

Memoria-Tiempo-Procesamiento: Nuevo desarrollo para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático

Susana Vazquez-Aquino¹
Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

Resumen

Se presentan y analizan los resultados de la aplicación de *Memoria-Tiempo-Procesamiento: Una Metáfora de Rescate en 12 pasos*, tratamiento para el Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT). De enfoque cognitivo-conductual, se utiliza la *proyección* –una forma de “exposición”- para “revivir” imaginariamente el trauma, para realizar procesamiento y re-contextualización temporal del TEPT. Se utilizan Hipnosis Ericksoniana y herramientas de PNL, y para el estudio de casos, el marco sistémico. Se describen los 12 pasos. Fue administrado a 15 pacientes con diagnóstico de TEPT y a otros 15 asignados al grupo control. Investigación de tipo mixto realizada con víctimas sobrevivientes y familiares de víctimas del incendio Ycuá Bolaños, en Asunción, Paraguay, en agosto de 2004. Los datos fueron recogidos mediante una entrevista semi-estructurada y Lista de Chequeo PCL-C (Wheather, Husca & Keane, 1991) que confirmaron diagnósticos de TEPT. Los síntomas fueron analizados cuantitativa y cualitativamente. Los resultados demostraron una elevada eficacia del tratamiento.

Palabras clave: Estrés postraumático, cognitivo-conductual, nuevo desarrollo terapéutico.

Memória-Tempo-Processamento: Novo desenvolvimento para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático

Resumo

Apresenta e analisa os resultados da aplicação da *Memória-Tempo-Processamento: Uma Metáfora de Resgate em 12 passos*, tratamento para o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

¹ Doctora en Psicología Clínica por la Universidad Nacional de Asunción. Profesora Titular del Posgrado en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Autónoma del Paraguay. Coordinadora General del Centro Profesionales Asociados para el Desarrollo Humano (PRADEH). Asunción, Paraguay. Correo electrónico: masuvaz@gmail.com

Abordagem cognitivo-comportamental, utiliza-se a *projeção* -uma forma de “exposição”- para “reviver” imaginariamente o trauma, e para realizar processamento e recontextualização temporal do TEPT. Utilizam-se Hipnose Ericksoniana, ferramentas de PNL, e para os estudos de casos, o marco sistêmico. Descrevem-se os 12 passos. Foi administrado a 15 pacientes com diagnóstico de TEPT e outros 15 ficaram no grupo de controle. Investigação do tipo misto realizada com vítimas sobreviventes e familiares de vítimas do incêndio Ycuá Bolaños, em Assunção, Paraguai, em agosto de 2004. Os dados foram recolhidos mediante uma entrevista semi-estruturada e Lista de Revisão PCL-C (Wheather, Husca & Keane, 1991) que confirmaram diagnósticos de TEPT. Os sintomas foram analisados quantitativa e qualitativamente. Os resultados demonstraram uma elevada eficácia do tratamento.

Palavras-chave: Estresse pós-traumático, cognitivo-comportamental, novo desenvolvimento terapêutico.

Memory-Time-Processing: New development for the treatment of post traumatic stress disorder

Abstract

It presents and analyzes the results of the application of a treatment called *Memory–Time–Processing: A Rescue Metaphor in 12 steps* a treatment for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Cognitive-behavioral approach, *projection* is used –a form of “exposure”-, to “relive” the trauma in imagination, and for processing and re-contextualization temporal of PTSD. Are used Ericksonian Hypnosis and NLP tools, and case studies, systemic framework. The 12 steps are described. Was administered to 15 patients with a diagnosis of PTSD and 15 others assigned to the control group. Research mixed type with surviving victims and relatives of victims of the fire Ycuá Bolaños, in Asuncion, Paraguay, in August 2004. Data were collected through semi-structured interview, Checklist PCL-C (Wheather, Husca & Keane, 1991) that confirmed diagnoses of PTSD. Symptoms were analyzed quantitatively and qualitatively. Results demonstrated high efficacy of the treatment.

Keywords: Post-traumatic stress, cognitive-behavioral, new therapeutic development.

Introducción

Ante la urgente necesidad de contar con una terapia rápida y efectiva para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se creó un nuevo desarrollo terapéutico surgiendo la técnica *Memoria-Tiempo-Procesamiento (MTR): Una Metáfora de Rescate en 12 pasos*. El objetivo es estudiar los resultados de su aplicación como tratamiento de dicho trastorno. Esta investigación se realizó con víctimas sobrevivientes y familiares de víctimas del incendio de Ycuá Bolaños, hecho luctuoso ocurrido en Asunción, Paraguay, el 1 de agosto de 2004, dejando familias enteras aquejadas de TEPT.

El trastorno de estrés postraumático

El TEPT es un síndrome compuesto por tres tipos de síntomas: re-experimentación: intrusión de imágenes recurrentes, con la sensación de estar reviviendo el hecho traumático en forma de *flashbacks*, pesadillas, pensamientos y reacciones fisiológicas o psicológicas de intenso malestar; evitación/embotamiento afectivo: pérdida de interés en cosas que antes interesaban; e hiperactivación: con trastornos de sueño, de concentración, hipervigilancia, irritabilidad, sobresalto exagerado (Asociación Americana de Psiquiatría [AAP], 1994). Las memorias del TEPT hacen que el pasado sea vivido en *tiempo presente*, como si el hecho estuviera ocurriendo una y otra vez. Quienes lo sufren, continúan “fijados” al acontecimiento traumático y no pueden separarse de él (Freud, 1915/1981: 2294; van der Kolk, 1994).

La teoría del procesamiento emocional de la información

Foa & Kozak (1986) sostienen que el TEPT emerge a causa de la formación de una estructura patológica de miedo relacionada al trauma que incluye representaciones de los estímulos, respuestas y sus significados. Es un programa para la huida o para evitar el peligro. Propone que el tratamiento satisfactorio implica corregir los elementos patológicos de dicha estructura. Se requieren dos condiciones para la reducción del miedo: 1) debe activarse la estructura de miedo y 2) debe proporcionar nueva información conteniendo elementos incompatibles con los patológicos existentes para que éstos puedan corregirse. El paciente integra la

nueva información proporcionada por la terapia, en el sentido de que la situación temida no se funda en un peligro real. El tratamiento debe incluir resultados amplios tales como vuelta a una vida donde se recupere el desempeño laboral, la interacción social y una mejoría del estado general.

