

## **Conceptualización Teórica sobre el Trauma Agudo y el Estrés**

### **Traumático Continuado Basada en el Modelo del SPIA**

Ignacio Jarero & Lucina Artigas

*Latin American & Caribbean Foundation for Psychological Trauma Research*

El objetivo de este artículo es brindar una conceptualización de casos sobre el Trauma Agudo y el Estrés Traumático Continuado, basada en el modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA) de la Dra. Francine Shapiro, que pueda servir como hipótesis de trabajo para expandir los horizontes clínicos y de investigación de las intervenciones tempranas con terapia EMDR individuales y grupales.

**Palabras Clave:** Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular (EMDR); Modelo del Sistema de Procesamiento de la Información; Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR; Trauma Agudo; Estrés traumático Continuado.

#### **Modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos**

La Terapia EMDR es guiada por el Modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA; Shapiro, 2001; 2018) el cual postula que las redes de memoria son la base de la patología y de la salud. Brevemente expresado, el SPIA es un modelo de patogénesis y cambio. Este modelo teórico único, postula que la psicopatología es causada primariamente por memorias de experiencias adversas de vida, que han sido inadecuadamente procesadas y almacenadas desadaptativamente en un estado que tiene una forma específica (lo que significa que la información adquirida en el momento del evento – imágenes (y otros ingresos sensoriales), sonidos, afectos (emociones y sentimientos), y sensaciones físicas – es almacenada en la misma forma en que fue inicialmente experienciada). Estas memorias son almacenadas por asociación y forman redes de memoria que ligan las experiencias del presente con las experiencias del pasado, mismas que pueden ser activadas por estímulos internos y externos actuales, contribuyendo así a la disfunción presente. El SPIA es la piedra angular de la Terapia EMDR, pues interpreta el fenómeno clínico, predice resultados exitosos de tratamiento y guía la práctica clínica.

### **Eventos Traumáticos Recientes**

La Dra. Francine Shapiro (2001; 2018) postula que las *memorias traumáticas antiguas* generalmente pueden ser tratadas concentrándose en una parte del evento traumático, y que tomando como blanco esa parte, generalmente se obtiene como resultado el reprocesamiento total de esa memoria. Esto se debe a que el efecto del reprocesamiento se generaliza a toda la memoria. Después de terremoto de 1989 en el área de la Bahía de San Francisco (Estados Unidos), la Dra. Shapiro encontró que, reprocesar una parte del evento, no tenía efecto en ninguna otra parte del incidente. En algún nivel del procesamiento de la información, la memoria no había tenido suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado. Ella hipotetizó que, aunque la memoria de un evento traumático reciente único (*después de un periodo de seguridad post-trauma*) está consolidada a un cierto nivel (dado que la paciente puede dar una descripción de principio a fin del evento), en un estrato crucial de asociación de la información, los varios aspectos/partes de la memoria no están integrados.

Basada en observaciones clínicas, la Dra. Shapiro estima que el periodo que se requiere para la consolidación es de aproximadamente 2 a 3 meses, sin embargo, no existe investigación definitiva para medir el periodo de tiempo que toma el proceso de consolidación de una memoria, o para determinar las variables individuales que pueden tener influencia en la consolidación. Parece ser que el tiempo para la consolidación de la memoria puede variar considerablemente (Maxfield, 2008). Desde una perspectiva neurobiológica, la consolidación es entendida como la transición de la memoria de corto plazo a largo plazo (Centonze et al., 2005).

La Dra. Shapiro recomienda su Protocolo para Eventos Recientes (2001; 2018) para un trauma único aislado que ha ocurrido dentro de los últimos 2-3 meses – y que después es seguido por un periodo de relativa seguridad y calma-. Sin embargo, en casos de un periodo postcrisis *prolongado* en desastres naturales o provocados por el hombre, con el fin de abordar situaciones en las que existe trauma continuado y por lo tanto, no existe un subsecuente periodo de seguridad, la Dra. Shapiro (2018) recomienda el Protocolo para Incidentes Críticos Recientes y Estrés Traumático Continuado (EMDR-PRECI; Jarero, Artigas & Luber, 2011). El protocolo para un Episodio Traumático Reciente (R-TEP; E. Shapiro & Laub, 2008), también ha sido recomendado por la Dra. Shapiro (2018) para ser empleado en casos de eventos traumáticos prolongados y situaciones de emergencia.

