

EMDR en niños de 3 a 5 años con experiencias traumáticas, ventajas del modelo.

Lic. Beatriz Labrit

Decana

Lic. Julieta Marmo

Vicedecana Regional Buenos Aires

Dr. Diego Argentino

Director de tesis

Jésica S. Romero (Legajo 25917)

Tesista

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Lic. en Psicología.

2023

ÍNDICE

1) Resumen.....	3
2) Delimitación de Objeto de estudio.....	4
2.1 Planteo del problema.....	4
2.2 Objetivos.....	5
2.3 Fundamentación	5
3) Estado del arte	7
4) Marco teórico.....	14
4.1 Lenguaje y psicoterapia en niños.....	14
4.2 Trauma.....	16
4.3 EMDR	28
4.4 Trauma y Terapia Cognitivo Conductual.	37
5) Método.....	43
6) Síntesis	44
7) Aportes de la investigación	49
8) Limitaciones	49
9) Proyecto de intervención	50
9) Referencias.....	54

Resumen

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en niños de 3 a 5 años con experiencias traumáticas, ventajas del modelo.

Los eventos potencialmente traumáticos pueden darse a lo largo de toda la vida y serán subjetivamente traumáticos de hecho, cuando el sujeto no pueda procesar dichos eventos de manera psíquica. Los niños, en su temprana edad, pueden eventualmente sufrir traumas, con el agregado de que carecen de la capacidad de simbolización necesaria para procesarlos. La presente es una investigación teórica cuyo objetivo será explorar la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y sus ventajas y desventajas en niños de 3 a 5 años con traumas, quienes se encuentran en etapa de desarrollo del lenguaje.

Por ser esta una investigación teórica de tipo conceptual, se buscó hallar investigaciones que muestren la relevancia de la terapia EMDR para el tratamiento de niños con trauma. También se realizó una comparación de esta con otra terapia utilizada en trauma, Terapia Conductivo-Conductual. Previo a esto, se realizó un análisis de las características del niño, el desarrollo de su lenguaje y cómo éste opera en la psicoterapia.

Finalmente, fue posible aportar una síntesis teórica que busca ampliar la bibliografía estudiada, respecto a las ventajas de EMDR en niños con trauma de 3 a 5 años, aunque se evidencia la necesidad de generar conocimiento evidenciable respecto al mismo en Latinoamérica.

Palabras Claves

EMDR. Trauma. Niñez temprana. Reprocesamiento. Psicoterapia. Lenguaje.

2. Delimitación del objeto de estudio

2.1 Planteo del problema

González (2019) expone el planteo de que un trauma infantil es un evento emocionalmente doloroso que vivencia un niño y que no puede superar; por lo que, si el infante no procesa de manera adecuada los momentos posteriores a dicho evento, se sigue reviviendo una y otra vez en su pensamiento, y revivirá las emociones que tuvo al tener dicho trauma.

Según Barra en Urbano Hinojoza y Peña Tiburcio (2019), en la población mundial se muestra una prevalencia de trastorno de estrés postraumático del 1 al 9%, asimismo el 20 y 45% han experimentado ya sea trauma directo o desastre natural o algún tipo de abuso o violencia, sexual o psicológica, y del 15% al 20% son veteranos. En Europa, la prevalencia anual estimada entre los menores de 14 años es del 1,1% al 2,9%, de 14 a 34 años del 2,9%, de 35 a 65 años del 1,3% y mayores de 65 años del 1,1%. Los sujetos de estudio de estos autores indicaron que entre el 25% y el 60% de los niños experimentaron un evento traumático importante antes de convertirse en adultos. Dichos eventos traumáticos pueden ser comunitarios, escolares, familiares, desastres naturales, accidentes, médicos, guerra, terrorismo, etc.

Basados en la gran cantidad de niños expuestos a trauma es que se consideró de relevancia indagar acerca de las terapias más beneficiosas y de menor duración para la resolución de traumas infantiles, debido a que se hipotetiza que, para los niños, sobre todo a temprana edad, puede ser muy nocivo convivir con un trauma no resuelto por largo tiempo. La problemática se encuentra en que la mayoría de las terapias requieren del lenguaje desarrollado para poder generar una narrativa del hecho, la capacidad de simbolizar para poder ser efectivas, un tiempo prolongado y actividades tanto en el espacio terapéutico como en el espacio privado del sujeto.

Por otro lado, se sabe que cualquier evento privado o público puede ser potencialmente un evento traumático, por lo que niños muy pequeños pueden atravesar por situaciones traumáticas, aún sin tener el lenguaje lo

suficientemente desarrollado como para acudir a una terapia convencional. La terapia EMDR es un enfoque psicoterapéutico validado empíricamente que puede emplearse para tratar las secuelas del trauma psicológico y otras experiencias negativas de la vida, como bien señala su creadora Shapiro (2014).

En esta investigación se pretendió conocer cómo se desarrolla y cuáles son las ventajas de la terapia de reprocesamiento a través de movimientos oculares, para abordar el trauma en niños a temprana edad, entre 3 y 5 años, respecto a otras terapias específicas para trauma. Para ello, se realizó una investigación teórico conceptual.

2.2 Objetivos

Objetivo General:

- Explorar la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y sus ventajas en niños de 3 a 5 años con traumas.

Objetivos específicos:

- Comparar la desensibilización por medio de movimientos oculares (EMDR) con otra terapia específica para trauma, como la Terapia Cognitiva Conductual.
- Referir la prevalencia de la eficacia del EMDR en niños con trauma.

2.3 Fundamentación

La terapia EMDR es un enfoque psicoterapéutico validado empíricamente que puede emplearse para tratar las secuelas del trauma psicológico y otras experiencias negativas de la vida, como bien señala Shapiro (2014). Esta terapia, en sus orígenes se utilizó para tratar estrés postraumático en veteranos de guerra, y en sus estudios iniciales se probó en niños con el mismo trastorno originado por abusos, dando resultados positivos. Si bien existen protocolos

adaptados para la niñez y es muy utilizado, en el rastillaje de información, se encontraron escasos estudios en República Argentina, es por ello que se abordará la problemática de trauma en niños desde el EMDR, para poder aportar bibliografía que permita posteriores investigaciones empíricas y/o cualitativas.

Se buscó entonces, conocer cómo se desarrolla y las ventajas de esta terapia en niños con respecto a otras terapias específicas de trauma. Se llegó a la conclusión de que la terapia de reprocesamiento del trauma a través de movimientos oculares tiene mayores ventajas para trabajar con niños de 3 a 5 años, quienes aún no cuentan con un lenguaje desarrollado y quienes, por su corta edad, necesitan reprocesar la información devenida del trauma lo más rápido posible.

3. Estado del arte

En el siguiente apartado, se incluyen investigaciones relevantes en los campos del trauma, niñez y EMDR, de los últimos 5 años.

Yus et al. (2023) expresan en su estudio que la exposición temprana violenta en los menores tiene consecuencias adversas en el desarrollo, aumentando la probabilidad de sufrir nuevos episodios de victimización en el futuro. Ante esta situación, se han desarrollado diferentes intervenciones psicológicas con el fin de proteger la salud mental de los menores y evitar que sus experiencias traumáticas les confieran una vulnerabilidad añadida. Este meta-análisis se propuso investigar la eficacia de estas intervenciones, así como los efectos del tipo de intervención. Un total de 22 estudios primarios que estudiaron el efecto de la intervención psicológica en el trauma <ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático> fueron seleccionados. Se ejecutó un meta-análisis de los tamaños del efecto ponderando por la inversa de la varianza y asumiendo un modelo de efectos fijos. Se obtuvo como resultado la conclusión de que la intervención psicológica resultó clínicamente significativa y con una magnitud igual del efecto en los marcadores de salud del trauma: el tratamiento del estrés postraumático, depresión y ansiedad. Este estudio proporciona información sobre la eficacia de las diferentes intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental de menores refugiados, demostrando su eficacia y sugiriendo que las terapias NET <tratamiento neuro-eléctrico> y EMDR podrían ser las más eficaces, a la espera de que se realice un mayor número de estudios en el futuro que permita sacar conclusiones más robustas.

Esteban Montoro (2022) realizó un estudio de caso único con un paciente con sintomatología compatible con un trauma de origen preverbal. Los padres refieren que su hijo, de 8 años, presenta sintomatología ansiosa y numerosos miedos que aumentan con el paso del tiempo pero que se presentaron desde su nacimiento, consecuencia de una estancia en cuidados intensivos de neonatos debido a nacer prematuramente. Se inicia un tratamiento de modelo integrativo ocupando un lugar de primacía el tratamiento mediante la técnica de EMDR.

Como resultados se observaron mejoras significativas en ansiedad y temores, así como se generaron conductas más adaptativas.

Según Hurtado y Fernández (2022), en un ensayo clínico no aleatorizado se investigó si el abuso sexual infantil (ASI) era un factor de riesgo de mal resultado durante el trauma centrado en el tratamiento o no. Este estudio obtuvo una muestra de 165 participantes adultos diagnosticados con Trastorno de Estrés Postraumático. El 71,5% de esta muestra correspondía a mujeres, y de esta proporción, el 87,5% presentaba TEPT relacionado con ASI. El tratamiento se basó en un total de 16 sesiones, donde los participantes recibieron dos tratamientos a la vez:

1) PE <Exposición prolongada> según las guías de Foa et al. (2007)te con una duración de noventa minutos por la mañana; y 2) EMDR, en sesiones nocturnas de 90 minutos. Además de este tratamiento, los participantes realizaron cursos de ejercicios físicos y educación psicológica. Al final del tratamiento, los resultados mostraron mejoras significativas y grandes tamaños del efecto para ambas condiciones, por lo que PE es tan eficiente como EMDR. Además, la evidencia es que los participantes en el grupo de ASI mostraron la misma cantidad de alivio de los síntomas a lo largo del tratamiento.

Alvarado Orduz et al. (2022) realizaron la siguiente investigación con el objetivo de establecer la relación entre el trastorno de estrés postraumático y el funcionamiento cognitivo en niños que han experimentado traumas. Se trata de un estudio de revisión sistemática, sobre los trabajos que se han abordado desde enero de 1980 hasta septiembre de 2022, las diferentes situaciones que causan el estrés postraumático en niños y su relación con el funcionamiento neuropsicológico. Se utilizó las normas y sugerencias de declaración PRISMA (Page et al., 2021), el análisis de los artículos de forma rigurosa y exhaustiva. La muestra estuvo compuesta por 2.744 artículos hallados a través de PubMed, EBSCO y Scielo, de los cuales se escogieron 19 artículos que tuvieran como base los criterios de inclusión que se expresan a continuación; 1- que en el título

o resumen contengan las palabras claves de TEPT y alguna función neuropsicológica; 2- que los artículos estuvieran publicados entre 1980 hasta septiembre de 2022; 3- que fueran trabajos con niños y adolescentes entre los 3 y 18 años de edad; 4- que fueran investigaciones cuantitativas; 5- que fueran investigaciones empíricas; 6- que contengan mediciones cuantitativas de funciones cognitivas; 7- que tengan proceso diagnóstico de TEPT; y 8- que sean documentos publicados en revistas indexadas en cuartiles superiores a Q3. Para la revisión de artículos se utilizaron las siguientes bases de datos: PubMed, EBSCOhost y Scielo. Con respecto a los instrumentos, se utilizó Excel para la organización de la información extraída de cada artículo; mientras que, para el manejo de las referencias se utilizó el programa Mendeley. De acuerdo con la declaración PRISMA, la revisión sistemática se realiza en cuatro fases: identificación, cribado, elegibilidad e inclusión. Como resultados se identifica que las funciones ejecutivas fueron los procesos intelectuales mayormente impactados por la exposición a trauma infantil, también que el comprender los mecanismos por medio de los cuales el trauma puede afectar el funcionamiento neuropsicológico en niños, permitirá mejorar la detección temprana y el desarrollo de intervenciones apropiadas para cada grupo, las cuales están basadas en evidencias.

