Introducción
Abordajes Innovadores en el tratamiento del Trauma Psicológico
Prof. Dr. Eduardo H. Cazabat

Desde 1980, con la inclusión en el DSM III del diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, el estudio del trauma psicológico cobró un nuevo auge. Es así que se desarrollaron protocolos que fueron aplicados principalmente a poblaciones tales como veteranos de Vietnam y mujeres violadas. Los abordajes más investigados son los de orientación cognitivo conductual.

Sin embargo, "los esfuerzos para encontrar un tratamiento eficiente y efectivo del trastorno por estrés postraumático han sido lentos" (Carbonell y Figley, 1999). Los tratamientos parecen requerir un monto considerable de tiempo, y son emocionalmente demandantes, tanto para el paciente como para el terapeuta.

En 1994, Charles Figley condujo la investigación conocida como el Proyecto de los Ingredientes Activos en el Tratamiento del Trauma (Carbonell & Figley, 1995; Gallo, 1996). En esa oportunidad, se realizó una Demostración Clínica Sistemática, en la que se pusieron a prueba cuatro diferentes abordajes terapéuticos. El procedimiento consistió en asignar aleatoriamente pacientes a representantes de las cuatro escuelas, con la sola consigna de administrarles el tratamiento durante el término de una semana, de la manera que cada escuela lo prescribiera, y luego se midieron los efectos.

Los cuatro tratamientos elegidos fueron: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), TIR (Traumatic Incident Reduction, o Reducción de Incidente Traumático), TFT (Thought Field Therapy, o Terapia del Campo del Pensamiento) y VKD (Visual Kinesthesic Dissociation, o Disociación viso-kinestésica, un procedimiento derivado de la PNL o Programación Neurolingüística). Los cuatro demostraron ser muy efectivos en un rango de 1 a 4 horas de tratamiento (TFT requirió 1 hora, EMDR 3 hs. TIR 4 hs. en promedio). 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).

Aunque estos abordajes cuentan aún con un dispar respaldo de investigación, la experiencia clínica indica un gran nivel de efectividad, que permite suponer que en los próximos años crecerá el número de investigaciones controladas que corroboren las observaciones clínicas.

Carbonell, J., & Figley, Ch. (1999). A systematic clinical demonstration of promising PTSD treatment approaches. TRAUMATOLOGYe, 5(1), 32-48.
Carbonell, J & Figley, Ch. (1999). Promising PTSD treatment approaches A Systematic Clinical Demonstration of Promising PTSD Treatment Approaches. TRAUMATOLOGYe, 5:1, Article 4.

Gallo, F. (1996). Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD, Part 2. TRAUMATOLOGYe, 2(2).

EMDR

Qué es

EMDR (por sus siglas en inglés, Eye Movement Desensitization and Reprocesing - Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) es un abordaje innovador que surge originalmente como una terapia de desensibilización del trauma psicológico. A medida que se desarrolla, se va conformando como una teoría y un abordaje más amplio de los problemas emocionales y psicológicos, incorporando el aspecto de "reprocesamiento".

Es una terapia de exposición imaginaria cuyo componente principal es la administración de una estimulación bilateral alternada, que, según se hipotetiza, ayuda en la desensibilización y el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos.

Cuáles son los orígenes? Quién fue su creadora?

EMDR fue desarrollado por Francine Shapiro, quien en 1987 descubrió accidentalmente que, mientras estaba concentrada en pensamientos perturbadores, al realizar cierto movimiento rápido e involuntario de ojos, la perturbación asociada al pensamiento se diluyó, desapareciendo totalmente. Éste fue el comienzo de un proceso de investigación, primeramente informal, y que luego llegó a involucrar grupos de veteranos de Vietnam y de mujeres violadas, en los que dicha técnica fue demostrando su eficacia.

Desde aquel comienzo como una simple técnica, EMDR se ha desarrollado hasta constituir en el presente un abordaje psicoterapéutico integrador.

En sus inicios fue denominado Eye Movement Desensitization (EMD, Desensibilización por Movimientos Oculares), y se lo conceptualizó como un procedimiento de desensibilización, en la tradición de la terapia de conducta. Con el pasar del tiempo, se descubrió que no sólo los Movimientos Oculares podían provocar el procesamiento, sino también que otras formes de estimulación podían desencadenar similares procesos. Asimismo, también se fue haciendo evidente que algo más que la mera desensibilización ocurría, detectándose la aparición de insights, cambios espontáneos en conductas, emociones y sensaciones, de tal manera que el trauma se transformaba en nuevos aprendizajes. Esto determinó en 1991 el cambio de nombre al actual de EMDR, al añadir el reprocesamiento.

En qué consiste?

EMDR se estructura en ocho fases, según se describen a continuación.

