



**FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

“EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA DE “UN OJO POR VEZ” EN LOS  
ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN QUE  
PRESENTAN MALESTAR ASOCIADO A EVENTOS TRAUMÁTICOS,  
POR DUELO – 2009”

AUTORAS:

Bach. CORONADO SELEM, Ysolda.

Bach. QUISPE MAITTRE, Maribel Del Rocío.

ASESOR:

Mg. NICOLÁS VALLE PALOMINO

TESIS

PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

CHICLAYO – PERÚ

2009

## **DEDICATORIA**

A DIOS por guiarnos en el aprendizaje de  
nuestra profesión.

Ysolda Coronado Selem

## **DEDICATORIA**

A Dios y a la Virgen de Guadalupe, por ser  
la fe y la luz que guían mi camino

A mis maravillosos padres Gladys y Olmedo  
porque con su apoyo y dedicación  
alentaron cada paso de la gran  
carrera que terminé e inicié en mi vida profesional.

A mi querida TEE, quien me dio la  
fuerza para no desistir frente a cada  
obstáculo que se me presentó.

Maribel del Rocío Quispe Maittre

## **AGRADECIMIENTO**

A mi querido Tío Cesar, por su preocupación y respaldo en los momentos difíciles en mi senda universitaria.

A nuestros asesores, por su comprensión y apoyo en esta investigación, logrando así la culminación de un anhelo en mi vida.

Maribel del Rocío Quispe Maitre

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia y amigos, que con su cariño y apoyo constante no me dejaron desfallecer hasta concretar mi meta.

A las personas, que desinteresadamente, participaron en nuestra investigación.

A nuestros asesores, por su dedicación y su guía paciente.

Ysolda Coronado Selem

## RESUMEN

La Investigación cuasiexperimental que a continuación se presenta, muestra resultados sobre la efectividad de la Técnica de “Un Ojo por Vez” - diseñada por Cook y Bradshaw en el año 2000 - en la reducción del malestar experimentado luego de atravesar eventos traumáticos, en el caso específico de la presente investigación, por haber experimentado la muerte de un familiar cercano.

Con esta finalidad se trabajó con una muestra de diez personas, cinco en el grupo experimental y cinco en el grupo control, todos ellos alumnos de la Universidad Señor de Sipán y que presentaron malestar asociado a eventos traumáticos tras la muerte de un familiar cercano, a pesar de haber pasado ya más de seis meses desde el fallecimiento. A todos los participantes se les aplicó la Escala de Impacto de Eventos (Horowitz, M. y Alvarez, W., 1979), como pre y post test para determinar si existen o no diferencias significativas entre las mediciones, en el caso del grupo experimental antes y después de la aplicación de la Técnica de “Un Ojo por Vez”, mientras que al grupo control no se le aplicó dicha técnica

Los resultados mostraron diferencias significativas entre el pre y post test del grupo experimental, no siendo así para el grupo control. Ello demuestra la efectividad de la Técnica de un Ojo por Vez en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos por duelo, al aplicarse en alumnos de la Universidad Señor de Sipán.

**Palabras Claves:** Evento traumático, Técnicas de “Un ojo por vez”, duelo, Escala de Impacto de Eventos.

## **ABSTRACT**

The nearly experimental project, that we submit tries to investigate the effectiveness of the Technique known as “One Eye at a Time” - designed by Cook and Bradshaw in the year 2000 – while the symptoms a person experiences diminish after going through traumatic events, in this specific case for mourning after the death of a close relative.

With this in mind, we worked with a sample composed by ten persons, five in the experimental group and five in the control group, all of them students at Señor de Sipán University, who at the time presented discomfort related to traumatic events during a period of mourning after the death of a close relative. With these persons we applied the Impact Scale of Events (Horowitz, M. and Alvarez, W., 1979). In the case of the experimental group, we applied it before and after the “One Eye at a Time” Technique to determine whether or not there are significant differences between the pre-test and the post-test. Whereas, with the control group we did not apply the referred technique in order to find the differences in the after test of both groups.

The results show significant differences between experimental group’s pre and post test, what is not the control group’s test. It demonstrates de effectiveness of Technique named “One Eye at a Time” in the reduction of discomfort related to traumatic events, for mourning when is applied to the students of Señor de Sipán University.

Key words: Traumatic event, “One Eye at a Time” Technique, mourning, Impact Scale of Events.

## ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Índice	
Introducción	
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Realidad Problemática	13
1.2. Justificación	17
1.3. Objetivos	18
1.4. Limitaciones	19
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de Estudio	20
2.2 Desarrollo de la Temática Correspondiente al tema investigado	22
2.3 Definición Conceptual de la Terminología empleada.	30
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo de investigación	35
3.2. Diseño de Investigación	36
3.3. Población y muestra	36
3.4. Hipótesis	39
3.5. Variables	39
3.6. Descripción del instrumento utilizado	42
3.7. Análisis estadístico e interpretación de resultados	44

**CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN  
DE LOS RESULTADOS**

4.1. Descripción de Resultados	45
4.2. Discusión de Resultados	50

**CAPITULO V: CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS**

5.1. Contrastación de Hipótesis	52
---------------------------------	----

**CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1. Conclusiones	54
6.2. Recomendaciones	55

**CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS**

7.1. Bibliografía	56
7.2. Linkografía	59
Anexos:	61
Anexo N° 01: Baremos para la población estudiantil de la Universidad Señor de Sipán, Ciclo 2009- I.	62
Anexo N° 02: Escala de Impacto de Eventos	63
Anexo N° 03: Formato de consentimiento informado	65
Anexo N° 04: Ficha de Supervisión	67
Anexo N° 05: Protocolo de aplicación de la Técnica de Un Ojo por Vez	78

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 01: Promedio y Desviación Estándar (DE) del puntaje del pretest y post test del grupo control de los Alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo. 46

Gráfico N° 01: Puntaje del pre test y post test del grupo control de los Alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo. 47

Tabla N° 02: Promedio y Desviación Estándar (DE) del puntaje del pretest y post test del grupo experimental de los Alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo. 48

Gráfico N° 02: Puntaje del pre test y post test del grupo experimental de los Alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo. 49

## INTRODUCCIÓN

A lo largo del desarrollo de las diferentes disciplinas científicas se ha buscado encontrar y elaborar nuevos métodos, teorías y técnicas que efectivicen dichas disciplinas. La psicología no ha sido la excepción, muy a pesar de quienes sostenían que, grandes problemas requieren largos y elaborados tratamientos.

La mayor comprensión del funcionamiento real del Sistema Nervioso Central y la forma en que procesa emociones, memoria, trauma, empatía, pensamiento, percepción, sensación, etc., nos ha demostrado que es posible cambiar el funcionamiento del mismo con respecto a cualquiera de estas situaciones con métodos, que si bien son simples y sencillos en su aplicación, no pueden ser tomados a la ligera y requieren una capacitación especializada. El primero y más simbólico de ellos es el EMDR. Desde su descubrimiento por Francine Shapiro, hemos despertado a un mundo en el cual no es más una obligación cargar con fobias, pensamientos distorsionados, traumas, etc. por el resto de nuestras vidas, sino que tenemos al alcance de la mano una solución rápida y eficaz para disminuir, e incluso eliminar el sufrimiento innecesario en nuestros consultantes. Sin embargo, somos conscientes que el EMDR puede ser tan abreactivo como efectivo, lo que puede hacer del reprocesamiento una situación muy dolorosa. Es necesario aclarar que no es intención de las autoras hablar en desmerito de este hito en la psicoterapia, es más, es haciendo uso de esta técnica que en el año 2000 Audrey Cook y Richard Bradshaw, al tratar a un paciente imposibilitado de mover los ojos de lado a lado, le piden que cubra alternadamente ambos ojos, manteniendo la situación traumática en la mente. Sorprendentemente, descubrieron que este método era tan efectivo como el original, pero mucho más sencillo y mucho menos abreactivo. Tras sistematizarlo, lo revelaron al mundo como “One eye at a time”, “One eye integration” o “Un ojo por vez”.

Esta técnica ha sido publicitada y extendida a lo largo del continente americano y el resto del mundo. No obstante, para cualquier persona que observe mientras se brinda el tratamiento o que no tenga mayor comprensión de cómo funciona a nivel neurológico, le

puede resultar difícil e incluso imposible de creer. Pues bien, cuando alguien quiere aclarar sus dudas, la lectura es el mejor aliado. Sin embargo, cuando las investigadoras intentaron hallar mayor información acerca de esta técnica, se encontraron con una ingrata sorpresa: muchísima publicidad, reconocidos profesionales de la salud mental recomendando la técnica... pero sólo un estudio realizado en Latinoamérica publicado, en el que se describe la efectividad de las Técnicas de Integración Cerebral en conjunto, pero no de la técnica en estudio específicamente (Tesis presentada por Díaz, P. y Vásquez, E. en el 2008). Surge entonces la necesidad de demostrar que “un ojo por vez” sí funciona, y esto se logrará sólo con estudios sistematizados y serios. Eso es lo que se hizo: demostrar la efectividad de la técnica de “Un ojo por vez” en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo, para la población estudiantil de la Universidad Señor de Sipán.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Realidad Problemática:

**Mielnik, G.** (2006) (Citado por Solvey, P. y Solvey, R. 2006), describe los hechos traumáticos como “condiciones en las cuales una persona ha experimentado un evento que le ha dejado heridas psicológicas”. Asegura que “implica siempre un daño a la integridad y a la dignidad personal que pasa a ser un registro biográfico indeleble”. Del mismo modo, afirma que “los acontecimientos traumáticos... pueden provenir tanto de agentes naturales (terremotos, inundaciones, etc.) o ser producto de la acción de otras personas...y se observa también en pacientes que han sufrido emergencias corporales y mentales...”. Además, menciona que una persona puede resultar afectada “por haber sido partícipe directo o indirecto de una situación altamente traumática. Puede ser afectada a partir de una noticia dada por los medios de comunicación, o por alguna persona cercana”. Esta definición de

eventos traumáticos, al ser tan amplia permite observar la alta probabilidad de encontrar cuando menos uno en cada ser humano, sin que necesariamente lo haya vivido en carne propia y/o presente perturbaciones clínicamente significativas. Sin embargo existe un gran número de personas que sí las presentan, y para quienes dicha perturbación genera malestar; el que puede permanecer por décadas en caso de no ser tratados a tiempo. De igual manera **Bosch, S.** (2004) extiende la experiencia traumática al ámbito familiar indicando: “La vivencia traumática se convierte en un TABÚ. Nadie en la familia habla de ello. Creen que eso le haría más daño (o la evitación también les ayuda a ellos). La víctima no suele tampoco responder bien. Los demás acaban por callar. Por otro lado la víctima se siente entonces sola, incomprendida (sobre todo atención al típico comentario “*al fin y al cabo estás vivo*”). Esta afirmación permite apreciar que existen muchas más personas afectadas por eventos traumáticos de las que se registran o conocen, pues junto con quienes los experimentaron directamente, también sufre la familia, multiplicando la necesidad de la intervención inmediata. Por la misma razón **Kuper, E.** (2006), menciona que “...las víctimas de crímenes, violencia social de cualquier tipo (incluso la económica) representan alrededor del 75% en las estadísticas presentando manifestaciones de TEPT, ya sea total, parcial, agudo, crónico, de inicio inmediato o demorado, con cambios evidentes en la personalidad”. Se hace evidente, entonces, la necesidad, tanto para los profesionales encargados como para los sobrevivientes, de una intervención que ayude a menguar el sufrimiento psicológico que estas condiciones acarrearán, pues “conllevan un alto costo en salud; tienen tendencia a la cronicidad sino se los trata tempranamente, por lo que la prevención primaria cobra una relevancia importante”.

**Solvey, P. y Solvey, R.** (2008) reconocen que la pérdida de un familiar cercano puede constituirse como un acontecimiento traumático. De modo similar **Kato, P.** (1999), (Citado en la Guía de Práctica Clínica Sobre Cuidados Paliativos) informa que “entre el 10 y el 20 % de los dolientes tienen importantes dificultades en su proceso de adaptación a la pérdida”. Es más, **Barrueto, P. y Yi, P.** (2008), afirman:

“si estimamos que cada difunto deja un promedio de 5 dolientes y de ellos el 15% aproximadamente desarrollará duelo complicado (DC), tendremos unas 300,000 personas con DC”. Con respecto a ello, existen diferentes profesionales en salud mental que han reconocido la necesidad de recoger dichas complicaciones atípicas en el duelo como un diagnóstico diferente. Algunos de ellos son **Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S. et al (1999)**, quienes proponen para el DSM V una nueva denominación: “Trastorno por duelo prolongado”. Por ello, de intervenir en estos casos específicamente, sería posible evitar dichas complicaciones que añadirían innecesariamente un sufrimiento más a quien los padece, las cuales reabren, además, la herida que intenta cerrarse en los demás familiares, quienes también están procesando su propio duelo. Frente a esta problemática, **Solvey, P. y Solvey, R. (2006)**, tras haber trabajado con numerosas personas que han atravesado eventos traumáticos, concluyen que Las Terapias de Avanzada (entre las que se encuentra la Técnica de Un Ojo por Vez), “por su rápida acción en la desensibilización y reprocesamiento, tanto de los recuerdos ligados al trauma como de los sufrimientos causados por las enfermedades...., son de elección en el tratamiento de estos pacientes.” Además, en el 2008 afirman: “con las terapias de avanzada la resolución de estos procesos de duelos patológicos o congelados se aceleran enormemente y se resuelven en pocas sesiones”. Ello nos deja una fuerte recomendación y a la vez una alternativa de tratamiento eficaz ante una situación traumática y los graves síntomas a los que conlleva. De modo similar, **Díaz, P. y Vásquez, E. (2008)**, en nuestro país, identificaron la efectividad de las técnicas de Integración Cerebral <sup>TM</sup> (entre las que se encuentra la técnica en estudio) en la remisión de la sintomatología asociada al trauma psicológico. Sin embargo, los autores expresan la efectividad de dichas técnicas utilizadas conjuntamente. Ninguno de ellos presenta resultados específicos sobre la “Técnica de Un Ojo por Vez”. Por otro lado, su marco teórico se encuentra orientado más específicamente hacia la sintomatología del Trastorno de Estrés postraumático. No obstante, la presente investigación procuró explorar la efectividad de la “Técnica de Un Ojo por Vez” sobre el malestar generado por eventos traumáticos, específicamente en

alumnos que han experimentado la pérdida de un familiar cercano como una situación traumática, sin importar en qué diagnóstico se derive posteriormente, pues un evento traumático puede desencadenar diversidad de sintomatologías en diferentes personas (**Shapiro, F. y Forrest, M. 2000**).

Así mismo afirman **Solvey, P. y Solvey, R. (2006)** y **Díaz, P. y Vásquez, E. (2008)** que esta técnica ofrece la posibilidad de disminuir o suprimir el malestar asociado a eventos traumáticos en menos de un hora, y normalmente en una sola sesión. No es abreactiva, por lo que no genera sufrimiento antes, durante, ni después de la aplicación y no se han registrado efectos adversos significativos. Por su rapidez y por la facilidad de la aplicación, de ser validada se constituiría como una alternativa de tratamiento de amplio uso y permitiría el ahorro de tiempo y dinero por parte de los profesionales y de los consultantes, además de evitar un sufrimiento innecesario a las víctimas de dichos eventos y a sus familiares. Sin embargo, a pesar de ser una técnica efectiva y de amplio uso, no ha sido validada por estudios científicos en nuestro país, ni reconocida con la amplitud con la que corresponde. Es precisamente por ello que se inició la presente investigación, como un intento de proveer una técnica correctamente validada en el tratamiento del malestar asociado a eventos traumáticos, a los cuales, todos estamos expuestos.

