

# Trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático en pacientes quemados: consecuencias durante la hospitalización y potencial terapéutico desde el Modelo EMDR

## *Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Burn Patients: In-Hospital Consequences and Therapeutic Potential of the EMDR Therapy*

Autores: **Prof. Dr. Adrian E. Cillo (UDI de Madrid) Psiquiatra, entrenador EMDR;**  
**Lic. Gonçalves Mendina, Magela; Lic. Albar Diaz, Marcela; Lic. Alonso, Mariana;**  
**Prof. Lic. Cillo, Paula N.**

EMDR IBEROAMERICA ARGENTINA

Correspondencia: [cilloadrian@gmail.com](mailto:cilloadrian@gmail.com)

### 1. Resumen

Las quemaduras graves constituyen una de las lesiones más devastadoras y complejas en medicina, no sólo por el daño físico sino también por el profundo impacto psicológico que son capaces de generar. La experiencia de sufrir una quemadura de gran extensión (TBSA > 20-30 %) conlleva un riesgo elevado de desarrollar reacciones de **trauma agudo (TEA)** y, en un número significativo de casos, un **trastorno de estrés postraumático (TEPT)** según los criterios del **Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)**. La vivencia de dolor extremo, procedimientos repetidos y amenaza vital, sumada a la alteración de la imagen corporal y la pérdida funcional, genera un escenario propicio para el desarrollo de secuelas emocionales que pueden volverse persistentes.

Estudios recientes indican que entre el 30 % y el 45 % de los pacientes con quemaduras graves desarrollan TEPT en el primer año post-lesión, con una prevalencia aún mayor de síntomas subumbrales y comorbilidades como depresión, ansiedad y dolor crónico (Khan et al., 2025; Lodha et al., 2020). Durante la hospitalización, estos síntomas interfieren con el tratamiento, prolongando la estancia y dificultando la rehabilitación. En este contexto, **las intervenciones psicoterapéuticas tempranas son fundamentales.**

La terapia de **Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)**, recomendada por la OMS y la International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) como tratamiento de primera línea para el TEPT, entre otras guías internacionales, ofrece un abordaje breve y focalizado que podría ser especialmente útil en pacientes hospitalizados con quemaduras. Aunque la evidencia directa en esta población es escasa, la eficacia del EMDR en TEPT de otras etiologías y su adaptabilidad al entorno hospitalario lo convierten en una opción prometedora.

Este artículo revisa la literatura actual sobre trauma agudo y TEPT en pacientes quemados, analiza las consecuencias durante la hospitalización y propone un modelo de aplicación adaptada de EMDR en esta población, identificando áreas prioritarias para la investigación clínica futura.

**Palabras claves:** quemaduras graves; trauma agudo; trastorno de estrés postraumático; EMDR; protocolo de eventos recientes; EMD; hospitalización; tasa de abandono terapéutico.

### Abstract

Severe burn injuries are among the most devastating and complex medical conditions, not only because of the extensive physical damage but also due to their profound psychological impact. Experiencing a large total body surface area burn (TBSA > 20–30%) carries a high risk of developing acute stress disorder (ASD) and, in a significant number of cases, post traumatic stress disorder (PTSD) as defined by the DSM 5. Extreme pain, repeated invasive procedures, and perceived threat to life, combined with body image alteration and functional loss, create a context prone to the development of persistent emotional sequelae.

Recent studies indicate that between **30% and 45%** of patients with severe burns develop PTSD within the first year after injury, with even higher rates of subthreshold symptoms and comorbidities such as depression, anxiety, and chronic pain (Khan et al., 2025; Lodha et al., 2020). During hospitalization, these manifestations interfere with treatment adherence, prolong length of stay, and hinder rehabilitation. In this context, **early psy-**

chotherapeutic interventions are essential.

**Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)** therapy, recommended by the WHO and ISTSS as a first line treatment for PTSD, has shown comparable or superior efficacy to other trauma focused therapies, with the advantage of **lower dropout rates** (~18%) compared to Prolonged Exposure or TF CBT (~27%) (Lewis et al., 2020). Among its adaptations, the **Recent Traumatic Episode Protocol (R TEP)** stands out for being brief, focused, and adaptable to the physical and emotional limitations of hospitalized burn patients. This protocol allows early intervention to prevent the dysfunctional consolidation of traumatic memories.

This article reviews the current literature on acute trauma and PTSD in burn patients, analyzes their consequences during hospitalization, and proposes an early intervention model based on R TEP, highlighting its clinical advantages and the need for controlled trials to validate its specific application in this population.

**Keywords:** severe burns; acute trauma; post traumatic stress disorder; EMDR; recent traumatic episode protocol; EMD; hospitalization; treatment dropout rate.

## 2. Introducción

Las quemaduras graves representan una de las lesiones más traumáticas tanto desde el punto de vista físico como psicológico. A nivel mundial, se estima que más de 11 millones de personas sufren quemaduras anualmente, siendo responsables de alrededor de 180.000 muertes cada año (World Health Organization [WHO], 2023).

Sin embargo, los avances en cuidados intensivos, exploración, diagnóstico e intervenciones, injertos cutáneos y rehabilitación han reducido notablemente la mortalidad de pacientes quemados. Esto ha puesto en primer plano la importancia de las **secuelas emocionales y neuropsicológicas** en los sobrevivientes, así como las dificultades de reinserción luego de prolongadas internaciones a los sistemas en los que la persona se encontraba inserto antes del evento. El daño térmico severo implica, en la mayoría de los casos, una **experiencia traumática aguda** caracterizada por amenaza a la vida, dolor extremo, procedimientos invasivos, duelos, cambios en la funcionalidad y en la imagen corporal.