Retamal et al. (2022) realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la eficacia del EMDR en niños y adolescentes. Al respecto expresan que EMDR cuenta con evidencia de eficacia en los trastornos del espectro traumático, aun así, su eficacia en los trastornos de ansiedad (TA) y los trastornos depresivos (TD) en niños y adolescentes ha sido escasamente estudiada. La investigación es una revisión para describir la evidencia disponible sobre la eficacia de EMDR en Trastornos de ansiedad y depresivos en niños y adolescentes. Se realizaron búsquedas de artículos disponibles en PubMed/Medline, SciELO, PsycInfo y Cochrane Library. Se incluyeron todos los estudios primarios y secundarios que investigaran el efecto de EMDR en trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. Se obtuvo como resultados la identificaron nueve estudios; tres fueron observacionales y seis

experimentales, con tamaños de muestra pequeños, que corroboraron la eficacia de EMDR sobre el miedo fóbico en la fobia a las arañas, pero no sobre el comportamiento de evitación, donde la exposición in vivo sería superior. Dos series de casos informaron la eficacia de EMDR en la fobia a la asfixia. También se encontró que EMDR fue eficaz para reducir la sintomatología depresiva en el contexto del trastorno depresivo mayor, el trastorno de estrés agudo y los trastornos de conducta. La evidencia corrobora la eficacia de EMDR en TD y TA en niños y adolescentes. Sin embargo, es muy escaso y tiene limitaciones metodológicas. Es necesario realizar estudios experimentales con protocolos EMDR estandarizados y especializados para el TD y TA en la población infanto-juvenil.

Gallo Martín (2022) postula que la terapia EMDR es uno de los tratamientos de elección para el trauma y su sintomatología asociada, en adultos. Dado el escaso número de estudios en población infanto-juvenil, se llevó a cabo una revisión sistemática, con el objetivo de conocer la eficacia de dicha terapia entre los más jóvenes. Los nueve artículos revisados consisten en tres ensayos clínicos controlados con asignación aleatoria (Ahmad et al. 2007; Chemtob et al. 2002; de Ross et al. 2017), y seis ensayos clínicos aleatorios sin la condición grupo control (de Ross et al. 2011; Diehle et al. 2015; Jaberghaderi 2004; Karadag et al. 2019; Oras et al. 2004; Wesselman et al. 2018). Todas las investigaciones emplearon un diseño pretest-postest y cuatro de ellos recopilaron indicadores de seguimiento (Chemtob et al. 2002; de Ross et al. 2011; de Ross et al. 2017; Wesselman et al. 2018). El tiempo de seguimiento osciló entre los tres y los doce meses desde que concluyó el tratamiento. La muestra de esta revisión, contó con un total de 348 sujetos, de los cuales 147 eran de género masculino y 201 de género femenino. El rango de edad abarcó desde los 4 a los 18 años. Los estudios comprendieron todo tipo de traumas, desde aquellos producidos como hechos aislados y únicos (Chemtob et al. 2002; de Ross et al. 2011; de Ross et al. 2017; Ahmad et al. 2007; Diehle et al. 2015; Karadag et al. 2019); a aquellos reiterados en el tiempo y, en algunos casos, crónicos, (Ahmad et al. 2007; Diehle et al. 2015; Jaberghaderi 2004; Karadag et

al. 2019; Oras et al. 2004; Wesselman et al. 2018). Todos los artículos revisados mostraron una disminución significativa de la sintomatología directamente relacionada y no relacionada con el TEPT, tras la aplicación de la terapia EMDR y, en algunos casos, combinada con otras terapias. Se infiere que la terapia EMDR no sólo es eficaz a la hora de reducir la sintomatología asociada al trauma, sino que también resulta sumamente eficiente al necesitar un número reducido de sesiones para lograr el efecto deseado (Ahmad et al. 2007; Chemtob et al. 2002; de Ross et al. 2011; de Ross et al. 2017; Jaberghaderi 2004; Karadag et al. 2019). Tres estudios compararon EMDR con diferentes modalidades de la TCC (de Ross et al. 2011; de Ross et al. 2017; Jaberghaderi 2004) y todos ellos encontraron que, en igualdad de condiciones, EMDR conseguía aliviar el sufrimiento de los participantes más rápidamente, incluso, en ocasiones, haciendo que los recursos del tratamiento más limitados estuviesen más disponibles.

Puntonet et al. (2021) expresan en su investigación, que un 25% de los niños y jóvenes sufren violencia, y uno de cada cinco sufre violencia sexual. 30 a 35 % de ellos desarrollan trastorno de estrés postraumático y tienen un mayor riesgo de otras psicopatologías. El propósito de su estudio es analizar las características sociodemográficas y clínicas de las víctimas de violencia. Los métodos utilizados fueron estudios transversales y descriptivos. La muestra estuvo conformada por 274 pacientes de 0 a 17 años y sus familiares atendidos por Equip EMMA. Los pacientes fueron evaluados a través de la entrevista clínica K-SADS y cuestionarios que evaluaron síntomas depresivos y de ansiedad, autolesiones y estrés postraumático. Se halló que la mayoría de los pacientes tratados eran niñas <73%> con una edad media de 10,6 años. En 58-68%, la violencia ocurrió dentro de la familia y los perpetradores fueron predominantemente hombres <85-89%>. En muchos casos, el 82% de las víctimas de polivictimización sufrieron violencia sexual, el 12% daño físico y el 6% negligencia. En 12 % casos, los pacientes recibieron intervenciones psicológicas y sociales breves, educación sexual emocional y pautas para los cuidadores. El 37% tuvo un episodio de estrés postraumático y el 26% se

autolesionó y recibió tratamiento psicológico de acuerdo con las guías clínicas de Terapia Basada en Trauma, Terapia Dialéctica Conductual y EMDR. Se obtuvo como conclusión la relevancia de establecer programas específicos para atender las necesidades psicológicas, médicas y sociales de los niños víctimas de violencia y sus familias para intervenir de manera temprana, mejorar la adaptación y disminuir el estrés psicológico por desarrollarse en riesgo, es importante disminuir la patología.

Iglesias-Goya (2020) expone en su estudio de análisis conceptual que las terapias de la tercera generación son protagonistas como coadyuvantes, pero están poco evaluadas, el objetivo de la investigación se centra en analizar procedimientos de EMDR para Trastornos Obsesivos Compulsivos <TOC>, a fin de discutir la necesidad de estudios experienciales. Se utilizó la recolección de datos de distintas fuentes bibliográficas como PubMed/Medline, SciELO, PsycInfo y Google Académico. La recolección de datos y su análisis arrojaron que a pesar del interés en el uso de EMDR tanto para TOC como para otros trastornos, y de que las líneas de investigación apuntan a que es beneficiosa, existen aún escasos estudios, por lo que seguir generando conocimiento al respecto es imperioso.

Como exponen Valiente-Gómez et al., en Amann et al. (2020) existen ensayos clínicos controlados aleatorios (ECA) que respondan a los niveles más altos de evidencia científica porque controlan los sesgos que puedan existir en la investigación clínica. Son conductas médicas que pueden demostrar la efectividad científica de un tratamiento y/o intervención terapéutica. Actualmente hay treinta y cuatro ECA que demuestran la eficacia de la terapia EMDR en Tratamiento del TEPT, 25 en población adulta (Acarturk et al., 2016; Arabia et al., 2011; Carlson et al. 1998; Edmond et al., 1999; Högberg et al., 2007; Ironson et al. 2002; Jarero et al. 2015; Jarero, et al., 2011; Lee et al. 2002; Marcus et al., 2004; Nijdam et al., 2018; Nijdam et al. 2012; Power et al., 2002; Rothbaum, 1997; Rothbaum et al., 2005; Sack et al., 2016; Scheck et al., 1998; Shapiro y Laub, 2015; Shapiro, 1989; Taylor et al., 2003; Ter Heide et al., 2016; Van Der Kolk et al., 2007; Vaughan et al., 1994; Wilson., Becker y Tinker, 1995) y 9 en

población infantojuvenil (Ahmad et al., 2007; Chemtob et al., 2002; de Roos et al., 2017; Diehle, et al., 2015; Fernandez et al., 2007; Jaberghaderiet al., 2004; Kemp et al., 2010; Soberman et al., 2002) . En este sentido, esta revisión sistemática postula que gran parte de estos estudios confirman la eficacia y seguridad de EMDR en estas condiciones clínicas.

Finalmente, según Beer (2018), existe la necesidad urgente de estudios experimentales para demostrar la eficacia de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático y otros síntomas asociados con el trauma. Esta revisión de la literatura revisó 15 estudios que examinaron la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de niños y adolescentes con estos síntomas. Todos los estudios mostraron que la terapia EMDR redujo significativamente los síntomas de TEPT posteriores al tratamiento, así como otros síntomas. Una revisión metodológica identificó limitaciones en la mayoría de los estudios, reduciendo la validez de estos resultados. A pesar de estas deficiencias, la solidez metodológica de los estudios identificados ha aumentado con el tiempo. Está claro que se necesita una investigación continua y rigurosa, y con el fin de aprovechar la experiencia pasada, el documento proporciona alguna orientación para los terapeutas que deseen realizar investigaciones futuras sobre sus entidades.

4) Marco teórico

4. 1 Lenguaje y psicoterapia en niños

Según la Real Academia Española (s/p), el lenguaje es “la facultad del ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos”.

Como expone la Teoría Lingüística de Chomsky, (citado en Barón, y Muller, 2014) la meta del lenguaje en las personas es la creación y expresión del pensamiento, por lo que la adquisición del mismo se da de forma innata e incontrolable a través de las estructuras mentales y sus componentes: sintáctico <forma de ordenar las palabras>, semántico <significado> y fonológico <sonidos de las vocales y consonantes>. El lenguaje se estructura con reglas inconscientes y automáticas en el que se asocian sonidos, significados y signos lingüísticos e involucran la memorización. Si bien es considerado que la adquisición del lenguaje es por repetición, recién luego de que desarrollan su mente comprenden el significado de lo que dicen. Si bien el vocabulario incrementa de forma exponencial y la capacidad lingüística de un niño alrededor de los 4 o 5 años empieza a aproximarse a la de los adultos, sólo necesitan tiempo para perfeccionar su vocabulario y gramática, cabe destacar que capaces de comprender frases complejas, pero no generarlas.

Siguiendo la misma línea, Hernández Pina (1984, como se citó en Herrezuelo Pérez y Fuente Briz, 2014), postula que el desarrollo del lenguaje en el sujeto se da ininterrumpidamente desde el nacimiento. Los sonidos que comienza a emitir el neonato se relacionan con sus necesidades y sensaciones fisiológicas hasta aproximadamente los 6 meses de edad. A esta etapa se la denomina del neonato (0-6 meses).

