

El Protocolo Reintegrativo^{MR}

Joseph Nicolosi Jr., Ph.D.¹
The Breakthrough Clinic, Westlake Village, CA
Traducción: José Alberto Garza

El Protocolo Reintegrativo^{MR} es un modo de abordar el tratamiento del trauma, que usa el mismo método, independientemente del género o la sexualidad del cliente, ya que su objetivo es facilitar la resolución del trauma psicológico. Aún así, los clientes con frecuencia han reportado cambios espontáneos en su sexualidad como un subproducto del uso repetido del protocolo. Este documento examina específicamente la aplicación del protocolo en el contexto de hombres que presentan atracción al mismo sexo y muestra la forma de usar la autocompasión como un método para el procesamiento traumático. De igual forma, se ofrece un camino opcional con instrucciones para los terapeutas que están entrenados en EMDR y que deseen usarlo como parte del método de procesamiento traumático.

Introducción

El Protocolo Reintegrativo es un tratamiento clínico versátil para el trauma aplicable a hombres y mujeres, independientemente de su expresión sexual. En el siguiente ejemplo mostraré como el Protocolo Reintegrativo se aplica a hombres que desean explorar sus atracciones al mismo sexo e incluiré una instrucción opcional para terapeutas capacitados en terapia EMDR. Los terapeutas que no estén entrenados en EMDR pueden usar la versión que usa la autocompasión consciente (Mindful Self-Compassion).

Existe una gran cantidad de evidencia empírica que apoya los beneficios del uso de la autocompasión consciente, por ejemplo, se ha demostrado segura y eficaz en el tratamiento de varios síntomas clínicos, particularmente mitigando respuestas

negativas a eventos displacenteros (Leary, Tate, Adams, Allen, & Hancock, 2007), la asociación entre el maltrato infantil y las consecuentes dificultades en la regulación emocional, y problemas en el uso de sustancias (Vettese, Dyer, Li, & Wekerle, 2011). También está relacionada con el incremento del bienestar psicológico (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007).

También hay una gran cantidad de investigación empírica en crecimiento que apoya la seguridad y la eficacia de la terapia EMDR para el tratamiento de variados desórdenes clínicos. Veinticuatro ensayos controlados aleatorios respaldan ahora los efectos positivos de la terapia EMDR en el tratamiento del trauma emocional y otras experiencias adversas de la vida relevantes en la práctica clínica (Shapiro, 2014) y la Asociación Americana de Psiquiatría ha recomendado la terapia EMDR para muchos pacientes (APA,

¹ Reintegrative Therapy®, Copyright 2017, Joseph Nicolosi, Jr., Ph.D.

2004). La terapia EMDR se considera ampliamente como un enfoque que se puede integrar con otras modalidades terapéuticas (Shapiro, 2002). De acuerdo con la terapia EMDR, las experiencias abrumadoras y desreguladoras en la vida del cliente interrumpen la habilidad de su sistema nervioso para procesar, codificar y guardar adaptativamente la información relacionada con el evento traumático, llevando a la persona a creencias negativas irracionales y desadaptativas inducidas por trauma, y a la propensión hacia las adicciones y otros síntomas del TEPT (Shapiro & Forrest, 1997). Se cree que la implementación sistemática de estimulación bilateral (más comúnmente administrada a través de movimientos oculares bilaterales) contribuye al reprocesamiento adaptativo de estos eventos traumáticos, como resultado, las creencias negativas, la propensión a la adicción y otros síntomas del TEPT con frecuencia se resuelven (Shapiro & Forrest).

Con la apropiada terapia EMDR, cambios en las emociones y creencias negativas del cliente suelen ser comunes, y se dan sin la influencia ideológica del terapeuta. Por ejemplo, la creencia del terapeuta sobre que el temor a las alturas de su cliente pueda ser irracional nunca necesita llevarse a discusión ni tampoco a realizar una coacción sobre la persona del cliente para intentar inducirla a la creencia que el terapeuta tiene sobre que las alturas constituyen un peligro para este. En una terapia EMDR llevada adecuadamente, en lugar de debatir con el cliente sobre si su miedo a las alturas es apropiado o no, el asunto puede ser eludido a través de dejar que el cliente llegue a sus propias conclusiones en la medida en que sus memorias y disparadores inducidos por trauma se resuelven -- cualquier miedo residual será considerado ecológico. Ejemplos como estos fueron notados ya por la creadora del EMDR, Francine Shapiro, por ello mencionaba que... “el EMDR

no desensibilizará los sentimientos negativos de las personas si éstos se adecuan a la situación” (Shapiro & Forrest, 1997, p. 25). Los sentimientos adaptivos, como el miedo a estar cerca de un acantilado permanecerán, mientras que los inapropiados, afectos desadaptativos, (por ejemplo, el sentimiento de terror estimulado por el solo escuchar la palabra “acantilado”) se disuelven espontáneamente.

Este método de reprocesamiento es de gran importancia cuando el cliente y el terapeuta hablan sobre temas de sexualidad. Religión, presión social, autoimagen y preocupaciones sobre la salud se ponen en juego.

