

**EMDR (desensibilización y reprocesamiento a través del movimiento ocular)
Evidencia empírica de la eficacia de su utilización en niños de 3 a 5 años que
padecieron experiencias traumáticas**

EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) Empirical evidence of the effectiveness of its use in children aged 3 to 5 years who suffered traumatic experiences

Jésica Romero
Diego Argentino

Colegio de Psicólogos de la Pcia. De Bs. As. Distrito XIII - Universidad de Flores

Resumen

Los eventos potencialmente traumáticos pueden darse a lo largo de toda la vida y serán subjetivamente traumáticos 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. El objetivo de la presente investigación será explorar investigaciones que muestren la eficacia de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares en niños de 3 a 5 años con traumas. Se llegó a la conclusión de que la terapia de reprocesamiento del trauma a través de movimientos oculares goza de evidencia empírica de su eficacia con niños de 3 a 5 años, con la ventaja que requiere de muy poco lenguaje del paciente para llevarse a cabo. En relación con una terapia verbal tradicional. La investigación también cuenta con un desarrollo teórico sobre EMDR y el trauma infantil. Palabras clave: EMDR. Trauma. Niñez temprana. Reprocesamiento. Psicoterapia.

Abstract

Potentially traumatic events can occur throughout life and will be subjectively traumatic when the subject cannot process these events psychically. Children, at an early age, can eventually suffer trauma, with the addition that they lack the symbolization capacity necessary to process them. The objective of the present investigation will be to explore research that shows the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing therapy in children aged 3 to 5 years with trauma.

It was concluded that trauma reprocessing therapy through eye movements has empirical evidence of its effectiveness with children aged 3 to 5 years, with the advantage that it requires very little language from the patient to be carried out. In relation to traditional verbal therapy.

Keywords: EMDR. Trauma. Early childhood. Reprocessing. Psychotherapy.

Delimitación del objeto de estudio

González (2019) expone que un trauma infantil es un evento emocionalmente doloroso que vivencia un niño y que no puede superar. Por esta razón, si el infante no procesa de

manera adecuada dicho evento, se sigue reviviendo una y otra vez en su pensamiento, y reexperimentará las emociones que tuvo al tener dicho trauma.

Según Barra (2013), en Urbano Hinojoza y Peña Tiburcio (2019), en la población mundial se muestra una prevalencia de trastorno de estrés postraumático del 1 al 9%. 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.

De acuerdo a la gran cantidad de niños expuestos a situaciones traumáticas, 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 considera que, para los niños de temprana edad, puede ser muy nocivo convivir con un trauma no resuelto por largo tiempo. La problemática se encuentra en que las tradicionales terapias verbales requieren del lenguaje desarrollado para poder generar una narrativa del hecho.

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).

La presente investigación encontró evidencia empírica de la terapia de reprocesamiento a través de movimientos oculares para abordar el trauma en niños entre 3 y 5 años. Por último, para profundizar en la temática, se realizó un desarrollo teórico-conceptual sobre trauma infantil y EMDR.

Método

Es necesario aclarar que el diseño de la presente investigación consiste en una revisión narrativa. En palabras de Guirao-Goris (2015, pag.1) esta consiste en “la revisión de la literatura es definida como un estudio detallado, selectivo y, a veces, crítico que tiene como objetivo examinar lo que se ha publicado”.

Objetivo General

Analizar el EMDR como tratamiento efectivo para niños de 3 a 5 años que padecieron experiencias traumáticas.

Objetivos Específicos

- Explorar la literatura científica sobre la evidencia empírica de la eficacia que tiene la utilización del EMDR (desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares) en niños de 3 a 5 años que padecieron experiencias traumáticas.
- Desarrollar los conceptos teóricos acerca del EMDR, específicamente en el uso que se realiza en niños.
- Formular los conceptos centrales del trauma en la infancia.

Antecedentes

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.

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) mostró que se 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.

Urbieta (2011) afirma que la EMDR es considerada por su eficaz para tratar estrés postraumático por diferentes organismos internacionales como La Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (2018) (ISTSS), la A.P.A. (2004), el Departamento de asuntos de Veteranos y de Defensa (U.S.A.) (2004), el Centro Australiano de Salud Mental Postraumática (2007), el Comité Directivo Holandés para Salud Mental (2007), el Instituto Nacional de Excelencia Clínica (U.K.) (2005): 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)

Yus et al. (2023) expresan que la exposición temprana a hechos de violencia 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 de cada intervención. Un total de 22 investigaciones llegaron a la conclusión de que la intervención psicológica resultó clínicamente significativa y con efecto en los marcadores de salud del trauma: el estrés postraumático, depresión y ansiedad. Este estudio demuestra la mayor eficacia de las terapias NET <tratamiento neuroeléctrico> y EMDR podrían ser las más eficaces respecto de las demás técnicas estudiadas.