A partir del año comienza el habla lingüística. La primera etapa por la que pasa el niño/a es la holofrástica (10-12 a 18 meses). Se caracteriza por emitir frases de una palabra, y carece de sentido gramatical y semántico; la segunda fase por la que va a pasar es la de la emisión de dos palabras (18-24 meses) y se caracteriza por combinar dos elementos para hacer

una frase. Esta etapa comienza a tener sentido gramatical y semántico. Por último, el niño/a pasa por la etapa del habla telegráfica (24-36 meses), en la que el niño/a comienza a realizar frases incompletas, que presentan ya una gramática similar a la del habla adulta y tienen significado fuera del contexto (Herrezuelo Pérez y Fuente Briz, 2014, p.26).

Asimismo, para Hernández Pina (1984, como se citó en Herrezuelo Pérez y Fuente Briz, 2014), se entiende por adquisición del lenguaje al proceso por el cual el niño logra un dominio fluido de su lengua. De los 3 a los 6 años se pueden observar diferencias importantes en la adquisición del lenguaje dentro de niños de la misma edad, causadas por trastornos propios del lenguaje o por el contexto en el que se encuentra el niño. El desarrollo del lenguaje oral de 3 a 6 años y sus principales trastornos. De las aportaciones de Hernández Pina (1984), Ernesto Huete (1987), Bigas y Correig (2008) y Reyzábal (2001) se concluye que: - A los 3 años: Es capaz de entender el lenguaje descontextualizado del adulto en situaciones simples o interesantes para él. Tiene dificultad para explicar sucesos del pasado y futuro, para el adulto supone un esfuerzo interpretar lo que el niño/a quiere decirle, esto se debe a que el niño/a no ha terminado el proceso de interiorización del lenguaje y por su pensamiento pre-operatorio. (p.27)

Es importante establecer que niños y niñas, a pesar de estar en edad de desarrollo del lenguaje, pueden necesitar psicoterapia, para este punto, es fundamental destacar lo propuesto por Pérez Gianguzzo (2020), de que, en los niños, el terapeuta no sólo escucha lo que dice el pequeño paciente, sino

que también juega, observa jugando, dibuja, modela etc. Además, cuando los terapeutas se encuentran en situaciones de trabajo clínico con niños que no hablan, ya sea porque son muy pequeños o porque no dominan el lenguaje hablado por varias razones, se propone, como lenguaje no verbal propio del niño, al juego, el dibujo y la corporalidad, constituyendo a estos como marcos semióticos.

Cabe destacar la importancia de una relación adecuada entre el paciente y el terapeuta. Se necesita la relación adecuada y la confianza de esa persona más que un profesional. Hay pruebas sólidas de que la calidad del apego influye en la eficacia del tratamiento. Este aspecto es importante en la psicoterapia infantil, y el terapeuta debe tener un amplio conocimiento de las etapas de desarrollo del niño, especialmente del desarrollo cognitivo, mental y del lenguaje. El terapeuta debe ser capaz de empatizar y comprender las expresiones comunicativas del paciente. Esto requiere conocer y comprender los estilos de comunicación en el desarrollo mental del niño y el ciclo evolutivo del paciente. Esto es particularmente importante para los psicoterapeutas infantiles, quienes no solo necesitan interpretar y comprender el contenido simbólico expresado, sino que también deben usar esa comprensión en sus interacciones y procesos psicoterapéuticos (Leiva y Rubí, 2022).

4. 2 Trauma

Pierre Janet aportó una definición de trauma psíquico ya en 1894, que luego matizó en 1919, (p. 5-16):

Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración del acontecimiento traumático y fragmenta los

recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales.

Siguiendo con esta línea, si se intenta definir la palabra <trauma>, podríamos utilizar las palabras de Laplanche (1998) quien, en su diccionario de psicoanálisis se refiere a aquel como un “acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. Sin embargo, al hablar de trauma, no hablamos únicamente de situaciones que se conocen como extraordinarias por su objeto, sino que se hace referencia a experiencias vitales adversas, de circunstancias cotidianas, que por diversos motivos siguen marcando a pesar del paso de los años, por ser son recuerdos no asimilados, que aún están activos en el sistema de la persona”. (p.447)

Podremos encontrar que Shapiro (2001) en Blanco y Gejjo (2012) diferencia dos tipos de trauma: los denominados trauma <T> y trauma <t>:

Los traumas T serían todas aquellas situaciones que normalmente comprendemos como trauma, en las que el organismo se encuentra o ha permanecido en peligro de muerte y que constituyen experiencias terriblemente dolorosas, como por ejemplo un accidente, una catástrofe natural, un robo o un abuso físico o sexual. Los traumas tipo t vendrían representados por todas aquellas experiencias perturbadoras que no llegan a representar una amenaza de muerte para el cuerpo, pero que al repetirse un número variable de veces pueden producir un efecto acumulativo tan impactante como un trauma T. Serían situaciones más de tipo interpersonal como el acoso escolar o laboral. Ambos tipos de trauma pueden ser abordados desde la óptica de la EMDR (Ross y

Halpern, 2009). Desde este enfoque se conceptualiza el trauma como un trastorno de la memoria (resultado del modo en que la información permanece en el cerebro), en el cual se produce un bloqueo del sistema de procesamiento adaptativo de la información (SPIA), no permitiendo la integración del recuerdo. De esta forma, la información relacionada con el trauma permanece encapsulada en los sistemas de la memoria implícita en forma de sensaciones, imágenes o emociones, no integrándose en la memoria explícita o narrativa. (p. 46)

Los mismos autores indican que este fracaso en procesar la información a nivel simbólico representa, para algunos investigadores, la base de la patología del TEPT (Van der Kolk, 1996). El resultado es una técnica innovadora que se nutre y comparte características comunes con otros enfoques terapéuticos, integrándolos de una forma particular. Así, comparte con la exposición los mecanismos de condicionamiento clásico, descondicionamiento del miedo y desensibilización en un entorno seguro (Rogers y Silver, 2002). Conlleva un componente de reestructuración cognitiva ya que los pensamientos automáticos negativos se reformulan, así como un enfoque corporal y experiencial. Asimismo, comparte con otros modelos teóricos, tales como el psicoanálisis, el fenómeno de la abreacción, catarsis y asociación mental. (p. 47)

La persona traumatizada siente que no puede vivir en este momento y que una tremenda sensación de impotencia es el sello distintivo del trauma. Los profesionales del trauma hacen una distinción importante entre las

consecuencias traumáticas de un solo evento <tipo I> y el trauma crónico a largo plazo <tipo II> que se deriva del desarrollo temprano, según lo expuesto por Terr (1994).

Si continuamos con la variante de trauma infantil, como expone González (2019), el mismo, es un evento emocionalmente doloroso que vivencia un niño y que no puede superar; por lo que, si el infante no procesa de manera adecuada los momentos posteriores a dicho evento, se sigue reviviendo una y otra vez en su pensamiento, y revivirá las emociones que tuvo al tener dicho trauma, viéndose reflejado en su etapa de adultez las consecuencias como: relaciones con otras personas, alteración del comportamiento, insomnio, desarrollar comportamientos de riesgo para su salud como depresión, ansiedad, sin olvidar la presencia de un trastorno más severo en algunos casos.

Bajo el nombre de experiencias infantiles negativas se recogen una serie de experiencias vitales estresantes que se relacionan básicamente con la falta de atención, tanto a nivel físico como psíquico, emocional e incluso psíquico, físico o sexual. situaciones ocurre durante la niñez y la adolescencia con graves consecuencias psicológicas/psiquiátricas tanto en la niñez como en la edad adulta, como desarrolla Blanco Presas (2021).

Urbieta (2011) expone en su artículo que la investigación en neurociencias ha demostrado y confirmado que la experiencia traumática en los primeros años de vida deja una marca que se extiende y se expresa en modos diferentes pero relacionados; desde las estructuras del cerebro hasta el sentir, pensar y narrarse.

Lieberman et al. y Finkelhor et al., como se citó en Acevedo et al. (2021) expresan que al igual que las historias y conceptualizaciones de la infancia, la investigación sobre el trauma complejo temprano es escasa y se centra en experiencias que aún no se han contado. Chu y Lieberman en Acevedo et al. (2021) indican con claridad que, a pesar del hecho de que los niños son

vulnerables a una variedad de situaciones traumáticas durante los primeros seis años de vida, esta etapa de desarrollo ha recibido muy poca atención.

Según Van der Kolk et al., (2005), las víctimas de trauma interpersonal a largo plazo, especialmente trauma infantil, tienen mayores índices de problemas relacionados con la regulación emocional y de los impulsos, la memoria y la atención, y la autopercepción del cuerpo, las relaciones interpersonales, la armonía y los sistemas cognitivos de mayor significado. en comparación con la naturaleza dimensional del trastorno de estrés postraumático y las comorbilidades en el mismo trastorno.

Barudy, como se citó en Acevedo et al. (2021) comenta que históricamente, las experiencias e incidentes violentos en la niñez han sido vistos como problemas relacionados con actos específicos de violencia, preferiblemente abuso sexual, abuso físico y negligencia. Sin embargo, este enfoque tiene la dificultad inherente de categorizar en eventos específicos. Esta suele ser una experiencia traumática que rara vez se encuentra en los casos más vulnerables. Esto dificulta el desarrollo de un modelo integrador y complejo de la confusa experiencia traumática de miles de bebés que sufren (y padecen) múltiples lesiones crónicas a lo largo de sus vidas. Antes del lenguaje, los humanos tienen ya una vasta experiencia de estar en una relación y de cómo obtener o no una respuesta.

Como menciona Kolb (1987) en Salvador (2009), los niños son particularmente susceptibles a la disociación durante las experiencias traumáticas y, por lo tanto, aquellos con antecedentes de traumas pasados, especialmente abuso sexual, tienen más probabilidades de experimentar agitación, parálisis y re-trauma, incluso después de la exposición a un estímulo traumático no específico.

Según el mismo autor, debido a la falta de integración de la experiencia en torno a la experiencia traumática, la actividad de la personalidad puede organizarse en torno a diferentes planes de acción relacionados con las

excusas; no se construyen patrones que luego causen mala conducta en casos que puedan recordar algo del evento original. Se sabe, entonces, que durante y después del traumatismo, se produce una perturbación bioquímica debido a que la amígdala permanece hiperactiva ante una percepción de peligro, incluso después de que éste ya ha ocurrido. Este aumento de la secreción produce un exceso de cortisol, que inhibe la actividad del hipocampo. El núcleo del sistema límbico implica simbolizar experiencias y codificarlas desde una perspectiva espacio-temporal. En otras palabras, sin la intervención del hipocampo, las experiencias no pueden transformarse en experiencias narrativas con un final y un lugar en nuestro pasado. En otras palabras, los recuerdos traumáticos todavía se conservan en un formato de memoria emocional latente en las capas subcorticales de nuestro sistema nervioso como recuerdos vívidos, congelados en el tiempo y se comportan de la misma manera que lo hicieron. Esas experiencias no integradas todavía están activas y continúan influyendo en nuestra percepción consciente de la realidad más allá de lo que percibimos. Por tanto, el abordaje del trauma mayor debe centrarse en la herencia sensorial de las experiencias traumáticas a través de la observación consciente de las experiencias somáticas. Esto implica una especie de procesamiento de registro de las capas subcorticales construidas por los sistemas cerebrales de orden superior, la corteza cerebral (Salvador, 2009).

