TIR: completar la narrativa para aliviar los sufrimientos.

Eduardo H. Cazabat,
María Kriwet
Carlos M. Mussi
Miguel Kremer

> Puedes mirarlo de una manera tan narcisista que haga aflorar lágrimas de tus ojos, muecas de disgusto por lo que ves. Luego de cada paroxismo de autocompasión, autodisgusto o autoadulación, míralo de nuevo, y de nuevo, y de nuevo…hasta que las lágrimas se hayan secado, y haya aparecido la risa, y los gimoteos hayan desaprecido. Entonces, míralo desapasionadamente... hasta que no tengas nada más que ver allí.“ (Russell y Laing, 1992)

TIR (Traumatic Incident Reduction, Reducción de Incidente Traumático) fue desarrollado aproximadamente hacia 1984 por Frank Gerbode y Gerald French. Es un tratamiento breve, simple, centrado en la persona, y altamente estructurado.

Sus autores reconocen la influencia del trabajo de Carl Rogers y de Sigmund Freud. De Carl Roger se puede reconocer el hecho de estar centrado en el cliente, aunque sin la falta de dirección. De Sigmund Freud se encuentra la influencia de sus primeros trabajos, en los que postula un origen traumático de las neurosis, aunque el TIR no emplea la interpretación y el análisis.

El presupuesto básico del TIR es que todas las emociones, sentimientos, dolores, actitudes y sensaciones no deseados tienen un evento traumático en su raíz. El TIR está dirigido a alcanzar esa raíz, y resolverlo (tanto al evento como al tema relacionado) descargando su carga emocional.

Cuando el episodio traumático es conocido, el procedimiento (denominado TIR Básico) consiste en que el consultante recorra mentalmente el episodio traumático repetidamente. Cuando el motivo de consulta es un tema (sentimiento, emoción, dolor,

actitud, o sensación no deseada), se presume la existencia del episodio traumático, y se busca llegar a él, partiendo de situaciones que representen el motivo de consulta, y aplicando el procedimiento sobre esa situación. Este procedimiento se denomina TIR Temático. A partir de allí, se provoca una regresión (no hipnótica) hasta alcanzar el incidente traumático que está en la raíz del problema, transformando el procedimiento en TIR Básico, y llevando de esta manera a su resolución.

La intervención del terapeuta está altamente pautada. El protocolo consiste en una serie de preguntas fijas que conducen al paciente a entrar en contacto con la situación traumática, así como con los sentimientos, sensaciones, cogniciones , etc. que el mismo genera: básicamente, se le pide al consultante que vaya al principio del incidente, que lo recorra mentalmente en silencio, y finalmente que cuente qué pasó. El terapeuta no ofrece intervenciones ni interpretaciones, las cuales son hechas espontáneamente por el mismo consultante. Toda la atención del consultante debe estar orientada hacia adentro, a recuperar esa memoria traumática, entrar en contacto con ella y ponerla en palabras.

A medida que recorre una y otra vez el incidente traumático, se van recuperando fragmentos perdidos de la memoria traumática, se producen catarsis (a veces muy intensas) y el relato se va transformando paulatinamente. Cuando se ha completado un examen detallado y minucioso de la experiencia traumática, mediante la repetición continuada del procedimiento, se obtiene una reducción o eliminación de la carga emocional, liberando al individuo de sus consecuencias negativas. Se promueve, por lo tanto, alivio de síntomas, insights y decisiones, y se alcanza de éste modo, un Punto Final o End- Point.

El Punto Final se caracteriza por:

- Buenos indicadores. (risas, piel sonrosada)
- Comprensión o insights.
- Extroversión.(desplazamiento de la atención del pasado hacia el presente o hacia el terapeuta).
- Desaparición de condiciones indeseables (nerviosismo, cefalea, tensión muscular).
- Habilidad ganada o recuperada (perdonar, comunicar)

Algunos de los procesos psicológicos que subyacen a la aparición del Punto Final son los siguientes:

1- Cambios en el plano cognitivo, emocional, actitudinal y conductual: En relación con la dimensión cognitiva hemos observado que se opera un verdadero proceso de auto-reestructuración cognitiva, permitiendo al consultante alcanzar una nueva perspectiva de su experiencia traumática, corrigiendo al mismo tiempo las distorsiones cognitivas propias del suceso. A su vez, estos cambios se acompañan de modificaciones en el plano emocional, donde las emociones primarias negativas como dolor, ira, hostilidad, angustia, resentimiento son reemplazadas en el proceso por emociones positivas como satisfacción, relajación, tranquilidad, optimismo, bienestar. A partir de esa transformación de la estructura cognitivo-afectiva, se establece un cambio actitudinal, facilitando comportamientos proactivos compatibles con los objetivos terapéuticos establecidos.

2- Transformación de la narrativa: Como resultado del proceso anterior, sobrevienen cambios significativos en el relato de los incidentes traumáticos, de modo tal que se va construyendo una historia alternativa de los sucesos traumáticos, desestabilizando marcos de significación y sustituyéndolos por otros de resignificación, liberando a su vez, el dolor inherente a los mismos.