1ª Fase: Historia del Paciente y Plan de Tratamiento. Como en todo procedimiento psicoterapéutico cuidadoso, se debe tomar una historia del paciente, a fin de evaluar si se trata de un caso apropiado para EMDR y la predisposición y capacidad del paciente de enfrentar material potencialmente doloroso o perturbador. También es necesario evaluar otros aspectos que podrían complicar el curso del tratamiento, tales como las comorbilidades, la presencia de síntomas disociativos, el consumo de sustancias, o trastornos de orden orgánico (como p. ej. una cardiopatía o alguna otra enfermedad que hiciera necesario contar con el visto bueno del médico tratante) o situaciones específicas (como un embarazo avanzado, por ejemplo).

Luego de hecho esto, lo esencial en esta fase es la selección del objetivo sobre el cual se hará blanco con el procedimiento. Éste será un aspecto de la memoria traumática o del problema suficientemente significativo, o los disparadores presentes del problema presentado.

2ª Fase: Preparación. Como es sabido, toda psicoterapia exitosa se basa en la construcción de una sólida alianza terapéutica. En especial, como EMDR suele abordar situaciones traumáticas, la importancia del vínculo terapeuta consultante resulta crucial, dado que para abordar el material perturbador el consultante necesita confiar en su terapeuta.

En esta fase el terapeuta evalúa las diferentes habilidades de afrontamiento con que cuenta el consultante, y de ser necesario instruye al mismo en el uso de técnicas o procedimientos de estabilización y manejo de la ansiedad y el estrés que pudiera sobrevenir entre sesiones. Tales técnicas pueden incluir entrenamiento en relajación, imaginación guiada, autohipnosis, técnicas de respiración, etc.

3ª Fase: Evaluación. En esta fase comienza el trabajo sobre la experiencia traumática. Consultante y terapeuta deben seleccionar el blanco sobre el que trabajarán. El consultante deberá identificar adecuadamente la imagen de la situación elegida, así como las cogniciones negativas, las creencias, emociones y sensaciones corporales asociadas. También se pide al consultante que elija una cognición positiva que desearía que esté asociada en lugar de la cognición negativa.

4ª Fase: Desensibilización. En esta fase se pone en marcha el procedimiento de estimulación alternada bilateral que desencadenará el procesamiento adaptativo. Se pide al paciente que focalice su atención en la situación elegida como blanco y en los aspectos asociados identificados en la fase anterior. Una vez hecho esto, el clínico comienza la estimulación alternada bilateral. Esta puede consistir en movimientos de ojos, para lo cual el terapeuta puede pedir que el paciente siga sus dedos mientras describe un camino de ida y vuelta hacia ambos extremos del campo visual del mismo. La estimulación puede ser también de orden kinestésico, golpeando alternadamente de manera suave en la palma de ambas manos o en las rodillas del paciente, o también auditiva, por medio de sonidos alternantes en ambos oídos (existen grabaciones de sonidos o música especialmente preparada para que el paciente los escuche por medio de auriculares). Esta estimulación bilateral alternada va provocando el reprocesamiento de la información asociada al hecho traumático, de tal manera que pueden cambiar las emociones, las sensaciones, las cogniciones, etc. Al cabo de cada tanda de estimulación el clínico pide que vuelva a concentrarse y pregunta “qué es lo que obtiene

ahora?" No hay nada predeterminado en cuanto a lo que se debería obtenerse: sea lo que sea, está bien. Mientras el material que el paciente produzca tenga alguna carga negativa, se prosigue con la estimulación bilateral alternada, haciendo blanco en este material, hasta que se llegue a un material no cargado negativamente. En ese momento se pide al paciente que vuelva a la situación original y se vuelve a evaluar su reacción. Mientras la reacción sea negativa, se continúa la estimulación bilateral alternada. La fase se concluye cuando al concentrarse el paciente en el blanco original, su reacción es al menos neutra

5ª Fase: Instalación. Luego de desensibilizada la situación traumática, se hace blanco en la cognición positiva, con la intención de fortalecerla. Haciendo que el paciente focalice nuevamente en el evento traumático, se le pide que tenga en mente la cognición positiva y evalúe qué grado de veracidad le asigna. En ese punto el clínico procede nuevamente con el procedimiento de estimulación bilateral alternada, reevaluando luego de cada tanda de estimulación, hasta que la Validez de la Cognición (VoC, por sus siglas en inglés) llegue al máximo.

6ª Fase: Chequeo de las sensaciones corporales (Body Scan): en este punto se le pide al paciente que tenga en mente la situación traumática junto con la cognición positiva, y que recorra mentalmente su cuerpo para determinar si queda algún resto de tensión. Si la hubiera, las sensaciones remanentes son procesadas nuevamente mediante estimulación bilateral alternada (como en la fase de desensibilización). En algunos casos, las sensaciones simplemente desaparecen, pero en otros aportan nuevo material, reflejo de información no procesada.

7ª Fase: Cierre. En esta fase se debe volver al paciente a un estado de equilibrio emocional. Si el procesamiento fue completo, probablemente no haga falta emplear ninguna técnica en especial, pero si el procesamiento quedó trunco, será necesario aplicar técnicas de reducción de ansiedad (como técnicas de relajación, imaginación guiada, hipnosis, etc.) También se debe informar al paciente de que es probable que el procesamiento continúe entre sesiones mediante la forma de sueños, sensaciones, recuerdos, emociones, sensaciones, etc., para lo cual será necesario que lleve un registro, de tal manera que los mismos puedan ser utilizados como blanco del nuevo reprocesamiento en la siguiente sesión.

