



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en la reducción de sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños

**Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica**

AUTOR:

Romel Vinicio Sarango Jimenez

DIRECTORA:

Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores. Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2023

Certificado del Trabajo de Integración Curricular

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Loja, 27 de septiembre de 2023

Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en la reducción de sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, de la autoría del estudiante **Romel Vinicio Sarango Jimenez**, con **cédula de identidad** Nro. 1104105067, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja. En consecuencia, certifico que el Trabajo de Integración Curricular ha sido **culminado y aprobado**, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.



Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Romel Vinicio Sarango Jimenez**, declaro ser autor del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:



Cédula de identidad: 1104105067

Fecha: 17 de octubre del 2023

Correo electrónico: romel.sarango@unl.edu.ec

Teléfono o celular: 2688663 - 0981543603

Carta de Autorización por parte del autor, para consulta, reproducción parcial o total y publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Integración Curricular.

Yo, **Romel Vinicio Sarango Jimenez**, declaro ser autor del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en la reducción de sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños** como requisito para optar el título de **Psicólogo Clínico**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diecisiete días del mes de octubre del año dos mil veintitrés.

Firma:



Autor: Romel Vinicio Sarango Jimenez

Cédula: 1104105067

Dirección: Cariamanga, barrio "San Vicente", calle: Sucre y General Oliva.

Teléfono: 072688663 -**Celular:** 0981543603

Correo electrónico: jimenez-romel@hotmail.com

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores.

Mg. Sc.

Dedicatoria

Dedicado primeramente a Dios por haber permitido llegar a culminar con éxito mi carrera, a mis padres Rodrigo Sarango y Digna Jimenez por ser incondicionales durante todos estos años, por sus palabras de apoyo en los días difíciles y por siempre confiar en mí. A mis hermanos Diana Sarango y Darwin Sarango por convertirse en personas fundamentales para alcanzar cada una de mis metas, por ser guías y cuidar cada uno de mis pasos. Por brindarme su confianza y ejemplo de perseverancia, constancia y dedicación, convirtiendo en faros que guían mi camino. Todos mis logros han sido y serán dedicados para ustedes.

A mis amigos y compañeros quienes, con su amistad y compañerismo, me apoyaron y motivaron para nunca desistir y seguir adelante durante mi vida como universitario. Con todo mi profundo agradecimiento dedico a ustedes mi Trabajo de Integración Curricular.

Romel Vinicio Sarango Jimenez

Agradecimiento

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana, pero en especial a la carrera de Psicología Clínica, por reflejar las más nobles cualidades que permitieron contribuir en mi preparación como profesional y como seres humanos, inculcándonos no solo conocimientos, sino valores morales y éticos. Por haberse convertido en mi segundo hogar durante estos cuatro años de estudio.

A mi directora del Trabajo de Integración Curricular, Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores. Mg. Sc. Por su paciente, indicaciones, por su apoyo durante el desarrollo de esta investigación quien supo guiarme sabiamente hasta la culminación del mismo.

Finalmente, extendiendo mis agradecimientos a todas las personas que formaron y que forman parte de mi entorno en donde sus palabras me ayudaron a no darme por vencido y seguir siempre adelante.

Romel Vinicio Sarango Jimenez

Índice de Contenidos

Portada	i
Certificado del Trabajo de Integración Curricular	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de Contenidos	vii
Índice de Tablas	ix
Índice de Anexos	x
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1 Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco Teórico	7
4.1 Capítulo I: Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular... 7	
4.1. 1 Definición.....	7
4.1. 2 Historia.....	7
4.1. 3 Conceptos Básicos de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular	9
4.1. 4 Fundamento Teórico	11
4.1. 5 Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular como Teoría Integrativa.....	12
4.1. 6 Técnicas Derivadas de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular	12
4.1. 7 Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular en Niños	13
4.1. 8 Etapas del Tratamiento de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular.....	14
4.1. 9 Enfoque De Tres Finales de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular.....	16
4.1. 10 Aplicaciones Clínicas	16

