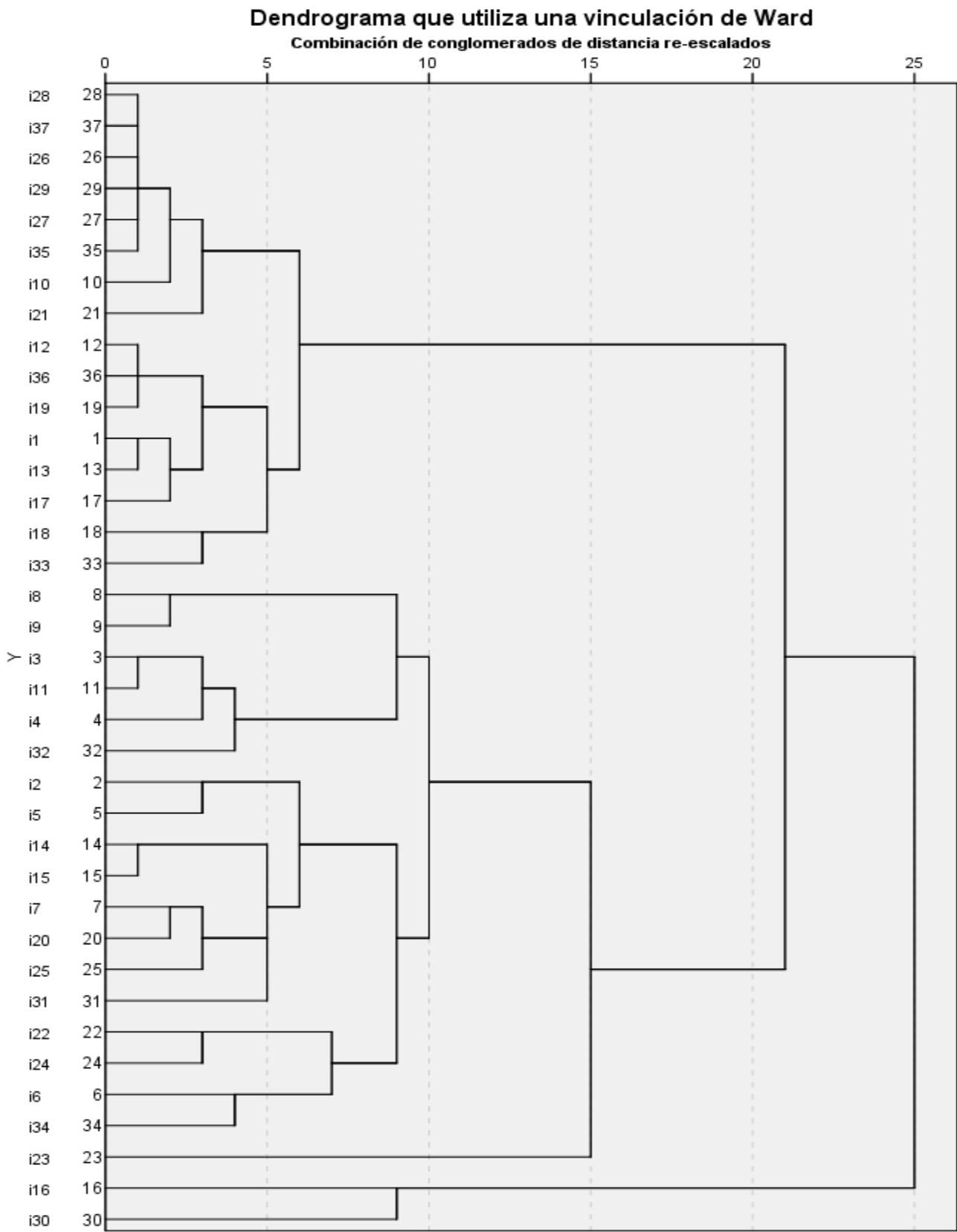
Dendrograma 1 con los conglomerados de pertenencia



Dendograma 2 con solución única (cinco conglomerados)



Dendrograma 3 para las variables



ANEXOS

Anexo 1

Validación de un algoritmo terapéutico, en el empleo de la hipnosis en el tratamiento la enuresis nocturna

Estimada(o) colega:

A continuación le presentamos un cuestionario con 30 reactivos o items en forma de propuestas, que recogen elementos esenciales sobre la funcionalidad del algoritmo, ante los cuales usted deberá expresar su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala que va desde 1 a 5.

Solicitamos de usted franqueza total, pues sus opiniones serán determinantes en el logro de nuestro objetivo central: *La validación de contenido del algoritmo diseñado y empleado por los autores en el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática con hipnosis.*

Rogamos al mismo tiempo que se identifique, haciéndole saber que sus datos, sólo serán empleados por los autores para asuntos propios de la investigación y no serán compartidos con ninguna otra persona.

Agradecidos.

Los autores:

Datos Generales del Experto o Juez.

Nombre y apellidos: _____, Edad: ____

Sexo: ____ F, ____ M

Maestría: Sí ____ No ____, Si sí, ¿cuál?: _____

Diplomado en Hipnosis. Sí ____, No ____

Docente Universitario: Sí ____, No ____, Si sí ¿cuál?

a) Prof. Titular ____, b) Prof. Auxiliar ____, c) Prof. Asistente ____, d) Instructor ____, e) Adjunto ____, f) Otro _____.

Doctorado: Sí ____, No ____

Profesión: a) Médico ____, b) Psicólogo ____, c) Odontólogo ____, d) Enfermero ____, e) Otra ____

Años de Experiencia trabajando con hipnosis:

- ✓ De 3 a 5 ____ ,
- ✓ De 6 a 8 ____ ,
- ✓ 9 o más ____ .

Leyenda: TA: Totalmente de Acuerdo, DA: de Acuerdo, NOP: No opina, ni lo uno ni lo otro, ED: En Desacuerdo y TED: Totalmente en Desacuerdo

Reactivo o Item	TDA (5)	DA (4)	NOP (3)	ED (2)	TED (1)
1. Los criterios diagnósticos empleados en este algoritmo son adecuados y se corresponden con los declarados en el DSM-V.					
2. Los elementos contentivos de los criterios diagnósticos son los óptimos, porque así lo demuestra la práctica clínica.					
3. No hay una diferencia sustancial entre los criterios diagnósticos relativos a la enuresis nocturna monosintomática dados por el DSM-V y la CIE-11.					
4. Si se partiera de los criterios diagnósticos declarados por la CIE-11 el logro de los objetivos previstos en el presente algoritmo no se vería afectado ni amenazado, es decir de todos modos dichos objetivos se materializarían.					
5. Es correcta la derivación de los casos con enuresis donde se presentan otros síntomas, a otros especialistas, pues casi siempre son relativos a trastornos orgánicos.					
6. La batería de pruebas psicológicas consideradas en el algoritmo permite escoger la más adecuada según las particularidades del caso.					
7. Es importante dedicar la primera consulta a hacer pruebas de susceptibilidad hipnótica. Ello nos permite el diagnostico de las probabilidades de éxito durante el trance y como proceder en cada caso.					
8. No hacer hipnosis en la primera consulta facilita realizar una entrevista profunda a infantes y padres acompañantes.					
9. La no realización de hipnosis en la primera consulta facilita el proceso terapéutico, sus componentes afectivos y lograr patentizar el valor semiotécnico de la entrevista.					
10. Es altamente necesario brindar al paciente información sobre su sistema urinario, adecuando está a su nivel de desarrollo escolar e intelectual. Así se garantiza un mejor conocimiento del proceso enurético y una mayor “comprensión” del significado de los elementos metafóricos y simbólicos, que indefectiblemente se singulararán en su propia realidad y experiencia personal respectivamente.					
11. El tiempo dedicado a la sesiones de hipnoterapia es adecuado y se corresponde con los estándares internacionales en el empleo de la hipnosis en pacientes infante juveniles.					
12. Es sumamente correcta la concepción de los autores					

de este algoritmo en cuanto el empleo del signo señal. Ello permite facilitar la entrada al transe y la salida de este en sesiones ulteriores, con el consiguiente ahorro de tiempo y priorizar además el manejo de los contenidos y recursos terapéuticos para beneficio del paciente.					
13. La secuencia de pasos para lograr el transe en la primera sesión con hipnosis es adecuada por su estructuración lógica, permitiendo avanzar en la terapia, sólo si se han alcanzado los objetivos previstos en un momento previo.					
14. En muchas ocasiones el fracaso terapéutico al emplear la hipnosis como modalidad de tratamiento en la enuresis nocturna monosintomática se debe a la no consideración de la importancia del pico enurético.					
15. El reacomodo de carga o pico enurético es un proceso normal en la respuesta a la hipnoterapia y para nada invalida el buen efecto terapéutico de esta.					
16. Algunos estudios refieren la no efectividad de la hipnoterapia en pacientes enuréticos nocturnos monosintomáticos, basándose en que por lo general entre la 4ta y 6ta semanas de tratamiento, después de una buena respuesta inicial, se produce un retroceso.					
17. Tal retroceso puede desalentar o desmotivar a padres y pacientes, no excluyendo al hipnoterapeuta, sobre todo cuando este último desconoce que es un proceso natural o normal.					
18. En el proceso terapéutico se emplea el mecanismo de refuerzo o reforzamiento de los elementos abordados e consultas previas, a partir de la 4ta semana. Ello garantiza reafirmar los avances logrados en la terapia, así como los elementos positivos que mejoran la autoestima del paciente.					
19. La regresión (En este caso en tiempo) es una herramienta valiosa para buscar elementos traumáticos como etiología o refuerzo del trastorno enurético.					
20. La ubicación del acto regresivo en la 5ta semana de tratamiento es adecuada, siendo este el momento donde se manifiesta con mayor intensidad el pico enurético.					
21. Dada la importancia del pico enurético y sus posibles efectos adversos en cuanto al nivel de motivación y adherencia terapéutica se hace necesario reforzar la autoestima, la esperanza y el optimismo en pacientes y padres.					
22. En cualquier momento del pico enurético es válido emplear la regresión, es decir, da lo mismo hacerlo en la 4ta, 5ta, o 6ta semana de tratamiento.					
23. No es conveniente realizar la regresión en las tres primeras secciones con hipnosis, porque aún no se tiene todos los elementos que nos permitan conocer la					