## **Conceptualización de Casos de Trauma Agudo y Estrés Traumático Continuado basada en el Modelo del SPIA**

El impacto de la exposición al trauma es de naturaleza acumulativa (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000). Los efectos acumulados de un trauma anterior pueden ser asociados con respuestas emocionales más severas en el siguiente trauma (Berninger et al., 2010).

Desde 1994, estudios han mostrado que las personas expuestas a eventos estresantes prolongados, repetidos o múltiples, son más propensas a mostrar síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) cuando se les compara con personas que han vivido un solo evento estresante (e.g., Koopman, Classen, & Spiegel, 1994; McFarlane, 1989; Uddo, Allain, & Sutker, 1996). Por lo tanto, el riesgo de TEPT y trastornos comórbidos se incrementa con el número de exposiciones (McFarlane, 2010). Adicionalmente, estresores múltiples (como en el cáncer) pueden exacerbar los síntomas de TEPT debido a lo siguiente: (a) el trauma inicial puede disminuir los recursos de afrontamiento de la persona y (b) la persona puede estar sufriendo TEPT clínico o sub-clínico cuando nuevos estresores aparecen (Freedman, Brandes, Peri, & Shalev, 1999).

Derivado de su extenso trabajo de campo con sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre, Jarero y Artigas han observado que cuando piden a sus pacientes narrar la historia del desastre, ellos describen el evento en una narrativa fluida – sin lapsos de periodos de seguridad/calma - desde poco antes del impacto hasta el momento presente (incluso 6 o más meses posteriores). Para ellos, no existe un día o momento exacto en que el evento original terminara y nuevos eventos estresantes iniciaran. Su narrativa refleja un continuum, frecuentemente sobre los temas de seguridad, responsabilidad y decisiones. Las pacientes viven ese extenso periodo de eventos perturbadores como un evento traumático reciente continuado (Jarero, Artigas & Luber, 2011). Estas observaciones son similares a las de E. Shapiro y Laub (2008) con su Protocolo de Episodio Traumático Reciente (R-TEP), el cual recomienda elegir como blanco el incidente original junto con cualquier experiencia significativa subsecuente hasta el momento presente.

Jarero & Artigas (2016) también han observado el paralelismo en la narrativa de sobrevivientes de catástrofes naturales o provocadas por el hombre, sin periodo de seguridad post-trauma, y pacientes con síntomas de TEPT relacionados a su diagnóstico y/o tratamiento. Morasso (2002) “*considera a las personas con cáncer interconectadas a una*

*serie de crisis que ocurren durante el curso de la enfermedad y/o que involucran cambios en el ecosistema medioambiental que rodea al paciente.” (p.2).*

Para explicar este fenómeno clínico, Jarero y Artigas emplean el marco teórico del modelo del SPIA de la Dra. Francine Shapiro (2001; 2018), en su conceptualización de la naturaleza de los eventos traumáticos continuados que ocurren dentro de un periodo de tres o más meses, durante el cual *no existe una ventana de seguridad post-trauma para la consolidación de la memoria.*

Previamente ellos han argumentado, que desde una perspectiva de redes de memoria (patrones de memorias asociadas), las situaciones de trauma agudo están relacionadas no solo a un marco de tiempo (días, semanas, o meses), sino también a un periodo de seguridad post-trauma (Jarero, Artigas, & Luber, 2011; Jarero & Uribe, 2011, 2012; Jarero et al., 2015a; Jarero et al., 2015b).