3- Cambios en la dimensión temporal: En la experiencia traumática, la dimensión del pasado continúa siendo una parte significativa del presente. Es decir, que si bien el incidente ha sucedido en el pasado, continúa incidiendo en el presente. Por medio del TIR, el pasado es vuelto al pasado, cesando sus interferencias con las experiencias del presente.

4- Desidentificación: Se produce un cambio de perspectiva en la persona, pasando de una posición de sujeto-víctima de una experiencia traumática a una posición de sujeto testigo de sujeto-víctima de una experiencia traumática. Es poder mirarse al espejo y reconocerse el mismo y distinto a la vez desde una perspectiva integradora de la experiencia subjetiva, esto es, conservando los atributos propios de los procesos identificatorios: mismidad y continuidad.

5- Expectativas de autoeficacia: Es la percepción de los recursos propios. El TIR promueve expectativas de autoeficacia positiva, acercando al sujeto a su potencial de recursos.

6- Progresos en el ciclo del Cambio: El TIR, en nuestra práctica, se ha convertido en una herramienta valiosa para trabajar en temas de cambio de hábitos, ya que facilita el pasaje de una etapa de cambio hacia las siguientes, imprimiendo al ciclo del cambio una

dirección prospectiva, aumentando al mismo tiempo la motivación, disminuyendo la resistencia y construyendo, sobre esa base, la determinación al cambio en dirección al logro de objetivos específicos.

7- Desarrollo de la Resiliencia: Entendemos la resiliencia como la capacidad humana de superar la adversidad y salir fortalecidos. En este sentido, la remoción o liberación del sufrimiento psíquico brindan los cimientos de la transformación personal.

8- Significados " espontáneos" post-sesión: algunos consultantes han informado acerca de la aparición de ciertos procesos psíquicos de carácter "espontáneo", posteriores a la sesión, caracterizados por la emergencia de elementos cognitivos dotados de una claridad mental, compatibles con verdaderos procesos de insight autoinducidos, seguidos de una actitud basada en la determinación, otorgando a la conducta un sentido prospectivo y de propósito.

Casos Clínicos

Caso Clínico 1: Abusador abusado (MK)

Abusado

Alejandro llegó a consulta derivado por un juzgado en el que tenía una causa por haber abusado sexualmente de su hija menor. Al momento de llegar Alejandro tenía 34 años. Estaba separado desde hacía 6 años. Tenía dos hijas de 7 y 9 años en ese momento.

Hacía aproximadamente tres años que había abusado de su hija menor, cuando ésta tenía alrededor de 3 años. El hecho ocurrió en casa del paciente en una visita de fin de semana de las hijas.
Unos meses después, la nena le contó a la maestra del jardín de infantes al que concurría que había sido manoseada por su padre. Ésta se lo comunicó a la madre, quién inició un juicio contra Alejandro.

El tratamiento con este paciente tuvo una duración total de seis meses. En la primera etapa consistió en establecer una alianza terapéutica con el paciente, buscando que no se sintiera culpabilizado. Como terapeuta, entendía que el éxito del tratamiento sólo podía estar basado en que Alejandro se sintiera aceptado por mí. Y que si el tratamiento era exitoso, no sólo estaba ayudando al paciente, sino que estaba fundamentalmente trabajando en la prevención de otros posibles abusos sexuales.

El motivo de consulta de Alejandro fue buscar la manera de no repetir las situaciones de abuso sexual, ya que lo hacían sentirse mal y al mismo tiempo era algo que no podía controlar. Lo que más lo angustiaba y preocupaba era el hecho de no poder evitar tener fantasías de abuso con niñas. A lo largo de su vida había perdido muchas personas y relaciones a raíz de esta conducta abusiva que por momentos lo dominaba.

Al principio el paciente vino con una actitud cerrada, procurando trabajar sobre lo que sucedió, pero al mismo tiempo atento a mis reacciones y a mi posición respecto de él. A lo largo del tratamiento se fue relajando, al entender que era aceptado por mí, que intentaba comprender toda su historia vital, y al escuchar la propuesta de trabajo que le hice.

En la primera entrevista indagué en especial su historia vital: Alejandro relató un número importante de abandonos y de situaciones traumáticas infantiles. Sus padres se separaron siendo él muy chico. Él no recuerda a su padre, al que no volvió a ver. La madre volvió a casarse con un hombre que tiene una hija unos años menor que él. Vivían los cuatro en una zona humilde y con aire pueblerino. Recuerda aún con nostalgia este lugar. Su madre se separó de este hombre, y de un día para otro él y su madre se fueron a vivir a otro lugar, y él nunca más supo nada de esta cuasi-hermana, que tenía en aquel momento 5 años. Al momento d la consulta pensaba a menudo en esta chica.

Fue abusado sexualmente en dos oportunidades y por personas diferentes. A la edad de 8 años, un grupo de chicos del barrio en el que vivía, mayores que él, abusaron de él y lo forzaron a tener relaciones sexuales con varios de ellos.