profundidad de la problemática.					
24. No tiene trascendencia el no empleo de la regresión en el manejo de la enuresis nocturna monosintomática.					
25. Los viajes imaginéricos permiten detectar cualquier problema en la dinámica familiar, sobre todo cuando el paciente excluye algún miembro de este grupo y expresa tácitamente el rechazo a ser acompañado por el excluido.					
26. La técnica del espejo permite la proyección de la problemática del niño, y en este caso, al aceptar ayudar a otros con sus mismas características y condición de salud, y lograr hacerlo, evidentemente también permite que se ayude así mismo					
27. Las sugerencias posthipnóticas empleadas en el algoritmo permiten incorporar un conjunto de conductas físicas e higiénico sanitarias, desde un perfil simbólico que ayudan al reforzamiento constante de los elementos manejados en la hipnoterapia a modo de “tareas para la casa”.					
28. Son adecuados los ejemplos de metáforas, construcciones metafóricas y simbólicas empleadas en la segunda consulta.					
29. El empleo de metáforas, construcciones metafóricas y simbólicas no es un fenómeno rígido. La creatividad del terapeuta puede y debe llevarle a ampliar el espectro y contenido de las mismas, sin efecto dañino al proceso hipnoterapéutico.					
30. Evaluar de modo triunfalista los avances logrados por el paciente puede tener efecto negativo en el resultado final de la terapia pues puede producir un proceso de “embriaguez narcisista” al adoptarse la falsa creencia que ya todo se resolvió y más nada hay que hacer.					
31. Se hace necesario respetar los pasos establecidos en el proceso terapéutico desde un inicio. Ello asegurará el éxito. Hablamos aquí de las 14 consultas diseñadas sobre la base de una evolución continua favorable, principios de progresión lógica ayudados ambos elementos por el necesario reforzamiento.					
32. Aun cuando se aprecien demoras progresivas sostenidamente partir de la 7ma consulta, es necesario llevar el tratamiento hasta el término establecido.					
33. El retest y su realización es esencial en tanto sus resultados evidencian lo importante del enfoque integral del tratamiento, que no solo va dirigido a la mejoría del cuadro enurético, sino a lograr una verdadera respuesta adaptativa del paciente como personalidad y los efectos que en su sintomatología tiene la modificación del manejo familiar del cuadro enurético.					
34. La hipnosis colectiva, en la que se lleva a los					

pacientes una vez logrado el trance a que abran sus ojos e; intercambien con sus pares de forma natural; permite la interacción entre los pacientes, que estos expongan sus experiencias, manifiesten si han logrado sus expectativas y expresen sus necesidades sentidas, sus deseos de seguir avanzando y la capacidad de trabajar en grupo. Es un refuerzo grupal.					
35. El empleo del diario miccional (Economía de fichas) y su llenado o registro por el paciente, es un mecanismo que propicia la autoafirmación, el aumento de la autoestima, el nivel de satisfacción consigo mismo y de seguridad en sí mismo. En función de cómo ello se manifieste, le permitirá al terapeuta introducir procesos correctivos.					
36. Por ser pacientes infanto juveniles el empleo de metáforas, construcciones metafóricas y símbolos, adecuados a su edad y necesidades, les va a permitir a estos, movilizar procesos inconscientes y el no reparar en el análisis crítico de su problemática, y facilitar de este modo, conductas proactivas en el empleo tácito de herramientas curativas también inconscientemente.					
37. Es importante y valido la consideración del seguimiento a los pacientes una vez culminado el tratamiento y dados de alta a los tres meses. Ello permite corroborar cuan efectivo ha sido el mismo en el tiempo y casos de recidivas que por lo general se relacionan a condiciones sociales que determinan su manifestación.					

Anexo 2

Conceptualización de cada uno de los elementos presentes en el algoritmo

(A)Criterios diagnósticos de la Enuresis Nocturna: (DSM-5)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría en sus criterios diagnósticos del DSM-5 la enuresis nocturna se diagnosticará cuando:

- Exista emisión repetida de orina en la cama o en la ropa, ya sea de manera involuntaria o voluntaria,
- El comportamiento sea clínicamente significativo dado por su manifestación con una frecuencia de al menos dos veces por semana durante un mínimo de tres meses consecutivos
- O por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico (laboral) u otras áreas importantes del funcionamiento.
- La edad cronológica sea de por lo menos 5 años (o un grado de desarrollo equivalente) así como el comportamiento no se pueda atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., un diurético, un antipsicótico) u otra afección médica (p. ej., diabetes, espina bífida, epilepsia).

(B)La anamnesis dirigida, la exploración física y los complementarios son claves para el diagnóstico.

- **Anamnesis:**

- La entrevista debe ir dirigida a clasificar el tipo de enuresis (primaria o secundaria y monosintomática o no monosintomática),
- a valorar su gravedad (nº de noches que moja por semana), el impacto y la actitud familiar y del paciente ante la enuresis (la enuresis puede originar baja autoestima y otros problemas psicológicos si no se trata),
- a detectar otros problemas de incontinencia o patologías asociadas que puedan interferir en la evolución de la enuresis (estreñimiento, TDAH, apnea obstructiva del sueño...)
- y a valorar los factores que influyen en el éxito o fracaso del tratamiento. También se debe interrogar por los tratamientos o conductas previas ante la enuresis, si los

ha habido, y su respuesta. Puede ser de interés conocer los antecedentes familiares de enuresis para entender la actitud de la familia ante este trastorno.

- **Exploración física:** En la enuresis primaria monosintomática la exploración radica en lo rutinario o estandarizado. Sin embargo, para confirmar este tipo de enuresis y descartar problemas asociados se recomienda una exploración básica.

- Palpación abdominal (comprobar si existe globo vesical o masas fecales por estreñimiento).
- Inspección de genitales (descartar malformaciones, estenosis de meato en niños, adherencias labiales y vulvovaginitis en niñas, así como sospecha de abuso sexual).
- La presencia de excoriación perianal y vulvovaginitis puede indicar infestación por oxiuros.
- Si se detecta humedad en la ropa interior es necesario investigar si se debe a escapes tras la retención voluntaria, al estar distraídos o atrapados en el juego, o se trata de una incontinencia diurna patológica.
- Inspección de la espalda para descartar anomalías o lesiones que sugieran disrafismo: nevus pilosos, fositas sacras por encima de la línea interglútea, pigmentación de la piel.
- Observación de la marcha: andar descalzos de talón-puntillas adelante y atrás (explora las raíces sacras sensitivas y motoras que inervan la vejiga). Si es normal descarta patología neurológica a dicho nivel.

Los complementarios más utilizados en nuestro trabajo en la clínica de hipnosis terapéutica se circunscriben a los tests psicométricos, los cuales se utilizarán en dependencia de la esfera psicológica afectada y de los síntomas psiquiátricos encontrados, así como de las características propias del caso a tratar. Dentro del grupo de pruebas están: FF-SIL, Círculo Familiar, HTP, Dibujo libre, IDAREN y Test de Depresión Infantil.

(C)Clasificación de la Enuresis

Primaria/Secundaria:

- **Primaria:** cuando el niño nunca ha conseguido mantenerse seco por la noche durante un periodo superior a 3 meses. Es el tipo más frecuente.
- **Secundaria:** cuando el niño desarrolla la enuresis después de un periodo seco de al menos 3 meses. Estos niños con más probabilidad tienen enuresis no monosintomática y responden peor al tratamiento. En general su etiología no es diferente de la de la enuresis primaria y ambas se presentan de forma parecida, aunque ocasionalmente la secundaria se asocia a causas orgánicas o psicológicas como infección urinaria, celos por advenimiento de nuevos hermanos, abuso sexual, diabetes mellitus/insípida, apnea obstructiva del sueño, vejiga neurógena, trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastornos de conducta.

Monosintomática/No monosintomática:

- **Enuresis monosintomática:** enuresis en niños sin otros síntomas del tracto urinario inferior, y sin historia de disfunción vesical.
- **Enuresis no monosintomática o complicada:** enuresis en niños con otros síntomas del tracto urinario inferior (incontinencia diurna, urgencia miccional, polaquiuria, maniobras de retención).

(D)Enuresis no monosintomática o complicada: enuresis en niños con otros síntomas del tracto urinario inferior (incontinencia diurna, urgencia miccional, polaquiuria, maniobras de retención). Este tipo de enuresis se deriva al urólogo, pediatra.