4.1. 11	Funcionamiento de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular a nivel cerebral	17
4.2	Capítulo II: Trastorno de Estrés Postraumático.....	17
4.2.1	Definición.....	17
4.2.2	Historia	18
4.2.3	Características del Trastorno de Estrés Postraumático	18
4.2.4	Factores Relacionados al Trastorno de Estrés Postraumático	19
4.2.5	Teorías Explicativas del Trastorno de Estrés Postraumático	19
4.2.6	Factores de Riesgo y Protección	20
4.2.7	Trastorno de Estrés Postraumático en Niños.....	21
4.2.8	Trauma Psicológico.....	21
4.2.9	Tipos de Trauma.....	22
4.2.10	Epidemiología	24
5.	Metodología	25
5.1	Criterios de Inclusión.....	26
5.2	Criterios de Exclusión	26
6.	Resultados	28
7.	Discusión	36
8.	Conclusiones	39
9.	Recomendaciones	40
10.	Bibliografía	41
11.	Anexos	48

Índice de Tablas

Tabla 1. Eficacia de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en la Reducción de Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños.	28
Tabla 2. Caracterización de la Población Infantil	30
Tabla 3. Reducción de la Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños ..	33

Índice de Anexos

Anexo 1. Aprobación del Trabajo de Integración Curricular	48
Anexo 2. Oficio de Designación de Director para Trabajo de Integración Curricular	49
Anexo 3. Solicitud de Abandono del Tema de Trabajo de Integración Curricular	50
Anexo 4. Aprobación del Nuevo Trabajo de Integración Curricular.....	51
Anexo 5. Oficio de Designación de Director del Nuevo Trabajo de Integración Curricular ..	52
Anexo 6. Certificado del Resumen Traducción al Ingles	53
Anexo 7. Diagrama de Flujo PRISMA	54
Anexo 8. Tabla de Contenido	55

1. Título

Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en la reducción de sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños.

2. Resumen

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular asociada a una técnica de tercera generación, es en la actualidad un modelo psicoterapéutico utilizado tanto en niños como en adultos, con la finalidad de reprocesar traumas que han sido almacenados de manera disfuncional, diseñada principalmente como un tratamiento de primera elección para el Trastorno de Estrés Postraumático, que se encuentra caracterizado por un conjunto de sintomatología negativa generada por la vivencia de un evento que actúa, como peligro para la existencia o cualquier hecho que ponga en riesgo la integridad del individuo, y como terapia adyuvante para el trauma en cualquier trastorno, a través de la instalación de nuevos recursos, como cogniciones positivas, placenteras y seguras ante aquellas cogniciones negativas provocadas por el evento traumático. No obstante, dado el corto número de análisis en población infantil se desarrolló la presente investigación, cuyo objetivo se basó en determinar en base a la evidencia científica la eficacia de la terapia en la reducción de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en niños. El presente estudio, mediante la metodología de revisión bibliográfica, con enfoque cuantitativo no experimental, con diseño descriptivo y de tipo transversal, desarrolló la búsqueda de estudios o ensayos aleatorizados, en las bases de datos Google Scholar, Pubmed y Scopus logrando una muestra de 13 artículos relacionados a las variables de estudio, con criterios de exclusión como el rango de edad que estuvo entre 6 a 15 años y que hayan sido diagnosticados con Trastorno de Estrés Postraumático. Obteniendo resultados beneficiosos para la terapia, evidenciándose una disminución en los síntomas de reexperimentación, hiperactivación, evitación y variaciones negativas persistentes en las cogniciones, abordando un gran número de traumas. En conclusión, la terapia provee una reducción de la sintomatología con un número de sesiones menor en comparación con otras terapias.

Palabras claves: EMDR, eficacia, trauma, memorias no procesadas, infancia.

2.1 Abstract

Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy associated to a third generation technique, is currently a psychotherapeutic model used both in children and adults, with the purpose of reprocessing traumas that have been stored in a dysfunctional way, designed mainly as a first choice treatment for Post Traumatic Stress Disorder, which is characterized by a set of negative symptomatology generated by the experience of an event that acts as a danger to existence or any fact that endangers the integrity of the individual, and as an adjuvant therapy for trauma in any disorder, through the installation of new resources, such as positive, pleasant and safe cognitions before those negative cognitions caused by the traumatic event. However, given the short number of analyses in child population, the present research was developed, whose objective was based on determining, based on scientific evidence, the effectiveness of the therapy in the reduction of the symptomatology of Post Traumatic Stress Disorder in children. The present study, through the methodology of literature review, with a non-experimental quantitative approach, descriptive design and cross-sectional type, developed the search for studies or randomized trials, in the databases Google Scholar, Pubmed and Scopus achieving a sample of 13 articles related to the study variables, with exclusion criteria such as the age range was between 6 to 15 years and that have been diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder. Obtaining beneficial results for the therapy, evidencing a decrease in the symptoms of re-experiencing, hyperarousal, avoidance and persistent negative variations in cognitions, addressing a large number of traumas. In conclusion, the therapy provides a reduction of symptomatology with a lower number of sessions compared to other therapies.

