



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Universidad Pontificia Comillas

EFICACIA DE LA TERAPIA EMDR EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA INFANTO- JUVENIL

Autora: Carmen Gallo Martín

Director Profesional: Ana Villarrubia Mendiola

Fecha de entrega: Mayo, 2022

MADRID | MAYO 2022



Resumen

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés) 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 la presente revisión sistemática, con el objetivo de conocer la eficacia de dicha terapia entre los más jóvenes. Adicionalmente se analizaron variables como el sexo, la edad, el tipo de evento traumático y la comorbilidad. Se observó una disminución significativa tanto de la sintomatología relacionada con el trauma, como de otras no relacionadas directamente, lo cual resulta esperanzador para la práctica clínica. No obstante, los estudios analizados cuentan con limitaciones metodológicas que cabrían estar afectando la calidad de los resultados. Esto evidencia la necesidad de una mayor y más rigurosa investigación al respecto, antes de concluir categóricamente lo exitoso de esta terapia.

Palabras clave: EMDR, eficacia, tratamiento, infanto-juvenil.

Abstract

Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) is the main treatment for trauma and its symptoms in adults. Given the small number of studies available in children and adolescents the present systematic review was conducted. The aim of this study is to examine the effectiveness of EMDR in this population. Additionally, variables such as sex, age, type of traumatic event and comorbidity were analyzed. A significant decrease of trauma-related symptoms and other indirectly related ones was observed, which looks promising for clinical practice. However, these studies have several methodological limitations that could affect the quality of the results. This evidences the need for a bigger and more rigorous research of the matter before concluding that the therapy is successful.

Key words: EMDR, effectiveness, treatment, children and adolescents.

Índice

Resumen.....	2
Introducción	5
Método	12
Criterios de selección.....	12
Estrategia de búsqueda.....	13
Extracción de información y codificación de las variables	15
Resultados	16
Análisis de variables	16
Tipo de estudios	16
Diseños.....	16
Participantes.....	16
Tipología del evento traumático	17
Diagnóstico establecido y comorbilidad.....	17
Eficacia de la terapia EMDR	19
Síntomas específicos del TEPT	19
Síntomas no específicos del TEPT	23
Diferencias en función de las características de los participantes	27
Diferencias en función de la naturaleza del evento traumático	27
Diferencia en función de la comorbilidad.....	28
Eficiencia de la terapia EMDR	28
Discusión.....	30

Conclusiones	37
Referencias.....	39
Apéndice A. Instrumentos de evaluación empleados en los estudios de EMDR con niños y adolescentes.	49

Índice de Tablas

Tabla 1	13
Tabla 2	17
Tabla 3	21
Tabla 4	25

Índice de Figuras

Figura 1	14
----------------	----

Introducción

La vivencia de situaciones traumáticas tiene una enorme importancia en la vida del individuo, máxime cuando éstas se sufren durante la etapa más vulnerable del ser humano, la infancia y la adolescencia. Las experiencias de nuestra niñez tienen un peso decisivo no sólo en nuestra personalidad, sino en la salud física y psicológica, a largo plazo sufrir un trauma puede tener un enorme peso en el transcurso de nuestra vida (Felitti et al., 1998; López-Soler, 2008).

Con origen etimológico en el griego, la definición de *trauma*, (herida), se ha ido utilizando a lo largo del tiempo para hablar de lesiones físicas causadas por agentes externos al propio individuo. Es en 1889 cuando, a través del término acuñado por Oppenheim, “neurosis traumática”, se empieza a relacionar con el mundo de la psicología (Bui et al. 2017).

Desde esta perspectiva, y asumiendo las distintas formas que la patología traumática puede presentar dependiendo de cada caso concreto, entendemos por trauma la exposición a experiencias personales que suponen una amenaza a nuestra supervivencia o bienestar, y que tienen un efecto negativo duradero en el individuo (Pérez et al., 2020); definición en línea con lo expuesto por Janet (1919) (citado en Hart et al. 1989), que indicaba, además, que dada la alta intensidad del evento traumático, se sobrepasan los mecanismos de afrontamiento de la persona, causando así la patología traumática en sí misma.

Al igual que en la edad adulta, las razones que pueden devenir en un trauma infantil son diversas y variadas. Según la Asociación Americana de Psicología (APA), estas experiencias pueden ser causadas tanto por el ser humano (accidentes de tráfico, maltrato, abuso sexual, guerras, etc.), como por la naturaleza (terremotos, tsunamis, etc.). En este sentido, varios autores han clasificado los eventos traumáticos en distintas categorías, según su origen,

temporalidad e implicación; así Leonore Terr (1991) define el “trauma tipo I” como asociado a un evento traumático único y limitado en el tiempo (p.e. accidente, desastre, etc.) y el “trauma tipo II”, al causado por la larga duración o repetida exposición a los eventos traumáticos (p.e. abuso sexual, guerras, etc.).

Por su parte, Allen y sus colaboradores (2008), catalogan dichos eventos en función de aquello que los produce, de manera que resultarían los provocados por “estresores impersonales”, (p.e. catástrofes naturales), los motivados por “estresores interpersonales”, cuando provienen de conductas deliberadamente intencionales o imprudentes de otro ser humano (p.e. accidentes, violencia comunitaria, guerras); y los provocados en el contexto de relaciones de apego, es decir, aquellas situaciones de violencia y negligencia en las que un menor se ve expuesto en el contexto de sus cuidadores primarios básicos (maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono, ser testigo de violencia entre los padres, etc.).

De acuerdo con las clasificaciones descritas más arriba, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013), categoriza el trauma en Trastorno de Estrés Agudo (TEA), caracterizado por tener una duración de tres días a un mes, y en el que generalmente los síntomas comienzan inmediatamente después del trauma; y en Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT), donde los síntomas deberán permanecer más allá de un mes y podrán comenzar hasta meses después del trauma. Ambos son diagnósticos muy similares, únicamente se diferencian en la duración de sus síntomas, que más abajo se recogen.

En esta línea, tanto en niños como en adultos, para ser diagnosticado en alguna de estas categorías se deberán cumplir, además, los siguientes síntomas: reexperimentación del suceso traumático, evitación persistente de los estímulos asociados al suceso y alteraciones negativas a nivel cognitivo, emocional y comportamental. La traumatización incide en la totalidad de la

persona, por lo que todas las áreas de funcionamiento estarán, en mayor o menor medida, afectadas por la devastación del trauma.

De igual modo, el manual nos indica que los acontecimientos traumáticos no solo incluyen la exposición directa (ser una víctima) o ser testigo, sino también de forma aprendida cuando la situación traumática se produjo a un miembro cercano de la familia o un amigo cercano; dicha definición también incluye la exposición extrema y repetida a detalles aversivos de los eventos traumáticos. También pueden comprender cualquier experiencia de terceros que el sujeto perciba como emocionalmente intensa, ya sea a través de imágenes, de la televisión, de relatos, etc.

En este punto, es importante destacar que, de todas las personas que experimentan un evento estresante, algunas desarrollarán un trauma propiamente dicho, otras solamente una sintomatología más o menos duradera en el tiempo y, también, habrá quienes no tengan afectación por ello.

Desarrollar o no un trauma en la infancia depende de distintos factores individuales y contextuales, además de las características propias de la situación. Desde hace décadas se evidenció la insuficiencia del diagnóstico de TEPT para explicar la amplia gama de síntomas resultantes de estos traumas y, de hecho, se demostró que el porcentaje de menores que desarrolla un TEPT tras la exposición a traumas complejos, es bajo (Herman, 1992).

Otro obstáculo a la hora de establecer un diagnóstico diferencial es la heterogeneidad de la presentación y la resistencia por parte del paciente para hablar de eventos traumáticos, máxime cuando hablamos de niños y adolescentes. Viene motivado principalmente por tratarse de personas cuyos cimientos psicológicos están aún en estado de formación, que pueden percibir estas situaciones como algo normal y que aún mantienen idealizadas a las personas bajo cuya tutela conviven.

También dificulta la clasificación el que estos eventos, en muchas ocasiones, se solapan con los de otros cuadros psiquiátricos, pudiendo incluso llegar a enmascarar o tapar por completo los propios síntomas del trauma. Pacientes con TEPT o TEA pueden ser diagnosticados erróneamente bajo patologías comórbidas, entre ellas, y las más frecuentes, serían los trastornos de adaptación, ansiedad y depresión (Ramos et al. 2001; Sareen 2001).

Estas trabas al diagnóstico, hacen que la horquilla de valores sobre este tipo de casos sea muy amplia. Así, la prevalencia de estar expuesto a uno o más eventos traumáticos ante de los 18 años varía entre el 25% y el 88%, según informes europeos y estadounidenses (Alisic et al., 2014; Cohen 2010; Copeland et al. 2007).

En el caso de diagnósticos de TEA, mientras que en adultos se obtienen unos rangos de prevalencia del 7% al 59% (Bryant et al., 2008; Elklit y Christiansen, 2010), en niños y adolescentes, las tasas obtenidas oscilan alrededor del 8-10% en los países industrializados (Kassam-Adams y Winston, 2004; Bryant et al., 2007; Dalgleish et al. 2008).