Teoría de la representación dual

Se trata de otro modelo cognitivo conductual contemporáneo del TEPT. Al respecto, Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) proponen dos tipos de representaciones en la memoria como la *arquitectura cognitiva mínima* dentro de la cual la compleja memoria del TEPT y otros fenómenos puedan ser comprendidos. Estos tipos de memoria son las Memorias Accesibles Verbalmente (MAV) y las Memorias Accesibles Situacionalmente (MAS). Las MAV son un conjunto de representaciones de la experiencia consciente del trauma, procesadas por el hipocampo y zonas relacionadas, memorias autobiográficas que pueden ser recuperadas deliberada y progresivamente del almacenamiento de memorias explícitas que permiten que el trauma pueda ser representado de acuerdo a un contexto en tiempo presente, pasado y futuro. Las MAS son un conjunto diferente de representaciones de la salida (output) del procesamiento inconsciente de la situación traumática, codificadas por la amígdala y zonas relacionadas y de naturaleza sensorio perceptiva (un color, un olor, una imagen, un sonido). Son memorias disociadas de la conciencia y no poseen un contexto temporal que indique que la situación pertenece al pasado. Se presentan automáticamente ante estímulos internos o externos similares a los del trauma en la forma de síntomas tales como reactivaciones emocionales, impulsos motores, imágenes intrusivas *flashbacks* o estados disociativos. Según esta teoría existen tres tipos de procesamiento: completado e integrado, emocional crónico y emocional inhibido:

El procesamiento emocional del TEPT con la técnica

Memoria-Tiempo-Procesamiento: Una metáfora de rescate en 12 pasos

Objetivos:

- a) *Procesamiento emocional del trauma*, dándole una re significación afectiva, integrando lo inaceptable, terrorífico e incomprensible en los esquemas

personales del paciente, a través de la incorporación de nueva información incompatible con la estructura de miedo, según indica el modelo de Foa y Kozak (1986).

- b) *La integración de las memorias MAS con las memorias MAV*, y la disminución o remisión del TEPT, según el modelo de Brewin et al. (1996).
- c) *Re-contextualización temporal del trauma*. Utilizando herramientas de Programación Neuro Lingüística (PNL), se proporciona a la experiencia traumática un *nuevo contexto temporal* que permite a la persona situar el trauma en *tiempo pasado y abrirse a un futuro esperanzador* (van der Kolk, van der Hart & Burbridge, 1995). Se logra el *control y dominio* de las reacciones psicológicas y biológicas, y el cambio del significado del trauma como el restablecimiento paulatino de conexiones sociales y eficacia interpersonal.

Los 12 pasos de *Memoria-Tiempo-Procesamiento: Una metáfora de rescate*

Antes de administrar la técnica se debe establecer un buen *rapport* con el paciente. Luego se le pregunta si es diestro o zurdo. En el primer caso, se le indica la posición de una pantalla de cine imaginaria que estará situada al frente a su izquierda. En caso de ser zurdo se invierte su posición (estará a la derecha). Luego se establece un código, una señal ideo motriz, explicándole que durante la administración del tratamiento se le harán preguntas sencillas tales como ¿comprendió?, ¿ya está? Y que el responderá levantando un dedo que signifique Sí y otro No. El paciente elige los dedos (Saint Paul & Tenenbaum, 1996: 156).

1. La respiración

Se le pide que cierre los ojos, se siente en una posición cómoda y comience a respirar profundamente varias veces. A medida que respira va eliminando tensiones. El objetivo es utilizar el cuerpo como recurso terapéutico. El paciente debe tener una experiencia corporal y emocional nueva, muy diferente a la que experimentó durante el trauma. Debe aprender a sentirse seguro de nuevo en su cuerpo. El área somática

es importante, ya que el trauma deja huellas en el cuerpo y en la mente (van der Kolk, 1994; 2000).

2. Hipnosis Ericksoniana e inducción de trance leve

El objetivo consiste en captar la atención del paciente hacia una búsqueda interior a fin de acceder a las memorias MAS, que están dissociadas de la conciencia. Milton Erickson afirma que el trance es la vía regia para acceder al inconsciente (citado por Rosen, 1986: 26). Se trata de lograr una disociación controlada con fines terapéuticos, facilitando la flexibilidad cognitiva (Cardeña, Maldonado, Galdón & Spiegel, 1999).

3. La calibración

Es la percepción de cambios que señalan la “atención de respuestas” del paciente, como diferencias en el tono muscular, facial y corporal, color de la piel, ritmo respiratorio. Se debe calibrar durante toda la administración del tratamiento (O’Connor & Seymour, 1996: 91).

4. La luz

Se le pide al paciente que imagine una luz blanca brillante que viene de arriba e ilumina todo su cuerpo por dentro y por fuera. Memoria–Tiempo–Procesamiento es una metáfora de rescate, y la luz es una herramienta poderosa de rescate. Los pacientes vienen aplastados por el miedo, cuya metáfora es lo negro, la obscuridad. Al aparecer la luz, desaparece la obscuridad. Da seguridad. Desde la PNL la luz es un “ancla” de salvataje (Grinder & Bandler, 1994: 128). Se condiciona un nuevo estímulo, una nueva asociación, un nuevo aprendizaje asociativo, por tanto, una nueva respuesta.

5. La escalinata iluminada

Al paciente, se le pide que ahora imagine que baja por una escalinata iluminada y en cada escalón su cuerpo se relaja más y más. El objetivo es acentuar el estado de relajación. A través del encadenamiento de anclas de luz y movimiento, se añade un recurso más de seguridad. Así se crea una nueva ruta neuronal en el

sistema nervioso entre una señal inicial y una nueva respuesta (O'Connor y Seymour, 1996: 101). A través de la experiencia corporal profunda, puede acercarse a sus sensaciones internas y cambiarlas (van der Kolk, 1994).