Al realizar sus prácticas pre profesionales en la Clínica Psicológica de la Universidad Señor de Sipán durante tres ciclos consecutivos, las investigadoras pudieron observar la existencia de numerosos casos de alumnos que experimentaron la muerte de un familiar cercano como un evento traumático, y que a pesar de haber pasado más de seis meses del deceso aún presentaban malestar clínicamente significativo asociado a este suceso, traducido en: Sueños frecuentes y/o perturbadores acerca del fallecido o del proceso de luto, negación, imágenes intrusivas, emociones intensas y recuerdos recurrentes sobre el fallecido y/o el ritual del luto, y dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido. En tal sentido, ante la evidente necesidad de una intervención eficaz y las anteriores

investigaciones ya mencionadas, se propuso investigar los efectos de la “Técnica de un ojo por vez” en alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo.

## **1.2. Justificación e Importancia de la Investigación:**

La presente investigación será de utilidad para el alumnado en general, y en especial a los que hayan atravesado eventos traumáticos (y más específicamente a los que presenten malestar clínicamente significativo luego de seis meses de la muerte de un familiar). Se les podrá brindar una atención eficaz y eficiente, reduciendo los síntomas perturbadores que puedan presentar, contribuyendo con su mejor desempeño global al reducir o eliminar síntomas como imágenes intrusivas, sueños frecuentes y/o perturbadores acerca del fallecido o del proceso de luto, negación, emociones intensas y recuerdos recurrentes sobre el fallecido y/o el ritual de luto, dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido.

De modo similar, será de interés para La Clínica Psicológica de la USS, que tendrá a disposición una técnica no abreactiva, rápida y de comprobada efectividad en el tratamiento de la población estudiantil, incrementando su productividad y maximizando su capacidad de ayuda a la comunidad universitaria. Dichos alumnos, a la vez, publicitarán la calidad de la atención integral brindada por esta área.

Por otro lado, la investigación es de gran importancia para la Facultad de Humanidades, especialmente para la Escuela de Psicología, pues se constituirá como un nuevo instrumento de investigación, tanto para el crecimiento de la misma como para la ayuda comunitaria. Dichas actividades dan a conocer la naturaleza de la profesión y sus avances, generando el interés de posibles estudiantes y realzando el prestigio de la Escuela.

Asimismo, es de sumo interés para los autores y los formadores especializados en la técnica, proporcionando datos sobre la eficacia de la misma en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos por duelo, lo cual les servirá como un aval y como instrumento publicitario, por ser la primera investigación en Latinoamérica dedicada exclusivamente a la “Técnica de un ojo por vez”. Del mismo modo, las personas interesadas en capacitarse o que hayan sido formadas recientemente en las Técnicas de Integración Cerebral, tendrán mayores alcances sobre su efectividad al momento de acceder a la formación o al aplicar dicha técnica.

Esta investigación servirá a los profesionales en salud, quienes tendrán a disposición una técnica rápida y de comprobada efectividad en la reducción de síntomas asociados a eventos traumáticos por duelo. Además ayudará a hacer más eficaz la intervención de los profesionales en dichos casos, lo que les generará mayores ingresos económicos en menor tiempo. También permitirá a los consultantes un ahorro importante de esfuerzo, tiempo y dinero, así como disminuir significativamente el sufrimiento experimentado.

Finalmente, esta investigación estará a disposición de la población chiclayana, alumnos y profesionales en general interesados en conocer la efectividad de la “Técnica de un ojo por vez” en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos por duelo, sirviendo como fuente de información y punto de referencia para futuras investigaciones orientadas a continuar y consolidar los datos aquí encontrados.

### **1.3. Objetivos:**

#### **1.3.1. Objetivo general:**

- Determinar la Efectividad de la “Técnica de un Ojo por Vez” en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos, por Duelo, en alumnos de la universidad Señor de Sipán, 2009.

### **1.4. Limitaciones de la Investigación:**

- Una de las limitaciones de la presente investigación fue el escaso material bibliográfico acerca de las variables en estudio, así como los antecedentes sobre el mismo tema.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO:**

### **2.1. Antecedentes de Estudio:**

**Díaz, P. y Vásquez, E. (2008)**, realizaron la investigación titulada “Efectividad de las Técnicas de Integración Cerebral para la Resolución del Trauma Psicológico en Alumnos de la U.C.V." En el que pusieron a prueba, por primera vez en nuestro país, la Técnica de un ojo por vez (Cook, A. y Bradshaw, R. 2000) y la Técnica de los Anteojos Hemisféricos™ (Solvey, P. y Solvey, R. 2000), siguiendo el procedimiento estandarizado. En dicha investigación se observó que existen diferencias significativas en las post mediciones entre los grupos control y experimental, tanto a nivel global del trauma psicológico, así como en los síntomas de intrusión, no siendo así en los síntomas de evitación.

**Bradshaw, R. (2007)**, en su investigación titulada “Abuso Sexual y TEPT en mujeres: Resultados del estudio del tratamiento experimental comparativo”, en el

que participaron 27 mujeres abusadas sexualmente y que presentaron, antes del tratamiento, perturbación clínicamente significativa según la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) Structured Interview (puntaje mayor a 45). Esta muestra se dividió en tres grupos: el grupo control, el grupo de procesamiento cognitivo y el de procesamiento con la “Técnica de unjo por vez”. Se halló que esta técnica fue mucho más efectiva en la resolución del TEPT, y sus beneficios, además iban aumentando en el tiempo, es decir el reprocesamiento era más eficaz y continuaba de forma autónoma hasta tres meses después de la aplicación, disminuyendo la culpa y la evitación, las imágenes intrusivas y la excitación emocional de manera significativa y mucho más duradera en el tiempo.

**Bradshaw, Grace, & Swingle, (2004)**, en su primera investigación formal sobre la “Técnica de un ojo por vez”, y utilizando una muestra de 10 personas con diagnóstico de TEPT, divididas en un grupo experimental (cinco personas) y un grupo control (también con cinco personas). Utilizaron como instrumento la Impact of Event Scale-Revised (IES-R) como pre y post test para medir la perturbación generada por dichos eventos traumáticos. Se hallaron, tras aplicar la técnica en el grupo experimental, diferencias significativas en cuanto a la escala completa, imágenes intrusivas, excitación emocional, y evitación. Dichos resultados confirman la efectividad de la “Técnica de Un Ojo por Vez” para el tratamiento de TEPT.

**Wilson, S., Becker, L., Tinker, R. (1997)**, en una investigación titulada “Tratamiento con Movimiento Ocular de Desensibilización y Reprocesamiento (EMDR) en individuos con Trauma Psicológico” estudiaron los resultados de las sesiones de dicha técnica en 80 participantes con recuerdos traumáticos. Hallando que EMDR es efectivo en cuanto a la disminución de síntomas y ansiedad asociados con el recuerdo traumático y en cuanto al aumento de cogniciones positivas. Dicha eficacia se demostró con las mediciones de los resultados luego de tres sesiones de 90 minutos, y los efectos seguían manteniéndose 90 días después

del tratamiento. Aparentemente el tratamiento tuvo la misma eficacia para los traumas relacionados con el abuso sexual, el abuso físico y mental, traumas relacionales, o muerte de una persona cercana.

**Puffer, M.; Greenwald, R. & Elrod, D. (1997).** Realizaron una investigación titulada “Estudio de una sola sesión de EMDR con veinte niños y adolescentes traumatizados”, la cual fue publicada en *Traumatology-e*, 3(2), Article 6. En este estudio, más de la mitad de los participantes bajaron de niveles clínicos al nivel normal en al Escala de Impacto de Eventos, y todos excepto 3 mostraron al menos remisión parcial de los síntomas en varias medidas (casi un tercio del puntaje original) a partir de la primera sesión con EMDR.

## **2.2. Desarrollo de la Temática correspondiente al tema investigado:**

### **2.2.1. Técnica de Un Ojo por Vez**

**Solvey, P. y Solvey, R. (2006)** mencionan “El método de “Un Ojo por vez”, desarrollado en 2000, por los canadienses Audrey Cook, PhD, y Richard Bradshaw, PhD, consiste en observar el problema a resolver con un ojo alternadamente (se tapa el otro), activando también los hemisferios cerebrales por separado. Se pueden buscar dos cosas: 1.- El “Shock” o incredulidad acerca de lo sucedido, habitual en situaciones altamente traumáticas. Su resolución es la única manera de poner en marcha la desensibilización del trauma. A menudo se observa que con uno de los hemisferios la persona “cree” lo que le ha pasado pero con el otro “no lo puede creer”. Es decir lo sabe con el cerebro pero lo niega el corazón. Su discurso está plagado de “no lo puedo creer”, “es imposible”, “me voy a despertar y habrá sido todo un sueño”. Mientras esta incredulidad persista, no importa cuánto tiempo haya pasado desde el hecho, es imposible la

elaboración y la integración en la vida del sujeto de las consecuencias de la situación. Es como si no existiera. Resolviendo la incredulidad en poco tiempo de trabajo se logra resolver situaciones que podrían llevar años congeladas y perturbando. 2.- el otro hallazgo es el de la presencia de ciertos puntos en el campo visual, llamados “nudos”, que aparecen al hacer recorrer con la mirada de un ojo por vez y lentamente todo el campo visual mientras la persona piensa en el hecho. En estos nudos se concentran curiosamente las emociones más disfuncionales, que aparecen ligadas a sensaciones físicas, como mareos, náuseas, y ansiedad. Una vez disueltos estos “nudos”, con una técnica apropiada, el problema comienza a ser procesado y a desaparecer o se reduce a su mínima expresión”.

**Solvey, P. y Solvey, R. (2008)** definen la Técnica de Un ojo por vez como “un proceso mediante el cual se tapan alternadamente los ojos y mirando con uno de ellos por vez, se va pensando en el tema elegido. Esto permite el acceso a puntos de vista diferentes respecto a un mismo suceso, dado por cada uno de los hemisferios activados. Se pueden detectar nudos, saltos y stops (N/S/S) negativos y positivos en la campo visual e instalar recursos para enfrentar el tema a tratar”

*Entre las definiciones brindadas por el matrimonio Solvey se observa la necesidad de la integración interhemisférica para el procesamiento de eventos perturbadores y/o traumáticos. Sin embargo se considerará como de mayor importancia a la primera de ellas por ser más completa, pues describe el proceso de aplicación de manera general.*

### 2.2.2. Definiciones de Duelo:

**DSM IV-TR** (2002), (Pág. 827, con el código Z63.4, consignado en el apartado “Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”) define el duelo como “la reacción ante la muerte de una persona querida”.

**Solvey, P. y Solvey, R. (2008)** definen: “El duelo es la actividad y actitud de la persona ante la reacción emocional, espontánea y natural de sufrimiento producido por la pérdida de bienes, prestigio, posición, afectos, amores, amistad, identidad personal, autoestima, ilusiones, honor, verdad, posibilidades, salud, integridad corporal, raíces culturales, patria, trabajo; por la omisión de lo que no se pudo tener, ser, hacer, amar o ser amado; por el alejamiento o separación parcial o definitiva de alguien amado o por la muerte de seres queridos y también por la cercanía de la propia muerte”.

**Flórez, S. (2008)**, define como duelo “al estado de aflicción relacionado con la muerte de un ser querido... Sin embargo, el término duelo y procesos de duelo puede también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante cualquier tipo de pérdida (la pérdida de un ser querido, los fracasos escolares, las situaciones de abandono: divorcio, separación, rechazo de los padres; los problemas familiares, los cambios de domicilio, los problemas económicos, la pérdida de empleo, el diagnóstico de una enfermedad grave o invalidante)”, y cuya duración “normalmente no es superior a seis meses”.

*La definición comprendida en el DSM IV-TR excluye cualquier otra situación como causa de duelo que no sea la muerte de un familiar cercano. Cualquier otra reacción de adaptación y acomodación es comprendida dentro de los trastornos de adaptación. No obstante, el matrimonio Solvey y Flore  dejan entrever que se puede atravesar por un*

*proceso de duelo a causa de diferentes pérdidas y es una situación por la cual hemos de pasar todos los seres humanos en algún momento de nuestra vida.*

### **2.2.3. Síntomas de Duelo:**

**DSM IV-TR** (2002), (Pág. 827, con el código Z63.4, consignado en el apartado “Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”) menciona los siguientes síntomas como característicos del proceso de duelo: “Sentimientos de tristeza, insomnio, anorexia y pérdida de peso. Valora el estado de ánimo depresivo como normal...”

**Gil-Juliá, B., Bellver, A., Ballester, R. (2008)**, Consideran que las manifestaciones normales del duelo son las siguientes:

1. Sentimientos: tristeza, angustia, apatía, enfado, ira, culpa, soledad, abandono, impotencia, insensibilidad, extrañeza con respecto a sí mismo o ante el mundo habitual.
2. Cogniciones: incredulidad, confusión, preocupación, rumiaciones, pensamientos e imágenes recurrentes, sentido de presencia, alucinaciones visuales y/o auditivas, dificultades de atención, concentración y memoria, distorsiones cognitivas.
3. Sensaciones físicas: vacío en el estómago y/o boca seca, opresión en tórax/garganta, falta de aire y/o palpitaciones, hipersensibilidad al ruido, sentido de despersonalización, falta de energía/debilidad.
4. Conductas: alteraciones del sueño y/o la alimentación, conducta distraída, aislamiento social, llorar y/o suspirar, llevar o atesorar

objetos, visitar lugares que frecuentaba el fallecido, llamar y/o hablar del difunto o con él, hiper-hipo actividad, evitar recordatorios del fallecido.

**Solvey, P. y Solvey, R. (2008)** refieren que “El duelo es una experiencia global. Afecta a toda la persona, en todas y cada una de sus dimensiones: Física, Emocional; Intelectual; Social y Espiritual. Se afecta tanto la biología de la persona (el cuerpo), como se resiente la biografía (proyectos, estilos de vida, mundo emocional, vida espiritual), se achica el apego por la vida (autoestima, razón vital, gusto por la vida, sentido existencial. Junto con los sentimientos obvios de dolor, depresión y tristeza, hay otras reacciones tales como:

1. Síntomas Físicos: dolor de cabeza; sequedad de boca; sensación de vacío en el estómago; falta de energía y debilidad; llanto; dolores en el cuerpo; opresión en el pecho y garganta; taquicardias; falta de deseo sexual; apetito y pérdida de peso; alteración del sueño; aumento de la mortalidad (en especial en personas muy ancianas)”
2. Síntomas Emocionales: tristeza y depresión; sensación de extrañeza; anhelo por la presencia del ausente; hablar con el muerto; obsesión por recuperar la pérdida; deseo de unirse al muerto; suspiros; sentimiento de impotencia; insensibilidad y/o desinterés por el mundo; sentimiento de abandono y soledad; culpa, reproche al fallecido y autorreproche; aprensión de que suceda algo malo, miedos: temor a apegarse a seres queridos, ante posibles nuevas pérdidas; pérdidas autoestima; ilusiones de ver al ausente.
3. Cambios en la dimensión Social: Aislamiento, hipoactividad o hiperactividad; hipersensibilidad a ruidos, risas; falta de

concentración en las actividades; indiferencia y desinterés por la gente/amigos/acontecimientos exteriores y ausencia de proyectos.

4. Cambios en la dimensión intelectual: confusión y aturdimiento; falta de concentración y atención; no aceptación de la realidad; incredulidad; alucinaciones visuales y auditivas: creen ver u oír al ausente; incapacidad de coordinación mental; obsesión por encontrar respuestas y por centrar la mente y la conversación en el fallecido.
5. Cambios en la dimensión espiritual: conciencia de la finitud humana; desesperanza de trascendencia; crisis del sentido de la vida; crisis de fe; dudas del amor y bondad divinas; sentirse abandonado por Dios/ resentimiento contra Dios y alejamiento de la religión que profesan.

*En relación a los Síntomas de Duelo, todos estos autores definen cambios a nivel global en la persona que atraviesa un duelo, no sólo en el ámbito emocional, sino también cognitivo, físico y conductual. El matrimonio Solvey va un poco más lejos y agrega, además, cambios en las dimensiones social, y espiritual, dándonos una visión más integral de los cambios típicos de dicho proceso.*

#### **2.2.4. Definiciones de Evento Traumático:**

**Van Voorhees, B.** (2006) afirma que el evento traumático “es una experiencia que causa daño o sufrimiento físico, emocional o psicológico y es un hecho que se percibe y se experimenta como una amenaza para la seguridad de uno o la estabilidad de su mundo”.