Por otro lado, según Silberg (2020), es importante tener en cuenta que los niños traumatizados y el sistema de salud mental diseñado para ayudarlos, a menudo parecen estar en desacuerdo en una virtual batalla de voluntades. Los niños desarrollan síntomas que son resistentes a la medicación y el control y parecen no responder a todos los tratamientos que tratamos de ofrecer. Los sobrevivientes a menudo se encuentran atrapados en un ciclo aparentemente recurrente de autolesión, provocación y autodestrucción.

Teicher en Silberg (2020) explica que el abuso temprano altera las vías de desarrollo del cerebro de los niños traumatizados de formas predeterminadas, según la edad del niño y el tipo de abuso. Un cuerpo calloso subdesarrollado puede afectar la capacidad de integrar la información visual

<en el lado derecho> y la codificación verbal <en el lado izquierdo>, lo que hace que las personas perciban de manera inconsistente, dependiendo de si se estimula el hemisferio derecho o izquierdo. que responderá a los episodios. La incapacidad para integrar la información en el cuerpo caloso y procesarla verbalmente puede llevar a revivir repetidamente imágenes y sonidos traumáticos.

Fue en 1980 cuando <trauma> se incorpora como diagnóstico según trastorno por estrés postraumático (TEPT). El TEPT necesita un hecho traumático para poder desarrollar síntomas. (Carvajal, 2011)

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994):

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves <Criterio A1>.

La respuesta del sujeto a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos, o en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado <Criterio A2>. El cuadro sintomático característico secundario a la exposición al intenso trauma debe incluir la presencia de reexperimentación persistente del acontecimiento traumático <Criterio B>, de evitación persistente de los estímulos

asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta del individuo <Criterio C>, y de síntomas persistentes de activación o arousal <Criterio D>. El cuadro sintomático completo debe estar presente más de 1 mes <Criterio E> y provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo <Criterio F>.

El acontecimiento traumático puede ser reexperimentado de varias maneras. Normalmente, el individuo tiene recuerdos recurrentes e intrusos <Criterio B1> o pesadillas recurrentes en las que el acontecimiento vuelve a suceder <Criterio B2>. En algunos casos, por otra parte, muy poco frecuentes, el individuo experimenta estados disociativos que pueden durar de pocos segundos a varias horas, o incluso días, durante los cuales se reviven aspectos del suceso y la persona se comporta como si en ese momento se encontrara en él <Criterio B3>. Cuando el individuo se expone a estímulos desencadenantes que recuerdan o simbolizan un aspecto del acontecimiento traumático, suele experimentar un malestar psicológico intenso <Criterio B4> o respuestas de tipo fisiológico <Criterio B5>.

Los estímulos asociados al acontecimiento traumático acaban siendo persistentemente evitados. El individuo suele hacer esfuerzos deliberados para evitar caer en pensamientos, sentimientos o mantener conversaciones sobre el suceso <Criterio C1> y para eludir actividades, situaciones o personas que puedan hacer aflorar recuerdos sobre él

<Criterios C2>. En este comportamiento de evitación puede incluirse la amnesia total de un aspecto puntual del acontecimiento <Criterio C3>. "La disminución de la reactividad al mundo exterior, denominada «embotamiento psíquico» o «anestesia emocional», suele aparecer poco después de que tenga lugar el acontecimiento traumático. El individuo puede manifestar una acusada disminución del interés o participación en actividades que antes le resultaban gratificantes <Criterio C4>, una sensación de alejamiento o enajenación de los demás <Criterio C5> o una acusada disminución de la capacidad para sentir emociones <Criterio C6>. El individuo puede describir una sensación de futuro desolador <Criterio C7>. El sujeto con este trastorno padece constantemente síntomas de ansiedad o aumento de la activación que no existían antes del trauma. Entre estos síntomas cabe citar la dificultad para conciliar o mantener el sueño, que puede deberse a pesadillas recurrentes donde se revive el acontecimiento traumático <Criterio D1>, hipervigilancia <Criterio D4> y respuestas exageradas de sobresalto <Criterio D5>. Algunos individuos manifiestan irritabilidad o ataques de ira <Criterio D2> o dificultades para concentrarse o ejecutar tareas <Criterio D3>.

En los niños mayores las pesadillas perturbadoras sobre el acontecimiento traumático pueden convertirse, al cabo de varias semanas, en pesadillas generalizadas, donde pueden aparecer monstruos, rescates espectaculares o amenazas sobre ellos mismos o sobre los demás. Los niños no suelen tener la sensación de revivir el

pasado; de hecho, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo. Puesto que para un niño puede ser difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos, estos síntomas deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores. En los niños la sensación de un futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a adulto. También puede producirse la «elaboración de profecías», es decir, la creencia en una especial capacidad para pronosticar futuros acontecimientos desagradables. Los niños pueden presentar varios síntomas físicos como dolores de estómago y de cabeza (p 435-137).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2014), hace luego algunas aclaraciones respecto al diagnóstico de TEPT en niños, como ser:

A. En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros, especialmente a los cuidadores primarios. Nota: No incluye sucesos que solamente se han visto en medios electrónicos, televisión, películas o fotografías.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a uno de los padres o cuidadores.

B. Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión

siguientes asociados al suceso traumático, que comienzan después del suceso traumático:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático. Nota: Puede resultar imposible determinar que el contenido aterrador está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas en las que el niño siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. La representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

5. Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso traumático.

C. Ha de estar presente uno o más de los síntomas siguientes, que representan evitación persistente de los estímulos asociados al suceso traumático o alteración cognitiva y del estado de ánimo asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso:

Evitación persistente de los estímulos 1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso traumático. 2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso traumático. Alteración cognitiva 3. Aumento importante de la frecuencia de estados emocionales negativos 4. "Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego. 5. Comportamiento socialmente retraído. 6. Reducción persistente de la expresión de emociones positivas.

D. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes: 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos. 2. Hipervigilancia. 3. Respuesta de sobresalto exagerada. 4. Problemas con concentración. 5. Alteración del sueño.

E. La duración de la alteración es superior a un mes.

F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los padres, hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela.

G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica. (p.273)

Silberg (2020) postula que, en los últimos 20 años, ha aumentado el interés en el estudio de la disociación en relación a situaciones traumáticas, y que, en niños y adolescentes, la pérdida de memoria propia de la disociación impide respuestas favorables a las terapias convencionales.

Cabe destacar que, si bien ha habido avances de estudios sistemáticos en Estados Unidos y Europa, en Latinoamérica la producción es muy baja, debido a que la mayor cantidad de estudios es teórica y no cuenta con la intención de continuar en la línea de lo cuantificable. Por su parte, los estudios empíricos en torno a la terapia infantil, sólo se enfocan en resultados, y no en el proceso y factores asociados al cambio (Castrillón Osorio y Vanegas Osorio, 2019).

4.3 EMDR

La terapia EMDR es un enfoque psicoterapéutico validado empíricamente que el personal de salud puede emplear para tratar las secuelas del trauma psicológico y otras experiencias negativas de la vida, como bien señala su creadora Shapiro (2014). La misma, comienza su desarrollo en 1987 y hasta el día de hoy sigue creciendo como un modelo integrador ampliamente comprobado. Se introdujo en 1989 con la publicación de un ensayo controlado aleatorio <ECA> que evaluaba sus efectos con víctimas de trauma y desde entonces se reforzó con numerosos ECAs adicionales, según la misma autora indica, Shapiro (2014).

La base de la terapia EMDR se encuentra en el modelo de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos, con su sigla en inglés <AIP>. El desarrollo del tratamiento EMDR incluye diversas escuelas de terapia, como cognitivo -conductual, técnicas de exposición, teoría de sistemas, teoría psicodinámica, conciencia plena y terapias experienciales (Shapiro y Forest, 1997; Shapiro et al., 2007).

Históricamente, la EMDR es considerada de primera elección para el Trastorno de Estrés Postraumático y está basada en el modelo de procesamiento adaptativo de la información según Shapiro y Solomon, (2015).

Donde se propone que los recuerdos disfuncionales poseen una influencia subyacente en diversos trastornos psiquiátricos, entre ellos los trastornos del estado de ánimo. Tanto estímulos internos como externos pueden desencadenar sintomatología como lo explicitan Hase et al., (2018). La terapia EMDR busca redirigir estos recuerdos por medio de estimulación, transformándolos e integrándolos a otros vínculos semánticos, según desarrolla Carletto et al. (2021) en Reátegui Duarte et al. (2022).

Siguiendo con esta línea, Shapiro (2001) delimita al objetivo de dicho tratamiento como el de reducir los niveles de ansiedad a través de la estimulación dual, llamado desensibilización, mientras se presta atención a las imágenes, creencias, emociones, reacciones corporales y sistemas interpersonales. Este método promueve el aprendizaje al reintegrar el evento traumático en la memoria de una manera más adaptativa y saludable, haciéndolo menos inductor de miedo.

La misma autora, (2014), define la terapia EMDR como un tratamiento de ocho fases que consta de protocolos y procedimientos estandarizados. Tres vertientes de ocho pasos facilitan una evaluación integral de las condiciones médicas, las situaciones estresantes actuales y el cuadro clínico, la preparación del cliente y el manejo de eventos pasados que preparan el escenario para los desafíos futuros.

Amann et al. (2020) exponen que cuando se valora a un paciente desde esta perspectiva, se buscan las experiencias que han contribuido al problema actual de la persona. Estas experiencias pueden ser eventos traumáticos graves, como un accidente o una agresión, o situaciones más cotidianas como la relación con las personas significativas de la vida. La particularidad de esta técnica, según Shapiro (2001), es que a su combinación teórico práctica de diferentes orientaciones psicológicas, le incorpora la estimulación bilateral, en la

mayoría de los casos mediante movimientos oculares sacádicos horizontales, para desensibilizar el malestar provocado por los recuerdos traumáticos y consecuentemente lograr el reprocesamiento y la integración de estos dentro de las memorias biográficas normalizadas del paciente. (p. 4)

Desde esta perspectiva, Shapiro (2014) propone que las experiencias presentes están vinculadas a redes de memoria ya establecidas y pueden desencadenar emociones almacenadas previamente, sensaciones físicas y creencias no resueltas de experiencias negativas de la vida. Se convierte en el presente y el paciente responde disfuncional porque la percepción del paciente de la situación actual está teñida por recuerdos no procesados. Trastornos familiares, intimidación, humillación, etc., que pueden contribuir a problemas como ansiedad, dificultad para concentrarse, berrinches, falta de atención, problemas de impulsividad, que pueden ser mal diagnosticados como trastorno por déficit de atención con hiperactividad; es especialmente importante identificar las experiencias interpersonales cuando se trata a niños.

EMDR y Brainspotting son enfoques neuronales que abordan el impacto somático, cognitivo y afectivo de los eventos que definen la disfunción. Ambos proporcionan un método de trabajo que promueve el tratamiento basado en la capacidad de autocuración del cerebro y el cuerpo humano; en el pasado se ha mantenido la facilitación de la observación sin la expectativa de una experiencia subcortical como menciona Salvador (2009).

EMDR se destaca por tratar de manera rápida los recuerdos que fueron significados de manera negativa. Esto es relevantemente significativo para la práctica médica, ya que diferentes síntomas clínicos pueden tener base en estas perturbaciones. (Shapiro, 2014). El procesamiento de estos recuerdos con EMDR produce cambios visibles en el aquí y ahora, en cómo se siente el sujeto consigo mismo y en cómo funciona en el momento presente.