6. El escenario de trabajo y ubicación de las líneas de tiempo

Ahora se le pide que imagine que entra en una sala de cine o al aire libre. Adelante, a su izquierda (o derecha para zurdos), está la pantalla, ubicada según las Líneas de Tiempo de la PNL. Atrás está un proyector y una película. El tiempo es un organizador de la experiencia. Las líneas de tiempo son una representación espacial de la temporalidad. Nos referimos a ello en lenguaje común al decir: “el pasado quedó atrás” o “el futuro se abre adelante”. Corresponde a una codificación del tiempo en el cerebro (Andreas & Andreas, 1996: 19). Uno de los objetivos de esta técnica es que el trauma *adquiera un contexto temporal y quede como parte de la historia de la persona, en su pasado*. La línea temporal suele ser congruente con las “pistas de acceso ocular” de la PNL, que se refiere al movimiento de los ojos en diferentes direcciones, o movimientos laterales de los ojos. El “acceso” es el proceso de búsqueda, ubicación y uso de la información almacenada en el cerebro. El lado izquierdo es la zona de los *recuerdos* visuales y auditivos y el derecho es la zona de las imágenes visuales y auditivas *construidas*. Se organiza el pasado, presente y futuro por ubicación. El pasado a la izquierda y el futuro a la derecha (a la inversa para zurdos). Ambos son visibles, para dar *una idea secuencial del tiempo* (Andreas & Andreas (1996: 27).

7. El proyector

Ubica a la persona en perspectiva de observador activo, ya que proyectará la película y cambiará la experiencia desde una posición disociada (Saint Paul & Tenenbaum, 1996: 39).

8. El procesamiento de la experiencia y la re contextualización del tiempo pasado

Se utiliza la proyección, *una forma de exposición* o de revivir el trauma. Se le dice que en la película está todo lo que le sucedió y recuerda. También están las imágenes, sonidos, olores y todo lo que sintió. Cuando se le avise empezará a

proyectarla sobre la pantalla ubicada al frente de la sala, a su izquierda (o derecha). Se le indica que vaya transformando las imágenes cambiando los colores al blanco y negro, se le indica que las achique, y a los sonidos les baje el volumen; todo lo que sintió lo proyecta en la pantalla, lejos, lejos, lejos. Luego comienza a proyectar sobre la pantalla toda la historia. El objetivo es realizar el procesamiento emocional de la experiencia y darle un nuevo contexto: en tiempo pasado. Lo que recuerda son las memorias MAV, las imágenes, sonidos, olores, son las MAS, de naturaleza sensorio perceptiva, disociadas de la conciencia. Al hacer la proyección se integran estas dos memorias y con la pantalla a la izquierda, lejos, se da un *contexto espacio temporal*. El contexto convierte los recuerdos en autobiográficos (Brewin, 2001). Trabaja el hipocampo y zonas relacionadas, completándose el mapa cognitivo incompleto. Las representaciones visuales, auditivas, kinestésicas, se integran con las memorias verbales. Así se deja el terreno puramente perceptivo para entrar en lo conceptual-cognitivo, donde los recuerdos traumáticos serán inhibidos por influencias corticales (LeDoux, 1999: 228). De este modo, se logra del dominio cortical sobre las señales amigdalinas. Se consigue también una reestructuración cognitiva (Lazarus, 1980: 148). La corrección de la experiencia se realiza utilizando las submodalidades de la PNL. Son cambios en los cuadros internos visuales, auditivos, kinestésicos, como achicar imágenes, darles blanco y negro o color, alejarlas, bajar volumen de sonidos (Bandler, 1988: 20). El hecho no puede ser modificado, pero su memoria sí. Se le pide que levante el dedo Si, al terminar proyección.

9. Primer cierre

Ahora, usted imaginariamente flota sobre la proyección en un rayo de luz y ve su propia imagen en la pantalla: grande en colores, con mucha luz, con mucho brillo. Este es un cierre y la imagen grande, en colores con mucha luz se impone sobre la que envió al pasado. Esta nueva, es una imagen de poder, la persona se siente dueña de la situación con fuerza, control y seguridad, dándole un “cierre”. Tiene la película en la mano, se ha “empoderado” de la situación con calma. El trauma es ahora un hecho específico y no la representación de un yo incompetente (Foa & Rothbaum, 1998, citados por Rothbaum, Meadows, Resick & Foy, 2003: 83). Esta imagen fue también construida utilizando las submodalidades de la PNL.

10. Reintegración al propio cuerpo

Se le pide que vuelva a su asiento, a su cuerpo, después del viaje imaginario. Se lo asocia a sí mismo con una sensación de seguridad, fuerza (Bandler & Grinder, 1980: 128).

11. La re contextualización del futuro

A su derecha (o inversa para zurdos) imagine su futuro. En imágenes grandes, en colores, con mucha luz y brillo. Se ve acompañado de sus familiares, trabajando, disfrutando con amigos, sano, tranquilo y protegido (Andreas & Andreas, 1996: 53). Arriba en el cielo, ve estrellas brillantes, luceros que envían mucha luz a su corazón y de allí retorna esa misma luz hacia las estrellas. En los próximos días, meses, años, sigue tranquilo, en calma, protegido, libre y en paz. El objetivo es abrirle a vislumbrar un futuro esperanzador, lo que constituye un gran recurso que reorienta su vida y le da la motivación necesaria para el cambio (Weerth, 1998: 154). Las estrellas brillantes son un símbolo de las almas de los seres queridos fallecidos en el incendio. Son una metáfora del renacimiento (Dilts & McDonald, 1999: 200). El ser querido renace como estrella², en un lugar elevado. El paciente renace a la salud, al trabajo, a sus intereses y relaciones. El intercambio de luz simboliza el sentimiento, el amor que los unió.

12. Vuelta al “aquí y ahora”

Comience a mover su cuerpo, estire sus brazos y piernas, se despereza, mueva la cabeza, el cuello, sienta su cuerpo y lentamente abra los ojos volviendo al aquí y ahora pleno de fuerzas para retomar su vida.

