

UNIVERSIDAD “CÉSAR VALLEJO”

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

"EFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS DE INTEGRACIÓN CEREBRAL EN
LA DISMINUCIÓN DEL TRAUMA PSICOLÓGICO GENERADO EN
PERSONAS QUE PADECEN LA ENFERMEDAD VIH-SIDA EN LA
CIUDAD DE PIURA"

PARA OPTAR EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR:

Br. Meres Guzmán Anuar Zarif.

ASESOR:

Mg. OSCAR VELA MIRANDA

PIURA – PERÚ

2012

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado en primer lugar a Dios, que en su infinita gracia me dio la fuerza y armonía para seguir adelante en estos 11 ciclos de estudios, preocupado para ser un hombre por y para los demás.

A todas las personas que viven con VIH/SIDA y que muchas veces se sienten discriminadas y han logrado sacar de su corazón y su alma el coraje para poder seguir adelante.

A todas las personas que se atreven a innovar en el campo de las terapias psicológicas. A aquellas personas que son capaces de mantener una mentalidad abierta y que poseen la firme convicción de que cambiar el mundo comienza con una idea y con uno mismo

AGRADECIMIENTO

A Cristo y a San Ignacio de Loyola, me mostraron los fundamentos para ayudar y ser un hombre por y para los demás.

A mi Padre y Madre, por toda su comprensión, amor y enseñanzas que me han moldeado y han encaminado para poder llegar a donde me encuentro el día de hoy, que sin ellos nada de esto hubiera sido posible.

A la Asociación por la Vida, que me brindó las facilidades y respaldo para poder realizar la presente investigación. Así también a las personas que viven con VIH/SIDA en la ciudad de Piura, que fueron parte de este estudio, que valientemente aceptaron ser parte del mismo.

A todos mis maestros universitarios, quienes a lo largo de mi caminar en la facultad de psicología me transmitieron su conocimiento para formarme profesionalmente.

A los Magisters Oscar Vela y Víctor Horna, asesores del presente trabajo quienes con su apoyo, paciencia y conocimientos me guiaron en el inicio, desarrollo y final de este trabajo.

PRESENTACIÓN AL JURADO

Señores miembros del jurado calificador:

Cumpliendo con las disposiciones vigentes emanadas por el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela Profesional de Psicología, sometemos a vuestro criterio profesional la evaluación del presente trabajo de investigación titulado “Efectividad de las Técnicas de Integración Cerebral en la disminución del Trauma Psicológico generado en personas que padecen la Enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura”, elaborado con el propósito de obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología.

El presente estudio tuvo como objetivo comprobar los efectos de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en personas que padecen la Enfermedad de VIH-SIDA, quienes manifiestan tener un trauma psicológico producto del evento.

Con la convicción de que se le otorgará el valor justo y mostrando apertura a sus observaciones, les agradecemos por anticipado por las sugerencias y apreciaciones que se brinden a la investigación.

Piura, 24 de Julio del 2012

Br. Meres Guzmán, Anuar Zarif

RESUMEN

La presente investigación de diseño experimental, explora los efectos de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en la disminución del trauma psicológico en personas que padecen VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Las personas participantes en este estudio son mayores de edad de ambos sexos y padecen VIH/SIDA. Se ha trabajado con una muestra de 30 personas, 10 grupo experimental TIC Anteojos Hemisféricos, 10 grupo experimental TIC Un Ojo por Vez y 10 grupo control. Para la medición del trauma psicológico y sus síntomas evitativos e intrusivos generados por el evento se utilizó la Escala de Impacto de Eventos (Horowitz, 1979). Entre los resultados obtenidos se observa que existe una disminución significativa del trauma psicológico y los síntomas evitativos e intrusivos, luego de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral.

Palabras Clave: Técnicas de Integración Cerebral, TIC, síntomas evitativos, síntomas intrusivos, Escala de Impacto de Eventos, Trauma Psicológico, Tratamiento del Trauma Psicológico.

ABSTRACT

This experimental design research explores the effects of Brain Integration Techniques Hemisphere and One Eye Glasses at a Time in the reduction of psychological trauma in people with HIV-AIDS in the city of Piura.

The participants in this study are adults of both sexes and with HIV / AIDS. He has worked with a sample of 30 persons, 10 experimental group Hemispheric ICT Glasses, 10 experimental group ICT One Eye at a Time and 10 controls. For the measurement of psychological trauma and avoidant and intrusive symptoms generated by the event was used Impact of Event Scale (Horowitz, 1979). The results obtained show that there is a significant decrease in psychological trauma and avoidant and intrusive symptoms after application of the Brain Integration Techniques.

Keywords: Brain Integration Techniques, ICT, avoidant symptoms, intrusive symptoms, Impact of Event Scale, Psychological Trauma, Treatment of Psychological Trauma.

INDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación al Jurado	iv
Resumen	v
Abstract	vi
CAPITULO I: Introducción	15
1.1 Problema de Investigación	18
1.1.1 Planeamiento del Problema	20
1.1.2 Formulación del Problema	21
1.1.3 Justificación	21
1.1.4 Antecedentes	22
1.1.5 Limitaciones	27
1.1.6 Objetivos	28
1.1.6.1 Objetivos Generales	28
1.1.6.2 Objetivos Específicos	28
1.2 Marco Referencial Científico	30
1.2.1 Marco Teórico	30
1.2.2 Marco Conceptual	55
CAPITULO II: Marco Metodológico	57
2.1. Hipótesis	58
2.2. Variables – Indicadores	60
2.3. Metodología	63
2.3.1. Tipo de Investigación	63
2.3.2. Diseño de Investigación	63
2.4. Población – Muestra	64
2.5. Técnicas e Instrumentos	65
2.6. Procedimientos de recolección de datos	70
2.7. Métodos de análisis de datos	71
CAPITULO III: Descripción de Resultados	72

CAPITULO IV: Contratación de Hipótesis	90
CAPITULO V: Discusión de Resultados	94
CAPITULO VI: Conclusiones y Recomendaciones	101
6.1. Conclusiones	102
6.2. Recomendaciones	105
CAPITULO VII: Referencia Bibliográficas	106
CAPITULO VIII: Anexo	109

INDICE DE CUADROS

CUADRO N°01

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°02

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°03

Comparación del Promedio de Puntajes de los Grupos Experimentales “TIC – Un Ojo por Vez” y “TIC – Anteojos Hemisféricos” **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°04

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°05

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°06

Comparación del Promedio de Puntajes de los Grupos Experimentales “TIC – Un Ojo por Vez” y “TIC – Anteojos Hemisféricos” **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral” en la disminución **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°07

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental “TIC – Un Ojo por Vez”, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°08

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental “TIC – Anteojos Hemisféricos”, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°09

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Contro, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral –Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°10

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°11

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°12

Comparación del Promedio de Puntajes de los Grupos Experimentales “TIC – Un Ojo por Vez” y “TIC – Anteojos Hemisféricos” **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°13

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental “TIC – Un Ojo por Vez”, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°14

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental “TIC – Anteojos Hemisféricos”, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°15

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Control, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°16

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°17

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

CUADRO N°18

Comparación del Promedio de Puntajes de los Grupos Experimentales “TIC – Un Ojo por Vez” y “TIC – Anteojos Hemisféricos” **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°01

Pre Test y Post Test Grupo Experimental “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en el **Trauma Psicológico**.

GRÁFICO N°02

Pre Test y Post Test Grupo Experimental “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en el **Trauma Psicológico**.

GRÁFICO N°03

Pre Test y Post Test Grupo Experimental “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en los **Síntomas Evitativos e Intrusivos**.

GRÁFICO N°04

Pre Test y Post Test Grupo Experimental “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en el **Síntomas Evitativos e Intrusivos**.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad y para un gran número de profesionales de la salud mental, el tratamiento del trauma psicológico es un procedimiento largo y doloroso, ya que invita a que la persona vuelva a vivir una y otra vez recuerdos atormentadores, además de su tedioso número de sesiones en consulta.

Es por ello que han surgido hace algunos años procedimientos terapéuticos que logran obtener resultados muy favorables en un tiempo bastante corto. Siendo el interés en este tipo de técnicas el motivador de esta investigación, se decidió comprobar la eficacia de las dos técnicas con un problema que causante de grandes perturbaciones emocionales, que es el VIH y Sida.

Los procedimientos terapéuticos cuya eficacia se demuestra en la presente investigación son la Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez y la Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos.

El Objetivo es demostrar su efecto en la disminución del Trauma Psicológico y sus Síntomas Evitativos e Intrusivos generados en adultos por padecer la enfermedad de VIH/SIDA en la ciudad de Piura.

El punto clave de las Técnicas de Integración Cerebral es el siguiente: A diferencia de las técnicas tradicionales, estas no se basan simplemente en el contenido de las ideas sino en la neurofisiología existente en el momento de pensar en estos contenidos. Con un abordaje diferente obtenemos un cambio en la respuesta neurofisiológica y como resultado se obtiene un cambio en el contenido de los pensamientos y de las emociones, así como de su importancia relativa para el sujeto. Afirmando que este tratamiento es un nuevo enfoque psicoterapéutico basado en recientes descubrimientos de las funciones cerebrales. A la fecha las Técnicas de Integración Cerebral tienen una alta eficacia en la disminución del trauma psicológico.

Para fines de la investigación, el VIH/SIDA es una enfermedad que muchas veces puede llegar a ser mortal, siendo una enfermedad alarmante y traumática, que a diferencia de otras enfermedades, es una enfermedad moral. Para poder colocar en un nivel operacional el nivel de impacto del trauma de la enfermedad se ha utilizado “La escala de Impacto de Eventos de Horowitz”, donde un puntaje mayor a 26 es considerado un puntaje significativo. Además de conocer el impacto de los síntomas evitativos e intrusivos como respuesta ante el estrés de un evento traumático. La intrusión abarca: pensamientos e imágenes espontáneos, problemas para dormir, fuertes molestias u oleadas de sentimientos y comportamientos repetitivos. Por otro lado la evitación incluye: aparición constante de ideas o pensamientos referidos a cosas que no ocurren en el presente, negaciones del significado y consecuencias del evento, sensaciones poco intensas, inhibición en su comportamiento o búsqueda de la situación temida y conciencia de un entumecimiento en las emociones.

Las Técnicas de Integración Cerebral posibilita la integración de las diferentes percepciones que existen con frecuencia entre los dos hemisferios cerebrales, permitiendo observar el distinto enfoque de un problema cuando la persona lo contempla con uno u otro hemisferio cerebral por separado.

Esta investigación demuestra la eficacia de ambas Técnicas de Integración cerebral, Un ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos en la disminución del trauma psicológicos de las personas que padecen VIH/SIDA.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. El Problema:

Las infecciones de transmisión sexual(ITS) (también enfermedades de transmisión sexual (ETS), antes enfermedades venéreas) son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral; también por uso de jeringuillas contaminadas o por contacto con la sangre, y algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo, es decir, de la madre al hijo.

Existe una gran diversidad de infecciones de transmisión sexual en todo el mundo, siendo el VIH-SIDA la más peligrosa y mortal de todas.

En todo el mundo viven con el VIH unos estimados 40 millones de personas (de 34 a 46 millones), incluidos 2,5 millones (de 2,1 a 2,9 millones) de niños menores de 15 años. Se estima que, en 2003, unos cinco millones de personas (de 4,2 a 5,8 millones) se infectaron por el VIH y tres millones de personas fallecieron por causa del SIDA en el mundo entero.

En América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2008 fue de 170 000 [150 000–200 000] y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a 2 millones [1,8 millones–2,2 millones]. Según las estimaciones, aproximadamente 77 000 [66 000–89 000] personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida durante el último año.

Para el Perú los números no son favorables, a septiembre de 2009, el Ministerio de Salud -MINSA reporta en sus estadísticas 23.446 casos de SIDA y 36.138 de VIH en Perú (DGE, Boletín epidemiológico de

Setiembre de 2009). Sin embargo, según el modelo de estimaciones desarrollado por OMS y ONUSIDA, existen aproximadamente 76.000 personas viviendo con VIH/Sida en el Perú.

El VIH-SIDA es una enfermedad que está afectando a todo el Perú y a nuestra región, siendo una enfermedad alarmante y traumática, que a diferencia de otras enfermedades, es una enfermedad moral. La etimología de la palabra "moral" es conocida. Hace referencia a "costumbre, conducta, hábito". Frente a las enfermedades naturales (aquéllas que se producen sin mediar el comportamiento humano, como puede ser una apendicitis), las enfermedades morales se contraen habitualmente por la presencia de una determinada conducta con distintas frecuencias o intensidades. Es el caso de las Enfermedades de Transmisión Sexual, del alcoholismo, de otras drogodependencias y –también- del VIH-SIDA. Las enfermedades morales acaban siendo, de un modo u otro, enfermedades sociales y vergonzantes y suelen llevar a la búsqueda de chivos expiatorios. En nuestro caso, fundamentalmente, los mal denominados "grupos de riesgo". En definitiva, como bien decía la ya desaparecida Susan Sontag, el SIDA se ha convertido en una "enfermedad con significado".

Al considerar el SIDA como una enfermedad traumática tenemos que retroceder en el tiempo y conocer que la psicotraumatología moderna desarrolló su labor profesional en el estudio de la histeria, sustentado en el movimiento republicano anticlerical de fines del siglo XIX en Francia; en las Neurosis de Guerra, y en la violencia sexual y doméstica en el siglo XX. Sin embargo, a pesar de que las reacciones psicológicas frente a estos hechos traumáticos han sido observadas desde hace ya más de un siglo, han caído más de una vez en el olvido.

A pesar de lo anterior, después de cada oleada de interés en este tema, los resultados de estas investigaciones han caído rápidamente en el olvido de la colectividad científica. Luego de cada punto álgido de estos movimientos ha venido un decaimiento del interés que se ha traducido en el descuido de los resultados que estos estudios han proporcionado.

