

Un caso de tartamudez de origen traumático abordado con TIR

Eduardo H. Cazabat (*)

Resumen

Se presenta un caso de tartamudez de origen traumático, su tratamiento por medio del abordaje TIR (Traumatic Incident Reduction), ilustrando con fragmentos editados de las sesiones realizadas el proceso llevado a cabo durante la terapia.

Palabras Clave

Trauma- Trastorno por Estrés Postraumático- TIR- Traumatic Incident Reduction- Tartamudez – Tratamientos eficaces del trauma psicológico

Introducción

Según el Tratado de Psiquiatría de Hales Yudofsky y Talbot, “la etiología de los trastornos del aprendizaje, las habilidades motoras y la comunicación, aunque desconocida, está presumiblemente relacionada con la maduración lenta, la disfunción o la lesión cortical o de otras áreas corticales relacionadas con estas funciones de procesamiento específicas.” (pag. 802) Más adelante expresan que “Entre las teorías etiológicas se encuentran conceptos genéticos, neurológicos, psicodinámicos y conductuales. Puede que sea posible establecer varios subgrupos etiológicos de tartamudeo.” (pág 816). En ninguno caso se contempla la posibilidad de un origen traumático del tartamudeo.

Una búsqueda en PILOTS (Published International Literature On Traumatic Stress) arrojó sólo tres resultados: dos relacionados con efectos secundarios de medicación, y uno con un episodio de tartamudez posterior a un intento de suicidio.

Sin embargo, la tartamudez puede ser entendida como un síntoma disociativo postraumático, tal como lo plantea Robert C. Scaer (Scaer, 2000):

La perturbación clínica experimentada por los individuos disociados bajo esas consecuencias casi siempre se presentarán como déficits físicos que desafían las explicaciones fisiológicas por examinación, estudios de laboratorio o estudios de imágenes. Los diagnósticos emitidos por los clínicos en estos estados incluye la histeria, conversión, y trastornos psicósomáticos. La causa de estos estados se presume que son de origen psicológico, y que el factor común es el estrés. Casi todos los déficits tienen una naturaleza neurológica, y pueden afectar cualquier sistema, incluyendo el visual, auditivo, vestibular, el habla, las funciones sensoriales y motoras (...) los síntomas son remarcablemente comunes de paciente a paciente. Las dificultades en los mecanismos del habla son comunes, por ejemplo con bloqueo de palabras, tartamudez y patrones inusuales disártricos del habla.

Particularidades del Trauma Psicológico y su tratamiento

Todos los síntomas característicos del trauma psicológico (reexperimentación del evento traumático de diversas maneras, evitación del mismo y de sus recordatorios, embotamiento o anestesiamiento emocional, e hiperactivación fisiológica) hasta cierto punto parecen contradictorios: quien sufre de un trastorno por estrés postraumático parece haber quedado congelado en el tiempo, fijado al hecho traumático y parece condenado a la dialéctica de, por un lado, revivirlo permanentemente (en un aparente

intento de procesarlo o archivarlo) y por otro a evitarlo, olvidarlo, y/o anestesiar sus sentimientos y reacciones para evitar el sufrimiento. Pero dichos síntomas parecen tener una función adaptativa: por un lado, proteger al individuo de la exposición al hecho traumático, y por otro lado, un intento frustrado de integrar la memoria emocional con la memoria verbal.

El Trauma Psicológico, además de estar clasificado como un trastorno de ansiedad (APA, 1994) también es conceptualizado como un trastorno de la memoria. Las investigaciones sobre la naturaleza de los recuerdos traumáticos, indican que la reacción neurofisiológica al trauma interfiere en los procesos involucrados en la memoria explícita. Durante la exposición al evento altamente estresante, dicha reacción incide en las áreas de Wernicke y de Broca (relacionadas con la codificación verbal de la experiencia) haciéndolas colapsar, reduciendo su actividad notablemente, según lo revelan los estudios de diagnóstico por imágenes. Simultáneamente, aumenta la actividad en el área de la amígdala, área ésta que está relacionada con la memoria emocional. Por lo tanto, el hecho traumático queda archivado en la memoria Implícita, y sólo deficientemente en la memoria Explícita o Narrativa. Por esto el trauma es llamado también el terror sin palabras (van der Kolk, 2001).

La memoria Implícita no recuerda, sino que revive, fallando en reconocer que el hecho pertenece al pasado. Sólo la integración de los recuerdos en la memoria Narrativa, permite la desaparición de los síntomas (van der Kolk, 2001).