**Echeburua, E.** (2004) distingue entre suceso traumático y trauma. “Por suceso traumático entiendo un acontecimiento negativo e intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión. Considera trauma la reacción psicológica derivada de un suceso traumático.”

*Estas definiciones permiten notar que un evento traumático no sólo deber ser una amenaza externa hacia el individuo y su mundo, sino que además debe percibirse como tal, como una experiencia que exceda la capacidad de control del individuo que las experimenta, aunque no se reconozca objetivamente como una situación traumática en general.*

**Winnicott, D.** (1949a), parafraseado por Zirlinguer, S. (2008) (Citado por Solvey, P. y Solvey, R. en el 2008), define como evento traumático “todo hecho que impida o perturbe poder ser autor de la propia historia, es decir, que interrumpa la continuidad existencial y la capacidad para representarla”. *Hace hincapié en la subjetividad de cada persona, dándole mayor relevancia a la forma en que se experimenta la situación que a la situación misma. Para ello hemos de tomar en cuenta el nivel de desarrollo de la persona y los recursos que pueda tener.*

#### **2.2.5. Síntomas Asociados a Eventos Traumáticos:**

**Kuper, E. (2006)**, asegura que los síntomas asociados a eventos traumáticos son:

- a) Bloqueo o disminución de diversas funciones del psiquismo.

- b) Accesos de emoción incontrolables, especialmente ansiedad y frecuentemente de rabia e incluso, ocasionalmente ataques convulsivos.
- c) Insomnio o perturbaciones graves en el dormir, con sueños típicos en los que el trauma es experimentado una y otra vez; también repeticiones en horas del día de la situación traumática, ya sea en conjunto o en parte, bajo la forma de fantasías, pensamientos o sensaciones.
- d) Complicaciones conductuales - comportamentales y neurobiológicas secundarias.

**Berruete, A. (2006)** afirma que “Cuando un suceso traumático irrumpe en nuestras vidas, nos hace cambiar todo el sistema de valores que teníamos hasta entonces, con respecto a nosotros y a la vida. La segunda parte de esta reacción es "vivir en el ayer", pretender que el acontecimiento sea deshecho y dejar que la vida siga como antes de que ocurriera la tragedia“. Tanto la negación, como el deshacer (vivir como si el acontecimiento no hubiera sucedido) son reacciones defensivas que empleamos en los traumas y las crisis vitales. Además de los síntomas más específicos a los que me he referido; un suceso traumático produce en las víctimas vergüenza, dudas, culpa, aislamiento social, ansiedad, y depresión. Todos estos sentimientos hay que tenerlos en cuenta asimismo al tratar los síntomas postraumáticos”.

*Kuper, E. se centra principalmente en reacciones de tipo fisiológica, que influyen en la conducta y en la capacidad de representación del individuo, ofreciendo una visión de inclinación médica. Mientras que Berruete, A. hace alusión a cambios de nivel psicológico y social, por lo que se verían complementadas para comprender cabalmente la sintomatología desarrollada al atravesar sucesos traumáticos. Sin embargo, se dará mayor importancia a esta última.*

### 2.2.6. Tipos de los Eventos Traumáticos:

Solvey, P. y Solvey, R. (2008), entre los eventos potencialmente traumáticos podemos encontrar:

*Desastre natural:* terremoto, inundación, incendio, alud, erupción volcánica, tornado, huracán, etc.

*Ataque Físico:* asalto con golpiza, asalto a mano armada, ser secuestrado o tomado de rehén, etc.

*Asalto Sexual:* Violación, Abuso sexual, manoseo.

*Ataque a la propiedad:* Robo, hurto.

*Pérdidas físicas:* enfermedad severa, heridas por accidente, auto injurias, pérdida de una función corporal, embarazo no deseado.

*Acciones violentas:* que causen la muerte por voluntad, que causen la muerte accidentalmente, que causen injurias accidentalmente.

*Pérdidas por muerte:* muerte de cónyuge, muerte de hijo, muerte de padre/madre, muerte de amigo cercano, muerte de familiar cercano, muerte de compañero de trabajo, muerte de mascota querida.

*Pérdida de un vínculo afectivo:* infidelidad, final de relación de amor, final de relación de amistad.

*Testigo de una tragedia:* ver una persona amada o un amigo ser muerta, ver una persona amada o amigo ser seriamente herido.

*Peligro inminente:* ser amenazado con daño corporal, ser objeto de una amenaza de muerte creíble.

*Amenaza de una pérdida:* infidelidad, enterarse que una persona querida o amada tiene una enfermedad Terminal, desaparición de miembro de la familia.

*Pérdida de estatus:* ser despedido, ser rebajado del cargo que ocupa, ser negado a un asenso, bancarrota o quiebra, humillación pública.

**Berruete, A.** (2006), define cuatro tipos diferentes de eventos traumáticos:

*Natural y anticipado:* Los huracanes, inundaciones, tornados que pueden darse de forma aislada o múltiple y casi siempre en algún tipo de comunidad.

*Desastres naturales imprevisibles:* Los terremotos, diluvios, avalanchas de lodo etc. Pueden darse también de forma aislada o múltiple. Sin embargo este tipo de eventos provoca mayores crisis de pánico debido a su impredecibilidad.

*Trauma accidental inducido por el ser humano:* Incendios, accidentes aéreos, de autobús, descarrilamiento, etc. Es siempre un solo evento. Puede afectar a una sola persona o a varias. Que sea accidental no significa que no pueda considerarse en algún sentido a las personas responsables en el ámbito civil.

*La violencia deliberada inducida por el ser humano:* Es en el que se da el mayor miedo individual y la mayor vulnerabilidad. Puede ser aislada como los atracos, apuñalamientos, violaciones, etc. o múltiple como los asesinatos en serie, las guerras, malos tratos, agresiones y torturas. De estos tipos de experiencias traumáticas, la violencia humana intencionada es la que provoca daños psicológicos más serios y duraderos. El impacto emocional de una experiencia traumática concreta, varía de persona a persona y depende de factores sociales, biológicos y psicológicos.

*La información provista por el matrimonio Solvey es más extensa y explícita, e incluye categorías que Berruete, A no considera. Sin embargo, es este último*

*quien define el tipo de reacción que predomina en cada caso, permitiendo una mayor comprensión de los tipos de eventos traumáticos que nombra.*

### **2.3. Definición Conceptual de la Terminología empleada:**

#### **2.3.1. Técnica de Un Ojo por Vez**

**Solvey y Solvey (2006)** mencionan “El método de “Un Ojo por vez”, desarrollado en 2000, por los canadienses Audrey Cook, PhD, y Richard Bradshaw, PhD, consiste en observar el problema a resolver con un ojo alternadamente (se tapa el otro), activando también los hemisferios cerebrales por separado. Se pueden buscar dos cosas: 1.- El “Shock” o incredulidad acerca de lo sucedido, habitual en situaciones altamente traumáticas. Su resolución es la única manera de poner en marcha la desensibilización del trauma. A menudo se observa que con uno de los hemisferios la persona “cree” lo que le ha pasado pero con el otro “no lo puede creer”. Es decir lo sabe con el cerebro pero lo niega el corazón. Su discurso esta plagado de “no lo puedo creer”, “es imposible”, “me voy a despertar y habrá sido todo un sueño”. Mientras esta incredulidad persista, no importa cuanto tiempo haya pasado desde el hecho, es imposible la elaboración y la integración en la vida del sujeto de las consecuencias de la situación. Es como sino existiera. Resolviendo la incredulidad en poco tiempo de trabajo se logra resolver situaciones que podrían llevar años congeladas y perturbando. 2.- El otro hallazgo es el de la presencia de ciertos puntos en el campo visual, llamados “nudos”, que aparecen al hacer recorrer con la mirada de un ojo por vez y lentamente todo el campo visual mientras la persona piensa en el hecho. En estos nudos se concentran curiosamente las emociones mas disfuncionales, que aparecen ligadas a sensaciones físicas, como mareos, nauseas, y ansiedad. Una vez disueltos

estos “nudos”, con una técnica apropiada, el problema comienza hacer procesado y a desaparecer o se reduce a su mínima expresión”

### **2.3.2. Definición de Evento Traumático**

**Echeburua, E.** (2004) “Por suceso traumático entiende un acontecimiento negativo e intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión”.

### **2.3.3. Definición de Duelo**

**DSM IV-TR** (2002), (Pág. 827, con el código Z63.4, consignado en el apartado “Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica”) define el duelo como “la reacción ante la muerte de una persona querida.”

### **2.3.4. Definición de Malestar asociado a Eventos Traumáticos, por duelo:**

Para la investigación se propone la siguiente definición: Conjunto de síntomas que se presentan al experimentar la muerte de un familiar cercano como un evento traumático, que no se corresponden al proceso normal de duelo en intensidad, y se mantiene a pesar de haber transcurrido más de seis meses del fallecimiento. Se manifiesta en sueños frecuentes y/o perturbadores acerca del fallecido o el proceso de luto, negación, imágenes intrusivas, emociones intensas y recuerdos recurrentes sobre el fallecido

y/o el ritual del luto, dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido.

## CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

### 3.1. Tipo de Investigación

El tipo de investigación con la que se trabajó fue experimental puesto que se utilizaron dos grupos, un grupo control y otro experimental, realizándose además, una pre medición y una post medición, antes y después de la aplicación de la variable independiente, respectivamente, coincidiendo con la descripción dada por **Hernández, Fernández & Baptista (2006)** para este tipo de investigación. En este caso, dicha variable fue la Técnica de Un ojo por vez. Sin embargo, **Bengoechea, P. (1996)**, asegura que la experimentación en seres humanos, desde el año 1964, a causa de consideraciones legales y éticas a nivel internacional, recibe el nombre de “cuasiexperimental”, desde la declaración de Helsinsky, porque no se tiene la libertad de acción que se tiene en estudios experimentales con animales.

### 3.2. Diseño de Investigación:

**Hernández, Fernández & Baptista (2006)**, explican que el diseño es de tipo experimental, pues cuenta con preprueba -postprueba y grupo de control y experimental. Su esquema es el siguiente:

GE	O1	X	O3
GC	O2	_____	O4

*Donde:*

*GE:* Grupo experimental

*GC:* Grupo control

*X:* Técnica de Un Ojo por Vez

O1 y O2: Pretest

O3 y O4: Posttest

### 3.3. Población y Muestra

#### 3.3.1.- Población:

La población estuvo constituida por los alumnos de la Universidad Señor de Sipán de las diversas escuelas profesionales en el ciclo académico 2009-I.

### 3.3.2.- Muestra:

En la presente investigación se utilizó el muestreo no probabilístico de tipo circunstancial o sin normas **(Sánchez & Reyes, 1998)**. Se trabajó con una muestra de diez (10) alumnos. De los cuales cinco (5) participaron en el grupo control y los otros cinco (5) en el grupo experimental.

Los alumnos participantes de la investigación fueron aquellos que manifestaron experimentar síntomas de duelo por haber perdido un familiar cercano a pesar de haber pasado más de 6 meses del fallecimiento, y a causa de ello obtuvieron un puntaje superior a 17 en la Escala de Impacto de Eventos (considerado como un malestar clínicamente significativo); y que fueron registrados en la Clínica Psicológica de la Universidad Señor de Sipán, en el período 2009-I. Dicho malestar se expresaba en sueños frecuentes y/o perturbadores acerca del fallecido o el proceso de luto, negación, imágenes intrusivas, emociones intensas y recuerdos recurrentes sobre el fallecido y/o el ritual del luto, dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido.

A ellos se les informó sobre la realización de la investigación y la naturaleza de la técnica, así como se les garantizó la confidencialidad de quienes participaran.

Para la optimización del proceso se les apartó una cita para ser entrevistados y evaluados con la Escala de Impacto de Eventos (IES). De quienes obtuvieron un puntaje considerado como una reacción clínicamente significativa según la estandarización para la población universitaria de la USS, se eligió los 10 primeros participantes que cumplieran con todos los criterios de inclusión, quienes debieron llenar el formato de consentimiento informado.

La selección de la muestra se dividió en dos grupos al azar, uno de control y uno experimental al cual se le aplicó la “Técnica de un Ojo por Vez”. Dicha aplicación fue supervisada por el formador en Terapias de Avanzada, quien fue el entrenador de las autoras, en la técnica en estudio.

### **3.2.3.- Criterios de Inclusión**

- Alumnos que aún presentaban malestar asociado a eventos traumáticos por duelo, (muerte de un familiar cercano), luego de seis meses del fallecimiento, y que a causa de ello obtengan un puntaje de 17 o más en la Escala de Impacto de Eventos.
- Que hayan sido registrados en la Clínica Psicológica de la Universidad Señor de Sipán, como pacientes.
- Alumnos que hayan sido entrevistadas por las evaluadoras antes de aplicárseles la “Técnica de Un ojo por vez”.

### **3.2.4.- Criterios de Exclusión:**

- Personas que no pertenezcan a la Universidad Señor de Sipán.
- Alumnos que presenten problemas físico – mentales.
- Alumnos que no presenten malestar asociado a eventos traumáticos por duelo en un nivel clínicamente significativo.

### **3.2.5.- Criterios de Reemplazo:**

- Alumnos que cumplan con los criterios de inclusión.

### 3.4. Hipótesis

#### 3.4.1. Hipótesis General:

- **Ha:** Si se aplica La “Técnica de un Ojo por Vez” será efectiva en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos, por Duelo, en alumnos de la universidad Señor de Sipán, 2009.
- **H<sub>0</sub>:** Si se aplica La “Técnica de un Ojo por Vez” no será efectiva en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos, por Duelo, en alumnos de la universidad Señor de Sipán, 2009.

### 3.5. Variables

#### 3.5.1. Variable Independiente: “Técnica de Un Ojo por Vez”

Según indica el Manual de Entrenamiento en TIC, creado por **Solvey, P. y Solvey, R. (2008)**, La técnica tiene como primer paso la información al paciente sobre todo el proceso a realizarse (Psicoeducación). Seguido a ello, se le indica, enfoque su atención en el hecho o situación que le genera malestar o perturbación midiéndolo con la Escala de SUD (Subjective Unit of Distress), que consiste en asignar un valor numérico al malestar del 0 al 10, en el que 0 es nada y 10 es la mayor perturbación que pueda experimentar.

Se mide el malestar primero con ambos ojos y luego con cada ojo por vez. A continuación se pedirá al paciente que mantenga su atención fija en el evento traumático mientras, manteniendo ambos ojos abiertos, los cubre alternadamente, unas 4 a 6 veces cada ojo. Al terminar esta secuencia, se vuelve a medir el malestar con el SUD en cada ojo por separado., y así

sucesivamente hasta que el malestar baje hasta uno o cero en ambos hemisferios.

En caso de no resultar esta parte del proceso, se pueden buscar dos cosas.

1.- El “Shock” o incredulidad sobre lo sucedido, usual en situaciones altamente traumáticas. Resolverlo es la única manera de iniciar la desensibilización ante el evento traumático. Es posible encontrar que algunas personas creen que el suceso es real con un hemisferio, pero con el otro, no. Mientras esta incredulidad se mantenga, es imposible la elaboración y la integración en la vida del sujeto de las consecuencias de la situación. Resolviendo la incredulidad, en poco tiempo de trabajo se logra resolver situaciones que podrían llevar años congeladas y perturbando...

2.- La otra situación es la presencia de ciertos puntos en el campo visual, llamados “nudos, saltos y stops”, que se pueden encontrar al hacer recorrer con la mirada de un ojo por vez y lentamente todo el campo visual mientras la persona piensa en el hecho. En estos puntos se localizan las emociones más disfuncionales, que aparecen ligadas a sensaciones físicas, como mareos, náuseas, y ansiedad. Una vez disueltos estos “nudos, saltos y stops”, con una técnica apropiada, el problema comienza a ser procesado y a desaparecer o se reduce a su mínima expresión”

#### **Indicadores:**

- Procedimiento básico.
- Búsqueda de Shock.
- Procedimiento avanzado I.
- Búsqueda de Nudos/Saltos/Stops.
- Procedimiento avanzado II.
- Rechequeo Final.