La segunda situación fue una violación por parte de una persona que él no conocía. Era un hombre grande, que pasaba por su barrio. Esta persona lo llevó engañado y abusó de él en un baldío. Este hecho ocurrió aproximadamente dos años después del primero.

Tuvo una adolescencia de abuso de drogas y de alcohol. Por otro lado tiene varios amigos de esa época muertos por HIV. Su sexualidad fue siempre compleja. Tuvo relaciones siempre con mujeres, pero no eran satisfactorias para él. Siempre sintió atracción por las niñas, y repitió en algunas ocasiones el abuso que él padeció en su infancia.

Abusador

Cuando pudo entrar en confianza y se estableció una relación empática conmigo, a lo largo de la terapia contó otras situaciones en las que abusó sexualmente de niñas (aclaro que esto fue luego de la primera sesión de TIR). La primera fue con una vecina de 12 años. Él tenía aproximadamente 24. Tuvieron una relación que según él, ella consintió. Duró aproximadamente 8 meses. De un día para otro él dejó de ver la, y luego se mudó de barrio. Hace algunos años la encontró casualmente en la calle, estaba drogada, la vio mal. Esto lo llenó de culpa, y se sintió responsable de lo que le pasó a esta chica.

La segunda situación fue cuando tenía aproximadamente 26 años, cuando abusó sexualmente de la hijita de un amigo, al que dejó de ver cuando éste se enteró de lo sucedido. La nena tenía aproximadamente 5 años. Luego de un tiempo se lo contó a su mamá, y ésta lo comunicó a su marido. El amigo se enojó mucho, se pelearon y se dejaron de ver. Perdió la relación tanto con él como con el grupo al que pertenecían ambos. Sintió mucho esta pérdida. Y se sintió culpable.

Hace pocos años abusó sexualmente de su hija menor, un fin de semana en el que estaba con ambas, y estaban durmiendo la siesta. Este abuso consistió en manoseos de él hacia ella.

Alejandro recuerda con tristeza todas estas situaciones de abuso, lamenta todas las personas que fue perdiendo a lo largo de su vida, y siente culpa y vergüenza. No parece, en la primera etapa de la terapia, tener conciencia del daño que causó a estas niñas, así como tampoco el motivo de su conducta abusiva. La conciencia de esto aparece luego del trabajo terapéutico.

A lo largo del tratamiento con Alejandro se trabajó con TIR (Reducción de Incidentes Traumáticos). Se realizaron dos en total.

En este paciente había dos tipos diferentes de situaciones traumáticas: por un lado Alejando como víctima de una violación y de un abuso sexual, en su infancia. Y por otro él como actor en varias situaciones de Abuso Sexual Infantil, en su adultez.

Planifiqué trabajar con TIR en dos etapas: en primer lugar con las situaciones traumáticas infantiles, él como persona abusada por otros, para poder procesar el trauma y el dolor, y así poder elaborar su historia como víctima.

Se planificó un segundo TIR para trabajar con el abuso sexual hacia su hija, como también los otros abusos que cometió.

Trabajé con esta planificación teniendo en cuenta que si no quitamos la carga emocional de los episodios sufridos como víctima, no podemos llegar a que la persona pueda confrontar los episodios en los que actúa como perpetrador. En esta misma dirección, al trabajar con Alejandro, en ningún momento se buscó que él se sienta culpable por lo ocurrido, lo que busqué fue que Alejandro pudiera relacionar ambas situaciones, la de ser abusado y la de abusar. Como dos posiciones que están en la misma línea, pero en sentidos opuestos, y que en su historia tenían, a mi entender, mucha relación.

Para el primer TIR, el paciente eligió uno de los hechos en los que fue víctima de abuso, y no creyó necesario trabajar el otro ya que no sintió que lo molestara más al haber elaborado uno de los hechos. En este trabajo el tema fue el la de la violación por parte de un desconocido en un descampado del barrio en el que vivía. Luego de trabajarlo, refirió que no se había dado cuenta de todo el dolor que este hecho encerraba aún para él, simplemente había usado la estrategia de no pensar nunca más en esto, ya que lo avergonzaba, lo lastimaba, y lo hacía tener dudas sobre su sexualidad. Alejandro se conectó con su parte de víctima, lloró, lo consideró injusto e inmerecido.

En un segundo momento se trabajó con Alejandro como abusador sexual, buscando que él mismo pueda revisar estos hechos, y sacar conclusiones. El otro TIR fue con el abuso de él hacia su hija. En este trabajo el relato del paciente fue mucho menos explícito que en el primer TIR. Le costaba hablar. De todos modos se lo notó comprometido con el trabajo.

Se evaluó con Alejandro la necesidad de hacer otro TIR, pero el paciente decidió que no era necesario, ya que con el trabajo realizado pudo comprender muchas cosas de su historia personal, y encontrar nexos entre diferentes hechos dolorosos.