Diversos estudios han documentado que la incidencia de **síndrome de estrés agudo** en los primeros días tras la quemadura oscila entre el 20 % y el 90 %, dependiendo de la extensión de la lesión y de factores de vulnerabilidad previos (Lodha et al., 2020). Aunque una parte de estos casos presenta resolución espontánea, un porcentaje significativo evoluciona hacia TEPT crónico, con prevalencias estimadas del 30-45 % al año de la lesión (Khan et al., 2025). Los pacientes con antecedentes psiquiátricos y aquellos con mayor porcentaje de superficie corporal quemada (TBSA) presentan mayor riesgo (Panayi et al., 2024).

Según el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM 5; American Psychiatric Association, 2013)**, la exposición directa a un evento que amenaza la vida cumple el Criterio A para el diagnóstico de **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**.

El paciente quemado se encuentra dentro del grupo de alto riesgo para desarrollar este trastorno.

El TEPT en el paciente quemado no sólo es un problema de salud mental: **impacta directamente en la evolución clínica**. La presencia de fenómenos de reexperimentación, como los flashbacks, hipervigilancia, insomnio y evitación tiene impacto en los tratamientos, interfiere con la fisioterapia y la rehabilitación funcional, y puede prolongar la estancia hospitalaria (Zabihi et al., 2024). Además, existe una interacción bidireccional entre dolor crónico, depresión y TEPT que intensifica el sufrimiento y dificulta la recuperación (Summer et al., 2007; Panayi et al., 2024).

Las guías clínicas actuales para el tratamiento del TEPT recomiendan intervenciones psicoterapéuticas específicas, destacando la **terapia cognitivo-conductual focalizada en trauma (TF CBT) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)** como tratamientos de primera línea (ISTSS, 2023; WHO, 2023). EMDR, desarrollado inicialmente por Shapiro (1989), ha mostrado eficacia comparable a la TF CBT en múltiples ensayos controlados aleatorizados, con la ventaja de requerir menor verbalización del evento traumático, lo que puede ser particularmente útil en pacientes hospitalizados con dolor o limitaciones para hablar (Matthijssen et al., 2020).

A pesar de la evidencia robusta sobre EMDR en TEPT de diversas etiologías, **existe un vacío en la literatura sobre su aplicación sistemática en pacientes con quemaduras graves**. Sólo se han reportado casos clínicos aislados en los que intervenciones EMDR tempranas han contribuido a una reducción significativa de síntomas de re-experimentación y ansiedad (Rosenberg, 1992).

Cabe agregar, pacientes que llegan tardíamente a la consulta clínica con síntomas de TEPT después de eventos traumáticos por quemaduras graves, lesiones, secuelas emocionales y físicas que a través del abordaje con terapia EMDR logran reprocesar su experien-

cia, sus memorias disfuncionalmente almacenadas, incluso después de muchos años de padecimiento y comorbilidad con otros trastornos. Pero esta falta de investigación sistematizada justifica la exploración de protocolos adaptados a la unidad de quemados, que permitan intervenir en fases tempranas y prevenir la transformación de TEA en un TEPT y la cronificación del trauma.

En este artículo revisaremos el concepto de trauma agudo y TEPT en el contexto de quemaduras, exploraremos las consecuencias psicológicas durante la hospitalización y propondremos un modelo de intervención adaptada con EMDR, con base en la evidencia disponible y en recomendaciones clínicas internacionales.

### 3. Trauma agudo y TEPT en pacientes con quemaduras

#### 3.1 Trauma agudo en la fase inicial

La **experiencia de una quemadura grave** constituye un evento potencialmente traumático que involucra múltiples factores estresores simultáneos:

1. **Amenaza de vida:** riesgo real de muerte en el momento del evento.
2. **Dolor intenso y sostenido:** reconocido como uno de los más severos que puede experimentar un ser humano (Summer et al., 2007).
3. **Procedimientos invasivos repetidos:** curaciones, injertos, desbridamientos, punciones, rotaciones posturales etc.
4. **Pérdida funcional y cambio de imagen:** inmovilidad terapéutica o restricción del movimiento, alteraciones visibles en la imagen corporal.
5. **Separación de seres queridos y aislamiento hospitalario:** particularmente en unidades de cuidados críticos
6. **Riesgos de infecciones intrahospitalarias:** por internación

En términos psicotraumatológicos, estas experiencias cumplen con el **Criterio A del DSM 5** para trauma: exposición directa a amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual (American Psychiatric A-

ssociation, 2013).

Durante la hospitalización inicial, entre un 20 % y un 90 % de los pacientes presentan **Trastorno de estrés agudo (TEA)**, caracterizado por reexperimentación, evitación, hipervigilancia y a veces síntomas disociativos (Lodha et al., 2020). La variabilidad en las cifras depende del momento de evaluación, la extensión de la quemadura y factores como la historia del individuo, trastornos previos, rasgos de personalidad, redes de memorias adaptativas y redes externas de apoyo.

#### 3.2 Evolución hacia el TEPT

Cuando los síntomas del TEA persisten más allá del primer mes, se considera el diagnóstico de **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**. El DSM 5 define el TEPT en cuatro grupos sintomáticos:

- **Reexperimentación:** flashbacks, sueños angustiosos, reacciones fisiológicas ante estímulos asociados.
- **Evitación:** de recuerdos, lugares o personas relacionadas con el trauma.
- **Alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo:** culpa excesiva, angustia extrema, ansiedad, desesperanza, anhedonia.
- **Alteraciones de la activación y reactividad:** hipervigilancia, sobresaltos exagerados, irritabilidad, insomnio.

En el paciente quemado, la reexperimentación puede ser desencadenada por olores, sonidos (equipos médicos), sensaciones térmicas o procedimientos rutinarios.

