

Nuevas Fronteras para la Terapia EMDR en el Siglo XXI

Ignacio Jarero & Lucina Artigas

La Dra. Francine Shapiro (2001), postula que las *memorias antiguas* generalmente pueden ser tratadas concentrándose en una parte del evento, y que empleando como blanco esa parte, generalmente se obtiene como resultado el reprocesamiento de toda la memoria, ya que el efecto del reprocesamiento se llega a generalizar a toda esa memoria. Por otra parte, ella plantea la hipótesis de que, aunque la memoria de un evento traumático *único y reciente* (*dentro de los primeros tres meses y con un periodo de seguridad post-trauma*) está consolidada en un cierto nivel, dado que el paciente puede dar una descripción cronológica de la experiencia; en un estrato crucial de asociación de la información, los varios aspectos/partes de la memoria están fragmentados y no están ligados integralmente.

En su Protocolo para Eventos Traumáticos Recientes (2001; 2017), ella conceptualiza que los *eventos traumáticos recientes* de aproximadamente tres meses de duración no se han consolidado completamente como un evento único. Por lo tanto, es necesario considerar como blanco cada aspecto del evento traumático por separado. De ahí que, cada fragmento es considerado como un blanco separado al que se le aplican todos los pasos del procedimiento estándar hasta lograr su resolución. Con base en observaciones clínicas, la Dra. Shapiro estimaba que el periodo que se requiere para la consolidación de la memoria es de aproximadamente 2 a 3 meses. Ella ahora piensa que el periodo puede prolongarse si las personas están expuestas de manera continua al peligro y las amenaza (Jarero, Artigas, & Luber, 2011).

No ha habido investigación definitiva para medir el proceso de consolidación de la memoria, o para determinar las variables individuales que puedan influir en la consolidación. Parecería ser que el tiempo de consolidación de la memoria puede variar considerablemente. (Maxfield, 2008).

Desde 1994, estudios han demostrado que individuos expuestos a eventos estresantes prolongados, repetidos o múltiples; son más propensos a presentar síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) comparados con individuos que vivieron un solo evento estresante (e.g., Koopman, Classen, & Spiegel, 1994; McFarlane, 1989; Uddo, Allain, & Sutker, 1996). De ahí que, el riesgo de TEPT y trastornos asociados aumentará con el número de exposiciones (McFarlane, 2010).

Adicionalmente, estresores múltiples (como el caso del cáncer), pueden agravar las reacciones de TEPT debido a lo siguiente: a) El trauma inicial puede disminuir los recursos de afrontamiento de la persona para enfrentar los estresores subsecuentes y b) la persona puede estar sufriendo de TEPT clínico o sub-clínico cuando nuevos estresores aparecen (Freedman, Brandes, Peri, & Shalev, 1999).

Conceptualización Teórica del Trauma Agudo y del Estrés Traumático Continuado desde el modelo del SPIA.

Durante sus muchos años de trabajo de campo con sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre, Jarero & Artigas han observado que cuando les piden a los pacientes que narren la historia del desastre, ellos y ellas describen el evento en una narrativa continua -sin lapsos de periodos de seguridad post-trauma- desde poco antes del impacto hasta el momento presente (incluso después de 6 o más meses). Para ellos y ellas no ha existido un día o un momento exacto en el que la memoria del evento original terminara y nuevos eventos estresantes iniciaran. La narrativa se comporta como un continuum

frecuentemente incluyendo los temas de seguridad, responsabilidad y elecciones (Jarero, Artigas & Luber, 2011). Jarero & Artigas (2016), también observaron un paralelo en las narrativas entre los sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre sin periodo de seguridad post-trauma y las y los pacientes con cáncer. 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 ambiental que rodea al paciente” (p.2).

Para explicar este fenómeno clínico, Jarero y Artigas emplean el modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA) de la Dra. Shapiro (2001; 2017), que postula que las redes de memoria son la base de la patología y de la salud, en su conceptualización de la naturaleza de los eventos traumáticos continuados que ocurren a lo largo de un periodo extendido de tiempo en el cual no existe una ventana de seguridad post-trauma para la consolidación de la memoria traumática. Previamente ellos han argumentado que, desde una perspectiva de redes de memoria, las situaciones de trauma agudo no solo están relacionadas 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, con frecuencia, como resultado de la continua falta de seguridad, la consolidación de la red de memoria traumática queda detenida en el tiempo (lo que significa que un solo aspecto/parte es incapaz de representar a toda la red de memoria; por esta razón, reprocesar un solo aspecto/parte de la memoria, no tiene efecto en ninguna otra parte de la red). Por lo tanto, el continuo de eventos estresantes que forma una red de memorias asociadas/ligadas con información emocional, somática (sensaciones corporales), sensorial (los cinco sentidos) y cognitiva (pensamientos y

creencias) similar, no da a la memoria traumática estado-dependiente (van der Kolk & van der Hart, 1991) suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado.