La Terapia Reintegrativa® es distinta de la llamada “Terapia de Conversión”

Cuando algunas personas escuchan cómo la Terapia Reintegrativa® puede llevar a cambios de la sexualidad de los clientes, a veces asumen que se trata de una de las así llamadas “terapias de conversión”, un término amplio y mal definido que se usa para describir los esfuerzos que “buscan cambiar la orientación sexual de un individuo”. (ver S.B. 1172, 2011-2012). La Terapia Reintegrativa® en sí y este protocolo están categóricamente separados de las “terapias de conversión” o los “esfuerzos para cambiar la orientación sexual” (ECOS²) por varias razones.

Primero, la Terapia Reintegrativa® se dedica a tratar el trauma psicológico y las adicciones. Los cambios en la sexualidad son solo un subproducto, de ahí que no son el objetivo. Como consecuencia, la Terapia Reintegrativa® y la Asociación para la Terapia Reintegrativa (una organización sin fines de lucro 501(C)3) no se pronuncian sobre si la homosexualidad

² En inglés “SOCE”: Sexual Orientation Change

debe considerarse un trastorno mental. En segundo lugar, los métodos de la Terapia Reintegrativa® son los mismos para todo cliente, se aplican sin realizar ninguna modificación en función del género u la orientación sexual de los clientes o de los terapeutas. El poder brindar a un cliente con atracción al mismo sexo exactamente el mismo protocolo que a un cliente con atracciones heterosexuales ayuda a sortear las complicadas "trampas" éticas y religiosas relacionadas con el tema de la sexualidad que de por sí ya está cargadas de contenido religioso y político. El cliente es libre de llegar a sus propias conclusiones en relación a su propia sexualidad. No es necesario que el terapeuta introduzca ningún tipo de dogma ideológico para que el protocolo pueda funcionar.

En tercer lugar, la Terapia Reintegrativa® emplea solo enfoques de tratamiento bien establecidos y que están basados en la evidencia (como la autocompasión consciente y el EMDR), que son los mismos enfoques que son utilizados por otras clínicas a nivel mundial que también buscan tratar el trauma (a diferencia de las "terapias de conversión" que buscan cambiar la orientación sexual).

Evitar las trampas de la "terapia de conversión"

El Proyecto de Reconciliación y Crecimiento(ver ReconciliationAndGrowth.org/guidelines), una organización de profesionales de la salud mental y de académicos de diversas identidades de género y antecedentes religiosos, busca fomentar el "diálogo entre personas con diferentes perspectivas sobre los valores basados en la fe y la diversidad sexual y de género". Entre ellos se encuentra Lee Beckstead, Ph.D., quien forma parte del Grupo de Trabajo de la APA en el tema de Respuestas Terapéuticas Apropriadas a la Orientación Sexual. La organización

destaca cuatro intervenciones específicas que considera inherentemente poco éticas y potencialmente dañinas al abordar la sexualidad, el género y la fe:

1. Fomentar las expectativas sobre un resultado determinado en relación con la orientación sexual o identidad de género.
2. Usar coerción directa o indirecta.
3. Basar las intervenciones en sesgos, teorías infundadas o prejuicios.
4. Limitar la exploración de la orientación sexual, el género y la identidad religiosa y las posibilidades de expresión de éstas.

Aunque la Terapia Reintegrativa® es un enfoque de orientación sexual neutral que emplea métodos idénticos para hombres y mujeres, independientemente de la orientación sexual de los clientes, hombres con atracción por el mismo sexo han informado disminuciones en su atracción por el mismo sexo y, para algunos de ellos, aumentos en sus atracciones heterosexuales como un subproducto espontáneo de hacer esta terapia, por lo que este artículo en particular ilustrará el uso del protocolo cuando se aplica a un hombre en esta población.

Correctamente aplicado el Protocolo Reintegrativo™ permite que tanto el cliente como el terapeuta puedan librar cada uno de los cuatro problemas éticos que pueden surgir en las "terapias de conversión". El cliente y el terapeuta no necesitan tratar de cambiar las atracciones del cliente; el protocolo implica explorar las atracciones del cliente desde una postura neutral de curiosidad y luego buscar resolver los recuerdos traumáticos que yacen debajo con tratamientos estandarizados para trauma. El uso de un protocolo de tratamiento significa que el cliente y el terapeuta no necesitan adherirse a

ninguna ideología o modelo causal específico en materia de sexualidad, ni tienen que imponer ninguna postura moral, política o religiosa particular sobre el tema. El enfoque basado en el protocolo reduce e incluso puede eliminar la influencia ideológica de los terapeutas en el tratamiento del cliente.

El enfoque de cuatro fases del Protocolo Reintegrativo™ consiste en historia y evaluación, preparación, evaluación y reintegración. Después de describir los pasos involucrados en cada fase, concluiré este artículo con una discusión teórica del enfoque del protocolo.

Fase 1: Historia y Evaluación

1. Obtener la historia, la frecuencia y el contexto de los síntomas (para las adicciones conductuales, es la conducta adictiva).