Método

Diseño

Tipo mixto: cuantitativo-cualitativo, de nivel cuasi-experimental, analítico, descriptivo, observacional, de corte Longitudinal con resultados pre y post tratamiento (Hernández Sampieri, Fernandez Collado & Baptista Lucio, 2004: 191). Se utilizan

² La metáfora de las estrellas se utiliza cuando hubo muertes de seres queridos.

métodos cuantitativos para medir la intensidad de los síntomas del TEPT, con la Lista de Chequeo PCL-C (Weathers, Husca, Keane 1991) y métodos analíticos, descriptivos, observacionales para la descripción cualitativa de los síntomas y para categorizar los temas relacionados: corporales (fisiológicos), emocionales y cognitivos.

Muestra

Víctimas sobrevivientes y familiares cercanos de víctimas fatales del incendio de Ycuá Bolaños, ocurrido en agosto de 2004 en Asunción, Paraguay. Constituida por 15 pacientes con diagnóstico de TEPT. No probabilística, intencional. A 15 pacientes se les aplicó el tratamiento con MTP. Otros 15 fueron asignados al grupo control. La muestra que recibió el tratamiento estuvo compuesta por 13 mujeres y dos hombres con edades comprendidas entre los 23 y los 61 años. De éstos, tres son sobrevivientes del incendio y 12 son familiares cercanos de víctimas fallecidas.

Técnicas de recolección de datos

Se utilizó una entrevista semi-estructurada para recoger información demográfica, antecedentes familiares y psicológicos y la historia del trauma, elaborada siguiendo criterios de Foa, Keane, & Friedmann (2003: 50). Por su parte, los síntomas fueron medidos con la Lista de Chequeo para el TEPT, PCL-C (Weathers, Huska, & Keane, 1991). También se utilizó la técnica de observación no estructurada.

Procedimiento

En primer lugar se tomaron los datos del paciente y su Historia del Trauma con la entrevista semi-estructurada. Luego se pasó la Lista de Chequeo PCL-C, a fin de confirmar el diagnóstico de TEPT y su intensidad en puntajes Likert. Posteriormente se aplicó el tratamiento con la técnica MTP. Una vez que se completó el número de 15 pacientes, se tomaron las medidas a otros 15 pacientes del grupo control.

Número de aplicaciones del tratamiento

El tratamiento con MTP se aplicó una sola vez en diez casos y dos veces en cuatro casos, después de cuatro semanas de la primera aplicación.

Seguimiento

Se realizó durante seis meses, completándose 15 chequeos con cada paciente. Al final del cuasi experimento, se llevó a cabo una segunda medición de los participantes del grupo control.

Análisis de los datos cualitativos

Se analizaron datos pre y post tratamiento. Se hizo la búsqueda temática (Polit & Hungler, 1995: 535) basada en historia del trauma, utilizando un esquema de categorías con los temas siguientes: síntomas del TEPT, área corporal somática, emociones y cogniciones según relatos del paciente y observaciones de la investigadora, según criterios diagnósticos del DSM-IV.

Diagnóstico de los casos

Todos son de TEPT crónico, habían transcurrido siete meses desde la fecha del incendio cuando comenzó el cuasi experimento.

Descripción de síntomas

Los temas más repetidos, con un promedio de tres por paciente, fueron: Representación de imágenes presenciadas durante la búsqueda del familiar; imágenes de muertos tirados por todas partes. Fuego, humo, obscuridad, gritos desesperados, en forma de *flashbacks*, pesadillas. Olor a carne quemada; imagen del ser querido muerto.

Reacciones físicas con gran malestar como taquicardias, sudores, náuseas, ahogos.

Evitación: embotamiento afectivo, pérdida de interés en hijos, familia, pérdida del sentido de vida, futuro desolador. Evitar lugares con mucha gente. Evitar recordar. Hiperactivaciones, ira, insomnio, agitación. En todos los casos se encontró comorbilidad depresiva.

Análisis de datos cuantitativos

Para el primer grupo cuasi experimental se aplicó t de Student comparando resultados pre-tratamiento y 15 chequeos. Para el grupo control también se aplicó t

de Student y el coeficiente de correlación de Pearson entre evaluación inicial y final transcurridos cinco meses.

Formación de sub grupos estudiados

En nueve casos el tratamiento se aplicó una sola vez. En cuatro casos fue aplicado dos veces.

Resultados

En la Tabla 1 se presenta la distribución de las respuestas obtenidas con la Lista de chequeo PCL-C, en puntajes Likert (1 a 5), clasificados como síntomas de re experimentación, evitación e hiperactivación, de la medición pre tratamiento y quince chequeos de la etapa de seguimiento. Grupo de nueve pacientes con una aplicación del tratamiento.

Tabla 1. Nueve casos con tratamiento aplicado una vez

	Calificación Likert	RECuento DE SÍNTOMAS			Total
		Reexperi- mentación	Evitación	Hiper- activación	
PRE TRAT	1	5	15	2	22
	2	2	1	1	4
	3	4	11	14	29
	4	19	23	16	58
	5	15	13	12	40
	Total	45	63	45	153
CHEQ 1	1	16	17	11	44
	2	10	13	19	42
	3	17	25	12	54
	4	2	6	2	10
	5	0	2	1	3
	Total	45	63	45	153
CHEQ 2	1	21	32	14	67
	2	20	18	21	59
	3	4	13	10	27
	Total	45	63	45	153
CHEQ 3	1	30	40	18	88
	2	15	19	25	59
	3	0	4	1	5
	4	0	0	1	1
	Total	45	63	45	153