### **3.5.2. Variable Dependiente: Malestar asociado a eventos traumáticos por duelo:**

Conjunto de síntomas que se presentan al experimentar la muerte de un familiar cercano como un evento traumático, que no se corresponden al proceso normal de duelo en intensidad, y se mantiene a pesar de haber transcurrido más de seis meses del fallecimiento. Se manifiesta en:

- Sueños frecuentes y/o perturbadores acerca del fallecido o el proceso de luto
- Negación
- Imágenes intrusivas
- Emociones intensas y recuerdos recurrentes sobre el fallecido y/o el ritual del luto.
- Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido.

Dichos síntomas, al ser evaluados con la Escala de Impacto de Eventos, (construida por Horowitz, M. y Alvarez, W. en 1979) logran una puntuación de 17 puntos o más.

### **3.6. Técnicas de Investigación**

Se utilizó la “Escala de Impacto de Eventos” publicada por Horowitz, M y Alvarez, W (1979), la cual permite medir el malestar generado por eventos traumáticos. Fue utilizada como pre y postest para ambos grupos. En el caso del grupo control el post test fue aplicado siete días después de la pre medición; mientras que en el grupo experimental, la post medición se realizó siete días después de la aplicación de la “Técnica de un Ojo por Vez”.

Las alternativas de respuestas son “nunca” “rara vez” “a veces” y “a menudo” con una puntuación de 0, 1, 3 y 5 para cada uno respectivamente.

Los puntajes se consideraron de la estandarización realizada para la población estudiantil de la Universidad Señor de Sipán, obteniéndose los siguientes puntajes: en el Rango Subclínico de 0 a 16, en el Rango Leve de 17 a 31, en el Rango Moderado de 32 a 40 y en el Rango Severo de 41 a más.

### 3.7. Descripción del instrumento utilizado

#### 3.7.1. Ficha técnica:

<i>Nombre original</i>	: Impact of Events Scale
<i>Nombre en español</i>	: Escala de Impacto de Eventos (Escala de Eventos estresores, en Colombia)
<i>Autores</i>	: Horowitz, M y Alvarez, W (1979)
<i>Aplicación</i>	: Individual o colectiva
<i>Tiempo de Aplicación</i>	: No hay tiempo límite, oscila entre los 5 a 10 minutos.
<i>Corrección</i>	: Manualmente, obteniendo un puntaje directo. Posee múltiples alternativas de respuesta. Estas son “nunca”, “rara vez”, “a veces” y “a menudo” con una puntuación de 0, 1, 3 y 5 respectivamente.

*Significación* : Mide el malestar generado por eventos traumáticos, expresado en sueños frecuentes y/o perturbadores acerca del fallecido o el proceso de luto, negación, imágenes intrusivas, emociones intensas y recuerdos recurrentes sobre el fallecido y/o el ritual del luto, dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido. Cuenta con quince ítems de opción múltiple.

*Materiales* : Hoja de protocolo y manual.

*Usos* : Como un instrumento para medir el progreso terapéutico. Es necesario aclarar que esta escala no es utilizada como instrumentos diagnóstico, ni como evaluador de la funcionalidad de la persona.

*Consigna* : Las instrucciones específicas se encuentran en la hoja de protocolo.

*Validez y confiabilidad* : Para fines de la presente investigación el instrumento fue estandarizado por las autoras en la población universitaria de la USS. Se realizó con una población de 50 alumnos y consistió en determinar la validez del instrumento mediante el método de Contrastación de Grupos haciendo uso del estadístico t Student y obteniéndose como resultado a nivel general 0.01, lo cual indica que la prueba es válida. A su vez se determinó la confiabilidad haciendo uso del método de División por Mitades teniendo como resultado a nivel general 0.88, indicando que es confiable. (Según Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. en el 2006 la muestra para la estandarización debe oscilar entre 30 y 60 sujetos)

*Baremos* : los puntajes obtenidos fueron Rango Subclínico de 0 a 16, en el Rango Leve de 17 a 31, en el Rango Moderado de 32 a 40 y en el Rango Severo de 41 a más.

**Elliot, M. (1998) y Joseph, S. (2000)** citados por **Arteaga-Medina, J. y otros (2007)**, afirman que “aproximadamente una veintena de estudios informan que la escala muestra una aceptable consistencia interna y reproducibilidad en diferentes idiomas y contextos”.

**Díaz, P. y Vásquez, E. (2008)**, lograron validar el instrumento a través del criterio de jueces expertos, en la región La Libertad, para la población estudiantil de la Universidad César Vallejo.

### **3.8. Análisis estadístico e interpretación de los Datos:**

Para el análisis estadístico se tomó en cuenta la estadística descriptiva tal como los valores promedios y desviación estándar y la aplicación gráfica del diagrama de cajas.

Para establecer la diferencia entre los valores promedios obtenidos se aplicó la prueba t de Student con 4 grados de libertad, que es una prueba de comparación de muestras de variables relacionadas, cuando la muestra es menor de 30 elementos.

Toda la estadística y la base de datos se desarrollaron con la aplicación del programa SPSS 15.0.

## **CAPÍTULO IV: DESCRIPCIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Para la presente investigación, los datos obtenidos fueron procesados tomando en cuenta la estadística descriptiva tal como los valores promedios y desviación estándar, del pre test y post test de cada grupo. Luego, los resultados de ambas pre mediciones fueron contrastadas con sus respectivos post test utilizando el estadístico t de Student, y con la ayuda del software estadístico SPSS 15.0.

**Cuadro N° 01**

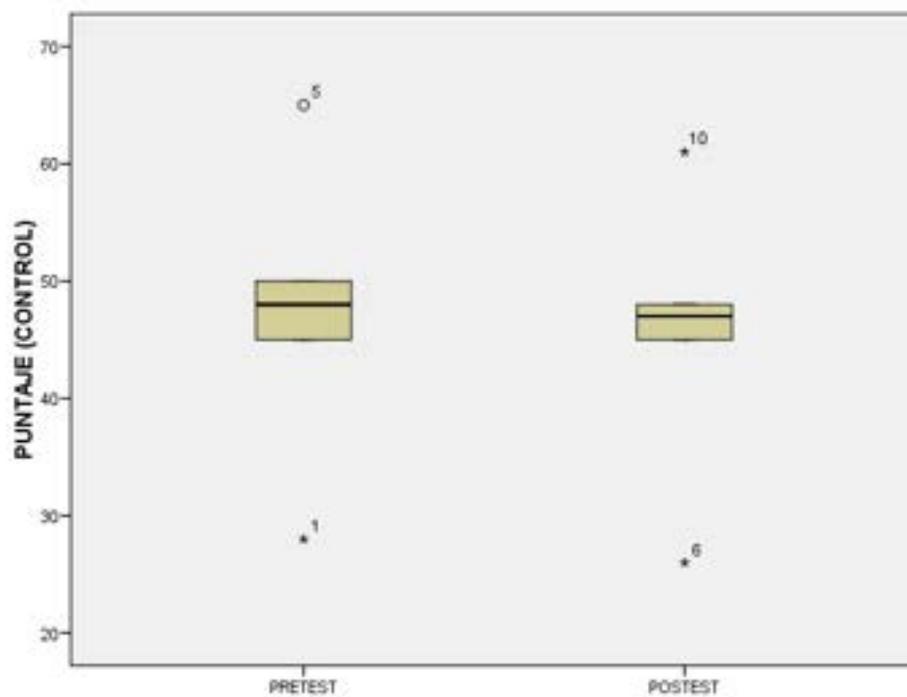
**Promedio y Desviación Estándar (DE) del puntaje del pretest y post test del grupo control de los Alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo.**

<b>GRUPO</b>	<b>PRE TEST</b>		<b>POST TEST</b>		<b>p</b>	<b>Interpretación</b>
	<b>Promedio</b>	<b>DE</b>	<b>Promedio</b>	<b>DE</b>		
<b>CONTROL</b>	47	13	45	12	0.053	Coficiente no significativo

En el cuadro N° 01 se observa que No existen diferencias significativas entre el pre y post test del grupo control, al obtenerse un coeficiente de significación de  $p=0.053$ ; caracterizándose por presentar la sintomatología en igual o mayor magnitud por dicho evento traumático.

Gráfico N° 01

Puntaje del pre test y post test del grupo control de los Alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo.



En el gráfico N° 01 se aprecia un coeficiente de significación de  $p=0.053$ , lo que demuestra que no existen diferencias significativas entre el pre test y el post test del grupo control, manteniéndose el malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo.

**Cuadro N° 02**

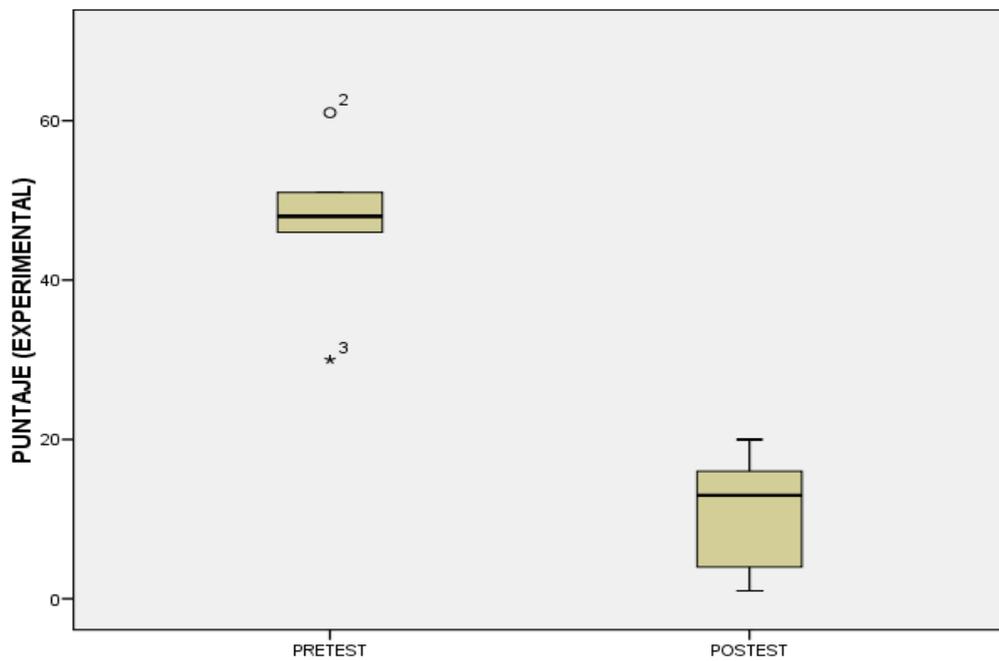
**Promedio y Desviación Estándar (DE) del pretest y post test del grupo experimental de los Alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo.**

<b>GRUPO</b>	<b>PRE TEST</b>		<b>POST TEST</b>		<b>p</b>	<b>Interpretación</b>
	<b>Promedio</b>	<b>DE</b>	<b>Promedio</b>	<b>DE</b>		
<b>CONTROL</b>	47	11	11	8	0.0066	Coficiente significativo

En el cuadro N° 02 se observa que existen diferencias significativas entre el pre y post test del grupo experimental; caracterizándose por la reducción de la sintomatología presente por el evento traumático.

Gráfico N° 02

Puntaje del pretest y post test del grupo experimental de los Alumnos de la Universidad Señor de Sipán que presentan malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo.



De acuerdo a la aplicación de la prueba t específica existe una diferencia significativa entre el puntaje del pre test y el post test del grupo experimental expresándose de esta forma una significativa efectividad de la técnica de “Un ojo por vez”.

## 4.2 Discusión de Resultados:

Luego de la aplicación de la Técnica de Un “Ojo por Vez” se observaron diferencias significativas entre el pre test y post test del grupo experimental, esto evidencia la efectividad de la técnica terapéutica empleada, ya que la disminución de las puntuaciones muestra una reducción del malestar asociado a eventos traumáticos por duelo. Esto corrobora lo mencionado por **Díaz, P. y Vásquez, E.** quienes en su investigación titulada “Efectividad de las técnicas de Integración Cerebral para la Resolución del Trauma Psicológico en alumnos de la UCV” (Dentro de las cuales se encuentra la Técnica de un ojo por vez) encontraron diferencias significativas en las post mediciones de los grupos control y experimental. De modo similar, **Bradshaw, Grace, & Swingle, (2004)**, quienes en su primera investigación formal sobre la “Técnica de un ojo por vez”, en la que tras aplicar la técnica en el grupo experimental, hallaron diferencias significativas en cuanto a la escala completa, imágenes intrusivas, excitación emocional, y evitación. Dichos resultados confirman la efectividad de la “Técnica de Un Ojo por Vez” para el tratamiento de TEPT. De igual manera **Bradshaw, R. (2007)**, en su investigación titulada “Abuso Sexual y TEPT en mujeres, resultado de un tratamiento experimental-comparativo” donde se halló que la aplicación de esta técnica fue mucho más efectiva en la resolución del TEPT, y sus beneficios, además iban aumentando en el tiempo, es decir el reprocesamiento era más eficaz y continuaba de forma autónoma hasta tres meses después de la aplicación. De igual manera, la técnica de “Un ojo por vez”, presenta resultados similares a lo reportado por **Puffer, M.; Greenwald, R. & Elrod, D. (1997)**, quienes realizaron una investigación titulada “Estudio de una sola sesión de EMDR con veinte niños y adolescentes traumatizados”. En este estudio, más de la mitad de los participantes bajaron de niveles clínicos al nivel normal en al Escala de Impacto de Eventos a partir de la primera sesión con EMDR. Así mismo **Wilson, S., Becker, L., Tinker, R. (1999)**, en una investigación titulada “Tratamiento con Movimiento Ocular de Desensibilización y Reprocesamiento (EMDR) en individuos con

Trauma Psicológico”, hallando que EMDR es efectivo en cuanto a la disminución de síntomas y ansiedad asociados con el recuerdo traumático y en cuanto al aumento de cogniciones positivas.

## CAPITULO V: CONTRASTACIÓN DE HIPOTESIS

- **Ha:** Si se aplica La “Técnica de un Ojo por Vez” será efectiva en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos, por Duelo, en alumnos de la universidad Señor de Sipán, 2009.
- **H<sub>0</sub>:** Si se aplica La “Técnica de un Ojo por Vez” no será efectiva en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos, por Duelo, en alumnos de la universidad Señor de Sipán, 2009.

Después del análisis estadístico realizado se llegó a la siguiente contrastación:

Al aplicar el estadístico t Student al grupo experimental, se obtuvo un valor de  $t = 5.192$  con 4 grados de libertad y un valor de  $p = 0.0066$ ; lo cual indica que existe diferencia significativa entre los puntajes obtenidos en la aplicación del pre y post test al grupo experimental, con un nivel de confianza del 99 % (riesgo de 0.01) aceptándose así la Hipótesis alterna y rechazándose la Hipótesis nula.

## **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. Conclusiones:**

1. Existen diferencias significativas entre los puntajes del pre test y post test del grupo experimental, con un nivel de confianza del 99 % (coeficiente de significación  $p=0.0066$ ).
2. No existe diferencia significativa entre los puntajes del pre test y post test del grupo control ( $p=0.053$ ).
3. La aplicación de la Técnica de “Un ojo por vez” es efectiva ( $p < 0.01$ ) en la reducción del malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo, en alumnos de la Universidad Señor de Sipán.

## **6.2. Recomendaciones:**

1. Se recomienda la utilización de la Técnica de “Un ojo por vez” en personas que presenten malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo.
2. Difundir la Técnicas de “Un ojo por vez”, dada la eficacia encontrada en la disminución significativa del malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo; para el beneficio de instituciones que cuenten con poblaciones similares como universidades, institutos y ámbitos académicos en general.
3. Incluir a la Técnica de “Un Ojo por vez” como tratamiento de elección en alteraciones que contemplen malestar asociado a eventos traumáticos, por duelo.

## CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

### 7.1. Bibliografía:

- **Arteaga-Medina, J y otros (2007)**, Validez de Criterio de la Escala de Impacto de los estresores en mujeres colombianas víctimas de diferentes formas de violencia. Revista de Medicina Legal de Costa Rica, Vol 24 N° 2, septiembre de 2007.
- **Bengoechea, P. (1996)**, “Introducción a los aspectos teórico-conceptuales y didácticos de la psicología educativa y psicología de la educación”. Editorial Universidad de Oviedo, Servicio de publicaciones. 1º Edición. Oviedo, España.
- **Barrueto, P. y Yi, P. (2008)**, Artículo “Duelo Complicado”, publicado en “Psicooncología”. Vol. 5, Núm. 2-3, 2008, pp. 383-400. Valencia – España.

- **Bosch, S. (2004)** Artículo: “Tratamiento Psicológico con víctimas de experiencias traumáticas: 1ª Jornada de formación práctica de intervención psicológica con víctimas de terrorismo (junio 2004)” Publicado en “Cuadernos de Crisis” Núm. 6, Vol. 1, año (2007).
- **Bosch, S. (2004)**, Artículo: “Trastorno por pérdida de dignidad” Publicado en “Cuadernos de Crisis” Núm. 6, Vol. 1, año (2007).
- **Bradshaw, R. A., Grace, R., & Swingle, P. (2004)**. Exploración de la actividad cerebral en el lóbulo frontal y síntomas de trauma antes y después de la aplicación de una técnica de estimulación bilateral e integración específica. Publicación presentada en Conferencia del Simposio de Neurociencias de la Asociación Científica Americana, Langley, Columbia Británica, Canadá.
- **Bradshaw, R. (2007)**, “Abuso Sexual y TEPT en mujeres: Resultados del estudio del tratamiento experimental comparativo”, publicado por la Universidad de Trinity Western, Langley, Columbia Británica, Canadá
- **Cazabat, E (2002)** Artículo: “Un breve recorrido a la traumático historia del estudio del trauma psicológico” publicado en la “Revista de Psicotrauma”, Vol. 1, nº 1, Dic. 2002
- **Díaz, P. y Vásquez, E. (2008)**. “Efectividad de las técnicas de Integración Cerebral<sup>MT</sup> en la resolución de síntomas asociados a eventos traumáticos en alumnos de la UCV”. Trujillo. Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología
- **Echeburúa, E. (2004)**. “Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos”. Primera Edición. Madrid. Editorial Pirámide.

- **Gil-Juliá, B., Bellver, A., Ballester, R. (2008)**, Artículo: “Duelo: Evaluación, Diagnóstico y tratamiento” publicado en la revista “Psicooncología” Vol. 5, Núm. 1, 2008, pp. 103-116.
  
- **Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008)**. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N° 2006/08.
  
- **Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006)** Metodología de la Investigación. (4ª ed.) México: Mc Graw-Hill.
  
- **Horowitz, M y Alvarez W. (1979)** Impact of Event Scale. A Measure of Subjective Stress . Psychosomatic Medicine, 41, 3, 209-218.
  
- **Kuper, E. (2006)**, “Neurobiología y comorbilidad del trastorno de estrés post traumático: un paradigma dimensional. Desde la Neuroplasticidad a la resiliencia”. Buenos Aires – Argentina; Polemos.
  
- **Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales DSM IV-TR (2002)**. 1ª Ed. Barcelona, Editorial Masson S.A.
  
- **Payás, A., Griffin, R., Phillips, J., Camino, L. (1998)**; Ponencia II Congreso Nacional de la Sociedad de Cuidados Paliativos (SECPAL). Santander, 6-9 Mayo de 1998; p. 281-6.
  
- **Prigerson, HG, Shear. MK, Jacobs SC, Reynolds, III CF, Maciejewski, PK, Davidson, JRT, et al.(1999)** Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. Br J Psychiatry 1999; 174: 67-72.

- **Sánchez, H. & Reyes, C. (1998).** Metodología y diseños en la investigación científica. Lima. Editorial Mantaro.
- **Shapiro, F. (2000).** EMDR, Una Terapia revolucionaria para superar la ansiedad, el estrés y los Traumas, Primera edición, Barcelona. Editorial Kairós
- **Solvey, P. & Solvey, R. (2006).** Terapias de avanzada Vol. 1. Buenos Aires. Ricardo Vergara Ediciones
- **Solvey, P. & Solvey, R. (2006).** Terapias de avanzada Vol. 2. Buenos Aires. Ricardo Vergara Ediciones
- **Solvey, P. & Solvey, R. (2008).** Terapias de avanzada Vol. 4. Buenos Aires. Ricardo Vergara Ediciones.
- **Solvey, P. & Solvey, R. (2008).** Terapias de avanzada Vol. 5. Buenos Aires. Ricardo Vergara Ediciones
- **Solvey, P. & Solvey, R. (2008).** Manual de Entrenamiento: Técnicas de Integración Cerebral. Buenos Aires. Ricardo Vergara Ediciones

## 7.2. Linkografía:

- **Berruete, A., Arzuleta, M (2006),** <http://institutoananda.com/lana05/>. Artículo “El trauma, Antecedentes y Síntomas” publicado en la página oficial del Instituto Ananda. Recuperado en Noviembre de 2008
- **Flórez, S. (2008),** <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple>

[6a.html](#). Artículo “Duelo”, publicado en la página oficial de la revista electrónica Anales. Suplemento 3. Recuperado en Junio de 2009.

- **Gottau, G. (2008).** <http://www.blognutricion.com/2008/04/22/mayor-riesgo-de-trastornos-alimentarios-para-ninos-que-vivieron-experiencia-traumatica/> Artículo “Mayor riesgo de trastornos alimenticios en niños que vivieron experiencia traumática” publicado en la revista electrónica BlogNutrición.com. Recuperado en Octubre de 2008.
- **Van Voorhees, B. (2006).** <http://www.shands.org/health/spanish%20health%20Illustrated%20encyclopedia/5/001924.htm>. Artículo “Eventos traumáticos” publicado en la Illustrated Health Enciclopedia. Recuperado en Octubre de 2008.
- **Puffer, M.; Greenwald, R. & Elrod, D. (1997), Wilson, S., Becker, L., Tinker, R. (1997),** <http://www.emdr.com/ptsdstudies.htm>. Resultados publicados en el link “Trauma Research” de la página oficial del EMDR Institute. Recuperado en Noviembre de 2008.

**ANEXOS:**

Anexo N°01:

Baremos para la población estudiantil de la Universidad Señor de Sipán,  
Ciclo 2009- I

<b>BAREMACION</b>		
<b>Nivel</b>	<b>PC</b>	<b>PD</b>
<b>RANGO SEVERO</b>	100	64 a +
	99	59-63
	97	52-58
	94	48-51
	92	47
	90	45-46
	87	43-44
	76-79	41-42
<b>RANGO MODERADO</b>	74-75	40
	71	39
	62	37-38
	61	34-36
	51-56	32-33
<b>RANGO LEVE</b>	50	31
	48	30
	45	29
	43	26-28
	41	22-25
	38	21
	36	20
	34	19
	33	18
	26-28	17
<b>RANGO SUBCLÍNICO</b>	22-25	16
	20	14-15
	19	12 al 13
	13	10 al 11
	11	05 al 09
	8	4
	6	2 al 3
	4	0-1

**Anexo N°02:**

**ESCALA DE IMPACTO DE EVENTOS**

*Impact of Event Scale. A Measure of Subjective Stress*

Horowitz, M y Álvarez W. (1979)

*Psychosomatic Medicine*, 41, 3, 209-218

**Nombre:**.....**Ocupación:**.....

**En.....tuve la siguiente experiencia de vida.....**

Abajo hay una lista de comentarios que hace la gente que ha pasado por una situación de vida estresante. Por favor chequee cada uno de ellos e indique con que frecuencia estos comentarios fueron para Ud. en los últimos siete días. Si no ocurrieron durante ese período, marque “nunca”.

<b><u>Comentarios</u></b>	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>A veces</b>	<b>A menudo</b>
1. He pensado acerca de ello sin quererlo.				
2. Me perturbaba cuando pensaba acerca de ello o cuando me lo recordaban.				
3. Traté de borrarlo de mi memoria.				
4. Me costó dormirme o permanecer dormido porque imágenes o pensamientos acerca de ello me aparecían en la mente.				
5. Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de ello.				
6. Soñé acerca de ello.				
7. Me mantuve alejado de todo aquello				

que me lo recordaba.				
8. Me siento como si no hubiera ocurrido o como si no fuera real.				
9. Traté de no hablar acerca del tema.				
10. Me aparecían imágenes acerca de ello en forma intrusiva.				
11. Otras cosas me hacían pensar en ello.				
12. Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de ello, pero no me ocupé de ellos.				
13. Traté de no pensar acerca de ello.				
14. Cualquier recordatorio me traía nuevamente sentimientos referentes al hecho.				
15. Mis sentimientos acerca de ello estaban como anestesiados.				

**Anexo N°03:**

<b>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN “EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA DE UN OJO POR VEZ EN ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD SEÑOR DE SIPÁN QUE HAN ATRAVESADO EVENTOS TRAUMÁTICOS”, POR DUELO</b>	
<b>Lugar y Fecha :</b>	
<b>Por medio de la presente confirmo mi consentimiento para participar en la investigación</b>	
<b>Para obtener el Título de Licenciado en Psicología.</b>	
El objetivo del estudio es Comprobar Efectividad de la Técnica de Un Ojo por Vez en alumnos que han atravesado eventos traumáticos (específicamente, por duelo).	
<b>Se me ha explicado que mi participación consistirá en:</b>	
Ser evaluado(a) antes y después de recibir el tratamiento por aplicación de la “Técnica de un ojo por vez” con al finalidad de procesar el evento traumático que he atravesado.	
<b>Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:</b>	
Los beneficios son: la disminución y/o ausencia del malestar asociado a eventos traumáticos. El tratamiento con la Técnica de Un Ojo por Vez no implica efectos secundarios significativos en la mayoría de los casos para el participante. El tratamiento contempla mecanismos de control y alivio en caso se presenten leves malestares.	
Las Investigadoras Responsables se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mí, así como a responder	

cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Las Investigadoras Responsables me han dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

<b>Nombre y firma del participante</b>	
--	--

<b>Nombre y código de matrícula de las Investigadoras Responsables</b>	
--	--

CORONADO SELEM, Isolda / 2041403692	
-------------------------------------	--

QUISPE MATITRE, Maribel del Rocío / 2041403648	
--	--

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:
--

979449273, 979507149, 210627
------------------------------

**Anexo N°04:**

**Ficha de supervisión de la aplicación de la “Técnica de Un Ojo por Vez”**

## FICHA DE SUPERVISIÓN

Nombre del Evaluador: Haribal del Rocio Quispe Haitre

Nombre del Consultante: ELS

Indicadores de la "Técnica de un Ojo por Vez"	Si	No	No fue necesario
1. Verificó si existe perturbación	✓		
2. Evaluó riesgo de disociación	✓		
3. Identificó evento perturbador	✓		
4. Identificó la(s) escena(s) perturbadora(s)	✓		
1° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
2° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
3° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
4° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
5° Escena:	✓		

a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
5. Verificó similitud de percepción de las escenas con ambos ojos. <i>(Si hubo similitud, pase al Ítem 6)</i>	✓		
5.1. De no existir similitud, realiza cambio de ojo para integrar.			✓
6. Verificó si existe Shock o incredulidad <i>(De no existir, pase al ítem 7)</i>	✓		
6.1. Si existió Shock, realizó el procedimiento para removerlo. <i>(Si logró remover Shock, pase al Ítem 7)</i>			✓
6.2. Realizó la exploración de nudos, saltos y stops en el campo visual.			✓
7. Realizó cambio de ojos para reprocesar hasta reducir la perturbación a cero o uno	✓		
8. Aplicó la técnica secuencialmente en las siguientes escenas.	✓		
9. Hizo el rechequeo final	✓		
10. En términos generales su intervención fue adecuada:	✓		

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Supervisor**

## FICHA DE SUPERVISIÓN

Nombre del Evaluador: Ysolda Coronado Selam

Nombre del Consultante: D. H. B.

Indicadores de la "Técnica de un Ojo por Vez"	Si	No	No fue necesario
1. Verificó si existe perturbación	✓		
2. Evaluó riesgo de disociación	✓		
3. Identificó evento perturbador	✓		
4. Identificó la(s) escena(s) perturbadora(s)	✓		
1° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
2° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
3° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
4° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
5° Escena:			✓

a) Imagen			✓
b) Emoción			✓
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)			✓
d) Sensación			✓
5. Verificó similitud de percepción de las escenas con ambos ojos. <i>(Si hubo similitud, pase al Ítem 6)</i>	✓		
5.1. De no existir similitud, realiza cambio de ojo para integrar.	✓		
6. Verificó si existe Shock o incredulidad <i>(De no existir, pase al ítem 7)</i>	✓		
6.1. Si existió Shock, realizó el procedimiento para removerlo. <i>(Si logró remover Shock, pase al Ítem 7)</i>			✓
6.2. Realizó la exploración de nudos, saltos y stops en el campo visual.			✓
7. Realizó cambio de ojos para reprocesar hasta reducir la perturbación a cero o uno	✓		
8. Aplicó la técnica secuencialmente en las siguientes escenas.	✓		
9. Hizo el rechequeo final	✓		
10. En términos generales su intervención fue adecuada:	✓		

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Supervisor**

## FICHA DE SUPERVISIÓN

Nombre del Evaluador: Ysolda Coronado Selem

Nombre del Consultante: H.Z.B

Indicadores de la "Técnica de un Ojo por Vez"	Si	No	No fue necesario
1. Verificó si existe perturbación	✓		
2. Evaluó riesgo de disociación	✓		
3. Identificó evento perturbador	✓		
4. Identificó la(s) escena(s) perturbadora(s)	✓		
1° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
2° Escena:			✓
a) Imagen			✓
b) Emoción			✓
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)			✓
d) Sensación			✓
3° Escena:			✓
a) Imagen			✓
b) Emoción			✓
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)			✓
d) Sensación			✓
4° Escena:			✓
a) Imagen			✓
b) Emoción			✓
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)			✓
d) Sensación			✓
5° Escena:			✓

a) Imagen			✓
b) Emoción			✓
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)			✓
d) Sensación			
5. Verificó similitud de percepción de las escenas con ambos ojos. <i>(Si hubo similitud, pase al Ítem 6)</i>	✓		
5.1. De no existir similitud, realiza cambio de ojo para integrar.			✓
6. Verificó si existe Shock o incredulidad <i>(De no existir, pase al ítem 7)</i>	✓		
6.1. Si existió Shock, realizó el procedimiento para removerlo. <i>(Si logró remover Shock, pase al Ítem 7)</i>			✓
6.2. Realizó la exploración de nudos, saltos y stops en el campo visual.			✓
7. Realizó cambio de ojos para reprocesar hasta reducir la perturbación a cero o uno	✓		
8. Aplicó la técnica secuencialmente en las siguientes escenas.			✓
9. Hizo el rechequeo final	✓		
10. En términos generales su intervención fue adecuada:	✓		