La prevalencia de TEPT tras una quemadura grave oscila entre **30 % y 45 % al año de la lesión** (Khan et al., 2025; Panayi et al., 2024). Además, muchos pacientes presentan síntomas sub-umbrales clínicamente significativos que no cumplen todos los criterios diagnósticos, sin embargo, afectan su funcionalidad y recuperación.

#### 3.3 Factores de riesgo específicos en grandes quemados

Los estudios han identificado factores que incrementan la probabilidad de desarrollar TEPT en esta población:

| Factor                                               | Evidencia                                                                                                |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Extensión de la quemadura (TBSA) &gt; 20-30 %</b> | Asociada con mayor dolor, mayor tiempo de hospitalización y mayor riesgo de TEPT (Panayi et al., 2024).  |
| <b>Dolor agudo y crónico mal controlado</b>          | El dolor intenso potencia la consolidación de memorias traumáticas (Summer et al., 2007).                |
| <b>Sexo femenino</b>                                 | Mayor prevalencia en mujeres, probablemente por factores hormonales y psicosociales (Khan et al., 2025). |
| <b>Antecedentes psiquiátricos</b>                    | Historia previa de depresión, ansiedad o trauma infantil aumenta el riesgo (Lodha et al., 2020).         |
| <b>Débil red de apoyo</b>                            | Menor capacidad de afrontamiento y regulación emocional.                                                 |

### 3.4 Impacto clínico del TEPT en el paciente quemado

El TEPT en el contexto de grandes quemaduras tiene consecuencias que trascienden el malestar psicológico:

- **Recuperación funcional más lenta:** menor participación en fisioterapia y rehabilitación.
- **Estancia hospitalaria prolongada:** asociada a más complicaciones, morbi mortalidad y mayor costo del sistema de salud.
- **Comorbilidad con depresión y ansiedad.**
- **Dolor crónico:** retroalimenta los síntomas de TEPT y empeora el pronóstico.

El abordaje temprano del trauma psicológico en estos pacientes es fundamental para optimizar la recuperación integral y reducir la cronificación de síntomas.

## 4. Consecuencias psicológicas durante la hospitalización del gran quemado

La internación del paciente con quemaduras graves es una experiencia que combina **estrés físico extremo**, aislamiento social y procedimientos invasivos repetidos, en un entorno percibido muchas veces como hostil. Esta etapa crítica es un momento clave en la génesis y el mantenimiento de las secuelas psicológicas.

### 4.1 Dolor como modulador del trauma

El dolor en el gran quemado es constante, intenso y recurrente. Estudios como el de Summer et al. (2007) y Panayi et al. (2024) muestran que el dolor no sólo es un síntoma físico, sino un **potente factor en la consolidación de memorias traumáticas**.

- **Dolor agudo mal controlado** → incrementa la actividad de la amígdala, facilitando la codificación emocional intensa.
- **Dolor crónico** → refuerza la reactivación de memorias traumáticas y mantiene hiperactivación fisiológica.
- **La exposición repetida a procedimientos dolorosos** (curaciones, injertos) pueden actuar como eventos retraumatizantes.

### 4.2 Re-experimentación y evitación en el hospital

Durante la internación, el paciente puede revivir el trauma inicial mediante:

- **Flashbacks y recuerdos intrusivos** provocados por disparadores ambientales o espontáneamente.
- **Evitación** de procedimientos o del contacto con el personal de salud por asociación con el trauma.
- **Reacciones de sobresalto** ante disparadores o durante los fenómenos de reexperimentación.

Estos síntomas pueden dificultar y demorar los tratamientos, retrasando la curación y la recuperación funcional.

### 4.3 Alteraciones del sueño y disociación

El insomnio en el gran quemado es multifactorial:

dolor nocturno, ansiedad anticipatoria a las curaciones, intrusiones traumáticas, hiperarousal, ruidos, luz de la unidad e interrupciones para controles. La comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión también son un factor importante en el insomnio. La falta de sueño agrava la irritabilidad, la labilidad emocional, la capacidad de afrontamiento y aumenta las posibilidades de que se produzcan bloqueos en el sistema de procesamiento de la información a estados adaptativos.

En algunos casos, los pacientes presentan síntomas disociativos peritraumático (desrealización, despersonalización) como mecanismo de defensa frente a la intensidad del dolor y el miedo. La disociación persistente dificulta la integración del recuerdo traumático y son un indicador de mal pronóstico.

### 4.4 Depresión y desesperanza

Las internaciones prolongadas —que suelen extenderse semanas o meses— se asocian con pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre la recuperación funcional y alteraciones en la imagen corporal. Estos factores contribuyen al desarrollo de trastornos depresivos que coexisten con el TEPT en un porcentaje elevado de pacientes (Khan et al., 2025). Se encontró que aproximadamente el **44,5 %** de los pacientes con TEPT presentaban depresión al primer mes, una proporción que se mantuvo similar (43,2 %) al cuarto mes después del evento traumático. (Shalev et al. 1998).

### 4.5 Impacto sobre la rehabilitación y pronóstico

Las secuelas psicológicas durante la hospitalización afectan directamente la evolución clínica:

- **Menor participación** en fisioterapia y rehabilitación motora.
- **Mayor probabilidad de complicaciones** por inmovilización o retraso en el inicio de la deambulación.
- **Aumento de la estancia hospitalaria**, complicaciones, aumento de la morbi mortalidad y de los costos.
- **Peor calidad de vida post-alta**, con dificultades para reintegrarse laboral y socialmente.