2. Evaluar al cliente en busca de factores de seguridad que determinen si tiene las habilidades de afrontamiento y la capacidad integradora para gestionar altos niveles de sentimientos negativos. Si el cliente es demasiado frágil para el trabajo de trauma o adicción, la

psicoterapia de apoyo y la instrucción en habilidades de regulación y estabilización serían prioridad hasta que el individuo esté preparado para un trabajo psicoterapéutico más directo y desafiante, como este protocolo.

Fase 2: Preparación

3. Explicar el Protocolo Reintegrativo™ y cómo subyacen emociones complejas en nuestros traumas y adicciones, y cómo la autocompasión ayuda a resolverlas. Si se evalúa que la terapia EMDR podría ser apropiada, se debe proporcionar información sobre cómo la misma ayuda a procesar los recuerdos perturbadores.

Fase 3: Evaluación

4. Identificar la parte específica del comportamiento objetivo que tiene la mayor intensidad emocional asociada con él. En los comportamientos sexuales, esta sería el momento cumbre de la fantasía sexual más poderosa (Figura 1). El terapeuta puede decir:

“Cuéntame sobre la fantasía o experiencia sexual en la que quieres trabajar, con el nivel de detalle al que estés dispuesto.”



Figura 1. Examinando el evento activador.

El cliente puede responder:

“Este hombre ideal me practica sexo oral, mientras me alaga” o “Estoy teniendo sexo con dos hombres que acabo de conocer. Su único deseo es satisfacer todas mis necesidades”.

5.- Identificar los sentimientos específicos asociados con el momento cumbre más intenso de la experiencia sexual y luego permitir al cliente que experimente este sentimiento tan intensamente como le sea posible. Es necesario dar tiempo al cliente para identificar cuidadosamente el sentimiento que obtiene de esto (es decir, poderoso, conectado, valioso, querido, por poner algunos ejemplos). Es muy importante que él sepa que su terapeuta lo acepta para que pueda entrar en el estado de trance sexual durante este momento, y es crucial que el terapeuta realmente acepte esta parte del cliente. Si el cliente es vago en sus descripciones o no es capaz de hablar sobre su fantasía sexual o de sus sentimientos asociados a ella, es probable que esto sea un indicador de un nivel de vergüenza significativo. Para que el cliente haga un uso fructífero del protocolo, debe poder

conectarse con el terapeuta para mantener una postura consciente de apertura, aceptación y curiosidad sobre sus pensamientos y sentimientos sexuales. Por lo tanto, el terapeuta puede necesitar invertir más tiempo, incluso varias sesiones si es necesario, en esta fase del protocolo, modelando y apoyándolo para que pueda desarrollar comprensión y curiosidad sin prejuicios hacia sus fantasías sexuales y los sentimientos asociados. Las víctimas de abuso sexual a menudo tienen dificultades con esto si su fantasía está relacionada de alguna forma con el recuerdo del abuso, por lo que a menudo puede ser útil brindar psicoeducación sobre cómo es normal que existan sentimientos complicados y en conflicto después de que un cuidador de confianza se ha comportado de manera sexualmente abusiva.

6.- Una vez que el cliente está visualizando el momento cumbre de su fantasía sexual y permitiéndose experimentar intensamente la emoción asociada, se le pide que se imagine tomando una postura de estar fuera de sí mismo en tercera persona y mirar profunda y directamente a sus propios ojos y notar lo que ve (Figura 2).

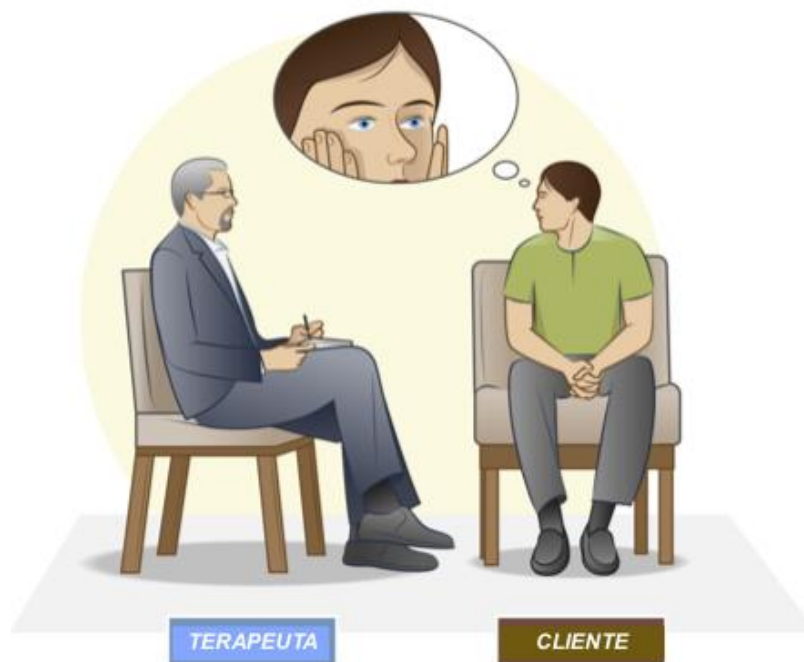


Figura 2. Identificando y reconociendo las emociones asociadas.