(E) Tratamiento con Hipnosis Terapéutica

E1 Primera consulta

Una vez identificado cada paciente, se le realiza una **entrevista profunda**, así como a su padres o tutor acompañante, con miras a obtener información sobre el problema, los síntomas que presentan, a saber: ansiedad, depresión, agresividad, terror nocturno, hiperquinesia u otros.

Esta entrevista se efectúa o materializa en los predios de la Clínica de Hipnosis, donde además se le hace al paciente la **prueba de sugestionabilidad del tipo caída hacia atrás**, consistente en lo siguiente; el hipnoterapeuta se ubica detrás del paciente con

sus manos superpuestas en los hombros de este, que estará con sus pies unidos y sus ojos cerrados en la posición de de pie, previa orientación del terapeuta, que le sugiere o induce que sentirá una fuerza que lo halará hacia atrás. Esta prueba nos permite evaluar el grado de sugestión del niño en función de sus resultados

A todos los pacientes se les aplica un test psicológico que no necesariamente siempre tiene que ser el mismo ya que en dependencia de las individualidades y de las esferas afectadas psicológicamente se define el que se va a emplear. Los más utilizados son el test FF-SIL y/o el Circulo Familiar para evaluar funcionamiento familiar, las técnicas proyectivas HTP y Dibujo Libre para evaluar personalidad y su relación contextual, y el IDAREM, y el Test de Depresión Infantil para explorar la esfera afectiva.

E2 Segunda Consulta (1ra sesión de hipnosis)

En esta consulta se le da al paciente, siempre teniendo en cuenta su nivel de comprensión, una **explicación elemental del sistema urinario y su funcionamiento, auxiliándonos de dibujos o pancartas que permitan su entendimiento**, empleando siempre un lenguaje asequible, simbólico y metafórico. Por ejemplo: “Tu vejiga es como una pelota de goma que se infla y se desinfla, y cuando se contrae o se aprieta y se desinfla, sale la orina a través de la válvula por donde se le echa el aire para inflarla”. Igualmente se le explica que él o ella tiene la capacidad de cerrar esta válvula cuando se contrae, o se desinfla. También se le hace saber cómo funciona el riñón, su papel de filtro y que a medida que más agua se toma o ingiere, más se filtra y se depura y la que no sirve va para la vejiga. Se utilizan frases metafóricas como “tus sabanas lloran cuando tu las mojas, o se ponen tristes y sienten frío cuando tu las humedeces”.

También se le explica en qué consiste el Diario Miccional, (Basado en la Economía de Fichas) donde el niño tiene que reflejar sus éxitos y fracasos, en el orden de disminuir o no los actos enuréticos, empleando símbolos de su preferencia

Sobre las sesiones de hipnoterapia:

Como esquema de tratamiento, semanalmente se aplica una sesión de hipnosis con una duración de 45 minutos a una hora, en consonancia con las características individuales, y se mantiene hasta que se da el paciente como curado, o hasta los **3 meses de estar siendo tratado con esta.**

Primera Sesión de Hipnosis

Al llegar a la consulta el paciente, se le indica sentarse en un lugar donde se halle cómodo. Si no se encuentra a gusto en esa posición, se le propone, se acueste en un lugar apropiado, que él deberá aceptar. Después de acomodado en cualquiera de las variantes, se inicia la relajación del mismo, siendo acorde los recursos empleados para este fin, con la edad del mismo, siguiendo la siguiente secuencia:

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

Durante este proceso de inducción hipnótica, se le indica al paciente por varias veces el “respirar suave y profundamente”, y se le repite la siguiente sugerencia: “Sientes cómo tus párpados y tu cuerpo te pesan”. “Cada vez que respiras, aumenta el peso de tu cuerpo y de tus párpados.” “Tus músculos se aflojan .. tus párpados te pesan cada vez más, mucho más, demasiado; te pesan tanto que no puedes soportar ese peso, esa pesadez”. Este proceder se hace hasta que el terapeuta observa que el paciente cierra los ojos, continuándose con otras frases sugestoras, donde se le afirma que solo escuchará la voz del hipnoterapeuta. Dada la experiencia del terapeuta, se llega a un punto crítico en que se comprueba que realmente el paciente se encuentra en trance hipnótico, explorando la existencia de catalepsia palpebral y de miembros, catalepsia general y sensibilidad; lo que permite establecer los grados de profundidad de la hipnosis en: hipnoideo, leve, mediano, profundo y muy profundo.

Ya en trance hipnótico, se invita al niño a realizar un **viaje imaginario** y debiendo decirnos cómo le gustaría hacerlo, en función de las sugerencias que previamente se les habían hecho, dadas en un paseo montado sobre una alfombra mágica, en avión supersónico especial, en un caballo con alas de su color predilecto, en un coche alado por caballos con alas y penachos abundantes, en un cohete espacial, entre otras

vaciantes, de acuerdo con la edad del paciente y sus particularidades sociopsicológicas. Es importante antes de iniciar “el viaje”, preguntar al paciente si quiere invitar a alguien a que le acompañe, ello nos sirve para escrutar, si desea lo hagan sus padres, abuelos, tíos, amiguitos y quienes de ellos no. Ello nos ayuda a corroborar los resultados de los estudios sobre dinámica y funcionalidad familiar obtenidos de las pruebas específicas. Siempre el terapeuta estará incluido.

Ya realizando el viaje y visualizando, se hace referencia a la existencia de niños con las mismas características personales y con su misma problemática, a los cuales ellos deben y pueden ayudar a resolver los problemas que presentan (los mismos), mostrando por lo general su disposición a hacerlo. Ello nos lleva a una forma indirecta e resolver sus propios problemas de enuresis, al hacerlos activos protagonistas de la solución satisfactoria de su situación.**(Técnica del espejo)**

En esta consulta se deja el signo señal el cual es un anclaje que nos permite ahorrar tiempo en las próximas consultas y llevar al paciente al trance hipnótico en pocos segundos.

En esta sesión se enseña y entrega el calendario miccional al niño el cual ha de llenar según la preferencia del niño los días en que no se orine con un signo que signifique algo bueno o exitoso para él, este calendario será evaluado semanalmente hasta el alta del paciente y será lo primero que se haga en cada consulta subsiguiente.

E3 3ra Consulta (2da sesión de hipnosis)

Primero se evalúa el calendario miccional y se analiza con el niño en presencia del padre o tutor.

Se lleva al paciente al trance profundo a través del signo señal dejado en la consulta anterior y se refuerzan en esta todas los elementos abordados en la consulta anterior y se incorporan las siguientes **sugerencias posthipnóticas referidas a conductas higiénicas- simbólicas**:

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

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

- Siempre a la hora de acostarse ya en su cama, con la cabeza en la almohada habrán de cerrar los ojos y con tan solo hacerlo, se entrará en un sueño tan profundo o igual como el que experimentan cuando se trabaja bajo trance en la clínica y repasarán cada uno de los elementos enseñados y manejados en terapia

E4 4ta Consulta (3ra sesión de hipnosis)

Primero se evalúa el calendario miccional y se analiza con el niño y padre.

Aplicación del signo señal y ya en trance se trabaja en la elevación de: a) la **autoestima** del paciente, b) seguridad en sí mismo, con el propósito de eliminar fobias en el caso de existir y reforzar así rasgos positivos de su personalidad. Es de señalar que los elementos simbólicos y el lenguaje metafórico siguen siendo fundamentales: En este caso al paciente siempre se le compara con su héroe favorito, pues todos son de la misma madera; valientes, decididos, fuertes, seguros, victoriosos, como sus héroes, lo que en este caso, su batalla no es contra los malos, sino, contra la enuresis. Ej: Eres igual a Superman, fuerte, valiente, decidido, que todo lo puede, que no se orina, en este caso la victoria en esta batalla es el no orinarte.

Observación: El manejo de la autoestima es importante porque a partir de esta semana es que empieza a manifestarse el pico enurético, al que tenemos que llegar con el niño fortalecido, psicológicamente.

Concepto de Pico Enuretico:

E5 5ta Consulta (4ta sesión de hipnosis)

Primero se evalúa el calendario miccional y se analiza con el niño y padre.

En esta consulta como en todas las demás, se refuerzan las sugerencias posthipnoticas y los elementos trabajados en cada una de las consultas anteriores- En esta particularmente siempre recomendamos realizar la **regresión en el tiempo en caso de ser necesario**, porque no siempre lo es, pero, del paciente no llegar a esta consulta con buena evolución a la hora de valorar el número de emisiones semanales, así como las bases etiológicas presentes en el orden psicológico, entonces se realiza la regresión en el tiempo.

Concepto de regresión e Importancia:

Esta 5ta consulta generalmente es la más larga en cuanto a duración ya que por lo general el paciente se encuentra en pleno pico enurético y no se pueden dejar de tocar los temas anteriormente vistos.

E6 6ta 7ma y 8va Consulta (5ta,6ta y 7ma sesiones de hipnosis)

Como siempre el primer paso es evaluar el calendario miccional y su análisis pertinente.

Se refuerza todo lo indicado anteriormente, estas consultas son puramente de refuerzo de los recursos psicoterapéuticos ya empleados, pues estos no dejan de tener sus particularidades propias para y en cada niño en tanto ente individual.