Key words: EMDR, efficacy, trauma, unprocessed memories, childhood.

3. Introducción

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR), por sus siglas en inglés Eye Movement Desensitization and Reprocessing es una técnica de tercera generación, creada por Francine Shapiro en 1987, describiéndola como una terapia interactiva, interaccional, cognitiva, conductual, orientada al cuerpo y enfocada en el paciente, que se centra en aquellos recuerdos traumáticos y la sintomatología de estrés vinculada a los mismos, proponiendo que la fuente primaria de los trastornos que afectan al bienestar psicológico son memorias no procesadas de experiencias pasadas (Amann et al., 2001).

La Asociación de Psicología Americana (APA), define a la EMDR un método terapéutico estructurado como un tratamiento para el trauma y sus síntomas relacionados, al constar de dos procesos principales, la desensibilización de recuerdos negativos o traumáticos y la instalación de recursos nuevos, como cogniciones positivas, placenteras y seguras ante aquellas cogniciones negativas provocadas por el evento traumático (Amano y Toichi, 2016).

Para la Asociación EMDR España la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) es un método de psicoterapia efectiva cuyo propósito se basa en ayudar a las personas a recuperarse de un trauma y otras experiencias vitales angustiosas asociadas a las principales dificultades de la salud mental, entre ellos el estrés postraumático, la ansiedad, depresión y muchas otras patologías.

La EMDR se ha convertido en objeto de numerosos estudios científicos que se han enfocado en poder examinar su eficacia, permitiendo que en 2013 la Organización Mundial de la Salud la incluyera en su lista de tratamientos, en donde los resultados lograron mostrar que la terapia resultó más efectiva en cotejo a otras, como la cognitiva conductual para la reducción de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Los estudios científicos consideran a la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular un tratamiento de primera elección para el Trastorno de Estrés Postraumático y como terapia adyuvante para el trauma en cualquier trastorno (Santed, 2019).

El estudio de la efectividad conocido en 2014 en el *Journal of EMDR Practice and Research* encontró que el 77% de las personas que recibieron terapia EMDR orientada al Trastorno de Estrés Postraumático experimentaron una mejoría representativa después de solo 12 sesiones.

En la actualidad la terapia puede utilizarse tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, considerando que desde la infancia se genera una vulnerabilidad ante los acontecimientos traumáticos, el experimentar un trauma representa una enorme importancia en la vida del individuo y más cuando éstos se desarrollan durante la etapa más frágil del ser

humano, la infancia, en donde las experiencias de la niñez tienen un peso decisivo no sólo en la personalidad, sino en la salud física y psicológica, pudiendo llegar a aumentar la incidencia de la psicopatología en el período adulto (Soler, 2008). Los traumas a una corta edad y repentinos generan un impacto dramático en la evolución de los niños/as, provocando una variedad de expresiones psicopatológicas complejas causadas por la exposición a experiencias que suponen una amenaza y llegan a sobrepasar aquellos mecanismos que presenta la persona de afrontamiento (Pérez et al., 2020).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales, los acontecimientos traumáticos no sólo incluyen la exposición directa, sino también pueden ser experimentados cuando el hecho se produce en un miembro cercano a la persona, pudiendo ser familiar o amigo, en concordancia para Herman (1992) el desarrollar un trauma o no durante la infancia depende de distintos factores tanto individuales como ambientales.

Pudiendo llegar a desencadenar en un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) caracterizado por una afectación de la salud mental que reside en el conjunto de reacciones que ocurren en la persona tras la vivencia de un evento traumático, pudiendo desencadenarse por eventos como accidentes viales, violencia doméstica, agresiones, violaciones sexuales, desastres naturales entre otros (Amano y Toichi, 2016).