Terapeuta:

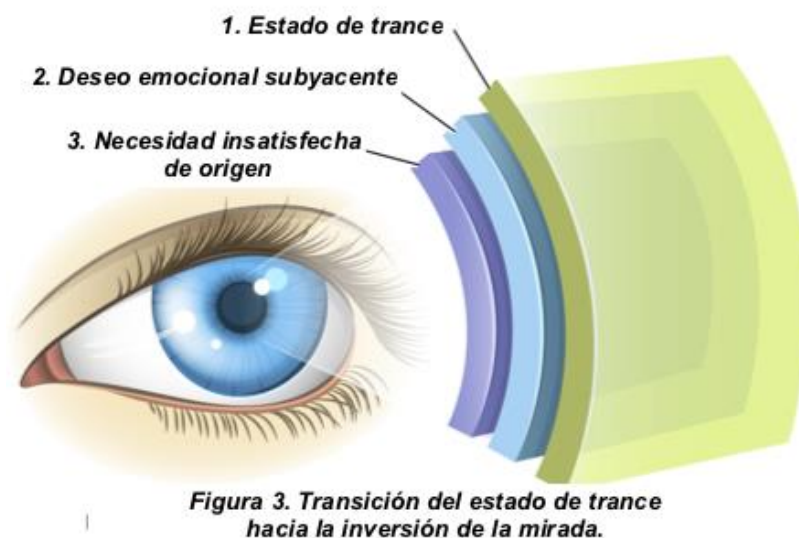
“Sal de ti mismo, colócate en tercera persona y mírate a ti mismo directamente a los ojos. Tómate tu tiempo y simplemente observa lo que ves en él [hablando como si los ojos del cliente estuvieran en tercera persona]”...

El terapeuta debe tener el cuidado ir lentamente aquí, haciendo preguntas abiertas si es necesario. Es crucial que se le permita al cliente llegar a sus propias conclusiones, al ritmo que él pueda manejar. Aquí no es momento para el análisis o interpretaciones de sus respuestas. Mientras el cliente imagina estar fuera de sí mismo y mirándose fijamente a los ojos, explorando qué afectos hay dentro, su único trabajo es

preguntar:

*¿Qué estás viendo en sus ojos...?
¿Qué crees que quiere...?
¿Qué crees que espera obtener de esto...?
¿Qué sentimiento ves detrás del sentimiento que acabas de mencionar...”*

La conciencia de las motivaciones emocionales del cliente probablemente se presente en un orden específico: (1) el trance de la fantasía sexual, (2) el deseo emocional subyacente o ansias (“craving” en inglés) y (3) la necesidad insatisfecha originaria resultante del trauma emocional temprano y de experiencias de abandono (Figura 3).



“dejar que pase lo que tenga que pasar” (Shapiro, 2002, p. 38) sin juicio moral ni presión por parte del terapeuta en cuanto a lo que debería ver.

Es posible que el terapeuta necesite ayudar al cliente de una manera suave y repetida a mantener la tarea de mirar profundamente a sus propios ojos. El terapeuta debe ser firme en guiar suavemente al cliente para que se mire profundamente a los ojos. Con una postura de apertura, curiosidad y amabilidad, el terapeuta puede

7.- Una vez que el cliente sea capaz de ver y experimentar la necesidad insatisfecha originaria, se le pide que asocie al pasado, a un recuerdo anterior desde la perspectiva de tercera persona (Figura 4).

Terapeuta:

¿Cuándo en el pasado se sintió así de esta misma manera...? ¿Qué sucedió en su vida que le hizo que se sintiera así por primera vez...?



Figura 4. Asociando con las experiencias históricas.

Es probable que el cliente llegue a asociar un recuerdo importante relacionado con su necesidad emocional no satisfecha:

“Estoy solo en el patio del recreo y todos me ignoran” o “Recuerdo que mi mamá me gritaba y yo le tenía miedo”.

Asociaciones espontáneas con los recuerdos de la infancia a menudo ocurren sin que el terapeuta lo indique, particularmente en los clientes que han usado este protocolo con sus terapeutas varias veces.

Si se identifican los recuerdos, el terapeuta tiene aquí que hacer una elección: ahora puede cambiar directamente a la fase tres (evaluación) de la terapia EMDR al identificar la imagen, la cognición negativa, la cognición positiva, etc., y luego continuar con las fases 4-7 para reprocesamiento de la memoria. Para los terapeutas capacitados en EMDR, los siguientes pasos de este protocolo no son necesarios, ya que el terapeuta puede continuar desde este punto con el Protocolo Estándar de la terapia EMDR.

Si se juzga que la terapia EMDR no es adecuada en este momento, continúe con los siguientes pasos (a continuación) y use la Autocompasión Consciente para procesar el(los) trauma(s) en lugar de cambiar al protocolo estándar de EMDR.