8ª Fase: Reevaluación. Al comienzo de cada nueva sesión de EMDR debe volver a evaluarse la situación trabajada en la sesión previa, para comprobar si los efectos logrados se mantienen, o no ha quedado algún aspecto remanente a procesar.

Es importante destacar la necesidad de un entrenamiento serio para poder aplicar el procedimiento, dado que de otra manera se podría provocar más daño que alivio, por lo que se sugiere no intentar aplicar el método sin entrenamiento y/o supervisión autorizada.

Cuáles son sus supuestos básicos?

El primer presupuesto del que se parte, es que existe en el ser humano un mecanismo natural de curación de las secuelas de los eventos traumáticos. Dado que todos sufrimos a lo largo de la vida innumerable cantidad de situaciones potencialmente traumatogénicas, y sólo

una pequeña proporción de ellos provocan alguna consecuencia, es de suponer que algún mecanismo interno, innato, no aprendido hace que esa información sea archivada de manera que no perturbe al individuo. De la misma manera que el cuerpo posee mecanismos naturales de curación, por los cuales no toda herida requiere de antibióticos o atención médica, cuando la mente se ve afectada por una situación traumática, el individuo, perturbado por la misma, habla, piensa, lee, sueña, etc. acerca del hecho hasta que puede llegar a una resolución adaptativa, archivándolo en la memoria, sin el distrés concomitante.

Asimismo, según la experiencia recogida a lo largo de cientos de sesiones, muchas de las patologías y problemas presentados por los consultantes parecen estar directamente relacionadas con traumas "menores" especialmente los sufridos a temprana edad. La información de estos traumas quedaría pues archivada en el sistema nervioso, de una manera específica, como una memoria dependiente de estado, de manera tal que continuarían influyendo en la conducta y la personalidad del individuo.

De acuerdo con el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información, formulado como hipótesis de trabajo por Francine Shapiro a partir de la observación de cientos de sesiones de EMDR, los recuerdos son archivados en redes neuronales interconectadas entre sí.

En el caso de los eventos traumáticos, la intensa reacción fisiológica de estrés y terror, bloquearía el procesamiento de la información recibida en el momento del trauma, la cual quedaría ahora archivada bajo la forma de sensaciones, percepciones, recuerdos, creencias e ideas perturbadoras, de la misma manera en que fueron experimentadas originalmente. El procesamiento de esta información queda bloqueado, y diversos estímulos externos e internos asociados al trauma pueden disparar las perturbaciones bajo la forma de flashbacks, reexperimentaciones, pesadillas, activación fisiológica, etc. La red neuronal en la que esta información está depositada parece estar aislada de la información adaptativa contenida en otras redes. Es así que muchos de los consultantes que sufren algún tipo de patología postraumática (desde una fobia simple a un estrés postraumático severo) saben que no "deberían sentirse así" (amedrentados por un simple gato, o reaccionar como si estuviera bajo fuego enemigo al escuchar un portazo) pero no pueden reaccionar de otra manera.

La estimulación provocada por el procedimiento del EMDR parece poner en funcionamiento un mecanismo por el cual la información perturbadora proveniente del trauma se pone en contacto con información adaptativa ("el gato no es un león" o "el portazo no es fuego enemigo"), produciendo de esta manera un aprendizaje, muchas veces acompañado de un cambio cognitivo.

Cuáles son sus fundamentos teóricos

El concepto de reprocesamiento de las experiencias archivadas neurobiológicamente, por medio de un proceso de aprendizaje rápido, se convirtió en el eje teórico que guía EMDR, y que se plasma en la formulación del modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información.

El Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (AIP) fue formulado por Francine Shapiro como hipótesis de trabajo. Este modelo, consistentemente con otras teorías del aprendizaje propone que las experiencias son almacenadas en redes preexistentes de la memoria, conformadas por estructuras cognitivas, independientes e interrelacionadas. La asociación de la nueva información con esas redes preexistentes, es archivada con las emociones correspondientes, otorgándole sentido y contexto a la experiencia, y sirviendo de guía para el futuro. Los procesos involucrados son la asimilación y el aprendizaje adaptativo. Según el Modelo AIP, muchas de las psicopatologías, así como las actitudes, autoconcepto, rasgos de personalidad y percepciones disfuncionales, tienen en su origen alguna experiencia perturbadora o traumática que no ha sido completamente procesada en el sistema de procesamiento de la información cerebral. Esto significa que estas experiencias fueron archivadas tal como fueron experimentadas, con las emociones, sensaciones físicas y creencias sin procesar, y aisladamente de las redes preexistentes. El recuerdo permanece inalterado, más allá de si el sujeto lo recuerda o no, independientemente del tiempo pasado, constituyendo así la base de las respuestas y conductas presentes. Es decir que los síntomas presentes son considerados como consecuencias de la activación de experiencias pasadas, archivadas y procesadas inadecuadamente. La investigación reciente ha apoyado esta hipótesis. Por el contrario, las experiencias correctamente procesadas y archivadas son la base de la salud mental. Por ejemplo, un paciente atendido por el autor, presentaba una fobia severa a viajar en avión. El paciente asociaba la sensación que le disparaba volar en avión con una experiencia vivida en su adolescencia, consistente en haber sido víctima de una broma por sus compañeros, en la que luego de tirarle encima las colchonetas de gimnasia, todos se amontonaron encima de él. Esto le producía una sensación de ahogo y atrapamiento similar a la que experimentaba al subir a un avión.