### 4.6 Importancia del abordaje psicológico temprano en pacientes con quemaduras graves

#### ¿Por qué intervenir de forma temprana?

Las quemaduras graves constituyen experiencias profundamente perturbadoras que afectan más allá del daño físico evidente, implican dolor intenso, situaciones que amenazan la vida, tratamientos prolongados, hospitalizaciones frecuentes y cambios visibles en la apariencia corporal. Estos elementos, tomados en conjunto, pueden generar un alto nivel de sufrimiento psicológico, dando lugar a reacciones emo-

cionales intensas y, en muchos casos, a la vivencia de un trauma.

La literatura subraya que la intervención psicológica temprana -idealmente en la primera semana- puede reducir la intensidad de los síntomas de estrés agudo y prevenir la progresión hacia TEPT (Zabihi et al., 2024; Lodha et al., 2020). Un manejo adecuado del dolor, junto con la detección precoz de síntomas traumáticos, es esencial para optimizar el pronóstico funcional y emocional.

En este sentido, el abordaje psicológico temprano adquiere un valor clínico central, con un doble objetivo:

**1. Prevenir la consolidación de memorias traumáticas disfuncionales** y, por ende, la cronicidad del sufrimiento psicológico.

**2. Favorecer una recuperación emocional adaptativa** que acompañe y complemente el proceso de tratamiento físico y rehabilitación funcional.

Tal como lo señala Shapiro (2018), *“el abordaje precoz con EMDR puede evitar que el trauma se cristalice como un núcleo de sufrimiento crónico”*. Este enfoque ha mostrado beneficios tanto en la reducción de síntomas de estrés agudo como en la prevención del desarrollo de TEPT, especialmente en contextos de trauma médico o accidentes con amenaza vital, como es el caso de pacientes con quemaduras graves. De esta forma la intervención en fase aguda permite no sólo contener el malestar inmediato, sino también **facilitar una elaboración temprana de la experiencia traumática**, disminuyendo la carga emocional asociada y restaurando el equilibrio del sistema psicoemocional.

El abordaje temprano del trauma psicológico en personas con quemaduras graves no debe considerarse un complemento optativo, sino una **intervención esencial dentro del modelo de atención integral**, siendo **parte del abordaje interdisciplinario en unidades de quemados**, con evaluación sistemática del estado emocional, provisión de psicoeducación, apoyo vincular y, cuando corresponda, aplicación de terapias basadas en evidencia como EMDR.

El sufrimiento emocional, cuando es acompañado oportunamente, puede transformarse en un factor de resiliencia, favoreciendo la recuperación global del paciente y su entorno.

**4.7 Intervención familiar y vincular en el contexto del trauma por quemaduras graves: una perspectiva integradora**

Si bien el foco inicial del tratamiento suele estar centrado en el paciente, **el impacto del evento trasciende lo individual y se inscribe inevitablemente en el sistema familiar**. Las familias atraviesan simultáneamente estados de angustia, in-

certidumbre y temor, que pueden interferir tanto en el sostén emocional que ofrecen como en la percepción del proceso de recuperación del propio paciente. El trauma de un paciente con quemaduras suele vivirse como un evento disruptivo también para su entorno. Las familias presentan diversas reacciones psicológicas, que incluyen **culpa, ansiedad, evitación emocional, hiperresponsabilidad y conductas de sobreprotección**. Esta resonancia emocional, si no es abordada, puede impactar negativamente en la vinculación con el paciente, en especial en situaciones donde el daño corporal es visible y produce desregulación afectiva.

Además, las familias no sólo reaccionan al accidente, sino también a los cambios corporales y funcionales del paciente, lo cual puede activar narrativas traumáticas previas no elaboradas. En este sentido, el evento actual actúa como **trauma relacional secundario** (Korn, 2009), especialmente cuando no existen recursos vinculares o narrativos para elaborar lo acontecido.

**4.7.1 Funciones de la intervención familiar**

Las intervenciones tempranas con la familia tienen como objetivo central **sostener el entramado vincular que rodea al paciente**, promoviendo un contexto de seguridad emocional, reconocimiento y validación afectiva. A su vez, facilitan el procesamiento emocional compartido del evento, evitando la instalación de silencios o mandatos de fortaleza que promuevan la disociación relacional.

Entre los **objetivos clínicos más relevantes** se encuentran:

**1. Contener emocionalmente a la familia**, brindando espacio para expresar su experiencia y sus temores sin juicios.

**2. Psicoeducar sobre la reacción traumática** y su posible evolución en el paciente y en los propios familiares.

**3. Acompañar el reencuentro emocional** con el cuerpo del paciente, especialmente en casos de desfiguración, dolor persistente o cambios funcionales importantes.

**4. Detectar señales de disfunción familiar o retraumatización** (por ejemplo, evitación del paciente, discursos de culpa, rechazo a los procedimientos, etc.).

**5. Fortalecer las funciones protectoras del sistema vincular**, promoviendo respuestas empáticas, flexibilidad adaptativa y la construcción de una narrativa compartida del evento.

Uno de los momentos más sensibles es el **primer contacto familiar con el cuerpo del paciente tras una intervención quirúrgica o tratamiento intensivo**, especialmente en niños. La

carga emocional de este encuentro requiere de un acompañamiento profesional, que permita sostener la mirada, el tacto y la validación del paciente sin evitación ni hiperreactividad.

### 5. Intervenciones para prevenir o tratar el TEPT en el paciente quemado

El manejo del trauma psicológico en pacientes con quemaduras graves requiere intervenciones **basadas en la evidencia**, adaptadas a las limitaciones físicas, cognitivas y emocionales propias del entorno hospitalario.