Fase 4: Reintegración

8.- Una vez que el cliente haya identificado un recuerdo traumático del pasado, comience a procesarlo utilizando la Autocompasión Consciente. Aquí, el terapeuta le ayuda al cliente, que todavía se encuentra en el estado de observador en tercera persona, a evocar sentimientos de compasión dentro de sí mismo para con su yo del pasado (Figura 5):

“Mira profundamente a los ojos de tu yo niño. ¿puedes ver la necesidad que tiene?”

Respira profundo y abre tu corazón... míralo directamente a los ojos. ¿qué sientes dentro de ti cuando ves sus necesidades insatisfechas?”

A medida que el cliente obtiene acceso a sus propios sentimientos de cuidado y compasión, el terapeuta lo alienta a expresar esa compasión hacia su



Figura 5. Sintiendo y expresando la autocompasión.

yo del pasado:

“Si te permites expresar ese sentimiento dentro de ti hacia él, ¿qué harías o dirías?”

Para algunos clientes que tienen dificultad para acceder a los sentimientos de compasión, esta dificultad a menudo puede remediarse preguntando al cliente cómo trataría a su propio hijo en ese momento:

“Míralo profundamente a los ojos. Si tuvieras un hijo al que realmente amaras... y ese niño estuviera en esta misma situación, ¿cómo te sentirías hacia él? ¿Cómo te sentirías si realmente abrieras tu corazón hacia tu hijo en este momento?”

El cliente puede informar inicialmente que se siente abrumado por el dolor del niño, afirmando que no puede darle al niño lo que necesita. Esta objeción generalmente la expresan los clientes que tienen baja autoestima, creyendo que tienen poco que ofrecer a los demás. Este obstáculo se aborda fácilmente con una breve psicoeducación y estímulo por parte del terapeuta. El cliente necesita que se le enseñe que, aunque los niños pueden lastimarse fácilmente, también pueden tranquilizarse fácilmente con un poco de compasión por parte de un

cuidador benévolo. El terapeuta puede continuar:

“Ve si puedes ofrecerle (al yo del pasado del cliente) la compasión que sientes. No tienes que resolver todos sus problemas en este momento, y te sorprenderá lo que puedes hacer por él”.

Una vez que el cliente puede acceder a este sentido de cuidado, compasión y apertura hacia su hijo imaginado, el terapeuta puede pedirle que ahora exprese esto hacia su yo más del pasado:

“Si ese sentimiento que hay en tu corazón se sintiera realmente libre para expresarse en ese momento, ¿qué dirías o harías hacia tu yo del pasado?”

Los clientes normalmente se sienten motivados a querer cuidar de su yo niño, a abrazarlo, guiarlos y escucharlos. A medida que su yo niño o adolescente (que está fijado en las necesidades originales no satisfechas) es atendido, vinculado y “reintegrado” con el yo adulto que es testigo y que se preocupa, el terapeuta puede facilitar este proceso preguntando al cliente:

“En este momento, mira profundamente a los ojos de tu yo niño

(o adolescente). *¿Qué sabe él de sí mismo ahora... en este momento...? ¿Qué descubre él de ti en este momento...?*

Cuando los clientes que son capaces de sentir y expresar su compasión hacia su yo del pasado en el recuerdo a menudo responderán algo como:

“Ahora sabe que es aceptado” y “Sabe que siempre estaré ahí para él”.

El desarrollo de la autocompasión a veces puede requerir con frecuencia esfuerzos con toda la intención de llegar a ella. Esto es algo

A estas alturas, es muy probable que el cliente haya perdido el sentido de idealización, poco realista, de la otra persona en la fantasía, también que haya perdido la vergüenza de sí mismo por tener un deseo sexual que no sabía de donde venía, y haya adquirido una percepción de las verdaderas motivaciones detrás de sus sentimientos y comportamientos sexuales. Es más probable que se experimente a sí mismo y a la otra persona como iguales y es menos probable que experimente la fantasía/recuerdo sexual original con desregulación afectiva (Figura 6).



Figura 6. Visitando de nuevo y reevaluando el evento activador.

que nos ha enseñado la antigua tradición de la atención plena.

9.- Solicitar al cliente que regrese a la fantasía o recuerdo sexual original identificado en la fase 3. Terapeuta:

“¿Cuál es tu reacción emocional a la escena original ahora?

¿Qué sabes ahora al respecto que no sabías cuando empezamos?

¿Cuál crees que es la conexión entre la fantasía sexual y el recuerdo que trabajamos?”