Para Rojas (2009) el trastorno de estrés postraumático, se encuentra conformado por el conjunto de síntomas, entre los cuales incluye desesperanza u horror, flashback, síntomas de reexperimentación persistente del evento y evitación de estímulos asociados con el acontecimiento, además de sintomatología de activación persistentes, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud estima que el 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT), en donde cerca del 4% son niños menores de 18 años, el 7% son niñas y 2% niños, destacando que existe una alta probabilidad de que en algún momento de la vida se llegue a experimentar en evento estresante (OMS, 2013).

En donde el no recibir un tipo de tratamiento destinado a poder mitigar las consecuencias generadas tras la vivencia de un evento traumático, produce un incremento de los riesgos tanto de comorbilidad como de cronicidad, además, el impacto y la gravedad también actúan como factores, mostrando así una necesidad de abordar tratamientos efectivos en niños (Puigcerver, 2001). Estudios realizados por Barra (2013) demuestran que entre un 25% hasta un 60% de los niños han presentado o vivido un evento traumático, incluyendo traumas de tipo doméstico, sociales, escolares, productos de desastres naturales, registran entre el 40 y 90 %.

Por tal razón, la presente investigación tuvo como objetivo principal describir la evidencia científica de la eficacia de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular en la reducción de Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños. A su vez, por medio de la evidencia científica los resultados de la investigación proporcionaron información relevante acerca de la utilización de la terapia y su eficacia en población infantil, asimismo permitirá incentivar el desarrollo de futuras investigación considerando dar respuestas a nuevas interrogantes como el país con más número de estudios realizados, considerando que se evidencio que existen un mayor número de estudios de la terapia en países como Estados Unidos y Turquía.

La investigación se encuentra estructurada por un marco teórico compuesto por dos capítulos, el capítulo uno denominado Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento el cual recopila definición, historia, conceptos básicos, fundamentos teóricos, técnicas de la terapia, etapas del tratamiento, aplicación en niños, aplicación clínica y funcionamiento a nivel cerebral; el segundo capítulo denominado Trastorno de Estrés Postraumático abarca definición, historia, características principales, teorías explicativas, factores de riesgo y protección, trastorno de estrés postraumático en niños y tipos de trauma.

4. Marco Teórico

4.1 Capítulo I: Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular

4.1.1 *Definición*

Eye Movement Desensitization and Reprocessing, cuya traducción al castellano, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares EMDR, es identificado por el Instituto EMDR (2020) como una psicoterapia que permite a las personas recuperarse de la sintomatología del estrés y la angustia emocional producto de experiencias de vida perturbadoras. Shapiro (2001) menciona que “EMDR facilita el acceso y procesamiento de memorias traumáticas y otras experiencias de vida adversas para llevarlos a una resolución adaptativa.”

La esencia que representa la EMDR es generar una transformación en la información que se encuentra almacenada disfuncionalmente en un modelo de almacenamiento adaptativo que promueva la salud mental. En condiciones naturales, en donde el sistema de procesamiento de la información innata asimila la experiencia reciente en redes neuronales ya existentes (Mosquera y González, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina a la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular, un modelo psicoterapéutico complejo que constituye un protocolo de fases, que identifica las características de cada paciente que ha sufrido un trauma y que se encuentran almacenadas en el cerebro, en donde por medio de la estimulación bilateral de la EMDR, altera el estado del cerebro, similar a lo que se observa durante el sueño REM, promoviendo el procesamiento adecuado de las memorias y la resolución de traumas (Psicología y Psiquiatría, 2023).

Según Gil (2008) la EMDR es una nueva modalidad terapéutica que logra involucrar movimientos oculares, para crear y rechazar imágenes, y desarrollar la reestructuración cognitiva y organizar los estímulos que se encuentran relacionados con la experiencia que desencadenó la situación traumática con la finalidad de alcanzar su resolución.

4.1.2 *Historia*

Inicialmente Francine Shapiro por medio de su libro publicado “Eye Movement Desensitization and Reprocessing” (Desensibilización y Reprocesamiento por medio de Movimientos Oculares), señaló que el principal propósito que tiene la terapia en aquel entonces era reducir la ansiedad de las personas por medio de los movimientos oculares y guiada por su modalidad conductual denominó Desensibilización por medio de Movimientos Oculares (EMD) por sus siglas en inglés Eye Movement Desensitization, partiendo como técnica terapéutica enfocada en reducir problemas de estrés y tensión (Shapiro, 2004, p. 1).

