

INVESTIGACIONES ORIGINALES

TÉCNICAS DE INTEGRACIÓN CEREBRAL PARA DISMINUIR EL MALESTAR ASOCIADO AL TRAUMA EN PACIENTES CON MIEDO AL CÁNCER

Shimajuko Miyasato Akemi Yvette¹

RESUMEN

El trabajo, de diseño de tipo experimental con pre prueba – posprueba 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.

Palabras Claves: Malestar asociado a eventos traumáticos, Técnicas de Integración CerebralTM, síntomas de evitación, síntomas de intrusión.

TECHNIQUES OF CEREBRAL INTEGRATION FOR DISCOMFORT DECREASE ASSOCIATE TO TRAUMATIC EVENTS IN CANCER FEAR PATIENT

ABSTRACT

The present research, of experimental design with pre and postest and control group, explores the effect of the techniques of cerebral integration for discomfort decrease associate to traumatic events in cancer fear in women patient attended in “Dulce Despertar” gynecological Clinic of Trujillo. For such an intention one worked with a sample of five participants for every group, the experimental one and another control to whom there was applied the Scale of Impact of Events, then to the experimental group to applied techniques of cerebral integration; being in use the statistical formula t Student. Among the obtained results is observed that significant differences between the post exist measurements between the groups control and experimentally, so much worldwide of discomfort decrease associate to traumatic events, as well as in the symptoms of intrusion and avoidance.

Key words: Traumatic events, Techniques of Cerebral Integration, symptoms of avoidance, symptoms of intrusion.

GEHIRN INTEGRATION TECHNIKEN, UM DIE BESCHWERDEN ASSOZIIERTES TRAUMA BEI PATIENTEN MIT ANGST VOR KREBS ZU REDUZIEREN

ZUSAMMENFASSUNG

Die Arbeit, experimentelles Design mit Pre- und Posttest sowie Kontrollgruppe, untersucht die Auswirkungen der zerebralen Integration Techniken bei der Verringerung der Beschwerden mit traumatischen Ereignissen bei Patienten mit Angst vor Krebs an der gynäkologischen Klinik Dulce Despertar, verbunden von denen fünf für die experimentelle Gruppe und fünf in der Kontrollgruppe gelenk wurden, zu denen die Schlagereignissen Skala angewendet wurde. Anschließend hat die experimentelle Gruppe Brain Integration Techniques durchgelaufen. Aus den Daten, mit dem Studentt-Test bearbeitet, schließen wir, dass die Technik bei der Verringerung der Beschwerden mit traumatischen Ereignisse der Angst vor Krebs, besonders wirksam ist.

Stichworten: Unbehagen mit traumatischen Ereignissen verbunden, Gehirn Integration Techniquen TM, Symptome der Vermeidung und Intrusion-Symptome.

I. INTRODUCCIÓN

El trauma es una realidad presente a lo largo de la historia de la humanidad y su estudio está íntimamente relacionado con el desarrollo de acontecimientos sociales, políticos y culturales, desde casos de tortura, secuestro, guerras, situaciones de abuso sexual, violencia doméstica, desastres naturales, hasta enfermedades nuevas y alarmantes que transitan en la sociedad.

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.

En las últimas décadas sustentados en los movimientos antibelicistas y pacifistas durante las grandes guerras de este siglo (primera y segunda guerras mundiales, Corea y finalmente Vietnam), y el estudio de las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, ha crecido el interés en el estudio del trauma psicológico, sus

consecuencias y su tratamiento.

En el ámbito nacional, el estudio del trauma psicológico ha estado relacionado a las consecuencias de los hechos sociales tales como el terrorismo, violencia estructural o conflictos armados con países fronterizos y a los efectos de los desastres naturales. Al igual que las investigaciones internacionales, están encaminadas al estudio teórico del trauma psicológico y desvinculado del estudio del tratamiento de éste. Las investigaciones han estado mayormente enfocadas al aspecto psicosocial, y no al clínico.