Discusión

Los clientes que tienen dificultades para sentir y expresar autocompasión probablemente no recibieron mucha compasión de sus cuidadores cuando eran niños, lo que contribuyó a su principal necesidad insatisfecha y los llevó, en cambio, a juzgarse duramente a sí mismos en el pasado. El cambio en la sexualidad del cliente como resultado de este proceso ocurre como un subproducto de la resolución de la necesidad central

insatisfecha (la tercera y más profunda capa de la Figura 3), y no es la meta del tratamiento en sí. Esto es muy distinto de las formas generales de “terapias de conversión”, que buscan modificar la sexualidad en sí (la capa más superficial de la Figura 3). Ello debido a que el cambio en la sexualidad es el objetivo de la “terapia de conversión”, y por el contrario no es su subproducto. En este protocolo no se hace ningún esfuerzo por modificar la fantasía sexual del cliente. El cambio solo ocurre en la capa más profunda (capa 3, que refleja la necesidad insatisfecha original y originaria), lo que a menudo hace que la capa 1 (estado de trance sexual) simplemente desaparezca como un subproducto de la resolución de la dinámica de la capa 3. Esto tiene una amplia variedad de aplicaciones: los psicoterapeutas han informado de un éxito notable en el tratamiento de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, otros trastornos disruptivos especificados, trastornos del control de impulsos y de la conducta, y una variedad de trastornos parafilicos con el uso constante del protocolo.

En nuestra experiencia trabajando con hombres que reportan

atracción hacia el mismo sexo hemos visto que, al final de la fase 3, el cliente virtualmente siempre recordará espontáneamente un momento de profunda vergüenza y pérdida de apego, típicamente en el contexto con otros hombres que fueron hostiles y que le rechazaron, una experiencia a partir de la cual, según informa a menudo el cliente, resultó en el abandono de sus aspiraciones masculinas.

Los clientes durante la fase 3 de este protocolo que, por ejemplo, reportan fantasías sexuales en las que se sienten “unidos”, probablemente asociarán espontáneamente recuerdos de estar “solos” después de la inversión de la mirada y ver a través de sus propios ojos. Del mismo modo, los clientes que reportan fantasías sexuales de sentirse “poderosos” en la fase 3 típicamente reportarán experiencias de sentirse “impotentes” y “atrapados” cuando miran en sus propios ojos. La magnitud emocional de la conducta adictiva y compulsiva del cliente es generalmente directamente proporcional a la magnitud del recuerdo del trauma identificado por el cliente (Figura 7), lo que lleva a muchos clientes y terapeutas a ver la conducta adictiva del cliente como un

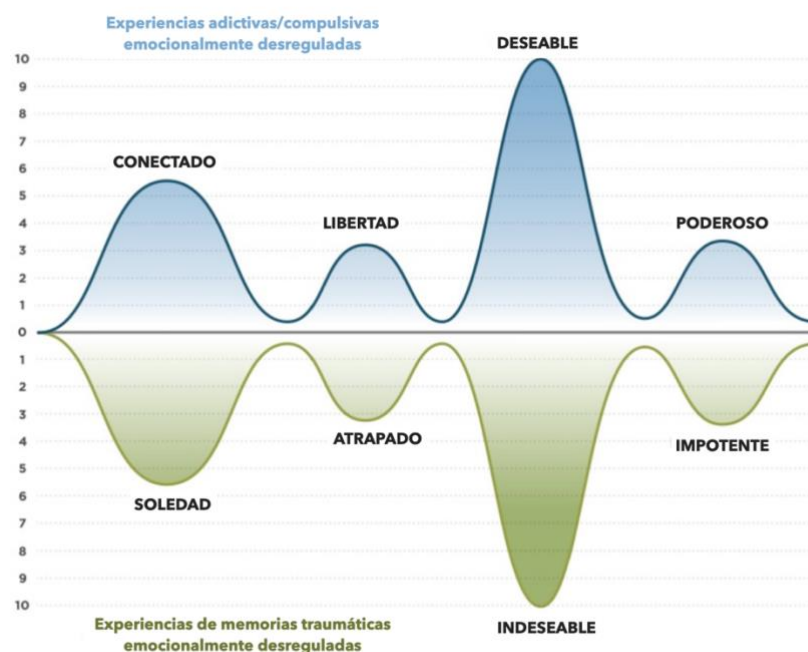


FIG. 7 Ejemplo gráfico de la dinámica afectiva de un cliente que presenta conducta sexuales compulsivas de alto riesgo.

fenómeno dirigido por este déficit.

Este fenómeno es consistente en todo el espectro de comportamientos: un jugador que tiene una oleada de sentimientos de "ganador" a menudo asociará espontáneamente recuerdos de "perdedor". Los comedores compulsivos que desean explorar su comportamiento de atracones, que informan sentirse, por ejemplo, "completos" mientras comen compulsivamente, a menudo asocian espontáneamente momentos de privación emocional y "vacío" (Figura 8).

Cuando se aplica a hombres con atracción por el mismo sexo, esta observación clínica ha llevado a varios

diferente (Rosik & Popper, 2014).