**Observaciones:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Supervisor**

## FICHA DE SUPERVISIÓN

Nombre del Evaluador: Hanibel del Rocío Quispe Maitre

Nombre del Consultante: KLS UVC

Indicadores de la "Técnica de un Ojo por Vez"	Si	No	No fue necesario
1. Verificó si existe perturbación	✓		
2. Evaluó riesgo de disociación	✓		
3. Identificó evento perturbador	✓		
4. Identificó la(s) escena(s) perturbadora(s)	✓		
1° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
2° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
3° Escena:	✓		
a) Imagen	✓		
b) Emoción	✓		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	✓		
d) Sensación	✓		
4° Escena:			✓
a) Imagen			✓
b) Emoción			✓
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)			✓
d) Sensación			✓
5° Escena:			✓

a) Imagen			✓
b) Emoción			✓
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)			✓
d) Sensación			
5. Verificó similitud de percepción de las escenas con ambos ojos. <i>(Si hubo similitud, pase al ítem 6)</i>	✓		
5.1. De no existir similitud, realiza cambio de ojo para integrar.	✓		
6. Verificó si existe Shock o incredulidad <i>(De no existir, pase al ítem 7)</i>	✓		
6.1. Si existió Shock, realizó el procedimiento para removerlo. <i>(Si logró remover Shock, pase al ítem 7)</i>			✓
6.2. Realizó la exploración de nudos, saltos y stops en el campo visual.			✓
7. Realizó cambio de ojos para reprocesar hasta reducir la perturbación a cero o uno	✓		
8. Aplicó la técnica secuencialmente en las siguientes escenas.	✓		
9. Hizo el rechequeo final	✓		
10. En términos generales su intervención fue adecuada:	✓		

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Supervisor**

## FICHA DE SUPERVISIÓN

Nombre del Evaluador: Maribel del Rocio Quispe Malitre

Nombre del Consultante: PCS

Indicadores de la "Técnica de un Ojo por Vez"	Si	No	No fue necesario
1. Verificó si existe perturbación	✓		
2. Evaluó riesgo de disociación	✓		
3. Identificó evento perturbador	✓		
4. Identificó la(s) escena(s) perturbadora(s)	✓		
1° Escena:	/		
a) Imagen	/		
b) Emoción	/		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	/		
d) Sensación	/		
2° Escena:	/		
a) Imagen	/		
b) Emoción	/		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	/		
d) Sensación	/		
3° Escena:	/		
a) Imagen	/		
b) Emoción	/		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	/		
d) Sensación	/		
4° Escena:	/		
a) Imagen	/		
b) Emoción	/		
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)	/		
d) Sensación	/		
5° Escena:			/

a) Imagen			✓
b) Emoción			✓
c) Midió con la Escala Subjetiva de Perturbación (SUD)			✓
d) Sensación			✓
5. Verificó similitud de percepción de las escenas con ambos ojos. <i>(Si hubo similitud, pase al Ítem 6)</i>	✓		
5.1. De no existir similitud, realiza cambio de ojo para integrar.	✓		
6. Verificó si existe Shock o incredulidad <i>(De no existir, pase al ítem 7)</i>	✓		
6.1. Si existió Shock, realizó el procedimiento para removerlo. <i>(Si logró remover Shock, pase al Ítem 7)</i>			✓
6.2. Realizó la exploración de nudos, saltos y stops en el campo visual.			✓
7. Realizó cambio de ojos para reprocesar hasta reducir la perturbación a cero o uno	✓		
8. Aplicó la técnica secuencialmente en las siguientes escenas.	✓		
9. Hizo el rechequeo final	✓		
10. En términos generales su intervención fue adecuada:	✓		

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

  
 \_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Supervisor**

**Anexo N°05:**

**Protocolo de aplicación de la “Técnica de Un Ojo por Vez”**

## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE UN OJO POR VEZ

Nombre del consultante: ELS  
Ocupación: Est. Psicología Edad: 20 a  
Nombre del evaluador: Maribel del Rocío Quirope Maitre  
Fecha de Evaluación: 03/06/09

1. Verifique cuidadosamente que el consultante no se encuentre perturbado o en shock, de ser así, aplique alguna técnica de relajación.

2. Evaluar si existe o no riesgo de disociación. Aplicar oralmente la DES. (Si el resultado es de 25 puntos o más, derivar a profesional especialista).

3. Preparar el objetivo de trabajo:

- **"Siéntate y colócate lo más cómodamente posible. Te voy a pedir que te coloques con las manos y piernas separadas, como dividiendo tu cuerpo con una línea imaginaria en dos hemisferios. Procura no tocar una mitad de tu cuerpo con la otra".**

"¿Cuál es el tema que te gustaría tratar?" (Evento perturbador)

La muerte de mi padre.

- **"Quiero que pases ese suceso en tu mente como si fuera una película y que identifiques qué momento o momentos son los que más te perturban. Descríbelos:"**

Lo primero fue oír el balazo. A las dos horas me dijeron que mi padre estaba muerto. Después ver a mi familia llorando, ver a mi padre en el ataúd, ver cuando enterraron a mi padre.

(En situaciones de duelo es probable que exista más de una escena perturbadora. Trabajar con cada una de ellas por separado como se indica en el ítem N° 04).

4. Identificación de escenas y similitud de percepción del evento perturbador con ambos ojos:

- **"A medida que repasas el suceso cuidadosamente en tu mente, méncioname las escenas que te resulten más perturbadoras, una por una"**

1º Escena: Oír el balazo

- ¿Qué surge? Miedo
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 08 Ojo derecho: 08 Ojo Izquierdo: 09
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Espalda y estómago

2º Escena: Escuchar que mi padre habla fallecido

- ¿Qué surge? Desesperación
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 10 Ojo Izquierdo: 09
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Todo el cuerpo

3º Escena: Ver a mi familia llorando

- ¿Qué surge? tristeza

- ¿Cuánto perturba (SUD)? 07 Ojo derecho: 06 Ojo izquierdo: 07

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Pecho

4º Escena: Ver a mi papá en el cajón

- ¿Qué surge? Tristeza

- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 08 Ojo izquierdo: 09

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Pecho y brazos

5º Escena: Ver que enterraban a mi padre

- ¿Qué surge? Desesperación

- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 10 Ojo izquierdo: 10

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Todo el cuerpo

5. Orden de las escenas a trabajar:

- **"Ahora vamos a trabajar con cada escena por separado. Para ello, quiero que las ordenes desde la más perturbadora hasta la menos estresante y me las vayas mencionando en ese orden".**

- Ver que enterraban a mi padre

- Ver a mi papá en el cajón

- Escuchar que mi padre había fallecido

- Oír el balazo

- Ver a mi familia llorando

*(Trabajar con cada escena por separado para procesar según el ítem N° 9)*

*(Si en el ítem N° 4 los sentimientos, experiencias y los niveles de perturbación física y emocional en ambos ojos son muy similares, pase al ítem N° 9; sino pase al ítem N° 6 para igualarlos)*

6. Cambio de ojo para integrar:

- Haga al paciente cambiar de ojo, cubriendo en forma alternativa un ojo y mirando a través del otro hasta que obtengan la misma experiencia con ambos.

*(Si se logra asemejar la experiencia con ambos ojos, entonces pasar al ítem 9)*

7. Buscando el Shock:

- En caso de que el consultante se encuentre en shock (o incredulidad), solicite al paciente que cubra el ojo con el que había manifestado una medición más alta del SUD, y a continuación pídale que cubra y descubra alternativamente cada ojo, manteniendo en mente la misma situación que lo perturba. Mientras hace esto pregúntele en cada cambio de ojo: ¿Puede usted creer que esto haya ocurrido? \_\_\_\_\_

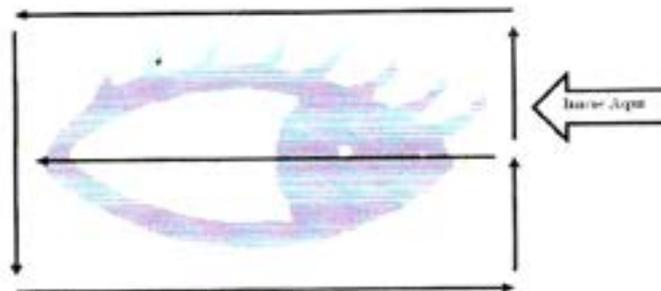
*(Si el paciente dice sí o siente con la cabeza y vaya al ítem 9, sino, continúe hacia abajo)*

- Haga que el paciente abra el ojo con el que inicialmente asociaba la mayor perturbación, solicite que se concentre nuevamente en el evento perturbador original, y que le informe cuando tenga una clara percepción de sus pensamientos y sentimientos. Cuando indique que esto ha sido alcanzado, haga que se cubra el otro ojo de manera alternada. Repita este procedimiento varias veces, y verá como ambos ojos se han asimilado en términos de nivel, clase de perturbación asociada, y el suceso perturbador de origen.

*(Si es así, proceda al ítem 9, sino, continúe)*

## 8. Búsqueda de nudos, saltos y stop:

- A.** Haga que el paciente se cubra un ojo y que mire a través del otro, mientras continúa centrado en la escena perturbadora. Coloque un dedo (o lapicero, lápiz, vara) en forma vertical frente al ojo abierto del consultante. Muévelo a través del campo visual del mismo, lentamente. Cuidadosamente observe el seguimiento que el paciente hace del movimiento con el ojo. Realice el movimiento tal como se indica en el siguiente diagrama:



*(Si el seguimiento del ojo es suave y sin saltos, verifique la respiración de su paciente. Si el ojo hace un "salto", "stop" o "nudo", continúe con el párrafo siguiente)*

- B.** Coloque un dedo (u otro objeto) en forma vertical paralelo al "salto", "stop" o "nudo", y suavemente realice pequeños masajes con un movimiento circular. Observe cambios en el patrón de respiración del paciente y pregúntele si percibe sensaciones físicas o emocionales. (Estas por lo general se ubican en la línea media o en la "sombra" de la línea media).

*(Si no hay cambio en la respiración y el paciente no manifiesta cambios significativos en sensaciones físicas o emocionales vaya al ítem 9. Si la respiración del paciente cambia dramáticamente y/o manifiesta cambios emocionales o físicos significativos, continúe).*

- C.** Pregunte al paciente si tolera continuar con el masaje del "salto", "stop" o "nudo". \_\_\_\_\_

*(Si el paciente manifiesta que no podría tolerarlo, vaya a la alternativa F. Si el paciente está dispuesto a continuar con el masaje, continúen el orden propuesto).*

- D.** Continúe masajeando el "salto", "stop" o "nudo", hasta que no observe más intensidad o el sujeto lo manifieste, como respuesta a este procedimiento. Una forma de reducir las reacciones físicas o emocionales del paciente al masaje continuo es hacer que se cubra y descubra en forma alternada el ojo durante el procedimiento.

*(Cuando ya no se observe más intensidad pase a la alternativa F, sino continúe hacia abajo.)*

- E.** Alternativamente, sostenga un dedo en el punto del "nudo" en el campo visual y haga estimulación bilateral. \_\_\_\_\_

F. Si en algún momento el paciente manifiesta incomodidad con el masaje del "salto", "stop" o "nudo", realice el procedimiento para evitar el "nudo", mientras alterna los ojos, haciendo que el paciente piense en el estímulo perturbador. Aplique nuevamente el procedimiento desde la alternativa B hasta aquí. Cuando ambos ojos parezcan moverse suavemente mientras siguen el estímulo visual a través de todo el campo visual, proceda al ítem 9. Instale los puntos positivos cada vez que los necesite.

9. Cambio de ojos para procesar:

- ***"Ahora, quiero que observes nuevamente la escena que has escogido del evento perturbador. Contacta con ella. Cubre tu ojo derecho con tu mano derecha y en cuanto te diga "cambia", cambias de mano para cubrir el otro ojo y así sucesivamente".***
- Se hace una ronda de cuatro a seis veces por ojo aproximadamente. Al finalizar se pregunta: "¿Notas alguna diferencia?". En ocasiones el malestar se incrementa, pero debemos confiar en que luego bajará, así que continuaremos hasta que lo haga.
- Se continúa con las rondas necesarias hasta que la perturbación baje a cero o uno, preguntando luego de cada ronda si el consultante nota alguna diferencia: se mide el SUD con cada ojo, iniciando con el derecho cubierto.
- Se hace un chequeo final para verificar que el malestar haya cedido (Que el SUD haya bajado hasta cero o uno).
- Es necesario preguntar a los pacientes si experimentan alguna sensación física desagradable a causa del proceso de desensibilización. De ser así, aplicar Barrido.

*(Si hay más de una escena, aplicar este procedimiento con cada una de ellas por separado y sucesivamente hasta que la perturbación haya cedido por cada una y por el evento perturbador en general)*

## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE UN OJO POR VEZ

Nombre del consultante: D. H. B.  
Ocupación: Est. de Enfermería Edad: 17 a  
Nombre del evaluador: Ysolda Coronado Salem  
Fecha de Evaluación: 26/06/09

1. Verifique cuidadosamente que el consultante no se encuentre perturbado o en shock, de ser así, aplique alguna técnica de relajación.

2. Evaluar si existe o no riesgo de disociación. Aplicar oralmente la DES. (Si el resultado es de 25 puntos o más, derivar a profesional especialista).

3. Preparar el objetivo de trabajo:

- **"Siéntate y colócate lo más cómodamente posible. Te voy a pedir que te coloques con las manos y piernas separadas, como dividiendo tu cuerpo con una línea imaginaria en dos hemisferios. Procura no tocar una mitad de tu cuerpo con la otra".**

"¿Cuál es el tema que te gustaría tratar?" (Evento perturbador)

La muerte de mi abuelita

- **"Quiero que pases ese suceso en tu mente como si fuera una película y que identifiques qué momento o momentos son los que más te perturban. Descríbelos:"**

Son varios; primero ver a mi abuelita en el cajón, luego ver cuando la enterraban; ver a mi papá llorando y volver a casa y ver que ella ya no estaba

(En situaciones de duelo es probable que exista más de una escena perturbadora. Trabajar con cada una de ellas por separado como se indica en el ítem N° 0.4).

4. Identificación de escenas y similitud de percepción del evento perturbador con ambos ojos:

- **"A medida que repasas el suceso cuidadosamente en tu mente, méncioname las escenas que te resulten más perturbadoras, una por una"**

1º Escena: Abuela en el ataúd

- ¿Qué surge? Tristeza
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 08 Ojo derecho: 08 Ojo izquierdo: 06
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Pecho

2º Escena: Ver que introducen el ataúd en el nicho

- ¿Qué surge? Desesperación
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 10 Ojo izquierdo: 9
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Todo el cuerpo

3º Escena: Ver a papá llorando

- ¿Qué surge? Tristeza
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 8 Ojo Izquierdo: 9
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Todo el cuerpo

4º Escena: Llegar a casa luego del entierro y no encontrar a mi abuelita, que no está más.

- ¿Qué surge? Sole da ce
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 06 Ojo derecho: 06 Ojo Izquierdo: 05
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Todo el cuerpo

5º Escena: \_\_\_\_\_

- ¿Qué surge? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto perturba (SUD)? \_\_\_\_\_ Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo Izquierdo: \_\_\_\_\_
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? \_\_\_\_\_

#### 5. Orden de las escenas a trabajar:

- **"Ahora vamos a trabajar con cada escena por separado. Para ello, quiero que las ordenes desde la más perturbadora hasta la menos estresante y me las vayas mencionando en ese orden".**
- Ver que introducen el ataúd en el nicho
- Ver a papá llorando
- Ver a mi abuelita en el ataúd
- Llegar a mi casa y saber que ella ya no está, no encontrarla
- \_\_\_\_\_

(Trabajar con cada escena por separado para procesar según el ítem N° 9)

(Si en el ítem N° 4 los sentimientos, experiencias y los niveles de perturbación física y emocional en ambos ojos son muy similares, pase al ítem N° 9; sino pase al ítem N° 6 para igualarlos)

#### 6. Cambio de ojo para integrar:

- Haga al paciente cambiar de ojo, cubriendo en forma alternativa un ojo y mirando a través del otro hasta que obtengan la misma experiencia con ambos.