TIR (Traumatic Incident Reduction)

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

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

En 1994 fue incluido por el Dr. Charles Figley en el Proyecto de los Ingredientes Activos en el Tratamiento del Trauma, llevado a cabo en el Traumatology Institute de la Florida State University. En tal oportunidad se realizó una demostración clínica sistemática, en la que demostró ser muy eficaz, logrando resultados positivos en un término de apenas 4 horas de tratamiento (en promedio)

Cuando el episodio traumático es conocido, el procedimiento (denominado TIR Básico) consiste en que el consultante recorra mentalmente el episodio traumático repetidamente. Al final de cada recorrida, debe contar qué pasó durante la recorrida. Es de esperar que, a medida que el consultante recorra una y otra vez el incidente traumático, se vayan recuperando fragmentos perdidos de la memoria traumática, se produzcan catarsis, muchas veces muy intensas, como si el incidente estuviera ocurriendo nuevamente, el relato se vaya transformando paulatinamente, hasta dar paso a una descarga emocional total, aliviando el sufrimiento, y conduciendo a comprensiones y cambios cognitivos significativos, momento que se denomina Punto Final.

Cuando el motivo de consulta es un tema (sentimiento, emoción, dolor, actitud, o sensación no deseada), se presume la existencia del episodio traumático, y se busca

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

La intervención del terapeuta está altamente pautada. El protocolo consiste en una serie de consignas fijas que conducen al paciente a entrar en contacto con el recuerdo de 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, para recuperar esa memoria traumática, entrar en contacto con ella y ponerla en palabras.

Un caso de tartamudez de origen traumático

El consultante, un varón de 30 años, presentaba un caso de tartamudez “desde siempre”. A lo largo de su vida concurrió a diversas consultas médicas, psicológicas y fonoaudiológicas sin ningún resultado positivo. El nivel de tartamudez era bastante limitante, presentando marcadas dificultades de comunicación que lo llevaban a aislarse socialmente. El consultante tenía una hipótesis acerca del origen de su trastorno: lo atribuía a un hecho traumático sufrido a los 3 años que más adelante en este artículo se detallará. De todas maneras, en ninguna de las terapias intentadas previamente se dio importancia al hecho y no se lo abordó. Y, asimismo, el hecho de suponer una vinculación entre el hecho traumático y la tartamudez no brindó ningún alivio al problema.

Tal como prescribe el procedimiento de TIR, el autor eligió comenzar aplicando el protocolo de TIR Temático con el tema “tartamudez”. En caso de estar relacionados ambos hechos, el protocolo llevaría por sí solo a abordar la historia traumática.

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

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

Comienzo del TIR Temático:

Terapeuta : elegí un incidente que represente una escena de tartamudez.

Consultante: bueno, uno fue cuando yo estaba en 3º año (15 años) y me hicieron leer un texto cortito y me sentí incómodo, transpiraba un montón... sentí que a la gente en cierta forma le causaba gracia. Aunque no se reían pero sentía que hacían gestos, les causaba gracia. Yo transpiraba un montón, y eran sólo 5 o 6 líneas, y tardé como 15 minutos. (...) Siento que todos los ojos me miran, que la gente está pensando que voy a tartamudear, quieren que haga eso, no sé por qué pienso eso, pero lo pienso y transpiro, me pongo nervioso y tartamudeo más.

5ª recorrida (1er. Incidente)

C: Bueno, viene una profesora nos hizo leer un libro a todos, unas estrofas a cada uno. Empezó por el primer banco, yo era uno de los últimos. Siempre yo me iba cerca de los últimos, de tal manera que si tardaba mucho no leía o no hacía lo que había que hacer. Nos hizo leer a todos. Yo quise ir al baño para no leer, pero no me dejó. Leí, leí mal, era algo de unas montañas. Tuvo que leer otra persona porque no se entendía lo que yo leí, transpiré mucho y a la gente es como que le causaba gracia. Nada más

T: bien, recordás algún incidente previo similar?

C: En la primaria una vez me pasó eso: me hicieron leer, me sentí mal porque era chico y se reían todos.

9ª recorrida (2º Incidente)

C: Llegamos tarde al aula porque nos quedamos jugando un partido de fútbol, con la pelota que hicimos con medias y papel, entramos tarde, el aula estaba en un pasillo al fondo en el 1º piso, había un balcón y cuando pasamos vimos que estaba la puerta trabada. Destrabamos la puerta y estaban todos ya sentados: nos miran, y estaba la profesora enojada porque llegamos tarde y a los cinco que llegamos tarde nos hace sacar un libro de cuentos y la gente se reía cuando me tocó leer porque leí muy mal. Transpiraba, estaba muy nervioso y ella estaba enojada, con cara de mala, mal.