Con respecto a los hombres con atracción hacia el mismo sexo, los teóricos de afirmación gay han postulado tradicionalmente que este fenómeno puede explicarse en función de que el niño haya sido rechazado por su padre y sus compañeros por haber nacido gay, es decir, la homosexualidad del cliente estaba presente desde el nacimiento, y el niño fue rechazado por otros hombres, ya sea consciente o inconscientemente como resultado de esto. Por el contrario, la terapia reparativa ha postulado que el rechazo traumático del padre y de los compañeros del mismo sexo originalmente bloquearon los impulsos masculinos del niño, y debido a esta

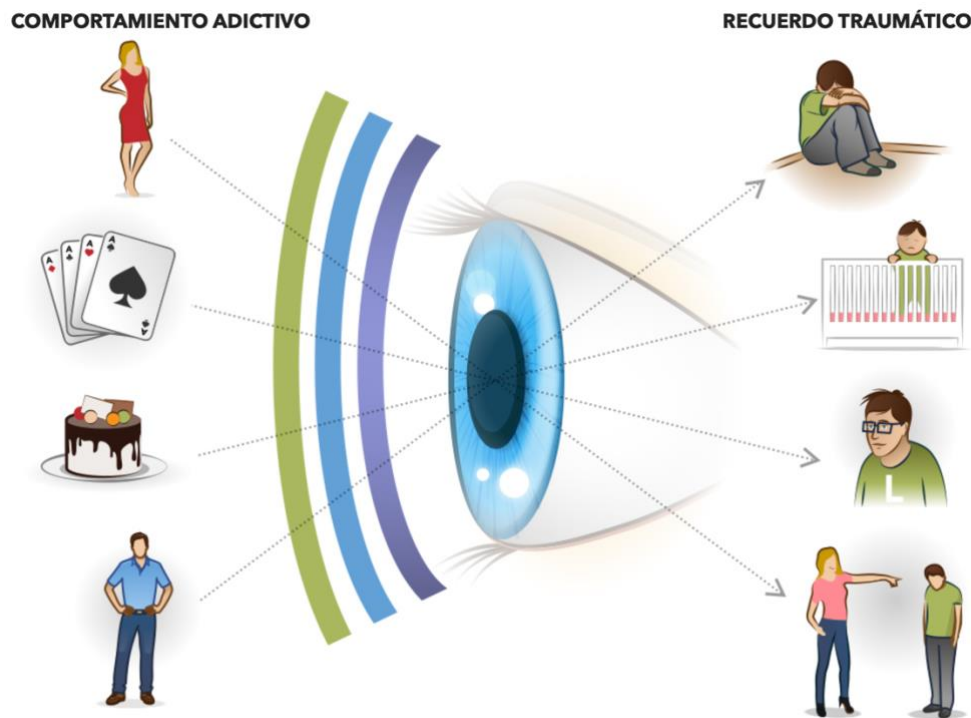


FIG. 8 ASOCIACIONES COMUNES A TRAVÉS DEL ESPECTRO DE COMPORTAMIENTO

terapeutas a ver el material presentado por el cliente como un fenómeno compensatorio, como un intento de restaurar la desregulación afectiva y el sentido de identidad, y por lo tanto a remediar los efectos de los síntomas afectivamente desregulados creados por experiencias traumáticas y de abandono durante el desarrollo infantil y adolescente del cliente. Otros teóricos, sin embargo, ofrecen una explicación

vergüenza traumática y pérdida de apego, el cliente inconscientemente desarrolló intentos reparativos para satisfacer estas necesidades de apego no satisfechas en la forma de atracciones hacia el mismo sexo. Por lo tanto, los teóricos de afirmación gay y los teóricos de la terapia reparativa postulan explicaciones inversas de causa y efecto.

Afortunadamente, este protocolo

permite que el cliente y el terapeuta eludan esta cuestión de causa y efecto. Independientemente de la fuente causal de la homosexualidad del cliente, ahora se puede acceder y resolver el trauma temprano usando este protocolo. Procesar el trauma subyacente a través de la autocompasión es benéfico para el cliente, lo que convierte a este ejercicio en una valiosa intervención terapéutica para los terapeutas que abordan el tema de la sexualidad desde diversos puntos de vista³.

El enfoque basado en el protocolo reduce y, en ocasiones, incluso elimina la influencia ideológica de los terapeutas durante el tratamiento. Este protocolo, cuando se aplica correctamente, evita que el terapeuta lleve al paciente a una conceptualización específica de la causalidad de su conducta. Traspasar el estado de trance hará que los recuerdos traumáticos subyacentes se "seleccionen automáticamente" y salgan a la superficie de la conciencia. Cabe señalar que, en mi experiencia, los hombres con atracción al mismo sexo, independientemente de sus diferentes antecedentes culturales y religiosos, es muy probable que asocien espontáneamente a recuerdos dolorosos de vergüenza y pérdida de apego con otros hombres. Los pacientes que aplican repetidamente este protocolo con los terapeutas de la Terapia Reintegrativa® comúnmente notan que los elementos compulsivos y riesgosos de sus conductas sexuales son los primeros en disminuir a medida que se concientizan de sus necesidades emocionales subyacentes no satisfechas y las resuelven a través de la autocompasión y/o EMDR.