(Si se logra asemejar la experiencia con ambos ojos, entonces pasar al ítem 9)

#### 7. Buscando el Shock:

- En caso de que el consultante se encuentre en shock (o incredulidad), solicite al paciente que cubra el ojo con el que había manifestado una medición más alta del SUD, y a continuación pídale que cubra y descubra alternativamente cada ojo, manteniendo en mente la misma situación que lo perturba. Mientras hace esto pregúntele en cada cambio de ojo: ¿Puede usted creer que esto haya ocurrido? \_\_\_\_\_

(Si el paciente dice sí o siente con la cabeza y vaya al ítem 9, sino, continúe hacia abajo)

- Haga que el paciente abra el ojo con el que inicialmente asociaba la mayor perturbación, solicite que se concentre nuevamente en el evento perturbador original, y que le informe cuando tenga una clara percepción de sus pensamientos y sentimientos. Cuando indique que esto ha sido alcanzado, haga que se cubra el otro ojo de manera alternada. Repita este procedimiento varias veces, y verá como ambos ojos se han asimilado en términos de nivel, clase de perturbación asociada, y el suceso perturbador de origen.

*(Si es así, proceda al ítem 9, sino, continúe)*

## 8. Búsqueda de nudos, saltos y stop:

- A.** Haga que el paciente se cubra un ojo y que mire a través del otro, mientras continúa centrado en la escena perturbadora. Coloque un dedo (o lapicero, lápiz, vara) en forma vertical frente al ojo abierto del consultante. Muévelo a través del campo visual del mismo, lentamente. Cuidadosamente observe el seguimiento que el paciente hace del movimiento con el ojo. Realice el movimiento tal como se indica en el siguiente diagrama:



*(Si el seguimiento del ojo es suave y sin saltos, verifique la respiración de su paciente. Si el ojo hace un "salto", "stop" o "nudo", continúe con el párrafo siguiente)*

- B.** Coloque un dedo (u otro objeto) en forma vertical paralelo al "salto", "stop" o "nudo", y suavemente realice pequeños masajes con un movimiento circular. Observe cambios en el patrón de respiración del paciente y pregúntele si percibe sensaciones físicas o emocionales. (Estas por lo general se ubican en la línea media o en la "sombra" de la línea media).

*(Si no hay cambio en la respiración y el paciente no manifiesta cambios significativos en sensaciones físicas o emocionales vaya al ítem 9. Si la respiración del paciente cambia dramáticamente y/o manifiesta cambios emocionales o físicos significativos, continúe).*

- C.** Pregunte al paciente si tolera continuar con el masaje del "salto", "stop" o "nudo". \_\_\_\_\_

*(Si el paciente manifiesta que no podría tolerarlo, vaya a la alternativa F. Si el paciente está dispuesto a continuar con el masaje, continúen el orden propuesto).*

- D.** Continúe masajeando el "salto", "stop" o "nudo", hasta que no observe más intensidad o el sujeto lo manifieste, como respuesta a este procedimiento. Una forma de reducir las reacciones físicas o emocionales del paciente al masaje continuo es hacer que se cubra y descubra en forma alternada el ojo durante el procedimiento.

*(Cuando ya no se observe más intensidad pase a la alternativa F, sino continúe hacia abajo.)*

- E.** Alternativamente, sostenga un dedo en el punto del "nudo" en el campo visual y haga estimulación bilateral. \_\_\_\_\_

F. Si en algún momento el paciente manifiesta incomodidad con el masaje del "salto", "stop" o "nudo", realice el procedimiento para evitar el "nudo", mientras alterna los ojos, haciendo que el paciente piense en el estímulo perturbador. Aplique nuevamente el procedimiento desde la alternativa B hasta aquí. Cuando ambos ojos parezcan moverse suavemente mientras siguen el estímulo visual a través de todo el campo visual, proceda al ítem 9. Instale los puntos positivos cada vez que los necesite.

9. Cambio de ojos para procesar:

- ***"Ahora, quiero que observes nuevamente la escena que has escogido del evento perturbador. Contacta con ella. Cubre tu ojo derecho con tu mano derecha y en cuanto te diga "cambia", cambias de mano para cubrir el otro ojo y así sucesivamente".***
- Se hace una ronda de cuatro a seis veces por ojo aproximadamente. Al finalizar se pregunta: "¿Notas alguna diferencia?". En ocasiones el malestar se incrementa, pero debemos confiar en que luego bajará, así que continuaremos hasta que lo haga.
- Se continúa con las rondas necesarias hasta que la perturbación baje a cero o uno, preguntando luego de cada ronda si el consultante nota alguna diferencia: se mide el SUD con cada ojo, iniciando con el derecho cubierto.
- Se hace un chequeo final para verificar que el malestar haya cedido (Que el SUD haya bajado hasta cero o uno).
- Es necesario preguntar a los pacientes si experimentan alguna sensación física desagradable a causa del proceso de desensibilización. De ser así, aplicar Barrido.

*(Si hay más de una escena, aplicar este procedimiento con cada una de ellas por separado y sucesivamente hasta que la perturbación haya cedido por cada una y por el evento perturbador en general)*

## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE UN OJO POR VEZ

Nombre del consultante: H. Z. B.  
Ocupación: Est. de Enfermería Edad: 16 a.  
Nombre del evaluador: Ysolda Coronado Selem  
Fecha de Evaluación: 27/06/09

1. Verifique cuidadosamente que el consultante no se encuentre perturbado o en shock, de ser así, aplique alguna técnica de relajación.

2. Evaluar si existe o no riesgo de disociación. Aplicar oralmente la DES. (Si el resultado es de 25 puntos o más, derivar a profesional especialista).

3. Preparar el objetivo de trabajo:

- **"Siéntate y colócate lo más cómodamente posible. Te voy a pedir que te coloques con las manos y piernas separadas, como dividiendo tu cuerpo con una línea imaginaria en dos hemisferios. Procura no tocar una mitad de tu cuerpo con la otra".**

"¿Cuál es el tema que te gustaría tratar?" (Evento perturbador)

La muerte de mi abuelito

- **"Quiero que pases ese suceso en tu mente como si fuera una película y que identifiques qué momento o momentos son los que más te perturban. Descríbelos:"**

Nos veo a mi mamá y a mi tomados de la mano en la puerta del cementerio llorando. Yo estaba chiquita, tenía alrededor de cuatro años.

(En situaciones de duelo es probable que exista más de una escena perturbadora. Trabajar con cada una de ellas por separado como se indica en el ítem N° 0.4).

4. Identificación de escenas y similitud de percepción del evento perturbador con ambos ojos:

- **"A medida que repasas el suceso cuidadosamente en tu mente, méncioname las escenas que te resulten más perturbadoras, una por una"**

1º Escena: Mi mamá y yo tomados de la mano en la puerta del  
Cementerio, llorando.

- ¿Qué surge? Aiedo
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 09 Ojo derecho: 09 Ojo izquierdo: 10
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Pecho

2º Escena: \_\_\_\_\_

- ¿Qué surge? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto perturba (SUD)? \_\_\_\_\_ Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? \_\_\_\_\_

3º Escena: \_\_\_\_\_

- ¿Qué surge? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto perturba (SUD)? \_\_\_\_\_ Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo Izquierdo: \_\_\_\_\_
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? \_\_\_\_\_

4º Escena: \_\_\_\_\_

- ¿Qué surge? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto perturba (SUD)? \_\_\_\_\_ Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo Izquierdo: \_\_\_\_\_
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? \_\_\_\_\_

5º Escena: \_\_\_\_\_

- ¿Qué surge? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto perturba (SUD)? \_\_\_\_\_ Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo Izquierdo: \_\_\_\_\_
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? \_\_\_\_\_

#### 5. Orden de las escenas a trabajar:

- **“Ahora vamos a trabajar con cada escena por separado. Para ello, quiero que las ordenes desde la más perturbadora hasta la menos estresante y me las vayas mencionando en ese orden”.**
- Mamá y yo tomados de la mano y llorando, en la puerta del cementerio.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

*(Trabajar con cada escena por separado para procesar según el ítem Nº 9)*

*(Si en el ítem Nº 4 los sentimientos, experiencias y los niveles de perturbación física y emocional en ambos ojos son muy similares, pase al ítem Nº 9; sino pase al ítem Nº 6 para igualarlos)*

#### 6. Cambio de ojo para integrar:

- Haga al paciente cambiar de ojo, cubriendo en forma alternativa un ojo y mirando a través del otro hasta que obtengan la misma experiencia con ambos.

*(Si se logra asemejar la experiencia con ambos ojos, entonces pasar al ítem 9)*

#### 7. Buscando el Shock:

- En caso de que el consultante se encuentre en shock (o incredulidad), solicite al paciente que cubra el ojo con el que había manifestado una medición más alta del SUD, y a continuación pídale que cubra y descubra alternativamente cada ojo, manteniendo en mente la misma situación que lo perturba. Mientras hace esto pregúntele en cada cambio de ojo: ¿Puede usted creer que esto haya ocurrido? \_\_\_\_\_

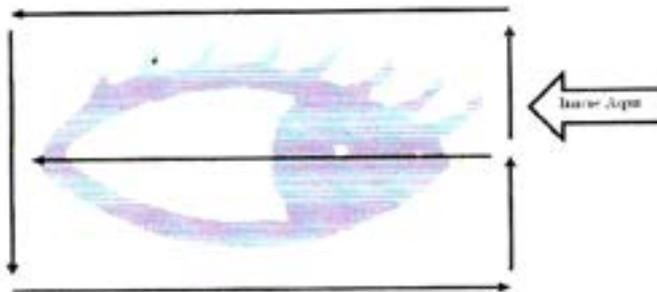
*(Si el paciente dice sí o siente con la cabeza y vaya al ítem 9, sino, continúe hacia abajo)*

- Haga que el paciente abra el ojo con el que inicialmente asociaba la mayor perturbación, solicite que se concentre nuevamente en el evento perturbador original, y que le informe cuando tenga una clara percepción de sus pensamientos y sentimientos. Cuando indique que esto ha sido alcanzado, haga que se cubra el otro ojo de manera alternada. Repita este procedimiento varias veces, y verá como ambos ojos se han asimilado en términos de nivel, clase de perturbación asociada, y el suceso perturbador de origen.

*(Si es así, proceda al ítem 9, sino, continúe)*

### 8. Búsqueda de nudos, saltos y stop:

- A.** Haga que el paciente se cubra un ojo y que mire a través del otro, mientras continúa centrado en la escena perturbadora. Coloque un dedo (o lapicero, lápiz, vara) en forma vertical frente al ojo abierto del consultante. Muévalo a través del campo visual del mismo, lentamente. Cuidadosamente observe el seguimiento que el paciente hace del movimiento con el ojo. Realice el movimiento tal como se indica en el siguiente diagrama:



*(Si el seguimiento del ojo es suave y sin saltos, verifique la respiración de su paciente. Si el ojo hace un "salto", "stop" o "nudo", continúe con el párrafo siguiente)*

- B.** Coloque un dedo (u otro objeto) en forma vertical paralelo al "salto", "stop" o "nudo", y suavemente realice pequeños masajes con un movimiento circular. Observe cambios en el patrón de respiración del paciente y pregúntele si percibe sensaciones físicas o emocionales. (Estas por lo general se ubican en la línea media o en la "sombra" de la línea media).

*(Si no hay cambio en la respiración y el paciente no manifiesta cambios significativos en sensaciones físicas o emocionales vaya al ítem 9. Si la respiración del paciente cambia dramáticamente y/o manifiesta cambios emocionales o físicos significativos, continúe).*

- C.** Pregunte al paciente si tolera continuar con el masaje del "salto", "stop" o "nudo". \_\_\_\_\_

*(Si el paciente manifiesta que no podría tolerarlo, vaya a la alternativa F. Si el paciente está dispuesto a continuar con el masaje, continúen el orden propuesto).*

- D.** Continúe masajeando el "salto", "stop" o "nudo", hasta que no observe más intensidad o el sujeto lo manifieste, como respuesta a este procedimiento. Una forma de reducir las reacciones físicas o emocionales del paciente al masaje continuo es hacer que se cubra y descubra en forma alternada el ojo durante el procedimiento.

*(Cuando ya no se observe más intensidad pase a la alternativa F, sino continúe hacia abajo.)*

- E.** Alternativamente, sostenga un dedo en el punto del "nudo" en el campo visual y haga estimulación bilateral. \_\_\_\_\_

F. Si en algún momento el paciente manifiesta incomodidad con el masaje del "salto", "stop" o "nudo", realice el procedimiento para evitar el "nudo", mientras alterna los ojos, haciendo que el paciente piense en el estímulo perturbador. Aplique nuevamente el procedimiento desde la alternativa B hasta aquí. Cuando ambos ojos parezcan moverse suavemente mientras siguen el estímulo visual a través de todo el campo visual, proceda al ítem 9. Instale los puntos positivos cada vez que los necesite.

9. Cambio de ojos para procesar:

- ***"Ahora, quiero que observes nuevamente la escena que has escogido del evento perturbador. Contacta con ella. Cubre tu ojo derecho con tu mano derecha y en cuanto te diga "cambia", cambias de mano para cubrir el otro ojo y así sucesivamente".***
- Se hace una ronda de cuatro a seis veces por ojo aproximadamente. Al finalizar se pregunta: "¿Notas alguna diferencia?". En ocasiones el malestar se incrementa, pero debemos confiar en que luego bajará, así que continuaremos hasta que lo haga.
- Se continúa con las rondas necesarias hasta que la perturbación baje a cero o uno, preguntando luego de cada ronda si el consultante nota alguna diferencia: se mide el SUD con cada ojo, iniciando con el derecho cubierto.
- Se hace un chequeo final para verificar que el malestar haya cedido (Que el SUD haya bajado hasta cero o uno).
- Es necesario preguntar a los pacientes si experimentan alguna sensación física desagradable a causa del proceso de desensibilización. De ser así, aplicar Barrido.

*(Si hay más de una escena, aplicar este procedimiento con cada una de ellas por separado y sucesivamente hasta que la perturbación haya cedido por cada una y por el evento perturbador en general)*

## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE UN OJO POR VEZ

Nombre del consultante: KLS VVC  
Ocupación: Est. de Administración Edad: 17a  
Nombre del evaluador: Maribel del Rocío Quispe Maitre  
Fecha de Evaluación: 08/04/09

1. Verifique cuidadosamente que el consultante no se encuentre perturbado o en shock, de ser así, aplique alguna técnica de relajación.

2. Evaluar si existe o no riesgo de disociación. Aplicar oralmente la DES. (Si el resultado es de 25 puntos o más, derivar a profesional especialista).

3. Preparar el objetivo de trabajo:

- **"Siéntate y colócate lo más cómodamente posible. Te voy a pedir que te coloques con las manos y piernas separadas, como dividiendo tu cuerpo con una línea imaginaria en dos hemisferios. Procura no tocar una mitad de tu cuerpo con la otra".**

"¿Cuál es el tema que te gustaría tratar?" (Evento perturbador)

Cuando aborté a mi bebé.

- **"Quiero que pases ese suceso en tu mente como si fuera una película y que identifiques qué momento o momentos son los que más te perturban. Descríbelos:"**

La primera, es cuando sentí que lo aborté, luego, cuando vi el feto caer de mi cuerpo y la última es al observar a mi pareja recoger los pedazos del feto.

(En situaciones de duelo es probable que exista más de una escena perturbadora. Trabajar con cada una de ellas por separado como se indica en el ítem N° 04).

4. Identificación de escenas y similitud de percepción del evento perturbador con ambos ojos:

- **"A medida que repasas el suceso cuidadosamente en tu mente, méncioname las escenas que te resulten más perturbadoras, una por una"**

1º Escena: Cuando sentí que lo aborté

- ¿Qué surge? Culpa
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 06 Ojo izquierdo: 08
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Ojos y vientre.

2º Escena: Ver el feto caer de mi cuerpo

- ¿Qué surge? Tristeza
- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 10 Ojo izquierdo: 09
- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? vientre y espalda.

3º Escena: Ver a mi pareja recoger los pedazos del feto.