El objetivo es **prevenir que los pacientes con TEA pasen a TEPT, la cronificación del trauma**. Promover la activación de redes adaptativas de memorias previas de la vida del paciente, la instalación de recursos de afrontamiento, así como la integración de la experiencia actual, facilitando mayor adherencia a las intervenciones y tratamientos que el paciente requiere para su recuperación.

#### 5.1 Terapias cognitivo-conductuales focalizadas en trauma (TF CBT)

La **Terapia Cognitivo-Conductual focalizada en trauma** es una de las intervenciones más estudiadas en TEPT, incluyendo pacientes con lesiones físicas severas.

- **Componentes centrales:** psicoeducación, exposición gradual a recuerdos traumáticos, reestructuración cognitiva, técnicas de manejo de ansiedad.
- **Evidencia:** revisiones sistemáticas (Forbes et al., 2020; Lewis et al., 2019) demuestran reducción significativa de síntomas de TEPT en diversas poblaciones.
- **En pacientes quemados:** aunque los estudios son limitados, la TF CBT ha mostrado eficacia para disminuir intrusiones traumáticas, ansiedad y depresión post-lesión (Baur et al., 2018).

#### Limitaciones de la TF CBT en gran quemado:

- Requiere narrativa detallada del trauma, lo que puede resultar difícil o angustiante en fases tempranas.
- La intensidad emocional puede aumentar el dolor percibido durante las sesiones.
- El tiempo de intervención puede exceder la duración de la internación.

#### 5.2 Exposición Prolongada (PE)

La **Exposición Prolongada** es una intervención cognitivo conductual de primera línea para el TEPT, desarrollada por Edna Foa, que se basa en la exposición repetida y controlada a los recuerdos y estímulos asociados al trauma para reducir la evitación y la reactividad emocional (Foa et al., 2007).

- **Componentes centrales:** psicoeducación sobre el TEPT, entrenamiento en respiración, exposición en imaginación (revivir el trauma en presente dentro

de un contexto seguro), exposición en vivo a situaciones evitadas, y procesamiento emocional posterior (Foa et al., 2019).

- **Evidencia:** metaanálisis y guías clínicas internacionales confirman su eficacia en TEPT de diversas etiologías, con tamaños de efecto grandes ( $d \approx 1.0$ ) (Watts et al., 2013; Cusack et al., 2016; American Psychiatric Association [APA], 2020; International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS], 2023).
- **En pacientes quemados:** la evidencia directa es escasa; algunos estudios en trauma médico agudo sugieren que puede ser útil para reducir síntomas postraumáticos, aunque su aplicación en unidades de quemados no está ampliamente estudiada (Baur et al., 2018).

#### Limitaciones de la PE en gran quemado:

- Requiere una narrativa extensa y repetida del trauma, lo que puede ser agotador y emocionalmente intenso en fases agudas.
- El incremento temporal de ansiedad puede exacerbar el dolor y dificultar la participación en otros tratamientos.
- Los protocolos estándar suelen exceder la duración de la internación hospitalaria.
- Menor factibilidad en pacientes con limitaciones físicas o respiratorias para sostener sesiones largas y verbales.

#### 5.3 Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

El **EMDR** es un abordaje psicoterapéutico que facilita el reprocesamiento de recuerdos traumáticos mediante la estimulación bilateral alternada (movimientos oculares, estimulación táctil o auditiva).

- **Fundamento:** se basa en el **Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI)**, que postula que las experiencias traumáticas pueden quedar almacenadas de manera disfuncional, generando síntomas persistentes hasta que se reprocesan (Shapiro, 2018).
- **Evidencia general:** múltiples metaanálisis (Watts et al., 2013; Cuijpers et al., 2020; Mavranzouli et al., 2020) demuestran eficacia comparable o superior a TF CBT para TEPT, con menor número de sesiones y menor demanda verbal.
- **Guías clínicas:** la OMS (2023), ISTSS (2023) y APA (2020) recomiendan EMDR como tratamiento de **primera línea** para TEPT.

#### 5.3.1 Potenciales ventajas en pacientes quemados

- **Brevidad:** puede obtener mejorías significativas en menor cantidad de sesiones, compatibles con la duración de la hospitalización.
- **Menor verbalización del trauma:** útil cuando el paciente se encuentra fatigado, con dolor o con di-

ficultad para hablar.

- **Aplicación temprana:** se puede utilizar desde la fase aguda para prevenir consolidación de memorias traumáticas disfuncionales.

- **Adaptabilidad:** permite estimulación bilateral por movimientos oculares, táctil o auditiva de acuerdo con las posibilidades que presente el paciente.

### 5.3.2 Evidencia específica en grandes quemados

La evidencia directa es escasa. Sin embargo:

- Estudios en **trauma médico agudo** (p. ej., accidentes, UCI) han demostrado que EMDR aplicado en fase hospitalaria reduce síntomas de estrés agudo y previene TEPT (Matthijssen et al., 2020).

- La extrapolación de estos hallazgos sugiere que EMDR podría ser particularmente útil en el gran quemado, donde el trauma es claro, delimitado y reciente.

### 5.4 Intervención temprana y prevención

Las intervenciones en las primeras semanas post-lesión pueden:

- Reducir la intensidad de las intrusiones traumáticas.
- Facilitar la cooperación con procedimientos médicos.
- Disminuir la probabilidad de TEPT crónico.

El **screening sistemático** de síntomas de estrés agudo en la unidad de quemados es fundamental. Instrumentos como el **Acute Stress Disorder Interview (ASDI)** o el **PTSD Checklist for DSM 5 (PCL 5)** pueden implementarse en la evaluación inicial y durante el seguimiento.