Continuación Tabla 1. Nueve casos con tratamiento aplicado una vez

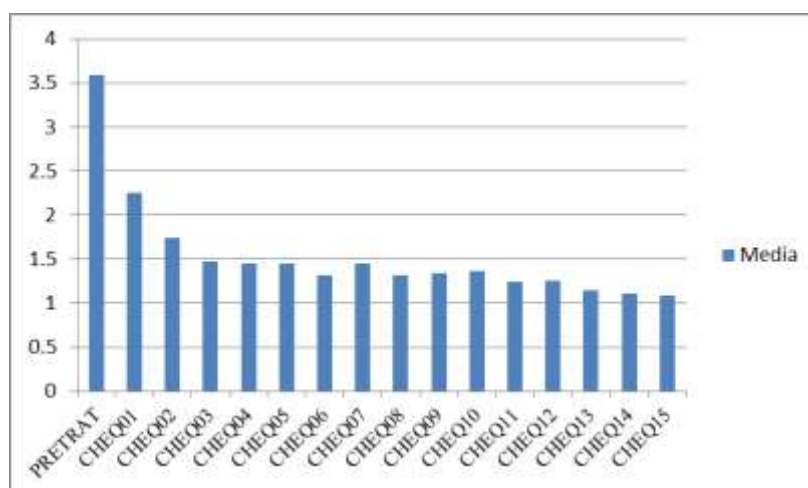
	Calificación Likert	RECuento DE SÍNTOMAS			Total
		Reexperi- mentación	Evitación	Hiper- activación	
CHEQ 4	1	31	47	17	95
	2	12	13	22	47
	3	2	3	6	11
	Total	45	63	45	153
CHEQ 5	1	33	49	19	101
	2	7	9	19	35
	3	5	5	7	17
	Total	45	63	45	153
CHEQ 6	1	35	58	25	118
	2	6	3	12	21
	3	4	2	8	14
	Total	45	63	45	153
CHEQ 7	1	27	49	21	97
	2	13	11	19	43
	3	5	3	5	13
	Total	45	63	45	153
CHEQ 8	1	31	60	23	114
	2	10	2	17	29
	3	4	1	5	10
	Total	45	63	45	153
CHEQ 9	1	35	57	24	116
	2	4	3	15	22
	3	6	3	6	15
	Total	45	63	45	153
CHEQ 10	1	34	52	24	110
	2	6	9	14	29
	3	5	2	7	14
	Total	45	63	45	153
CHEQ 11	1	35	60	27	122
	2	7	2	16	25
	3	3	1	2	6
	Total	45	63	45	153
CHEQ 12	1	37	60	24	121
	2	5	3	18	26
	3	3	0	3	6
	Total	45	63	45	153

Continuación Tabla 1. Nueve casos con tratamiento aplicado una vez

	Calificación Likert	RECuento DE SÍNTOMAS			Total
		Reexperi- mentación	Evitación	Hiper- activación	
CHEQ 13	1	40	62	28	130
	2	5	1	17	23
	Total	45	63	45	153
CHEQ 14	1	42	62	32	136
	2	3	1	13	17
	Total	45	63	45	153
CHEQ 15	1	44	62	33	139
	2	1	1	12	14
	Total	45	63	45	153

En la evaluación pre tratamiento del grupo de nueve pacientes con tratamiento aplicado una sola vez, se encontró una $X = 3.59$, con una $Dt = 1.300$. En la Gráfica 1 se puede apreciar la rápida reducción de los niveles del TEPT en las tres primeras semanas después de la aplicación de la técnica, manteniéndose estables estos valores en las siguientes semanas.

Gráfica 1. Puntajes promedios pre tratamiento y 15 chequeos



La Tabla 2 indica todas las comparaciones efectuadas entre la evaluación pre-tratamiento y las 15 evaluaciones (chequeos uno al 15). Se realizaron pruebas t, comparando la puntuación del pre tratamiento con los chequeos post tratamiento.

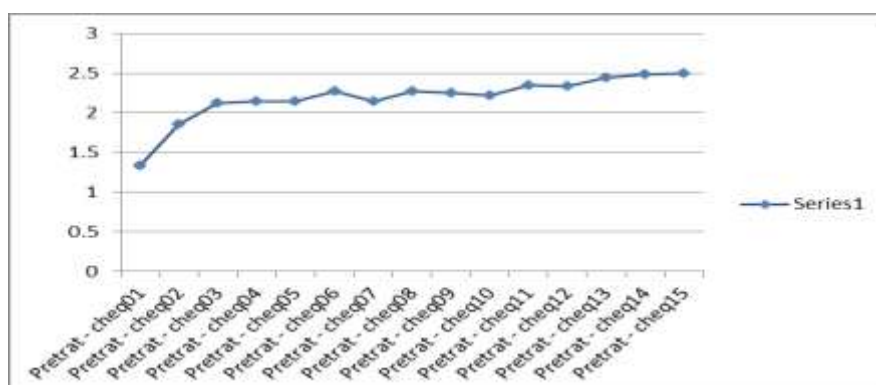
Estos resultados demuestran que la efectividad de la técnica aumenta de manera gradual y continua a través del tiempo sin necesidad de nuevas sesiones con la aplicación del tratamiento en estos nueve casos.

Tabla 2. Prueba t de diferencia de medias correlacionadas entre la medición pre tratamiento y chequeos posteriores

	X	t	p
PRETRAT – CHEQ 1	1.33	16.492	.000
PRETRAT – CHEQ 2	1.85	19.675	.000
PRETRAT – CHEQ 3	2.12	21.207	.000
PRETRAT – CHEQ 4	2.14	20.946	.000
PRETRAT – CHEQ 5	2.14	19.831	.000
PRETRAT – CHEQ 6	2.27	20.523	.000
PRETRAT – CHEQ 7	2.14	20.692	.000
PRETRAT – CHEQ 8	2.27	22.141	.000
PRETRAT – CHEQ 9	2.25	20.255	.000
PRETRAT – CHEQ 10	2.22	20.343	.000
PRETRAT – CHEQ 11	2.35	22.250	.000
PRETRAT – CHEQ 12	2.34	22.463	.000
PRETRAT – CHEQ 13	2.44	23.252	.000
PRETRAT – CHEQ 14	2.48	23.695	.000
PRETRAT – CHEQ 15	2.50	23.785	.000

En la Gráfica 2 se muestran las diferencias de medias (prueba t) obtenidas entre la evaluación pre-tratamiento y los sucesivos chequeos realizados durante el seguimiento, posteriores a la aplicación de la técnica *Memoria-Tiempo-Procesamiento*.