Asimismo, este modelo postula que el procesamiento disparado por medio de la estimulación de EMDR de esa información almacenada inapropiadamente, es el principal agente del cambio. La estimulación bilateral alternada, propia del protocolo de EMDR, ya sea por medio de Movimientos Oculares, kinestésica o auditiva, pondría en funcionamiento y estimularía los mecanismos naturales de procesamiento. Esto provoca una transmutación de la memoria, conduciéndola a una resolución adaptativa. De esta manera, la información del trauma, archivada en una red neurológica aislada, se pone en contacto y es asimilada por redes adaptativas preexistentes, produciéndose de esta manera el aprendizaje adaptativo. En el ejemplo precedente del paciente con fobia a volar, luego del abordaje y resolución de la experiencia traumática vivida, con EMDR con Estimulación Auditiva Bilateral Alternada, el paciente pudo volver a recordar la experiencia sin experimentar atrapamiento ni ahogo. Según sus palabras, “no me causa la sensación que antes me causaba. Como si supiera el final de la escena, por lo cual digo ´bueno, los tengo a todos encima, pero se van a correr de alguna manera´… no me ocasiona ni tensión ni angustia”. En los términos del modelo AIP, ese final que, obviamente el paciente ya conocía, recién logró integrarse a las redes neurológicas adaptativas luego del tratamiento. Una vez integrado el recuerdo de la experiencia traumática con el final de la escena, en la que no sufría ningún daño, se produce el aprendizaje

adaptativo, cesando el estado de alerta frente a las situaciones que gatillaban ese recuerdo, tales como la de viajar en avión.

Este modelo AIP es una guía para la aplicación clínica de EMDR, y ha probado su capacidad explicativa y predictiva de los resultados positivos. Según el mismo, la estimulación propia de EMDR activaría los mecanismos del sistema de procesamiento de la información, llevando de esta manera a la resolución de la información traumática archivada de una manera disfuncional. Contrariamente al procedimiento de la Terapia Cognitivo Conductual, en EMDR no se realizan intervenciones sobre conductas o creencias, permitiendo un proceso asociativo que se da de manera natural. Este procesamiento permite el establecimiento de las conexiones necesarias entre la información disfuncional y la información adaptativa, produciéndose de esta manera el reprocesamiento. Este reprocesamiento se manifiesta por medio de cambios espontáneos en las emociones, imágenes, sensaciones físicas y cogniciones. Los recuerdos son archivados en la memoria semántica en lugar de la memoria implícita.

Que modales utiliza

Modales

Escuela	Biológico	Afectivo	Sensaciones	Imágenes	Cognitivo	Conductas	Social
EMDR		+++	+++	+++	+++	++	

Cuáles son los puntos en común con otras escuelas

Abordajes del trauma psicológico (p. ej., Traumatic Incident Reduction): comparte la idea de que el origen de muchos de los padecimientos humanos está en experiencias traumáticas, especialmente las tempranas.

Abordaje conductual: EMDR comparte con estos abordajes el objetivo de desensibilizar un recuerdo o conducta rompiendo la asociación existente con la emoción negativa. Comparte, además algunos métodos, como la exposición imaginaria, y el uso de registros conductuales.

Abordaje Cognitivo: EMDR resalta la importancia de las cogniciones asociadas a la situación trabajada, promoviendo un cambio cognitivo. Asímismo EMDR usa métodos de registro provenientes de la terapia cognitiva.

Abordajes Cognitivo-Conductuales: desde el trabajo pionero de Joseph Wolpe (Desensibilización Sistemática o Inhibición Recíproca) hasta los protocolos más usados en el tratamiento del trauma psicológico, tales como Exposición Terapéutica Directa (Direct Therapeutic Exposure) y Técnica de Inoculación de Estrés (Stress Innoculation Technique), consisten básicamente en exposición junto con técnicas de reducción de ansiedad. Como se ha visto, EMDR promueve una exposición imaginaria, al tiempo que la estimulación bilateral alternada provoca finalmente un estado de reducción de la ansiedad.

Abordajes psicodinámicos: durante la fase de desensibilización, el paciente frecuentemente produce una especie cadena de asociación acelerada, en la que va recorriendo eventos y emociones interconectados con el incidente blanco del reprocesamiento, de una manera que recuerda la asociación libre de los tratamientos de corte psicodinámico. Además, comparte también la idea de que situaciones tempranas no resueltas son el origen de muchos de los problemas presentados en la consulta.