## 6. Aplicación de EMDR en pacientes con quemaduras

La introducción del modelo **EMDR** en el manejo psicológico del gran quemado requiere adaptaciones técnicas y organizativas para responder a las particularidades clínicas de esta población. El entorno hospitalario, el estado físico del paciente y la coexistencia de dolor y procedimientos invasivos obligan a **adaptar el protocolo estándar EMDR** para garantizar eficacia y seguridad.

### 6.1 Principios generales de la intervención

#### 1. Evaluación temprana

- Realizar *screening* en los primeros días de internación para detectar síntomas de **trastorno de estrés agudo**.

- Utilizar escalas breves y validadas: **PCL 5** para TEPT, **ASDI** para diagnóstico de estrés agudo.

- Evaluar factores de riesgo: TBSA > 20-30 %, antecedentes de trauma o enfermedad mental, dolor no controlado, aislamiento social.

#### 2. Consentimiento informado

- Explicar el objetivo del abordaje EMDR, su carácter opcional y las posibles reacciones emocionales.

- Garantizar que el paciente conserva capacidad para tomar decisiones y comprende la propuesta.

### 3. Integración con el plan médico

- Coordinar horarios con curaciones y fisioterapia para evitar interferencia.

- Contar con apoyo del equipo médico para ajustar medicación analgésica antes de la sesión.

### 6.2 Adaptaciones técnicas del protocolo EMDR estándar: Protocolo de Eventos Recientes (R TEP)

El **R-TEP** (*Recent Traumatic Episode Protocol*) desarrollado por **Shapiro y Laub** está diseñado para intervenir **tempranamente** después de un evento traumático con el fin de prevenir la consolidación disfuncional de la memoria y reducir el riesgo de TEPT crónico (Shapiro & Laub, 2008, 2015).

En pacientes grandes quemados, el R TEP ofrece ventajas frente al protocolo estándar, ya que es **breve, focalizado** y adaptable al entorno hospitalario y a las limitaciones físicas del paciente (Shapiro, 2018).

#### Principios del R TEP en grandes quemados:

1. **Intervención precoz:** iniciar cuando el paciente esté médicamente estable, preferiblemente dentro de las primeras semanas post-lesión (Shapiro & Laub, 2015).

2. **Ventana de tolerancia:** trabajar dentro del rango emocional seguro del paciente, evitando sobre activación (Siegel, 1999).

3. **Cobertura extendida:** abordar no sólo la imagen más perturbadora, sino toda la secuencia de recuerdos asociados al accidente y a la experiencia hospitalaria (Shapiro & Laub, 2008).

4. **Trabajo con fragmentos:** integrar imágenes, sensaciones y pensamientos dispersos para consolidar una narrativa adaptativa (Shapiro, 2018).

5. **Prevención de TEPT:** actuar antes de que la memoria traumática se fije de manera patológica (Lodha, Shah, & De Sousa, 2020).

### 6.3 Modalidades de aplicación del R TEP

#### 1. Intervención temprana hospitalaria

- Aplicación en los primeros días o semanas post-trauma.

- Objetivo: prevenir consolidación disfuncional y reducir síntomas de estrés agudo.

- Adaptar sesiones a la tolerancia física, usando series cortas de estimulación bilateral (Shapiro, 2018).

#### 2. Intervención durante procedimientos críticos

- Utilizar R TEP para abordar recuerdos recientes de procedimientos invasivos o especialmente dolorosos (Jarero et al., 2015).

- Puede realizarse de forma parcial en intervalos, integrando fases de estabilización.

#### 3. Seguimiento post alta

- Continuar el reprocesamiento de memorias hospitalarias y del accidente.

- Ampliar trabajo hacia trauma complejo si persisten

síntomas de TEPT.

#### 6.4 Beneficios potenciales del R TEP en grandes quemados

- **Prevención de TEPT crónico:** intervención en fase aguda reduce la probabilidad de cronificación (Khan et al., 2025).
- **Sesiones breves y focalizadas:** mayor viabilidad en hospitalización (Shapiro & Laub, 2015).
- **Menor demanda verbal:** útil en pacientes fatigados o con dolor (Shapiro, 2018).
- **Adaptabilidad física:** uso de estimulación bilateral por movimientos oculares, táctil o auditiva, de acuerdo con las posibilidades del paciente.
- **Abordaje integral:** reprocesa tanto el evento como las vivencias hospitalarias inmediatas.

#### 6.5 Consideraciones de seguridad

- Evitar intervención en pacientes con delirium o inestabilidad médica grave (Hobbs, 2015).
- Coordinar con el equipo médico para programar sesiones en momentos de menor dolor y carga física.
- Monitorear signos de sobre activación; pausar o fraccionar la sesión si el paciente presenta fatiga excesiva o aumento de dolor (Shapiro & Laub, 2015).

#### 7. Otras modalidades de intervención con EMDR: Protocolo EMD.

- El protocolo EMD (Shapiro, 1989) es un protocolo breve y focalizado utilizado para reducir la activación producto de un recuerdo y promover la estabilidad del paciente.
- Es adecuado en situaciones de emergencia y aplicable en pacientes con escasos recursos de regulación.
- Su aplicación posibilita una mayor sensación de dominio y un descenso rápido de la perturbación.

**Al igual que el protocolo R-TEP es adecuado para el entorno hospitalario y no requiere de extensas verbalizaciones del paciente.**

##### 7.1 Modalidad de aplicación

**Focalizado:** Se aplica sobre un recuerdo o parte del mismo. Se utiliza la estimulación bilateral en series breves y rápidas para lograr la desensibilización de la memoria.

**Seguridad:** Bajo riesgo de desregulación del paciente. Al ser un protocolo focalizado permite realizar el procedimiento con un alto grado de seguridad.