T: bien, recordás algún incidente previo similar?

C: ...en el jardín de infantes, pero no conversaba mucho. Siempre me sentaba en la punta pero callado, trataba de no conversar o de no hacer muchas sociales. Así siempre era líder hasta cierto punto, después no: organizaba algo y todos venían, pero cuando necesitaba conversar de algo no podía.

T: Bien, elegí un incidente.

C: cuando me lastimé, estábamos en el patio y me lastimé un ojo. Y yo no dije nada.

11ª recorrida (3er. Incidente)

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

14ª recorrida

C: estábamos en el jardín, en el parque del jardín, y ahí estábamos en las hamacas. Había unos troncos y yo estaba sentado ahí. La profesora trajo unos alfajores de maizena para comer e hizo un juego para que participemos todos. Yo no quise participar, me quede ahí aislado, trataba de no participar del juego. Sentía que yo no participaba por vergüenza de lo que puedan decir los chicos. La profesora me insistía que yo participe pero como eran tantos yo siempre me trataba de ir y nunca se daban cuenta de que yo no participaba.

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

Su abuela había envenenado a su abuelo.

Él recordó un determinado momento cuando la familia se enteró del crimen, y todos estaban muy perturbados, confundidos, etc. Cuando la policía llegó se produjo un gran alboroto, y nadie consideró necesario darle ninguna explicación. Se sintió solo, asustado y dejado de lado. Nadie le dio ningún apoyo en aquel momento, nadie consideró necesario abordar el tema. Simplemente le dijeron "andá al patio a jugar"

Comienzo del TIR Básico:

T: bien, recordás algún incidente previo similar?

C: Me acuerdo cuando, hace mucho, que todos, cuando yo estaba cerca es como que se callaban o escondían algo. Yo era chico, 4 años, 3 años.

T: Contame que percibís?

C: que todos se escondían, que yo iba y como que estaban conversando de algo y se iban.

1ª recorrida (4º. Incidente)

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

2ª recorrida

C: Todos mal, como enojados, preocupados, mi papá usaba mucho el teléfono. Yo preguntaba qué pasaba y nadie me contestaba o me contestaban mal. Hablaban y yo iba para oír algo y se notaba que cambiaban de tema o me decían "andá al parque a jugar"

8ª recorrida

C: estaba en la casa, en la casa grande vieja, yo era chico, estaban mis padres en su cuarto con mi tío, mi mamá estaba llorando, mi papá estaba en el teléfono, todos con mala cara, enojados, yo trataba de descubrir qué pasaba y no me decían nada, me echaban al patio. Mi abuela [la otra abuela] me llevó al patio, tocaron el timbre y era la policía y se metieron en el cuarto y se quedo ahí.

T: a medida que lo recorres, se hace más liviano ... más pesado?

C: no, liviano

13ª recorrida

C: Estaba en la casa en el patio, sentí gritos en el cuarto, me asomo y veo a mi mamá llorando, mi papá conversando por el teléfono, quise pasar y no me dejaron pasar, estaban todos muy nerviosos, preguntaba qué pasaba y no me decían nada. Mi abuela me sacó para el patio y después tocaron timbre y vino la policía, se metieron en el cuarto de mi papá y yo trataba de ir y mi abuela me sacaba al patio.

T: que te parece ahora ese incidente?

C: feo, me sentí desplazado en ese momento y ahora

Duración: 1.09 hs.

Segunda sesión de TIR

Elegí donde querés empezar, un incidente a partir del cual vamos a trabajar

C: y... empecemos del último, cuando yo tenía 3 años estaba en la casa, en mi casa, estaba mi mamá llorando y mi papá con el teléfono y me sacaban para el patio...

4ª recorrida (4º Incidente)

C: Estaba yo en el patio jugando con un camión, era un día lindo, y yo sentí un grito en el cuarto de la casa, en el cuarto de mi mamá, estaba mi mamá llorando, mi tío estaba muy nervioso y mi papá hablando por teléfono que cada 5 minutos sonaba. Yo preguntaba que pasaba y me decían que nada y me sacaban para el parque, me sacaba mi abuela para el patio. Después suena el timbre y era la policía, pasó para el cuarto, un policía grandote alto, un tipo con uniforme azul, se metió en el cuarto y yo me asomé y me sacaron para afuera. Siento bronca porque no me decían las cosas, me maltrataban, era como que no pertenecía a esa gente, a mi familia.