Gráfica 2. Diferencia de medias pre tratamiento y chequeos



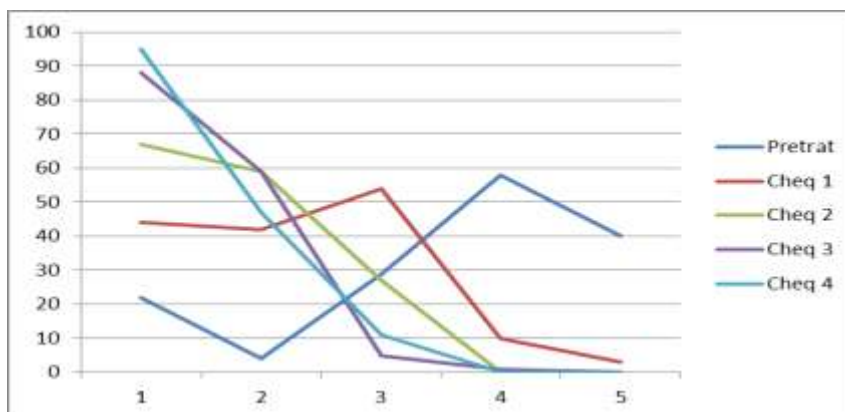
La evaluación pre tratamiento, ha arrojado en su mayor parte calificaciones 3, 4 y 5 en la escala Likert y pocas respuestas 1 y 2, indicadores asintomáticos de TEPT. Las evaluaciones posteriores realizadas *durante el primer mes* post tratamiento muestran un significativo aumento de respuestas asintomáticas (1 y 2) y una considerable disminución de las respuestas indicadoras del TEPT (3, 4 y 5), observándose indicios de estabilidad de las respuestas asintomáticas a partir del tercer chequeo, realizado en la tercera semana posterior a la aplicación de la técnica (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Primer mes post tratamiento en el grupo de nueve pacientes

Puntajes Likert	1	2	3	4	5
PRETRAT	22	4	29	58	40
CHEQ 1	44	42	54	10	3
CHEQ 2	67	59	27	0	0
CHEQ 3	88	59	5	1	0
CHEQ 4	95	47	11	0	0

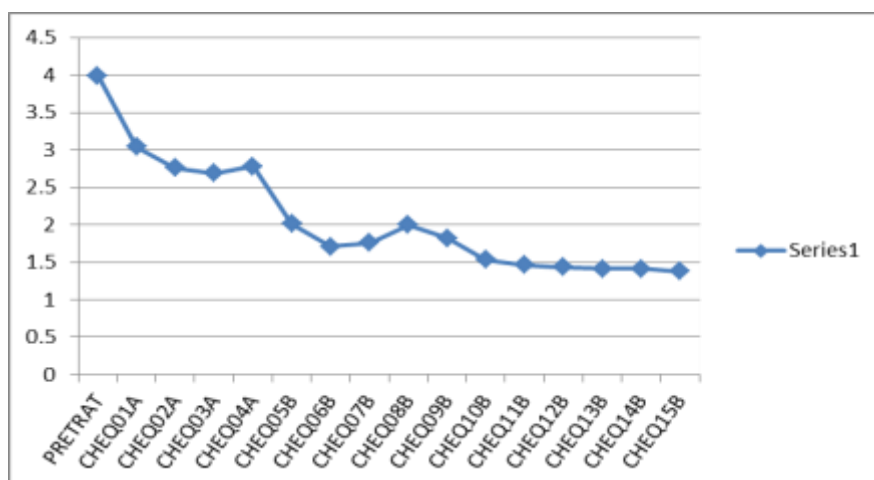
En la Gráfica 3 se observa el cambio producido durante el primer mes -en el primer grupo de nueve pacientes. En la línea de pre tratamiento se observa una tendencia al aumento del TEPT. En los chequeos posteriores al tratamiento, una tendencia a su disminución. Esta observación parece dar una gran consistencia a la efectividad del tratamiento con la técnica *Memoria-Tiempo-Procesamiento*.

Gráfica 3. Cambio producido durante el primer mes en los nueve pacientes con una sola aplicación de tratamiento



Por otro lado, respecto del grupo de cuatro pacientes que recibieron dos aplicaciones de la técnica *Memoria-Tiempo-Procesamiento*, en la Gráfica 4 se observa una importante mejoría en el primer chequeo realizado una semana después de la aplicación del tratamiento. Sin embargo, durante los siguientes tres chequeos realizados en forma semanal, esta mejoría tiende a estancarse manteniéndose en niveles muy próximos a tres. Nótese que los resultados de las mediciones vuelven a disminuir a partir del quinto chequeo, realizado posteriormente a la segunda aplicación de la técnica, manteniéndose cerca del valor 2 (nivel asintomático). El octavo chequeo muestra un leve ascenso, coincidente con el aniversario de la situación que produjo el estrés (efecto aniversario), observándose en los chequeos posteriores descensos graduales hasta mantenerse de modo consistente por debajo del valor 1.5.

Gráfica 4. Puntajes promedio pre tratamiento y 15 chequeos grupo de cuatro pacientes con dos aplicaciones del tratamiento



En la Tabla 4 se presenta una comparación del perfil personal y familiar de los cuatro pacientes que recibieron el tratamiento dos veces, con respecto a los nueve que recibieron el tratamiento una sola vez.

En la Tabla 5 se observa que las diferencias de medias se mantienen similares en chequeos dos, tres y cuatro. A partir del quinto, y después de la segunda aplicación, aumentan las diferencias. En el chequeo ocho disminuyen (efecto aniversario) y luego se mantienen estables.

Tabla 4. Comparación de dos grupos de pacientes que recibieron una y dos aplicaciones del tratamiento con la técnica *Memoria-Tiempo-Procesamiento*

