

✉ M. Yarberry

Uso del protocolo NADA para el síndrome de estrés postraumático en Kenia

The Use of the NADA Protocol for PTSD in Kenya

Resumen

Antecedentes: El protocolo NADA (National Acupuncture Detoxification Association) con 5 puntos auriculares fue desarrollado originariamente para el tratamiento de personas con trastornos de adicción. Desde entonces, el abanico terapéutico se ha ampliado tanto al campo de los trastornos psíquicos en general, como al del síndrome de estrés postraumático en particular.

Objetivo: Ensayo del protocolo NADA en personas que viven, sobre todo, en países en vías de desarrollo y que han padecido traumas físicos o psíquicos por catástrofes de tipo politicosocial o medioambiental.

Métodos: Impartimos cursos de formación en los campos de refugiados sobre el protocolo NADA después de que en el año 2007 las elecciones en Kenia acabaran en unos disturbios sangrientos entre la población, con cientos de miles de refugiados.

Conclusiones: Nuestra experiencia demuestra que el protocolo NADA puede ejercer un profundo efecto sobre personas traumatizadas que han pasado por fases de necesidad y han huido de sus hogares. Las premisas más importantes para el éxito de estas actividades de formación son el respaldo de una organización de ayuda internacional, el contacto con organizaciones humanitarias locales, la participación de la comunidad afectada en las decisiones, el seguimiento con colaboradores y participantes, y la flexibilidad en torno a unos objetivos claramente definidos.

Abstract

Background: The five needle auricular acupuncture technique known as the NADA protocol was originally developed to address issues of addiction. It has since found wider applications in behavioral health, including use in the treatment of Post Traumatic Stress Disorder.

Objective: To optimize applications of the NADA protocol as it is used in communities affected by physical or mental trauma, particularly those residing in developing countries.

Methods: NADA trainings were conducted in Kenya among refugees after the 2007 post-election violence which left hundreds of thousands of persons displaced and traumatized.

Conclusion: Our experience shows that the NADA protocol can have a profound effect on communities experiencing hardship and transition. Elements we found to be important to the success of such trainings include sponsorship by an international agency, contacts among local service-providing organizations, inclusion of community members in decision-making, follow-up communication with all collaborators and participants, and complete flexibility around clearly defined goals.

La técnica de la asociación NADA (National Acupuncture Detoxification Association) es un protocolo estandarizado de acupuntura auricular que se utiliza dentro del área de la salud en el área de la conducta, lo que incluye las adicciones, la salud mental y los traumas emocionales y por desastres. Si bien en un principio fue desarrollada para tratar la adicción a la heroína en un contexto urbano, desde entonces la técnica NADA se ha extendido mucho y está presente actualmente en todo el planeta, en diversos ámbitos culturales, económicos y sociales. La técnica es especialmente valorada allí donde los recursos pueden resultar insuficientes para dar respuesta a la demanda, ya que es ex-

tremadamente económica y flexible. El protocolo NADA posee una relevancia especial en lugares donde han acaecido desastres y como herramienta de tratamiento del trastorno de estrés postraumático (SEPT).

La técnica NADA se distingue de otras herramientas terapéuticas por su simplicidad y el número de pacientes que pueden ser tratados con recursos limitados. La mayor parte de los profesionales de la salud, en particular para el tratamiento del síndrome de estrés postraumático, deben poseer unos estudios y formación importantes para ser útiles en este campo. En contraste, la técnica NADA se puede aprender en 1 semana y se aplica en grupos, esto es, una persona

puede tratar docenas de pacientes por hora. No obstante, hay que apuntar aquí que las condiciones ideales de aplicación de la técnica NADA son realmente como parte de una atención sanitaria exhaustiva que incluya la orientación personal y otras terapias. Sin embargo, en regiones pobres, como en los países en vías de desarrollo o zonas que han sufrido catástrofes, puede ser la única forma de tratamiento existente para el SEPT, y como tal ha demostrado ser un método de tratamiento eficaz.

Si bien es importante proporcionar tratamientos a corto plazo en estas zonas remotas o catastróficas, ya que los aplican voluntarios que viajan desde otros lugares, la técnica NADA para el SEPT tiene más éxito formando a personas que vayan a tener una presencia continua en la comunidad. Por este motivo, mi colega Beth Cole (acupuntora diplomada y formadora registrada de esta técnica) y yo misma nos centramos en este trabajo en formar en el protocolo NADA a miembros de las comunidades locales.