A nivel local, sólo existe un estudio que investiga el trauma psicológico como concepto y su terapéutica validando Técnicas de Avanzada, ya que el interés de la mayoría de las investigaciones realizadas en nuestra localidad se ha conducido al estudio de poblaciones víctimas de violencia estructural y víctimas de trauma psicológico, enfocándose en sus características y consecuencias.

Favorablemente, en los últimos años se han ido desarrollando y perfeccionando técnicas basadas en teorías novedosas, como la neurofisiología y la psicología de la energía, con el propósito de aliviar el trauma psicológico, miedo patológico, la fobia, la

ansiedad, etc., en un periodo bastante breve, reduciendo costos y sufrimiento.

Por eso, se ha considerado la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral conocidas como Técnica de Un Ojo por Vez y la Técnica de los Anteojos hemisféricos. Parten de la premisa: “los traumas se deben a la falta de sincronía entre ambos hemisferios cerebrales. Esto se debería a la intensidad de la experiencia vivida, que agudiza y acentúa las diferencias funcionales interhemisféricas 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 (izquierdo: análisis, comprensión e integración). Este “eclipse” interhemisférico 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.” (Vásquez & Mendo, 2007).

La aplicación de estas técnicas permite que la información de ambos hemisferios se integre. Se logra así que las perturbaciones, ante algún hecho traumático, desaparezcan. A partir de esta integración se obtiene una visión más realista del problema, libre de perturbaciones y distorsiones; también se mantienen los cambios en el tiempo y sin retorno de la patología.

A pesar de que las Técnicas de Integración Cerebral™ (TIC) son un tratamiento con comprobada eficacia clínica para la resolución del trauma psicológico no cuentan con un amplio sustento metodológico que las avale ni son muy conocidos por los profesionales dedicados a la psicoterapia. La intención de

la presente investigación es demostrar, a nivel metodológico, la eficacia de las TIC para el alivio del malestar asociado a eventos traumáticos en pacientes con miedo al cáncer. Para tal fin se ha definido al malestar asociado a eventos traumáticos como cualquier experiencia pasada que, al ser recordada, perturba significativamente. Las técnicas utilizadas en el procedimiento de investigación fueron las *Técnicas de Un Ojo por Vez y la Técnica de los Anteojos Hemisféricos*, siguiendo el procedimiento protocolizado.

A la fecha existe una investigación que valida las Técnicas de Integración Cerebral™ (Díaz & Vásquez, 2008). Sin embargo, en Latinoamérica hay pocas investigaciones que traten sobre el malestar asociado a eventos traumáticos como variable. Solo existen algunos trabajos publicados en EE.UU y Europa.

La *hipótesis* científica planteada es: si se aplican las Técnicas de Integración Cerebral a pacientes con miedo al cáncer, entonces disminuirá el malestar asociado al trauma en comparación con quienes no la recibieron.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación y diseño

La investigación es de tipo experimental y el diseño es con preprueba-posprueba y grupo de control con asignación aleatoria.

Participantes

La población está constituida por 30 pacientes atendidas en la clínica ginecológica Dulce Despertar de Trujillo, quienes manifestaron su miedo a padecer cáncer entre los meses de mayo – junio del 2008. Las pacientes en estudio sufrieron un hecho traumático en el pasado, el cual generó en ellas miedo al cáncer. Dentro de los eventos traumáticos vividos se consideran: traumas infantiles, muerte de un ser querido, el ver el sufrimiento de un familiar enfermo, etc.

Por la naturaleza de la investigación, la población bajo estudio quedó distribuida en dos grupos: experimental y control, trabajándose con una muestra obtenida mediante el muestreo aleatorio probabilístico sistemático a partir de que las pacientes cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de la clínica ginecológica “Dulce Despertar” de la ciudad de Trujillo con un puntaje de 26 o más en la Escala de Impacto de Eventos y con edades entre los 18 y 65 años. Aceptaron participar voluntariamente. Se excluyeron del estudio a pacientes con padecimientos psiquiátricos asociados, los sometidos a tratamiento farmacológico para la reducción de la ansiedad o pacientes con antiguo diagnóstico de cáncer.