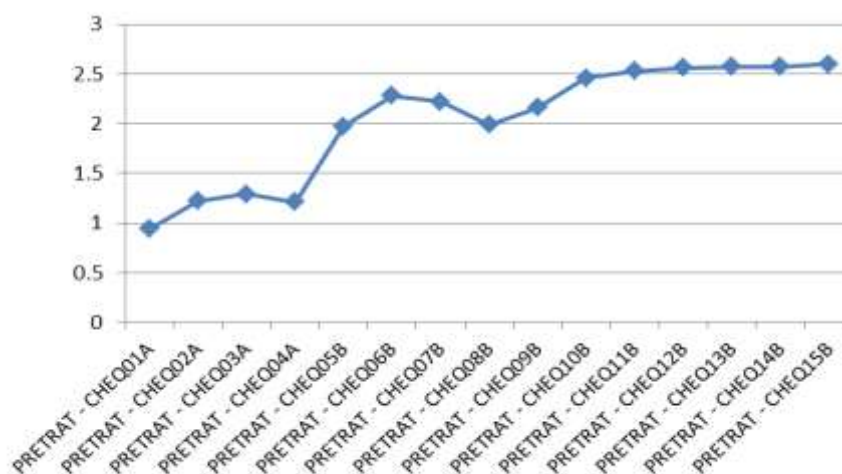
Grupo con una sola aplicación	Grupo con dos aplicaciones
<p>Personalidad pre traumática Estos casos cuentan no sólo con un sistema familiar favorable que ha sido de apoyo y contención para la persona con TEPT, sino que además han presentado un perfil de personalidad suficientemente equilibrada. Estas condiciones han contribuido significativamente en el proceso de recuperación durante el tiempo que duró el tratamiento y seguimiento realizados. De este modo, las características fundamentales encontradas en estos nueve casos han sido: Personalidad pre traumática equilibrada. Relaciones de pareja adecuadas. Relaciones buenas con los hijos. Buen apoyo del sistema familiar.</p>	<p>Personalidad pre traumática Si bien estos casos cuentan con un sistema familiar favorable que los ha apoyado en todo momento durante el tratamiento, los mismos presentan también problemas personales importantes que dificultaron el proceso de recuperación del trastorno TEPT. De Este modo, se observa: Un caso de una persona muy conflictiva: relación de pareja intolerante, la paciente culpa al marido de indiferencia ante la muerte de la hija, situación que le produce mucha ira. Relación conflictiva con la hija que le queda viva. Relación conflictiva con un hermano. Un caso de marcada frustración por abandono de la pareja al nacer el hijo de ambos: es madre soltera -situación que le produjo mucha ira-, y ocurrida antes del incendio donde perdió una hermana. Se le suman dos hechos traumáticos. Un caso de paciente que tuvo mala experiencia en su primera terapia y quedó con desconfianza hacia los psicólogos: muy introvertida, reprime sentimientos, consideró siempre muy dura la vida, sin alegría, situación que según ella misma describe, la vuelve muy dura, como con una piedra en el pecho. Un caso de paciente con problemas cardiacos (marcapasos): fue <i>re traumatizada</i> al escuchar que a su nietito fallecido le había “explotado el corazón”. Este relato, en cierta forma, le “toca” su propia dolencia cardiaca, reactivando la situación de estrés.</p>

Tabla 5. Prueba t de muestras relacionadas

		X	t	p
Par 1	PRETRAT – CHEQ 1A	.94	10.623	.000
Par 2	PRETRAT – CHEQ 2A	1.22	10.847	.000
Par 3	PRETRAT – CHEQ 3A	1.29	9.524	.000
Par 4	PRETRAT – CHEQ 4A	1.21	11.168	.000
Par 5	PRETRAT – CHEQ 5B	1.97	17.474	.000
Par 6	PRETRAT – CHEQ 6B	2.28	17.923	.000
Par 7	PRETRAT – CHEQ 7B	2.22	17.005	.000
Par 8	PRETRAT – CHEQ 8B	1.99	15.078	.000
Par 9	PRETRAT – CHEQ 9B	2.16	17.052	.000
Par 10	PRETRAT – CHEQ 10B	2.46	18.907	.000
Par 11	PRETRAT – CHEQ 11B	2.53	19.464	.000
Par 12	PRETRAT – CHEQ 12B	2.56	19.461	.000
Par 13	PRETRAT – CHEQ 13B	2.57	19.345	.000
Par 14	PRETRAT – CHEQ 14B	2.57	19.589	.000
Par 15	PRETRAT – CHEQ 15B	2.60	19.609	.000

En la Gráfica 5 se observa que hasta el cuarto chequeo las diferencias se mantuvieron en valores similares y en un nivel próximo a 1 punto, signo de un estancamiento en niveles aún sintomáticos.

Gráfica 5. Diferencia de medias pre tratamiento y 15 chequeos de cuatro pacientes



Como puede observarse en esta misma gráfica, en el quinto chequeo (luego de la segunda aplicación del tratamiento) se muestra un salto, y nuevamente una tendencia a disminuir las diferencias en el chequeo siete realizado una semana

antes del aniversario del evento, así como en el chequeo ocho (efecto aniversario). Luego, las diferencias vuelven a aumentar de modo consistente a partir del chequeo nueve, manteniéndose por encima de 2 puntos a partir del chequeo 12, indicador de la consistencia lograda por estas personas en su proceso de recuperación del TEPT.

Respecto del grupo control, en la Tabla 6 se muestra la media de 3.50 correspondiente a la primera evaluación que es un claro indicador del TEPT. A la vez, la media de 3.58 correspondiente a la segunda evaluación, realizada cinco meses después, indica una profundización del trastorno en el grupo. Es decir, que al no recibir estas personas el tratamiento con la técnica *Memoria-Tiempo-Reprocesamiento* u otro tipo de contención profesional efectiva, su nivel de TEPT, antes que disminuir a través del tiempo, se mantuvo o bien se intensificó.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos del grupo control

	X	Dt	No. de respuestas
MEDIDA 1	3.50	1.248	255
MEDIDA 2	3.58	1.283	255

En la tabla 7 se muestra que se obtuvo un coeficiente de correlación positivo casi perfecto.

Tabla 7. Correlaciones de muestras relacionadas

	N	Correlación	p
MEDIDA1 y MEDIDA2	255	.975	.000

Por su parte, la Tabla 8 muestra un aumento del nivel de TEPT en el grupo control, siendo la diferencia de 0,08 estadísticamente significativa. En efecto, al no recibir este grupo tratamiento alguno para superar el trastorno diagnosticado, éste se mantiene e incluso tiende a profundizarse.