E7 9na , 10ma y 11na consulta (8va, 9na y 10ma sesiones de hipnosis)

Se mantiene la evaluación y el análisis del calendario miccional.

Se realiza el retest y se siguen reforzando los elementos anteriores. En esta consultas se aplica **hipnosis colectiva**, pues por lo general acuden varios pacientes. Esto es aplicable en nuestra clínica, pues los niños con enuresis son muy frecuentes y ya, con dos meses de tratamiento, **la hipnosis colectiva** les ayuda mucho, ya que socializan, propiciándose que durante la terapia, con sus ojos abiertos en trance y con la capacidad de interactuar entre ellos, durante la terapia puedan aconsejar, referirse a sus experiencias, inspirar a seguir avanzando, propiciar consejos uno a los otros, intercambiar y realizar viajes imaginéricos en grupo, manteniendo un rol muy activo en el proceso terapéutico. Siempre se recomienda hacer en esta semana ya que al principio el trabajo individualizado paciente a paciente es importante y ya el paciente ha rebasado el pico enurético o está saliendo de este. ¿Qué se logra con ello? Que sean facilitadores del tratamiento, ayuden a los nuevos casos a quienes invitamos como observadores junto a sus padres para que se vayan familiarizando.

E8 12ma y 13ra Consultas. (11na y 12ma sesiones de hipnosis)

Se evalúa el calendario miccional y se procede a su análisis como se ha venido haciendo, con el niño y padre.

Se mantiene el mismo modelo terapéutico anterior, utilizando la hipnosis colectiva y con individualidades en dependencia de la evolución de los pacientes. En la consulta 12 se indica reconsulta a los 15 días.

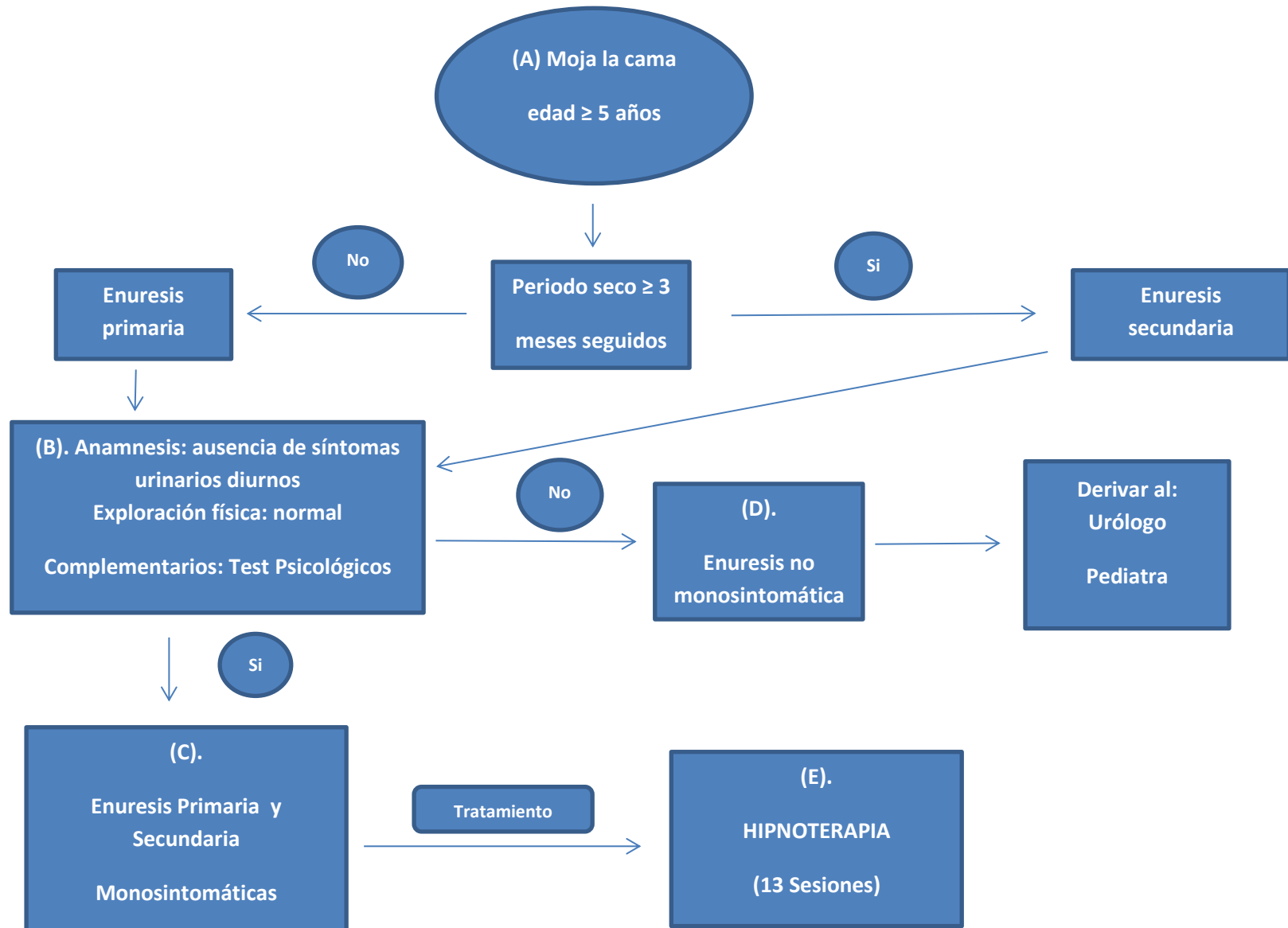
E9 14ta consulta. (13ra sesión de hipnosis)

Una vez evaluado y analizado el calendario miccional, se realiza reconsulta, se mantiene el tratamiento con hipnosis esta vez individual reforzando todos los elementos anteriores, se discuten los resultados del retest indicado desde la novena semana y la evolución que ha tenido el paciente, escuchándose su parecer sobre los resultados de la terapia, así como de los padres .

E10 Se indica reconsulta para dentro de tres meses siguientes, donde no se realiza hipnosis, pues es solo para chequear si permanece la mejoría y si la evolución satisfactoria se mantiene.