Por su parte, tal y como se mencionaba anteriormente, se ha encontrado que el TEPT, como tal, ocurre en solo una minoría de casos en diferentes fases del desarrollo durante la infancia. El más común, es el TEPT subclínico (parcial), con un rango del 2% al 25% (Alisic et al. 2014; Cohen, 2010; Copeland et al. 2007; Stallard, 2006). En este caso, la única diferencia con respecto al TEPT definido en el DSM-5, radica en que los signos presentados por el paciente no lo hacen con la frecuencia, intensidad y duración que en dicho manual se indica.

Actualmente se conoce que los traumas sufridos en la infancia aumentan la incidencia de la psicopatología en la etapa adulta; un trauma no resuelto dejará, en numerosas ocasiones, un caldo de cultivo apropiado para el padecimiento de posteriores patologías dado que, entre otras consecuencias, alimentará la baja autoestima del sujeto o la desconfianza tanto en sí

mismo como en su entorno. Según Ballesteros y otros (2007) encontramos antecedentes de trauma en el 34-53% de los pacientes que sufren trastornos depresivos, ansiosos, disociativos, de personalidad, conductas autodestructivas y repetida traumatización en la edad adulta.

Debemos de tener en cuenta que la ausencia de cualquier tipo de tratamiento dirigido a la mitigación de las consecuencias derivadas tras el impacto de un acontecimiento traumático en el individuo, incrementará los riesgos de revictimización, comorbilidad y cronicidad. El impacto y gravedad que tendrán en el individuo, así como las consecuencias de una exposición al trauma junto con la psicopatología asociada que se derivarán a futuro, nos muestran la necesidad de abordar con premura tratamientos efectivos en niños y adolescentes.

Si bien hasta hace unos años el abordaje de estas patologías se realizaba a través de Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma (TCC-CT), la Terapia Narrativa, y otras, lo cierto es que desde hace algo más de un par de décadas se acomete también desde la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR, por sus siglas en inglés Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Beer, 2019). Este acercamiento se viene realizando mediante la utilización de EMDR como terapia única, así como en combinación con otras existentes y mencionadas con anterioridad.

Desarrollada por Francine Shapiro en la década de los 80, la terapia EMDR se centra en la aproximación a los recuerdos traumáticos de los pacientes, así como a los síntomas estresantes producidos por los mismos. Busca a los causantes que han llevado al sujeto a su situación actual, ya sean eventos traumáticos concretos y graves o situaciones derivadas de la interrelación con las personas significativas que mantiene o ha mantenido (apego disfuncional, trauma interpersonal). La terapia, por tanto, está enfocada hacia la identificación, el acceso y el procesamiento de aquellas experiencias que forman el sustrato

de la patología sufrida y que, hasta ahora, no han podido ser asimiladas y superadas por el paciente (Amann et al. 2020).

A la combinación de distintas orientaciones psicológicas tradicionales incorpora, y aquí radica la novedad, la estimulación bilateral mediante movimientos oculares sacádicos horizontales de cara a desensibilizar el sufrimiento causado por recuerdos traumáticos y, de esta manera, conseguir reprocesarlos e integrarlos en la memoria normalizada (Saphiro, 2001). De acuerdo al Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), propuesto por Solomon y Shapiro (2008), referente para la terapia EMDR, hay ocasiones en las que ante experiencias estresantes difíciles o complejas, los mecanismos del sistema nervioso son incapaces de procesar e integrar determinadas vivencias provocando que el recuerdo de estas situaciones permanezca almacenado en la memoria y sin elaborar, en el estado en el que se percibió. Una vez que el sujeto describe el trauma, y a través de el movimiento ocular y otras formas de estimulación bilateral del cerebro, como la auditiva o táctil, se favorece la conexión de los hemisferios cerebrales; gracias a ello, el paciente procesa esta información, consiguiendo desbloquear estas vivencias y provocando, de esta manera, que el sistema nervioso consiga finalmente integrarlas de forma adaptativa junto al resto de recuerdos y experiencias. Conseguido el reprocesamiento de recuerdos traumáticos por parte del paciente se llega a una menor presencia de los mismos y, por tanto, existirá una menor hiperactivación y evitación en el individuo.

En la actualidad, existe evidencia científica que respalda el papel de los movimientos oculares en el procesamiento de la memoria y su utilización en la terapia EMDR. El gran incremento del uso de esta terapia ha conllevado la publicación de estudios, especialmente en esta última década, que avalan su efectividad y seguridad para el tratamiento de determinadas patologías, tanto en pacientes de edad adulta, como en niños y jóvenes. Así, encontramos un total de nueve ensayos clínicos aleatorios y diez revisiones sistemáticas que demuestran su

eficacia en población infanto-juvenil, además de veinte meta-análisis en población infantil y adulta (Amann et al. 2020).

Gracias a los estudios apuntados, la terapia realizada mediante EMDR es aconsejada desde las principales guías de práctica internacional por el número de investigaciones empíricas que han demostrado la eficacia de su aplicación dirigida tanto a la población adulta como a la infanto-juvenil. Además de utilizarse para el tratamiento de TEPT es recomendada por dichas guías para el abordaje de otro tipo de patologías, desde las psiquiátricas comórbidas a otras tales como fobias, adicciones, depresión, dolor crónico o psicosis. De igual modo, el uso de la terapia EMDR es, también, recomendado desde organizaciones internacionales como la American Psychological Association (APA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la National Institute for Health and Care Excellence (NICE; EEUU), entre otras (Amann et al. 2020).

Conociendo el impacto sobre la psique del sujeto y las consecuencias negativas en su posterior desarrollo que una situación traumática genera, especialmente en la población infanto-juvenil que aún se encuentra en fase de desarrollo psíquico, y sumado al alto riesgo de sufrir psicopatologías en la edad adulta provocadas por ello, este trabajo pretende destacar la importancia de encontrar un tratamiento efectivo a través de la búsqueda de datos que demuestren la eficacia de la terapia EMDR en niños y adolescentes. Dada la escasa investigación existente sobre dicha eficacia, la presente revisión pretende analizar la evidencia existente en la literatura científica, y así poder responder a las cuestiones planteadas: ¿Es eficaz la terapia EMDR en el tratamiento del trauma infanto-juvenil? ¿Por qué y cuándo es efectiva la terapia EMDR?

Método

Criterios de selección

Con objeto de ajustarse a la pregunta de investigación anteriormente definida, los estudios encontrados fueron sometidos a una serie de criterios de inclusión y exclusión que garantizaran la mayor precisión posible. Así, fueron seleccionados todos los artículos de interés clínico, publicados tanto en inglés como en español, sin limitación de año y cuya metodología fuese cuantitativa. De estas investigaciones, se introdujeron en la muestra todas aquellas que cumplieron los siguientes criterios:

- Sujetos que, en un pasado habían sufrido algún tipo de trauma, y presentaban síntomas de estrés post-traumático u otros síntomas relacionados con el trauma.
- Edad igual o menor a 18 años (población infanto-juvenil).
- Que el tratamiento psicológico recibido integrase la terapia EMDR y, además, tuviese lugar en un contexto clínico (terapeutas con formación específica sobre la técnica, periodicidad de sesiones y posterior seguimiento).
- Que las investigaciones cuantitativas escogidas fuesen ensayos clínicos aleatorios (ECAs), por ser el tipo de estudio que mejor evalúa la eficacia de las intervenciones.

Se excluyeron todas las investigaciones que incluían a pacientes con algún tipo de discapacidad o déficit intelectual y/o trastorno mental grave. Asimismo, las revisiones sistemáticas, los metaanálisis, los estudios de caso y cualquier tipo de publicación que no fuese de carácter académico fueron descartados.

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre la literatura científica disponible, a través de las bases de datos electrónicas *APA PsycInfo*, *PubMed-NCBI*, *Cochrane Library* y *Psychology and Behavioral Sciences Collection (P&BSC)*, empleando los términos clave y las combinaciones que aparecen a continuación (Tabla 1).

Tabla 1

Terminología clave y combinaciones relevantes de las distintas bases de datos.