Según Beer en Murillo Iniesta (2022), la revisión de 15 estudios sobre el uso de EMDR en niños y adolescentes con síntomas de TEPT encontró una mejora significativa después del tratamiento, que demostró aumentar tanto los síntomas. Se reducen el TEPT y otros síntomas relacionados con el trauma. Según Hensel (2009), hubo una diferencia significativa en el beneficio de EMDR entre niños en edad preescolar <de 6 años o menos> y niños en edad escolar que sufrieron abusos sexuales. Otro estudio (Ahmad et al., 2007) redujo la recurrencia de los síntomas después del tratamiento en 33 niños de 6 a 16 años que sufrían abusos físicos y sexuales crónicos. Por otro lado, un estudio neurofisiológico de la onda P300 realizado por García (2008) encontró que después de aplicar EMDR a menores abusados sexualmente <entre 8 y 15 años>, su rendimiento cognitivo mejoró significativamente.

Jarero et al. (2014) proponen que el mayor porcentaje de la psicopatología puede ser causa de una codificación o procesamiento inadecuado de experiencias traumáticas. Esto, impide que el sujeto pueda integrar adaptativamente las experiencias. Los autores continúan planteando que el EMDR es una aproximación terapéutica que se enfoca en la experiencia pasada, los detonantes actuales y los retos potenciales a futuro, puede dar como resultado, el alivio de los síntomas presentes, con la disminución o desaparición de la perturbación relacionada a las memorias traumáticas; una imagen más positiva de sí mismo, el alivio de las molestias corporales, y la resolución de detonantes presentes, o los que se puedan presentar en el futuro. Han encontrado que la Terapia EMDR en su modalidad individual, ha sido muy efectiva para reducir los síntomas del estrés postraumático en niños que sufrieron algún trauma. A pesar de ello, existen pocos estudios, que han investigado específicamente el tratamiento con terapia EMDR, en niños con traumas Tipo 2, que incluye experiencias más duraderas. Los descubrimientos son consistentes, con otros estudios que han investigado la utilización de esta aproximación en niños que han sufrido traumas. A la fecha, existen pocos estudios que analicen adaptaciones u otras alternativas de tratamiento diferentes a aquellas ya establecidas para tratar TEPT, específicamente en personas con

historias de trauma complejo. Los autores recomiendan mayor investigación en el futuro sobre el uso de la Terapia EMDR, como parte de una aproximación multi-componente y en fases para el tratamiento del trauma.

Según Marín et al. (2016) la terapia EMDR consiste en el mantenimiento de la atención en un doble foco: la estimulación bilateral y la imagen perturbadora. La estimulación puede ser kinestésica, auditiva o visual.

Uno de los primeros trabajos (Cocco y Sharpe, 1993 en Marín et al., 2016) que se realizó con variante de estimulación es el de un niño de 4 años con TEPT, a quien se le aplicó la modalidad de estimulación auditiva y cuya intervención resultó eficaz y, según los autores, menos traumática que una terapia basada en la exposición.

Siguiendo la línea de investigación de Blanco y Geijo (2012), se plantea que durante las sesiones de EMDR, las lecturas electroencefalográficas de los sujetos se caracterizan por la presencia de ondas cerebrales tipo Beta, asociadas a los parámetros normales de la vigilia, manteniéndose la persona consciente en todo momento. Esto se diferencia de los registros electroencefalográficos de sujetos sometidos a sesiones de hipnosis, que indican la presencia de un aumento de las ondas Alfa y Theta, directamente asociadas al aumento de la sugestibilidad.

Un cerebro sano es aquel que está bien integrado, en el que la comunicación a través de la química cerebral fluye libremente en cascadas de activación e inhibición. El cerebro de un niño traumatizado carece de integración, dado que la comunicación horizontal <entre la parte derecha y la izquierda> y la vertical <entre los centros superiores y los inferiores> es menos fluida según expone Silberg (2020).

Será entonces el reprocesamiento del trauma a través de movimientos oculares y otros estímulos, lo que permita tener un cerebro química y psíquicamente sano a aquellos niños entre 3 y 5 años que, por su temprana edad, las terapias que necesitan de verbalización y maduración del lenguaje no serían posibles o efectivas, en EMDR no requiere que el niño entienda o pueda

explicar. En los niños, los resultados son aún más rápidos. En principio, todos puede beneficiarse de esta terapia, independientemente de la edad o el tipo de problema. Se requiere evaluación individual para saber si es adecuado en un caso particular (Blanco y Geijo, 2012).

Según Blanco y Geijo, (2012) los protocolos de actuación del EMDR se dividen en las siguientes fases:

Fase 1. Historia Clínica y Plan de Tratamiento

Durante esta etapa se evalúa la capacidad del individuo para manejar y tolerar emociones intensas, durante y entre sesiones, que pueden surgir al procesar información traumática, tanto psicológica como física. Una vez seleccionado, se realiza una historia clínica y se establecen objetivos específicos de tratamiento.

Fase 2. Preparación

Se explica el procedimiento a seguir y se escoge con el paciente el tipo de estimulación a utilizar: ocular, táctil o auditiva. La estimulación ocular es la más estudiada. Consiste en colocar los dedos índice y medio a unos 30 centímetros de la cara del paciente, realizando movimientos hacia adelante u oblicuos en grupos a una velocidad de dos movimientos por segundo. En el caso de los niños, se pueden utilizar muñecos y animaciones para facilitar su uso. El segundo tipo de estimulación, tapping o vendaje, consiste en aplicar una serie de bombas en las rodillas, hombros o brazos del paciente. En el caso de los niños pequeños, la marcha se puede realizar cambiando el protocolo. Finalmente, se utiliza la estimulación auditiva alternando sonidos y pausas en ambos oídos. Para aumentar la capacidad de control del paciente, en este momento se acuerda una señal silenciosa de parada e identificación de un lugar seguro, que puede ser real o imaginario. Se debe explicar e informar al paciente que durante y entre sesiones puede haber sentimientos fuertes, así como cambios en los recuerdos. Efectos secundarios como:

dolor de cabeza, náuseas, vómitos y náuseas. Se recomienda decirle que debe tener más cuidado después de las sesiones, ya que se reduce la atención. El cansancio después de la sesión y la aparición de nuevas ideas entre sesiones es normal, lo que el paciente debe anotar y comentar en la siguiente sesión. Si el paciente está de acuerdo, firma un consentimiento informado.

Fase 3. Evaluación

Determina la trayectoria profesional. La persona muestra una imagen que representa el evento traumático, junto con la cognición negativa asociada con él. Según Shapiro (2004), casi todas las emociones negativas relacionadas con eventos traumáticos se suelen dividir en cuatro categorías:

- Hipótesis: declaraciones como <No merezco ser amado; Yo soy una mala persona; No soy nada; Merezco lo peor>.
- Responsabilidad: <Soy culpable, soy inocente>
- Falta de seguridad: <Estoy en peligro; No sé cómo defenderme>.
- Falta de control/decisión: <No tengo poder; No puedo encontrar lo que quiero>.

Si existen lagunas en la memoria de las palabras, es posible trabajar la memoria de lo dicho, prestando más atención a la memoria de lo sucedido que al hecho en sí. De la misma manera se debe escribir una intuición positiva <personal, afirmativa y verdadera>, la cual reemplaza a la negativa en el quinto lugar, todo se comprueba:

El primero utilizando la Escala de Confianza Cognitiva <VC> y el segundo utilizando la Escala de Unidades Subjetivas de Deterioro <USP>. Se recogen las emociones asociadas a la imagen angustiosa y se registra el lugar real donde se producen.

Fase 4. Desensibilización

Los tres primeros pasos son la preparación. El método utilizado en esta cuarta sección es específico e indicativo de EMDR. Esto se llama

desensibilización porque se enfoca en las sensaciones desagradables y las sensaciones medidas en la escala USP. Esta sección cubre todos los procesos humanos, incluyendo pensamientos y relaciones, que pueden ocurrir durante las sesiones cuando el evento elegido cambia y se resuelven situaciones estresantes. En este punto, el experto guía a la persona a través de una serie de movimientos oculares hasta que su USP desciende a 0 o, en su caso, a 1 o 2. Básicamente, este método consiste en centrar la atención del paciente en la parte más angustiosa del recuerdo traumático, además de utilizar indicaciones seguidas de respuestas para recopilar los sentimientos del paciente. Este proceso se repite hasta que la persona redefine el estrés y es capaz de crear un reencuadre positivo.

Fase 5. Instalación

Es una fase breve, que permite anclar la cognición positiva en reemplazo de la negativa, recién desensibilizada. Sucede lo mismo que fase cuatro, pero con la atención centrada en la cognición positiva, debiéndose continuar hasta que el valor de la escala de VC sea de 6 o 7.

Fase 6. Body Scan o Chequeo Corporal

La información disfuncional se almacena en el cerebro, pero el cuerpo la recibe. Se realiza un examen físico para verificar si el paciente tiene algún problema. Si no, se implementan programas de incentivos cortos. Esta es la prueba final de que se han trabajado las ideas.

Paso 7. Cierre

En esta fase, el paciente alcanza un estado de estabilidad mental. Si el proceso fue hecho, probablemente no necesitará usar ningún método especial. De lo contrario, lo hará técnicas para reducir la ansiedad, como relajación muscular progresiva o en blanco, imágenes guiadas, hipnosis, etc.

El proceso continuará entre las sesiones con sueños, sentimientos, pensamientos, etc. los comentarios deberán ser escritos para calificar se puede utilizar como objetivo para continuar y actualizar la siguiente fase.

Fase 8 Reevaluación

Conlleva la evaluación de la situación trabajada en la sesión previa, para comprobar si los efectos logrados se mantienen, o si ha quedado algún aspecto a procesar.

Es importante resaltar, que esta terapia permite revivir el trauma en un contexto de seguridad, en el que se facilita el acceso al recuerdo y el procesamiento del mismo. Es importante destacar que la estimulación bilateral es solamente un componente más dentro del protocolo de aplicación de la técnica, la cual puede aplicarse de forma única o combinada dentro de otro tipo de intervención o enfoque terapéutico más amplio. Hoy en día se sabe que la técnica es eficaz, pero la investigación todavía no ha aclarado cuál es el mecanismo subyacente de acción. Los defensores de EMDR explican que la retraumatización no ocurre, sino que implica una interrupción mínima y en un entorno seguro. Por otro lado, es también muy diferente de Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en Trauma, en tanto que esta última incluye desarrollar una narrativa del trauma e involucrarse en la exposición gradual en vivo, como indican Deblinger y Polio (2013).

Actualmente, la EMDR es considerada por su eficacia para tratar estrés postraumático por diferentes organismos internacionales (Marínet al., 2016).

Finalmente, Urbietta (2011) plantea que:

La eficacia de EMDR en el tratamiento del trauma ha sido demostrada en diferentes estudios controlados en los cuales se comparaba con tratamientos farmacológicos y diversos métodos de psicoterapia.

- La Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático <ISTSS>: en 2003, valoró EMDR como método de categoría A/B. En la revisión de 2009: categoría A.

- A.P.A. <U.S.A.> (2004): Valoró al EMDR como efectivo en la mejora de los síntomas del TEPT agudo y crónico, situándolo en la categoría de más alta eficacia y aval empírico.

- Departamento de asuntos de Veteranos y de Defensa (U.S.A.) (2004): la misma calificación.

- Centro Australiano de Salud Mental Postraumática (2007): las mismas conclusiones.