Instrumento

Horowitz (1979) en Solvey & Solvey (2006) 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 subescalas. Una subescala de intrusión (1,4,5,6,10,11,14) que mide los síntomas intrusivos del trauma psicológico, y otra subescala de evitación (2,3,7,8,9,12,13,15) que mide los síntomas de evitación del trauma psicológico.

Horowitz (en Solvey & Solvey, 2006) postula que la clasificación promedio para las personas expuestas a alguna situación traumática es de 44 puntos. Otros autores (Corneil, Beaton & Solomon, en Solvey & Solvey, 2006) sugieren la siguiente puntuación para esta escala: de 0 a 8 puntos un rango sub clínico; de nueve a veinticinco 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.

Es necesario aclarar que esta escala no es utilizada como instrumento diagnóstico ni como evaluador de la funcionalidad de la persona, sino como un instrumento útil para medir el progreso terapéutico.

Procedimiento

Se elaboró un listado con todas las pacientes con miedo a padecer cáncer atendidas en la clínica Dulce Despertar de Trujillo y luego se las citó al Departamento de Consejería de la clínica Dulce Despertar, donde se les explicó el motivo y el procedimiento de la investigación. Se obtuvo la autorización a través del consentimiento informado. Inmediatamente se les aplicó la Escala de Impacto de Eventos y se confirmó la participación sólo de las que superaron los 26 puntos en dicha escala, considerando que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Posteriormente, usando el muestreo aleatorio probabilístico sistemático (Scheaffer & Mendenhall, 2007), fue seleccionada una muestra de 10 pacientes. Fueron asignadas a dos grupos de estudio: uno constituido por el grupo experimental conformado por cinco pacientes y el otro por el grupo control conformado por cinco pacientes respectivamente.

Se aplicó las Técnicas de Integración Cerebral, en sus dos modalidades, para la disminución del malestar asociado a eventos traumáticos, sólo a las cinco pacientes que constituyeron el grupo experimental en una sola sesión de una hora y media de duración en el periodo de un mes.

Por razones de comodidad, a tres pacientes del grupo experimental se les aplicó la Técnica de los Anteojos Hemisféricos y a las otras dos se les aplicó la Técnica de un Ojo por Vez, ambas modalidades de las Técnicas de Integración Cerebral.

Finalmente, al cabo de un mes, se les aplicó nuevamente la Escala de Impacto de Eventos tanto a las pacientes del grupo experimental como a las del grupo control, comprobándose que las Técnicas de Integración Cerebral™ son efectivas para la disminución del malestar asociado a eventos traumáticos en pacientes con miedo al cáncer.

III. RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que el grupo experimental en el momento de evaluación de la Escala de Impacto de Eventos, antes de

la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral, obtuvo una media de 48,8 y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral, un puntaje promedio de 20,6 con diferencias altamente significativas ($p < ,01$) mientras que en el grupo control en el momento de la evaluación previa de la Escala de Impacto de Eventos generó un promedio de 39,5 y en la evaluación posterior de la escala de impacto de eventos obtuvo un puntaje de 39,0, se encontró que no existen diferencias significativas entre los promedios del grupo control ($p > ,05$).