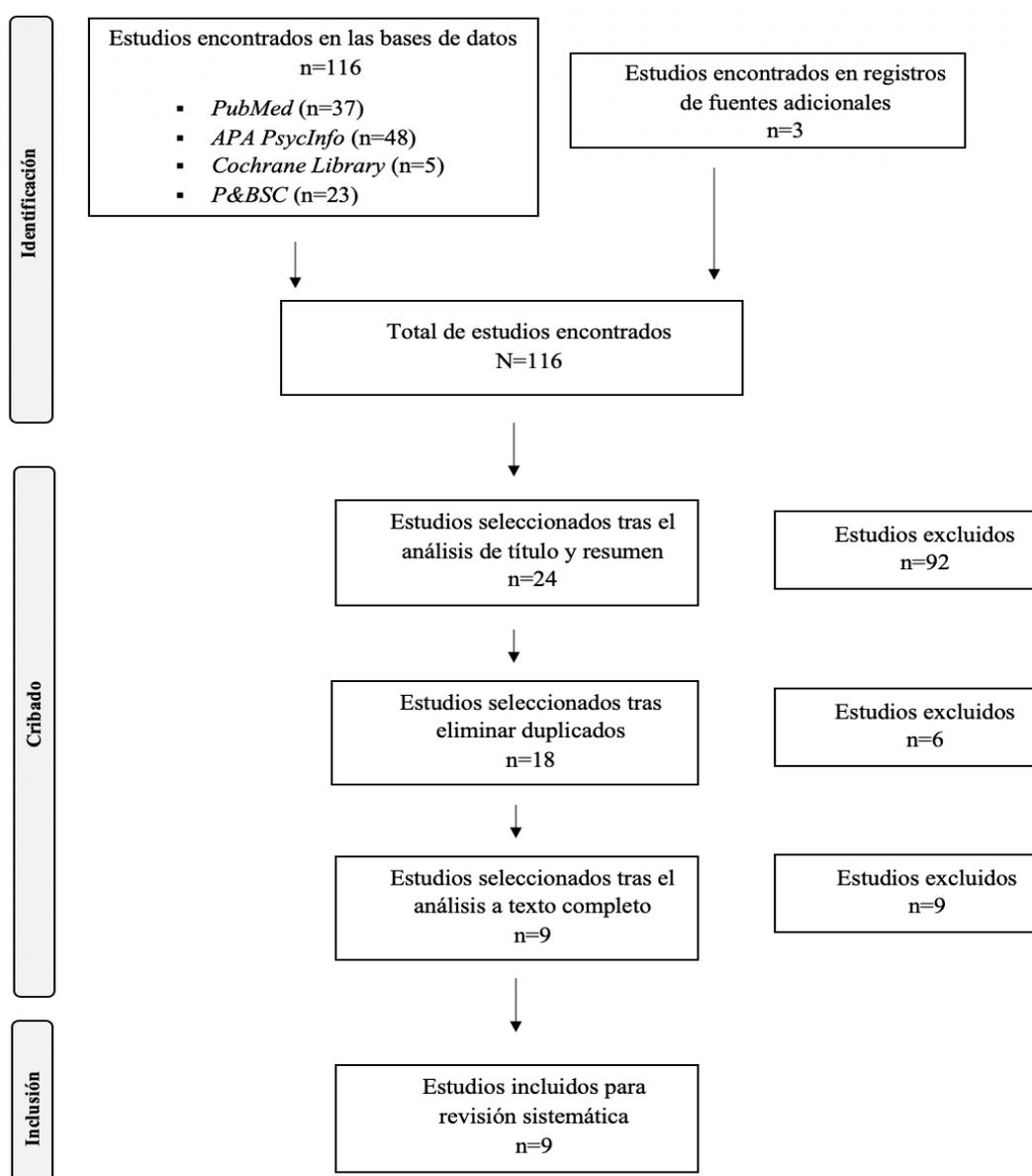
Base de datos	Estrategia de búsqueda
PUBMED	<i>(“Stress Disorders, Post-Traumatic” [Mesh] OR “Child Abuse” [Mesh] OR “Child Abuse” OR “Child Trauma) AND (“Eye Movement Desensitization Reprocessing” [Mesh] OR “EMDR”) AND “Child” [Mesh] AND “Adolescent” [Mesh]</i>
APA PSYCIINFO	<i>(DE “Trauma” OR DE “Child Abuse” OR “Child Maltreatment”) AND (DE “Eye Movement Desensitization Therapy” OR “EMDR”)</i> Filtros (tipo de publicación: académica; edad: 0-18 años)
COCHRANE LIBRARY	<i>(“Eye Movement Desensitization Reprocessing”[Mesh] OR “EMDR”) AND “Child”</i> Filtros (ensayos clínicos)
P&BSC	<i>(DE “POST-traumatic stress disorder” OR “Trauma”) AND (DE “EMDR (Eye-movement desensitization & reprocessing” OR “EMDR”) AND DE “RANDOMIZED controlled trials” NOT “Adults”</i>

Además, en una búsqueda secundaria, se llegaron a identificar tres estudios adicionales que reunieron los criterios de inclusión establecidos para ser integrados en la revisión.

A partir de esta búsqueda, se identificaron un total de 116 estudios que, más tarde fueron cribados por “título” y “resumen”, teniendo en cuenta los criterios de selección anteriormente mencionados (n=24). A continuación, se descartaron un total de 6 artículos duplicados, y se realizó una última criba a texto completo con vistas a determinar cuáles de ellos se adaptaban correctamente al objetivo del estudio (n=9). El proceso completo de obtención de la información aparece representado a través de la Figura 1.

Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los artículos. PRISMA 2020.



Extracción de información y codificación de las variables

Las principales cuestiones a contemplar en esta revisión fueron: las variables referidas a la metodología de los estudios, atendiendo, principalmente, al tipo de estudios y diseño escogido; y las variables de resultado relativas a la eficacia y eficiencia de la terapia EMDR, y la existencia de posibles factores asociados a las mismas.

En relación a las variables de resultado, para estimar la eficacia de la terapia, se prestó atención a la reducción y/o remisión de la sintomatología específica y no específica del TEPT, de acuerdo a los criterios diagnósticos recogidos por el DSM-5 (APA, 2013). De esta manera, se establecieron como específicos todos aquellos síntomas que se relacionaban con la reexperimentación del suceso(s) traumático(s), la evitación persistente de los estímulos vinculados y la hiperactivación asociada; y como inespecíficos, la ansiedad, la depresión, los problemas de conducta y las dificultades en el apego de los niños y adolescentes hacia sus familiares.

Asimismo, se valoró la presencia de otros factores adicionales que pudiesen afectar a la efectividad de la intervención y, por tanto, a las conclusiones del estudio, como (a) las particularidades de los participantes en cuanto al sexo, edad y las características sociodemográficas, (b) la naturaleza del evento traumático, siguiendo la clasificación expuesta de Leonore Terr (1991) y (c) la mayor o menor presencia de comorbilidad.

Una vez alcanzado el principal objetivo sobre la eficacia, y para evaluar la eficiencia del tratamiento, se tuvieron en cuenta la duración media de sesiones y la adhesión al mismo.

Resultados

Análisis de variables

Tipo de estudios

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). En la Tabla 2 se presenta un desglose de las principales características de los estudios analizados, de acuerdo a el modelo de estudio, el tipo de suceso traumático, la sintomatología resultante, el tratamiento aplicado, el número medio de sesiones de tratamiento, las medidas utilizadas y los resultados más relevantes.

Diseños

Todas las investigaciones emplearon un diseño pretest-postest y cuatro de ellos recopilaban 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.

Participantes

La muestra de esta revisión, sin tener en cuenta los posibles abandonos a mitad del tratamiento, 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, al ser uno de los principales requisitos de esta investigación. La mayoría de los estudios incluían a participantes de todas las culturas y niveles socioeconómicos variados.

Tipología del evento traumático

Los estudios comprendieron todo tipo de traumas, desde aquellos producidos como hechos aislados y únicos (“trauma tipo I”), como exposiciones a algún desastre, accidentes de tráfico, pérdida de algún ser querido, etc. (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 (“trauma tipo II), como maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, refugiados de guerra, etc. (Ahmad et al. 2007; Diehle et al. 2015; Jaberghaderi 2004; Karadag et al. 2019; Oras et al. 2004; Wesselman et al. 2018).

Diagnóstico establecido y comorbilidad

A pesar de la dureza de las experiencias traumáticas vivenciadas, muchos de los participantes no reunieron los criterios establecidos por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013)* y no fueron diagnosticados bajo la categoría de Trastorno de Estrés Postraumático. Sin embargo, la mayoría de los investigadores ajustaron dichos criterios a favor de los sujetos objeto del tratamiento, de tal manera que pudiesen beneficiarse de las intervenciones. Asimismo, se encontró que la mayoría de ellos presentaban patologías comórbidas como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno de Apego Reactivo, Trastorno Negativista Desafiante, Trastorno de Conducta y Trastorno de Ansiedad Generalizada o Ansiedad por Separación.

Tabla 2*Características de los artículos revisados.*

Autor(es)	Tipo de trauma	Sintomatología	Tratamiento	Promedio sesiones	Medidas utilizadas	Resultados
<i>Estudios Controlados Aleatorizados</i>						
Ahmad et al. (2007)	I y II	TEPT	EMDR vs LE	6	PTSS-C	EMDR > LE Reducción síntomas de reexperimentación y evitación, pero no hiperactivación
Chemtob et al. (2002)	I (Desastre)	TEPT, ansiedad y depresión	EMDR vs LE	4	CRTI, CDI y RCMAS	EMDR > LE Eficaz en la reducción de toda la sintomatología Tiempo transcurrido desde el desastre puede afectar a la eficacia y al agravamiento de los síntomas
de Ross et al. (2017)	I (Variado)	TEPT, ansiedad, depresión y problemas de conducta	EMDR vs TCC vs LE	4 EMDR 5 TCC	CRTI, ADIS-C/P, CAPS-CA, C-PTCI, RCADS, SDQ-A/P, Kidscreen-27 y IPG	[EMDR=TCC] > LE Ambas terapias eficaces en la reducción de toda la sintomatología. EMDR obtuvo mejoras adicionales para los síntomas de TEPT y en calidad de vida durante el seguimiento