Su hipótesis, es que frecuentemente, como resultado de esta falta de seguridad, la consolidación de la memoria traumática es impedida. Esto significa que una parte separada es incapaz de representar a toda la red de memoria, y por esa razón, reprocesar una parte de la memoria no tiene efecto en ninguna otra parte de la red. Por lo tanto, el continuum de eventos estresantes *externos* que forman la red de memorias patogénicas (Centonze et al., 2005) ligadas, con similar información emocional, somática (sensaciones corporales), sensorial (los cinco sentidos), y cognitiva (pensamientos y creencias), no le da a la memoria traumática estado dependiente (van der Kolk & van der Hart, 1991) suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado.

Por ello, la red de memoria permanece en un estado excitatorio permanente como memoria de corto plazo, expandiéndose con cada evento estresante subsecuente a la experiencia adversa original en este continuum; análogo al efecto de ondulación que produce una piedra lanzada a un estanque, creando una red de memoria acumulativa de exposición al trauma (Jarero et al., 2013) que se extiende hasta el momento presente, y que frecuentemente produce preocupaciones *maladaptativas/catastróficas* acerca del futuro o *flash-forward* (Logie & de Jongh, 2014). Es importante mencionar que no son los síntomas internos de TEPT o los trastornos comórbidos los que impiden la consolidación de la memoria, sino los eventos estresantes externos.

### **Algunos Ejemplos de Trauma Histórico con Estresores Traumáticos Continuados sin Periodo de Seguridad Post-Trauma para la Consolidación de la Memoria**

Un ejemplo es el terremoto de Haití del 12 de enero del 2010. Después de los pocos segundos que duró el terremoto de 7.0 grados en la escala de Richter, los sobrevivientes han tenido que soportar por años un continuum de eventos estresantes externos *sin periodo de seguridad post-trauma*: réplicas del terremoto; respuestas de la comunidad como violencia y saqueo; ser atacados, violados o heridos en los refugios; múltiples pérdidas: parientes, amigos, sitio de trabajo, escuelas, iglesias; vivir en campamentos con riesgo crítico ante tormentas e inundaciones; temas médicos; preocupaciones acerca de la comida, el agua y la contaminación del aire; epidemia de cólera 10 meses después, en octubre del 2010, que infectó a 216,000 personas; crisis económica y política; la devastación provocada por el huracán Matthew de categoría 5 en octubre del 2016; y las constantes preocupaciones relacionadas con vivir en un ambiente amenazante.

Otro ejemplo es el caso de una paciente que recibió el diagnóstico de cáncer hace 20 meses. Desde una perspectiva de redes de memoria, este caso se puede conceptualizar como una situación de trauma agudo, pues después de haber escuchado el diagnóstico de cáncer (experiencia adversa original – la piedra que cae al estanque-), *no ha existido un periodo de seguridad post-trauma para la consolidación de la memoria*. En su lugar, la paciente ha vivido un continuum de eventos estresante (el efecto de ondulación) tales como agotadoras investigaciones físicas y tratamientos agresivos, efectos colaterales de los tratamientos, cirugía y mutilación de órganos, disfunciones corporales, y así sucesivamente.

Por lo que, la red de memoria de la paciente ha permanecido en un estado excitatorio permanente como memoria de corto plazo, expandiéndose con cada evento subsecuente en este continuum que se extiende hasta el momento presente – y frecuentemente también al futuro, en la forma de preocupaciones catastróficas- (ej., miedo a que se infecten las heridas y salgan gusanos de ellas; imaginarse recibiendo quimioterapia nuevamente y sufriendo sus efectos secundarios; imaginándose muriendo sola con fuertes dolores). Este tipo de situaciones de estrés traumático continuado requiere un diferente tipo de aproximación con Terapia EMDR a la empleada para eventos *con periodo de seguridad post-trauma*.