T: bien, a medida que lo recorres se hace más liviano, más pesado?

C: más liviano, pero transpiro mucho

14ª recorrida

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

17ª recorrida

C: estaba en el patio, estaba jugando con un camión de plástico rojo, era un día lindo, estaba contento, siento gritos en el cuarto, fui a ver qué pasaba y me dijeron que nada. Estaba mi tío muy nervioso, mi papá hablando por teléfono y

mi mamá llorando bastante. Yo, asustado, le pregunto qué pasaba porque percibía que pasaba algo y me dijeron “nada, nada, andate” y me sentí como que me alejaban, rechazado. Después vino mi abuela y me sacó al patio y le pregunté qué pasó y me dijo que no pasó nada. Después tocaron el timbre y era la policía y se metió en el cuarto, estuvo un rato largo y se fue con mi papá.

T: a medida que lo recorres se te hace más liviano ... más pesado?

C: más liviano

T: pensás que debemos seguir?

C: no sé, esta parte está. No sé si hay algo más, pero esta sí.

T: a qué otra parte te referís?

C: no sé ...

T: se te cruzó algo por la cabeza?

C: no sé si sólo me imagino yo algo... se me cruzó como que mi abuelo sabía que lo estaban envenenando y él no hizo nada. Y como que siempre me sentí culpable porque no pude hacer nada. Y, en cierta forma, él no hizo nada, porque yo con 3 años no podía hacer nada.

También recordó un momento anterior a la muerte del abuelo, cuando los dos estaban tomando la sopa juntos (Nota: el envenenamiento fue hecho en la comida) - y él recordaba los ojos de tristeza de su abuelo, y se sentía culpable por no haber hecho nada para salvarlo.

1ª recorrida (5º Incidente)

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

7ª recorrida

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

El tema del envenenamiento fue tabú en su familia, y solo 11 años después se enteró por qué su abuela, a la que había ido a visitar a la cárcel en algunas oportunidades durante su pubertad, estaba presa.

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

El TIR puede provocar intensas catarsis, aunque no fue éste el caso. Él recorrió y contó el incidente repetidamente, pero siempre tranquilo. El único signo de (des)carga emocional era que terminaba cada sesión empapado en sudor.

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

Antes de nuestro trabajo con TIR, él evitaba el contacto con otras personas por miedo a tartamudear. Ahora puede hablar calmamente, y no se siente intimidado. Si comienza a sentirse ansioso, se calma con un par de respiraciones profundas, y continúa hablando

fluidamente. Todavía tiene un pequeño temblor en su voz, que probablemente, un trabajo con una fonoaudióloga podría resolverlo.

Discusión

Las características de los recuerdos traumáticos enunciadas más arriba deben ser consideradas a la hora del tratamiento psicoterapéutico. Algunos de los componentes activos presentes en la mayoría de los tratamientos efectivos del trauma psicológico que han sido propuestos, y que podemos encontrar en TIR, son los siguientes (Figley, 1999):

- a) Un componente de exposición imaginaria al evento traumático: El consultante debe pensar, recordar y sintonizarse con el evento traumático, permitiéndose experimentar las emociones y sensaciones que ello le provoque
- b) Estructuración de la narrativa del evento: el recuerdo traumático, plagado de emociones, pobremente organizado, con huecos y alteraciones en la cronología debe ser puesto en un relato lineal, que se incorpore a los esquemas de memoria preexistentes, despojado ya de su carga emocional (van der Kolk, 2001)
- c) La estimulación bilateral alternada: la estimulación alternada de ambos hemisferios cerebrales provocaría la intercomunicación entre ambos, integrando la información que se encuentra, fragmentadamente, en ambos. Esta estimulación que, p. ej. en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing o Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) se logra por medio de movimientos rítmicos de los ojos, o estimulación kinestésica o auditiva (Schapiro, 1996), se lograría en TIR por medio de la recorrida silenciosa del evento traumático (estimulación del hemisferio derecho) y la subsecuente narrativa del hecho (estimulación del hemisferio izquierdo)
- d) Abreacción de emociones intensas asociadas al recuerdo traumático: la catarsis ha sido revalorizada como factor terapéutico (ISSTD, 2005). Los abordajes terapéuticos efectivos provocan muchas veces catarsis que ayudan a aliviar la carga emocional del trauma.
- e) Retomar el control: el trauma es por definición la pérdida del control aun sobre el propio cuerpo. El procedimiento de exposición guiada, permite una primera instancia de retomar el control sobre el recuerdo, al poder manejarlo, decidiendo cuándo recorrerlo, cuándo contarle, cuándo volver al comienzo del mismo.