Shapiro desarrollo un gran número de investigación para lo cual utilizó como muestra a personas que habían experimentado un trauma y que hubieran sido diagnosticado con trastorno de estrés postraumático (TEPT), provocado por violaciones o enfrentamientos de guerras dividiendo a los participantes en dos grupos, el primer grupo no fueron tratados por medio de movimientos oculares al momento de relatar su experiencia, mientras que el segundo grupo se concentró en la experiencia perturbadora seguido de movimientos oculares. Generando una reducción significativa de la perturbación en el segundo grupo, provocando en Shapiro la inspiración en brindar de mayor rigor científico a la terapia (Shapiro, 2004, p .7).

El desarrollo de investigación permitió prestar atención que además de la desensibilización de las experiencias traumáticas, también provocaba una remoción de material amnésico cognitivo almacenado en el cerebro, tras la verificación del hecho se agrega la “R” de Reprocesamiento (Reprocessing), dando como resultado en 1987 la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR) (Shapiro, 2004, p. 19).

Para Shapiro significó un cambio de paradigma conductista a un nuevo paradigma cognitivo, en donde incluye el área mental (imagen, emoción, cognición, etc). Shapiro notó que los pensamientos se volvían menos intrusivos después de los movimientos oculares espontáneos, determinando que los movimientos de manera repetida de los ojos al enfocar un evento traumático generaban una reducción del efecto negativo. Trabajando tanto con civiles como veteranos pudo desarrollar un procedimiento que le permitió evaluar en víctimas de trauma que se ofrecieron como voluntarios para poder recibir el tratamiento. En donde la terapia consigue retornar de forma repentina a un recuerdo específico utilizando los movimientos oculares, en donde se genera en medio de ellos la respuesta de alivio inherente (Shapiro y Solomon, 2010).

Con el transcurso del tiempo, la técnica comenzó a incluir elementos de las principales escuelas de psicoterapia: cognitiva, conductual, sistema y orientación corporal, donde los procedimientos incluían pedirle a la persona que logre identificar la situación que le generaba perturbación, por ejemplo, una discusión o pelea con otra persona, pedirle que se enfocara en la pelea y se concentrará en las partes más incómodas, y luego el terapeuta levanta los dedos a 30 centímetros de la cara del paciente y meneaba la mano de manera rítmica de un lado a otro, de su campo visual. Desarrollándose por una duración de aproximadamente un minuto (Shapiro lo llama “serie”) y luego se dialoga con el paciente de lo ocurrido. Si la ansiedad por la pelea no logra disminuir se le solicita al paciente concentrarse en otro aspecto de la pelea y se realiza la misma serie.

Cuando esto funcionaba, el resultado se basaba en un cambio rápido de serie en serie, en donde el procedimiento ha logrado mantenerse hasta la actualidad, esto debido a que las personas comunicaban en relación a sus imágenes mentales perturbadoras desaparecido por completo (Gil, 2008).

A pesar de su nombre, el mismo que se concentra en el movimiento ocular, es un sistema completo que incluye varios componentes, en donde aquellos movimientos oculares son solo uno de ellos, es así que el objetivo no es solo reducir la ansiedad, explicándose por la desensibilización, sino que con el tiempo los resultados acerca de la terapia se relacionan más con el reprocesamiento de la información, generando que el procedimiento logre catalizar el aprendizaje (Marín et al., 2016).

4.1.3 Conceptos Básicos de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular

Según Shapiro (2004) los componentes que se incluyen en la EMDR son:

Proceso de Información de la Actividad Cerebral. El cerebro humano es un sistema que se encuentra conformado por subsistemas como neuro – redes, redes de recuerdos o mnemónicas que cumplen con la función de almacenar, recordar y reproducir. Además, el cerebro percibe estímulos provenientes del mundo externo con ayuda de los sentidos, siguiendo un procedimiento de almacenamiento, estableciendo nexos de asociación para posterior reproducir la información (p. 33).