Abordajes corporales: al tomar las sensaciones corporales como memorias corporales o elementos de información no procesada, EMDR pone de relieve la vinculación entre las emociones y lo somático, siendo su importancia común con los abordajes corporales.

También es de destacar, que pese a lo estructurado del método, EMDR es un abordaje centrado en el cliente, dado que otorga la máxima importancia al flujo de información producido por el paciente, mientras que el terapeuta se limita a seguirlo en la aplicación del protocolo, sin ofrecer interpretaciones ni intervenciones: los cambios cognitivos, los insights, las resignificaciones son provistas espontáneamente por el paciente mismo.

Aunque comparte los aspectos someramente detallados previamente, también es evidente que EMDR no se limita a ser una combinación de los mismos, sino que tiene elementos propios originales, que lo constituyen por derecho propio en un abordaje terapéutico en sí mismo.

Cuáles son los puntos fuertes

Muchas investigaciones se han realizado hasta el presente, en las que se ha puesto a prueba la eficacia y eficiencia de EMDR. Las mismas han consistido en ensayos clínicos, tanto con veteranos de combate como con pacientes civiles víctimas de diversos traumas (violación, violencia física, abuso sexual infantil, desastres naturales).

En los primeros estudios realizados en una primera fase, entre 1989 y 1998, se obtuvieron resultados consistentes, en los que EMDR tuvo efectos superiores a controles del tipo listas de espera o tratamientos demorados En una segunda fase, a partir de 1999, se realizaron, por un lado, cuatro estudios controlados aleatorizados comparando la efectividad de EMDR con terapias no específicas del trauma. El resultado obtenido fue que EMDR fue superior a los otros tratamientos. Por otro lado, en nueve estudios en que se comparó la efectividad de EMDR con terapias específicas del trauma psicológico, tales como Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia de Exposición, Terapia de Exposición con Reestructuración Cognitiva, y Terapia de Inoculación al Estrés, en siete de ellos, EMDR demostró similar efectividad, y en algunos de ellos mayor eficiencia que la Terapia de Exposición, requiriendo menos cantidad de sesiones para una mayor reducción sintomática, con menos deserciones. Un estudio comparando la efectividad de EMDR con tratamiento farmacológico, arrojó también resultados favorables a EMDR.

Una reciente Revisión Sistemática Cochrane, en la que se incluyeron treinta y tres estudios, afirma que EMDR y Terapia de Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma reúnen las mejores evidencias de eficacia, proponiéndolas como tratamientos de elección.

Además, EMDR no requirió de las aproximadamente 30 a 60 horas de tareas para el hogar que suelen emplearse en Terapia de Exposición. Una conclusión que surge de estos estudios es que, aparentemente, un conjunto de tres sesiones de EMDR son suficientes para una reducción sintomática importante en víctimas de trauma único.

Cuáles son las principales limitaciones?

EMDR requiere de un entrenamiento específico por parte del terapeuta, así como de una actitud abierta a procedimientos poco ortodoxos. También puede provocar catarsis intensas, para lo cual deben estar preparados tanto pacientes como terapeutas.

Bibliografía

Denny, N. (1995). An orienting reflex/external inhibition model of EMDR and Thought Field Therapy. Traumatology, 1(1), 1-6.

Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd. ed.). NY: Guilford.

Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. Journal of EMDR Practice and Research, 1(2), 68-87.

Shapiro, F. (2010). EMDR therapy: Adaptive Information Processing, clinical applications and research recommendations. Trauma Psychology Newsletter, 5(2), 12-18.

Shapiro, F. (2012). EMDR therapy: An overview of current and future research. Revue européenne de psychologie appliquée, 62, 193–195.

Shapiro, F., Lake, K., & Norcross, J. (2003). Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR): Un tratamiento integrador para el trauma. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, 2(3), 4-13.

TIR

> Puedes mirarlo de una manera tan narcisista que haga aflorar lágrimas de tus ojos, o 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 and Laing, 1992)

Qué es

TIR (por sus siglas en inglés, Traumatic Incident Reduction – Reducción de Incidente Traumático), es un tratamiento breve, simple, centrado en la persona (el terapeuta no interpreta ni sugiere, ni dice cómo debería sentirse o pensar) y altamente estructurado (el terapeuta guía repetitivamente al consultante a través de una revisión imaginaria del incidente)

Se trata de una técnica de exposición guiada uno a uno. Es un procedimiento regresivo de desensibilización para eliminar el efecto residual de situaciones traumáticas

Reconoce la influencia del trabajo de Carl Rogers por estar centrado en el cliente (sin la falta de dirección característica de Rogers y su Terapia No Directiva). También recoge la primera teoría traumática de las neurosis de S. Freud (en su primera etapa), aunque sin la interpretación y el análisis.

La intervención del terapeuta está altamente pautada. El protocolo consiste en una serie de preguntas y consignas 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.