- Comité Directivo Holandés para Salud mental (2007): las mismas conclusiones

- Instituto Nacional de Excelencia Clínica (U.K.) (2005): las mismas conclusiones

Así mismo, en 2010 fue reconocido como una <psicoterapia basada en la evidencia> por el National Registry of Evidence-based Programs and Practices, integrado en el U. S. Department of Health and Human Services. Y en 2012, el Comité Revisor de los Protocolos de la Organización Mundial de la Salud ha aprobado formalmente la recomendación para emplear el protocolo EMDR en adultos y niños con Trastorno por Estrés Postraumático. (p. 11)

4.4 Trauma y terapia cognitivo conductual

Según Sanchez Miguel (2018) la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma <FT-CBT, por sus siglas en inglés> es un tratamiento basado en la evidencia que combina técnicas estándar cognitivo-conductuales con técnicas interpersonales, de apoyo y están diseñadas para reducir los problemas conductuales y emocionales asociados con el trauma infantil

(Cohen et al., 2006). El modelo de terapia deriva de la síntesis de dos líneas de investigación paralelas desarrolladas a mediados de la década de 1980 por Cohen y Mannarino; y por Deblinger. Ambos grupos de trabajo se centraron en estudios preliminares para probar la eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con antecedentes de trauma por abuso sexual (Cohen y Mannarino, 1996, 1997, 1998; Deblinger, et al., 1990; Deblinger et al., 1996, 1999), hasta que hubo similitudes en sus modelos y propósitos, integraron sus puntos de vista para crear un solo modelo TF CBT centrado en la intervención del abuso sexual.

La TF-CBT es una intervención para niños y adolescentes de 5 a 17 años y, cuando es posible, se incluye a sus cuidadores que no abusan. Se realizan sesiones individuales paralelas en las que el adolescente y el cuidador implementan componentes del tratamiento, complementadas con sesiones de tratamiento conjunto enfocadas a reforzar los conocimientos y habilidades disponibles en los diferentes componentes. Uno de los principales objetivos de este estudio fue observar los efectos que la adaptación del criterio TF-CBT en poblaciones de niños y adolescentes con trauma complejo. En general, podemos observar que, entre todos los estudios, todos ajustaron la terapia inicial a las características de la población estudiada, a excepción de Cohen et al. (2004) ante ajustes que el mismo grupo sugeriría posteriormente (Cohen et al., 2012) y otras dos investigaciones (Webb et al., 2014; Sachser et al., 2017) mantuvieron el trabajo con TCC estándar. Por lo general, los terapeutas pasan la misma cantidad de sesiones en cada una de las 3 fases del tratamiento TF-CBT. Sin embargo, los adultos jóvenes con trauma complejo tienen problemas regulatorios significativos en muchas áreas, y estos módulos a menudo se complican por los desafíos de establecer una relación terapéutica confiable y consistente (Cook et al., 2005).

En este sentido, Figueredo y Gamarra (2018) aplicaron la TCC a menores. Una víctima de 14 años fue abusada sexualmente por su padrastro, inicialmente agredida sexualmente. El instrumento para evaluar los síntomas del TEPT con la PTSD Symptom Severity Scale cuantifica los síntomas con un

valor de 0 a 51, después de la intervención de la TCC, se toman mediciones semanales durante el tratamiento y después de un año. Inicialmente, los síntomas de TEPT se presentaron con un puntaje de 50, durante la TCC en la semana 8 se determinó un puntaje mínimo de 10, donde aumentó con la sesión que incluye el recuento de trauma con un valor de 20, sin embargo, en sesiones posteriores bajó a un valor de 8, un año después se analizó y se obtuvo una puntuación de 6. Con los resultados, quedó claro que la TCC tuvo un efecto a largo plazo en la reducción de los síntomas relacionados con el trauma.

Como lo explica Hayes (2004) en Molina et al. (2019), la TCC es parte de la terapia de "segunda generación", pero avanza en el análisis empírico básico del lenguaje, la teoría del marco relacional y la relación terapeuta-paciente; entre otras cosas, han llevado al desarrollo de la "tercera generación" de terapias. Algunos de ellos son: Terapia Dialéctico-Conductual <DBT>, Terapia Psicoanalítica-Funcional <FAP>, Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness <MBCT> y Terapia de Aceptación y Compromiso <ACT>.

Se han comenzado a estudiar terapias de tercera generación con la participación de ACT. Una revisión sistemática de estudios en español de programas de tratamiento de víctimas adultas de ASI encontró que las terapias de tercera generación, como MBCT, pueden producir resultados prometedores para las secuelas a largo plazo de ASI (Rull y Pereda, 2011).

Del mismo modo, ACT ha demostrado ser eficaz para reducir los síntomas de ansiedad, depresión y los del trastorno de estrés postraumático causado por el abuso sexual infantil (Jansen y Morris, 2017). Incluso hay estudios recientes que evalúan la efectividad de las terapias de tercera generación en pacientes con TEPT asociado con abuso sexual infantil, como se muestra en el estudio de Bohus et al. (2009), que contó con datos preliminares narrativos, reveló grandes diferencias entre los tamaños del efecto de las medidas de resultado primarias.

Hamblen et al (2019) en Castro Montenegro (2021) realizaron una revisión de cinco guías de tratamiento para el TEPT, compararon su metodología, así como el nivel de recomendaciones, proporcionando los puntos coincidentes y disidentes de dichas guías. Evidenciaron que en tres de cada cinco guías clínicas recomiendan ofrecer psicoterapias centradas en el trauma sobre las farmacoterapias. Por su parte las dos guías que no tienen recomendaciones de priorización de tratamientos calificaron de evidencia más fuerte a los tratamientos centrados en el trauma respecto al uso de medicamentos. Respecto a las psicoterapias como tal, las cinco guías revisadas recomiendan las terapias centradas en el trauma, principalmente: TEP, TPC y TCC centrada en el trauma. Cuatro de las cinco guías también dieron a la EMDR una fuerte recomendación; a excepción de la APA, que le dio una calificación moderada. (P. 32)

En cuanto a las terapias centradas en el trauma, algunos programas terapéuticos se centran en la exposición in vivo a los estímulos amenazantes, mientras que otros se concentran en la reevaluación del evento sin requerir una confrontación directa con los estímulos relacionados al trauma (Schnyder et al., 2015). Respecto a las estrategias para el procesamiento de la memoria traumática, algunas terapias promueven el recuento del evento a través de la verbalización, otros prescriben un proceso de narrativa escrito, y otras incluyen la reexperimentación del trauma a nivel imaginario ya sea de forma

continua o intermitente sin la verbalización respectiva (Schnyder et al., 2015 en Castro Montenegro 2021). (p. 33)

De Roos et al., (2011) postulan que las intervenciones de TCC basadas en la exposición como tratamiento para el trauma incluyen la psicoeducación sobre el trauma y sus efectos, la exposición repetida a la memoria a través de la creación de narrativas detalladas del trauma, la reestructuración cognitiva, la investigación de comportamientos no deseados o inútiles e incluye elementos como la corrección y la prevención de la recurrencia. Se construye una narrativa de trauma en el transcurso de varias sesiones, lo que requiere que el cliente describa el trauma en detalle. Esto incluye pensamientos, sentimientos, imágenes y eventos que ocurren. Cuando el compromiso narrativo por sí solo no condujo a creencias disfuncionales relacionadas con el trauma y cambios de comportamiento, se proporcionó reestructuración cognitiva y asesoramiento para cambiar los comportamientos de afrontamiento inútiles. La retroalimentación compartida con padres e hijos es un elemento común de todas las sesiones, lo que brinda a los niños la oportunidad de compartir historias traumáticas y otros aspectos de la sesión con sus padres. Esto implica principalmente describir eventos y su impacto en la historia usando un lenguaje apropiado para la edad del niño, agregando imágenes donde sea necesario para proporcionar más detalles y claridad, cambiando la historia y explicando los efectos de la disfunción.

Malejko et al. (2017) indican que no existen diferencias obvias entre la TCC, EP o EMDR, en cuanto a los cambios en las redes cerebrales, pero sí con factores como la habituación, el aprendizaje inhibitorio, el control cognitivo o la atención dirigida. En esta misma línea, De Ross et al. (2017), postularon que el hecho de que EMDR no incluyese componentes a veces innecesarios o mínimamente activos, como una estabilización fase, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o la participación de los padres, antes del trabajo sobre la memoria del trauma, favoreció una mayor aceptabilidad y tolerancia del tratamiento en menos sesiones. Por su parte, Jaberghaderi (2004) añadió

que otro de los motivos por los que EMDR podría resultar más eficiente que la TCC residía en que, en esta última, la carga de tareas para casa era mucho mayor y, por tanto, el tiempo de dedicación requerido también. Sus estudios concluyeron que la buena adherencia a EMDR, posiblemente podría asociarse a su corta duración.

5. Método

El presente Trabajo Final Integrador tuvo como objetivo explorar la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y sus ventajas en niños de 3 a 5 años con traumas.

Para llevar adelante la investigación, se trabajó con un diseño de investigación teórico de tipo conceptual. La revisión de literatura es parte crucial de cualquier investigación, ya que ayuda a posicionar, sustentar teórica y conceptualmente estudios basados en material escrito anteriormente por otros investigadores según explicitan Arnau-Sabatés y Sala Roca (2020).

Se utilizaron fuentes de acceso a la información primarias, secundarias y terciarias. La información recogida de fuentes primarias se obtuvo de libros, investigaciones y tesis inéditas, trabajos originales y publicados; de las fuentes secundarias se tuvieron en cuenta las bases de datos como: Scielo, Dialnet, Redalyc y otras bases disponibles en Biblioteca Digital UFLO y Google Académico; como fuentes terciarias se recurrió a la Biblioteca de la Universidad de Flores.

En atención a los criterios de inclusión, se seleccionaron artículos en español y en inglés principalmente de los últimos cinco años, entre el 2018 y 2023, con la excepción de conceptos clásicos como el de EMDR, Trauma y Lenguaje que necesitaron una búsqueda más amplia. Los criterios de exclusión para la búsqueda fueron artículos que no se relacionen con alguna de las variables propuestas, como ser Trauma y Niños.

6. Síntesis y conclusiones

Las personas somos complejas, cada una con su historia, sus constructos formados a lo largo de su corta o larga vida, con una base psicoimmunoneuroendócrina que marca una predisposición hacia la salud o la enfermedad; insertada en una sociedad y época específica y en un momento de su vida único. Por ello, lo que cada sujeto necesita para estar saludable, o sanar aquello de sí enfermo también requiere un recorrido único. Existen cientos de psicoterapias disponibles para poder trabajar con cada consultante de manera única, según sus características y necesidades. Una de ellas, y la que se propuso estudiar en este trabajo integrador final es la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), caracterizado por su rapidez y eficacia, comparado a otras formas de psicoterapia, para desensibilizar al paciente de sus estresores y consecuencias ansiógenas.

El propósito de esta investigación fue explorar la terapia de EMDR y sus ventajas en niños de 3 a 5 años con traumas, poder compararla con la Terapia Cognitiva Conductual para trauma y referir la prevalencia de la eficacia del EMDR. Para ello, fue necesario explorar las concepciones de Trauma, Psicoterapia en Niños, EMDR y TCC.

Podemos sintetizar entonces, que un trauma infantil es un evento emocionalmente doloroso que vivencia un niño y que no puede superar; por lo que, si el infante no procesa de manera adecuada los momentos posteriores a dicho evento, se sigue reviviendo una y otra vez en su pensamiento, y revivirá las emociones que tuvo al tener dicho trauma.