Tabla 1 *Malestar asociado al trauma en pacientes con miedo al cáncer del grupo experimental y de control antes y después de las técnicas de integración cerebral.*

Momento de la evaluación	Grupo de estudio		Prueba t entre grupos	Nivel de significancia
	Experimental	Control		
	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$		
Previa	48,8 ± 8,7	39,5 ± 10,3	t = 1,47	p > ,05
Posterior	20,6 ± 12,0	39,0 ± 8,3	t = 2,59	p < ,05
Prueba t dentro de grupos	t = 7,64	t = 0,19		
Nivel de significancia	p < ,01	p > ,05		

En la tabla 2 se observa que el grupo experimental en el momento de evaluación de la Escala de Impacto de Eventos, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral, obtuvo una media de 20,6 y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral, obtuvo un puntaje promedio de 9,4 encontrando diferencias altamente significativas ($p < ,01$), mientras

que en el grupo control en el momento de la evaluación previa de la Escala de Impacto de Eventos generó un promedio de 15,8 y en la evaluación posterior obtuvo un puntaje de 15,5, se encontró que no existen diferencias significativas entre los promedios del grupo control ($p > ,05$).

Tabla 2 *Malestar generado por los síntomas de intrusión asociados a eventos traumáticos en pacientes con miedo al cáncer antes y después de las técnicas de integración cerebral.*

Momento de la evaluación	Grupo de estudio		Prueba t entre grupos	Nivel de significancia
	Experimental	Control		
	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$		
Previa	20,6 ± 4,9	15,8 ± 7,8	t = 1,14	p > ,05
Posterior	9,4 ± 3,9	15,5 ± 3,4	t = 2,45	p < ,05
Prueba t dentro de grupos	T = 5,50	t = ,07		
Nivel de significancia	p < ,01	p > ,05		

En la tabla 3 se aprecia que el grupo experimental en el momento de evaluación de la Escala de Impacto de Eventos, antes de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral, obtuvo una media de 20,6 y después de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral, obtuvo un puntaje promedio de 11,0 encontrando diferencias altamente significativas ($p < ,01$), mientras

que en el grupo control en el momento de la evaluación previa de la escala de impacto de eventos generó un promedio de 23,8 y en la evaluación posterior obtuvo un puntaje de 23,5. Se encontró que no existen diferencias significativas entre los promedios del grupo control ($p > ,05$).

Tabla 3 *Malestar generado por los síntomas de evitación asociados a eventos traumáticos en pacientes con miedo al cáncer antes y después de las técnicas de integración cerebral.*

Momento de la evaluación	Grupo de estudio		Prueba t entre grupos	Nivel de significancia
	Experimental	Control		
	$\bar{x} \pm DE$	$\bar{x} \pm DE$		
Previa	28,6 \pm 4,2	23,8 \pm 3,0	t = 1,93	p > ,05
Posterior	11,0 \pm 8,3	23,5 \pm 6,9	t = 2,42	p < ,05
Prueba t dentro de grupos	T = 8,42	t = ,12		
Nivel de significancia	p < ,01	p > ,05		

IV. DISCUSIÓN

Frente a la exposición a eventos traumáticos se produce una activación en el hemisferio derecho y una inactivación del hemisferio izquierdo. El hemisferio derecho que procesa información nueva y tiende a ver el hecho traumático de una forma mucho más negativa, pierde la habilidad de razonar bien, reviviendo una y otra vez el trauma; mientras que el hemisferio izquierdo, responsable de procesar información familiar, se inactiva haciendo esfuerzos sin resultados, un trauma jamás se vuelve familiar por los sentimientos de horror que despierta y también por el shock e incredulidad que produce. Al estar el trauma siempre procesado por el hemisferio derecho torna imposible una lectura diferente de esta realidad y sitúa a la persona en una trampa: al inactivarse el hemisferio izquierdo, la persona no tiene acceso a los recursos, creencias positivas, sentimientos de serenidad, al optimismo y a la familiaridad

que le ayudarían a aliviar la experiencia traumática vivida y pasada.

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten comprobar la hipótesis general formulada, evidenciando de esta manera la eficacia de las Técnicas de Integración Cerebral™ en pacientes mujeres con miedo al cáncer, éstas técnicas disminuyeron significativamente el malestar asociado a eventos traumáticos en el grupo experimental con respecto a un grupo de similares características, no sometidos a la aplicación de dichas técnicas.