Creo que esta fue la clave de la eficacia del tratamiento. El paciente se sintió comprendido, no culpabilizado. Comprendió que había una relación entre lo que le había sucedido de niño, y el abuso de él hacia otras personas de adulto, entendió que había relación entre estos hechos. Al procesar su dolor como persona abusada, entendió por

primera vez el dolor y la confusión que había causado a las nenas de las que abusó sexualmente. Dejó de tener fantasías de abusar de niñas. En el segundo TIR él mismo relacionó ambas situaciones, y este hecho tuvo un impacto que ninguna intervención terapéutica hubiera tenido, ya que él mismo llegó a esta conclusión. Refirió que nunca había pensado ni ligado estas dos situaciones: la de él como persona abusada y la de él como abusador sexual.

Luego de 16 sesiones se cerró el tratamiento. Por otro lado, Alejandro continuó asistiendo al Juzgado, y la causa legal siguió su curso.

En ese momento del tratamiento el paciente había comenzado con las visitas a sus hijas. Durante un tiempo prolongado éstas se realizaron en presencia de terceros. Cuando el juzgado lo consideró pertinente, él comenzó a tener breves momentos a solas con sus hijas dentro de la visita. Por ejemplo, se quedaba en la plaza con las nenas y luego venía la ex mujer o la madre de Alejandro a buscar a las hijas.

A los 7 meses aproximadamente del cierre del tratamiento, se comunicó conmigo la psicóloga del juzgado, informándome que ella lo siguió viendo y que estaba bien, consideraba que había mejorado notablemente. En ese momento ella había cerrado el caso.

Al finalizar el tratamiento conmigo refirió haberse sentido bien por haber tratado el tema de un modo que no lo culpabilizó y le permitió relacionar su historia como víctima de abuso sexual, con su historia de “victimario”.

Refirió no tener fantasías de abuso, y al final trabajamos sobre qué cosas podía hacer si estas ideas reaparecieran.

Un caso de tartamudez de origen traumático (EHC)

En la siguiente transcripción, salvo otra especificación, se consigna la respuesta del consultante a la pregunta “cuenteme qué pasó”, luego de haber recorrido el incidente silenciosamente. Se han obviado las repeticiones, los tartamudeos, y se ha corregido el habla coloquial para hacerlo más fácilmente legible. Se presentan los fragmentos más significativos que muestran la evolución del trabajo realizado a lo largo de la sesión

El primer incidente abordado fue uno relativamente reciente, conteniendo una escena de tartamudeo, a partir de allí fuimos buscando (y encontrando) incidentes más y más tempranos.

Comienzo del TIR Temático:
Terapeuta : elija un incidente que represente una escena de tartamudez.
Consultante: bueno, uno fue cuando yo estaba en 3º año (15 años) y me hicieron leer un texto cortito y me sentí incómodo, transpiraba un montón... sentí que a la gente en cierta forma le causaba gracia… eran sólo 5 o 6 líneas, y tardé como 15 minutos. (...) Siento que todos los ojos me miran, que la gente está pensando que voy a tartamudear, quieren que haga eso, no sé por qué pienso eso, pero lo pienso y transpiro, me pongo nervioso y tartamudeo más.

5ª recorrida (1er. Incidente)

C: Bueno, viene una profesora nos hizo leer un libro a todos, unas estrofas a cada uno (…) Leí mal. Tuvo que leer otra persona porque no se entendía lo que yo leí, transpiré mucho y a la gente es como que le causaba gracia. Nada más
T: bien, recuerda algún incidente previo similar?
C: En la primaria una vez me pasó eso: me hicieron leer, me sentí mal porque era chico y se reían todos.

9ª recorrida (2º Incidente)

C: llegamos tarde al aula porque nos quedamos jugando un partido de fútbol… la puerta estaba trabada. Destrabamos la puerta y estaban todos ya sentados: nos miran, y estaba la profesora enojada porque llegamos tarde y a los 5 que llegamos tarde nos hace sacar un libro de cuentos y la gente se reía cuando me tocó leer porque leí muy mal. Transpiraba, estaba muy nervioso y ella estaba enojada.

T: bien, recuerda algún incidente previo similar?
C: ...en el jardín de infantes, pero no conversaba mucho. Siempre me sentaba en la punta pero callado, trataba de no conversar o de no hacer muchas sociales.
T: Bien, elija un incidente.
C: estábamos en el patio y me lastimé un ojo, Y yo no dije nada .

11ª recorrida (3er. Incidente)

C: Entro en un patio muy grande en el jardín, muchos chicos saltando y había dos bancos altos con una tabla en el medio. Yo pasé primero por debajo de esa tabla y tenía un clavo, y me lo clavé en el ojo. Me salía mucha sangre y vino uno de los chicos a preguntarme que me pasó y yo no decía nada. Lloraba hasta que vino la profesora y me llevaron al hospital y me cosieron.

Hasta que llegó a un incidente traumático experimentado cuando tenía 3 años. En este punto el procedimiento se transforma en un TIR Básico

Su abuela había envenenado a su abuelo.

El paciente recordó un determinado momento cuando la familia se enteró del crimen, y todos estaban muy shockeados, confundidos, etc.