Autor(es)	Tipo de trauma	Sintomatología	Tratamiento	Promedio sesiones	Medidas utilizadas	Resultados
<i>Estudios Aleatorizados sin Grupo Control</i>						
de Ross et al. (2011)	I (Desastre)	TEPT, ansiedad, depresión y problemas de conducta	EMDR vs TCC	3 EMDR 4 TCC	CBCL, CROPS, DSRS, MASC, PROPS y PTS-RI	[EMDR=TCC] > LE Ambas terapias eficaces en la reducción de la sintomatología
Diehle et al. (2015)	I y II	TEPT, ansiedad, depresión y problemas de conducta	EMDR vs TCC-CT		CAPS-CA, ADIS-C/P, RCADS y SDQ	EMDR=TCC-CT TCC-CT más eficaz en la reducción de síntomas comórbidos (según informe de padres)
Jaberghaderi (2004)	II (Refugiados)	TEPT y ansiedad	EMDR vs TCC	6 EMDR 12 TCC	CROPS, PROPS y Rutter Teacher Scale	EMDR=TCC Ambas efectivas para la reducción de toda la sintomatología
Karadag et al. (2019)	I y II	TEPT y ansiedad	EMDR	4	K-SADS, PTSD-I y STAIC	EMDR es eficaz en la reducción de toda la sintomatología EMDR y TP combinada es eficaz para la reducción de toda la sintomatología
Oras et al. (2004)	II	TEPT y depresión	EMDR + TP		PTSS-C y GAF	EMDR altamente eficaz en la disminución de los síntomas relacionados con la reexperimentación
Wesselman et al. (2018)	II (Maltrato y abuso)	TEPT, ansiedad, depresión, problemas de conducta y de apego	EMDR + TF	13	CBCL, TSCYC, ADAS-R y RADQ	EMDR y TF combinado es eficaz en la reducción de toda la sintomatología presente en los niños, y en los síntomas de afecto negativo de los padres hacia sus hijos.

Nota: LE = Lista de Espera; TCC = Terapia Cognitivo Conductual; TCC-CT = Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma; TP = Terapia Psicodinámica; TF = Terapia Familiar. Los detalles de las medidas utilizadas se desglosan en los apéndices de este trabajo.

Eficacia de la terapia EMDR

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. En la Tabla 3, se presentan las puntuaciones medias de los resultados obtenidos en el pretratamiento, postratamiento, y en su caso, seguimiento.

Síntomas específicos del TEPT

A nivel general, son varios los estudios que evidencian la efectividad clínica y estadística de la terapia EMDR en la reducción de la sintomatología directamente relacionada con el estrés postraumático. El estudio de Ross et al. (2017) muestra una clara disminución de los síntomas de intrusión, evitación e hiperactivación para la condición EMDR tanto después del tratamiento, como en el posterior seguimiento a los tres y doce meses (*Inventario Revisado de Respuestas al Trauma para Niños, CRTI*). En concreto, al comparar las puntuaciones medias de la TCC vs. EMDR, durante su seguimiento, se puede apreciar una ganancia significativa en el grupo EMDR (véase Tabla 3). De igual modo, Chemtob et al. (2002) demostraron en su análisis, un alivio del estrés psicológico después de haber aplicado cuatro sesiones de EMDR que, se mantuvo estable durante el seguimiento a los seis meses. Asimismo, cuando Jaberghaderi et al. (2004) cotejaron los efectos de estas mismas terapias encontraron similares resultados, si bien advirtieron que aquellos pacientes asignados a la condición EMDR no necesitaron recibir tratamiento adicional para amortiguar los síntomas postraumáticos, lo que si ocurrió con el grupo de sujetos de la TCC.

Por su parte, Diehle et al. (2015) confrontaron los efectos de ocho sesiones de EMDR y TCC-CT a través de medidas de autoinforme e informe aplicadas tanto a los niños como a sus padres (*Escala TEPT administrada por el clínico en Niños y Adolescentes, CAPS-CA*), y obtuvieron efectos clínicamente significativos para ambas terapias en la reducción de la

sintomatología específica. Sin embargo, los resultados no fueron del todo generalizables al no contar con una condición de lista de espera ni medidas de seguimiento a largo plazo.

Uno de los estudios en el que se encuentran resultados algo diferentes es el de Ahmad et al. (2007) que, si bien detectaron un descenso en los síntomas de reexperimentación y evitación, no encontraron el mismo resultado para los síntomas de hiperactivación (*Escala de Síntomas de Estrés Postraumático para Niños*, PTSS-C). En este sentido, los autores explican que, muchos de los sujetos del estudio continuaban viviendo en circunstancias muy estresantes directamente relacionadas con su trauma que, no sólo dificultaron el tratamiento, sino los resultados obtenidos por el mismo. Además, muchos de los trastornos comórbidos de estos sujetos, como los trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación, TDAH y trastornos de conducta; se superpusieron a los síntomas de hiperactivación, provocando su agravamiento. En esta misma línea, los resultados de Oras et al. (2004) sugirieron mejorías en los síntomas de reexperimentación después del tratamiento, pero no en los de evitación e hiperactivación. De hecho, uno de los participantes presentó altas puntuaciones en las subescalas referidas a estos dos últimos síntomas, una vez concluyó la terapia. (PTSS-C).

Tabla 3

Puntuaciones medias de los resultados de la sintomatología traumática.

Autor(es)	Medidas	Test Estadístico	Condición	n	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		Significancia (p)	Tamaño del efecto
					M	SD	M	SD	M	SD		
Ahmad et al. 2007	PTSS-C	ANCOVA	EMDR	17	35,5	23,2	29,2	17,1			$p < 0,01$	$\eta^2 = 0,08$
			LE	16	35,5	21,1	28,1	14,6				
Chemtob et al. 2002	CRI	ANOVA	EMDR	17	36,5	11,5	16,4	12,9	10,5	8,2	$p < 0,0009$	$d = 2,04$
			LE	15	39,6	21,0	22,6	20,2	18,8	20,3		
de Ross et al. 2011	CROPS	T student	EMDR	21	23,3	9,9	12,0	9,1	11,2	8,0	$p < 0,001$	$d = 1,02$
			TCC	19	22,7	9,6	12,3	8,1	11,9	8,3		
	UCLA	T student	EMDR	21	31,4	12,3	16,1	9,1	14,2	9,0	$p < 0,001$	$d = 1,23$
			TCC	19	30,05	10,4	16,9	9,6	16,7	9,3		
de Ross et al. 2017	CRTI	T student	EMDR	43	83,2	20,7	51,0	19,2	51,9 ¹	20,58 ¹	$p < 0,001$	$d = 1,27$
			TCC	42	90,9	23,6	56,6	22,0	54,3	20,2		
								51,5 ¹	18,3 ¹			

Autor(es)	Medidas	Test Estadístico	Condición	n	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		Significancia (p)	Tamaño del efecto
					M	SD	M	SD	M	SD		
Diehle et al. 2015	CAPS-CA	T student	EMDR	25	44,5	19,4	23,6	30,0			$p=0,51$ n.s.	$d=0,14$
			TCC-CT	23	42,3	15,2	22,1	23,3				
Jaberghaderi 2004	CROPS	T student	EMDR	7	34,8	5,8	18,8	7,9			$p<0,05$	$d=2,8$
			TCC	4	30,0	6,4	22,7	6,9				
Karadag et al. 2019	PTSD-I	T student	EMDR	30	60	8,7	24	10,1			$p<0,001$	
Oras et al. 2004	PTSS-C	Wilcoxon test	EMDR y TP	13	61,8	11,9	33,5	19,4			$p<0,001$	$Z= -3,1$
Wesselman et al. 2018	TSCYC	MANOVA	EMDR y TF	22 15 ³	70,1	16,2	50,9	8,7	51,2	7,0	$p<0,001$	$d=1,44$

M = media; SD = desviación estándar; TCC = Terapia Cognitivo Conductual; Valores con¹= datos de seguimiento a los 3 meses; Valores con² = datos de seguimiento a los 12 meses; Valores con³ = número de sujetos totales que cumplieron el seguimiento. Todas las significancias presentadas son de los valores pretratamiento vs postratamiento (no se contempla el seguimiento). Los detalles de las medidas utilizadas se desglosan en los apéndices de este trabajo

Síntomas no específicos del TEPT

Además de los síntomas directamente relacionados con el TEPT recogidos en la quinta edición del DSM (APA, 2013), se ha probado que existen otra serie de síntomas psicológicos asociados al trauma que afectan a la calidad de vida de los pacientes y al curso del tratamiento. A tal efecto, muchos de los estudios escogidos para la presente revisión evalúan, también, si la terapia EMDR resulta efectiva en el abordaje de esta sintomatología.

En términos generales, todos los estudios alcanzan resultados homogéneos en los que se aprecia que, en estos sujetos, existe una mayor tendencia a presentar síntomas de ansiedad, depresión y problemas de conducta. Sea como fuere, la terapia EMDR parece ser igualmente eficaz en el tratamiento de dichos síntomas, no mostrando ninguna diferencia significativa con respecto a otras terapias (Tabla 4). El único caso en el que aparecen resultados algo dispares es en el estudio de Diehle et al. (2015) que matizan efectos más positivos en los síntomas ansiosos, depresivos y conductuales, informados por los padres (*Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil, RCADS*), para la condición de la TCC-CT. Así, los autores se plantearon la posibilidad de que, en esta condición, los padres aprendieron a sobrellevar mejor las emociones y el comportamiento de sus hijos gracias a la adquisición de habilidades específicas para su manejo.