Wagenmans et al. (2018) en un ensayo clínico no aleatorizado 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% su TEPT estaba 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) de con una duración de noventa minutos por la mañana; y 2) EMDR, en sesiones 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 eficiente cuando se lo combina con EMDR.

Tres estudios compararon EMDR con diferentes modalidades de la TCC 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.

Como exponen Valiente-Gómez et al. (2017), en Amann et al. (2020) existen 34 ensayos clínicos controlados aleatorios que demuestran la eficacia de la terapia EMDR en Tratamiento del TEPT, 25 en población y 9 en población infantojuvenil. En este sentido, esta revisión sistemática postula que gran parte de estos estudios confirman la eficacia y seguridad de EMDR en estas condiciones clínicas.

Posteriormente, Beer (2018) revisó 15 estudios que examinaron la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento de niños y adolescentes. Todos los estudios mostraron que la terapia EMDR redujo significativamente los síntomas de TEPT, 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.

Esteban Montoro (2022) realizó un estudio de caso único con un paciente con sintomatología compatible con un trauma de origen preverbal. Los padres refirieron 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.

Alvarado Orduz et al. (2022) realizaron una 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. La muestra estuvo compuesta por 2.744 artículos hallados a través de PubMed, EBSCO y Scielo, de los cuales se escogieron 19 artículos. Como resultados se identifica que las funciones ejecutivas fueron los procesos intelectuales mayormente impactados por la exposición a trauma infantil. También afirman 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.

Gallo Martín (2022) postula que la terapia EMDR es uno de los tratamientos de elección para el trauma y su sintomatología asociada, en adultos. Realizaron una revisión sistemática de tres ensayos clínicos controlados con asignación aleatoria (Ahmad et al. 2007; Chemtob et al. 2002), y seis ensayos clínicos aleatorios sin la condición grupo control (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; 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 abarca 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; 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; Jaberghaderi 2004; Karadag et al. 2019).

Fundamentación teórica

Trauma psíquico

Janet (1919) 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)

Shapiro (2001) en Blanco y Geijo (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. 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 segura. 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).

Trauma infantil

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.

Blanco Presas (2021) agrupan bajo el nombre de experiencias infantiles negativas, 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.

Urbieta (2011) expone 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, (2011). y Finkelhor et al. (2007), 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 (2011) 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 (1999), 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 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.

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 calloso 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 encontrará 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)

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 que evaluaba sus efectos con víctimas de trauma y desde entonces se reforzó con numerosos ensayos 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).

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 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, (Shapiro, 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: “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 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.

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 sugestión.

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.

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

Fase 2. Preparación

Fase 3. Evaluación

Fase 4. Desensibilización

Fase 5. Instalación

Fase 6. Body Scan o Chequeo Corporal

Paso 7. Cierre

Fase 8. Reevaluación

Janero et al. (2014) afirma que existe también un Protocolo Grupal e Integrativo con EMDR (EMDRIGTP), fue desarrollado por miembros de la Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis (AMAMECRISIS), para enfrentar necesidad de rápida y masiva intervención después de que el Huracán Paulina devastara las costas del oeste de México en 1997. Algunos conocen este trabajo como el Protocolo Grupal del Abrazo de la Mariposa, el Protocolo Grupal de EMDR y el Protocolo Grupal de EMDR para niños (Artigas et al., 2009).

EMDR en niños

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).

El protocolo del EMDR para niños tiene algunas diferencias respecto del que se usa con adultos. En particular, los settings son de menor duración, pueden estar acompañados por uno de sus padres en la entrevista, no es necesario cerrar los ojos y la forma en la que se mide el SUD no necesariamente es en números sino en escalas que los niños comprenden (por ejemplo: ¿al pensar en este te afecta mucho, poquito o nada? O ¿Tu miedo ahora es chiquito como una hormiga, grande como un elefante o mediano como una vaquita?

Actualmente se está obteniendo muy buenos resultados en la administración grupal del EMDR en poblaciones que atravesaron la misma experiencia traumática como ha sucedido en México, Nicaragua, El Salvador, Colombia y Venezuela (Artigas et al, 2000; Jarero et al., 1999 y Jarero et al., 2006) y con niños y niñas de Albania refugiados de guerra en Alemania (Wilson et al., 2000).

Síntesis y conclusiones

En contraposición con las llamadas terapias verbales, el psicodrama, la exposición propuesta por el conductismo y el EMDR entre otras, ofrecen alternativas de resolución de situaciones traumáticas que van más allá de la palabra. Esto resulta muy importante cuando el trauma sucedió en una etapa preverbal o cuando la persona que necesita el tratamiento no tiene suficiente capacidad simbólica para realizar su sanación mediante el lenguaje verbal.