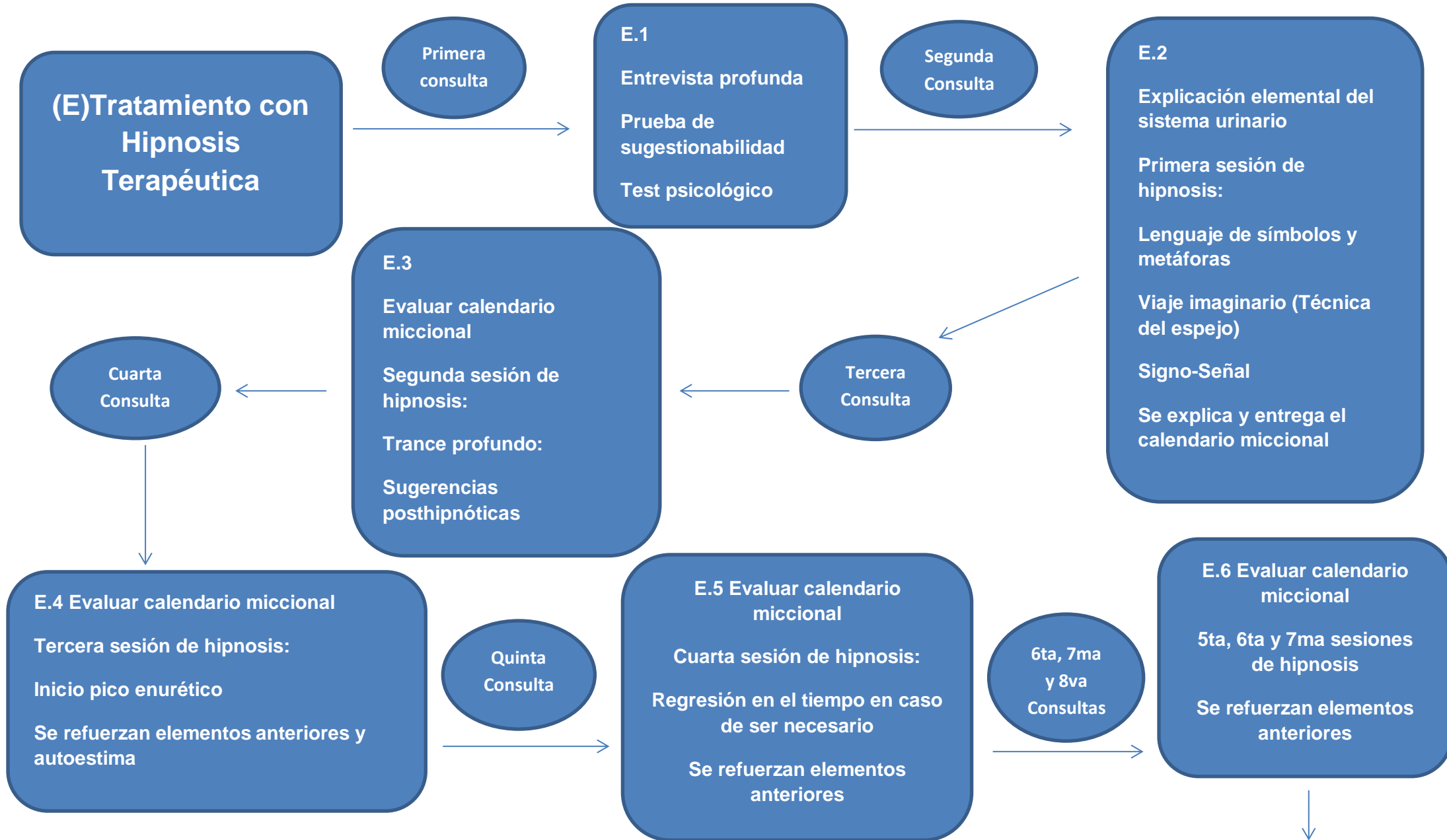
Anexo 3

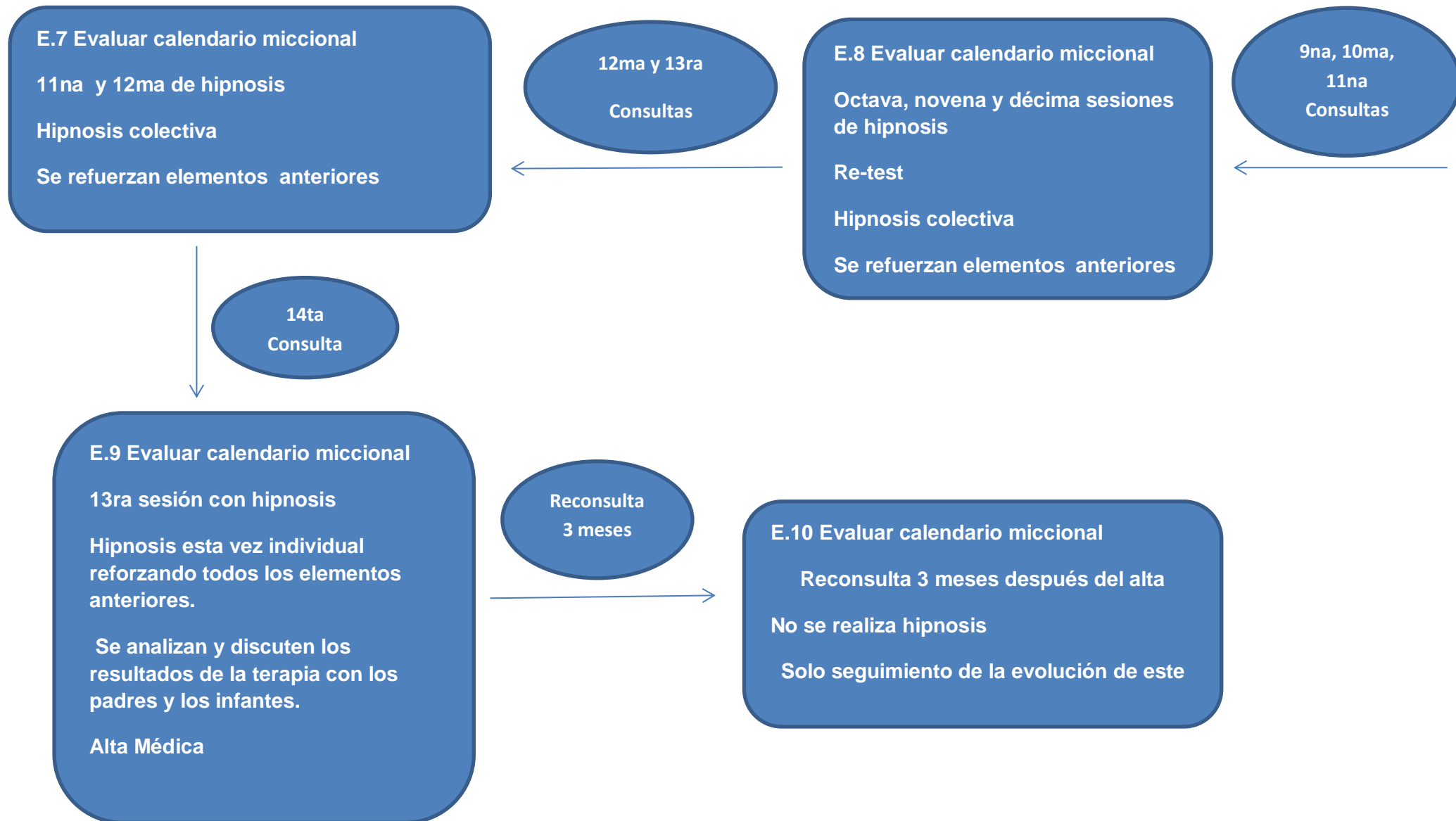
Enuresis primaria monosintomática Algoritmo Terapéutico I



Anexo 4

Enuresis primaria monosintomática Algoritmo Terapéutico II (Continuación)





Anexo 5

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANTIAGO DE CUBA

FACULTAD DE MEDICINA 1

Departamento de Psicología Médica

Santiago de Cuba, 1 de junio de 2020.

“Año 63 de la Revolución”.

Dr. (a):

Respetado(a) y estimado(a) colega.

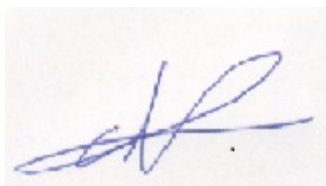
Tal como habíamos acordado, usted, al cumplir con los requisitos de inclusión establecidos para esta investigación, ha sido seleccionado como experto o juez, en la intención de validar el algoritmo terapéutico diseñado y empleado, para el tratamiento con hipnosis, de la enuresis nocturna monosintomática en niños y adolescentes, por los suscribientes.

Para ello deberá:

1. Contestar el cuestionario sobre aspectos esenciales para la funcionalidad y efectividad de dicho algoritmo como instrumento metodológico-terapéutico, que adjuntamos a continuación.
2. Exponer de manera libre y consciente algún otro elemento que considere relevante y no esté recogido en el cuestionario, según su apreciación, como un documento adicional y firmarlo.
3. Enviarnos el cuestionario contestado y sus otras consideraciones a las siguientes direcciones electrónicas: acobianmena@gmail.com y adolforafellambert@gmail.com de modo indistinto.

De antemano, les estamos altamente agradecidos por su disposición y colaboración, elementos que consideramos esenciales para el éxito de nuestro trabajo investigativo, que da salida a la tesis doctoral **“Validación de un algoritmo terapéutico, con el empleo de la hipnosis en el tratamiento de la enuresis nocturna monosintomática”**.

Con afectos sinceros.



Dr. Adolfo Rafael Lambert Delgado

Doctorante



Dr. C. Alberto Erconvaldo Cobián Mena

Tutor

Anexo 6

Conceptualisation de chacun des éléments présents dans l'algorithme

(A) Critères de diagnostic pour l'énurésie nocturne : (DSM-5)

Selon l'American Psychiatric Association dans ses critères de diagnostic DSM-5, l'énurésie nocturne sera diagnostiquée lorsque :

- Il y a une émission répétée d'urine dans le lit ou les vêtements, involontairement ou volontairement,
- Le comportement est cliniquement significatif étant donné sa manifestation avec une fréquence d'au moins deux fois par semaine pendant au moins trois mois consécutifs
- Ou en raison de la présence d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire (travail) ou dans d'autres domaines importants du fonctionnement.
- L'âge chronologique est d'au moins 5 ans (ou un stade de développement équivalent) et le comportement ne peut être attribué aux effets physiologiques d'une substance

(B) Une anamnèse dirigée, un examen physique et une supplémentation sont essentiels au diagnostic.

- Anamnèse :

- L'entretien doit viser à classer le type d'énurésie (primaire ou secondaire et monosymptomatique ou non monosymptomatique),
- évaluer sa gravité (nombre de nuits humides par semaine), l'impact et l'attitude du patient et de sa famille vis-à-vis de l'énurésie (l'énurésie peut entraîner une faible estime de soi et d'autres problèmes psychologiques si elle n'est pas traitée),
- pour détecter d'autres problèmes d'incontinence ou pathologies associées pouvant interférer dans l'évolution de l'énurésie (constipation, TDAH, apnée obstructive du sommeil...)
- et d'évaluer les facteurs qui influencent le succès ou l'échec du traitement. Il doit également être questionné sur les traitements ou comportements antérieurs avant l'énurésie, le cas échéant, et leur réponse. Il peut être intéressant de connaître les

antécédents familiaux d'énurésie pour comprendre l'attitude de la famille vis-à-vis de ce trouble.

- Examen physique : Dans l'énurésie primaire monosymptomatique, l'examen est de routine ou standardisé. Cependant, pour confirmer ce type d'énurésie et écarter les problèmes associés, un examen de base est recommandé.
- Palpation abdominale (vérifier s'il y a un ballon vésical ou des masses fécales dues à la constipation).
- Inspection des organes génitaux (exclure les malformations, les sténoses du méat chez les garçons, les adhérences labiales et les vulvovaginites chez les filles, ainsi que la suspicion d'abus sexuel).
- La présence d'excoriation périanale et de vulvovaginite peut indiquer une infestation par les oxyures.
- Si de l'humidité est détectée dans les sous-vêtements, il est nécessaire de rechercher si elle est due à une fuite après une rétention volontaire, à une distraction ou à un jeu, ou s'il s'agit d'une incontinence diurne pathologique.
- Inspection du dos pour exclure des anomalies ou des lésions évocatrices d'un dysraphisme : naevus poilus, fosses sacrées au-dessus de la ligne interfessière, pigmentation cutanée.