Comienzo del TIR Básico:
C: Me acuerdo… hace mucho, que todos, cuando yo estaba cerca es como que se callaban o escondían algo. Yo era chico, 4 años, 3 años.
T: Cuénteme que percibe?
C: que todos se escondían, que yo iba y como que estaban conversando de algo y se iban

1ª recorrida (4º. Incidente)

C: Estoy en la casa y preguntaba algo y me contestaban mal. Cuando yo iba o sentía un comentario de algo, yo iba y es como que se callaban o hacían gestos para no decir nada.

13ª recorrida

C: Estaba en la casa en el patio, sentí gritos en el cuarto, me asomo y veo a mi mamá llorando, mi papá conversando por el teléfono, quise pasar y no me dejaron pasar, estaban todos muy nerviosos, preguntaba qué pasaba y no me

decían nada. Mi abuela [la otra abuela] me sacó para el patio y después tocaron timbre y vino la policía, se metieron en el cuarto de mi papá y yo trataba de ir y mi abuela me sacaba al patio.
T: que le parece ahora ese incidente?
C: feo, me sentí desplazado en ese momento y ahora
Duración: 1.09 hs.

2ª sesión de TIR

La segunda sesión comenzó a partir del último incidente

4ª recorrida (4º Incidente)

C: Estaba yo en el patio jugando con un camión, era un día lindo, y yo sentí un grito en el cuarto de mi mamá, estaba mi mamá llorando, mi tío estaba muy nervioso y mi papá hablando por teléfono que cada 5 minutos sonaba. Yo preguntaba que pasaba y me decían que nada y me sacaban para el parque, me sacaba mi abuela para el patio. Después suena el timbre y era la policía, se metió en el cuarto y yo me asomé y me sacaron para afuera. Siento bronca porque no me decían las cosas, me maltrataban, era como que no pertenecía a esa gente, a mi familia.
T: bien, a medida que lo recorre se hace más liviano, más pesado?
C: más liviano, pero transpiro mucho

14ª recorrida

C: por momentos me produce una fea sensación, por momentos me parece como si fuera un cuento.

17ª recorrida

C: (…) no sé si sólo me lo imagino yo... se me cruzó como que mi abuelo sabía que lo estaban envenenando y él no hizo nada. Y como que siempre me sentí

culpable porque no pude hacer nada. Y, en cierta forma, él no hizo algo porque yo con 3 años no podía hacer nada.

También recordó un momento anterior a la muerte del abuelo, cuando los dos estaban tomando la sopa juntos (el envenenamiento fue hecho en la comida).

1ª recorrida (5º Incidente)

C: mi abuelo conocía el tema de que lo estaban matando y no hizo nada, no quiso hacer nada, terminó muerto porque él quiso, no porque lo mataron ... aparte de que lo mataron.

7ª recorrida

C: estaba mi abuelo triste comiendo la comida envenenada. Estaba con los ojos tristes y me miraba mientras comía eso, y él sabia que estaba envenenada y no hizo nada. Se comió todo y yo siempre me siento culpable porque no pude hacer nada

Después de haber recordado este incidente, y haberlo recorrido suficientes veces como para remover la carga emocional, dejó de tartamudear.

Finalmente, decidió hablar con la familia sobre el tema. Después de 27 años de silencio, tomó a todos por sorpresa. Ahora, él y su hermano mayor decidieron investigar el hecho y escribir un libro.

Antes de nuestro trabajo con TIR, él evitaba el contacto con otras personas por miedo a tartamudear. Ahora puede hablar calmamente, y no se siente intimidado. Si comienza a sentirse ansioso, se calma con un par de respiraciones profundas, y continúa hablando fluidamente. Todavía tiene un pequeño temblor en su voz que, probablemente, un trabajo de fonoaudiología podría resolverlo.

Aplicación a un rehén de un motín carcelario (CMM y MK)

El paciente, a quien llamaremos Gabriel, es un hombre de 30 años de edad, casado, con hijos, cuya ocupación era oficial de un servicio penitenciario. Nos fue derivado por su psicólogo y psiquiatra con quienes estaba hacía dos años bajo tratamiento por padecer un Trastorno de Estrés Postraumático. Estaba medicado con paroxetina 40 mg. por día, clonazepán 6 mg. por día y recibía apoyo psicoterapéutico de corte psicoanalítico. La evolución había sido tórpida y desfavorable al verse deteriorado progresivamente su funcionamiento personal, familiar y social lo que motivó la internación en nuestro servicio de Bienestar Mental.

El paciente había pasado por una experiencia traumática que se enmarcaba dentro de los hechos acontecidos durante un motín en la penitenciaria donde cumplía sus funciones. Gabriel se entregó como rehén a cambio de un compañero de trabajo que estaba bajo su mando. Su pesadilla duró 6 horas. Durante este período fue sometido a varios simulacros de fusilamiento por parte de los internos que lo mantenían como rehén. Fue testigo del homicidio de un interno, recibió torturas físicas y violaciones.

Los síntomas que perduraban a tres años del episodio son los siguientes: hostilidad, agresividad, irritabilidad con ataques de ira, flashbacks, respuestas fisiológicas a estímulos, esfuerzo para evitar pensamientos y actividades relacionadas, incapacidad para recordar partes del acontecimiento traumático, síntomas depresivos, embotamiento afectivo, sensación de desapego, futuro desolador, hipervigilancia, trastornos del sueño, respuestas de sobresalto, intentos autolíticos, aumento del consumo de alcohol y tabaco, episodios de pánico e impotencia sexual.