Tabla 8. Prueba t de muestras relacionadas

Comparación	X	t	p
Medida 1 – Medida 2	-0.08	-4.416	0.000

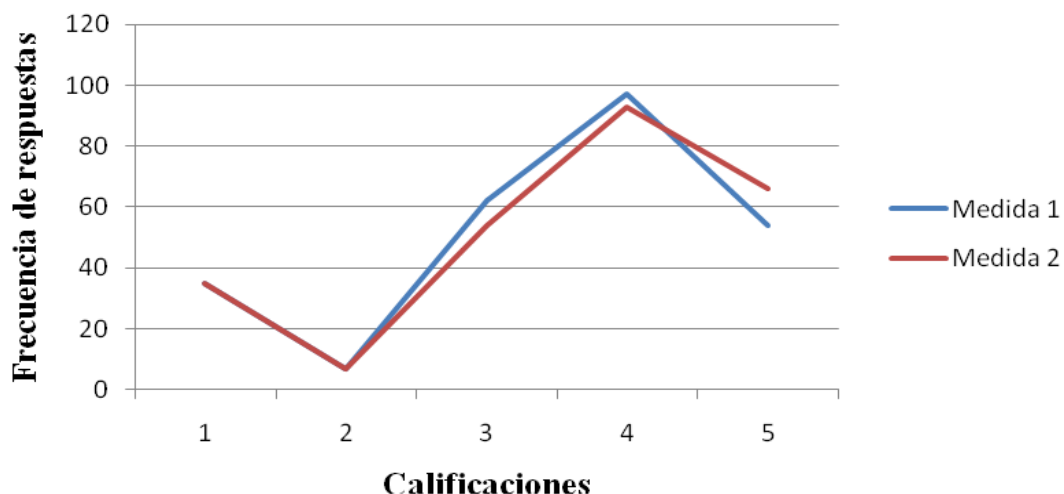
Como se observa en la Tabla 9, las calificaciones 1 y 2 se mantienen, en tanto que un porcentaje de la calificación 3 pasa a los niveles 4 y 5. Esto evidencia una intensificación de los niveles de TEPT en el grupo de control a través del tiempo.

Tabla 9. Frecuencia de respuestas grupo de control

Puntajes Likert	Frecuencia observada	
	Medida 1	Medida 2
1	35	35
2	7	7
3	62	54
4	97	93
5	54	66
Totales	255	255

Por último, en la Gráfica 6 se muestra una tendencia creciente bien definida en las respuestas del grupo de control hacia los niveles de TEPT más intensos. En efecto, al no recibir este grupo tratamiento alguno para superar TEPT, este se mantiene e incluso tiende a profundizarse.

Gráfica 6. Distribución del grupo de control según calificaciones



Discusión

Los Resultados hallados han demostrado una elevada eficacia del tratamiento para el TEPT con la técnica *Memoria-Tiempo-Procesamiento: Una Metáfora de Rescate en 12 pasos*. Estos se mantuvieron en el tiempo. Un efecto relevante en todos los casos fue la desaparición de pesadillas desde la noche del tratamiento, permitiendo al paciente dormir tranquilo y descansar sin temor. Este ha sido un factor crucial que inicia el proceso de restablecimiento. En todos los casos se produjeron gradualmente mejorías en las áreas fisiológica, emocional y cognitiva. Los puntajes alcanzaron niveles asintomáticos desde el quinto chequeo en el grupo de nueve pacientes y en el grupo de cuatro pacientes los puntajes tuvieron el mismo comportamiento luego de la segunda aplicación del tratamiento. Los pacientes han relatado que sentían que la experiencia estaba “lejos” que “ya había pasado”, que formaba parte del tiempo pasado, siendo este factor un elemento crucial para el procesamiento del TEPT pues da indicios de que el tratamiento permitió que la experiencia adquiriera un contexto temporal, que es precisamente lo que falta en el TEPT, y que se logró con la estrategia del uso de las *Líneas del tiempo* de la PNL.

El sostén incondicional de la familia afirmó el proceso de recuperación. Esta investigación constituye una evidencia de la eficacia de la técnica *Memoria-Tiempo-Procesamiento: Una metáfora de rescate en 12 pasos*, como tratamiento para el TEPT.

Ha sido probada en casos donde la persona había tenido un funcionamiento psicológico normal antes de los sucesos traumáticos, y no es aplicable en casos con historia o presencia de trastornos psicóticos.

Referencias

- Andreas, S. & Andreas, C. (1996). *Cambia tu mente para cambiar tu vida y conserva el cambio*. Madrid: Gaia.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Bandler, R. (1988). *Use su cabeza para variar. Sub-modalidades en programación neurolingüística*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Bandler, R. & Grinder J. (1980:128). *La estructura de la magia*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behavior Research and Therapy*, 39, 373-393.
- Brewin, C., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*. 103(4), 670-686.
- Cardeña, E., Maldonado, J., Galdón, M. J. & Spiegel, D. (1999). La Hipnosis y los trastornos postraumáticos. *Anales de Psicología*, 15(1), 147-155.
- Dilts, R. & McDonald, R. (1999). *Herramientas del Espíritu*. Barcelona: Urano.
- Foa, E., Keane, T., & Friedman, M. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Foa, E. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Freud, S. (1915/1981). La fijación al trauma. Lo inconsciente. In *Obras Completas. Tomo II. Cap. XVIII*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Grinder, J. & Bandler, R. (1994). *De sapos a príncipes*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Lazarus, A. (1980). *Terapia conductista. Técnicas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Planeta.
- O'Connor, J. & Seymour, J. (1996). *Introducción a la PNL*. Barcelona: Urano.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México: MacGraw-Hill Interamericana.

- Rosen, S. (1986). *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Biblioteca de Psicología Profunda. Paidós.
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P. & Foy, D. W. (2003). Terapia Cognitivo Conductual. In E. Foa, T. Keane & M. Friedman (Eds.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 81-166). Barcelona: Ariel.
- Saint Paul, J. & Tenenbaum, S. (1996). *Excelencia mental. La programación neurolingüística*. Barcelona: Robin Book.
- van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score. Memory and the evolving psychobiology of post traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265.
- van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-22.
- van der Kolk, B., van der Hart, O. & Burbridge, J. (1995). Approaches to the Treatment of PTSD. In S. Hobfoll & M. de Vries (Eds.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (NATO Asi Series. Series D, Behavioral and Social Sciences, Vol. 80). Norwell, MA: Kluwer Academic.
- Weathers, F. W., Huska J. A., & Keane, T. M. (1991). *Lista de chequeo para TEPT Versión Civil.- PCL-C para DSM-IV*. National Center for PTSD- Boston: Behavioral Science Division.
- Weerth, R. (1998). *La PNL y la imaginación*. Barcelona: Sirio.