Resolución Adaptativa. Durante el procesamiento de la información el cerebro utiliza mecanismo de autorregulación permitiendo generar un equilibrio a nivel emocional, sin embargo, ante la presencia de estímulos perturbadores se genera un bloqueo en esa función innata de procesar información en estados adaptativos. Es así que la resolución adaptativa cumple la función de producir emociones agradables con la información almacenada. Al respecto Shapiro Manifestó lo siguiente:

La resolución adaptativa quiere decir que se realizan conexiones con asociaciones apropiadas y que la experiencia es empleada constructivamente por el individuo y es integrado a un esquema cognitivo y emocional positivo. En esencia, lo que resulta útil es aprendido y almacenado con los sentimientos o emociones apropiadas y está disponible para ser usado en el futuro. (Shapiro, 2004, p. 30)

Redes Mnemónicas o Redes de Recuerdos. Shapiro planteó la hipótesis que consistía en sostener que las redes mnemónicas que conforman el cerebro están referidas a una estructura

neurofisiológica, es decir “una red mnemónica que representa un sistema asociado de información, en donde llegan a almacenarse los recuerdos, los pensamientos, las imágenes, las emociones y las sensaciones relativas y donde unos se vinculan con otros”. (Shapiro, 2004, p. 33)

Cognición. Comprende en un conjunto de cualidades destinadas a poder interpretar y representar experiencias dando el significado a cada creencia, que viene a ser un cristal por medio del cual se observa el entorno, en donde para Shapiro:

La cognición se ha utilizado muchas veces con la finalidad de definir las representaciones conscientes de la experiencia. En el método EMDR lo usamos para significar una creencia o una evaluación. Por lo tanto, la cognición representa la interpretación que el cliente realiza en su presente sobre su ser y no constituye una mera descripción. (Shapiro, 2004, p. 58)

Imagen Mental. Expresiones gráficas elaboradas ante situaciones, eventos o experiencias vividas, que quedan internamente, en donde la característica de dichos eventos es que pueden provocar en la persona que reviva en el aquí y ahora, trayendo consigo características específicas como el olor, color, tamaño, sonido e incluso mencionar que tiene en su mente algunas imágenes de rostros. Para Shapiro la imagen mental representa un papel importante puesto que con la EMDR la imagen negativa referentes a algunas experiencia o suceso, terminan convirtiéndose en una evaluación positiva de sí misma. (p. 32)

Abreacción. Representa una forma de liberar la tensión emocional ligada a una idea, situación o experiencia, la abreacción se produce al momento de revivir experiencias emocionales traumáticas que fueron almacenadas en las redes ubicadas en la memoria.

Shapiro sostuvo que:

La abreacción es definida por el método EMDR como un estado en que el cliente experimenta el material estimulado a un alto nivel de perturbación. Dado que la abreacción es una parte natural del procesamiento e integración de algunos individuos, los clínicos que emplean el método EMDR deben sentirse cómodos cuando sus clientes experimentan niveles potencialmente altos de emotividad. (Shapiro, 2004, p. 199)

4.1.4 Fundamento Teórico

El modelo psicoterapéutico de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR) se basa teóricamente en el modelo SPIA (Sistema de Procesamiento de Información a un Estado Adaptativo). Que se basa en el descubrimiento de recuerdos no procesados causados por experiencias adversas pasadas en su vida, incluyendo los aspectos patológicos y se excluye las causas orgánicas. En condiciones normales, el sistema de procesamiento de la información combina nuevas experiencias con experiencias pasadas, recopilando la información que resulta útil y descartando la que no lo es. En donde esta información, junto con los estados emocionales correspondientes, se almacenan en redes de memoria interconectadas y puede utilizarse para guiar acciones posteriores (Jarero, 2016).

Sin embargo, los altos niveles de interferencia pueden alterar el sistema y hacer que se retengan recuerdos sin poder procesar logrando que se almacenen con las perspectivas, las impresiones, los efectos y las sensaciones que se desarrollaron durante el evento. En donde los eventos que generan angustia no solo incluyen el trauma como tal sino también las experiencias vividas en la infancia, como el rechazo, abandono, la humillación y la ruptura familiar. Dichas experiencias logran almacenarse, logrando asociarse con información más adaptativa, lo que provoca que se produzca un aprendizaje adecuado. Como era de esperar, si una situación actual logra activar las redes de la memoria que almacena información de manera inapropiada, las imágenes, percepciones y emociones inherentes a las memorias no procesadas emergen automáticamente, cuando esto se da, el pasado tiende a convertirse en presente (Reátegui et al., 2022).