Se intervino utilizando dos tipos de procedimientos, cada uno en sesiones diferentes: Desbloqueo, consistente en formular una serie de preguntas en relación al hecho traumático (manteniendo las mismas reglas que con el TIR) cuya duración fue de una hora y media, y TIR Básico de tres horas de duración.

Siguiendo fielmente el protocolo, Gabriel pudo revivir y recorrer reiteradamente lo ocurrido, al principio experimentando una descarga emocional intensa, con angustia, dolor, llanto, enojo, y tensión muscular. Se realizaron varios recorridos a través del incidente traumático hasta que la carga emocional del mismo se agotó y comenzaron a surgir en lugar del enojo, la angustia y la tensión predominante, signos de relajación y energía, lo que le permitía experimentar paz y alivio. Concluyendo el procedimiento

Gabriel se mostraba muy decidido, seguro en su actitud, lo que se evaluó como un buen Punto Final.

Durante los días siguientes el paciente refería haber hallado la paz que estaba buscando. Era notable el humor con el que ahora podía referirse a los hechos traumáticos.

Al mes se realizó una entrevista de control donde se constató que se mantenían los cambios obtenidos. Mediante contactos telefónicos de seguimiento a un año de la intervención se mantienen los cambios logrados.

Un caso de abuso sexual largamente olvidado (EHC)

Se trata de una paciente de 22 años, que se hallaba en tratamiento psiquiátrico por abuso de sustancias y trastornos de la alimentación. Su psiquiatra me la derivó cuando, súbitamente comenzó a tener algunos recuerdos muy fragmentarios de haber sido abusada sexualmente por el padre.

A continuación se transcriben fragmentos literales de 3 sesiones consecutivas donde se aplicó el TIR. La primera es transcripta más extensamente, de la segunda sólo la conclusión final, y de la tercera se transcribe parte del procedimiento nuevamente y las conclusiones a las que arriba la paciente. En cada oportunidad se indica el número de la recorrida del incidente. Cuando no se indica nada, se transcribe la respuesta de la consultante a la pregunta “Dígame qué pasó”
Las entrevistas están editadas, para preservar la identidad de la paciente, y para hacer más fácil su lectura. Al final se realizan algunos comentarios y conclusiones

Trascripción de las sesiones

Primera Sesión (duración total: 30 minutos)
--- 1° vez ---
Terapeuta: Bien, andá al principio del incidente.

Paciente: Estoy ahí.
T: Bueno ¿qué percibís?

P: Papá me saca la ropa (empieza a temblar) y él también se saca la ropa. Y...me mete en la ducha, me mete en la ducha, me toca toda y me penetra con sus dedos varias veces... y me lava, y me toca, y él está ahí duchándose conmigo, y después él me hace... tocarlo. Me hace tocar su...pene... Y después salimos y ahí él me pone una toalla, se tapa con una toalla. Y me va secando mientras me toca de vuelta. Me penetra de vuelta con el dedo...No, no, no, no!!!... El me sigue penetrando y me dice que era “su bebe...”, “su princesita”. Y me hace tocarlo de vuelta, me hace tocarlo. Y después mientras me viste también me manosea toda y me hace buscar un calzoncillo para él. Y él quería que yo me acueste encima de él...Y sentir su erección...no, no, no!!!...y tocarlo mientras tenía su erección. Y después me dijo "Bueno, ahora a dormir" Y yo me aleje lo más que pude de papá y me quede quieta... así. Y papá mientras, me acariciaba las nalgas. Y yo no quería nada, entonces yo le dije que no me sentía bien y me fui al baño y me quedé sola en el baño, con mucho miedo, sentada, así; hasta que él vino a buscarme. Me metí en la cama, y me hice la dormida. Y él se durmió y ahí se acabó.

--- 2° vez ---

P: ¡No! no soporto su voz! Porque me hablaba! (se tranquiliza) - pausa - (se tensa de nuevo, empieza a llorar) - pausa larga- (abre los ojos) Recordé una cosa más. Cuando estábamos en la cama, y él tenía su erección, él quería que yo le bese el pene
Él siempre me hablaba, me decía cosas, como para distraerme a mí. Y entonces me iba sacando la ropa y después... me toca...me tocaba, y me penetraba con su dedo (empieza a temblar) y me hacía lamerle también su pene. Yo no quería ... Y después, cuando ya nos habíamos enjuagado, él salía y me frotaba de vuelta con la toalla. Nos tirábamos en la cama juntos abrazados y entonces tenía una erección, y él quería..., me hizo, me hizo besar su pene cuando tenía su erección...No, no, no, no!!!

--- 4° vez ---

P: Yo tenía de desvestirme enfrente de papá, pero él me sacaba la ropa así y después él se sacaba su ropa, nos metíamos en la ducha y ahí me tocaba toda. Me penetró por atrás y me hacía enjabonarle el pene. (...)
Por favor, por favor, por favor no, no quiero, no quiero que me toque de vuelta, no quiero, no quiero!!!