Por lo que, la red de memoria permanece en un estado de permanente excitación, expandiéndose con cada evento estresante subsecuente a la experiencia adversa original en ese continuum; análogo al efecto de la onda de expansión que se produce al arrojar una piedra en el centro de un estanque de agua, creando una red de memorias traumáticas acumuladas (Jarero et al. 2013).

Ejemplos de trabajo de campo de situaciones de Estrés Traumático Continuado sin periodo de seguridad post-trauma.

Nosotros pensamos que el caso de una paciente que recibió el diagnóstico de cáncer hace 20 meses, puede ser conceptualizado -desde la perspectiva de redes de memoria- como una situación de trauma agudo, porque después de escuchar el diagnóstico de cáncer (experiencia adversa original -la piedra que cae en el centro del estanque-), no ha existido un periodo de seguridad post-trauma. En vez de eso, la paciente ha vivido un continuum de eventos estresantes (onda de expansión), tales como exploraciones físicamente agotadoras y tratamientos agresivos, efectos secundarios del tratamiento, cirugía y mutilación de órganos, disfunciones corporales, etcétera. Por lo que, la red de memoria de la paciente se ha mantenido en un estado de permanente excitación, expandiéndose con cada evento estresante subsecuente en este continuum que se extiende hasta el momento presente y frecuentemente se extiende hacia el futuro en la forma de preocupaciones maladaptativas/catastróficas o *flash-forwards* (Logie & de Jongh, 2014).

Otro ejemplo podría ser el terremoto de Haití del 12 de enero del 2010. Después de los pocos segundos que duró el terremoto de 7.0 grados, los sobrevivientes han tenido que soportar años en un continuum de eventos estresantes sin periodo de seguridad post-trauma:

réplicas del terremoto; violencia y saqueos de la comunidad; múltiples pérdidas: parientes, amigos, sitios de trabajo, escuelas, iglesias; vivir en campamentos en riesgo crítico de tormentas e inundaciones; temas médicos; preocupaciones acerca de la comida, el agua, y la contaminación del aire; brote de cólera en octubre del 2010 que infectó a 216,000 personas; crisis política y económica; devastación de huracán Mathew de categoría 5 en octubre del 2016; preocupación constante por vivir en un ambiente amenazador. Este tipo de situaciones de estrés traumático continuado requiere una aproximación diferente de tratamiento con terapia EMDR diferente a la empleada para eventos con periodo de seguridad post-trauma.

Expandiendo los Horizontes de las Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR

En nuestra opinión, la conceptualización teórica arriba mencionada, puede expandir los horizontes de las intervenciones tempranas con Terapia EMDR individuales y grupales, ya que el marco de tiempo tradicional de 1 a 3 meses para intervenciones tempranas puede extenderse en situaciones de estrés traumático continuado sin periodo de seguridad post-trauma para la consolidación de la memoria. Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, las intervenciones tempranas con terapia EMDR, pueden ser conceptualizadas, como aquellas intervenciones proporcionadas dentro del contexto de un continuum de cuidados durante los primeros 3 meses después del evento adverso, o más tarde, 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

Nosotros pensamos que el poder sanador de la terapia EMDR puede alcanzar a más poblaciones empleando el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR Adaptado para Estrés Traumático Continuado (EMDR-IGTP-ETC; Jarero et al., 2015b) y el Protocolo de Terapia EMDR para Incidentes Críticos Recientes y Estrés Traumático Continuado (EMDR-

PRECI; (Jarero, Artigas, & Luber, 2011), pues ambos están diseñados y son recomendados para pacientes que han vivido *el mismo tipo de eventos traumáticos prolongados o en curso* (por ejemplo, abuso sexual o violencia interpersonal severa); *personal en riesgo* (personal de ONG's o Instituciones que trabajan en desastres naturales y conflictos violentos, primeros respondientes/ personal del servicio de emergencia, militares en activo); *experiencias que cambian la vida con estrés traumático continuado o estresores extremos* (refugiados, personas desplazadas dentro de su propio país, desastres, conflictos violentos prolongados, terrorismo); *diversas historias de trauma con circunstancias en común* (enfermedades crónicas o prolongadas, personas, parejas o familias que viven en condiciones de violencia doméstica continua que no han sido resueltas y aún son inseguras en cierto grado); *o si el evento primario sucedió hace meses, pero los procedimientos estándar no lo han resuelto* (Dra. Francine Shapiro, comunicación personal, enero 11,2016).

Referencias

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.

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.

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.

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

Shapiro, F. (2017). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (Third edition). Mentor Books.

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

Actualizado al 4 de diciembre del 2017.