Un trauma puede ser definido como un evento que desorganiza al sujeto psíquicamente por su intensidad y la imposibilidad del mismo para responder a él de manera adaptativa, y que por consecuencia genera síntomas.

A pesar del hecho de que los niños son vulnerables a una variedad de situaciones traumáticas durante los primeros años de vida, esta etapa de desarrollo ha recibido muy poca atención en cuanto a ser investigada.

Se considera importante tener en cuenta algunos de los principales criterios diagnósticos para Trastorno de Estrés Postraumático en niños, ya que los mismos permiten diferenciar los eventos potencialmente traumáticos de los subjetivamente traumáticos de hecho, a saber:

- Recuerdos angustiosos e intrusivo del evento, que pueden relfejarse en el juego.
- Sueños angustiosos recurrentes relacionados con el suceso traumático.
- Reacciones disociativas que hacen repitencia del evento traumático.
- Malestar psicológico intenso.
- Reacciones fisiológicas importantes a los recordatorios del suceso traumático.

Por otra parte, es importante establecer que niños y niñas, a pesar de estar en edad de desarrollo del lenguaje, pueden necesitar psicoterapia, para este punto, es fundamental destacar que, en los niños, el terapeuta no sólo escucha lo que dice el pequeño paciente, sino que también juega, observa jugando, dibuja, modela etc. Los psicoterapeutas infantiles no solo necesitan interpretar y comprender el contenido simbólico expresado, sino que también deben usar esa comprensión en sus interacciones y procesos psicoterapéuticos.

La psicoterapia EMDR incluye diversas escuelas de terapia, como cognitivo -conductual, técnicas de exposición, teoría de sistemas, teoría psicodinámica, conciencia plena y terapias experienciales. La misma, tiene como objetivo el reducir los niveles de ansiedad a través de la estimulación dual, mientras se presta atención a las imágenes, creencias, emociones, reacciones corporales y sistemas interpersonales. Este método promueve el aprendizaje al reintegrar el evento traumático en la memoria de una manera más adaptativa y saludable, haciéndolo menos inductor de miedo.

Será entonces el reprocesamiento del trauma a través de movimientos oculares y otros estímulos, lo que permite tener un cerebro química y psíquicamente sano a aquellos niños entre 3 y 5 años que, por su temprana edad, las terapias que necesitan de verbalización y maduración del lenguaje no serían posibles o efectivas, en EMDR no requiere que el niño entienda o pueda explicar, ya que sus protocolos son adaptables al juego y al dibujo, como lenguaje propio de su etapa madurativa.

Se considera importante resaltar, que esta terapia permite revivir el trauma en un contexto de seguridad, en el que se facilita el acceso al recuerdo y el procesamiento del mismo.

Actualmente, la EMDR es una técnica de reconocida eficacia para el tratamiento del TEPT por parte de diversos organismos internacionales y recomendada en las principales guías clínicas, aun así, los autores recomiendan mayor investigación futura sobre su uso, como parte de una aproximación multi-componente y en fases para el tratamiento del trauma.

Por otro lado, la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma es un tratamiento basado en la evidencia que combina técnicas estándar cognitivo-conductuales con técnicas interpersonales, de apoyo y están diseñadas para reducir los problemas conductuales y emocionales asociados con el trauma infantil.

Algunos programas terapéuticos para trauma se centran en la exposición in vivo a los estímulos amenazantes, mientras que otros se concentran en la reevaluación del evento sin requerir una confrontación directa con los estímulos relacionados al trauma. Respecto a las estrategias para el procesamiento de la memoria traumática, algunas terapias promueven el recuento del evento a través de la verbalización, otros prescriben un proceso de narrativa escrito, y otras incluyen la reexperimentación del trauma a nivel imaginario ya sea de forma continua o intermitente sin la verbalización respectiva.

Se postula que las intervenciones de TCC basadas en la exposición como tratamiento para el trauma incluyen la psicoeducación sobre el trauma y sus efectos, la exposición repetida a la memoria a través de la creación de narrativas detalladas del trauma, la reestructuración cognitiva, la investigación de comportamientos no deseados o inútiles e incluye elementos como la corrección y la prevención de la recurrencia. Se construye una narrativa de trauma en el transcurso de varias sesiones, lo que requiere que el cliente describa el trauma en detalle. Esto incluye pensamientos, sentimientos, imágenes y eventos que ocurren.

Si bien la bibliografía consultada indica que no existen diferencias obvias entre la TCC, TE o EMDR, en cuanto a los cambios en las redes cerebrales, también se hace hincapié en las diferencias respecto a la desarrollar una narrativa del trauma e involucrarse en la exposición gradual en vivo, la habituación, el aprendizaje inhibitorio, el control cognitivo o la atención dirigida, en lo que EMDR es evidentemente más recomendable.

A la luz de los datos que se recolectaron en esta investigación, se podría sintetizar que la terapia de reprocesamiento del trauma a través de movimientos oculares tiene mayores ventajas para trabajar con niños de 3 a 5 años, quienes aún no cuentan con un lenguaje desarrollado y quienes, por su corta edad, necesitan reprocesar la información devenida del trauma lo más rápido posible. Por su contraparte, la terapia cognitiva conductual, que es ampliamente recomendada, tiene programas más extensos que el EMDR e incluye, en su mayoría, la narrativa y la exposición al trauma, como recorrido más eficaz para la cura de TEPT. Por su lado, EMDR, no expone al paciente más que al recuerdo que permite el reprocesamiento del trauma y un mínimo de lenguaje que permita dicha interacción. A pesar de ello, EMDR no tiene tanto respaldo científico como TCC, por lo que no se puede lograr el objetivo de esta investigación de referir la prevalencia de la eficacia de EMDR.

Claramente, un niño a temprana edad puede sufrir un trauma y que el mismo produzca desorganización psíquica y sus consecuentes efectos psíquicos y físicos, por los que esta investigación puede concluir que existe

evidencia científica y bibliografía que postule a la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares eficaz para niños con trauma, entre 3 y 5 años, debido a su corta duración, posibilidad de adaptación de protocolos en cuanto a la adaptación del lenguaje del niño al juego, dibujo y corporalidad. Empero se considera que dicha fundamentación empírica y teórica es muy acotada en general, y más aún en Latinoamérica, como para demostrar su prevalencia. Por ello, es que se concluye en la necesidad de generar conocimiento al respecto en nuestro territorio.

7. Aportes de la investigación

Dado la falta de bibliografía e investigaciones en cuanto a la comparación entre terapias de trauma y en específico de los aspectos beneficiosos del EMDR en niños, <la cual es casi nula en el territorio argentino y en Latinoamérica>, los aportes de esta investigación, están relacionados con una síntesis comparativa entre EMDR, trauma y niños, que puede dar lugar a nuevas investigaciones respecto a la temática.

8. Limitaciones

Las principales limitaciones de esta investigación, se relacionan con las escasas investigaciones cuantitativas y cualitativas de la temática. También se encuentra limitada respecto a la edad del grupo estudiado, pudiendo a futuro estudiarse el EMDR en adolescentes y adultos, respecto de otras terapias.

Por otro lado, la investigadora no posee la calificación para llevar a cabo como terapeuta pruebas válidas y evidenciables que verifiquen las posibles hipótesis. Se propone, la misma, prolongar esta investigación en un posgrado, pudiendo acceder a la muestra necesaria para la investigación.

9. Propuestas de intervención

Según lo concluido en este trabajo acerca de las ventajas de la terapia EMDR en niños con trauma o TEPT de 3 a 5 años, es que se realiza la siguiente propuesta de intervención.

El objetivo de dicha propuesta es el de generar desensibilización a través de movimientos oculares, de la información de un evento traumático que el pequeño archivó en su memoria con una significación negativa, y en su lugar anclar una cognición más saludable y positiva.

Los recursos necesarios para esta propuesta de intervención son: un terapeuta especializado en niños y con el entrenamiento en EMDR y juegos, juguetes y material desestructurado que permita hacer las veces de lenguaje no verbal para el niño.

El tiempo estimado dependerá de la complejidad del trauma y de la cantidad de cogniciones que se deban desensibilizar. Cada una de ellas se trabajará por separado siguiendo las distintas fases del protocolo.

Las intervenciones serán divididas en fases, basados en lo que, según Blanco y Geijo, (2012) son los protocolos de actuación del EMDR. Los mismos serán adaptados para la edad de los pacientes.

Fase 1. Historia Clínica y Plan de Tratamiento

Se propone realizar entrevistas con padres o cuidadores del niño o niña a tratar, buscando la conceptualización de la historia clínica, información sobre su tolerancia a emociones intensas y establecer los objetivos respecto al trauma y al paciente. Posteriormente se comprueba esta información con el menor, a través de juegos y role playing.

Fase 2. Preparación

Se explica el procedimiento a seguir y se escoge con el paciente el tipo de estimulación a utilizar: ocular, táctil o auditiva. La estimulación ocular, que

es la más estudiada, puede realizarse con un muñeco de elección del paciente, ubicándolo a unos 30 centímetros de la cara del mismo, se realizarán movimientos oblicuos en una velocidad de dos movimientos por segundo. Para aumentar la capacidad de control del paciente, en este momento se acuerda una señal silenciosa de parada e identificación de un lugar seguro, que puede ser real o imaginario.

Se debe explicar e informar a los padres que durante y entre sesiones puede haber sentimientos fuertes, así como cambios en los recuerdos. Efectos secundarios como: dolor de cabeza, náuseas, vómitos y náuseas. El cansancio después de la sesión y la aparición de nuevas ideas entre sesiones es normal. Se firmará un consentimiento informado.

Fase 3. Evaluación

A través de la técnica <hora de juego diagnóstica> se buscará evaluar el trauma y las emociones negativas relacionadas con el evento. La persona muestra una imagen que representa el evento traumático, junto con la cognición negativa asociada con él (Shapiro, 2004).

Si existe un relato verbal del trauma, puede trabajarse desde la memoria de lo sucedido, de lo contrario se trabajará desde lo no verbal; los gestos, los dibujos, el juego.

Se determinará, de la misma manera, una intuición positiva <personal, afirmativa y verdadera>, la cual reemplaza a la negativa.

Se comprobará utilizando la Escala de Confianza Cognitiva y la Escala de Unidades Subjetivas de Deterioro, al ser niños muy pequeños, no se encuentra la posibilidad de que estas escalas sean numéricas, por no tener la capacidad de asociar un número con una cantidad real, por lo que se adecuarán estas escalas a palabras que sí comprendan <las cuales deberían evaluarse en las etapas previa>. Se recogen las emociones asociadas a la imagen angustiosa y se registra el lugar real donde se producen.

Fase 4. Desensibilización

En esta fase se utilizará el método específico e indicativo de EMDR. Esta sección cubre todos los procesos humanos, incluyendo pensamientos y relaciones, que pueden ocurrir durante las sesiones. En este punto, el experto guía a la persona a través de una serie de movimientos oculares hasta que su Escala Subjetiva de Deterioro desciende lo más posible. Básicamente, este método consiste en centrar la atención del paciente en la parte más angustiada del recuerdo traumático, además de utilizar indicaciones seguidas de respuestas para recopilar los sentimientos del niño. Este proceso se repite hasta que la persona redefine el estrés y es capaz de crear un reencuadre positivo. Para adaptar esta etapa al niño de la edad que nos proponemos, es necesario que toda intervención gire en torno al juego y a las formas de expresión propia del sujeto, aquí la creatividad en la adaptación del protocolo es esencial y debe adecuarse al paciente.