El modelo SPIA postula que la terapia EMDR produce con el resultado que se dé el surgimiento de aquella memoria objetiva de su estado aislado y se integre adecuadamente con las redes de memoria integrales más amplias que conforman en su totalidad las experiencias de la vida del individuo. Logrando que en su memoria se almacene de una manera adaptativa, siendo capaz así de recordar y verbalizar (Hensley, 2010).

Shapiro (2004) sostuvo lo siguiente:

Existe un sistema innato de procesamiento de información en las personas, y en donde las patologías se presentan a causa de que este mecanismo se los ha impedido. En donde se localiza el recuerdo perturbador y se activa el sistema, la información es llevada a una resolución adaptativa. La observación de miles de sesiones de tratamientos EMDR parece corroborar dicha conjetura. Aparentemente, el sistema está configurado para

procesar la información y restaurar la salud mental, de la misma manera en que el resto del cuerpo está programado para curarse cuando se le inflige una herida. Esta creencia constituye la base acerca de lo sustentado en el modelo EMDR, que básicamente se concentra en el paciente, y el cual supone que los cambios que se llevan a cabo a nivel cognitivo y los niveles sentimentales o emotivos del paciente durante el procedimiento EMDR, tenderán a alcanzar un nivel óptimo con una mínima intrusión de parte del clínico. (p. 18)

4.1.5 *Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular como Teoría Integrativa*

Shapiro (2004) considera tres argumentos para sustentar el carácter integrativo de la EMDR. Así, el primero se basa en afirmar que “el uso del método EMDR puede ser plenamente compatible con la mayor parte de las tendencias psicológicas” (p. 20); estableciendo una concordancia con Freud y su enfoque psicodinámico, de quien asemejó el interés por el análisis y estudio enfocado en las experiencias producidas en la infancia.

El segundo argumento se centra en el enfoque cognitivo-conductual, estableciendo que la EMDR de igual manera incorpora aspectos de un gran número de las principales tendencias, incluida “la experiencial (Bohart y Greenberg), la psicodinámica (Solomon y Neborsky y Wachtel, así como muchas otras”. (p. 27)

El tercer argumento Shapiro, afirma que la EMDR guarda coherencia con estudios reportados acerca de enfoques cognitivos, psicodinámicos, conductuales y experiencial, explicando que “tanto para los propósitos investigativos como de la práctica clínica, debe hacerse notar que el método EMDR constituye un enfoque complejo, que cuenta con una variedad de componentes necesarios para lograr una efectividad plena” (Shapiro, 2004, p. 28)

4.1.6 *Técnicas Derivadas de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular*

Según el informe establecido por la revista de Psicólogos existe técnica de orientación y terapia para la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular:

El Mecanismo de Habitación. Es un proceso psicológico que se basa en causar que se deje de prestar atención o responder significativamente a estímulos repetitivos o familiares. Cuando una persona se encuentra expuesta a estímulos de manera continua, el interés y respuesta emocional disminuye con el tiempo. Por ejemplo, una persona que viva cerca de una

carretera muy transitada, inicialmente puede notar el ruido de los automóviles, sin embargo, con el transcurrir del tiempo se acostumbra y deja de prestarle atención (Solomon y Shapiro, 2014).

La habituación también permite generar una adaptación de forma rápida a los cambios producidos en el entorno, en donde inicialmente se fija la atención, pero con el transcurrir de los días y por medio de la familiarización con los cambios, la respuesta emocional logra disminuir. Esto permite que las personas se adapten más eficazmente a un ambiente que se encuentra en constante cambio (Shapiro, 2001).

La Extinción. Describe al proceso para reducir o eliminar una acción o también un pensamiento, logrando retirar las contingencias que estaban asociadas previamente. En términos del condicionamiento y la extinción ocurre cuando ya no se refuerza una respuesta previamente aprendida. Por ejemplo, si alguien recibe una recompensa por completar una tarea, pero luego deja de recibirla, el condicionamiento asociado con esta tarea puede disminuir o desaparecer con el tiempo (M. Rosen, 2023).

El Cambio de Expectativas. Se basa en saltar de algún estado mental negativo o pesimista a un positivo o esperanzador. Implicando pasar de la creencia de que podemos hacer frente a los estímulos molestos o desafiantes a poder generar en la persona el reconocer su propio progreso y potencial para continuar progresando. El cambio que se produce genera e impulsa el desarrollo personal logrando superar barreras emocionales o cognitivas (Galve, 2007).