Estos resultados confirman lo expuesto por Solvey & Solvey (2006), debido a que el hemisferio izquierdo almacena los recuerdos, sentimientos y creencias positivas y el hemisferio derecho almacena los traumas, sentimientos y creencias negativas. Al activar los hemisferios alternada y secuencialmente con las Técnicas de Integración Cerebral™, se produce una activación rápida y

secuencial de los mismos, intercambia información a través del cuerpo caloso, lo cual permite ir cotejando y ligando las emociones y creencias negativas del hemisferio derecho con las soluciones y recursos que la persona posee en el hemisferio izquierdo hasta lograr la integración interhemisférica. La consecuencia es la modificación de cogniciones y sentimientos negativos y se logra una manera más razonable, factible y adaptativa de percibir la realidad.

Asimismo, Vásquez & Mendo (2007) refieren que las Técnicas de Integración Cerebral™, en cualesquiera de sus dos formas, permiten enfocar la experiencia estancada con cada hemisferio, por separado, y de esa manera romper el bloqueo y superar el trauma. Al poco tiempo de aplicación 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.

También se encuentra relación con los resultados de la investigación de Díaz & Vásquez (2007) cuando concluyen que las Técnicas de Integración Cerebral son eficaces para la resolución del trauma psicológico en alumnos de la Universidad César Vallejo; sin embargo, en cuanto a los resultados obtenidos con respecto a la percepción del malestar generado por los síntomas de evitación, no encontraron diferencias significativas luego de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral, puesto que en sus participantes persistían estímulos relacionados con la experiencia traumática, luego del tratamiento, tales como cicatrices corporales producto de asalto e intento de secuestro, convivencia con personas relacionadas al abuso sexual e intento de violación, es decir, recuerdos donde su vida era coaccionada y peligraba de muerte, igual que en la investigación realizada por Zimmermann, Heinz, Barref & Lanczik

(2007), con soldados alemanes con desórdenes por estrés posttraumático donde utilizaron como técnica complementaria EMDR o Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento Ocular, y también la Escala de Impacto de Eventos como parámetro de mejoría. Encontraron que los soldados que estuvieron enfrentados a la muerte durante el combate tuvieron resultados más pobres en comparación con los que no habían estado expuestos. Se puede concluir que a diferencia de las pacientes con temor al cáncer, en donde los síntomas de evitación disminuyeron significativamente, ellas no estuvieron directamente expuestas a eventos traumáticos donde peligrara su vida por coacción o amenaza.

En cuanto al malestar generado por los síntomas de intrusión asociados a eventos traumáticos en pacientes con miedo al cáncer, se encontraron diferencias significativas en el post test del grupo experimental luego de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral. Estos síntomas son definidos por Montt & Hermosilla (2001) como irrupciones recurrentes de pensamientos, sentimientos e imágenes relacionados al hecho estresante. Para McFarlane en Pérez (2000) estos síntomas aparecen como imágenes intrusivas intensas, y en Trastornos por Estrés Post traumático – criterios diagnósticos, Cazabat (2001) señala a estos síntomas como recuerdos y sueños recurrentes sobre el acontecimiento o sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Estos síntomas intrusivos tienen un carácter neurofisiológico: ante un hecho traumático el hemisferio derecho se activa y, como carece del concepto del tiempo, revive el trauma como un eterno presente, nuevo, desconocido y peligroso que se ve modificado por la integración interhemisférica a través del cuerpo caloso, accediendo a los recursos positivos del

hemisferio izquierdo procesando la información hasta convertirla en familiar. Por ser de carácter intrapsíquicos se modifican positivamente por el mecanismo de las Técnicas de Integración Cerebral y resultan eficaces para el alivio de dichos síntomas.