Observation de la marche : marche pieds nus orteils en avant et en arrière (explore les racines sacrées sensorielles et motrices qui innervent la vessie). Si elle est normale, elle exclut une pathologie neurologique à ce niveau.

Les compléments les plus utilisés dans notre travail en clinique d'hypnose thérapeutique se limitent à des tests psychométriques, qui seront utilisés en fonction de la sphère psychologique touchée et des symptômes psychiatriques retrouvés, ainsi que des caractéristiques du cas à traiter. Le groupe de tests comprend : FF-SIL, Family Circle, HTP, Free Drawing, IDAREN et Infant Depression Test.

(C) Classification de l'énurésie

Primaire secondaire:

- Primaire : lorsque l'enfant n'a jamais pu rester au sec la nuit pendant plus de 3 mois. C'est le type le plus courant.

- Secondaire : lorsque l'enfant développe une énurésie après une période sèche d'au moins 3 mois. Ces enfants sont plus susceptibles d'avoir une énurésie non monosymptomatique et répondent moins bien au traitement. En général, son étiologie n'est pas différente de celle de l'énurésie primaire et les deux se présentent de manière similaire, bien que parfois secondaire soit associée à des causes organiques ou psychologiques telles que l'infection urinaire, la jalousie due à l'avènement de nouveaux frères et sœurs, les abus sexuels, le diabète sucré / insipide, apnée obstructive du sommeil, vessie neurogène, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité ou trouble des conduites.

Monosymptomatique / Non monosymptomatique :

- Énurésie monosymptomatique : énurésie chez les enfants sans autres symptômes des voies urinaires inférieures et sans antécédent de dysfonction vésicale.
- Énurésie non monosymptomatique ou compliquée : énurésie chez les enfants présentant d'autres symptômes du bas appareil urinaire (incontinence diurne, impériosité, fréquence, manœuvres de rétention).

(D) Énurésie non monosymptomatique ou compliquée : énurésie chez l'enfant présentant d'autres symptômes du bas appareil urinaire (incontinence diurne, impériosité, fréquence, manœuvres de rétention). Ce type d'énurésie est référé à l'urologue, pédiatre.

(E) Traitement par hypnose thérapeutique

E1 Première consultation

Une fois chaque patient identifié, un entretien approfondi est réalisé, ainsi que ses parents ou tuteur accompagnant, en vue d'obtenir des informations sur le problème, les symptômes qu'ils présentent, à savoir : anxiété, dépression, agressivité, terreur nocturne, hyperkinésie ou autres.

Cet entretien est réalisé ou matérialisé dans les locaux de la Clinique d'Hypnose, où le patient est également soumis au test de suggestibilité de type chute en arrière, consistant en ce qui suit ; L'hypnothérapeute se tient derrière le patient avec ses mains

superposées sur les épaules du patient, qui sera les pieds joints et les yeux fermés en position debout, avec l'orientation préalable du thérapeute, qui suggère ou induit qu'il ressentira une force qui se retirera. Ce test nous permet d'évaluer le degré de suggestion de l'enfant en fonction de ses résultats.

Un test psychologique est appliqué à tous les patients, qui ne doit pas nécessairement toujours être le même puisque, selon les individualités et les sphères psychologiquement touchées, celui à utiliser est défini. Les plus utilisées sont le test FF-SIL et/ou le Family Circle pour évaluer le fonctionnement familial, les techniques projectives HTP et Free Drawing pour évaluer la personnalité et sa relation contextuelle, et l'IDAREM, et le Infant Depression Test pour explorer la sphère affective.

E2 Deuxième Consultation (1ère séance d'hypnose)

Dans cette consultation, le patient reçoit, toujours en tenant compte de son niveau de compréhension, une explication élémentaire du système urinaire et de son fonctionnement, en nous aidant de dessins ou de banderoles qui permettent sa compréhension, toujours en utilisant un langage accessible, symbolique et métaphorique. Par exemple : "Votre vessie est comme une balle en caoutchouc qui se gonfle et se dégonfle, et lorsqu'elle se contracte ou se serre et se dégonfle, l'urine sort par la valve à travers laquelle de l'air est soufflé pour la gonfler." Il est également expliqué qu'il ou elle a la possibilité de fermer cette valve lorsqu'elle se contracte, ou se dégonfle. On lui dit également comment fonctionne le rein, son papier filtre et que plus l'eau est prélevée ou ingérée, plus elle est filtrée et purifiée et ce qui n'est pas utilisé va à la vessie. Des expressions métaphoriques sont utilisées telles que « vos draps pleurent quand vous les mouillez, ou ils deviennent tristes et ont froid lorsque vous les mouillez ».

Il explique également en quoi consiste le Journal professionnel (Basé sur l'économie symbolique) où l'enfant doit refléter ses réussites et ses échecs, afin de réduire ou non les actes énurétiques, en utilisant les symboles de sa préférence.

A propos des séances d'hypnothérapie :

Comme schéma de traitement, une séance d'hypnose hebdomadaire est appliquée d'une durée de 45 minutes à une heure, selon les caractéristiques individuelles, et est

maintenue jusqu'à ce que le patient soit considéré comme guéri, ou jusqu'à 3 mois après avoir été traité avec cela.

Première séance d'hypnose

Lorsque le patient arrive à la consultation, il lui est demandé de s'asseoir dans un endroit où il est à l'aise. S'il n'est pas à l'aise dans cette position, il lui est proposé de s'allonger dans un endroit approprié, ce qu'il doit accepter. Après s'être adapté à l'une des variantes, le relâchement de celui-ci commence, en fonction des ressources utilisées à cet effet, avec son âge, en suivant la séquence suivante :

1. Induire la sensation de poids dans chaque segment du corps.
2. Stimuler la sensation de fatigue des paupières et du corps.
3. Suggérer la sensation de sommeil.

Au cours de ce processus d'induction hypnotique, le patient reçoit plusieurs fois l'instruction de « respirer doucement et profondément », et la suggestion suivante est répétée : « Vous sentez que vos paupières et votre corps vous pèsent ». « Chaque fois que vous respirez, cela augmente la poids de votre corps et de vos paupières." « Vos muscles se relâchent... vos paupières vous pèsent de plus en plus, beaucoup plus, trop ; elles vous pèsent tellement que vous ne pouvez plus supporter ce poids, cette lourdeur. » Cette procédure se fait jusqu'à ce que le thérapeute constate que le patient ferme son yeux, Continuant avec d'autres phrases suggestives, où il est dit qu'il n'entendra que la voix de l'hypnothérapeute. Compte tenu de l'expérience du thérapeute, un point critique est atteint dans lequel il est vérifié que le patient est vraiment en transe hypnotique, explorer l'existence de la catalepsie palpébrale et des membres, de la catalepsie générale et de la sensibilité, ce qui permet d'établir les degrés de profondeur de l'hypnose en : hypnoïde, doux, moyen, profond et très profond.

Déjà en transe hypnotique, l'enfant est invité à faire un voyage imaginaire et devant nous dire comment il aimerait le faire, à partir des suggestions qui lui avaient été faites au préalable, données lors d'une balade montée sur un tapis magique, dans un avion supersonique spécial, dans un cheval avec des ailes de sa couleur préférée, dans une voiture ailée de chevaux aux ailes et panaches abondants, dans une fusée spatiale, entre autres postes vacants, selon l'âge du patient et ses particularités socio-

psychologiques . Il est important avant de commencer "le voyage", de demander au patient s'il veut inviter quelqu'un pour l'accompagner, cela nous aide à scruter, s'il le souhaite, ses parents, grands-parents, oncles, amis et ceux d'entre eux ne le font pas. Cela nous aide à corroborer les résultats des études sur la dynamique familiale et la fonctionnalité obtenus à partir des tests spécifiques. Le thérapeute sera toujours inclus.

Déjà en voyage et en visualisation, il est fait référence à l'existence d'enfants avec les mêmes caractéristiques personnelles et avec les mêmes problèmes, à qui ils doivent et peuvent aider à résoudre les problèmes qu'ils présentent (eux-mêmes), montrant généralement leur volonté de le faire. Ceci nous conduit à une manière indirecte de résoudre leurs propres problèmes d'énurésie, en les rendant acteurs actifs de la solution satisfaisante de leur situation (technique du miroir).

Dans cette consultation, le signe signal est laissé, qui est un point d'ancrage qui nous permet de gagner du temps lors des prochaines consultations et d'emmener le patient en transe hypnotique en quelques secondes.

Dans cette séance, le calendrier mictionnel est enseigné et remis à l'enfant, qui doit être rempli selon la préférence de l'enfant les jours où il n'urine pas avec un signe qui signifie quelque chose de bon ou de réussi pour lui, ce calendrier sera évalué chaque semaine jusqu'à la sortie du patient et sera la première chose à faire à chaque visite ultérieure.

E3 3ème Consultation (2ème séance d'hypnose)

Le programme de miction est d'abord évalué et discuté avec l'enfant en présence du parent ou du tuteur.