Además el estudio del trauma psicológico se encontraba desligado de las técnicas terapéuticas para el alivio de éste, y lo continúa estando. Los investigadores estaban más interesados en estudiar al trauma psicológico, que en comprobar el funcionamiento de técnicas terapéuticas eficaces para la resolución de este.

Favorablemente, en los últimos años se han ido desarrollando y perfeccionando técnicas basadas en teorías novedosas, llamadas técnicas de avanzada, siendo su mayor inconveniente la falta de difusión y escasas investigaciones que verifiquen su funcionamiento.

Hay un gran interés por lograr enfrentar los traumas de las personas que sufren enfermedades terminales, en especial VIH-SIDA, por eso es importante presentar técnicas novedosas y efectivas las Técnicas de Integración Cerebral™, una de las técnicas de avanzada, y cerciorarnos de que existen muchas más herramientas para los psicólogos para el tratamiento de nuestros pacientes.

1.1.1. Planeamiento del Problema

Los criterios empleados para la selección del problema fueron los siguientes:

- Existe un conocimiento previo sobre la aplicación de la Técnica de Integración Cerebral y su eficacia en síntomas relacionados al trauma psicológico por parte del investigador.

- Existen pocas investigaciones a nivel internacional, nacional y local sobre el tratamiento de los síntomas evitativos e intrusivos psicológico, y casi ninguno sobre los traumas por enfermedades terminales.
- Los psicólogos tenemos limitadas herramientas que sean efectivas para el tratamiento de nuestros pacientes y mucho menos que tengan rápidos efectos.
- Los psicólogos necesitan mayor cantidad de herramientas para mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen enfermedades terminales.

1.1.2. Formulación del Problema

¿Son efectivas las técnicas de integración cerebral en la disminución del trauma psicológico generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura?

1.1.3. Justificación del Problema

Los resultados obtenidos de esta investigación servirán para considerar a la Técnica de Integración Cerebral como una alternativa válida y comprobada para poder tratar los síntomas evitativos e intrusivos relacionados al evento traumático de sufrir la enfermedad de VIH-SIDA, que posean características similares a la población de este estudio.

Al mismo tiempo se busca difundir el uso de la Técnica de Integración Cerebral entre la comunidad terapéutica para el tratamiento relacionado a eventos traumáticos, siendo esta Técnicas de Integración Cerebral reconocida desde sus inicios en

el ámbito internacional, más no muy comentada o conocida en nuestro país. Como lo confirma **Solvey y Solvey (2006)**, con la psicología tradicional el proceso de recuperación de un evento traumático suele ser muy lento y doloroso, por ello, es recomendable la difusión de terapias como las Técnicas de Integración Cerebral en la praxis clínica.

1.1.4. Antecedente

A. Internacionales

- Figley & Carbonell. (1999), desarrollaron la investigación titulada “A Systematic Clinical Demonstration of Promising PTSD Treatment Approaches” en la Florida State University. En el mismo se pusieron a prueba cuatro tratamientos no tradicionales y controversiales. Los cuatro tratamientos elegidos fueron: TFT (Thought Field Therapy o Terapia del Campo del Pensamiento), TIR (Traumatic Incident Reduction o Reducción de Incidente Traumático), EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), y VKD (Visual Kinesthetic Dissociation o Disociación Viso Kinestésica). Los cuatro demostraron ser muy efectivos en un rango de 4 a 8 horas de tratamiento. Todos ellos requieren que el paciente se “sintonice” de alguna manera con el hecho traumático, y tres de ellos incluyen algún tipo de movimiento de ojos (que según se cree participan de alguna manera en el procesamiento de la información).
- Rogers, 1998 (citado por Días & Vásquez, 2007, desarrolló una investigación llamada “An Alternative Interpretation of “Intensive” PTSD Treatment Failures”, publicado en el “Journal of Traumatic Stress, Vol. 11, No.4” que trata sobre

los fracasos de algunos programas de tratamiento “intensivo” del Trastorno de Estrés Post Traumático.

En ella se evalúa dichos fracasos de tratamientos en relación a pacientes post-traumáticos en experiencias de combates de guerra. Se concluye que la razón de aparente fracasos en estos casos se debe a que se centran en otros problemas o áreas problemáticas de la persona y no se enfocan tanto en el trauma del combate. Además se concluye que no se utilizaron a profundidad ni sistemáticamente los procedimientos del tratamiento validado para TEPT.

- Ricci & Cols. (2006), realizaron una investigación titulada “Some effects of EMDR on previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings”, en la Radford University, The Counseling Centre, y el Mental Research Institute todos en Estados Unidos y publicado en “The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology”. El tratamiento de EMDR de psicotrauma fue aplicado en diez abusadores infantiles con historias de abuso sexual en la infancia como complemento del tratamiento estándar de prevención de recaídas cognitivo conductual (CBT-RP) de terapia grupal. Se realizaron mediciones pretest y posttest con la “Sexual Offender Treatment Rating Scale (SOTRS)”. Se observó una disminución del despertamiento sexual anormal en comparación con la condición de control. También se observó una disminución de pensamientos de tipo sexual, una mayor motivación para el tratamiento y aumento de la empatía con sus víctimas. Esto es importante porque el despertamiento sexual anormal está asociado a una reincidencia sexual.

- Lange, Van de Ven & Schrieken, 2003 (citados por Córdova & Reusche, 2010) desarrollaron una investigación titulada “Interapy: Treatment of Post-traumatic Stress via the Internet” desarrollada en el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad de Ámsterdam en los Países Bajos. Trata sobre el tratamiento cognitivo conductual para TEPT de leve a severo a través de internet. 69 personas fueron sometidas al grupo experimental y 32 permanecieron en la lista de espera.
Se concluyó una considerable mejoría del grupo experimental en comparación con la lista de espera en cuanto a los síntomas relacionados con el trauma y la psicopatología en general. El tratamiento se mostró efectivo sobre todo en personas con trauma intencional y aquellos que no habían hablado del suceso con otras personas significativas antes del tratamiento. Asimismo se notó un aumento notable de la adaptación cognitiva durante el tratamiento.
- Zimmermann & Cols. (2007), publicaron la investigación titulada “Long-Term Course of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in German Soldiers: Effects of Inpatient Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy and Specific Trauma Characteristics in Patients with Non-Combat-Related PTSD”, que fue realizado en el Hospital de las Fuerzas Armadas Alemanas de Hamburgo. Se evaluaron 89 soldados alemanes que recibieron el tratamiento hospitalario para TEPT desde el año 1998 hasta el año 2003. Un grupo recibió como tratamiento EMDR y otro grupo recibió el tratamiento general del hospital y educación en relajación. Se realizó un seguimiento de hasta 29 meses, para tal fin se usaron la “Impact of Event Scale” y la “Post-

Traumatic Stress Scale (PTSS-10)” como parámetros de mejoría. La “Impact of Event Scale” demostró que los pacientes que habían recibido tratamiento de EMDR para el trauma psicológico habían mejorado el curso y, a largo plazo, el resultado era más pobre para aquellos soldados que estuvieron enfrentados a la muerte durante el tratamiento. También concluyen que no se puede afirmar que los resultados del tratamiento se mantengan con el tiempo ante un tratamiento que tenga solo semanas de duración. Finalmente sugieren incluir en el tratamiento de soldados con TEPT la inclusión del aspecto espiritual en el tratamiento y la participación en grupo de apoyo.

B. Nacionales

- DÍAZ y VÁSQUEZ CARRASCO (2007) publicaron la investigación llamada Efectividad de las técnicas de integración cerebral™ para la resolución del trauma psicológico en alumnos de la U.C.V. La presente investigación, de diseño experimental, explora la efectividad de las Técnicas de Integración Cerebral™ (Solvey y Solvey, 2000) en la resolución del malestar asociado a experiencias traumáticas. Para tal fin se trabajó con una muestra de cinco participantes por cada grupo, uno experimental y otro control, atendidos en el consultorio psicológico de la UCV, a quienes se les aplicó la Escala de Impacto de Eventos (Horowitz, 1979), utilizándose la fórmula estadística T de Student. Entre los resultados obtenidos se observa que existen diferencias significativas entre las post mediciones entre los grupos control y experimental, tanto a nivel global del trauma psicológico, así como en los síntomas de intrusión.

- Leyva, 2009 (citados por Córdova & Reusche, 2010) en su investigación de tipo cuasi-experimental “Efectos de las Técnicas de Libertad Emocional EFT en los síntomas evitativos e intrusivos generados por el impacto del Terremoto en Bomberos del Distrito de Pisco” indaga también en la investigación de la variable de síntomas evitativos e intrusivos así como promueve también la utilización de la Escala de Impacto de Eventos de Horowitz como instrumento de medición para este tipo de investigación.
- Shimajuko (2009) publicó la investigación denominada Técnicas de integración cerebral para disminuir el malestar asociado al trauma en pacientes con miedo al cáncer. El trabajo, de diseño de tipo experimental con pre prueba – pos prueba y grupo de control, investiga los efectos de las técnicas de integración cerebral en la disminución del malestar asociado a eventos traumáticos en pacientes con miedo al cáncer atendidas en la clínica ginecológica Dulce Despertar, de las cuales, cinco fueron destinadas al grupo experimental y cinco al grupo control, a quienes se les aplicó la Escala de Impacto de Eventos. Posteriormente, al grupo experimental se le aplicó las Técnicas de Integración Cerebral. De los datos, procesados con la t de student, se concluye que la técnica es efectiva para reducir el malestar asociado a eventos traumáticos que inducen miedo al cáncer.

C. Locales

- Córdova & Reusche (2010), publicó la investigación de diseño cuasi-experimental, explora los efectos de la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisférico en la

disminución de los síntomas evitativos e intrusivos generados en mujeres, al ser éstas víctimas de abuso sexual.

Las mujeres participantes de este estudio son alumnas de educación secundaria pertenecientes a una institución educativa estatal de la ciudad de Piura que han sido víctimas de abuso sexual. Se trabajó con una muestra de 10 mujeres, 5 en el grupo experimental y 5 grupos de control. Para la medición de los síntomas evitativos e intrusivos utilizó la Escala de Impacto de Eventos (Horowitz, 1979). Entre los resultados obtenidos se observa que existe una disminución significativa de los síntomas evitativos e intrusivos, luego de la aplicación de la Técnica de Integración Cerebral en las mujeres víctimas de abuso sexual.

1.1.5. Limitaciones

- ✓ Por la misma estigmatización que sufren las personas que tienen la enfermedad VIH-SIDA, el acceso a cada una de ellas fue muy difícil, en especial por parte de las familias que muchas veces la sobreprotegen para que la sociedad no conozcan la enfermedad que sufre.
- ✓ Debido a la escasa difusión bibliográfica de las técnicas de integración cerebral se contó con escasa información y antecedentes para realizar una adecuada discusión de resultados.
- ✓ Poca difusión de las Técnicas de Integración Cerebral en general entre los profesionales de la salud mental y la psicoterapia en el país.

1.1.6. Objetivos

1.1.5.1. Objetivo General

- Determinar si la aplicación de las técnicas de integración cerebral en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura, influye significativamente en la disminución del trauma psicológico generado por el padecimiento de la enfermedad y cuál de ellas, Anteojos Hemisféricos o Un Ojo por Vez, es más efectiva.

1.1.5.2. Objetivo Específico

- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimentales, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral - Anteojos Hemisféricos.
- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimentales, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral - Un Ojo por Vez.
- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que se aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que se aplica la Técnica de Integración Cerebral un Ojo por Vez antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral en el grupo experimental

- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos
- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.
- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral.
- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos.
- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.

- Establecer si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que se aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que se aplica la Técnica de Integración Cerebral un Ojo por Vez después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral en el grupo experimental.

1.2. Marco Referencia Científico

1.2.1. Marco Teórico

1.2.1.1. Terapia de Avanzada

A. Historia

En los últimos veinte años, y más aceleradamente en los últimos diez, se han desarrollado nuevos enfoques no basados en el contenido de las ideas como mandan las terapias psicológicas tradicionales; basadas en la neurofisiología existente en el momento de pensar esos contenidos, que al ser cambiada resuelve el problema planteado. Esto ocurre de forma rápida, eficaz e indolora lo que constituye un verdadero cambio de paradigma (**Solvey y Solvey, 2006**).

El modelo de estas terapias consiste en suponer que una emoción inapropiada como fobia, trauma, ansiedad, etc., produce un desequilibrio eléctrico y neuroquímico entre ambos hemisferios cerebrales, como consecuencia se mantienen las emociones disfuncionales en forma intacta.

Un mapeo cerebral realizado antes y después de una sesión con alguna de las técnicas que forman las Técnicas de Integración cerebral, muestra un cambio objetivable y duradero en la simetría hemisférica

del cerebro. El efecto logrado con estos métodos corrige las emociones y conductas ligadas a recuerdos traumáticos y/o a creencias disfuncionales.

Si se consigue equilibrar la percepción en los hemisferios cerebrales mientras el paciente piensa o siente lo que percibe como perturbador, se corrige la disfunción en forma automática e inmediata. Esto posibilita abreviar la duración del tratamiento y el sufrimiento del paciente, sin necesidad de un arduo trabajo ni por parte del paciente, ni del terapeuta.

No sólo se obtiene velocidad sino que una curación completa. Con frecuencia el cambio es total, no gradual. A alguien con una fobia curada en una hora de trabajo, le cuesta darse cuenta o creen como antes evitaba la situación temida en cuestión. Gracias a estas terapias, se puede tratar con éxito una gran gama de patologías y brinda alivio o curación de manera veloz y duradera.

Todas estas técnicas que pertenecen a las terapias de avanzada son perfectamente compatibles y pueden ser integradas a cualquier otro abordaje psicoterapéutico que se esté utilizando.