En cuanto al malestar generado por los síntomas de evitación asociado a experiencias traumáticas, se han encontrado diferencias significativas luego de la aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral. La mayoría de los que sufren un trastorno basado en el miedo, sea ésta una fobia o un síndrome de ataques de pánico, comparten una estrategia conductual redundante: “La Evitación”, tienden a evitar todas las situaciones o condiciones que puedan ser asociadas al surgimiento del miedo incontrolable. Esta es una trampa mortífera, pues conduce gradualmente al sujeto a incrementarlas hasta la completa incapacidad. La espiral de evitaciones progresivas produce no sólo la desconfianza en los propios recursos, sino también la reacción fóbica del sujeto, de manera que el trastorno se vuelve cada vez más inhabilitador y limitador. Nardone (2003), Montt & Hermosilla (2001), al igual que Cazabat (2002), señalan que la persona se esfuerza por evitar pensamientos, sentimientos, actividades, lugares, que le recuerden el hecho traumático, así como la evitación persistente de estímulos asociados al trauma; el cerebro durante el estrés libera hormonas a través del torrente sanguíneo, frente a un evento traumático el hemisferio derecho segrega más cortisol, (llamada la hormona del estrés) que constriñe los capilares exteriores, centrando el abastecimiento de sangre en las áreas responsables de la supervivencia lucha – huida. La sensación de “entumecimiento” que aparece cuando el sujeto está en estado de shock, significa que el cuerpo se ha desensibilizado a sí mismo. Con este desequilibrio viene la incapacidad de pensar

claramente y disminuye la capacidad de razonar y decidir; al tener estos síntomas evitativos carácter neurofisiológico se ven modificados positivamente por la integración interhemisférica a través del cuerpo calloso. La aplicación de las técnicas de integración cerebral para este grupo de síntomas son altamente eficaces.

Se concluye que:

- Las Técnicas de Integración Cerebral™ TIC son efectivas para la disminución del malestar asociado a eventos traumáticos en pacientes con miedo al cáncer de la clínica ginecológica Dulce Despertar de Trujillo.
- La aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral™ disminuye los síntomas de intrusión del grupo experimental en mayor proporción que el grupo control.
- La aplicación de las Técnicas de Integración Cerebral™ disminuye los síntomas de evitación del grupo experimental en mayor proporción que el grupo control.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cazabat, E. (2001). Trastorno por estrés post traumático. Criterios Diagnósticos. Extraído abril, 2007, de <http://www.geocities.com/cazabat/criterios.htm>
- 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.
- Díaz, P. & Vásquez, E. (2007) *Efectividad de las técnicas de integración cerebral para la resolución del trauma psicológico en alumnos de la U.C.V.* Tesis para optar el título de licenciado en Psicología.

Universidad César Vallejo, Trujillo,
Perú.

- Montt, M. & Hermosilla, W. (2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, núm. 39, pp.110-120. [Versión Electrónica]
- Nardone, G. (2003) *Más allá del Miedo, superar rápidamente las fobias, las obsesiones y el pánico*. Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Pérez, P. (2000). *Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: una visión alternativa*. Extraído en abril, 2007, de www.psiquiatria.com/articulos/estrés/2231
- Scheaffer, R. & Mendehall, W. (2007). *Muestra de los elementos*. (6° ed.). España: Thompson.
- Solvey, P. & Solvey, R. (2006). *Terapias de avanzada*. Vol. 1 y 2 Ricardo Vergara Ediciones.
- Vásquez, C. & Mendo, T. (2007). El eterno resplandor de una mente sin recuerdos... traumáticos. *Existir no basta atrévete a vivir*. 12, 12 – 14
- Zimmermann, P., Heinz, K., Barre, K. & Lanczik, M. (2007). “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”. *Military Medicine*, Vol. 172, p. 5:456. [Versión Electrónica]

FECHA DE RECEPCIÓN: 15 de mayo del 2009

FECHA DE ACEPTACIÓN: 19 de octubre del 2009