Por otra parte, Oras et al. (2004) señalaron que las mejoras significativas en los síntomas depresivos y ansiosos podrían no estar relacionadas con el tratamiento propiamente dicho, sino con el progreso de la sintomatología postraumática. De cualquier modo, el hecho de que a través del EMDR se consiga mitigar las consecuencias traumáticas conlleva, inevitablemente, que también disminuyan los síntomas no relacionados con el trauma, haciendo que la terapia acabe resultando eficaz.

Un último estudio encargado de abordar la sintomatología no específica del TEPT y que muestra síntomas algo distintos a los mencionados, es el de Wesselman et al. (2018). Desde un enfoque integrativo entre el EMDR y la Terapia Familiar, las autoras apuntan a los problemas de apego como una de las principales derivaciones de experimentar un trauma, sea del tipo que sea y, en algunos casos, como desencadenante de los síntomas ya mencionados (reactividad, evitación, hiperactivación, problemas de conducta, etc.). De este modo, llevaron a cabo a cabo una media de 13 sesiones que produjeron mejoras significativas en las puntuaciones de todas las medidas, desde el pretratamiento hasta el postratamiento. A pesar de que esta investigación no tuvo en cuenta la efectividad del EMDR por separado, sí se concluyó que la Terapia Familiar fue de gran ayuda a la hora de focalizar y procesar los recuerdos traumáticos de los pacientes.

Tabla 4

Puntuaciones medias de los resultados de la sintomatología no especificada del TEPT.

Autor(es)	Medidas	Test Estadístico	Condición	n	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		Significancia (p)	Tamaño del efecto
					M	SD	M	SD	M	SD		
Ahmad et al. 2007	PTSS-C (Escala no relacionada TEPT)	ANCOVA	EMDR	17	12,5	9,0	11,5	7,8			$p < 0,001$	$\eta^2 = 0,53$
			LE	16	11,9	8,3	8,4	5,8				
Chemtob et al. 2002	RCMAS	ANOVA	EMDR	17	18,0	5,8	14,2	8,2	10,0	8,2	$p < 0,0009$	$d = 1,07$
			LE	15	18,0	8,1	11,7	10,9	13,5	9,4		
	CDI	ANOVA	EMDR	17	55,9	9,8	48,7	13,0	48,3	14,2	$p < 0,0009$	$d = 0,69$
			LE	15	59,7	19,8	53,8	21,8	51,6	18,3		
de Ross et al. 2011	BDS	T student	EMDR	21	13,5	5,5	7,8	5,2	6,5	5,3	$p < 0,001$	$d = 0,92$
			TCC	19	14,2	6,3	7,6	5,0	8,6	6,0		
	MASC	T student	EMDR	21	53,8	17,7	33,1	14,9	33,3	17,4	$p < 0,001$	$d = 1,12$
			TCC	19	47,6	16,8	33,8	18,9	31,6	18,4		
	CBLC	T student	EMDR	21	56,3	29,1			36,7	24,5	$p < 0,001$	$d = 0,88$
			TCC	19	56,3	23,5			41,8	25,0		
de Ross et al. 2017	RCADS	T student	EMDR	43	33,9	19,8	17,9	19,1	16,5 ¹	17,5 ¹	$p < 0,01$	$d = 0,45$
			TCC	42	43,8	20,4	24,6	20,0	22,8 ¹	19,9 ¹		
	CSI-C	T student	EMDR	43	18,0	17,4	9,7	11,3	10,0 ¹	12,4 ¹	$p = 0,11$ n.s.	$d = 0,35$
			TCC						18,3 ¹	19,9 ¹		

Autor(es)	Medidas	Test Estadístico	Condición	n	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		Significancia (p)	Tamaño del efecto
					M	SD	M	SD	M	SD		
				42	23,6	17,8	18,0	20,6	13,3 ²	14,2 ²		
Diehle et al. 2015	RCADS	T student	EMDR	25	24,6	21,7	16,5	14,4				
			TCC	23								
Jaberghaderi 2004	Rutter	T student	EMDR	7	13,7	12,2	5,0	2,3			<i>p</i> <0,05	<i>d</i> =0,71
			TCC	4	8,8	7,7	3,0	2,9				<i>d</i> =0,72
Karadag et al. 2019	STAI-T	T student	EMDR	30	59	8,9	41	11,5			<i>p</i> <0,001	
Oras et al. 2004	GAF	Wilcoxon test	EMDR	13	50,9	6,0	66,9	9,2			<i>p</i> <0,01	<i>Z</i> = -2,7
	CBCL	MANOVA	EMDR y TF	23								
				15 ³	72,0	5,4	59,3	7,2	58,6	5,09	<i>p</i> <0,001	<i>d</i> =1,95
Wesselman et al. 2018	ADAS-R	MANOVA	EMDR y TF	23	45,5	11,9	6,6	12,0	6,2	12,8	<i>p</i> <0,001	<i>d</i> =3,20
	RADQ	MANOVA	EMDR y TF	23								
				15 ³	61,3	16,4	25,4	12,7	27,8	16,2	<i>p</i> <0,001	<i>d</i> =2,48

M = media; SD = desviación estándar; TCC = Terapia Cognitivo Conductual; Valores con¹= datos de seguimiento a los 3 meses; Valores con² = datos de seguimiento a los 12 meses; Valores con³ = número de sujetos totales que cumplieron el seguimiento. Todas las significancias presentadas son de los valores pretratamiento vs postratamiento (no se contempla el seguimiento). Los detalles de las medidas utilizadas se desglosan en los apéndices de este trabajo

Diferencias en función de las características de los participantes

Todos los estudios tuvieron en cuenta las particularidades de los participantes a la hora de evaluar la efectividad de la terapia EMDR, pues una de las hipótesis de investigación fue la de constatar si el sexo, la edad o las características sociodemográficas de cada uno podían llegar a influir en la eficacia del tratamiento. No obstante, ningún investigador llegó a localizar diferencias significativas que pudiesen afectar a la efectividad del tratamiento (Ahmad et al. 2007; Chemtob et al. 2002; de Ross et al. 2011; de Ross et al. 2017; Diehle et al. 2015; Karadag et al. 2019; Oras et al. 2004; Wesselman et al. 2018).

Diferencias en función de la naturaleza del evento traumático

Otra de las hipótesis planteadas a la hora de valorar la eficacia de una determinada terapia en el tratamiento del estrés psicológico, fue estudiar si el tipo de evento traumático influía en los resultados de la intervención. Sin embargo, ninguno de los estudios revisados encontró diferencias significativas a través de esta relación. Por un lado, hubo dos estudios que se centraron exclusivamente en la exposición de los participantes a un desastre natural o artificial concluyendo que el único factor asociado al trauma que pudo interferir en los resultados del tratamiento fue el tiempo transcurrido desde el desastre, si bien dicha relación nunca llegó a ser significativa (Chemtob et al. 2002; de Ross et al. 2011). De igual modo, y aunque, de nuevo, la relación no fue estadísticamente relevante, ambas investigaciones advirtieron que a mayor tiempo de espera transcurrido entre la vivencia del desastre y la recepción del tratamiento se advertía un mayor agravamiento de los síntomas.

Por otra parte, si bien cabría esperar que aquellos sujetos que hubiesen sufrido un evento traumático más estable a lo largo del tiempo, y/o más de un trauma (p.e., maltrato físico y psicológico, abuso sexual, pérdida continuada de seres queridos, etc.), se enfrentaran a mayores dificultades a la hora de obtener beneficios con el tratamiento, lo cierto es que ninguno de los estudios reportó diferencias con respecto a los sujetos catalogados dentro de la

tipología “trauma tipo I”. Asimismo, los pacientes pertenecientes a la categoría “trauma tipo II”, tampoco necesitaron más sesiones ni tratamiento adicional (Ahmad et al. 2007; Diehle et al. 2015; Karadag et al. 2019). No obstante, si es importante señalar que, los participantes que continuaron viviendo en ambientes problemáticos no obtuvieron las mismas ganancias que aquellos que habitaban en otras más estables (Ahmad et al. 2007; Oras et al. 2004).

Diferencia en función de la comorbilidad

La presencia de psicopatología comórbida tampoco tuvo un impacto negativo sobre la eficacia de la terapia EMDR. El único estudio que se topó con alguna dificultad fue el de Ahmad et al. (2007) que, tal y como se mencionó en el apartado *Eficacia de la terapia EMDR: síntomas específicos del TEPT*, no advirtió mejorías en la categoría sintomatológica de “hiperactivación”. Según sugieren dichos autores, esto podría verse explicado por la existencia de uno o más trastornos comórbidos que se superpondrían a dicha categoría. Con todo, no encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Eficiencia de la terapia EMDR

Al igual que en los apartados anteriores, los resultados obtenidos en relación a la variable “eficiencia” son muy similares en la mayoría de los estudios revisados. Así, seis de ellos infieren 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. 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.

La investigación de Diehle et al. (2015), sin embargo, no reportó diferencias respecto al número de sesiones en la condición EMDR vs TCC, y ambas se mostraron igual de efectivas.