#### 8. Discusión

El trauma psicológico asociado a quemaduras graves constituye un desafío clínico de primer orden. La combinación de riesgo de vida, dolor intenso y persistente, procedimientos repetidos y hospitalización prolongada crea un **contexto propicio para el desarrollo de TEPT** que, en ausencia de abordajes tempranos y eficaces puede cronificarse, así como generar secuelas psicosociales de gran impacto.

#### 8.1 Importancia de la intervención temprana

Los hallazgos de Lodha et al. (2020) y Khan et al. (2025) confirman que el estrés agudo en los días posteriores a la quemadura es un predictor robusto de TEPT a largo plazo. La ventana de oportunidad para prevenir la consolidación disfuncional de las memorias traumáticas parece situarse **en las primeras semanas post-evento**. Este periodo coincide con la hospitalización, lo que convierte a la unidad de quemados en un escenario idóneo para intervenciones de prevención secundaria.

#### 8.2 EMDR frente a otras intervenciones

La terapia cognitivo-conductual focalizada en trauma (TF CBT) cuenta con un amplio respaldo empírico para TEPT en general (Forbes et al., 2020). Sin embargo, su **exigencia narrativa** y la duración típica del tratamiento (8-12 sesiones) pueden ser obstáculos en pacientes hospitalizados, fatigados y con dolor persistente. En este sentido, el abordaje **EMDR ofrece ventajas logísticas y clínicas:**

- **Brevidad:** la mejora sintomática puede alcanzarse en menos tiempo.
- **Menor demanda verbal:** útil en pacientes con fatiga, limitaciones respiratorias o dolor que dificulta hablar.
- **Adaptabilidad:** estimulación bilateral visual, táctil o auditiva viable incluso en pacientes inmovilizados o con vendajes extensos.
- **Aplicación temprana:** La instalación de recursos y los protocolos como **R-TEP o EMD** permiten intervenir en fase aguda.

En la literatura general de TEPT, metaanálisis (Watts et al., 2013; Mavranzouli et al., 2020; Cuijpers et al., 2020) muestran que EMDR es **tan eficaz como TF CBT** y, en algunos casos, ofrece resultados más rápidos. Sin embargo, en grandes quemados la **evidencia es todavía incipiente**, limitada a reportes de caso (Rosenberg, 1992) y extrapolaciones de estudios en trauma médico agudo (Matthijssen et al., 2020).

Asimismo, diversos estudios han documentado que el abordaje EMDR presenta **tasas de abandono menores** en comparación con terapias de exposición intensiva como la **Exposición Prolongada (PE)** o la **Terapia Cognitivo Conductual focalizada en trauma (TF CBT)**. En un metaanálisis de ensayos clínicos controlados, Lewis et al. (2020) encontraron que la tasa de abandono promedio para EMDR fue del **18 %**, frente a un **27 %** en terapias basadas en exposición prolongada. Esta diferencia se atribuye a **la menor demanda verbal, la brevedad del tratamiento y la capacidad del Modelo EMDR para modular la activación emocional** durante las sesiones, lo que mejora la tolerancia clínica incluso en pacientes con síntomas severos o fatiga física. Esta característica

adquiere especial relevancia en pacientes grandes quemados hospitalizados, donde la sobrecarga física y emocional puede dificultar la adherencia a intervenciones intensivas y necesarias para su tratamiento.

### 9. Conclusiones

El trauma psicológico en pacientes con quemaduras graves es un fenómeno frecuente y clínicamente relevante, con un impacto directo en la recuperación física, la rehabilitación funcional y la calidad de vida. La vivencia del accidente, el dolor persistente, los procedimientos invasivos repetidos y la hospitalización prolongada cumplen con los criterios del **DSM 5** para un evento traumático capaz de desencadenar **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**. Estudios recientes muestran que entre un 30 % y un 45 % de los grandes quemados desarrollarán TEPT o síntomas subumbrales clínicamente significativos, frecuentemente en comorbilidad con depresión y dolor crónico.

La intervención temprana en la unidad de quemados es un punto crítico para prevenir la cronificación del trauma. En este contexto, el **Protocolo de Eventos Recientes (R-TEP)**, adaptación del EMDR diseñada para actuar en trauma reciente, ofrece ventajas frente al protocolo estándar y frente a terapias de exposición intensiva. Su estructura permite **sesiones breves, focalizadas y adaptables a las limitaciones físicas y emocionales** de la hospitalización, así como la cobertura extendida de todos los fragmentos traumáticos de la experiencia.

Además, la **tolerancia clínica** del EMDR -y particularmente del R-TEP- es superior a la de otras terapias focalizadas en trauma. Metaanálisis recientes reportan **tasas de abandono menores** en EMDR ( $\approx 18\%$ ) en comparación con terapias de exposición prolongada como la PE o la TF CBT ( $\approx 27\%$ ) (Lewis et al., 2020). Esta diferencia se atribuye a la menor demanda verbal, a la brevedad del tratamiento y a la capacidad del EMDR para modular la activación emocional, lo que favorece la adherencia incluso en pacientes físicamente debilitados o emocionalmente sobrecargados.

La combinación de **eficacia clínica, adaptabilidad hospitalaria y mayor adherencia** convierte al R-TEP en una intervención idónea para la fase aguda del gran quemado. Su implementación temprana, integrada en un abordaje multidisciplinario, puede reducir la intensidad de los síntomas de estrés agudo, prevenir el desarrollo de TEPT crónico y mejorar la cooperación en la rehabilitación, facilitando el proceso de recuperación y favoreciendo la calidad de vida de estos pacientes. No obstante, se requieren ensayos clínicos controlados que confirmen estos beneficios de manera específica en población de

grandes quemados que permitan establecer protocolos estandarizados para su aplicación segura y efectiva.