B. Clasificación de las Técnicas de Avanzada

Según Solvey & Solvey (2006) Las terapias de avanzada se agrupan de la siguiente manera:

El modelo de las técnicas basadas en la psicología de la energía, donde se encuentra: Técnicas de Reactivación Energético Emocional (TREE), Técnica de Libertad Emocional (EFT), Terapia del Campo del Pensamiento (TFT), Técnica de Acupresión de Tapas (TAT).

Está el modelo de las técnicas de integración cerebral, donde se encuentran: Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento Ocular (EMDR), Un Ojo por Vez y la Técnica de los Anteojos Hemisféricos.

Y también están las Técnicas Mixtas, como el Brain Gym.

a) Técnicas basadas en la Psicología de la Energía

○ Técnicas de Reactivación Energético Emocional (TREE)

Son un conjunto de técnicas usadas para la liberación del estrés emocional, tomadas de distintos métodos energéticos de tratamiento, entre ellos las terapias del campo del pensamiento, desarrollados en EE UU por médicos psiquiatras y quiroprácticos.

En estas técnicas usamos como método de diagnóstico el test de respuesta muscular para detectar los bloqueos que producen las emociones negativas en el flujo de la energía vital, energía que recorre el cuerpo a través de los canales, llamados meridianos por la Medicina China.

Con un método suave, simple y muy eficaz, estos profesionales encontraron la manera de combinar distintas técnicas para disolver estos bloqueos, permitiendo a las personas corregir los patrones negativos, traídos de experiencias del pasado y alcanzar un mayor grado de libertad de elección para el presente y el futuro.

Como consecuencia de estos bloqueos energéticos se producen alteraciones tanto emocionales como físicas, tales como ansiedades, fobias, obsesiones, depresiones, adicciones, alergias, enfermedades físicas y trastornos psicósomáticos, todos estos cuadros abordables y tratables eficazmente por ella. Estas técnicas se pueden usar solas o en combinación con cualquier otra técnica psicoterapéutica, para acelerar sus resultados.

○ Técnica de Liberación Emocional (EFT)

Desarrollada por Gary Craig (1998). La Técnica de Liberación Emocional o EFT presupone que la causa de todos los síntomas físicos y emociones negativas, es una interrupción en el sistema de

energía del cuerpo. EFT es como una forma acelerada de psicoterapia con un componente corporal agregado. Se crea primero una frase que define el problema (“a pesar de me acepto completa y profundamente”) y que sirve para centrar la atención. Después se estimula sobre puntos de liberación del estrés, mientras se concentra en el problema, accede a las partes de la mente subconsciente con seguridad, facilidad y rapidez y efectúa los cambios que desea.

- **Tapas Accupressure Technique (TAT)**

Desarrolladas por Tapas Flemming en 1993, el TAT es un proceso fácil para acabar con la tensión traumática, reducir las reacciones alérgicas y librarse de las creencias negativas.

El TAT es una nueva, simple y eficaz técnica que aporta paz interna, relajación, salud y empoderamiento en minutos. Es muy eficaz para aliviar mucho otros problemas físicos que son afectados por el estrés como dolores de cabeza, dolores corporales, dificultades de respiración, desórdenes de la piel y digestivos.

El TAT es un proceso muy apacible. Simplemente se tocan puntos específicos en la parte posterior de la cabeza y la frente cerca a los ojos donde se activan centros de visión del cerebro mientras que las personas afectadas centra su atención en varios aspectos del problema. Durante estos años, el TAT ha sido usado por centenares de individuos de todo el mundo para alcanzar sus metas de una mejor salud y mayor calidad de vida.

- **Thought Field Therapy (TFT)**

Roger Callahan (1995) postuló la existencia de ciertas estructuras, a las que llamó “perturbaciones” en la bioenergía del campo del pensamiento, que serían la causa de los trastornos psicológicos. El tratamiento está orientado a remover esas perturbaciones del campo

del pensamiento, por medio de la estimulación de ciertos puntos del cuerpo.

El tratamiento de la Terapia del campo del pensamiento consiste en que el consultante se sintonice mentalmente en el hecho traumático tratando de recobrar tanta sensación de perturbación emocional como sea posible. El terapeuta guía a través de una serie de pasos estructurados, y estimula en diferentes puntos del cuerpo acompañados por determinados movimientos de los ojos.

A lo largo del proceso se va midiendo el nivel de perturbación emocional. En la inmensa mayoría de los casos, los niveles hasta llegar a 0 (SUD), de forma realmente asombrosa.

b) Técnicas de Integración Cerebral

Las Técnicas de Integración Cerebral abarcan a dos métodos terapéuticos que permiten la integración de las percepciones de ambos hemisferios cerebrales, acerca de algún hecho traumático.

Estas técnicas se fundamentan en cada hemisferio cerebral es diferentes en cuanto a funcionalidad e interpretación de lo percibido. Por ello, ante un hecho traumático, cada hemisferio procesa la información recibida de distinta forma **(Solvey & Solvey, 2006)**.

La aplicación de estas técnicas permite que la información de ambos hemisferios se integre, logrando así que las perturbaciones ante algún hecho desaparezcan. A partir de la integración, se obtiene una visión más realista del problema, libre de perturbaciones y distorsiones. Manteniéndose estos cambios en el tiempo y sin retorno de la patología.

Según **Vásquez, C. & Mendo, T. (2007)** las Técnicas de Integración Cerebral (las Técnicas de un Ojo por Vez y la Técnica de los Anteojos) se basan en la idea de que los traumas se deben a la falta de sincronía entre ambos hemisferios cerebrales. Ello se debería a la intensidad de la experiencia vivida, que agudiza y acentúa las diferencias funcionales inter-hemisféricas y estanca el procesamiento de la experiencia.

El trauma se “congela” y surgen los síntomas (miedos, fobias, ansiedad, etc.). Se crea una “comisurectomía” funcional (separación de ambos hemisferios, por intervención quirúrgica), al predominar un hemisferio y sus funciones (generalmente el derecho: emociones negativas, alerta, trauma) sobre el otro (el izquierdo: análisis, comprensión e integración).

Este “eclipse” inter-hemisférico produce la perpetuación del malestar, pues al estar el hemisferio dominante y verbal –izquierdo- inhibido, y siendo éste necesario para situar al sujeto en el presente, se vive entonces en el pasado permanentemente, reviviéndolo una y otra vez, sin poderlo superar. No se pasa la página nunca.

Las TIC, con cualquiera de sus dos técnicas, permiten enfocar la experiencia estancada con cada hemisferio por separado, y de esa manera romper el bloqueo y superar el trauma.

En síntesis, se le pide al sujeto que piense en la experiencia y la contemple alternadamente ocluyendo un ojo y luego el otro. Al poco tiempo se perciben diferencias en la repercusión emocional, y el malestar disminuye considerablemente.

En un 90% de los casos o más, el malestar desaparece por completo al cabo de pocos minutos.

- **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**

EMDR - Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares es un abordaje psiterapéutico en el tratamiento de las dificultades emocionales causadas por experiencias difíciles en la vida del sujeto, desde fobias, ataques de pánico, muerte traumática y duelos o incidentes traumáticos en la infancia hasta accidentes y desastres naturales. También se usa EMDR para aliviar la angustia y/o la fobia de hablar en público, para mejorar el rendimiento en el trabajo, en los deportes y en las interpretaciones artísticas.

EMDR como método combina elementos teórico-clínicos de orientaciones tales como el psicoanálisis, cognitivo-conductual y otras. Para muchos pacientes EMDR resulta de mayor ayuda para sus problemas que otras terapias convencionales. En 1987, Francine Shapiro, psicóloga norteamericana, descubrió que los movimientos oculares voluntarios reducían la intensidad de la angustia de los pensamientos negativos. Inició una investigación (Shapiro, 1989) con sujetos traumatizados en la guerra de Vietnam y víctimas de abuso sexual para medir la eficacia del EMDR. EMDR reducía de manera significativa los síntomas del Trastorno por Estrés Post Traumático en estos sujetos.

EMDR es eficaz para tratar el desorden de estrés postraumático y reprocesar pensamientos y recuerdos perturbadores o problemas psicológicos de sobrevivientes de traumas, de abuso sexual, de crímenes, de combate bélico, así como de fobias y desórdenes causados por experiencias vivenciales y proporciona en poco tiempo efectos clínicos profundos y estables.

- **Técnica de los Anteojos Hemisféricos**

Esta técnica consiste en la utilización de unos anteojos especiales, en donde está tapado completamente el acceso de estimulación visual de un ojo, y 3/5 de la interno del otro; permitiendo que la luz entre con un ángulo de incidencia que impresione sobre la parte nasal de la retina del hemisferio opuesto al que se pretende activar. Esto permite que se activen por separado los dos hemisferios cerebrales, logrando que la persona afectada pueda percibir dos puntos de vista propios y diferentes respecto a la situación perturbadora **(Solvey & Solvey, 2006)**.

Cuando una persona atraviesa por una situación de estrés o trauma, se activa en ese momento su hemisferio derecho; inhibiendo de una forma disfuncional al hemisferio izquierdo, imposibilitando que la persona acceda a los recursos archivados en este hemisferio.

Esta técnica permite que mientras observamos o percibimos la situación perturbadora de una manera secuencial por ambos hemisferios; se logre la integración de las percepciones, disminuyendo la intensidad de la perturbación hasta desaparecer.

Schiffer comenzó a usar unos anteojos durante una terapia estructurada y psicodinámica. En el año 2000 Solvey & Solvey desarrollaron el sistema de aplicar un gradiente, secuencial y alternado, el cual cumple la función de desensibilizante, en lo que dura el proceso terapéutico y el cual produce una “reestructuración cognitiva concomitante”, has que en poco tiempo se logra la desensibilización de la perturbación

Descripción de la Técnica Anteojos Hemisféricos

El tema a tratar puede ser un sentimiento, una experiencia pasada, presente o futura (temida), un sueño, una sensación corporal molesta, un dolor, fobias u obsesiones (es de elección).

- Identificar el Tema – Evaluarlo con los dos ojos – Registrar
- Empezar con Hemisferio Derecho (salvo que sea zurdo).
- Descruzar brazos/piernas/manos y mantenerlas así.
- Preguntar al paciente: qué piensa acerca de eso en negativo, que emoción parece, que sensación corporal.
- Puede tardar de 15 a 30 segundos en focalizar el tema.
- Pedir a la persona que esté atenta a cualquier cambio y/o diferencia entre ambos hemisferios.
- Estar atentos a la expresión facial.
- Cambiar a Hemisferio Izquierdo. Evaluar las mismas cosas.
- Ir cambiando alternadamente el hemisferio, observando qué pasa y qué cambios se producen en el tema hasta que el SUD baje a un puntaje ecológico e igual y/o similar, y se igualen ambos hemisferios.
- Generalmente al continuar con el cambio de anteojos, se va procesando y desensibilizando el tema hasta llegar a su mínima expresión.

¿Qué hacer si se detiene la integración?

- Dialogar entre las dos partes, que se diría; que piensa una de la otra; que consejo se darían; que recursos tiene cada una de ellas; si aceptan intercambiarlos; etc.
- Pregunta: “¿Cuál es la realidad?” o “ ¿Cuál de las dos partes es ud.?”
- Desafío Cognitivo

- Aplicar Técnicas Complementarias: GAMUT/FONTAL-OCCIPITAL/EFT/TAPPING DEL PUNTO DE KARATE/etc.
- **Técnica de un Ojo por Vez**

Esta técnica fue desarrollada en el año 2000 por los canadienses Autrey Cook, PhD., y Richard Bradshaw, Phd. La técnica, básicamente consiste en observar la situación perturbadora con un solo ojo alternadamente, tapando el otro con la mano del mismo lado. De esta manera se activan los hemisferios cerebrales por separado **(Solvey & Solvey. 2006)**.

Al hacer uso de esta práctica, se busca la integración de la información referida en ambos hemisferios cerebrales acerca del evento traumático, par que de esta forma; desaparezca la perturbación asociada al mismo. Si esto no se consigue con el procedimiento básico de la técnica, entonces se pasa a los siguientes procedimientos donde se buscan dos cosas. Lo primero es el “shock” o incredulidad acerca de lo sucedido, lo cual es algo común en situaciones altamente traumáticas y/o estresantes. La resolución del “shock” o incredulidad es la única forma de lograr la desensibilización del trauma o perturbación. Si es que la incredulidad no es resuelta; no importa el tiempo que haya transcurrido desde la situación perturbadora, es imposible la elaboración e integración de las consecuencias de la situación en la vida de la persona afectada. Cuando se resuelve la incredulidad, se logra resolver situaciones que podrían llevar años cristalizadas, perturbando la vida del cliente; en un tiempo mínimo de trabajo.

En una situación perturbadora y/o estresante, los capilares exteriores del cerebro se constriñen, centrando la dotación de sangre en las áreas relacionadas con la supervivencia. Esto genera una sensación

de entumecimiento, la cual aparece cuando la persona se encuentra en estado de “shock” o estrés. Esta sensación indica que el cuerpo se ha desensibilizado a sí mismo preparándose para la supervivencia. Cuando ocurre este desequilibrio, se imposibilita la capacidad para pensar de forma clara. Se inactiva la corteza del lóbulo prefrontal, el cual permite nuevos aprendizajes; y se activa la corteza posterior sensitiva, la cual toma el comando.

Lo segundo que se busca es la presencia de ciertos puntos del campo visual, denominados “nudos”; los cuales aparecen al hacer recorrer un ojo por vez todo el campo visual de forma lenta mientras el cliente piensa en la situación perturbadora. En estos nudos se concentran las emociones disfuncionales, las cuales aparecen ligadas a sensaciones físicas. Una vez que se “masajean” estos nudos con una técnica apropiada, quedan disueltos, y el problema comienza a ser procesado ya extinguirse o se reduce a una expresión que no provoca malestar significativo.