Otro factor fundamental a la hora de evaluar la eficiencia y efectividad de una determinada intervención es la adhesión al tratamiento. En este sentido, todas las investigaciones concluyeron buena adherencia a EMDR, lo que posiblemente podría asociarse a su corta duración, explicando los abandonos producidos como fruto de diversos factores que, en ningún caso, tuvieron que ver con los componentes específicos de la terapia y/o su aceptabilidad. Así, a grandes rasgos, la mayoría de las bajas que se produjeron estuvieron motivadas por causas como: (a) abandonos antes de empezar el tratamiento (Ahmad et al. 2007; de Ross et al. 2017; Diehle et al. 2015; Jaberghaderi 2004; Karadag et al. 2019), (b) rechazo de continuar participando en el tratamiento (de Ross et al. 2017; Diehle et al. 2015), (c) pérdida del contacto durante el seguimiento (Diehle et al. 2015; Wesselman et al. 2018) (d) aparición de un nuevo trauma (de Ross et al. 2011; Jaberghaderi 2004; Karadag et al. 2019;) y (e) sobrecarga parental (de Ross et al. 2011).

Discusión

La presente revisión tuvo como objetivo evaluar si la terapia EMDR resulta efectiva en la reducción de la sintomatología derivada de un acontecimiento traumático en niños y adolescentes. Así, atendiendo a las preguntas planteadas al inicio de este trabajo y considerando los resultados obtenidos, se podría inferir que la terapia EMDR es un tratamiento eficaz a la hora de abordar estas problemáticas. Los nueve estudios revisados, han mostrado que esta terapia no sólo es útil en la disminución de los síntomas directamente relacionada con el trauma, (véanse los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación), sino que también es altamente beneficiosa para con otros síntomas no relacionados como la depresión, la ansiedad y los problemas de conducta. Estos resultados, son consistentes con la literatura existente en otras revisiones y meta-análisis recientes (Navarro et al. 2018; Brown et al. 2017; Gillies et al. 2012; Gillies 2016; Rodenburg et al. 2009).

Por su parte, cuatro de los estudios analizados compararon la terapia EMDR con otros tratamientos de primera línea empleados, como la TCC centrada en el trauma, y concluyeron que EMDR tiene, al menos, la misma eficacia terapéutica (de Ross et al. 2011; de Ross et al. 2017; Diehle et al. 2015; Jaberghaderi 2004). Concretamente, el estudio de Ross et al. (2017) reportó mayores ganancias durante el seguimiento para el grupo EMDR, lo que sería acorde con la investigación de Power et al. (2002) que, también declaró mejores resultados en los sujetos tratados con EMDR.

Ahora bien, a la hora de comentar la eficacia de EMDR, como de cualquier otra terapia, es importante verla en relación con la sintomatología, en este caso, la relacionada con el trauma y la no relacionada. Como ya se mencionó anteriormente, cuando hablamos de síntomas relacionados con el trauma, ponemos el foco en la reexperimentación del suceso traumático, las conductas de evitación y la hiperactivación. En este sentido, los estudios

analizados en población infanto-juvenil, muestran una alta efectividad del EDMR en los síntomas de reexperimentación, uno de los más influyentes en el origen y mantenimiento del trauma, algo que, Shapiro (2001) ya evidenció al destacar esta terapia como un tratamiento efectivo en adultos que sufren intrusiones de recuerdos traumáticos. Si recordamos, una de las características más potentes de EMDR es el reprocesamiento de los recuerdos traumáticos, ya sea en forma de imágenes intrusivas, flashbacks o pesadillas (en el caso de niños y adolescentes es, sobre todo, en esta última); por ello, a partir de este hallazgo podríamos concluir que, a menor presencia de todos estos recuerdos, hay una menor evitación e hiperactivación.

Cabe mencionar que, en dos de los estudios (Ahmad et al. 2007 y Oras et al. 2004) no se encontraron datos estadísticamente significativos en relación a los síntomas de hiperactivación y, en el caso de Oras tampoco en los de evitación; no obstante, se trataría de resultados aislados y afectados por las limitaciones de dichos estudios, ya que muchos de los sujetos del mismo continuaban viviendo en las situaciones traumáticas.

En esta línea, no se ha encontrado evidencia en la literatura que afirme que EMDR no es eficaz con dichos síntomas. De hecho, uno de los modelos explicativos sobre los mecanismos de acción de EMDR defiende que la estimulación bilateral promueve cambios psicofisiológicos en el organismo, favoreciendo una reducción del arousal mediante la activación del sistema nervios parasimpático, lo que nos lleva a concluir su eficacia, no solo para la reexperimentación, sino también para la reducción de la hiperactivación, al provocar una reducción de las pulsaciones del individuo, modificación en el patrón de respiración, etc.

Situando ahora el foco en los síntomas no relacionados con el trauma, siendo los más frecuentes la depresión, la ansiedad y los problemas de conducta, observamos una diferencia de la incidencia de los mismos según se trate de pacientes de sexo femenino, en las que se ve

una mayor prevalencia de síntomas internalizantes como depresión y ansiedad, y pacientes del sexo masculino, donde hay una mayor presencia de problemas de conducta (incumplimiento de las normas y conductas agresivas) (Parco et al. 2015).

Hay un único estudio que pone de manifiesto peores resultados con la utilización de EMDR en el tratamiento de estos síntomas, y lo es a percepción de los padres, se trata del de Diehle et al. (2015), lo que podría deberse a que, a diferencia de otras terapias, EMDR no se centra en el entrenamiento de habilidades de manejo emocional y de comportamiento. No obstante, como se indica, es un resultado aislado del que no se ha encontrado mayor evidencia en la literatura.

Oras et al. (2004), por otro lado, apuntan que las mejoras significativas en los síntomas no relacionados con el trauma podrían estar motivadas por el progreso en los síntomas relacionados con el trauma, y no al EMDR como tal. Por el contrario, diferentes investigaciones han demostrado que EMDR, además de ser eficaz en el tratamiento del trauma, lo es también para la depresión (Hase et al. 2015; Hase et al. 2018; Scheck et al. 1998), problemas de conducta (Wanders et al., 2008; Soberman et al. 2002) y ansiedad (Bandelow et al. 2015; Hensel et al. 2009). Rebatiendo éstos últimos están los estudios de Gilles et al. (2016) y Navarro et al. (2018) que, si bien encuentran una disminución en síntomas postraumáticos, no la detectan sobre la ansiedad y la depresión.

Vistos los resultados y la eficacia de EMDR en el tratamiento de otros síntomas no relacionados propiamente con el trauma, esta terapia no debería de aplicarse únicamente a pacientes diagnosticados con TEPT o TEA. Dada la dificultad de establecer esta categorización, no todas las personas que han experimentado un suceso traumático desarrollan posteriormente TEPT, aunque sí una sintomatología con mayor o menor duración posterior. Es más, en población infanto-juvenil se hace aún más complicado este diagnóstico,

debido a su dificultad para expresar lo relacionado con este evento traumático y dada la heterogeneidad de los síntomas presentados, entre los que el TEPT, propiamente dicho, aparece muchas veces de una manera subclínica. Por ello, y de acuerdo a los resultados positivos de EMDR, su práctica no debería de limitarse a sujetos que cumplan estrictamente con los criterios de un diagnóstico TEPT o complejos casos de psicopatologías; el aliviar el sufrimiento de estas personas es, no solo un deber del terapeuta, sino un derecho del paciente.

Adicionalmente y, de cara a valorar la eficacia de EMDR, en este trabajo se consideró oportuno hacer hincapié en un conjunto de variables que pueden tener mayor afectación sobre la citada eficacia, tales como las características de los participantes en los estudios, el tipo de trauma sufrido y la comorbilidad presentada. Así, conocer si existen diferencias de resultados en función del sexo, la edad, o el lugar de procedencia de un determinado paciente, nos dará visibilidad sobre la efectividad del tratamiento con independencia, o no, de estas variables. De igual modo, analizando la tipología del trauma experimentado estableceremos su validez generalista o específica; y, por último, el análisis de los datos sobre la presencia de otros cuadros psiquiátricos nos dará medida de su positividad en el abordaje de los mismos.

Respecto a las características de los participantes, en ninguna de las investigaciones analizadas en la presente revisión se encontró diferencias significativas. No se apreciaron diferencias en la eficacia de EMDR en relación al sexo de los participantes, si bien la mayoría de los sujetos fueron mujeres, 201 niñas frente a 147 niños. Del mismo modo, un metaanálisis realizado por Rodenburg et al. (2009), informó de que el 70% de los participantes fueron niñas, lo que podría explicarse por su alto riesgo de desarrollar TEPT por el tipo de trauma experimentado, normalmente abuso sexual, maltrato, etc., ya que por desgracia la estadística nos muestra que es en este grupo, el de niñas y mujeres, donde existe mayor exposición a sufrir este tipo de agresión y sus consecuentes vivencias traumáticas.

Si tomamos en consideración el factor edad, se observa que apenas existe investigación sobre la eficacia del EMDR en referencia a esta variable con respecto a la población de niños y adolescentes. A tal efecto, no aparecen datos que nos permitan ver si este modelo de intervención es igual de eficaz en niños pequeños que en adolescentes. La única comparativa se establece entre población adulta y población infantil, concluyendo que es eficaz en ambos casos (Novo-Navarro et al. 2020).

Para finalizar el apartado relativo a las características de los participantes se realiza un análisis de los aspectos sociodemográficos de los mismos; se observa que la eficacia es la misma, independientemente del lugar de procedencia y el nivel socioeconómico. Así, se ha evidenciado en estudios con refugiados de guerra (Oras et al. 2004; Jaberghaderi et al. 2004; Wadaa et al. 2010), sobre niños procedentes de países occidentales, en los que se supone unas mejores condiciones de vida, (Kemp et al. 2010; Meentken et al. 2020; Maroufi et al. 2016; Ribchester et al. 2010; de Ross et al. 2011), los resultados terapéuticos obtienen similares resultados que los realizados sobre población de otra procedencia.