Conclusión

Si bien el haber obtenido un resultado positivo al abordar el incidente traumático infantil no da un fundamento suficientemente sólido como para atribuir la etiología de la tartamudez al hecho, pone en evidencia una vinculación importante entre ambos.

En este caso, pueden verse ilustradas algunas de las características salientes del TIR. Por un lado, su carácter de estar centrado en el cliente, puede observarse en que el terapeuta no ofrece ninguna interpretación acerca del origen y/o función del síntoma presentado, y quien establece la conexión, tanto a nivel intelectual (al formularla verbalmente) como la vinculación emocional (al provocar la catarsis y la descarga emocional) fue establecida por el propio consultante. Al mismo tiempo queda de manifiesto la estructura del procedimiento y de la intervención del terapeuta que se limita a dar las directivas necesarias para cumplir el protocolo y mantener al consultante dentro del mismo.

Esto lleva a reducir la influencia del terapeuta en el resultado final de la terapia, dado que cualquier terapeuta entrenado en TIR, ateniéndose a una serie de reglas simples hubiera

podido conseguir el mismo resultado, dado que el grueso del trabajo terapéutico es realizado por el consultante.

Bibliografía

Carbonell, J y Ch. Figley (1995) A Systematic Clinical Demonstration Methodology: A Collaboration Between Practitioners and Clinical Researchers. TRAUMATOLOGYe

Carbonell, J y Ch. Figley. (1999) Promising PTSD treatment approaches A Systematic Clinical Demonstration of Promising PTSD Treatment Approaches. TRAUMATOLOGYe, 5:1, Article 4

Cazabat, Eduardo (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://www.interpsiquis.com/2001/>

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

Hales, Yudofsky y Talbot. (2003) Textbook of clinical psychiatry. 4° ed. Washington, American Psychiatric Publishing Inc.

Herman, J. (1997) Trauma and recovery The aftermath of violence- from domestic abuse to political terror. 2ª ed. New York. Basic Books

International Society for the Study of Dissociation. (2005). [Chu, J.A., Loewenstein, R., Dell, P.F., Barach, P.M., Somer, E., Kluft, R.P., Gelinias, D.J., Van der Hart, O., Dalenberg, C.J., Nijenhuis, E.R.S., Bowman, E.S., Boon, S., Goodwin, J., Jacobson, M., Ross, C.A., Sar, V, Fine, C.G., Frankel, A.S., Coons, P.M., Courtois, C.A., Gold, S.N., & Howell, E.]. Guidelines for treating Dissociative Identity Disorder in adults. Journal of Trauma & Dissociation, 6(4) pp. 69-149.

Scaer, R. (2001) The Neurophysiology of Dissociation and Chronic Disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(1), 73-91 Disponible en <http://www.trauma-pages.com/scaer.html>

Shapiro, F. (1996) EMDR basic principles, protocols and procedures. New York, Guilford Press

van der Kolk, McFarlane & Weisaeth (Eds.) (1996). Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind body and society. Guilford Press, 1996

van der Kolk, B. (1994) The body keeps the score. Harvard Review of Psychiatry, Vol 1, Nº 5

van der Kolk, B. y Fisler, R. (2001) Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. Disponible en <http://www.trauma-pages.com/vanderk2.htm>

(*)

Eduardo H. Cazabat, psicólogo.

Certified Traumatologist en el Traumatology Institute (Florida State University, FL, USA), año 2000.

Master Traumatologist de la University of South Florida (FL, USA), 2003.

Se encuentra terminando la Maestría en Metodología de la Investigación de la Universidad Nacional de Lanús, y está cursando el Doctorado en Psicología de la Universidad Católica Argentina.

Desde 1986 integra el equipo del Centro Privado de Psicoterapias, donde es docente del Posgrado en Terapias Focalizadas.

Es Profesor Titular de "Atención en Crisis y Catástrofes" de la Universidad del Salvador (USal) y del "Seminario de Trauma" de la Universidad Católica de Santa Fe (UCSF).

Director Asociado de la Revista de Psicotrauma para Iberoamérica.

Miembro de la SAPsi (Sociedad Argentina de Psicotrauma).

.