Descripción de la Técnica de un Ojo por Vez

Existe un procedimiento básico y dos procedimientos avanzados

Procedimiento Básico

- a. Comparar el tema con ambos ojos por separado.
- b. Reprocesar el tema con cambio de ojos, hasta integrar los hemisferios.

Si se bloquea el reprocesamiento, pasar al siguiente procedimiento.

Procedimiento Avanzado I

- A. Búsqueda de shock
 - a. Preguntar: “¿Lo puede creer?” (al preguntar) con cada ojo.

- b. Remover el shock o incredulidad.
- c. Seguir reprocesando hasta integrar.
- d. Retornar al procedimiento básico.

Si se bloquea el reprocesamiento, continuar con el siguiente paso.

B. Búsqueda de nudos/saltos/stops

- a. Exploración del campo visual para detectar N/S/S positivos y negativos.
- b. Remoción de los N/S/S (“puntos negativos”)
- c. Refuerzos de los “nudos positivos” (recursos)
- d. Seguir reprocesando hasta integrar
- e. Retornar al procedimiento básico.

Si se bloquea el reprocesamiento, pasar al siguiente procedimiento.

Procedimiento Avanzado II

- a. Nueva exploración de Nudos/Saltos/Stop para detectar puntos “ocultos” o remanentes. (“puntos negativos”)
- b. Remoción de los puntos negativos remanentes.
- c. Refuerzo de los puntos positivos (recursos).
- d. Seguir reprocesando hasta integrar.
- e. Retornar al procedimiento básico.

En todos estos pasos se pueden usar las técnicas complementarias (EMDR, EFT ó TREE) para acelerar ó destrabar el reprocesamiento y para reforzar los nudos positivos y recursos.

Rechequeo Final

Se rechequea con ambos ojos por separado para comprobar que se ha logrado la integración.

C. Trauma Psicológico

Muchas veces el concepto de trauma se tergiversa con el de estrés. Trauma es entendido como una herida o lesión psíquica, mientras que estrés es una manifestación casi común de la vida cotidiana. Así como cualquiera que experimenta estrés en mayor o menor grado y no por ello resulta “dañado”, sin embargo cuando alguien recibe o padece un trauma parece que asumimos una enfermedad o padecimiento. **(Orengo, 2002)**

Se afirma que los efectos del trauma psicológico se expresan como cambios en la respuesta biológica al estrés, produciendo alteraciones profundas en los mecanismos hormonales y en el procesamiento de la memoria **(cazabat 2001)**. De esta manera, el hecho traumático interrumpe el proceso normal de la vida de la víctima, produciendo profundas alteraciones a nivel biológico, cognitivo y relacional.

Solvey & Solvey (2006) definen al trauma psicológico como toda experiencia que al ser recordada genera perturbación. Debido a la reciente formulación de este nuevo campo del conocimiento psicológico denominado psicotraumatología, por parte de algunos teóricos, en la cual se hace referencia a teorías que abarcan los fundamentos biológicos, psicodinámicos y la teoría del procesado de la información de base cognitivo-conductual; éstas resultan ser poco conocidas por los profesionales de la salud, a pesar que a través de la historia se le ha prestado cierto interés, bajo otros nombres, como histeria o neurosis de guerra.

A pesar de ello, se ha observado que en la realidad psicosocial de la región existe una presencia cada vez mayor de situaciones consideradas por algunos autores **(Solvey & Solvey, 2006)** como potencialmente traumáticas. Ejemplo de ello son las diversas experiencias traumáticas observadas en los participantes de este estudio, como abuso sexual, asalto, intento de secuestro, duelo, etc. Es

por ello que se consideró necesario validar nuevos tratamientos de psicotrauma que puedan ser utilizados por los profesionales de la salud y brindar antecedentes para posteriores investigaciones. Esto se plantea a partir de las explicaciones de la efectividad de dichas técnicas terapéuticas.

Rosen y Lilienfeld (2008) han señalado que el diagnóstico de TEPT se basa en varias suposiciones centrales que carecen de apoyo empírico suficiente o consistente. La primera de ellas es que una clase de eventos traumáticos está ligada a un síndrome clínico diferenciado. Sin embargo, como el propio DSM-IV reconoce, eventos que no cumplen el criterio A1 (p.ej., divorcio, despido laboral) pueden dar lugar al patrón de síntomas del TEPT y entonces se diagnostica trastorno adaptativo; esto va en contra de la supuesta especificidad etiológica del TEPT. En segundo lugar, la mayoría de las personas expuestas a un evento traumático no desarrollan TEPT.

Tercero, los eventos traumáticos que cumplen el criterio A1 no son los que más contribuyen al surgimiento del TEPT, sino que el mayor peso es debido a la influencia combinada de otras variables (p.ej., historia previa de traumas, ajuste previo, historia familiar de psicopatología, fuerza de las reacciones peritraumáticas y apoyo social). Cuarto, diversos autores han afirmado que el criterio A2 del DSM-IV (responder con miedo, impotencia u horror intensos) está definido muy restringidamente y que debería ser ampliado para incluir otras emociones (p.ej., ira, vergüenza, pena) y respuestas emocionales disminuidas (aturdimiento, conmoción, disociación).

Síntomas Evitativos e Intrusivos

a) Síntomas Evitativos

Horowitz, M y Alvarez, W. (1979) Señalan que Los síntomas de evitación incluyen constricción ideacional, negación de significados y consecuencias de tal acontecimiento, sensación de bloqueo, inhibición conductual o actividades contrafóbicas y conciencia de insensibilidad emocional.

b) Síntomas Intrusivos

Horowitz, M y Alvarez, W. (1979) señalan que los síntomas de intrusión se caracterizan por pensamientos e imágenes sobrevenidas espontáneamente y de forma recurrente, remordimientos u oleadas de sentimientos y conductas repetitivas.

D. Enfermedad de VIH-SIDA

Historia

La era del sida empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando los CDC (Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) de Estados Unidos convocó una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el **Dr. Michael Gottlieb** de San Francisco.

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas

sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses.

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al sida, la «peste rosa», causando una confusión, atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas, lo que llevó a hablar de un *club de las cuatro haches* que incluía a todos estos grupos considerados de riesgo para adquirir la enfermedad.

En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de *Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)*, nombre que sustituyó a otros propuestos como *Gay-related immune deficiency (GRID)*.

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del sida. La teoría con más apoyo planteaba que el sida era una enfermedad básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.

Otras teorías sugieren que el sida surgió a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante la práctica de sexo anal, combinado con el uso de inhalantes con nitrito llamados *poppers*, producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas

todavía las promueven y niegan que el sida sea producto de la infección del VIH.

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en otros primates.

En 1984, dos científicos franceses, **Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier del Instituto Pasteur**, aislaron el virus de sida y lo purificaron. El dr. Robert Gallo, estadounidense, pidió muestras al laboratorio francés, y adelantándose a los franceses lanzó la noticia de que había descubierto el virus y que había realizado la primera prueba de detección y los primeros anticuerpos para combatir a la enfermedad. Después de diversas controversias legales, se decidió compartir patentes, pero el descubrimiento se le atribuyó a los dos investigadores originales que aislaron el virus, y solo a ellos dos se les concedió el Premio Nobel conjunto, junto a otro investigador en el 2008, reconociéndolos como auténticos descubridores del virus, aceptándose que Robert Gallo se aprovechó del material de otros investigadores para realizar todas sus observaciones. En 1986 el virus fue denominado VIH(virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

En esos tiempos las víctimas del sida eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían sida no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven estadounidense Ryan White. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado.

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del sida en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el sida era un castigo de Dios a los homosexuales (esta creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). Otros señalan que el estilo de vida «depravado» de los homosexuales era responsable de la enfermedad. Aunque en un principio el sida se expandió más de prisa a través de las comunidades homosexuales, y que la mayoría de los que padecían la enfermedad en Occidente eran homosexuales, esto se debía, en parte, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, la difusión del mismo en África fue principalmente por vía heterosexual.

El sida pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia.

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del sida no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión.

EI VIH SIDA

Las siglas VIH significan *Virus* de Inmunodeficiencia Humana. VIH es el virus que cuando no se trata, se convierte en SIDA o Síndrome de

Inmuno Deficiencia Adquirida. El virus ataca al sistema inmunológico del cuerpo, especialmente a las células blancas llamadas células CD-4 (también llamadas “células T”). Tú sistema inmunológico es aquel que lucha contra las infecciones para mantener a tu cuerpo saludable, las células T juegan un papel muy importante manteniendo a la persona protegida contra las infecciones. Si tu sistema inmunológico está débil, no puede proteger a tu cuerpo y es fácil de enfermarse.

El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de un retrovirus que ataca las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos. El sistema inmunológico agrupa diversos tipos de células, entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar contra los agresores externos. El VIH concretamente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico.

a) Formas de Transmisión:

- Transmisión sexual: Las relaciones sexuales sin protección suponen un claro riesgo para la infección por VIH.
- Transmisión sanguínea: La transmisión del VIH por la sangre es otra importante forma de infección. El uso compartido de agujas contaminadas pueden transmitir el virus, los elementos de cuidado corporales (hojas de afeitar, pinzas, cepillo dental, etc) presentan también un riesgo, ya que pueden entrar en contacto con la sangre.
- Transmisión madre- hijo: El VIH se transmite de la madre al hijo durante el embarazo a través de la placenta. El momento del parto supone otra situación donde puede producirse la infección al entrar en contacto las secreciones vaginales y la sangre de la madre con el recién nacido. Es importante saber que el VIH solo se transmite a los niños en el embarazo o en el parto siempre que su madre sea

portadora del virus, no existiendo en el mundo, ningún niño infectado en el que concurren otras circunstancias.

b) Diagnóstico

Prueba de Sangre Estándar (las pruebas EIA o ELISA) Este tipo de prueba de sangre toma alrededor de 2 semanas para recibir los resultados. Se obtiene sangre del brazo una vez.

Western Blot: Si la prueba de sangre estándar muestra anticuerpos positivos al VIH, se realiza la prueba Western blot. Si la prueba resulta positiva, la persona tiene VIH.

Pruebas rápidas (pruebas de pinchar el dedo y orales) – Ambas pruebas tardan alrededor de 20 minutos para obtener los resultados.

- **La prueba de sangre** es un pinchazo en el dedo; se obtiene una pequeña muestra de sangre de la punta del dedo y se mezcla en una solución.
- **Prueba oral** - se obtiene una pequeña muestra de saliva de la boca de la persona utilizando un hisopo o cotonete que parece un cepillo dental

El Home Access Kit® - Esta prueba ha sido aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (**FDA***). Puedes adquirirla en la mayoría de las farmacias sin necesidad de receta médica. Esta también es una prueba de “pinchazo” en el dedo. Tienes que pinchar tu dedo y colocar una gota de sangre en un cartoncillo que viene con el equipo. Envías este al laboratorio y puedes obtener los resultados por teléfono entre 1 y 3 días.

c) Prevención

○ Penetración

La infección por VIH por las relaciones sexuales ha sido comprobado de hombre a mujer, de mujer a hombre, de mujer a mujer y de hombre a hombre. El uso de condones de látex se recomienda para todo tipo de actividad sexual que incluya penetración. Es importante enfatizar que se debe usar el condón hecho del material látex, pues otro condón (de carnero) que existe en el mercado, hecho a base de material orgánico, no es efectivo para la prevención. Los condones tienen una tasa estimada del 90-95% de efectividad para evitar el embarazo o el contagio de enfermedades, y usado correctamente, esto es, bien conservado, abierto con cuidado y correctamente colocado, es el mejor medio de protección contra la transmisión del VIH. Se ha demostrado repetidamente que el VIH no pasa efectivamente a través de los condones de látex intactos.

El sexo anal, debido a la delicadeza de los tejidos del ano y la facilidad con la que se llagan, se considera la actividad sexual de más riesgo. Por eso los condones se recomiendan también para el sexo anal. El condón se debe usar una sola vez, tirándolo a la basura y usando otro condón cada vez. Debido al riesgo de rasgar (tanto el condón como la piel y la mucosa de la paredes vaginales y anales) se recomienda el uso de lubricantes con base acuosa. La vaselina y los lubricantes basados en aceite o petróleo no deben usarse con los condones porque debilitan el látex y lo vuelven propenso a rasgarse.

○ Sexo oral

En términos de transmisión del VIH, se considera que el sexo oral tiene menos riesgos que el vaginal o el anal. Sin embargo, la relativa falta de investigación definitiva sobre el tema, sumada a información pública de dudosa veracidad e influencias culturales,

han llevado a que muchos crean, de manera incorrecta, que el sexo oral es seguro. Aunque el factor real de transmisión oral del VIH no se conoce aún con precisión, hay casos documentados de transmisión a través de sexo oral por inserción y por recepción (en hombres). Un estudio [cita requerida] concluyó que el 7,8% de hombres recientemente infectados en San Francisco probablemente recibieron el virus a través del sexo oral. Sin embargo, un estudio de hombres españoles que tuvieron sexo oral con compañeros VIH+ a sabiendas de ello no identificó ningún caso de transmisión oral. Parte de la razón por la cual esa evidencia es conflictiva es porque identificar los casos de transmisión oral es problemático. La mayoría de las personas VIH+ tuvieron otros tipos de actividad sexual antes de la infección, por lo cual se hace difícil o imposible aislar la transmisión oral como factor. Factores como las úlceras bucales, etc., también son difíciles de aislar en la transmisión entre personas "sanas". Se recomienda usualmente no permitir el ingreso de semen o fluido preseminal en la boca. El uso de condones para el sexo oral (o protector dental para el cunnilingus) reduce aún más el riesgo potencial. El condón que haya sido utilizado ya para la práctica del sexo oral, debe desecharse. En caso de que exista coito posterior, se utilizará un nuevo profiláctico; ya que las microlesiones que se producen en el látex por el roce con las piezas dentarias, permiten el paso del virus.