### *Observación Clínica*

En un reciente estudio aleatorio controlado (Jarero, Givaudan, & Osorio; in press.) con 65 pacientes femeninas con síntomas de TEPT relacionados al cáncer, las participantes reprocesaron sus memorias patogénicas relacionadas a la enfermedad con similar eficiencia (solo 6 sesiones), eficacia (reducción de síntomas) y sin asociaciones con memorias tempranas (no hubo correlación con experiencias adversas de la niñez), justo como si estuvieran reprocesando un evento reciente, a pesar de que el tiempo desde su diagnóstico variaba de febrero del 2013 a mayo del 2017 (4 años y 3 meses de diferencia). Esta observación clínica es consistente con el estudio piloto conducido por Jarero et al. (2015b) con una población similar y también con nuestra conceptualización teórica. Quizá la afirmación de Rosenblum et al. (2017) pueda explicar parte de este fenómeno clínico “*Debido a que las intervenciones tempranas con Terapia EMDR no profundizan en el pasado, son de típicamente seis o menos sesiones y, sin embargo, proporcionan una reducción de síntomas significativa y duradera.*” (p. 7).

### **Expandiendo los Horizontes de las Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR**

La conceptualización mencionada anteriormente puede servir como hipótesis de trabajo para expandir los horizontes clínicos y de investigación de las intervenciones tempranas con Terapia EMDR individuales y grupales. El marco arbitrario de los primeros tres meses para ser considerada una intervención temprana (que no está basado en evidencia empírica) ahora puede ser extendido para incluir *trauma histórico con estresores traumáticos continuados sin periodo de seguridad post-trauma para la consolidación de la memoria.*

Por lo tanto, en nuestro entendimiento, las intervenciones tempranas con Terapia EMDR pueden ser conceptualizadas, para propósitos de práctica clínica e investigación, como aquellas intervenciones proporcionadas *dentro* del contexto de un continuum de cuidados (progresión escalonada de cuidados en salud mental brindados de una manera cada vez más intensificada) durante los primeros 3 meses después de la experiencia adversa, o posteriormente en caso de situaciones de estrés traumático continuado *sin periodo de seguridad post-trauma para la consolidación de la memoria.*

## **Nuevas Fronteras para la Terapia EMDR en el Siglo XXI**

Rosenblum et al. (2017) propone un concepto más amplio para el trabajo con desastres más allá de la definición tradicional de desastres con “D mayúscula” para incluir eventos de la comunidad con estresores continuados y traumáticos o desastres con “d minúscula”. Ella piensa que *“proporcionando servicios a aquellos afectados por desastres con d minúscula, el campo de la respuesta en desastres puede ampliarse de formas poderosas.”* (p. 206).

Nosotros pensamos que el poder sanador de la Terapia EMDR puede expandirse incluyendo intervenciones individuales y grupales basadas en el modelo del SPIA, especialmente diseñadas para trauma agudo y situaciones de estrés traumático continuado, como el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR Adaptado para Estrés Traumático Continuado (EMDR-IGTP-OTS; Jarero et al., 2015b), el Protocolo de Terapia EMDR para Incidentes Críticos Recientes y Estrés Traumático Continuado (EMDR-PRECI; Jarero, Artigas, & Luber, 2011), el Protocolo para Episodio Traumático Reciente (R-TEP; E. Shapiro & Laub, 2013; Acarturk et al, 2016) y el Protocolo Grupal para Episodio Traumático Reciente (G-TEP; E. Shapiro, 2012; Lehnung et al, 2017; Yurtsever et al, 2017).

Estos protocolos basados en la evidencia científica pueden ser empleados con pacientes que han vivido *el mismo tipo de circunstancias o eventos traumáticos prolongados o en curso*. Esto incluye: *víctimas de violencia constante* (p.ej., abuso sexual, violencia interpersonal severa, violencia criminal); *personal en riesgo* (p.ej., personal de ONG o Instituciones que trabajan con desastres naturales y conflictos violentos, primeros respondientes/personal de servicios de emergencia, militares en activo); *personas viviendo experiencias que cambian la vida con estrés traumático continuado o con estresores extremos* (p.ej., refugiados, personas desplazadas dentro de sus propios países, desastres prolongados, guerra en curso, conflictos violentos prolongados, terrorismo, crisis geopolíticas); *personas con diversas historias de trauma en curso con circunstancias similares en común* (p.ej., enfermedades crónicas o severas; individuos, parejas y familias con situaciones de violencia doméstica en curso que no han sido resueltas y aún son inseguras en cierto grado).