Para evitar la llamada "aversión implícita" (elementos de coerción no verbales o no reconocidos que pueden estar en juego), se alienta a los clientes a informar a sus terapeutas de inmediato si

notan que sienten algún tipo de juicio o coerción por parte de su terapeuta. Un terapeuta competente puede trabajar en colaboración con el cliente para resolver esto y debe hacerlo antes de seguir adelante con este protocolo. La experiencia del cliente o del paciente de una alianza terapéutica abierta y de aceptación es la base para un trabajo terapéutico productivo, así como la comprensión de que los clientes tienen derecho a establecer sus propios objetivos terapéuticos y a cambiar esos objetivos cuando lo deseen.

Es importante notar que los clientes reportan consistentemente darse cuenta de que sus estados emocionales de compasión y vergüenza son diametralmente opuestos entre sí. A medida que crecen en la capacidad de dar y recibir compasión, notan menos vergüenza en su vida cotidiana.

Por último, los clientes que se sienten abrumados al mirar en sus propios ojos durante la fase 3 puede ayudarles el ver sus propios ojos tomando distancia. Ver los ojos a mayor distancia permite un reconocimiento y una resolución más suaves del afecto negativo, sin abrumar ni desregular al cliente durante el proceso.

Precauciones y contraindicaciones

Se deben tener en cuenta varias precauciones y posibles contraindicaciones para este protocolo. Las personas que tienen trastorno obsesivo compulsivo (TOC) pueden necesitar una preparación adicional para beneficiarse de este protocolo, ya que el protocolo requiere una atención sostenida sobre un tema cargado de emociones sin caer en las actividades mentales ritualizadas provocadas por el

³ Para más información, incluyendo más recursos para ayudar a terapeutas con este

TOC, algo con lo que las personas que padecen TOC tienen dificultades (Hershfield, J. y Corboy, T., 2013). Es posible que el TOC no tratado deba tratarse en la fase 2 de este protocolo, y puede llevar varios meses o más, según la rapidez con la que los síntomas del TOC pudiesen disminuir hasta el punto en que la persona pueda usar el protocolo con éxito. Los hombres que sienten atracción al mismo sexo pueden tener muchas más probabilidades de tener TOC (Sandfort, de Graaf, Bijl y Schnabel, 2001). Aunque las implicaciones de este tema están fuera de la discusión de este artículo, es importante reconocer que los clientes a menudo se benefician enormemente del tratamiento del TOC basado en la evidencia, como “The Mindfulness Workbook for OCD (Hershfield, J., & Corboy, T. 2013) durante la fase 2 de este protocolo de tratamiento. Los ejercicios de autocompasión consciente ayudan a preparar al cliente para el trabajo de autocompasión en la fase 4.

Los clientes con una capacidad gravemente afectada para recordar recuerdos de la infancia pueden necesitar más tiempo y comprensión. Por otro lado, cabe mencionar que los clientes transgénero pueden notar pocos o ningún cambio en sus sentimientos sexuales.

Finalmente, los clientes que se identifican como homosexuales deben ser informados de que el uso repetido de este protocolo puede conducir a una disminución de su atracción por el mismo sexo y, tal vez, a un aumento de su atracción por el sexo opuesto como un subproducto. Muchos clientes que se identifican como homosexuales, pero desean explorar sus atracciones de una manera neutral y solucionar cualquier trauma que puedan descubrir, no juzgan este cambio potencial en sus sentimientos sexuales como un efecto secundario negativo. Aunque a menudo dan su consentimiento para que su sexualidad cambie por sí misma en cualquier dirección, es justo y

responsable que el terapeuta informe al cliente de esta posibilidad antes del uso repetido de este protocolo.

Referencias

- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines, 14.
- Hershfield, J., & Corboy, T. (2013). *The Mindfulness Workbook for OCD: A Guide to Overcoming Obsessions and Compulsions Using Mindfulness and Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92 (5), 887–904. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Miller, R. (2012) Treatment of behavioral addictions utilizing the feeling-state addiction protocol: A multiple baseline study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(4), 159-169. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.6.4.159>
- Rosik, C.H., & Popper, P. (2014). Clinical approaches to conflicts

- between religious values and same-sex attractions: Contrasting gay-affirmative, sexual identity, and change-oriented models of therapy. *Counseling & Values*, 59, 222-237. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-007X.2014.00053.x>
- Sandfort, T. G. M., de Graaf, R., Bijl, R. V., & Schnabel, P. (2001). Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 58, 85–91. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.1.85>
- S.B. 1172, 2011-2012, Reg. Sess. (Cal, 2012). Retrieved from https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201120120SB1172
- Shapiro, F. & Forrest, M. (1997) *EMDR The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma*. New York: Basic Books.
- Shapiro, F. (Ed.) (2002). *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach: Experts of Diverse Orientations Explore the Paradigm Prism*. Wash., D. C. : American Psychological Association Press.
- Shapiro F. (2014) The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71-77. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/13-098>
- Vetteese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does Self-Compassion Mitigate the Association Between Childhood Maltreatment and Later Emotion Regulation Difficulties? A Preliminary Investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9 (5), 480–491. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-011-9340-7>