- **Vía parenteral**

Se sabe que el VIH se transmite cuando se comparten agujas entre usuarios de drogas inyectables, y éste es uno de las maneras más comunes de transmisión. Todas las organizaciones de prevención del sida advierten a los usuarios de drogas que no compartan agujas, y que usen una aguja nueva o debidamente esterilizada para cada inyección. Los centros y profesionales del cuidado de la salud y de las adicciones disponen de información sobre la limpieza de

agujas con lejía. En los Estados Unidos y en otros países occidentales están disponibles agujas gratis en algunas ciudades, en lugares de intercambio de agujas, donde se reciben nuevas a cambio de las usadas, o en sitios de inyecciones seguras.

Los trabajadores médicos pueden prevenir la extensión del VIH desde pacientes a trabajadores y de paciente a paciente, siguiendo normas universales de asepsia o aislamiento contra sustancias corporales, tales como el uso de guantes de látex cuando se ponen inyecciones o se manejan desechos o fluidos corporales, y lavándose las manos frecuentemente.

El riesgo de infectarse con el virus VIH a causa de un pinchazo con una aguja que ha sido usada en una persona infectada es menor de 1 entre 200. Una apropiada profilaxis posexposición (con medicamentos anti-VIH) logra contrarrestar ese pequeño riesgo, reduciendo al mínimo la probabilidad de seroconversión.

- **Circuncisión**

Un estudio de 2005 informaba que el estar circuncidado podría reducir significativamente la probabilidad de que un hombre se infecte de una mujer seropositiva por penetración vaginal. Los rumores en este sentido, producidos a partir de trabajos anteriores no concluyentes, han aumentado ya la popularidad de la circuncisión en algunas partes de África. Un trabajo relacionado¹⁴ estima que la circuncisión podría convertirse en un factor significativo en la lucha contra la extensión de la epidemia.

- **Resistencia natural**

Investigaciones recientes confirmaron que de hecho existen personas más inmunes al Virus, debido a una mutación en el genoma llamada "CCR5-delta 32". Según se cree, habría aparecido hace 700 años, cuando la peste bubónica diezmó a Europa. La

teoría dice que los organismos con ese gen impiden que el virus ingrese en el glóbulo blanco. Este mecanismo es análogo al de la peste negra. El VIH se desarrolla en estas personas de manera más lenta, y han sido bautizados como "no progresores a largo plazo".

- **Saliva**

Después de la sangre, la saliva fue el segundo fluido del cuerpo donde el VIH se aisló. El origen del VIH salivar son los linfocitos infectados de las encías (gingiva). Estas células emigran dentro de la saliva en una tasa de un millón por minuto. Esta migración puede aumentar hasta 10 veces (diez millones de células por minuto) en enfermedades de la mucosa oral, las cuales son frecuentes en un huésped inmunodeficiente (tal como un individuo con infección por VIH). Estudios inmunocitoquímicos recientes muestran que en los pacientes con sida hay una concentración más alta de VIH en los linfocitos salivares que en los linfocitos de la sangre periférica. Esto sugiere que los linfocitos infectados reciben una estimulación antigénica por la flora oral (bacterias en la boca) lo que da lugar a una mayor expresión del virus" (A. Lisec, "Za zivot", izdanje "U pravi trenutak", Dakovo 1994. s.270-271.)

- **Abstinencia**

Según algunos estudios, los programas que preconizan la abstinencia sexual como método preventivo exclusivo no han demostrado su utilidad para disminuir el riesgo de contagio del virus. Edward Green, director del Aids Prevention Research Project de Harvard, asegura que "El preservativo no detiene el sida. Sólo un comportamiento sexual responsable puede hacer frente a la pandemia"

- **Monogamia**

En el África subsahariana, y otros países subdesarrollados, se ha mostrado eficaz en la lucha contra el sida el fomento de la monogamia y el retraso de la actividad sexual entre los jóvenes.

- **Tratamiento**

Actualmente existen medicamentos, llamados antirretrovirales con lo que reducen la replicación del VIH. De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas, así que aunque el sida no puede propiamente curarse, sí puede convertirse con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal. La enzima del VIH, la retrotranscriptasa, es una enzima que convierte el ARN a ADN, por lo que se ha convertido en una de las principales dianas en los tratamientos antirretrovirales.

1.2.2. Marco Conceptual

A. Técnicas de Integración Cerebral

- Técnica de un ojo por vez: Técnica en la que se compara las diferentes lecturas que cada hemisferio tiene acerca del tema problema. El objetivo es la integración de ambos hemisferios, y se agrega el escaneo de puntos de concentración de la perturbación que hubiere en el campo visual del paciente
- Técnica de los anteojos hemisféricos™: Técnica en la cual se activan, con unos anteojos especiales diseñados a tal efecto, ambos hemisferios cerebrales por separado. Se obtiene una lectura diferente del problema a tratar con cada hemisferio cerebral, permitiendo la comparación de la percepción que cada hemisferio tiene del tema, lográndose una integración de ambas lecturas, y permitiendo que en la amplia mayoría de los casos, en pocos minutos de trabajo, se reduzca drásticamente la perturbación que el sujeto traía.

B. Trauma Psicológico

- Definición Conceptual: Trauma psicológico es toda experiencia, que al ser recordada, causa perturbación (**Solvey & Solvey, 2006**).
- Definición Operacional: **Solvey & Solvey (2006)** Trauma psicológico es toda experiencia, que al ser evaluada con la Escala de Impacto de Eventos, logra una puntuación de 26 puntos o más.

C. Enfermedad VIH – Sida

El SIDA es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se trata de un retrovirus que ataca las defensas del organismo y altera la capacidad para defenderse de las enfermedades ocasionadas por otros virus, bacterias, parásitos y hongos. El sistema inmunológico agrupa diversos tipos de células, entre otras los glóbulos blancos encargados de luchar contra los agresores externos. El VIH concretamente mata a un tipo de células, los linfocitos CD4 que integran el sistema inmunológico.

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO

2.1. Hipótesis

2.1.1. Hipótesis General:

- **H1:** Las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en personas que padecen la enfermedad VIH – SIDA en la ciudad de Piura, disminuye significativamente el trauma psicológico generado por el padecimiento de la enfermedad.

2.1.2. Hipótesis Específicas:

- **H2:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos.
- **H3:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.
- **H4:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral - Un Ojo por vez, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral en el grupo experimental.

- **H5:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos.
- **H6:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.
- **H7:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral.
- **H8:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos
- **H9:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez
- **H10:** Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que

aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral - Un Ojo por vez, después de la aplicación de las Técnicas de Integración en el grupo experimental.

2.2. Variables - indicadores

2.2.1. Variable Independiente: Técnicas de Integración Cerebral

a) Técnica de un ojo por vez

Los Indicadores:

Impacto que presenta la persona que padece la enfermedad de VIH-SIDA, procedimiento básico, procedimiento avanzado I, búsqueda de Shock, búsqueda de Nudos/Saltos/Stops, procedimiento avanzado II y rechequeo final.

b) Técnicas de Anteojos Hemisféricos™

Los indicadores:

Impacto que presenta la persona que padece la enfermedad de VIH-SIDA, evaluación con ambos ojos, evaluación con ojo derecho (hemisferio izquierdo), evaluación con ojo izquierdo (hemisferio derecho), cambio alternado de hemisferios y chequeo Final.

2.2.2. Variable Dependiente:

Trauma psicológico

Los indicadores:

Síntomas de evitación y síntomas de intrusión.

2.2.3. Variables de Control

Las variables de control fueron supervisadas sobre una base de homogeneidad en las condiciones de trabajo para ambos grupos (control y experimental), procurando reducir al mínimo los elementos extraños que pudieran afectar la eficacia de la intervención y la validez de los resultados.

a) Variable Temporal

Las características del momento en que se aplican las Técnicas de Integración Cerebral que influyen sobre el cambio de la percepción de los síntomas intrusivos y evitativos generados por el evento de padecer la enfermedad de VIH-SIDA.

Indicadores:

La hora de aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral™, entre las 8 a.m. y 4 p.m.

b) Variable Espacial

Las características del ambiente en que se aplican las Técnicas de Integración Cerebral que influyen sobre el cambio de la percepción del trauma generado por el padecimiento de la enfermedad.

Indicadores:

- **Sonidos:** Se realizarán las sesiones en un ambiente donde se podía controlar adecuadamente los sonidos que hubieran podido interferir durante el transcurso de la terapia.
- **Iluminación:** Se realizarán las sesiones en un ambiente donde existe un buen acceso de luz natural y artificial que

permitió mantener en todo momento una adecuada iluminación.

- **Comodidad:** Se realizarán las sesiones en un ambiente donde hay una infraestructura adecuada, sillas cómodas y un espacio propicio que permitió brindar seguridad a los participantes del estudio.

c) Variable de control referida al investigador

El investigador, para poder realizar este proyecto, ha formado parte de un curso formativo en Técnicas de Integración Cerebral™ en una institución local de formación psicoterapéutica. La duración de dicho curso fue de 16 horas académicas.

Indicadores:

Certificado de asistencia al curso que garantiza el conocimiento teórico y práctico de las Técnicas de Integración Cerebral.

d) Variable de Participantes

Se considera los criterios de inclusión y exclusión para permitir el acceso al estudio a los participantes. Se formaron dos grupos equivalentes y homogéneos, uno experimental y otro de control, aplicándose la técnica en estudio solamente al primer grupo.

2.3. Metodología

2.3.1. Tipo de Investigación

Según Hernández, Fernández & Baptista (2006) la investigación es de tipo experimental ya que se utilizan dos grupos, uno control y otro experimental con una medición pre-test y otra medición post-test. Es decir se efectúa la medición antes y después de la aplicación de la variable independiente, en este caso las técnicas de integración cerebral en cualquiera de sus dos formas.

2.3.2. Diseño de Investigación

Para Hernández, Fernández & Baptista (2006) el diseño es de tipo experimental con preprueba-postprueba y grupo de control cuyo esquema es el siguiente:

GE O1 X1 O3

GC O2 _____ O4

Donde:

GE: Grupo experimental

GC: Grupo control

X: Técnicas de Integración Cerebral

O1 y O2: Pretest

O3 y O4: Postet

2.4. Población – Muestra

2.4.1. Población

La población está constituida por todas aquellas personas mayores de 18 años y de ambos sexos, que padecen la enfermedad de VIH-SIDA y viven en la ciudad de Piura. Estas personas han padecido el evento traumático de enterarse que padecen la enfermedad de VIH-SIDA, lo que ha generado como consecuencia una serie de síntomas intrusivos y evitativos.

Esta población se encuentra atendida por la Asociación por la Vida, una ONG que se encarga de trabajar con personas Adultos y niños que padecen la enfermedad de VIH-SIDA.

2.4.2. Muestra

En la presente investigación se utilizará el muestreo no probabilística de tipo circunstancial o sin normas **(Hernández, 2006)**. Se trabajará con una muestra de treinta (30) personas mayores de 18 años que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura, donde diez (10) de ellas participaron del grupo de control, las otras veinte (20) participaron en el grupo experimental. Este grupo experimental se dividirá en 2 grupos el primero de diez (10) personas se le aplicará la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y a los otros diez (10) se le aplicará la Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez. La posterior ubicación de los participantes en los grupos de control y experimental fue de manera aleatoria, considerando que cumplan con los criterios.

2.5. Técnicas e Instrumentos

2.5.1. Técnicas Utilizadas

El procedimiento sistematizado que se usará es encuesta en su forma de cuestionario auto-administrado.

2.5.2. Instrumento Usado: Escala de impacto de eventos

El Instrumento de medición que se utilizará para esta investigación será la “Escala de Impacto de Eventos”, cuyas especificaciones se detallan a continuación:

Nombre Original: Impact of Event Scale.

Año: 1979

Autores: Horowitz, M. y Álvarez, W.

Procedencia: Washington, Estados Unidos

Propósito: Medir el malestar generado por los eventos traumáticos a través de los síntomas evitativos e intrusivos. Evaluar el progreso terapéutico a lo largo del tiempo.

Tarea que realizar los sujetos: Marcar con una “X” en el casillero cuyo significado refleje su manera de ser más frecuente.

Tiempo de duración: No hay tiempo límite, sin embargo, se espera que dure aproximadamente entre 5 a 10 minutos.

Forma de aplicación: Individual y/o colectiva

Descripción de la Prueba: Horowitz (1979) publicó un instrumento llamado “Escala de impacto de eventos” utilizado en la medición del malestar generado por eventos traumáticos. La escala cuenta con quince ítems y tiene dos sub-escalas. Una sub-escala de intrusión, que mide los síntomas intrusivos del trauma psicológico, y otra sub-escala de evitación, que mide los síntomas de evitación del trauma psicológico.

Las alternativas de respuesta son “nunca”, “rara vez”, “a veces” y “a menudo” con una puntuación de 0, 1, 3 y 5 para cada uno respectivamente. La Escala de Impacto de Eventos (IES) se clasifica de la siguiente forma: 0 puntos para la columna “NUNCA”; 1 punto para la columna “RARA VEZ”; 3 puntos para la columna “A VECES”; 5 puntos para la columna “A MENUDO”.

Calificación: Horowitz (en Solvey & Solvey, 2006) postula que la clasificación promedio para las personas expuestas a alguna situación traumática es de 44 puntos. Otros autores (Cornell; Beaton; Solomon, en Solvey & Solvey, 2006) sugieren la siguiente puntuación para esta escala. De 0 a 8 puntos un rango sub clínico, de 9 a 25 puntos un rango leve, de 26 a 43 puntos un rango moderado y de 43 a más puntos un rango severo. Es decir, a partir de 26 puntos puede considerarse una reacción clínicamente significativa.