Los Puntos Finales se caracterizan por: (a) buenos indicadores analógicos, tales como sonrisas, relajación, piel sonrosada); (b) comprensión o insights, acerca de las motivaciones, consecuencias, interpretación, etc. del incidente traumático; (c) extraversión, desplazando la

atención del pasado hacia el presente o hacia el terapeuta; (d) desaparición de condiciones indeseables, tales como nerviosismo, cefaleas, tensión muscula, (e) habilidades ganadas o recuperadas, como perdona o comunicar.

Cuales son los orígenes? Quiénes fueron sus creadores?

TIR (Traumatic Incident Reduction, Reducción de Incidente Traumático) fue desarrollado aproximadamente hacia 1984 por Frank Gerbode y Gerald French, en el IRM (Institute for Research in Metapsychology) de Palo Alto (California) (actualmente denominada Traumatic Incident Reduction Association).

Forma parte de una concepción más abarcativa, llamada Metapsicología, en el marco de la cual se han desarrollado diversas herramientas terapéuticas (tales como Desbloqueo, Reducción del Estrés de la Vida, entre otros), aunque TIR es la principal, así como la más reconocida.

Desarrollada marginalmente al ambiente académico, la investigación de los Ingredientes Activos de Charles Figley la hizo conocida y a partir de aquel momento fue objeto de atención y estudios.

Cuáles son sus supuestos básicos?

Sus autores reconocen la influencia del trabajo de Carl Rogers y de Sigmund Freud. De Carl Roger se puede identificar 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 ni 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.

Cuáles son sus fundamentos teóricos

Cuando un individuo experimenta algo que es doloroso a nivel emocional o físico, tiene la opción de enfrentarlo completamente y sentirlo, o de tratar de bloquear la concientización de ese dolor. En el primer caso, el hecho de percibir y entender lo que ocurrió puede llevar a un cierre del problema para que el incidente se transforme en algo del pasado. Sin embargo, en el segundo caso, la posibilidad de experimentar ese incidente se encuentra bloqueada. En este caso, el incidente es reprimido, y el incidente (junto con la intención de no experimentarlo y cualquier otra intención o actividad presentes en el incidente), siguen existiendo como un perpetuo asunto pendiente. Esos incidentes traumáticos permanecen influyendo en el presente de la persona y, de esa forma, la afectan de forma negativa. Esos son los incidentes que tiene una carga emocional, es decir, tienen "una intención reprimida e insatisfecha". Una intención reprimida podría ser la idea de "no voy a permitir que esto me pase nunca más", como enunció una paciente víctima de una violación, y que veinte años después, al tratar su sobrepeso extremo, en una sesión de TIR llegó a reconocer "nadie va a querer violar a una gorda y fea"

El hecho de no haber enfrentado los traumas del pasado por completo es lo que los hace que los mismos sigan reteniendo una parte de la carga emocional original, y lo que hace que el trauma siga afectando a la persona de forma negativa. Tanto el dolor físico como el emocional, tienen la función de advertirnos que hay algo a lo que le debemos prestar atención, y solucionarlo. TIR es una técnica diseñada para examinar de forma sistemática y en profundidad los contenidos cognitivos, emocionales, perceptivos, etc. de incidentes del pasado, para poder reducir o eliminar la carga emocional, y así aliviar a la persona de las consecuencias negativas (independientemente del diagnóstico).

Cuando el consultante termina de examinar los traumas del pasado, los incidentes que examinó pierden su carga afectiva, y ya no tienen la fuerza para causarle dolor. TIR se basa en un método que aparece en los primeros trabajos de Freud: "Lo que generaba el síntoma no siempre era una sola experiencia. Al contrario, generalmente se daba por la convergencia de varios traumas, y generalmente por la repetición de muchos traumas similares. Por lo tanto, era necesario regenerar toda la cadena de recuerdos patogénicos de forma cronológica, o, mejor dicho, de adelante para atrás, primero los más nuevos y luego los más viejos. Y fue bastante imposible saltear los traumas más recientes para llegar más rápido al primero, que en la mayoría de los casos era el más fuerte."

En la vida cotidiana, la mayoría de las personas pueden ser activadas a revivir, de forma momentánea o prolongada, los traumas del pasado, en varios niveles y con sentimientos y comportamientos negativos. El equilibrio alcanzado en la intención de no experimentar el trauma del pasado puede quebrarse cuando ocurre algo que se lo hace recordar. Cuando hay ciertas similitudes entre los temas o los contenidos del presente y los del incidente traumático, pueden dispararse los síntomas y comenzar a reexperimentarlos. La intención de no experimentarlo comienza a fallar. Para una persona que perdió a un ser querido y que reprimió el incidente, las campanadas de la iglesia, o incluso el aroma de las

flores, podría hacer surgir una extremada tristeza, incluso sin que la persona sea conciente. En este caso decimos que el incidente traumático se activó o se reestimuló, y que eso que causó la reestimulación – en este caso las flores o las campanadas – son los reestimuladores.