Para proyectos de Investigación y talleres avanzados en Terapia EMDR favor de enviar un email al Dr. Jarero: [nachojarero@yahoo.com](mailto:nachojarero@yahoo.com)

## Referencias.

Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, Senay I, Sijbrandij M, Gulen B and Cuijpers P (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. © Cambridge University Press doi:10.1017/S0033291716001070.

Berninger, A., Webber, M. P., Cohen, H. W., Gustave, J., Lee, R., Niles, J. K., . . . Kelly, K. (2010). Trends of elevated PTSD risk in firefighters exposed to the World Trade Center disaster: 2001–2005. *Public Health Reports*, 125, 556–566. doi:10.1177/003335491012500411

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766. doi:10.1037//0022-006X.68.5.748.

Centonze, D., Siracusane, A., Calabresi, P., and Bernardi, G. (2005). Removing pathogenic memories. *Mol. Neurobiol.* 32, 123–132. doi: 10.1385/MN:32:2:123

Freedman, S. A., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174, 353–359.

Jarero, I., & Artigas, L. (2016). EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Adolescents and Adults Living with Ongoing Traumatic Stress. In M. Luber (Ed.). *EMDR Therapy Treating Trauma and Stress Related Conditions: scripted protocols, and summary sheets* (pp. 169-180). New York, NY: Springer.

Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94.

Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(4), 156–165.

Jarero, I., & Uribe, S. (2012). The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up Report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 50-61.

Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M., Miranda, A. (2013). EMDR Individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with first responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55-64.

Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L., Givaudan, M. (2015a). EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: A Randomized Controlled Trial in a Technological Disaster Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 166-173.



Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., García, L.E., Cavazos, M.A., Givaudan, M. (2015b). Pilot research study on the provision of the eye movement desensitization and reprocessing integrative group treatment protocol with female cancer patients. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(2), 98-105.

Jarero, I; Givaudan, M; Osorio, A. (submitted for publication). Randomized Controlled Trial on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Ongoing Traumatic Stress to Female Patients with Cancer-Related Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of EMDR Practice and Research*.

Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888–894.

Lehnung, M., Shapiro, E., Schreiber & Hofmann, A. (2017). *Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol (EMDR G-TEP) with Refugees: A Field Study*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(3).

Logie, R., & de Jongh, A. (2014). The flashforward procedure: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25–32.

Maxfield, L. (2008). *EMDR treatment of recent events and community disasters*. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 74–78.

McFarlane, A. C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221–228.

McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9, 3–10.

Morasso, G. (2002). Nuove prospettive in psico-oncologia [New perspectives in psycho-oncology]. In *Formazione, psicologia, psicoterapia, psichiatria* (p. 2). Rome, Italy: Grin SRL.

Rosenblum, R., Dockstader, D., Martin, S. (2017). EMDR, community psychology and innovative applications of a trauma recovery network as a toll of social change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(4), 206-216.

Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241–251.

Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention(EEI): A summary, a theoretical model, and the recent traumatic episode protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79–96.

Shapiro E, Laub B (2013). The Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP): an integrative protocol for early EMDR intervention (EEI). In *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters: Models, Scripted Protocols, and Summary Sheets* (ed. M. Luber), pp. 193–207. Springer: New York.

Shapiro, F. (2001). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Shapiro, F. (2018). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (Third edition). Guilford Press.

Uddo, M., Allain, A. N., & Sutker, P. B. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder: A conceptual overview. In T. W. Miller (Ed.), *Theory and assessment of stressful life events*. Madison, CT: International Universities Press.

van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48(4), 425–454.

Yurtsever A, Konuk E, Akyüz T, Tükel F, Zat Z & Çetinkaya M (2017). An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees with Post Traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. *Manuscript submitted for publication*.

Octubre 29, 2018