En relación con el tipo de trauma sufrido por los participantes, la revisión incluye a sujetos con los dos tipos definidos, (tipo I y tipo II), siendo el abuso sexual el más común entre los pacientes estudiados, (Ahmad et al. 2007; Diehle et al. 2015; Jaberghaderi 2004; Karadag et al. 2019; Oras et al. 2004; Wesselman et al. 2018). No se detectan diferencias en esta relación, siendo EMDR igualmente eficaz en ambas tipologías. Este punto supone un gran hallazgo, al demostrar que EMDR es efectivo tanto en pacientes con traumas múltiples como en aquellos que han sufrido una experiencia traumática aislada.

La misma conclusión es extraída respecto al tiempo transcurrido desde que se tuvo el trauma. Si bien cabría esperar que, a mayor tiempo transcurrido tras el trauma y el inicio del tratamiento existieran mayores dificultades a la hora de mostrar su eficacia, motivado por el

agravamiento de síntomas, o que fuera necesaria una mayor duración del tratamiento, no se han encontrado resultados concluyentes que apoyen este hecho, demostrando de esta manera la eficacia y valía de EMDR (Chen et al. 2014; Gillies et al. 2016).

Analizando, por último, la comorbilidad asociada tampoco se aprecia un impacto negativo en la eficacia de EMDR. En esta revisión se encontró que los trastornos comórbidos más frecuentes en niños y adolescentes con TEPT o TEPT subclínico fueron: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno de Apego Reactivo (RAD), Trastorno Negativista Desafiante (TND), Trastorno de Conducta (CD), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno de Ansiedad por Separación (SAD). Otros estudios añaden, además, el Trastorno de Pánico (TP) y diferentes tipologías de Trastornos Disociativos (Ramos et al. 2001).

Todos los anteriores tienen relación con la sintomatología descrita y, cabe destacar, la mayor presencia de problemas de corte conductual (TDAH y trastornos de conducta) en los niños mientras que, en las niñas, los más presentes fueron los trastornos de ansiedad, de pánico, disociativos, etc., como anteriormente ya mencionamos. También se tienen en cuenta que, dadas las dificultades de establecer una etiqueta diagnóstica en niños y adolescentes y el riesgo que ello implica, hablamos de sintomatologías asociadas a estos trastornos, que de trastornos propiamente dichos (Ramos et al. 2001)

Centrándonos en aspectos relativos a la eficacia del tratamiento, una de las características de la terapia EMDR, y en comparación con otras modalidades de tratamiento como la TCC, es la necesidad de menos sesiones para conseguir aliviar el sufrimiento del paciente. Este punto cobra gran importancia ya que hace que el tratamiento sea más factible y viable con todo tipo de poblaciones repercutiendo, asimismo, en la disminución de los costes del mismo por este ahorro de tiempos.

Hay algunos autores, como de Ross et al. 2017, que postulan que esta menor duración del tratamiento podría deberse a la no inclusión de componentes, muchas veces innecesarios, tales como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento o la participación de los padres en el mismo. Jaberghaderi et al. 2004, añade que otras terapias mandan demasiadas tareas para casa y, en ocasiones, esto dificulta el tratamiento por necesitar un mayor tiempo de dedicación. Sin embargo, y dado que la mayoría de los estudios no dispone de medidas de seguimiento, no se puede concluir realmente que estas afirmaciones sean un motivo que refuerce la variable eficiencia. Es posible que otras terapias tarden más tiempo precisamente por dotar a los pacientes de recursos de afrontamiento, o por involucrar a los padres en el tratamiento otorgándoles estas mismas estrategias de manejo y afrontamiento y, sin embargo, obtener mayores beneficios a largo plazo.

Valorando la adherencia al tratamiento, así como la aceptabilidad del mismo por parte de los participantes, los resultados ponen de manifiesto un alto grado de aceptación, a lo que contribuye la corta duración del mismo que evita el que los pacientes puedan llegar a quemarse, a la vez que aumenta su motivación al ver mejorías en su estado en poco tiempo.

Aunque lo expuesto anteriormente invita al optimismo al respecto del uso de EMDR, no podemos obviar algunas limitaciones de los estudios analizados; la primera de ellas estaría referida al escaso número de investigaciones, sobre todo entre la población de niños y adolescentes. De igual modo, existen en estos estudios debilidades metodológicas que reducen el valor de esta revisión, tales como el bajo tamaño de la muestra, la ausencia de la condición grupo control y medidas de seguimiento, lo que hace que no sea posible extraer deducciones largo plazo.

De cara a futuro, y para poder tener una mayor certeza sobre la eficacia y efectividad de la terapia EMDR, se hace necesario el disponer de un mayor número de estudios en este

tipo de población, para que pudiera convertirse en un tratamiento de primera línea, así como disponer de una unificación de criterios específicos para adaptar este protocolo a la población infanto-juvenil.

Se hace imprescindible, de igual modo, una mayor investigación sobre los factores moderadores que influyen en los efectos producidos por EMDR. En otras palabras, es necesario igualmente conocer los mecanismos que hacen que EMDR funcione, las variables moderadoras, ya que ninguno de los estudios demuestra con claridad que la eficacia de esta terapia se deba a su rasgo distintivo, la estimulación bilateral como componente activo del tratamiento, y no al solapamiento de la misma con elementos de otras técnicas psicoterapéuticas, (p.e. la exposición). Como se ha comentado, cuatro estudios establecieron una comparación entre EMDR y TCC y ninguno de ellos encontró que las mejoras producidas en los participantes se debieran a los mecanismos específicos de la primera. Asimismo, otras investigaciones que estudiaron este fenómeno tampoco encontraron resultados concluyentes al respecto (Moreno-Alcazar et al. 2018). Por tanto, a la vista que la terapia EMDR necesita de menos sesiones que otros tratamientos para la obtención de los mismos, o similares resultados, se hace imprescindible el conocer el motivo de ello.

Conclusiones

Esta revisión ha tenido en cuenta nueve estudios de aplicación de la terapia EMDR realizados sobre población infantil y adolescente, tras haberse comprobado en otros su eficacia entre la población adulta.

El análisis de los mismos invita al optimismo a la vista de los resultados obtenidos, tanto en el alivio de los síntomas como en el tiempo de duración del tratamiento, si bien, aún es escaso el volumen de literatura publicada, lo que hace que tengamos que mostrar alguna cautela antes de extrapolar éstos y darlos por concluyentes.

En los trabajos analizados queda demostrada la eficacia de la terapia EMDR en la disminución de la sintomatología asociada a trastornos traumáticos consiguiéndolo, además, en un menor número de sesiones que otros tratamientos tradicionales.

De igual modo podemos asegurar que, a día de hoy y con los datos que disponemos, su combinación con otras terapias tradicionales repercute en una mejora más temprana de los pacientes. Es por ello que debe de profundizarse en el estudio de resultados obtenidos a través de este tratamiento lo que seguramente, y a imagen de las conclusiones recogidas con la población adulta, hagan de EMDR una terapia muy eficaz en el tratamiento de TEPT sobre la población infanto-juvenil.

Tanto individualmente, como en su aplicación conjunta con otros tratamientos, es también destacable la potencia de este tratamiento sobre otro tipo de trastornos que, muchas veces, aparecen asociados al TEPT, tales como TDAH, trastornos de conducta, ansiedad generalizada, etc., siendo al menos tan eficaz como otras terapias utilizadas para ello.

Referencias

- 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>
- Alarcón Parco, D., y Bárrig, P. S. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *LIBERABIT. Revista Peruana De Psicología*, 21(2), 253-259. <http://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/269>
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., y Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Allen, J.G., Fonagy, P., y Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice* (1ª ed.). American Psychiatric Publishing. ISBN-10: [1585623067](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227) / ISBN-13: [978-1585623068](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227)
- American Psychiatric Association's (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5). ISBN 10: [089042554X](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227) / ISBN 13: [9780890425541](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227)
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A., y Calderón, A. (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(4), 288-295. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000400004>
- Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y., y Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: A meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology*, 30(4), 183–192. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000078>

- Beer, R. (2018). Efficacy of EMDR Therapy for Children With PTSD: A Review of the Literature. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(4), 177-195.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.177>
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., & Plener, P. L. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychological Medicine*, 47(11), 1893–1905. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000496>
- Bryant, R.A., Salmon, K., Sinclair, E., y Davidson, P. (2007). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in injured children. *Journal of Traumatic Stress* 20(6), 1075-1079. <https://doi.org/10.1002/jts.20282>
- Bui, E., Ohye, B., Palitz, S., Olliac, B., Goutaudier, N., Raynaud, J.P., Kounou, K.B., y Stoddard, F.J. (2017). Acute and chronic reactions to trauma in children and adolescents. M Rey's (2nd Edition, pp. 1-31) *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., & 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>
- Chen, Y.-R., Hung, K.-W., Tsai, J.-C., Chu, H., Chung, M.-H., Chen, S.-R., Liao, Y.- M., Ou, K.-L., Chang, Y.-C. y Chou, K.-R. (2014). Eficacia de la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares para pacientes con trastorno de estrés postraumático: un metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *PloS One*, 9 (8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>

- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, S. R., Chrisman, A., Farchione, T. R., Hamilton, J., Keable, H., Kinlan, J., Schoettle, U., Siegel, M., Stock, S., y Medicus, J. (2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(4), 414–430.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., y Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Dagleish, T., Meiser-Stedman, R., Kassam-Adams, N., Ehlers, A., Winston, F., Smith, P., Bryant, B., Mayou, R. A., y Yule, W. (2008). Predictive validity of acute stress disorder in children and adolescents. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 192(5), 392–393. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040451>
- De Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., y de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. <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>

- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. J. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*, *24*(2), 227–236. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5>
- Elklit, A., y Christiansen, D.M. (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence* *25*(8), 1470-1488. <https://doi.org/10.1177/0886260509354587>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., y Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Gillies, D., Maiocchi, L., Bhandari, A. P., Taylor, F., Gray, C., y O'Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *The Cochrane database of systematic reviews*, *10*(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371>
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., y D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, *12*, CD006726. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2>
- Hart, O., Brown, P., y van der Kolk, B. (1989). Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, *2*, 379-395. <https://doi.org/10.1007/BF00974597>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., y Hofmann, A. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)

therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and behavior*, 5(6), 1-9. <https://doi.org/10.1002/brb3.342>

Hase, M., Plagge, J., Hase, A., Braas, R., Ostacoli, L., Hofmann, A., y 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. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01384>

Hensel, T. (2009). EMDR con niños y adolescentes después de un solo incidente de trauma: un estudio de intervención. *Revista de práctica e investigación de EMDR*, 3(1), 2-9. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.1.2>

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1024400931106>

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>

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>

Kassam-Adams, N., y Winston, F. K. (2004). Predicting child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of the American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43(4), 403–411.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00006>

Kemp, M., Drummond, P., & McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 5–25. <https://doi.org/10.1177/1359104509339086>

Lichtenstein, A., y Brager, S. (2017). EMDR integrated with relationship therapies for complex traumatized children: An evaluation and two case studies. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(2), 74-83. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.2.74>

López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>

Maroufi, M., Zamani, S., Izadikhah, Z., Marofi, M., y O'Connor, P. (2016). Investigating the effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on postoperative pain intensity in adolescents undergoing surgery: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2207-2217. <https://doi.org/10.1111/jan.12985>

Meentken, M. G., van der Mheen, M., van Beynum, I. M., Aendekerk, E. W. C., Legerstee, J. S., van der Ende, J., Del Canho, R., Lindauer, R. J. L., Hillegers, M. H. J., Moll, H. A., Helbing, W. A., y Utens, E. M. W. J. (2020). EMDR for children with medically related subthreshold PTSD: Short-term effects on PTSD, blood-injection-injury phobia, depression and sleep. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1705598>

Novo-Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., y Amann, B.L.

- (2020). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Edición en inglés)*, 11 (2), 101–114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Oras, R., de Ezpeleta, S. C., & 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, I.M.C., López-Soler, C., Alcántara-López, M., Castro, M., Sáez, V.F.F., y Pérez, A.M. (2020). Consecuencias del maltrato crónico intrafamiliar en la infancia: trauma del desarrollo. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 219-227. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2934>
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., y Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 299–318. <https://doi.org/10.1002/cpp.341>
- Ramos, Y., González J.C., y Ballesteros, M.C. (2001). *Trastorno de estrés postraumático en la infancia y adolescencia*. Psiquiatría.com. <https://psiquiatria.com/article.php?ar=estres-62&wurl=trastorno-de-estres-postraumatico-en-la-infancia-y-adolescencia>
- Ribchester, T., Yule, W., & Duncan, A. (2010). EMDR for childhood PTSD after road traffic accidents: Attentional, memory, and attributional processes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 138–147. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.4.138>

Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., y Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(7), 599–606.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>

Sareen, J., Cox, B. J., Stein, M. B., Afifi, T. O., Fleet, C., y Asmundson, G. J. (2007).

Physical and mental comorbidity, disability, and suicidal behavior associated with posttraumatic stress disorder in a large community sample. *Psychosomatic medicine*, 69(3), 242–248. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31803146d8>

Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 25– 44.

Shapiro, F. (2001). *Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares: principios básicos, protocolos y procedimientos*. (2ª ed.). Guildor Press. ISBN 10: [1462532764](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008) / ISBN 13: [9781462532766](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008)

Soberman, G. B., Greenwald, R., y David, L. (2002). A Controlled Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Boys with Conduct Problem. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 217–236.

<https://doi.org/10.1300/J146v06n01>

Soler, C. L. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.3.2008.4057>

- Solomon, RM y Shapiro, F. (2008). EMDR y el modelo de procesamiento de información adaptativo: mecanismos potenciales de cambio. *Revista de práctica e investigación de EMDR*, 2 (4), 315–325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 895–911. DOI: [10.1016/j.cpr.2005.09.005](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.005)
- Terr LC (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 148(1), 10-20. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.1.10>
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Wadaa, N. N., Zaharim, N. M., y Alqashan, H. F. (2010). The use of EMDR in treatment of traumatized Iraqi children: The use of EMDR. *Domes: Digest of Middle East Studies*, 19(1), 26–36. <https://doi.org/10.1111/j.1949-3606.2010.00003.x>
- Wanders, F., Serra, M., y de Jongh, A. (2008). EMDR Versus CBT for Children With Self-Esteem and Behavioral Problems: A Randomized Controlled Trial. *Journal of EMDR Practice and Research* 2(3), 180-189 <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.180>
- Wesselmann, D., Armstrong, S., Schweitzer, C., Davidson, M., & 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>
- Whitson, M. L., Champine, R. B., Griffin, A., Corto-Mergins, C., Lusa, J., Jaffe, J., Hemmelgarn, A., Bryden, E., Clark, K., & Kaufman, J. S. (2020). Impact of an

integrated EMDR treatment program for children and youth exposed to potentially traumatic events: The Village Collaborative Trauma Center. *Journal of EMDR*

Practice and Research, 14(4), 206-215. APA PsycInfo.

<https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00002>

Apéndice A. Instrumentos de evaluación empleados en los estudios de EMDR con niños y adolescentes.

1. Escala de síntomas de estrés postraumático para niños (con sus siglas en inglés- PTSS-C SCALE para DSM-IV; Ahmad et al. 2000).
2. Inventario revisado de respuestas al trauma en niños (con sus siglas en inglés- CRTI; Alisic y Kleber, 2010)
3. Inventario de Depresión Infantil (con sus siglas en inglés- CDI; Kovacs, 1992).
4. Escala revisada de ansiedad manifiesta infantil (con sus siglas en inglés- RCMAS; Reynolds y Richmond, 1978).
5. Lista de entrevistas de ansiedad y trastornos relacionados (con sus siglas en inglés- ADIS-C/P; Albano y Silverman, 1996).
6. Escala TEPT administrada por el clínico en Niños y Adolescentes (con sus siglas en inglés- CAPS-CA; Nader et al. 1996).
7. Inventario de creencias postraumáticas infantiles (con sus siglas en inglés- CPTCI; Meiser-Stedman et al. 2009).
8. Escala revisada de ansiedad y depresión infantil (con sus siglas en inglés- RCADS; Chorpita et al. 2000).
9. Cuestionario de fortalezas y dificultades (con sus siglas en inglés- SDQ-A/P; Goodman, 2001).
10. Kidscreen-27 versión para niños y padres (Ravens-Sieberer et al. 2007).
11. Inventario de duelo prolongado en niños y adolescentes (con sus siglas en inglés- IPG; Spuij et al. 2012).
12. Lista de verificación del comportamiento infantil (con sus siglas en inglés- CBCL; Achenbach, 1991).

13. Informe infantil sobre síntomas postraumáticos (con sus siglas en inglés- CROPS; Greenwald y Rubin, 1999)
14. Escala de autoevaluación de la depresión (con sus siglas en inglés- DSRS; Birlson, 1981).
15. Escala de ansiedad multidimensional infantil (con sus siglas en inglés- MASC; March et al. 1997).
16. Informe parental sobre los síntomas postraumáticos (con sus siglas en inglés- PROPS; Greenwald y Rubin, 1999).
17. Índice de reacción de estrés postraumático infantil: cuestionario para padres (con sus siglas en inglés- PTS-RI; Nader, 1994).
18. Kiddie-Schedule para trastornos afectivos y esquizofrenia (con sus siglas en inglés- K-SADS; Kaufman et al. 1997).
19. Índice de reacción al estrés postraumático infantil (con sus siglas en inglés- PTSD-I; Pynoos et al. 1987).
20. Inventario de ansiedad Estado-Rasgo para niños (con sus siglas en inglés- STAIC; Spielber, 1979).
21. Evaluación global o funcional (con sus siglas en inglés- GAF; para DSM-IV, 1994).
22. Lista de verificación de síntomas traumáticos para niños (con sus siglas en inglés- TSCYC; Briere et al. 2001).
23. Escala de evaluación de trastornos de apego revisada (con sus siglas en inglés- ADAS-R; Ziegler, 2006).
24. Cuestionario de trastorno de apego de Randolph (con sus siglas en inglés RADQ; Randolph, 2000).