Qué modales utiliza

Escuela	Biológico	Afectivo	Sensaciones	Imágenes	Cognitivo	Conductas	Social
TIR		+++	++	+++	+++	+	

Cuáles son los puntos en común con otras escuelas

Otros abordajes del trauma psicológico (p. ej., EMDR): comparte la idea de que el origen de muchos de los padecimientos humanos está en experiencias traumáticas, especialmente las tempranas.

Abordajes cognitivo conductuales del trauma (p. ej. Terapia de Exposición Prolongada): la idea de que el recorrido y la puesta en palabras repetitivamente del incidente traumático, y la catarsis, juegan papeles importantes en la resolución de los recuerdos traumáticos.

Cuáles son los puntos fuertes?

Es un abordaje altamente efectivo, de rápidos resultados (algunas veces en unas pocas sesiones).

El trabajo terapéutico es íntegramente realizado por el paciente, exigiéndole poco al terapeuta, que debe limitarse a garantizar la aplicación adecuada del procedimiento. Los rápidos resultados son un aliciente tanto para el paciente como para el terapeuta, sirviendo como prevención de la traumatización secundaria.

Gracias a las investigaciones y estudios realizados en los últimos años, SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental) de los Estados Unidos, incorporó a TIR a su lista del Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia.

Cuáles son las principales limitaciones

Las sesiones suelen ser emocionalmente muy intensas, cosa que no es adecuada para todos los pacientes. Las sesiones no tienen una duración predeterminada. El terapeuta las da por terminado cuando se alcanza un Punto Final, y esto puede hacer que la sesión se extienda más de una hora, resultando difícil desde el punto de vista organizativo del terapeuta.

Está contraindicado en casos de pacientes bajo los efectos de las drogas o el alcohol, en aquéllos que tienen dificultades para concentrarse o seguir consignas precisas, en pacientes ADD severos, en quienes están medicados con drogas que les impiden entrar en

contacto con sus sentimientos y emociones, en pacientes con escasa fortaleza yoica que no les permita soportar el sufrimiento, y en casos de psicosis.

Bibliog

Cazabat, E. H. (2001). 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. Disponible en http://hdl.handle.net/10401/1846

Cazabat, E. H. & Kriwet, M. R. C. (2008). Tratamiento para los dos extremos del abuso. Actualidad Psicológica, 33(363) ISSN 0325-2590

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

Terapias Basadas en la Energía

¿Quién fue su creador?

El originador de esta corriente de terapias basadas en la energía fue Roger Callahan (1925-2013). Luego de una formación tradicional en psicoterapia, Callahan, en los años ´70, se interesó en el estudio de la kinesiología aplicada, que estudia la relación entre el cuerpo y las emociones. A partir de la formación realizada con G. Goodheart y J. Diamond, empezó a aplicar esos conocimientos al campo de la psicoterapia, y en 1980 tuvo su leading case en el caso Mary, una mujer con una fobia al agua casi invalidante, extraordinariamente resistente a los tratamientos, que resuelve mediante la aplicación de digitopresión en puntos específicos de la acupuntura. A partir de allí desarrolla los algoritmos característicos de TFT (por sus siglas en inglés, Thought Field Therapy - Terapia del Campo del Pensamiento). .

Con posterioridad surgieron diversas variantes de TFT (EFT, EDxTM, BSFF, etc.), conformando lo que se conoce como sopa de letras, que sólo presentan modificaciones menores, siendo todas tributarias de TFT.

¿En qué se basa la escuela?¿Cuáles son los fundamentos teóricos?

R. Callahan postula 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.

Cuando el sujeto “sintoniza” su pensamiento en algo perturbador, las perturbaciones en el Campo del Pensamiento contienen Información activa que dispara y forma la secuencia de actividades neurológicas, químicas, hormonales y cognitivas que derivan en la experimentación de una emoción negativa como el miedo, la depresión, la ira, etc.

Dichas perturbaciones son de baja inercia. Callahan recurre a una metáfora para explicar el fenómeno, planteando que la información en una cinta de audio o video tiene

menos inercia que la cinta misma; vale decir que para borrar esa información no hace falta romper el cassette, pues alcanza con desorganizar esa información por medio de un imán. De la misma manera, las terapias basadas en la energía, de las cuales TFT es la pionera, remueven esas perturbaciones del campo del pensamiento por medio de estimulación por medio de acupresión (ligeros golpecitos) en ciertos puntos vinculados con los meridianos de la energía de la acupuntura y cierto tipo de movimientos de ojos. Esto explicaría la habitual rapidez de la terapia.

Varias teorías se han enunciado acerca de los mecanismos de acción de la Terapia del Campo del Pensamiento. Algunos autores consideran, a la luz de la teoría del condicionamiento clásico, que la Terapia del Campo del Pensamiento elicita el reflejo de orientación y sus efectos inhibidores sobre la respuesta condicionada. De esta manera, una respuesta (el algoritmo) que compite con la respuesta condicionada (la reacción emocional frente al recuerdo del trauma) extinguiría dicha respuesta (Denny, 1995). Otros consideran que ingredientes tales como la exposición imaginaria, la observación disociada, y mantener un foco de atención dual (entre otros) darían cuenta de la efectividad de esta terapia (Gallo, 1996)

Otra explicación posible se basa en el mecanismo de la inhibición recíproca de J. Wolpe. La estimulación lograda con la aplicación del algoritmo lograría una respuesta de relajación que competiría con la respuesta perturbadora del recuerdo, desensibilizándolo

¿Cuáles son las principales técnicas que se aplican?