- ¿Qué surge? Cólera

- ¿Cuánto perturba (SUD)? 09 Ojo derecho: 08 Ojo izquierdo: 08

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Brazos y espalda

4º Escena: \_\_\_\_\_

- ¿Qué surge? \_\_\_\_\_

- ¿Cuánto perturba (SUD)? \_\_\_\_\_ Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? \_\_\_\_\_

5º Escena: \_\_\_\_\_

- ¿Qué surge? \_\_\_\_\_

- ¿Cuánto perturba (SUD)? \_\_\_\_\_ Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo: \_\_\_\_\_

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? \_\_\_\_\_

5. Orden de las escenas a trabajar:

- **"Ahora vamos a trabajar con cada escena por separado. Para ello, quiero que las ordenes desde la más perturbadora hasta la menos estresante y me las vayas mencionando en ese orden".**

- Ver caer el feto de mi cuerpo

- Al sentir que lo aborté

- Ver a mi pareja limpiar los pedazos del feto

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

(Trabajar con cada escena por separado para procesar según el ítem N° 9)

(Si en el ítem N° 4 los sentimientos, experiencias y los niveles de perturbación física y emocional en ambos ojos son muy similares, pase al ítem N° 9; sino pase al ítem N° 6 para igualarlos)

6. Cambio de ojo para integrar:

- Haga al paciente cambiar de ojo, cubriendo en forma alternativa un ojo y mirando a través del otro hasta que obtengan la misma experiencia con ambos.

(Si se logra asemejar la experiencia con ambos ojos, entonces pasar al ítem 9)

7. Buscando el Shock:

- En caso de que el consultante se encuentre en shock (o incredulidad), solicite al paciente que cubra el ojo con el que había manifestado una medición más alta del SUD, y a continuación pídale que cubra y descubra alternativamente cada ojo, manteniendo en mente la misma situación que lo perturba. Mientras hace esto pregúntele en cada cambio de ojo: ¿Puede usted creer que esto haya ocurrido? \_\_\_\_\_

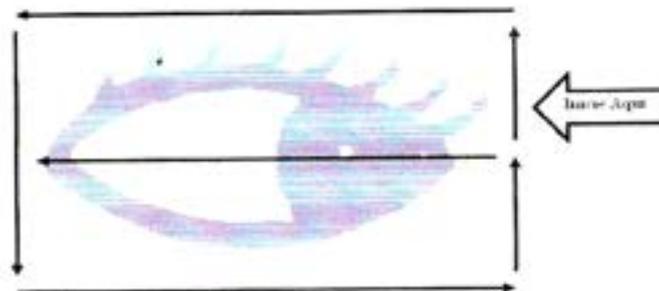
(Si el paciente dice sí o siente con la cabeza y vaya al ítem 9, sino, continúe hacia abajo)

- Haga que el paciente abra el ojo con el que inicialmente asociaba la mayor perturbación, solicite que se concentre nuevamente en el evento perturbador original, y que le informe cuando tenga una clara percepción de sus pensamientos y sentimientos. Cuando indique que esto ha sido alcanzado, haga que se cubra el otro ojo de manera alternada. Repita este procedimiento varias veces, y verá como ambos ojos se han asimilado en términos de nivel, clase de perturbación asociada, y el suceso perturbador de origen.

*(Si es así, proceda al ítem 9, sino, continúe)*

## 8. Búsqueda de nudos, saltos y stop:

- A.** Haga que el paciente se cubra un ojo y que mire a través del otro, mientras continúa centrado en la escena perturbadora. Coloque un dedo (o lapicero, lápiz, vara) en forma vertical frente al ojo abierto del consultante. Muévalo a través del campo visual del mismo, lentamente. Cuidadosamente observe el seguimiento que el paciente hace del movimiento con el ojo. Realice el movimiento tal como se indica en el siguiente diagrama:



*(Si el seguimiento del ojo es suave y sin saltos, verifique la respiración de su paciente. Si el ojo hace un "salto", "stop" o "nudo", continúe con el párrafo siguiente)*

- B.** Coloque un dedo (u otro objeto) en forma vertical paralelo al "salto", "stop" o "nudo", y suavemente realice pequeños masajes con un movimiento circular. Observe cambios en el patrón de respiración del paciente y pregúntele si percibe sensaciones físicas o emocionales. (Estas por lo general se ubican en la línea media o en la "sombra" de la línea media).

*(Si no hay cambio en la respiración y el paciente no manifiesta cambios significativos en sensaciones físicas o emocionales vaya al ítem 9. Si la respiración del paciente cambia dramáticamente y/o manifiesta cambios emocionales o físicos significativos, continúe).*

- C.** Pregunte al paciente si tolera continuar con el masaje del "salto", "stop" o "nudo". \_\_\_\_\_

*(Si el paciente manifiesta que no podría tolerarlo, vaya a la alternativa F. Si el paciente está dispuesto a continuar con el masaje, continúen el orden propuesto).*

- D.** Continúe masajeando el "salto", "stop" o "nudo", hasta que no observe más intensidad o el sujeto lo manifieste, como respuesta a este procedimiento. Una forma de reducir las reacciones físicas o emocionales del paciente al masaje continuo es hacer que se cubra y descubra en forma alternada el ojo durante el procedimiento.

*(Cuando ya no se observe más intensidad pase a la alternativa F, sino continúe hacia abajo.)*

- E.** Alternativamente, sostenga un dedo en el punto del "nudo" en el campo visual y haga estimulación bilateral. \_\_\_\_\_

F. Si en algún momento el paciente manifiesta incomodidad con el masaje del "salto", "stop" o "nudo", realice el procedimiento para evitar el "nudo", mientras alterna los ojos, haciendo que el paciente piense en el estímulo perturbador. Aplique nuevamente el procedimiento desde la alternativa B hasta aquí. Cuando ambos ojos parezcan moverse suavemente mientras siguen el estímulo visual a través de todo el campo visual, proceda al ítem 9. Instale los puntos positivos cada vez que los necesite.

9. Cambio de ojos para procesar:

- ***"Ahora, quiero que observes nuevamente la escena que has escogido del evento perturbador. Contacta con ella. Cubre tu ojo derecho con tu mano derecha y en cuanto te diga "cambia", cambias de mano para cubrir el otro ojo y así sucesivamente".***
- Se hace una ronda de cuatro a seis veces por ojo aproximadamente. Al finalizar se pregunta: "¿Notas alguna diferencia?". En ocasiones el malestar se incrementa, pero debemos confiar en que luego bajará, así que continuaremos hasta que lo haga.
- Se continúa con las rondas necesarias hasta que la perturbación baje a cero o uno, preguntando luego de cada ronda si el consultante nota alguna diferencia: se mide el SUD con cada ojo, iniciando con el derecho cubierto.
- Se hace un chequeo final para verificar que el malestar haya cedido (Que el SUD haya bajado hasta cero o uno).
- Es necesario preguntar a los pacientes si experimentan alguna sensación física desagradable a causa del proceso de desensibilización. De ser así, aplicar Barrido.

*(Si hay más de una escena, aplicar este procedimiento con cada una de ellas por separado y sucesivamente hasta que la perturbación haya cedido por cada una y por el evento perturbador en general)*

## PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE UN OJO POR VEZ

Nombre del consultante: PCS  
Ocupación: Est. de Arquitectura Edad: 22 años  
Nombre del evaluador: Manibal del Rocio Quispe Maitre  
Fecha de Evaluación: 24/06/09

1. Verifique cuidadosamente que el consultante no se encuentre perturbado o en shock, de ser así, aplique alguna técnica de relajación.

2. Evaluar si existe o no riesgo de disociación. Aplicar oralmente la DES. (Si el resultado es de 25 puntos o más, derivar a profesional especialista).

3. Preparar el objetivo de trabajo:

- **“Siéntate y colócate lo más cómodamente posible. Te voy a pedir que te coloques con las manos y piernas separadas, como dividiendo tu cuerpo con una línea imaginaria en dos hemisferios. Procura no tocar una mitad de tu cuerpo con la otra”.**

“¿Cuál es el tema que te gustaría tratar?” (Evento perturbador)

El suicidio de mi madre

- **“Quiero que pases ese suceso en tu mente como si fuera una película y que identifiques qué momento o momentos son los que más te perturban. Describe los:”**

Al ver el ataúd; ver a los vecinos acompañando; ver al personal de la empresa en la que trabajaba mi mamá, mi primo tratando de controlarme, pero con un tono enérgico

(En situaciones de duelo es probable que exista más de una escena perturbadora. Trabajar con cada una de ellas por separado como se indica en el ítem N° 04).

4. Identificación de escenas y similitud de percepción del evento perturbador con ambos ojos:

- **“A medida que repasas el suceso cuidadosamente en tu mente, méncioname las escenas que te resulten más perturbadoras, una por una”**

1º Escena: Ver el ataúd en medio de mi sala

- ¿Qué surge? Miedo

- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 10 Ojo izquierdo: 10

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? En todo el cuerpo

2º Escena: Ver a los vecinos acompañando en el velorio.

- ¿Qué surge? Ansiedad

- ¿Cuánto perturba (SUD)? 10 Ojo derecho: 10 Ojo izquierdo: 09

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Entodo el cuerpo

3º Escena: Ver al personal de la empresa en la que trabajaba mi mamá.

- ¿Qué surge? Temor

- ¿Cuánto perturba (SUD)? 07 Ojo derecho: 07 Ojo Izquierdo: 04

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Entodo el cuerpo

4º Escena: Mi primo tratando de controlarme

- ¿Qué surge? Angustia

- ¿Cuánto perturba (SUD)? 06 Ojo derecho: 05 Ojo Izquierdo: 06

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? Archo y espalda

5º Escena: \_\_\_\_\_

- ¿Qué surge? \_\_\_\_\_

- ¿Cuánto perturba (SUD)? \_\_\_\_\_ Ojo derecho: \_\_\_\_\_ Ojo Izquierdo: \_\_\_\_\_

- ¿En qué parte de tu cuerpo sientes que se localiza la emoción? \_\_\_\_\_

#### 5. Orden de las escenas a trabajar:

- **"Ahora vamos a trabajar con cada escena por separado. Para ello, quiero que las ordenes desde la más perturbadora hasta la menos estresante y me las vayas mencionando en ese orden".**

- Ver el atavial en medio de mi sala

- Ver a los vecinos acompañando en el velorio

- Ver al personal de la empresa de mi mamá

- Mi primo tratando de controlarme

*(Trabajar con cada escena por separado para procesar según el ítem N° 9)*

*(Si en el ítem N° 4 los sentimientos, experiencias y los niveles de perturbación física y emocional en ambos ojos son muy similares, pase al ítem N° 9; sino pase al ítem N° 6 para igualarlos)*

#### 6. Cambio de ojo para integrar:

- Haga al paciente cambiar de ojo, cubriendo en forma alternativa un ojo y mirando a través del otro hasta que obtengan la misma experiencia con ambos.

*(Si se logra asemejar la experiencia con ambos ojos, entonces pasar al ítem 9)*

#### 7. Buscando el Shock:

- En caso de que el consultante se encuentre en shock (o incredulidad), solicite al paciente que cubra el ojo con el que había manifestado una medición más alta del SUD, y a continuación pídale que cubra y descubra alternativamente cada ojo, manteniendo en mente la misma situación que lo perturba. Mientras hace esto pregúntele en cada cambio de ojo: ¿Puede usted creer que esto haya ocurrido? \_\_\_\_\_

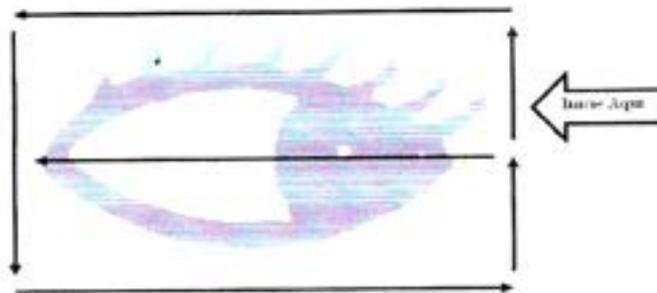
*(Si el paciente dice sí o siente con la cabeza y vaya al ítem 9, sino, continúe hacia abajo)*

- Haga que el paciente abra el ojo con el que inicialmente asociaba la mayor perturbación, solicite que se concentre nuevamente en el evento perturbador original, y que le informe cuando tenga una clara percepción de sus pensamientos y sentimientos. Cuando indique que esto ha sido alcanzado, haga que se cubra el otro ojo de manera alternada. Repita este procedimiento varias veces, y verá como ambos ojos se han asimilado en términos de nivel, clase de perturbación asociada, y el suceso perturbador de origen.

*(Si es así, proceda al ítem 9, sino, continúe)*

### 8. Búsqueda de nudos, saltos y stop:

- A.** Haga que el paciente se cubra un ojo y que mire a través del otro, mientras continúa centrado en la escena perturbadora. Coloque un dedo (o lapicero, lápiz, vara) en forma vertical frente al ojo abierto del consultante. Muévelo a través del campo visual del mismo, lentamente. Cuidadosamente observe el seguimiento que el paciente hace del movimiento con el ojo. Realice el movimiento tal como se indica en el siguiente diagrama:



*(Si el seguimiento del ojo es suave y sin saltos, verifique la respiración de su paciente. Si el ojo hace un "salto", "stop" o "nudo", continúe con el párrafo siguiente)*

- B.** Coloque un dedo (u otro objeto) en forma vertical paralelo al "salto", "stop" o "nudo", y suavemente realice pequeños masajes con un movimiento circular. Observe cambios en el patrón de respiración del paciente y pregúntele si percibe sensaciones físicas o emocionales. (Estas por lo general se ubican en la línea media o en la "sombra" de la línea media).

*(Si no hay cambio en la respiración y el paciente no manifiesta cambios significativos en sensaciones físicas o emocionales vaya al ítem 9. Si la respiración del paciente cambia dramáticamente y/o manifiesta cambios emocionales o físicos significativos, continúe).*

- C.** Pregunte al paciente si tolera continuar con el masaje del "salto", "stop" o "nudo". \_\_\_\_\_

*(Si el paciente manifiesta que no podría tolerarlo, vaya a la alternativa F. Si el paciente está dispuesto a continuar con el masaje, continúen el orden propuesto).*

- D.** Continúe masajeando el "salto", "stop" o "nudo", hasta que no observe más intensidad o el sujeto lo manifieste, como respuesta a este procedimiento. Una forma de reducir las reacciones físicas o emocionales del paciente al masaje continuo es hacer que se cubra y descubra en forma alternada el ojo durante el procedimiento.

*(Cuando ya no se observe más intensidad pase a la alternativa F, sino continúe hacia abajo.)*

- E.** Alternativamente, sostenga un dedo en el punto del "nudo" en el campo visual y haga estimulación bilateral. \_\_\_\_\_

F. Si en algún momento el paciente manifiesta incomodidad con el masaje del "salto", "stop" o "nudo", realice el procedimiento para evitar el "nudo", mientras alterna los ojos, haciendo que el paciente piense en el estímulo perturbador. Aplique nuevamente el procedimiento desde la alternativa B hasta aquí. Cuando ambos ojos parezcan moverse suavemente mientras siguen el estímulo visual a través de todo el campo visual, proceda al ítem 9. Instale los puntos positivos cada vez que los necesite.

9. Cambio de ojos para procesar:

- ***"Ahora, quiero que observes nuevamente la escena que has escogido del evento perturbador. Contacta con ella. Cubre tu ojo derecho con tu mano derecha y en cuanto te diga "cambia", cambias de mano para cubrir el otro ojo y así sucesivamente".***
- Se hace una ronda de cuatro a seis veces por ojo aproximadamente. Al finalizar se pregunta: "¿Notas alguna diferencia?". En ocasiones el malestar se incrementa, pero debemos confiar en que luego bajará, así que continuaremos hasta que lo haga.
- Se continúa con las rondas necesarias hasta que la perturbación baje a cero o uno, preguntando luego de cada ronda si el consultante nota alguna diferencia: se mide el SUD con cada ojo, iniciando con el derecho cubierto.
- Se hace un chequeo final para verificar que el malestar haya cedido (Que el SUD haya bajado hasta cero o uno).
- Es necesario preguntar a los pacientes si experimentan alguna sensación física desagradable a causa del proceso de desensibilización. De ser así, aplicar Barrido.

*(Si hay más de una escena, aplicar este procedimiento con cada una de ellas por separado y sucesivamente hasta que la perturbación haya cedido por cada una y por el evento perturbador en general)*