Fase 5. Instalación

En esta fase se buscará anclar la cognición positiva en reemplazo de la negativa. Se realiza el mismo procedimiento que en la fase anterior, pero con la atención centrada en la cognición positiva, debiéndose continuar hasta que el valor de la escala de Confianza Cognitiva sea alto. De esta forma, se seguirán usando juguetes para el anclaje.

Fase 6. Body Scan o Chequeo Corporal

La información disfuncional se almacena en el cerebro, pero el cuerpo la recibe. Por ello, se realizará un escaneo corporal sobre sensaciones, dolores, molestias previas que puedan permanecer <que permitirá también evaluar si alguna información no se desensibilizó y continúa haciendo síntoma> o que se desprendan de los nuevos anclajes.

Paso 7. Cierre

En esta fase se harán técnicas sencillas para reducir la ansiedad, como relajación muscular o conciencia plena, que los niños puedan usar posteriormente, ya que el proceso continuará entre sesiones.

Fase 8 Reevaluación

Por último, se evaluará la situación trabajada en la sesión previa, para comprobar si los efectos logrados se mantienen, o si ha quedado algún aspecto a procesar, para ello puede volver a usarse, hora de juego, dibujos, role playing, etc.

Finalizado este proceso, puede volver a comenzar en torno a nuevas cogniciones que necesiten ser desensibilizadas, hasta lograr abordar todas las posibles.

REFERENCIAS

- Acevedo, F. L., Guajardo, H., Kushner, D., Barrientos, C., y Monje, G. (2021). La complejidad del trauma complejo del desarrollo: una propuesta del modelo de apego y complejidad (MAC). *Revista de psicoterapia*, 32(120), 105-124.
- Ahmad, A., Larsson, B., y Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349-354. <https://doi.org/10.1080/08039480701643464>
- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM- 4* (4a. ed)
- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.)
- Amann, B., Valiente, A., Moreno, A., Santed, M. A., y Gonzalez, A. (2020) Documento sobre la evidencia científica de la terapia EMDR. Descripción Breve.
- Alvarado Orduz, S., Posada Hoyos, A., y Sánchez Aguilera, M. (2022). *Revisión sistemática sobre la relación entre el trastorno de estrés postraumático y el funcionamiento neuropsicológico infantil*. [Tesis de especialización en neuropsicología escolar. Politécnico Gran Colombiano]. <https://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/6704>
- Armesto Huete, C. y García Cenador, A. (1987). *El lenguaje en el niño. Origen y evolución*. Narcea.
- Arnau-Sabatés, L., y Sala Roca, J. (2020). *La revisión de la literatura científica: pautas, procedimientos y criterios de calidad*. Universidad Autónoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/recdoc/2020/222109/revliltcie_a2020.pdf.
- Barón, L., Muller, O. (2014) *La Teoría Lingüística de Noam Chomsky: del Inicio a la Actualidad*. Fundación Universitaria los Fundadores.
- Beer, R. (2018). *Eficacia de la terapia EMDR en niños con TEPT: una revisión de la literatura*. [Tesis de grado, Comillas Universidad Pontificia] <http://hdl.handle.net/11531/57560>

- Bigas, M. y Correig, M. (2008). *Didáctica de la lengua en la educación infantil*. Síntesis .
- Blanco, E. L., y Geijo, G. L. (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, (104), 5.
- Blanco Presas, L. (2021). *Trauma psicológico y adicciones: prevalencia y tratamiento con desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR)*. Universitat de Barcelona.
- Castro Montenegro, A. (2021). *Mecanismos activos en el tratamiento del trastorno de estrés post traumático: una revisión entre el correlato neurobiológico y conductual*. <https://kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/82773>
- Carvajal, C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(3), 221–224. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272011000300001>
- Castrillón Osorio, L. C., y Vanegas Osorio, J. H. (2019). Visión histórica y estado actual de la investigación en psicoterapia con niños. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Vol. XXVIII, Nº 5, 958-966 <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1084>
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., y Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of clinical psychology*, 58(1), 99–112. <https://doi.org/10.1002/jclp.1131>
- Cocco, N. y Sharpe, L (1993). An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24 (1993), pp. 373-377, 10.1016/0005-7916(93)90062-2
- De Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., y de Jongh, A. (2011). *Comparación Aleatorizada entre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) en Niños Expuestos a un Desastre*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5694>

- De Roos, C., Van Der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., y de Jongh, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(11), 1219-1228. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12768>
- Deblinger, E., Polio, E. (2013). *Implementing Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) in a Group Format*. CARES Institute.
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., y Lindauer, R. J. (2015). Trauma2 focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European child y adolescent psychiatry*, 24(2), 227–236. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5>
- Esteban Montoro, P. (2022). *Intervención con emdr en un caso de trauma preverbal*. [Tesis de Máster. Universidad Europea de Madrid] <http://hdl.handle.net/20.500.12880/2271>
- Figueredo, M., y Gamarra, O. (2018). Terapia Cognitiva Conductual modificada aplicada a un caso de abuso sexual. *Revista Brasileira de terapia Comportamental e Cognitiva*, 7-26
- Gallo Martín, C. (2022). *Eficacia de la terapia EMDR en el tratamiento del trauma infanto-juvenil*. [Tesis de Máster. Comillas Universidad Pontificia] <http://hdl.handle.net/11531/66277>
- Gonzalez, B. (2019). Traumas infantiles. *Psicología y Formacion*. <https://www.somospsicologos.es/blog/traumas-infantiles/>
- Gonzalez, B. (2019). Traumas infantiles. *Psicología y Formación*.
- Hernández Pina, F. (1984). *Teorías psicosociolingüísticas y su aplicación a la adquisición del español como lengua materna*. Siglo XX de España Editores

- Herrezuelo Pérez, M. E. y Fuente Briz, A. (2014) *El desarrollo del lenguaje oral de 3 a 6 años y sus principales trastornos* [Tesis de Grado en Educación Infantil, Universidad de Valladolid]. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/6794>
- Hurtado, A. y Hernández, Y. (2022). Psicoterapia Cognitivo Conductual Aplicada al Estrés Postraumático Causado por Abuso Sexual Infantil en Mujeres Adultas. *Revista Sexología y Sociedad*, 28(1).
- Iglesias-Goya, L. (2020). *EMDR como coadyuvante en el tratamiento del TOC*. [Tesis de grado. Universidad Internacional de La Rioja] <https://reunir.unir.net/handle/123456789/9947>
- Janet P. Histoire d'une idé fixe. *Revue Philosophique*. 1884;37:121-163. In: Janet P, *Nervroses et ideas fixes*. Felix Alcan. Vol. 1 (pp. 156-212).
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., y Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(5), 358–368. <https://doi.org/10.1002/cpp.395>
- Jarero, I., Roque-López, S., y Gómez, J. (2014). Primer estudio de investigación de la aplicación del protocolo grupal e integrativo con EMDR a niños víctimas de violencia interpersonal severa. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8(4), 143E-155E. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.4.143>
- Karadag, M., Gokcen, C., y Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: A six-week follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(1), 77-82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Laplanche, J. (1998). *Diccionario de psicoanálisis* (2a. ed., 1a. reimp.). Barcelona: Labor.
- Leiva, V., y Rubí, P. (2022). Lingüística en el ejercicio de la psicoterapia infantil: desafíos para la práctica clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(3), 299-307. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272022000300299>

- Malejko, K., Abler, B., Plener, P. L., y Straub, J. (2017). Neural correlates of psychotherapeutic treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 85. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00085>
- Marín, C., Guillén, A. I., y Vergara, S. (2016). Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR). *Clínica y Salud*, 27(3), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.001>
- Molina, D., Coll, E., y Carvajal, O. (2019). Intervención psicológica del abuso sexual en niños: Revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 12(3), 71-80.
- Murillo Iniesta, M. Á. (2022). *El fenómeno del abuso sexual infantil (ASI): las fallas del sistema judicial y la intervención en el trauma con EMDR*.
- Oras, R., de Ezpeleta, S. C., y Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 199-203. <https://doi.org/10.1080/08039480410006232>
- Pérez Gianguzzo, C. (2020). *La clínica psicoanalítica con niños y sus lenguajes. Reflexiones desde una mirada semiótica* (Master's thesis). <http://hdl.handle.net/2133/21345>
- Puntonet, M. F., Quiñones, G. R., Martori, A. F., Benitez, T. R., Puig, G. P., y Ramos-Quiroga, J. A. (2021). Programa de atención a las violencias en la infancia y la adolescencia. *Psicosomàtica y Psiquiatria*, (19).
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.6 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [16/4/2023].
- Retamal, M. I., Sepúlveda, E., Cortés, J. P., Barraza, F., y Arancibia, M. (2022). Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) para trastornos ansiosos y depresivos en niños y adolescentes: revisión de la evidencia disponible. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 60(1), 51-61. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272022000100051>
- Reyzábal, M. (2001). *La comunicación oral y su didáctica*. La Muralla.

- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de psicoterapia*, 20(80), 5-16.
- Sánchez Miguel, D. (2018). *El trastorno invisible: Revisión de la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma en población infantil y adolescente con sintomatología de Trauma Complejo*. Universitat Jaume I.
- Shapiro F. (2001) Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR). 2da ed. New York, NY: The Guilford Press.
- Shapiro, F. (2014). El Rol de la Terapia EMDR en la Medicina: Tratamiento de los Síntomas Psicológicos y Físicos que Surgen de las Experiencias Vitales Adversas. *The Permanente Journal*, Volumen 18, No. 1.
- Shapir, F., Kaslow, F.W. y Maxfield, L. (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. New York: John Wiley.
- Shapiro, F., y Forrest, M. (1997). *EMDR. breakthrough therapy for overcoming*. New York: Basic Books.
- Shapiro, F., y Solomon, R. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing therapy. In E. Neukrug (Ed.), *The SAGE encyclopedia of theory in counseling and psychotherapy* (pp. 389-394). SAGE Publications, Inc.,
- Silberg, J. (2020) *El niño superviviente*. Curar el trauma del desarrollo y la disociación. Ed. Desclée De Brouwer
- Terr, L. (1994). *Unchained memories: True stories of traumatic memories, lost and found*. Nueva York: Basic Books.
- Urbano Hinojoza, D. y Peña Tiburcio, L. (2019). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual para disminuir los síntomas del trastorno de estrés postraumático en los pacientes niños y adolescentes*. Universidad Privada Norbert Wiener.
- Urbieta, B. A. (2011). No me acuerdo o la narrativa de una adopción. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol.3 n.º 1

- Van der Kolk, B. A. (2005). Roth S. Pelcovitz D. Sunday S. Spinazzola J. *Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Journal of Traumatic Stress, 18(5), 389-399.*
- Wesselmann, D., Armstrong, S., Schweitzer, C., Davidson, M., y Potter, A. (2018). An integrative EMDR and family therapy model for treating attachment trauma in children: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research, 12(4), 196-207.* APA PsycInfo. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.196>
- Yus, I., Guillén-Riquelme, A., y Quevedo-Blasco, R. (2023). Meta-análisis de la eficacia de intervenciones psicológicas en menores refugiados. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 14(1), 26-39.* [<https://doi.org/10.23923/j.rips.2023.01.063>]