Circunstancias contextuales: necesidad de tratamiento

Nuestro proyecto inicial era dirigirnos a personas locales con preparación sobre el SEPT para que aplicaran tratamientos NADA a los refugiados kenianos en Uganda. Beth y yo nos habíamos conocido en un proyecto internacional de acupuntura en África Oriental y en diciembre de 2007 yo había regresado al continente africano para formar a profesionales sanitarios de Kenia en protocolos acupunturales básicos. La atmósfera en Kenia en aquel momento era previa a las elecciones presidenciales que se avecinaban y que se celebraron 1 semana después de mi partida. Los resultados de las elecciones fueron ampliamente disputados y desembocaron en un estallido de violencia, descrito vívidamente por los periódicos internacionales como el *New York Times*¹.

Los informes divergían entre sí, pero las muertes atribuidas a la violencia tras las elecciones se estimaron en general en más del millar, y cientos de miles de personas estaban desplazadas. Como personal humanitario con experiencia en la región que conocíamos el potencial del protocolo NADA para el tratamiento del SEPT, y con contactos personales con algunos de los afectados, Beth y yo comenzamos inmediatamente a explorar la viabilidad de impartir uno cursos sobre la técnica NADA que beneficiaran a las personas afectadas por la violencia en Kenia.

Desarrollo del proyecto

Debido a los riesgos actuales de seguridad en la propia Kenia, decidimos centrar nuestros esfuerzos en los miles de refugiados que llegaban a raudales a Uganda a través de la frontera. Inmediatamente contactamos con amigos y colegas en Uganda para que nos enviaran noticias y sugerencias sobre cómo continuar. Nos pusieron en contacto con una monja franciscana que dirigía un colegio en la ciudad



Fig. 1: Campo de refugiados del ACNUR



Fig. 2: Primer día de curso



Fig. 3: Tratamiento en grupo



Fig. 4: Adolescentes

fronteriza de Tororo, que a su vez nos puso en contacto con un voluntario local que trabajaba con una organización humanitaria. Esta organización cooperaba en un campo de refugiados establecido por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

A la vez que establecimos estos contactos también comenzamos a reunir suministros para el viaje. Las agujas de acupuntura no se pueden adquirir localmente, por lo que fue necesario reunir agujas suficientes para los cursos y los tratamientos continuados de miles de personas. Gracias a la generosidad de varias empresas suministradoras de material de acupuntura pudimos reunir más de 100.000 agujas. Aunque sabíamos que en Uganda había otros materiales como el algodón o el alcohol, supusimos que era probable que la afluencia de la población traumatizada hubiera reducido las existencias locales de suministros médicos, así que reunimos también lo que pudimos de ellos. También confeccionamos un manual con el que dar los cursos. Era fundamentalmente una versión racionalizada del manual de formación de la organización americana NADA de más de 200 páginas.

Llegamos a Uganda en abril de 2008 y nos dirigimos a la ciudad Tororo situada al sudeste. El campo del ACNUR Mulanda estaba situado a las afueras de la ciudad. Incluso entonces seguían llegando refugiados todos los días y había una gran cantidad de agencias internacionales no gubernamentales trabajando y organizaciones comunitarias que coordinaban los servicios.

Nuestro primer paso a nuestra llegada fue visitar a las autoridades del ACNUR. Les describimos nuestro proyecto, les enseñamos nuestras credenciales y nos dieron permiso para continuar con la formación planificada. Nuestra intención inicial había sido formar voluntarios locales de organizaciones como la Cruz Roja, que aplicarían los tratamientos a la comunidad del campo de refugiados y que después estarían equipados para aplicar tratamientos después de otras emergencias. Sin embargo, al llegar al campo se nos informó de que iba a cerrar a los pocos días de finalizar nuestros cursos y se iba a reubicar a todos los refugia-

dos en un campo de asentamiento permanente en otra parte del país. Esto significaba que si seguíamos con nuestro plan originario de formar voluntarios de ONG, los refugiados a los cuales iban dirigidos los tratamientos no tendrían acceso a éstos.