Le patient est amené à une transe profonde à travers le signe de signal laissé lors de la consultation précédente et dans celui-ci tous les éléments abordés lors de la consultation précédente sont renforcés et les suggestions posthypnotiques suivantes se référant aux comportements hygiéniques-symboliques sont incorporées :

- Restreindre les liquides après 18 h.
- Toujours uriner avant d'aller au lit.

- Avant d'aller au lit, une ou deux planches pour les hommes et des redressements assis ou des squats pour les femmes, afin que leur abdomen devienne fort afin de retenir l'urine (élément symbolique et en même temps imaginaire).
- Toujours à l'heure du coucher au lit, la tête sur l'oreiller, ils devront fermer les yeux et ce faisant, ils entreront dans un sommeil aussi profond ou égal à celui qu'ils expérimentent lorsqu'ils travaillent en transe à la clinique et ils passera en revue chacun des éléments enseignés et traités en thérapie

E4 4ème Consultation (3ème séance d'hypnose)

Le programme de miction est d'abord évalué et discuté avec l'enfant et le parent.

Application du signe signal et déjà en transe un travail est fait pour augmenter : a) l'estime de soi du patient, b) la confiance en soi, dans le but d'éliminer les phobies si elles existent et ainsi de renforcer les traits de personnalité positifs. Il est à noter que les éléments symboliques et le langage métaphorique restent fondamentaux : dans ce cas, le patient est toujours comparé à son héros préféré, puisqu'ils sont tous faits du même bois ; courageux, déterminés, forts, confiants, victorieux, comme leurs héros, qui dans ce cas, leur combat n'est pas contre les méchants, mais contre l'énurésie. Ex : Vous êtes l'égal de Superman, fort, courageux, déterminé, qui sait tout faire, qui n'urine pas, dans ce cas la victoire dans cette bataille est de ne pas uriner.

Constat : La gestion de l'estime de soi est importante car dès cette semaine commence à se manifester le pic énurétique, qu'il faut atteindre avec l'enfant renforcé psychologiquement.

Concept de Pico Enuretico :

E5 5ème Consultation (4ème séance d'hypnose)

Le programme de miction est d'abord évalué et discuté avec l'enfant et le parent.

Dans cette requête comme dans toutes les autres, les suggestions posthypnotiques et les éléments travaillés dans chacune des requêtes précédentes sont renforcés. Le patient n'arrivant pas à cette consultation avec une bonne évolution lors de l'évaluation du nombre d'émissions hebdomadaires, ainsi que des bases étiologiques présentes dans l'ordre psychologique, alors la régression est effectuée dans le temps.

Concept de régression et importance :

Cette 5ème consultation est généralement la plus longue en terme de durée puisque généralement le patient est au milieu du pic énurétique et les sujets vus précédemment ne peuvent être arrêtés.

E6 6ème, 7ème et 8ème Consultation (5ème, 6ème et 7ème séances d'hypnose)

Comme toujours, la première étape consiste à évaluer le programme de miction et son analyse pertinente.

Tout ce qui est indiqué ci-dessus est renforcé, ces consultations sont purement pour renforcer les ressources psychothérapeutiques déjà utilisées, puisqu'elles ne cessent d'avoir leurs propres particularités pour et en chaque enfant en tant qu'entité individuelle.

E7 9ème, 10ème et 11ème consultation (8ème, 9ème et 10ème séances d'hypnose)

L'évaluation et l'analyse du calendrier mictionnel sont maintenues.

Le retest est effectué et les éléments précédents continuent d'être renforcés. Dans ces consultations, l'hypnose collective est appliquée, puisque généralement plusieurs patients y assistent. Ceci est applicable dans notre clinique, car les enfants atteints d'énurésie sont très fréquents et, après deux mois de traitement, l'hypnose collective les aide beaucoup, car ils socialisent, leur permettant pendant la thérapie, les yeux ouverts en transe et avec la capacité pour interagir les uns avec les autres, pendant la thérapie, ils peuvent conseiller, se référer à leurs expériences, les inspirer à continuer d'aller de l'avant, se conseiller, échanger et faire des voyages imaginatifs en groupe, en maintenant un rôle très actif dans le processus thérapeutique. Il est toujours recommandé de le faire cette semaine car au début le travail individualisé de patient à patient est important et le patient a déjà dépassé le pic énurétique ou en sort. Qu'est-ce qu'on obtient avec ? Qu'ils soient facilitateurs du traitement, aident les nouveaux cas que nous invitons en tant qu'observateurs avec leurs parents afin qu'ils se familiarisent.

E8 12e et 13e Consultations. (11e et 12e séances d'hypnose)

Le calendrier mictionnel est évalué et son analyse est réalisée comme cela a été fait, avec l'enfant et le parent.

Le même modèle thérapeutique antérieur est maintenu, utilisant l'hypnose collective et avec des individualités en fonction de l'évolution des patients. En consultation 12, une reconsultation est indiquée après 15 jours.

E9 14ème consultation. (13ème séance d'hypnose)

Une fois le calendrier mictionnel évalué et analysé, une reconsultation est effectuée, le traitement par hypnose est maintenu cette fois individuellement, renforçant tous les éléments précédents, les résultats du retest indiqués à partir de la neuvième semaine et l'évolution qu'a eu le patient sont discutés, en écoutant leur avis sur les résultats de la thérapie, ainsi que les parents.

E10 La reconsultation est indiquée dans les trois mois, lorsque l'hypnose n'est pas pratiquée, car il s'agit uniquement de vérifier si l'amélioration persiste et si l'évolution satisfaisante se maintient.

Anexo 7

Validation d'un algorithme thérapeutique dans l'utilisation de l'hypnose dans le traitement de l'énurésie nocturne

Cher collègue:

Ci-dessous nous vous présentons un questionnaire de 30 items ou items sous forme de propositions, qui recueillent des éléments essentiels sur la fonctionnalité de l'algorithme, devant lequel vous devez exprimer votre degré d'accord ou de désaccord sur une échelle allant de 1 à 5.

Nous vous demandons d'être en toute franchise, car vos avis seront déterminants dans la réalisation de notre objectif central : La validation du contenu de l'algorithme conçu et utilisé par les auteurs dans le traitement de l'énurésie nocturne monosymptomatique par hypnose.

Nous vous demandons de vous identifier en même temps, en vous faisant savoir que vos données ne seront utilisées par les auteurs qu'à des fins de recherche et ne seront partagées avec personne d'autre.

Reconnaissant.

Les auteurs:

Données générales de l'expert ou du juge.

Prénom et nom: _____, Âge: _____

Sexe: ____F, ____M

Une maîtrise: Sí ____ No ____, Si sí, ¿cuál?: _____

Diplôme en hypnose. Sí ____, No _____

Professeur universitaire: Sí ____, No ____, Si sí ¿cuál?

a) Prof. Titular ____, b) Prof. Auxiliar ____, c) Prof. Asistente ____, d) Instructor ____, e) Adjunto ____, f) Otro _____.

Doctorado: Sí ____, No _____

Profession : a) Médecin ____, b) Psychologue ____, c) Dentiste ____, d) Infirmière ____, e) Autre _____

Années d'expérience de travail avec l'hypnose:

- ✓ De 3 a 5 _____,
- ✓ De 6 a 8 _____,
- ✓ 9 o más _____.

Légende : TA : Tout à fait d'accord, DA : D'accord, NOP : Ni l'un ni l'autre, ED : Pas d'accord et TED : Pas du tout d'accord

Réactif ou article	TDA (5)	DA (4)	NOP (3)	ED (2)	TED (1)
1. Les critères de diagnostic utilisés dans cet algorithme sont adéquats et correspondent à ceux déclarés dans le DSM-V.					
2. Les éléments qui contiennent les critères diagnostiques sont optimaux, car cela est démontré par la pratique clinique.					
3. Il n'y a pas de différence substantielle entre les critères diagnostiques de l'énurésie nocturne monosymptomatique donnés par le DSM-V et la CIM-11.					
4. S'il était basé sur les critères de diagnostic déclarés par la CIM-11, la réalisation des objectifs énoncés dans cet algorithme ne serait ni affectée ni menacée, c'est-à-dire que ces objectifs se concrétiseraient de toute façon.					
5. Le renvoi des cas d'énurésie où d'autres symptômes apparaissent à d'autres spécialistes est correct, car ils sont presque toujours liés à des troubles organiques.					
6. La batterie de tests psychologiques pris en compte dans l'algorithme permet de choisir le plus approprié en fonction des particularités du cas.					
7. Il est important de consacrer la première visite aux tests de sensibilité hypnotique. Cela nous permet de diagnostiquer les chances de succès pendant la transe et comment procéder dans chaque cas.					
8. Ne pas faire d'hypnose lors de la première consultation facilite la conduite d'un entretien approfondi avec les nourrissons et les parents accompagnants.					
9. La non-exécution de l'hypnose lors de la première consultation facilite le processus thérapeutique, ses composantes affectives et parvient à montrer la valeur semi-technique de l'entretien.					
10. Il est hautement nécessaire de fournir au patient des informations sur son système urinaire, en l'adaptant à son niveau scolaire et de développement intellectuel. Cela garantit une meilleure connaissance du processus énurétique et une plus grande « compréhension » du sens des éléments métaphoriques et symboliques, qui seront inévitablement distingués dans leur propre réalité et expérience personnelle respectivement.					
11. Le temps consacré aux séances d'hypnothérapie est adéquat et correspond aux normes internationales dans l'utilisation de l'hypnose chez les enfants et les adolescents.					