Confiabilidad: Tanto la información sobre confiabilidad como la validez son parte de un estudio sobre propiedades psicométricas de la Escala de Impacto de Evento publicado en British Journal of Psychiatry por Sundin, E. Horowitz, M. (2002)

Estabilidad: En el informe original sobre la Escala de Impacto de Evento (Horowitz et al, 1979), se reportó una adecuada fiabilidad de test – retest para las dos subescalas (0.87 y 0.79); el tiempo entre las mediciones fue de una semana. Los estimados test – retest fueron también presentados

por Solomon & Mikulincer (1988), quienes encontraron una fiabilidad de test – retest de 0.56 y 0.74 respectivamente; el tiempo entre mediciones fue de 1 año. Weiss & Marmar (1997) reportaron fiabilidad de test – retest para las sub-escalas de la Escala de Impacto de Evento basadas en dos muestras. Para la primera muestra, el promedio de tiempo desde el evento fue de 3.1 años y el tiempo entre mediciones fue de 6 meses. La segunda muestra completó la Escala de Impacto de Evento 6 semanas después del evento y el seguimiento fue 6 meses después. La fiabilidad del test - retest para la primera muestra fue de 0.57 para sub-escala de intrusión y 0.51 para la sub-escala de evasión; para la segunda muestra, la fiabilidad fue de 0.94 y 0.89. Estos estimados de fiabilidad de test – retest muestran que el menor intervalo de tiempo (< 0.6 semanas) entre mediciones en Horowitz et al (1979) y la segunda muestra en Weiss & Marmar (1997) contribuyen a aumentar los estimados de estabilidad comparado con los estimados obtenidos cuando se usa un mayor tiempo de intervalo (>1 año).

Validez:

Formulación Teórica

La Escala de Impacto de Evento se basa en los estudios clínicos de la respuesta psicológica a eventos estresantes, y sobre la teoría de Horowitz (1976) acerca delo síndrome de respuesta al estrés, que ofrece la comprensión de cómo las personas proceden frente al trauma. Los estudios clínicos revelan dos respuestas comunes al estrés: Intrusión y evasión. Intrusión consiste en “pensamientos e imágenes no evitadas, problemas para dormir, dolores fuertes u olas de sentimientos y comportamientos repetitivos” y evasión implica “constricción de ideas, negación de significados y consecuencias del evento, mitigación de la sensación, inhibición conductual o actividad contra – fóbica, y sensibilización de entumecimiento emocional” (Horowitz et al, 1979). De acuerdo con Horowitz (1979), intrusiones y evasiones tienden a oscilar

durante el mismo periodo de tiempo. Conductas de evasión suelen resultar de la preparación de un inconsciente proceso de control, y funciona para restaurar el equilibrio emocional, prevención emocional, prevenir la inundación emocional y reducir conceptos de desorganización. Estos esfuerzos defensivos son interrumpidos por experiencias intrusas. Tales estados temidos ponen en contraste agudamente con un estado deseado del equilibrio. Para restaurar estabilidad, la gente reacciona con un control defensivo aumentado. Puesto que no se espera que los individuos divulguen los aspectos inconscientes de los procesos del control, el término evitación fue utilizado en vez de la negación.

Validez de Contenido

Se encontraron 12 estudios que examinaron la validez de la estructura de la Escala de Impacto de Evento de dos factores, basados en los datos recogidos después de varios eventos. En tres de los diez estudios que exitosamente reprodujeron los factores de intrusión y evasión, un tercer factor fue obtenido, y este factor fue etiquetado como entumecimiento emocional” (Joseph et al, 1994; Foa et al 1995; McDonal, 1997). Los resultados de otros dos estudios sugieren una estructura subyacente con un solo factor (Hendrix et al, 1994; Weiss & Marmar, 1997). En el reporte inicial sobre la Escala de Impacto de Evento (Horowitz et al, 1979), la correlación entre la sub-escala intrusión y de evasión fue 0.41. La media de la correlación fue de 0.63, lo que sugiere que la sub-escala son relativamente independientes una de la otra, cada una representando un diferente tipo de reacción frente a eventos estresante.

Validez de Constructo

La moderada correlación entre la intrusión y la evasión obtenida en una serie de estudios que utilizan la Escala de Impacto de Evento es coherente con la predicción de Horowitz que indica que las personas

tienden a presentar un patrón oscilante de síntomas intrusivos que son seguidos por la evasión. Horowitz (1976) también postulan que los síntomas de intrusión y evasión llegarán a ser menos frecuentes con el tiempo tanto las implicaciones del evento estresante sean digeridas. Varios estudios reportaron resultados que son consistentes con esta hipótesis (e.g. Sloan et al, 1994; Nelly et al 1995). De acuerdo con Horowitz (1976), una fuerte evasión de pensamientos dolorosos puede reducir estados temidos; sin embargo, puede también prevenir la adaptación a experiencias traumáticas. Esta hipótesis fue apoyada por varios investigadores, por ejemplo McFarlane (1998) encontró que los sujetos que desarrollan Trastorno de Estrés Post Traumático a 8 meses después del trauma han reportado mayor evitación en la Escala de Impacto de Evento a 4 meses después del evento comparados con aquellos libres de Trastorno de Estrés Post Traumático.

Validez Clínica

Las revisiones de estudios que examinan la confiabilidad y validez de la Escala de Impacto de evento sugieren que la escala es un buen instrumento psicométrico, y por tanto es apropiado explorar la medida de la validez clínica. Diversos estudios mostraron que la Escala de Impacto de Evento discrimina entre personas con severas y leves reacciones de estrés. Por ejemplo, un estudio psicológico de las respuestas a las pruebas para el gen del cáncer de mama con el gen BRCA1 reportó que los portadores del gen manifestaron mayores niveles de intrusión y evasión que los no portadores (Croyle et al, 1997). Las mujeres consideran que las pruebas genéticas reportaron una angustia significativamente alta de cáncer de mama específico pero niveles similares de morbilidad psicológica en comparación con un grupo control (Lloyd et al, 1996). Estudios de otros grupos, como en personas que atraviesan duelo (e.g. Horowitz et al, 1984) y veteranos de guerra (e.g. Solomon & Kelnhauz), han mostrado que la Escala de Impacto de

Evento puede ayudar al clínico a identificar individuos que necesitan tratamiento.

Además, la Escala de Impacto de Evento ha n sido usadas en muchos tratamientos psicofármacos lógicos (e.g. Frank et al, 1998; Davidson et al, 1993; Brady et al, 1995; Rothbaum et al, 1996), y en estudios de resultados (Horowitz et al, 1984; Tunis et al, 1994; Chemtob et al, 1997; Grisaru et al, 1998), los cuales arrojan evidencias adicional de la medida de relevancia clínica.

2.6. Procedimiento

Primero, se coordinó con la Directora a cargo de la Asociación por la Vida de Piura para que otorgue el permiso para tener contacto con los pacientes que son atendidos en la institución y poderles aplicar las Técnicas de Integración Cerebral. Así mismo para que se pueda brindar cualquier otro servicio para llevar al cabo la investigación.

Luego se realizó el proceso de identificación de las personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA, para ellos se creó una base de datos para la institución y se evaluó uno a uno a los pacientes para poder detectar los casos apropiados para la investigación y se eligió a los participantes del estudio.

Una vez identificados los participantes, se procedió a evaluarlos con la Escala de Impacto de Eventos, los que cumplieron con los criterios de trauma psicológico con sus indicadores de inclusión y evitación con un puntaje mayor a 26, fueron los elegidos para la investigación.

Más adelante, y con la obtención de su consentimiento para participar en el estudio, fueron colocadas de forma aleatoria en los grupos de control y cualquiera de los dos grupos experimentales.

Después de tener los grupos establecidos se les aplicó al grupo experimental 1 las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y al grupo experimental 2 las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez para la disminución del trauma psicológico generados por el padecimiento de la enfermedad de VIH-SIDA, solamente 20 de los 30 participantes (constituyeron el grupo experimental), en una sola sesión de 45 minutos, de forma individual, en el periodo de dos mes.

Finalmente al cabo de tres semanas se les aplicó nuevamente la misma Escala de Impacto de Eventos tanto a los pacientes del los grupos experimentales como al grupo control. La realización de la parte estadística se llevó a cabo usando la hoja de cálculo Microsoft Excel.

2.7. Forma de Tratamiento de los datos

Los resultados serán descritos de modo narrativo y presentado en tabla unidimensional y bidimensional acompañados de gráficos. Aplicando el método de la T de Student con ayuda de la hoja de cálculo de Microsoft Excel.

Los datos serán procesados con ayuda del programa SPSS 19 y base de datos Excel para la aplicación del Método de T de Student y conocer si existen diferencias significativas entre las hipótesis anteriormente planteadas.

CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Con el fin de dar respuesta a cada una de las interrogantes e hipótesis planteadas, se contrastó la media de los sujetos de los grupos experimentales entre sí y con el grupo de control, **antes** y **después** de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura, hizo uso de la “t” de Student para muestras independientes, con el propósito de determinar los efectos de las Técnicas de Integración Cerebral en la disminución del **Trauma Psicológico** de las personas con VIH- SIDA.

CUADRO N° 01

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura

Pre-Test Grupo Experimental / Pre Test: Grupo Control

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Experimental	10	50.9	11.8072	0.732525	No Significativo
Control	10	54.5			

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

CUADRO N° 02

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura

Pre-Test Grupo Experimental / Pre Test: Grupo Control

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Experimental	10	50.7	12.2805	0.743422	No Significativo
Control	10	54.5			

CUADRO N° 03

Comparación del Promedio de Puntajes de los Grupos Experimentales “TIC – Un Ojo por Vez” y “TIC – Anteojos Hemisféricos” **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Pre-Test Grupo Experimental TIC – Un Ojo por Vez / Pre Test: Grupo Experimental TIC – Anteojos Hemisféricos

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Ojo por Vez	10	50.9	12.62933	0.038046	No Significativo
Anteojos Hemisféricos	10	50.7			

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

No se observaron diferencias significativas **antes** de la aplicación de las Técnicas. Denotando que el primer caso “Técnicas Integración Cerebral Un Ojo por Vez” se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 0.732525 (no significativo). De igual manera en el segundo caso “Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos” se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 0.7434228 (no significativo). Además en el tercer caso “Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos” entre sí, se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 0.03804 (no significativo).

Es decir, los grupos no presentaron mayores **diferencias, lo cual resulta importante y demuestra que los cambios producidos podrían ser atribuidos única y exclusivamente a los efectos de las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos en la disminución del Trauma Psicológico.**

CUADRO N° 04

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Post-Test Grupo Experimental / Post Test: Grupo Control

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Experimental	10	11.6	8.621671	11.59232	Significativo
Control	10	53.2			

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

CUADRO N° 05

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Post-Test Grupo Experimental / Post Test: Grupo Control

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Experimental	10	19.0	10.82076	7.59341	Significativo
Control	10	53.2			

CUADRO N° 06

Comparación del Promedio de Puntajes de los Grupos Experimentales “TIC – Un Ojo por Vez” y “TIC – Anteojos Hemisféricos” **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral” en la disminución **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Post-Test Grupo Experimental TIC – Un Ojo por Vez / Post Test: Grupo Experimental TIC – Anteojos Hemisféricos

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Ojo por Vez	10	11.6	6.82479	- 2.60502	Significativo
Anteojos Hemisféricos	10	19.0			

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

La comparación de los grupos Experimentales y del grupo control **después** de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura, también se realizó la “t” de Student para muestras independientes.

Denotando que el primer caso “Técnicas Integración Cerebral Un Ojo por Vez” se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 11.592323 significativo al 0.01. De igual manera en el segundo caso “Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos” se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 7.593414 significativo al 0.01. Además en el tercer caso “Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos” entre sí, se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: -2.605021 significativo al 0.05.

Demostrando que si hubieron cambios significativos después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos en la disminución del trauma Psicológico. Además que las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez disminuyeron más el Trauma Psicológico.

CUADRO N° 07

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental “TIC – Un Ojo por Vez”, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Pre-Test Grupo Experimental TIC - Ojo por Vez / Post Test: Grupo Experimental TIC - Ojo por Vez

GRUPO	N	M	D.S.	To	G.S.
Pre Test	10	39.3	12.4190	10.006	Significativo
Post Test	10				

CUADRO N° 08

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental “TIC – Anteojos Hemisféricos”, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Pre-Test Grupo Experimental TIC – Anteojos Hemisféricos / Post Test: Grupo Experimental TIC – Anteojos Hemisféricos

GRUPO	N	M	D.S.	To	G.S.
Pre Test	10	31.7	12.1659	8.2397	Significativo
Post Test	10				

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

CUADRO N° 09

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Contro, **antes y después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral –Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos” en la disminución del **Trauma Psicológico** generado en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Pre-Test Grupo Control / Post Test: Grupo Control

GRUPO	N	M	D.S.	To	G.S.
Pre Test	10	1.3	4.1646	0.9871	No Significativo
Post Test	10				

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

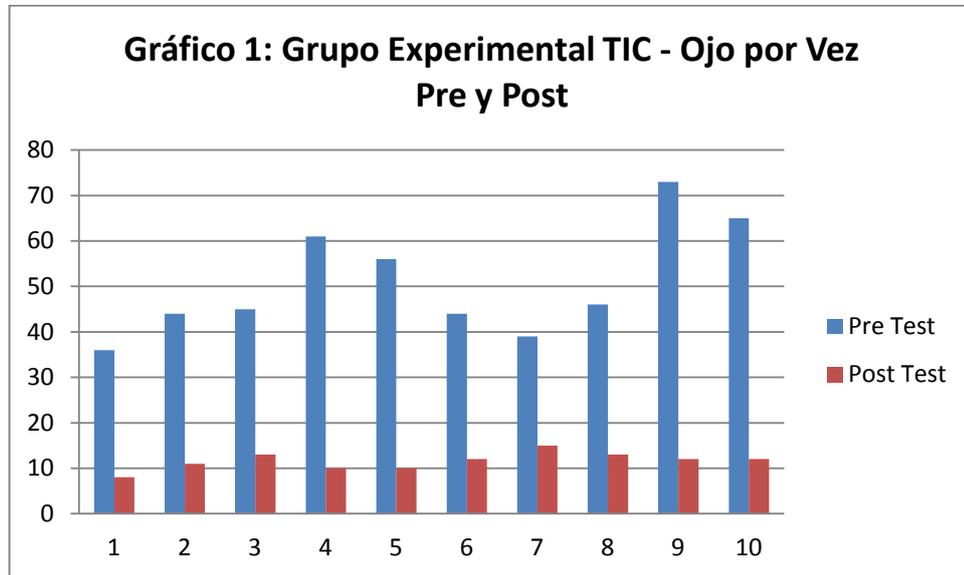
Al realizar el análisis, entre la evaluación **pre test** y la evaluación **post test** de los grupos experimentales y grupo control.