### Bibliografía:

1. American Psychiatric Association. (2020). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. Washington, DC: APA. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/>
2. Baur, K. M., Hardy, P. E., & Van Dorsten, B. (2018). Posttraumatic stress disorder in burn injury: A systematic review of prevalence and risk factors. *Journal of Burn Care & Research*, 39(1), 1-12. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irx026>
3. Bhalla A, Bamer AM, Temes C, Roaten K, Carrougher GJ, Schneider JC, et al. Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters as Predictors of Pain Interference in Burn Survivors: A Burn Model System National Database Study. *J Burn Care Res*. 2023 Jan 5;44(1):27-34. doi: 10.1093/jbcr/irac088. PMID: 35866527; PMCID: PMC9990905.
4. Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, et al. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 165(6), 425-435. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
5. Foa, E. B., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>
6. Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Zhong, J., Powers, M. B., Kaufman, B. Y., et al. (2016). Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5) <https://doi.org/10.1037/t75595-000>
7. Han HR, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, et al. Trauma informed interventions: A systematic review. *PLoS One*. 2021 Jun 22;16(6):e0252747. doi: 10.1371/journal.pone.0252747. PMID: 34157025; PMCID: PMC8219147.
8. Haug V, Tapking C, Panayi AC, Veeramani A, Knoedler S, Tchiloemba B, et al. Outcome comparison of the most commonly employed wound coverage techniques in patients with massive burns  $\geq 50\%$  TBSA - A systematic review and meta-analysis. *Burns*. 2024 Dec;50(9):107210. doi: 10.1016/j.burns.2024.07.014. Epub 2024 Jul 23. PMID: 39322501.
9. Hobbs, K. (2015) Which Factors Influence the Development of Post-Traumatic Stress Disorder in Patients with Burn Injuries? A Systematic Review of the Literature. *Burns*, 41, 421-430. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2014.10.018>
10. International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). (2023). *Practice guidelines: EMDR as treatment for PTSD*.
11. Khan MH, Haseeb A, Nadeem M, Zafar G, Hashmat F, Ariya F, et al. Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder in Adult Burn Patients: A Study From Urban Tertiary Care Hospitals in Pakistan. *Cureus*. 2025 Apr 9;17(4):e81969. doi: 10.7759/cureus.81969. PMID: 40351975; PMCID: PMC12063932.
12. Kip A, Valencia S, Glunz E, Lowe SR, Tam KP, Morina N. Prevalence of mental disorders in adult populations from the Global South following exposure to natural hazards: a meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2024 Nov 28;33:e68. doi: 10.1017/S2045796024000672. PMID: 39605165; PMCID: PMC11735120.
13. Korn DL. EMDR and the treatment of complex PTSD: A review. *JEMDR Pract Res*. 2009.
14. Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E. J., & Bisson,

7. I. (2020). *Dropout from psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD) in adults: Systematic review and meta analysis. European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1709709. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1709709>.
15. Lodha, P., Shah, B., & De Sousa, A. (2020). *PTSD following burn injuries: A comprehensive clinical review. Annals of Burns and Fire Disasters*, 33(4). Mavranzouli, I., et al. (2020). *Meta analysis comparing EMDR and TF CBT for PTSD. European Journal of Psychotraumatology*.
16. Mavranzouli I, Megnin-Viggars O, Grey N, Bhutani G, Leach J, Daly C, et al. (2020) *Costeffectiveness of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adults. PLoS ONE* 15 (4): e0232245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232245>
17. Shapiro, F. (2014). *Effectiveness of EMDR therapy: Two RCTs with life experiences and PTSD. American Journal of Psychotherapy*, 68(2), 129–144. Boston University+2PMC+2Wikipedia+2
18. Shapiro, F., & Laub, B. (2008). *The Recent Traumatic Episode Protocol (R TEP). Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79–96. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.2.79>
19. Shapiro, F., & Laub, B. (2015). *The Recent Traumatic Episode Protocol (R TEP) and Group Traumatic Episode Protocol (G TEP). In M. Luber (Ed.), Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy scripted protocols and summary sheets (pp. 253–276). New York: Springer Publishing*.
20. Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). Guilford Press. eBay+7EMDR International Association+7emdr.com+7*
21. Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford Press.* <https://psycnet.apa.org/record/1999-02501-000>
22. Shalev, A. Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1998). *Prospective study of post-traumatic stress disorder and depression following trauma. The American Journal of Psychiatry*, 155(5), 630–637. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.630>
23. Summer GJ, Puntillo KA, Miaskowski C, Green PG, Levine JD. *Burn injury pain: the continuing challenge. J Pain*. 2007 Jul;8(7):533–48. doi: 10.1016/j.jpain.2007.02.426. Epub 2007 Apr 16. PMID: 17434800.
24. Victoria Martín Jiménez, Elena Pejenante Labari, Paula López Company, Jaime López Juan. *Trastorno por estrés postraumático, FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Volume 29, Issue 8, 2022, Pages 416–421, ISSN 1134-2072, https://doi.org/10.1016/j.fmc.2021.05.007.*
25. Watts, B. V., et al. (2013). *Cochrane review: EMDR vs other treatments for chronic PTSD* Watts, B. V., et al. (2013). *Cochrane review: EMDR vs other treatments for chronic PTSD*.
26. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark B, et al. *Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. Psychol Assess*. 2016 Nov;28(11):1392–1403. doi: 10.1037/pas0000260. Epub 2016 Jan 11. PMID: 26751087.
27. World Health Organization. (2023). *Guidelines for mental, neurological and substance use disorders: EMDR as first line treatment*.
28. *Burn Model System National Database: Clústeres de TEPT (hiperactivación y entumecimiento emocional) predicen interferencia del dolor crónico. PMC*