12. La conception des auteurs de cet algorithme concernant l'utilisation du signe du signal est extrêmement correcte. Cela facilite l'entrée et la sortie de la transaction lors des séances suivantes, ce qui permet de gagner du temps et de prioriser la gestion des contenus et des ressources thérapeutiques au profit du patient.					
13. La séquence d'étapes pour atteindre la transe lors de la première séance d'hypnose est adéquate en raison de sa structure logique, permettant de progresser dans la thérapie, seulement si les objectifs prévus à un moment précédent ont été atteints.					
14. A de nombreuses reprises, l'échec thérapeutique de l'utilisation de l'hypnose comme modalité de traitement dans l'énurésie nocturne monosymptomatique est dû à la non prise en compte de l'importance du pic énurétique.					
15. Le réarrangement de charge ou pic énurétique est un processus normal dans la réponse à l'hypnothérapie et n'invalide en rien son bon effet thérapeutique.					
16. Certaines études font référence à l'inefficacité de l'hypnothérapie chez les patients énurétiques nocturnes monosymptomatiques, en se basant sur le fait que généralement entre la 4e et la 6e semaine de traitement, après une bonne réponse initiale, il y a un recul.					
17. Un tel recul peut décourager ou démotiver parents et patients, sans exclure l'hypnothérapeute, surtout lorsque ce dernier ignore qu'il s'agit d'un processus naturel ou normal.					
18. Dans le processus thérapeutique, le mécanisme de renforcement ou de renforcement des éléments abordés et des consultations préalables est utilisé, à partir de la 4ème semaine.					
19. La régression (ici dans le temps) est un outil précieux pour rechercher des éléments traumatiques comme l'étiologie ou le renforcement du trouble énurétique.					
20. La localisation de l'acte régressif à la 5ème semaine de traitement est adéquate, c'est le moment où le pic énurétique se manifeste avec la plus grande intensité.					
21. Compte tenu de l'importance du pic énurétique et de ses effets indésirables possibles sur le niveau de motivation et d'adhésion thérapeutique, il est nécessaire de renforcer l'estime de soi, l'espoir et l'optimisme chez les patients et les parents.					
22. A tout moment du pic énurétique, il est valable d'utiliser la régression, c'est-à-dire qu'il n'a pas d'importance de le faire à la 4ème, 5ème ou 6ème semaine de traitement.					
23. Il n'est pas commode d'effectuer la régression dans					

les trois premières sections avec l'hypnose, car nous n'avons pas encore tous les éléments qui nous permettent de connaître la profondeur du problème.					
24. La non-utilisation de la régression dans la prise en charge de l'énurésie nocturne monosymptomatique n'est pas importante.					
25. Les voyages imaginaires permettent de détecter tout problème de dynamique familiale, surtout lorsque le patient exclut un membre de ce groupe et exprime tacitement le refus d'être accompagné par l'exclu.					
26. La technique du miroir permet la projection des problèmes de l'enfant, et dans ce cas, en acceptant d'aider d'autres personnes ayant les mêmes caractéristiques et le même état de santé, et y parvenant, leur permet évidemment aussi de s'aider eux-mêmes.					
27. Les suggestions posthypnotiques utilisées dans l'algorithme permettent l'incorporation d'un ensemble de comportements de santé physiques et hygiéniques, à partir d'un profil symbolique qui aident au renforcement constant des éléments manipulés en hypnothérapie comme « corvées pour la maison ».					
28. Des exemples de métaphores, de constructions métaphoriques et symboliques utilisées dans la deuxième requête conviennent.					
29. L'utilisation de métaphores, de constructions métaphoriques et symboliques n'est pas un phénomène rigide. La créativité du thérapeute peut et doit l'amener à élargir leur spectre et leur contenu, sans nuire au processus hypnothérapeutique.					
30. Évaluer les progrès accomplis par le patient de manière triomphaliste peut avoir un effet négatif sur le résultat final de la thérapie car cela peut produire un processus d'"intoxication narcissique" en adoptant la fausse croyance que tout est déjà résolu et qu'il n'y a plus rien à faire. être terminé.					
31. Il est nécessaire de respecter les étapes établies dans le processus thérapeutique dès le début. Cela garantira le succès. On parle ici des 14 consultations conçues sur la base d'une évolution favorable continue, principes de progression logique aidés des deux éléments par le renforcement nécessaire.					
32. Même en cas de retards progressifs soutenus à partir de la 7e consultation, il est nécessaire de poursuivre le traitement jusqu'au terme établi.					
33. Le retest et sa réalisation sont essentiels car ses résultats montrent l'importance de l'approche globale du traitement, qui vise non seulement à améliorer l'état énurétique, mais aussi à obtenir une véritable réponse adaptative du patient en tant que personnalité et les effets sur leur a la modification de la prise en charge					

familiale du tableau énurétique.					
34. L'hypnose collective, dans laquelle les patients sont amenés une fois la transe atteinte à ouvrir les yeux e ; échanger avec leurs pairs naturellement ; Il permet l'interaction entre les patients, qu'ils présentent leurs expériences, montrent s'ils ont atteint leurs attentes et expriment leurs besoins ressentis, leurs envies de continuer à progresser et leur capacité à travailler en groupe. C'est un renforcement de groupe.					
35. L'utilisation du journal de miction (Token Economy) et son remplissage ou enregistrement par le patient est un mécanisme qui favorise l'affirmation de soi, l'augmentation de l'estime de soi, le niveau de satisfaction de soi et la confiance en soi. Selon la façon dont cela se manifeste, cela permettra au thérapeute d'introduire des processus correctifs.					
36. Les enfants et les adolescents étant des patients, l'utilisation de métaphores, de constructions métaphoriques et de symboles, adaptés à leur âge et à leurs besoins, leur permettra de mobiliser des processus inconscients et de ne pas prêter attention à l'analyse critique de leurs problèmes, et ainsi faciliter des comportements proactifs dans l'utilisation tacite d'outils de guérison aussi inconsciemment.					
37. Il est important et valable d'envisager le suivi des patients une fois le traitement terminé et leur sortie au bout de trois mois. Cela permet de corroborer son efficacité dans le temps et en cas de rechutes généralement liées aux conditions sociales qui déterminent sa manifestation.					

Anexo 8

Concepto de Pico Enurético o Reacomodo de carga

(Tomado del Libro: La Hipnosis y sus aplicaciones terapéuticas, *Tema: Hipnoterapia en la enuresis nocturna*, Autores: Alberto E. Cobián Mena y Adolfo R. Lambert Delgado, Pág. 187- 199, *morales i torres*, editores, Barcelona, 2004.

Se cita textualmente: *“Un fenómeno se repite en cada tratamiento hipnótico de la enuresis y es que el paciente, después de un inicio exitoso de la terapia, que se materializa en la disminución o ausencia del episodio enurético, comienza a padecer nuevamente este trastorno, de una manera discreta, aunque a veces esta reincidencia puede tener un carácter marcado; esto es justamente lo que sucede con el paciente número 22”*.

A este fenómeno lo denominamos **reacomodo de carga** y no debe preocuparnos ni hacernos creer que no será efectivo el tratamiento, pues la experiencia clínica demuestra que después del reacomodo todo vuelve a la normalidad. Este hecho se asemeja al pico febril que se produce cuando se le suministra dipirona a un paciente con fiebre alta, en la intención de bajarla. La respuesta inmediata es paradójica, pues hace todo lo contrario; la sube; y la más mediata es descender esa elevada temperatura corporal.

Fin de la cita

Anexo 9

Concept de pic enurétique ou réascommode de charge (Tiré du livre: L'hypnose et ses applications thérapeutiques, Sujet: Hypnothérapie dans l'énurésie nocturne, Auteurs: Alberto E. Cobián Mena et Adolfo R. Lambert Delgado, Page 187-199, morales i torres, éditeurs, Barcelone, 2004.

Il est cité textuellement: ***“Un phénomène se répète dans chaque traitement hypnotique de l'énurésie nocturne et est que le patient, après un début de thérapie réussi, qui se matérialise par la diminution ou l'absence de l'épisode énurétique, recommence à souffrir de ce trouble, de manière discrète, bien que parfois cette récurrence puisse avoir un caractère marqué; c'est exactement ce qui se passe avec le patient numéro 22”***. Nous appelons ce phénomène réarrangement de la charge et ne devrions pas nous inquiéter ou nous faire croire que le traitement ne sera pas efficace, car l'expérience clinique montre qu'après le réarrangement, tout revient à la normale. Ce fait ressemble au pic fébrile qui se produit lorsque la dipyrone est administrée à un patient ayant une forte fièvre, dans l'intention de l'abaisser. La réponse immédiate est paradoxale, car elle fait le contraire; il augmente; et la plus médiatisée est d'abaisser cette température corporelle élevée. Fin de la citation.

Anexo 10

MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO HIPNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENUREIS NOCTURNA MONOSINTOMATICA

Yo: _____

He leído la hoja de información que se me ha entregado. He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con el Dr. Adolfo Rafael Lambert Delgado, comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en los cuidados médicos de mi hijo.

Atendiendo a todo esto presto libremente mi conformidad para que mi hijo participe en la investigación.

Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Firma de la madre, padre o tutor: _____