Que en el primer grupo experimental “Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” obtuvo un puntaje “t” de Student de 10.0069 mostrando cambios significativos al 0.01 De igual forma el segundo grupo experimental “Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” obtuvo un puntaje “t” de Student de 8.2397 mostrando cambios significativos al 0.01. Por otro lado el grupo control obtuvo un puntaje “t” de Student de 0.9871 lo cual demuestra que no hubo cambios significativos.

Al analizar estos resultados se puede llegar a la conclusión **que si hubo cambios significativos en los grupos experimentales después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos en la disminución del trauma Psicológico.**

Gráfico N°1

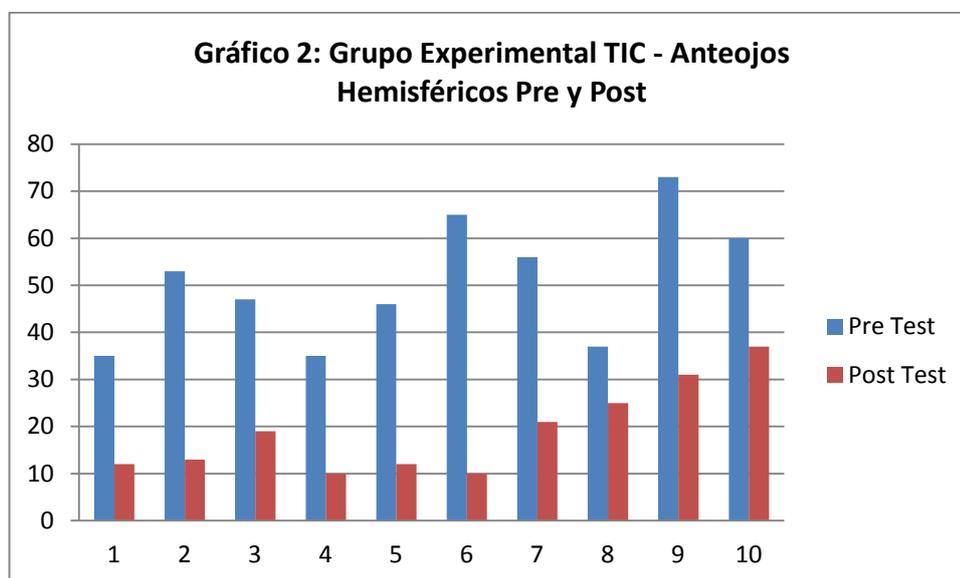
Pre Test y Post Test Grupo Experimental “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en el **Trauma Psicológico**



En el gráfico se puede corroborar los resultados de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Ojo por Vez, donde se puede observar en simple vista que el grupo experimental presenta resultados de diferencias estadísticamente significativas 0.01 entre el puntaje de Pre Test y Post Test en la disminución del **Trauma Psicológico**.

Gráfico N°2

Pre Test y Post Test Grupo Experimental “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en el **Trauma Psicológico**



En el gráfico se puede corroborar los resultados de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos, donde se puede observar en simple vista que el grupo experimental presenta resultados de diferencias estadísticamente significativas 0.01 entre el puntaje de Pre Test y Post Test en la disminución del **Trauma Psicológico**.

Continuando con las respuestas a cada una de las interrogantes e hipótesis planteadas, se contrastó la media de los sujetos de los grupos experimentales entre sí y con el grupo de control, **antes** y **después** de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura, hizo uso de la “t” de Student para muestras independientes, con el propósito de determinar los efectos de las Técnicas de Integración Cerebral en la disminución de los **Síntomas Intrusivos** de las personas con VIH- SIDA.

CUADRO N° 10

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura

Pre-Test Grupo Experimental / Pre Test: Grupo Control

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Experimental	10	50.9	11.8072	0.732525	No Significativo
Control	10	54.5			

CUADRO N° 11

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura

Pre-Test Grupo Experimental / Pre Test: Grupo Control

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Experimental	10	50.7	12.2805	0.743422	No Significativo
Control	10	54.5			

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

CUADRO N° 12

Comparación del Promedio de Puntajes de los Grupos Experimentales “TIC – Un Ojo por Vez” y “TIC – Anteojos Hemisféricos” **antes** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Pre-Test Grupo Experimental TIC – Un Ojo por Vez / Pre Test: Grupo Experimental TIC – Anteojos Hemisféricos

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Ojo por Vez	10	50.9	12.62933	0.038046	No Significativo
Anteojos Hemisféricos	10	50.7			

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

No se observaron diferencias significativas **antes** de la aplicación de las Técnicas. Denotando que el primer caso “Técnicas Integración Cerebral Un Ojo por Vez” se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 0.732525 (no significativo). De igual manera en el segundo caso “Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos” se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 0.7434228 (no significativo). Además en el tercer caso “Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos” entre sí, se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 0.03804 (no significativo).

Es decir, los grupos no presentaron mayores **diferencias, lo cual resulta importante y demuestra que los cambios producidos podrían ser atribuidos única y exclusivamente a los efectos de las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos en la disminución de los Síntomas Evitativos e Intrusivos.**

CUADRO N° 13

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental “TIC – Un Ojo por Vez”, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Pre-Test Grupo Experimental TIC - Ojo por Vez / Post Test: Grupo Experimental TIC - Ojo por Vez

GRUPO	N	M	D.S.	To	G.S.
Pre Test	10	39.3	12.4190	10.006	Significativo
Post Test	10				

CUADRO N° 14

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental “TIC – Anteojos Hemisféricos”, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Pre-Test Grupo Experimental TIC – Anteojos Hemisféricos / Post Test: Grupo Experimental TIC – Anteojos Hemisféricos

GRUPO	N	M	D.S.	To	G.S.
Pre Test	10	31.7	12.1659	8.2397	Significativo
Post Test	10				

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

CUADRO N° 15

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Control, **antes** y **después** de la aplicación “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Pre-Test Grupo Control / Post Test: Grupo Control

GRUPO	N	M	D.S.	To	G.S.
Pre Test	10	1.3	4.1646	0.9871	No Significativo
Post Test	10				

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

Al realizar el análisis, entre la evaluación **pre test** y la evaluación **post test** de los grupos experimentales y grupo control.

Que en el primer grupo experimental “Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” obtuvo un puntaje “t” de Student de 10.0069 mostrando cambios significativos al 0.01 De igual forma el segundo grupo experimental “Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” obtuvo un puntaje “t” de Student de 8.2397 mostrando cambios significativos al 0.01. Por otro lado el grupo control obtuvo un puntaje “t” de Student de 0.9871 lo cual demuestra que no hubo cambios significativos.

Al analizar estos resultados se puede llegar a la conclusión **que si hubo cambios significativos en los grupos experimentales después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos en la disminución de los Síntomas Evitativos e Intrusivos.**

CUADRO N° 16

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Post-Test Grupo Experimental / Post Test: Grupo Control

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Experimental	10	11.6	8.621671	11.59232	Significativo
Control	10	53.2			

CUADRO N° 17

Comparación del Promedio de Puntajes del Grupo Experimental y del Grupo Control **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Post-Test Grupo Experimental / Post Test: Grupo Control

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Experimental	10	19.0	10.82076	7.59341	Significativo
Control	10	53.2			

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

CUADRO N° 18

Comparación del Promedio de Puntajes de los Grupos Experimentales “TIC – Un Ojo por Vez” y “TIC – Anteojos Hemisféricos” **después** de la aplicación de la “Técnica de Integración Cerebral” en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos** generados en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

Post-Test Grupo Experimental TIC – Un Ojo por Vez / Post Test: Grupo Experimental TIC – Anteojos Hemisféricos

GRUPO	N	X	D.S.	To	G.S.
Ojo por Vez	10	11.6	6.82479	- 2.60502	Significativo
Anteojos Hemisféricos	10	19.0			

Fuente

N: Tamaño de Muestra X: Promedio

D.S.: Desviación Estándar To: Valor “T”

La comparación de los grupos Experimentales y del grupo control **después** de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura, también se realizó la “t” de Student para muestras independientes.

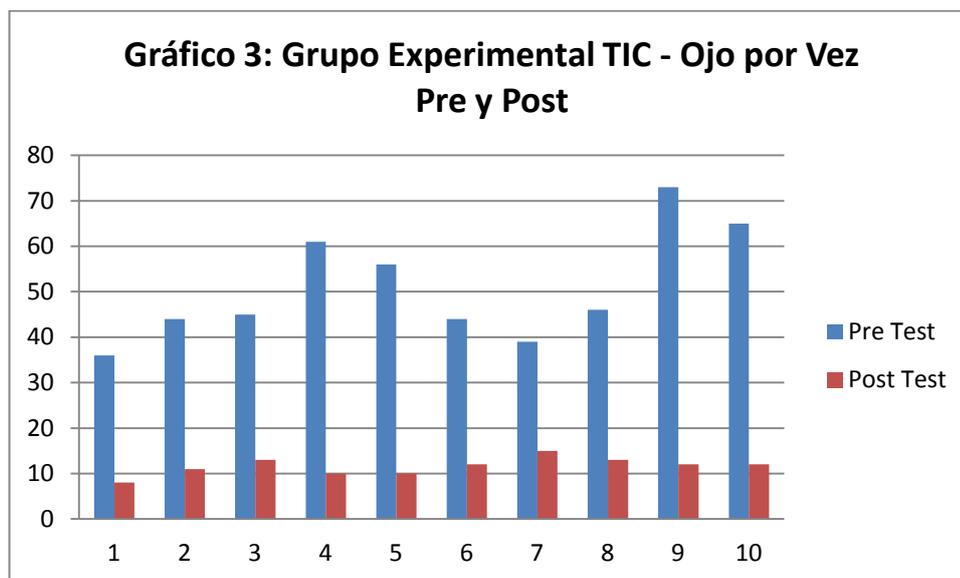
Denotando que el primer caso “Técnicas Integración Cerebral Un Ojo por Vez” se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 11.592323 significativo al 0.01. De igual manera en el segundo caso “Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos” se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: 7.593414 significativo al 0.01. Además en el tercer caso “Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos” entre sí, se obtuvo la “t” de Student, la cual equivale a: -2.605021 significativo al 0.05.

Demostrando que si hubieron cambios significativos después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y

Anteojos Hemisféricos en la disminución de los Síntomas Evitativos e Intrusivos. Además que las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez disminuyó más los Síntomas Evitativos e Intrusivos.

Gráfico N°3

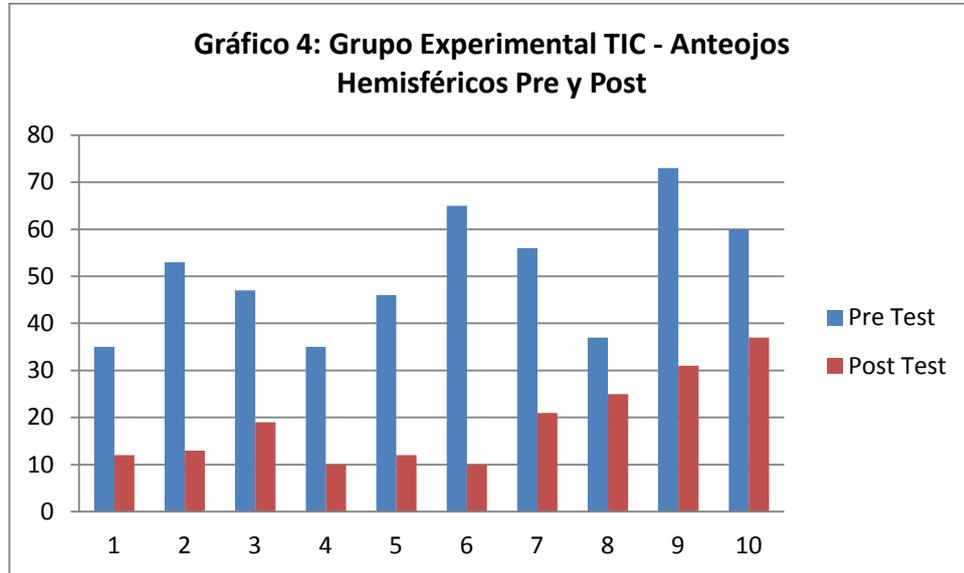
Pre Test y Post Test Grupo Experimental “Técnica de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez” en los **Síntomas Evitativos e Intrusivos**



En el gráfico se puede corroborar los resultados de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Ojo por Vez, donde se puede observar en simple vista que el grupo experimental presenta resultados de diferencias estadísticamente significativas 0.01 entre el puntaje de Pre Test y Post Test en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos**.

Gráfico N°4

Pre Test y Post Test Grupo Experimental “Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos” en los **Síntomas Evitativos e Intrusivos**.



En el gráfico se puede corroborar los resultados de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos, donde se puede observar en simple vista que el grupo experimental presenta resultados de diferencias estadísticamente significativas 0.01 entre el puntaje de Pre Test y Post Test en la disminución de los **Síntomas Evitativos e Intrusivos**.