Por tanto, adaptamos nuestro plan en consecuencia y seleccionamos en su lugar aprendices de entre los refugiados, a fin de que los tratamientos continuaran estando al alcance de la comunidad desplazada. Cuando estalló la violencia tras las elecciones, los residentes del campo estaban desarrollando su vida y sus profesiones en Kenia, así que pensamos que entre ellos habría muchos con experiencia sanitaria y en orientación personal que serían candidatos adecuados para la formación.

Primeros encuentros

En nuestro intento de identificar a los aprendices idóneos de entre los miles de residentes en el campo, recurrimos a los líderes de la comunidad. El campo estaba dividido en 6 bloques, así que organizamos una reunión con los jefes de cada sexo y de cada bloque. Hicimos una descripción básica de la acupuntura, otra más específica del protocolo NADA que proponíamos enseñar, explicamos cómo nos gustaría seleccionar a los aprendices e iniciamos un turno de preguntas. Después de un prolongado silencio, con caras amables y sonrientes, nuestro facilitador nos sugirió que les diéramos a los líderes tiempo para hablar entre ellos, tras lo cual nos volveríamos a reunir. Mientras esperábamos, nuestro facilitador nos explicó que la estructura social y política de la comunidad del campo había impedido que nuestra audiencia se cuestionara nuestra propuesta o pusiera en duda si era apropiada para su comunidad. Los líderes, al percibirnos como parte de una organización internacional, y por tanto como figuras de autoridad en su situación actual, estaban esperando que nosotros les dijéramos lo que tenían que hacer, ya que uno de sus principales cometidos como "líderes de la comunidad" era organi-



Fig. 5: Tratamiento de una niña adolescente



Fig. 6: Bolitas auriculares para niños

zar sus grupos para recibir ayuda de alimentos o sanitaria, o facilitar grupos de trabajo. La ayuda internacional y las labores humanitarias a menudo se llevan a cabo de esta forma jerárquica, por la cual las decisiones las toman y las órdenes las dan personas fuera de las poblaciones afectadas, lo que redundan en malentendidos y malas gestiones. Al volver a la reunión animamos a los líderes a responder y a compartir con nosotros las reacciones a nuestra propuesta. Después de que se levantara la primera mano vacilante, las preguntas fueron sucediéndose rápidamente. Entre otras, preguntaron:

- Si las agujas se introducían enteras a través de las orejas en el cerebro.
- Si en las agujas que proponíamos había potentes compuestos químicos para inyectarlos en su población.
- Si el tratamiento tenía implicaciones religiosas.
- Qué títulos poseíamos Beth y yo.

Respondimos a éstas y a otras preguntas y realizamos algunas aclaraciones, y después hicimos una demostración de la técnica y respondimos a nuevas preguntas. Concluimos ofreciendo un tratamiento NADA a cualquiera que estuviera interesado en la experiencia. Cuando los primeros líderes valerosos recibieron el tratamiento y ninguno cayó muerto, otros también se acercaron curiosos hasta que finalmente todo el grupo lo recibió. Al terminar la reunión los líderes acordaron con entusiasmo notificar dentro de sus grupos a las personas oportunas que pudieran ser aptos para la formación, y casi todos los líderes nos preguntaron si ellos podrían participar también en los cursos.

Esta reunión inicial constituyó para nosotras una experiencia extraordinaria de aprendizaje. En los cursos siguientes sólo hacíamos una breve introducción del tratamiento, a la que seguía una demostración práctica de la técnica. Después animábamos a que realizaran preguntas y finalizábamos con un tratamiento de grupo. Hemos descu-

bierto que la forma más eficaz de comunicar con claridad la naturaleza del tratamiento es a través de la naturaleza participativa de este programa. También advertimos que muchas de las comunidades con las que trabajamos se sentían víctimas de los extranjeros, en particular en el área sanitaria. En África Oriental y en Haití (véase el artículo del siguiente número) los nativos hicieron alusión a que las compañías y organizaciones extranjeras “experimentaban” con la población local con resultados negativos, y durante la mayor parte de mis viajes a estas zonas circulaban historias sobre prácticas médicas sospechosas de origen local (como casos de envenenamiento o brujería) y extranjero (como vacunas que podrían estar difundiendo enfermedades o personas no cualificadas practicando la medicina).