--- 5° vez ---

P :- larga pausa - (empieza a temblar) Él quería que yo le meta la mano en el ano. Yo me acuerdo de eso ahora. Yo no sabía qué hacer y él me agarraba la mano y me decía “Bueno, ves? Vos haces así” y me metía el dedo. Y yo, yo no quiero, no quiero.!!! - pausa - Y él también me metió los dedos - pausa - Y él también me lamió, Y después me hizo

lamerle el pene a él cuando ya había tenido la erección. - pausa - Va a venir, si viene? ¿va a venir ?...Y esto por muchos años...me hicieron esto a mí por muchos años... y muchas veces. Cada vez que iba a dormir a su casa pasaba esto y me decía “Este es un secreto nuestro. Esto es de nosotros. No le cuentes a nadie” Y yo no le conté a nadie porque tenía miedo de que no me crean. Entonces yo me lo guardé, pero todas las veces que fui a la casa de papá me pasaba esto.

--- 6° vez ---

P : (cierra los ojos) - pausa larga - El me lamía...Él me agarró la mano y me hizo tocarlo. Y me penetró con el dedo por atrás y me dijo que si yo le contaba a alguien que me hacía tocarlo me iba a retar...Me manoseó por todos lados. Yo me siento sucia. No quería tocarle el pene; él me hacía tocárselo y besárselo (deja caer la cabeza y luego el cuerpo)

--- 7° vez ---

P : Lo de siempre. Me sacaba la ropa, me desvestía, se desvestía, nos metíamos en la ducha, me manoseaba me penetraba con el dedo por atrás y me hacía penetrarlo a él por atrás, me hacía tocarle su pene, decía que era todo un secreto, que era normal, que era entre nosotros dos, que era nuestro secreto, que era normal, que yo era “su princesa”.

T : Muy bien. ¿El incidente se está volviendo más liviano ... más pesado ?

P : Más liviano.

--- 8° vez ---

P : Lo mismo. Pero cada vez lo veo más frío. Ahora, no me afecta tanto como antes.

--- 9° vez ---

P : Él me hacía lamerle el pene...Terrible!...Y me agarraba, así, se calentaba, estábamos pegados, estaba en bombacha nada más y él me tocaba también.

T : ¿Se está volviendo más liviano o más pesado ?

P : No... ya está , es suficiente, ya estoy bien. Me tocó, me lamió, me penetró...Pero ahora lo puedo decir, yo estoy más tranquila, ahora, no tengo ese miedo, no me va a tocar.

Me duele mucho que me haya pasado a mí y el miedo que tengo a que me vaya a pasar de vuelta... no, no me va a pasar porque no lo voy a dejar acercarse a 2 metros. Tengo que salir adelante. Directamente haré las paces con mi cuerpo que se siente totalmente manoseado, y sucio y que no lo quiero a mi cuerpo porque fue tantas veces abusado. El culpable es papá, yo en verdad estoy limpia. Me dan ganas lavarme, de ducharme, de

sacar esa cosa. Pero ahora puedo perfectamente recorrer el episodio, tranquila, diciéndolo, y no sé cómo hice, pero sin miedo o sin ataques de nervios. (...)
T : ¿Creés que este es un buen punto para dejar por hoy ?
P : Sí.

Segunda Sesión (duración: 20 minutos)

(...) P : Me siento mejor porque se me fue el miedo y lo pude aceptar tranquila. Ayer llegué a casa y estuve bien. Después me puse mal cuando papá dejó un mensaje y empecé a llorar ahí porque siento que va a venir a buscarme. Me pongo como una chiquita de 3 años que dice " Me va a buscar, me va a encontrar." Pero si no es por eso, estuve bien... (...)

Yo había salido un tiempo con un muchacho, y después de un tiempo dejé de salir, y ahora me doy cuenta del porqué: dejé de salir porque...es... como que me sentía bien... yo tenía que estar con chicos que me provocaban rechazo, yo siempre estuve con gente que me provocaba rechazo y nunca pude decir que no, siempre me sacrifiqué y muchas veces me sentí violada por lo hombres con los que salí porque no podía decir que no. Ayer pude estar con él y decirle lo que me había pasado, y le conté lo que me pasó en la infancia y, y me permití estar bien con él. Abrazarlo y sentir que podía estar bien abrazándolo y no tener que estar con alguien que me produjese rechazo. (...) Y eso me lo permití ayer, eso es la primera vez que me pasa

---

Tercera Sesión (duración: 50 minutos)
P : Hay un recuerdo en el que él me había sentado sobre sus rodillas. Yo me acuerdo de eso nada más.
--- 1° vez ---
P : - pausa - (deja caer la cabeza) (llora) Qué Asco!! Él me agarra y me desviste. Él estaba desvestido y me sienta sobre él. Y me hace frotarle...su pene. Y él mientras me da besos, y me dice que es un juego, y me habla, y me hace tocarlo. Y siempre él después se va al baño y yo me quedo ahí sin saber que hacer y con un asco...
(...)