El procedimiento consiste en pedir al paciente que recuerde y se "sintonice" con el hecho problema. Una vez logrado, se guía al paciente en la realización de ese procedimiento estandarizado (denominado Algoritmo: Conjunto ordenado y finito de operaciones que permite hallar la solución de un problema, según el Diccionario de la Real Academia Española). Al repetir este procedimiento el número suficiente de veces, la perturbación provocada por el recuerdo del hecho problema va desapareciendo, junto con las sensaciones y emociones asociadas, al tiempo que va transformándose la imagen que representa ese recuerdo.

Qué modales utiliza

Escuela	Biológico	Afectivo	Sensaciones	Imágenes	Cognitivo	Conductas	Social
Terapias Basadas en la Energía		+++	+++	+++	+++	++	

¿Cuáles son los puntos en común de la misma con otras escuelas?

Dada las características tan particulares, tiene poco en común con otros enfoques. El único denominador común con las psicoterapias efectivas del trauma psicológico, es el componente de exposición imaginaria.

¿Cuáles son los puntos fuertes y las principales indicaciones?

El punto más fuerte de estos abordajes es la rapidez asombrosa del tratamiento y sus resultados, los que muchas veces son difíciles de creer, incluso para el terapeuta (según el estudio de Figley mencionado precedentemente, alcanza alivio significativo en un promedio de una hora de tratamiento). Estos abordajes están especialmente indicados en trauma, fobias, dolor, vergüenza, culpa, ansiedad de rendimiento, conexión ansiedad-adicción, y en general en todo lo que sean síntomas positivos y reexperimentación. Otro punto fuerte es que casi no requiere de la expresión verbal del paciente. Esta característica la hace especialmente indicada en aquellos casos en que hablar del tema motivo de la consulta puede resultar tan penoso o avergonzante como el hecho mismo.

De entre las Terapias Basadas en la Energía, EFT (por sus siglas en inglés, Emotional Freedom Techniques – Técnicas de Liberación Emocional) ha recibido la caracterización de Práctica Basada en la Evidencia por la APA (por sus siglas en inglés, American Psychological Association, Asociación Norteamericana de Psicología). Se han publicado hasta la fecha 50 artículos peer-reviewed y 17 pruebas clínicas aleatorizadas en los que se demostraron resultados en pocas sesiones. Asimismo, reúne los criterios de la División 12 de la APA como Tratamiento Basado en la Evidencia para el TEPT y otros trastornos.

¿Cuáles son las limitaciones?

La principal limitación es la falta de un sustento teórico sólido. Basándose en los principios de la acupuntura, la que no goza de prestigio en el mundo académico. Durante mucho tiempo no contó con investigación controlada. Recientemente, como se expuso en el parágrafo anterior, ha sido objeto de estudios de resultados, pero sus principios teóricos no han sido puestos a prueba.

Otra limitación importante es que, dado su carácter poco ortodoxo y su apariencia rara, muchas veces es resistida su aplicación por parte de terapeutas o pacientes, siendo necesario establecer una sólida alianza terapéutica para su aceptación.

¿Cuál es la bibliografía utilizada?

Callahan, R. (1996). Thought Field therapy: Trauma and treatment. La Quinta, CA: TFT Training Center.

Denny, N. (1995). An orienting reflex/external inhibition model of EMDR and Thought Field Therapy. Traumatology, 1(1), 1-6.

Figley, C. (2003). El tratamiento del estrés traumático. Una perspectiva basada en la teoría. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica, 2(1), 4-13.

Gallo, F. (1996). Reflections on active ingredients in efficient treatments of PTSD, Part 2. TRAUMATOLOGYe, 2(2).
Furman M. & Gallo, F. (2000). The Neurophysics of Human Behavior. Explorations at the Interface of the Brain, Mind, Behavior, and Information, Boca Raton (Fl), CRC Press.
Gallo, F. (1999) Energy Psychology. Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior and Health. Boca Ratón (FL) CRC Press,
Gallo, F. (2000). Energy Diagnostic and Treatment Methods. NY, Norton.
Gallo, F. & Vicenzi, H. (2000). Energy Tapping. Breakthrough new methods based on ancient techniques that can help you. Oakland (CA), New Harbinger Publications.

No sé que datos van:

Eduardo H. Cazabat
Lic. En Pscología. Doctorando en Psicología, Maestrando en Metodología de la InvestigaciónCientífica, Especialista en Metodología de la InvestigaciónCientífica, Master Traumatologist, Prof. Universitario de Psicología, Prof. Titular en la Univ. Del Salvador y Univ. Católica de Santa Fe.
Eduardo.cazabar@yahoo.com.ar