Selección de aprendices y lugar de los cursos

En un principio habíamos decidido formar en la técnica a 10 personas, pero después aumentamos el grupo a 20, ya que se habían presentado varias veces este número de personas. Como criterios de selección utilizamos los siguientes:

- Experiencia previa en el cuidado de pacientes (trabajadores sanitarios, sociales u orientadores).
- Disponibilidad para asistir a toda la sesión de formación.
- Voluntad de proporcionar tratamientos gratuitos a la comunidad después de la formación.
- Hablar y leer con fluidez el idioma inglés.

Como la mayor parte de los edificios del campo los utilizaban constantemente las diferentes organizaciones para sus programas, tuvimos suerte de que se nos ofreciera una iglesia que estaba terminándose de construir. Utilizamos pupitres y bancos de la escuela, que transportamos con la ayuda del joven profesorado o con los propios alumnos alegres y rebosantes de vitalidad.



Fig. 7: Tratamiento de los miembros de una familia



Fig. 8: La ceremonia de bienvenida en el campo de refugiados: niños bailando

¿Cinco o tres agujas?

Aunque el protocolo NADA estándar utiliza 5 agujas, en las labores humanitarias hay una tendencia a usar sólo 3 en cada oreja o un total de 6 por tratamiento. Esto se basa en la experiencia del fundador de la asociación NADA, el Dr. Michael O. Smith, en los tratamientos en el extranjero y en sus consejos posteriores a otros colegas que ejercen en escenarios similares². Hay una clara ventaja en el uso de menos agujas, ya que con el mismo número de agujas se trata alrededor de un 40% más de pacientes, pero ¿es igual de eficaz para el paciente?

En proyectos anteriores de acupuntura en África Occidental había advertido que muchos pacientes mostraban unos resultados sorprendentes que excedían con mucho los que podría esperar en mi consulta de Estados Unidos. Había numerosos ejemplos de mejorías realmente espectaculares de los pacientes logradas con la acupuntura, a lo que a menudo le había dado muchas vueltas. Mis conjeturas sobre por qué esto era así iban desde la regularidad y naturaleza ecológica de la vida de nuestros pacientes de África



Fig. 9: Una escenificación sobre acupuntura realizada por estudiantes de instituto



Fig. 10: La autora (derecha) junto a su colaboradora Beth Cole

Oriental (alimentos totalmente ecológicos, comidas espaciadas regularmente, más ejercicio físico y tiempo al aire libre, menos “ruido” electrónico ambiental como televisión y ordenadores) a la escasez relativa de opciones sanitarias, de tal manera que cualquier intervención sanitaria produciría unos resultados más espectaculares.

Teniendo esto en mente, seguimos el consejo del Dr. Smith y enseñamos a nuestro grupo el protocolo completo de 5 agujas, pero explicando la estrategia de 3 agujas utilizando el punto simpático, el Shen Men y escogiendo un tercero entre 3 puntos de órganos, normalmente el punto del pulmón. Durante los ejercicios en clase los aprendices aplicaban el uno al otro las 5 agujas para practicar, pero cuando pasamos a la parte clínica del curso, les pedimos que utilizaran sólo 3 agujas en cada oreja. La mayoría de los pacientes recibieron sólo 3 agujas, aunque ocasionalmente en la supervisión nos encontramos pacientes con 5 agujas en cada oreja. Normalmente se trataba de amigos o familiares del aprendiz que aplicaba el tratamiento, que intentaba así proporcionar un tratamiento especial a su ser querido, suponiendo que “cuanto más, mejor”. Curiosamente, prácticamente todas las reacciones adversas al tratamiento durante la parte clínica de los cursos se dieron en pacientes que habían recibido 5 agujas. Estas personas referían sobre todo cefaleas, ansiedad y/o frecuencia cardíaca elevada, que se mitigaban retirando algunas de las agujas. Afortunadamente, estos efectos adversos fueron raros. La reacción adversa más común en Estados Unidos es el “*needle shock*” o reacción al pinchazo, un trastorno que tiene lugar después de insertar las agujas y que se manifiesta en forma de malestar general, sudoración fría, náuseas y, en situaciones extremas, pérdida del conocimiento. Durante los tratamientos en Mulanda no observamos nunca este trastorno.