--- 3° vez ---
P : -pausa - (abre los ojos) Es que siento que me está tocando ahora y yo no quiero sentir que me está tocando ahora, me toca toda!!! Y yo siento que me toca y no quiero que me toque (empieza a temblar angustiada) Estoy sucia, estoy sucia, estoy sucia,

estoy sucia, estoy sucia, estoy sucia, estoy sucia. No quiero que me toque. Me toca, me toca (llora) Me está tocando; también me está lamiendo mucho, no quiero. Y me hace abrirme de piernas, encima de él...me penetra por atrás. Y me dice que esto es un secreto entre nosotros dos. ¡NO, no ! (llora) ¡Ay Dios ! ¡No, no, no ! (tiembla) - pausa - Mmmmmmmmm...(como una autista, durante un largo rato)
T : Bien. Andá al principio del incidente y decime cuando estés allí. (la paciente no responde y sigue diciendo “Mmmmmm”)... podés contarme lo que te está pasando?
P : (tiembla espasmódicamente, abre los ojos) Yo me quedaba así después de que papá me penetraba, me tocaba y me lamía, yo me quedaba así “Mmmm”, así “Mmmmm”
--- 8° vez ---
P : - pausa - Es que me da demasiado asco...Me da mucho asco...(llora, se balancea haciendo rocking, abre los ojos, empieza a temblar y moverse) (...)....Ay! Me da mucho asco, no quiero. Demasiado asco!
--- 11° vez ---
P : - pausa - (abre los ojos) Yo siento que de repente hago un ‘click’ y la imagen la tengo pero se me va, siento algo así (gesto de que algo se aleja) Que la puedo ver pero no tengo que estar así (gesto de tensión). Como que la puedo ver como una película fría. Es como que hace un click adentro y se parara y hace todo (gesto de película que pasa) Eso pasó....es como que se me fue algo y yo ahora veo la película así.

Comentarios y conclusiones

En estos fragmentos de estas entrevistas pueden verse sintetizados varios principios, tanto de la dinámica del trauma psicológico, como de su tratamiento mediante la técnica del TIR

En primer lugar, queda de manifiesto el funcionamiento particular de la memoria: cómo la situación traumática es disociada y olvidada durante muchos años. Precisamente este caso reúne prácticamente todos los factores que favorecen el desarrollo de los mecanismos disociativos de la memoria:

- situación traumática prolongada
- vivida durante la niñez
- inflingida por otro ser humano
- por alguien en quien se debiera tener confianza
- y que ejerce presión al silencio.

El recuerdo que aparece primero como algún fragmento aislado, como una sensación corporal, que incluso hace entrar en duda a la propia paciente, poco a poco va corroborándose, transformándose en una vivencia real y actual.
El trauma no se recuerda, sino que se revive. Nótese en relación a esto, como en muchas oportunidades la paciente habla en presente, reexperimentando la situación traumática con una intensidad sólo comparable a la situación original.

Por otra parte, también es evidente la transformación que se va operando sobre el material aportado por la paciente. Luego de un aumento inicial súbito en la carga emocional del incidente recordado que lleva a expresiones realmente intensas, la carga emocional se va disipando poco a poco, hasta dar paso a una actitud más reflexiva, en la que la paciente realiza insights significativos y cambios cognitivos, que de alguna manera transforman la vivencia de la situación traumática, confinándola a su dominio: el dominio del pasado. Las escenas pasan a ser recordadas como en una película, más fríamente, con distancia.

La paciente establece relaciones respecto de sus patrones de relación con los hombres, y comienza inmediatamente a cambiarlos. Toma decisiones acerca de su relación con el padre y con los hombres en general. También comienza a tener conciencia de su relación con su propio cuerpo, y de sus necesidades.

La situación de abuso sexual infantil por parte del padre es, probablemente, una de las situaciones más altamente estresantes que condicionan todo el desarrollo de la personalidad del individuo, dejando marcas profundas en la personalidad de la sobreviviente

Lo presentado aquí es una muestra de un abordaje muy particular de sólo un aspecto de un caso muy complejo.

Conclusión

Estos son sólo tres ejemplos de cómo el TIR puede aliviar síntomas de larga data en un breve periodo de tratamiento. Sólo es necesario contar con el entrenamiento adecuado y apegarse a las reglas cuidadosamente estipuladas para su aplicación

Bibliografía

Cazabat, Eduardo y María Kriwet: Tratamiento para los dos extremos del abuso. Actualidad Psicológica

Cazabat, Eduardo. Viñeta clínica: Un caso de abuso sexual infantil largamente olvidado. Trabajo presentado en el panel Las múltiples imágenes del trauma, del II Congreso Virtual de Psiquiatría. 2001.

Figley, Ch. R. Tratamiento del estrés traumático: una perspectiva basada en la teoría. Revista de Psicotrauma (para Iberoamérica) (en prensa). http://www.psicotrauma.com.ar

French, G. y C. Harrys. Traumatic incident reduction. Boca Ratón (FL) CRC, 1999 .