Los antecedentes muestran que el EMDR resulta efectivo para abordar situaciones traumáticas tanto en adultos, adolescentes como en niños. Sin embargo, no es una opción excluyente de otras técnicas que pueden administrarse de forma integrada o separada de la desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular.

Por otro lado, la literatura teórica echa luz sobre el fenómeno de la situación traumática en general y de los niños en particular. Una enorme cantidad de la población requiere este tipo de atención y una pequeña cantidad de la misma tiene los recursos para acceder a un tratamiento con evidencia empírica. Por esa razón, los enfoques grupales de desensibilización de situaciones traumáticas parecen ser una alternativa necesaria y urgente.

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 facilita tener un cerebro química y psíquicamente sano a aquellos niños entre 3 y 5 años.

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.

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>
- Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>
- Amann, B., Valiente, A., Moreno, A., Santed, M. A., y Gonzalez, A. (2020) Documento sobre la evidencia científica de la terapia EMDR. Descripción Breve.
- 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.)
- 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
- Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N., (2000). EMDR and traumatic stress after natural disasters: integrative treatment protocol and the butterfly hug. Poster presented at the EMDRIA Conference, September, Toronto, Ontario, Canada.
- Artigas, L., Jarero, I., Alcalá, N., & López Cano, T. (2009). The EMDR integrative group treatment protocol (IGTP). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and special situations, 279-288.
- Barra F. (2013) Trastorno de estrés post traumático en niños y adolescentes. Revista Chilena de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v84n1/art01.pdf>
- Barón, L., Muller, O. (2014) *La Teoría Lingüística de Noam Chomsky: del Inicio a la Actualidad*. Fundación Universitaria los Fundadores.
- Barudy, J. (1999). *Maltrato infantil: ecología social: prevención y reparación*. Galdoc.
- 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>
- Carletto, S., Malandrone, F., Berchiolla, P., Oliva, F., Colombi, N., Hase, M., Hofmann, A., & Ostacoli, L. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing for depression: a systematic review and meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1894736.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1894736>

- 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>
- Chu, A.T. y Lieberman, A. F. (2010). Clinical implications of traumatic stress from birth to age five [Implicaciones clínicas del estrés traumático desde el nacimiento hasta los cinco años]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 469-94. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131204>
- 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](https://doi.org/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). Trauma42 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>
- Duarte, M. J. R., Chiriboga, L. A. B., & Coronel, A. A. R. (2022). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) para la depresión: revisión sistemática. *Ciencia Digital*, 6(3), 23-41.
- 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
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. y Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization [Polivictimización: un componente desatendido en la victimización infantil]. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., and Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences: Therapist guide. New York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001>
- 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>
- García Espiñeira, M. C. (2008). Estudios cognitivos en niños abusados sexualmente (*Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena*).
- Gonzalez, B. (2019). Traumas infantiles. *Psicología y Formación*. <https://www.somopsicologos.es/blog/traumas-infantiles/>
- Gonzalez, B. (2019). Traumas infantiles. *Psicología y Formación*.
- Guirao-Goris, S. (2015). Utilidad y tipos de revisión de literatura Usefulness and types of literature review. *Revista ENE*, 9 (2).
- Hensel, T. (2009). EMDR with children and adolescents after single-incident trauma: An intervention study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(1), 29. <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.3.1.2>
- Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., & Huchzermeier, C. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing versus treatment as usual in the treatment of depression: A randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 9(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01384>
- 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>
- Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (1999). Children's post-traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol. Poster session presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children & adults. *Traumatology*, 12, 121–129.
- 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>
- Lieberman A. F., Chu, A., van Horn, P. y Harris, W.W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications [Trauma en la primera infancia: evidencia empírica e implicaciones clínicas]. *Development & Psychopathology*, 23(2), 397-410. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000137>
- Malejko, K., Ablner, 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/fpsyt.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>
- Janet, P. (1919). *The major symptoms of hysteria: Fifteen lectures given in the medical school of Harvard University*. Macmillan.

- 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. *Psicosomática y Psiquiatría*, (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-psiquiatría*, 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.
- Urbieto, B. A. (2011). No me acuerdo o la narrativa de una adopción. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol.3 n.º 1
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., &

- 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>
- Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M., y De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European journal of psychotraumatology, 9*(1), 1430962.
- Wilson, S., Thinker, R., Becker, L., Hofmann, A., & Kleiner, K.(2000). A field study of EMDR with KosovarAlbanian refugee children using a group treatment protocol. *Symposium presented at the annual conference of the EMDR International Association, Toronto, Canada.*
- 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.
[\[https://doi.org/10.23923/j.rips.2023.01.063\]](https://doi.org/10.23923/j.rips.2023.01.063)