Adaptación del protocolo NADA a los niños

La comunidad de refugiados incluía cientos de niños que también acudieron a recibir tratamiento. Los niños podían escoger entre puntura con agujas o una aplicación de tipo acupresión con bolitas auriculares. Muchos padres describieron un aumento del miedo y la ansiedad en sus hijos desde que sus vidas se habían visto sacudidas por la violencia, con pesadillas y un aumento de la enuresis nocturna. Para estas familias que vivían en tiendas de campaña sin electricidad ni agua corriente, este último síntoma resultaba especialmente enojoso, dado que toda la ropa y la ropa de cama se lavaban a mano y se secaban al sol. Todos los niños fueron tratados en el punto Shen Men, utilizado para aliviar el estrés y la ansiedad, y para los que presentaban enuresis nocturna añadimos el punto del riñón. Los riñones, según la medicina china, se relacionan con el miedo y el control de la emisión de la orina, entre otros³. Después de tan sólo un tratamiento, nos llegó información de los padres refiriendo que los niños mojaban menos en la cama y los episodios se redujeron aún más con los tratamientos sucesivos. Algunas personas también informaron de la reducción de las peleas entre sus hijos: “Mi

sobrino solía pelearse todos los días”, nos comentó una mujer. “Después de los tratamientos, se limita a reírse cuando los demás niños le molestan y se busca otra cosa para entretenerse.”

Al final de la formación 21 aprendices habían aplicado más de 500 tratamientos a otros refugiados y recibieron sus certificados de aprovechamiento. Organizamos una ceremonia pública para conceder los certificados a fin de formalizar la transición de estas 21 personas de aprendices a practicantes del método, y para introducirlos en esta nueva capacidad como recurso de la comunidad. Después de la ceremonia, un aprendiz y ahora practicante afirmó: “Ya no soy solamente un simple refugiado, ahora soy un titulado”. La semana siguiente los refugiados fueron sacados de Mulanda en grandes camiones y atravesaron Uganda hasta un campo de asentamiento que ahora comparten con congoleños, sudaneses y otros ugandeses. El nuevo campo, Kiryandongo, se convirtió en el hogar permanente de esta comunidad de Kenia, se les asignaron parcelas de terreno para cultivar y el gobierno de Uganda les incorporó en sus sistemas educativos y sanitarios. Durante este periodo de transición mantuvimos el contacto con el grupo a través de una jerarquía de comunicación preestablecida, y así fuimos capaces de responder cuestiones acerca de los tratamientos, aclarar los protocolos, facilitar suministros de materiales adicionales según fuera necesario y realizar sugerencias para optimizar la aplicación de los tratamientos. Pronto se obtuvo permiso para comenzar a prestar los tratamientos a otras personas desplazadas que vivían en el campo, y en seguida los especialistas en la técnica NADA se hallaron aplicando miles de tratamientos al mes.

Visita in situ de seguimiento

Cuando regresamos a la comunidad en diciembre de 2008, 6 meses después de los cursos iniciales, nuestros practicantes habían realizado más de 18.000 tratamientos NADA. Fuimos agasajados en una ceremonia de bienvenida que duró horas con canciones, bailes y escenificaciones de distintos grupos de la comunidad que normalmente mostraban unas vidas rehechas, el alivio del estrés y mejoras generales en el bienestar de las personas, todo ello conseguido con el protocolo NADA. Nuestros aprendices fueron el último grupo en salir a escena, y su obra versaba sobre un hombre que siempre estaba enfadado y se pasaba los días bebiendo en el bar con mujeres disolutas y luego volviendo a casa a pegar a su mujer. Una cara nueva en el bar que frecuentaba le habló de la acupuntura y le dijo que la tenía “a tiro de piedra” y le recomendó que la probara. Después de someterse a los tratamientos, el hombre encontró un trabajo y se convirtió en un marido y padre ejemplar. Tuve curiosidad sobre si nuestros aprendices estaban sugiriendo una correlación entre los tratamientos NADA y la reducción de la violencia doméstica. El actor y aprendiz principal indicó que sí, que esta escenificación mostraba su propia experiencia y que era habitual en los hombres que recibían el tratamiento que mostraran una conducta más pacífica.