CAPITULO IV: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

CAPITULO IV: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados encontrados, estamos en la capacidad de:

4.1. HIPÓTESIS GENERAL:

Se acepta la Hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula:

H1: Las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura, disminuyen significativamente el trauma psicológico generado por el padecimiento de la enfermedad.

4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA:

Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna:

H2: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos.

Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna:

H3: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.

Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna:

H4: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral - Un Ojo por vez, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral en el grupo experimental.

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula:

H5: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos.

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula:

H6: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.

Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna:

H7: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral.

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula:

H8: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula:

H9: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez

Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula:

H10: Existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral - Un Ojo por vez, después de la aplicación de las Técnicas de Integración en el grupo experimental.

**CAPITULO V: DISCUSIÓN DE
RESULTADOS**

CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El trauma psicológico en las personas con VIH es motivo clave de la esta investigación, ya que ha existido muy poco interés en el paso de los años de como curar el trauma psicológico en las personas, pues los investigadores estaban más interesados en estudiar al trauma psicológico, que en comprobar el funcionamiento de técnicas terapéuticas eficaces para la resolución de este.

Favorablemente, en los últimos años se han ido desarrollando y perfeccionando técnicas basadas en teorías novedosas, llamadas técnicas de avanzada siendo uno de ellas las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez. Es por eso que una manera de reducir este trauma psicológico en las personas con VIH/SIDA la investigación tuvo como objetivo primordial: "Determinar si la aplicación de las técnicas de integración cerebral en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura, influye significativamente en la disminución del trauma psicológico generado por el padecimiento de la enfermedad y cuál de ellas, Anteojos Hemisféricos o Un Ojo por Vez, es más efectiva."; el mismo que fue alcanzado satisfactoriamente.

Entonces, al examinar nuestra **H1** hipótesis general que refiere que *Las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en personas que padecen la enfermedad VIH-SIDA en la ciudad de Piura, disminuyen significativamente el trauma psicológico generado por el padecimiento de la enfermedad.* Podemos afirmar que se acepta la Hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula; ya que al corroborar resultados después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez en los grupos experimentales se obtuvieron resultados significativos ($SIG=0.01$); lo que nos demuestra que si hubieron cambios productivos en el grupo experimental. El grupo experimental disminuyó la perturbación producto de la enfermedad, es decir

las personas que antes se sentían muy afectadas emocionalmente cada vez que recordaban su enfermedad, utilizando las palabras que ellos referían en su mayoría se sentían “liberados” o “sin la carga encima”, ya no soñaban con el problema, se sentían mucho más capaces para hacer las cosas y salir adelante. Este resultado es similar al obtenido en la investigación de **Shimajuko (2009)** titulada “Efectos de las técnicas de integración cerebral en la disminución del malestar asociado a eventos traumáticos en pacientes con miedo al cáncer de la clínica ginecológica “Dulce Despertar”, Trujillo” cuyo resultado final fue que el trauma psicológico disminuyeron significativamente gracias a la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez.

Este resultado favorable encontrado está ligado a la teoría de **Solvey. & Solvey R. (2007)** donde se postula que si un hemisferio (el dominante) almacena los recursos, los sentimientos y creencias positivas, y el otro almacena los traumas, los sentimientos y creencias negativas, entonces al activar los hemisferios alternada y secuencialmente, se producirá una estimulación rápida y secuencial de los mismo, lo cual producirá un flujo de información (la de cada hemisferio en particular) a través del cuerpo calloso, entre uno y otro. Rápidamente se irán entonces cotejando y ligando las creencias negativas y las soluciones o recursos que el paciente posee (la visión positiva con la negativa) hasta lograr una integración con ambas “miradas”, modificándose cogniciones y sentimientos, de una manera realista, factible y adaptativa.

A continuación se procederá a la descripción de los resultados encontrados con respecto a la hipótesis específica.

En relación a las tres primeras hipótesis específicas referidas a los síntomas evitativos e intrusivos que se mencionan a continuación **H2 existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura**

*pertenecientes al grupo control y experimental, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos., H3 existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez y H4 existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral - Un Ojo por vez, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral en el grupo experimental. Podemos afirmar que se acepta la Hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna en los tres casos, ya que se compararon los grupos experimentales y el grupo control entre sí para conocer si existían diferencias significativas de los síntomas intrusivos y evitativos **antes** de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral, se obtuvieron resultados No Significativos, **lo cual resulta importante y demuestra que los cambios producidos podrían ser atribuidos única y exclusivamente a los efectos de las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos en la disminución de los Síntomas Intrusivos y Evitativos.***

En relación a las tres primeras hipótesis específicas referidas a los síntomas evitativos e intrusivos que se mencionan a continuación **H5 existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y H6 existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.** Podemos afirmar

que se acepta la Hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula en ambos casos. Ya que al comparar los resultados antes y después de los grupos experimentales Técnica de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y las Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez se encontraron diferencias significativas, ambos con una significancia al 0.01. Lo cual nos demuestra que las Técnicas de Integración Cerebral son muy efectivas para disminuir los síntomas intrusivos y evitativos.

Donde se disminuyeron en gran cantidad su inhibición conductual, conciencia de insensibilidad y sobre todo los pensamientos e imágenes sobrevenidas espontáneamente y de forma recurrente, remordimientos u oleadas de sentimientos de culpa producto de la enfermedad.

Este resultado se explica **Roger Sperry, Eran Zaidel y Fredric Schiffer** manifiestan que los recuerdos traumáticos y sus síntomas se alojan en el hemisferio derecho o no dominante, mientras que en el hemisferio izquierdo o dominante se almacena recuerdos, creencias y pensamientos positivos. Los síntomas perturbadores son producto del punto de vista negativo del hemisferio derecho o no dominante acerca de la situación del pasado (Schiffer y Solvey P. & Solvey R.) Cada vez que se evoca recuerdo traumático se activa el hemisferio derecho o no dominante, desactivando o inhibiendo al hemisferio izquierdo o dominante el cuál posee los recursos necesarios para ver la situación desde una perspectiva más realista y positiva (Schiffer y Solvey P. & Solvey R.) No hay ningún desequilibrio en el cerebro al tener sólo uno de sus hemisferios activados durante cierto periodo de tiempo, así sea el hemisferio derecho o no dominante, ya que cada hemisferio por separado es una entidad mental completa, capaz de aprender, reconocer y expresarse (Roger Sperry). Sin embargo, una forma de poder activar al hemisferio izquierdo o dominante durante el transcurso de la evocación de recuerdo traumático, es la activación hemisférica a través de estímulos externos (Zaidel, Schiffer y Solvey P. & Solvey R.) Al activarse el hemisferio dominante o “positivo”, lo que sucederá es que el hemisferio contrario o “negativo”, tendrá acceso a los recursos del primero. Esto

generará una integración hemisférica, que hará que los pensamientos negativos del hemisferio no dominante se empiecen a mezclar con los pensamientos positivos del hemisferio dominante, generando al final una perspectiva equilibrada de la situación en base a este cotejo de información (Fredric Schiffer y Solvey P. & Solvey R.).

También las hipótesis específicas **H8** refiere que *existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos* y **H9** refiere que *existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez*. Podemos afirmar que se acepta la Hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula en ambos casos, ya que al comparar los resultados de los grupos experimentales con el grupo control después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez respectivamente, se encontraron diferencias significativas en ambos casos, con una significancia de 0.01. Este resultado es similar al obtenido en la investigación de **Córdova & Reusche (2010)** titulada “Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos contribuyen en la disminución de los síntomas evitativos e intrusivos generados en mujeres víctimas de abuso sexual de una institución educativa estatal de la ciudad de Piura” donde se logró comprobar que efectivamente que al comparar el grupo control y grupo experimental si existieron diferencias significativas, disminuyendo los síntomas evitativos e intrusivos gracias a la Técnicas de Integración Cerebral.

Por último en la **H10** refiere que *existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de*

VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral - Un Ojo por vez, después de la aplicación de las Técnicas de Integración en el grupo experimental, podemos afirmar que se acepta la Hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Ya que al comparar ambos grupos experimentales entre sí, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez respectivamente se encontraron diferencias significativas ($SIG=0.05$). Lo que demuestra que la Técnica de Integración Cerebral Un Ojo por Vez disminuyó en mayor nivel los síntomas Intrusivos y evitativos en las personas que padecen VIH/SIDA en la ciudad de Piura.

Los resultados favorables obtenidos en el presente estudio representan un incentivo más, para depositar nuestra confianza en las Técnicas de Integración Cerebral Anteojos Hemisféricos y Un Ojo por Vez, como una herramienta terapéutica eficaz y prometedora en la disminución del trauma psicológico, en este caso generado producto de una enfermedad tan peligrosa como es el VIH/SIDA.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- a) Si se aplica las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez en personas que padecen VIH/SIDA en la ciudad de Piura, entonces el trauma psicológico producto de padecer la enfermedad disminuye significativamente.
- b) Si se aplica las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos en personas que padecen VIH/SIDA en la ciudad de Piura, entonces el trauma psicológico producto de padecer la enfermedad disminuye significativamente.
- c) No existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos.
- d) No existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.
- e) No existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral - Un Ojo por vez, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral en el grupo experimental.
- f) Si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y

después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos.

- g) Si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo experimental, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.
- h) No existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control, antes y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral.
- i) Si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos
- j) Si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo control y experimental, después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez.
- k) Si existen diferencias significativas entre los síntomas evitativos e intrusivos de personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura pertenecientes al grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral – Anteojos Hemisféricos y el grupo que aplica la Técnica de Integración Cerebral - Un Ojo por vez, después de la aplicación de las Técnicas de Integración en el grupo experimental.

- l) Con una sesión terapéutica, aplicando las Técnicas de Integración Cerebral – Un Ojo por Vez se puede evidenciar una disminución significativa del trauma psicológico y sus síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura.
- m) Con una sesión terapéutica, aplicando las Técnicas de Integración Cerebral – Anteos Hemisféricos se puede evidenciar una disminución significativa del trauma psicológico y sus síntomas evitativos e intrusivos en personas que padecen la enfermedad de VIH-SIDA en la ciudad de Piura.

6.2. Recomendaciones

- a)** Difundir la Técnicas de Integración Cerebral Un Ojo por Vez y Anteojos Hemisféricos, dada la eficacia encontrada en la disminución del trauma psicológicos generado por padecer la enfermedad de VIH/SIDA, para el beneficio de las Instituciones de Salud Públicas y Privadas que cuente con poblaciones con este diagnóstico.
- b)** Capacitar por parte de los directores de instituciones de salud en especial los hospitales donde dan los resultados de VIH y trabajan con pacientes afectados por esta enfermedad, para que así dispongan de una herramienta terapéutica rápida, sencilla y eficaz, contribuyendo de esta forma con personas que no cuentan con el tiempo ni con el dinero para someterse a una terapia psicológica tradicional pero que están ansiosas de poder disminuir sus síntomas psicológicos generados por el impacto del evento traumático.
- c)** Realizar nuevas investigaciones a nivel local y nacional de las variables de estudio, para así tener mayor información comprobada y validez de las mismas.
- d)** Realizar nuevas investigaciones a nivel local y nacional de las técnicas aplicadas en otros problemas y de esta forma tener más resultados sobre la eficacia de estas Técnicas.

**CAPITULO VII: REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aurore Sabouraud – Séguin (2003) – Cómo superar el trauma Psicológico. Síntesis Editorial.
2. Bobes, G., Bausoño, G., Calcedo B. & Gonzales G. (2000). Trastorno de Estrés Post Traumático. Barcelona. Masson. S.A.
3. Cazabat, E. (2002). “Un breve recorrido a la traumática historia del estudio del trauma psicológico”. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, núm. 1, p. 38-41
4. Chávez G. (2008) – Guía metodológica para la elaboración de proyectos e informes de tesis para estudiantes de psicología de la UCV. Universidad César Vallejo de Trujillo. Editorial Vallejiana.
5. Córdova y Reusche (2010) – “Efectividad de las Técnicas de Integración cerebral – Anteojos Hemisféricos en la disminución de los síntomas evitativos e intrusivos generados en mujer víctimas de abuso sexual” Tesis para optar por el título de licenciado en psicología, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
6. Días & Vásquez (2007) – “Efectividad de las técnicas de integración cerebral para la resolución del trauma psicológico en alumnos de la U.C.V.” – Tesis para optar por el título de licenciado en psicología, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.
7. Horowitz, M y Alvarez, W. (1979) Impact of Event Scale. A measure of Subjetive Stress. Psychosomatic Medicine.
8. Horowitz M. & Sundin E. (2002) Impact of Event Scale: Psychometric Properties. British Journal of Psychiatry, edition 180, p. 205-209.
9. Ignacio Martín-Baró, Joaquín Samayoa (1990) – Psicología Social de la Guerra: Trauma y Terapia. UCA Editores.
10. Shimajuko (2009) – “Efectos de las técnicas de integración cerebral en la disminución del malestar asociado a eventos traumáticos en paciente con miedo al cáncer de la clínica ginecológica “Dulce Despertar”, Trujillo. Tesis para optar por el título de licenciado en psicología, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú.

11. Solvey P. & Solvey R. (2006) – Terapias de Avanzada Vol. 1 y 2.
Buenos Aires. Ricardo Vergara Ediciones.
12. Solvey P. & Solver R. (2007) – Técnicas de Integración Cerebral (TIC)
Técnicas de los Anteojos y Técnica de un Ojo por Vez – Manual de
Entrenamiento – Terapias de Avanzada.

Linkografía

1. OMS (2003) La epidemia mundial de SIDA no muestra signos de ceder - el número de infecciones por el VIH y de defunciones por SIDA, más alto que nunca.
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/prunaids/es/>
2. Sistemas Naciones Unidas en el Perú (2011) Lucha contra el VIH-SIDA
<http://www.onu.org.pe/Publico/infocus/luchacontrasida.aspx>

**CAPITULO VII: REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**