Durante la obra, los aprendices llevaban a cabo una sesión real de acupuntura en la que una actriz simulaba una reacción al pinchazo (*needle shock*) y los demás actores respondían adecuadamente. Recordando la ausencia total de casos de estas reacciones durante las sesiones de formación en Mulanda, preguntamos si estaban evidenciando muchos casos en la nueva ubicación. Refirieron que no había habido ni un solo episodio en los 18.000 tratamientos aplicados, pero que querían que viéramos que recordaban qué hacer si se presentaba una situación de ese tipo. Entrenamos a varios grupos en ese primer viaje de abril, inclusive al personal de un colegio para niños conflictivos que dirigía la monja franciscana que había sido nuestro primer contacto para el proyecto de Mulanda. Los niños del colegio habían sido niños soldado, o habían sido obligados a prostituirse y padecido otras calamidades. Muchos de ellos tenían antecedentes de trastornos del sueño, inclusive pesadillas e insomnio. Un niño describió un sueño en el que yacía en una tumba y veía cómo iban llenándola de tierra. Después de varios tratamientos, la mayoría de los niños informó de la mejoría de su estado general, y una respuesta frecuente era “dormí como cuando era un niño pequeño” y “me siento feliz lo como era antes de que mis padres murieran”.

Una comadrona que se entrenó con el personal del colegio trabajaba en un consultorio de salud de un pueblo a cierta distancia de Tororo, después de la formación aplicó tratamientos NADA a las familias que acudían al consultorio y nos comunicó que durante su interacción con personas que mostraban ideas suicidas y trastornos mentales halló la técnica NADA extremadamente efectiva para proporcionar a los pacientes un medio para redescubrir la esperanza y la paz en sus vidas. Nuevamente, en los casos de violencia doméstica la técnica NADA resultó útil para todos los miembros de la familia.

Al cabo de unos meses de los cursos surgió una revuelta entre 2 clanes en la región de la comadrona. En una disputa sobre el uso de la tierra mataron al ganado, prendieron fuego a los cultivos y a las chozas, y una mujer perdió a su bebé cuando quemaron su casa. Varias familias fueron trasladadas a un campo para personas desplazadas internacionalmente custodiado por militares. La comadrona visitó el campo para aplicar tratamientos NADA, que de nuevo demostraron ser útiles para los que habían perdido una parte de su vidas por la violencia. También ofreció el protocolo NADA a los soldados que custodiaban el campo y los tratamientos llegaron a hacerse tan populares entre ellos que se le invitó a que continuaran sus visitas a petición de los soldados, que refirieron dormir mejor, tener niveles más bajos de estrés y menor dependencia del tabaco y el alcohol.

Conclusiones

A partir de estas experiencias, Beth y yo reconocimos que el protocolo NADA puede ejercer un profundo efecto sobre las comunidades que atraviesan miserias y cambios. Los ele-

Información sobre los autores (requisitos STRICTA)

Megan Yarberry es la decana académica de un programa reconocido de licenciatura en medicina oriental de Hawai, donde también regenta su consulta privada. Posee un título de máster en acupuntura y medicina oriental y 15 años de experiencia clínica. Es formadora registrada NADA y cuenta con experiencia específica del protocolo NADA aplicado en pacientes con VIH/sida, prisiones, clínicas de salud mental y centros de desintoxicación de Oregón y Hawai. Desde el año 2005, Megan Yarberry ha impartido cursos sobre la técnica NADA, entre otros, en Kenia, Uganda y Haití. Ha sido galardonada por la organización NADA de Estados Unidos por su trabajo en África Oriental.

mentos que descubrimos que eran importantes para el éxito de dichos cursos son la financiación por parte de una agencia internacional, los contactos entre organizaciones locales de ayuda, la inclusión de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones, la comunicación de seguimiento con todos los colaboradores y participantes, y una completa flexibilidad en torno a unos objetivos claramente definidos.

Referencias bibliográficas

1. Gettleman J. Disputed vote plunges Kenya into bloodshed. The New York Times. (2007, December 31). Retrieved from <http://www.nytimes.com/2007/12/31/world/africa/31kenya.html>
2. Smith MO. Story of the Development of NADA Protocol. NADA International. 2006;3:1
3. O'Connor J, Bensky D. Acupuncture, a Comprehensive Text. Chicago: Eastland Press, 1981