4.1.7 Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular en Niños

Dentro del estudio realizado por Rematal en su artículo científico denominado “Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) para trastornos ansiosos y depresivos en niños y adolescentes: revisión de la evidencia disponible.” Se menciona lo siguiente:

Nuestra búsqueda encontró investigaciones que valoraron la efectividad de EMDR en niños o adolescentes con síntomas de depresión. La eficacia de EMDR para el trastorno depresivo mayor (TDM) se midió mediante dos informes de casos y estudios cuasiexperimentales pre y post empíricos, ambos realizados con poblaciones de adolescentes. Otros estudios midieron el impacto de EMDR sobre los síntomas depresivos asociados con otro trastorno mental. (Rematal, 2022, p. 56)

Por lo tanto, la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) se utiliza principalmente para abordar el trastorno de estrés postraumático (TEPT), no obstante, se menciona la utilización referente a otros trastornos como la ansiedad, las adicciones y trastornos alimentarios. Logrando desarrollar evidencia científica misma que ha sido respaldada por varios metaanálisis para el uso de EMDR y con objetivos equivalentes a la terapia de exposición. Sin embargo, se ha establecido cuestionamientos acerca de la eficacia, debido a la poca claridad sobre mecanismos y aspectos metodológicos, mismos que han generado dudas (Marín et al., 2016).

El propósito de los análisis es proporcionar un enfoque más equilibrado de la EMDR, recalando su aplicación no solo al TEPT sino a los diferentes trastornos, permitiendo generar debates y cuestionamientos acerca de su eficacia y mecanismo. Además, se enfatiza sobre la importancia en poder buscar orientación de un profesional en salud mental que se ha competente y calificado para desarrollar la terapia. En general, el análisis proporciona información que resulta útil para conocer el contexto y las consideraciones relacionadas al uso de la EMDR en diferentes trastornos, permitiendo esclarecer en la toma de decisiones referentes al buscar opciones de tratamientos (Gil, 2008).

4.1.8 Etapas del Tratamiento de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular

La EMDR actúa como un enfoque de tratamiento psicoterapéutico que consta de ocho fases diferentes, y no simplemente se limita a la estimulación, las ocho fases completas son:

Historia Clínica. Se realiza una recopilación de la información representativa referente a los eventos traumáticos, en donde se evalúa la sintomatología y los sucesos precipitantes que permiten al clínico determinar el tipo de intervención apropiada para la persona, además, por medio de la valoración se identifica si se podrá utilizar la terapia de acuerdo a los puntos blancos (experiencias) para posteriormente establecer un acuerdo entre el profesional y el cliente, acordando objetivos y metas del tratamiento, de modo que los recuerdos del paciente puedan ser reprocesados (Hernández, 2022).

Preparación del Paciente. Esta fase representa una alianza entre el profesional y el paciente pues el establecer un adecuado rapport, permite explicar de mejor manera el proceso que se realiza en la EMDR a la vez que se logra poder plantear expectativas, psicoeducación y entrenamiento en técnicas de regulación emocional, generando en el paciente una predisposición y motivación para el desarrollo del tratamiento, con la finalidad de alcanzar un estado adaptativo (Lago Blanco y Larráz Geijo, 2012).

Evaluación de los Aspectos Primarios del Recuerdo. La identificación de recuerdos significativos, cogniciones negativas y positivas y una evaluación adecuada de la experiencia traumática del paciente permitirán identificar con mayor precisión los objetivos para poder así iniciar una terapia que se encuentre dirigida a desbloquear los recuerdos traumáticos y restaurar la salud mental del paciente (Mosquera y Ross, 2018).

Desensibilización del Recuerdo. Desarrolla las modificaciones basadas en aquella experiencia sensorial relacionada con el evento, en donde aumenta la introspección y sensación en autoeficacia forjando una limpieza de cualquier fragmento que almacene material disfuncional y sirve como objetivo terapéutico, recordando el grado de importancia acerca de que el paciente cuente con una red de apoyo que le sirva durante el proceso (Marín et al., 2016).

Instalación de Cogniciones Positivas y Reprocesamiento. Sustituir las cogniciones negativas por positivas en el cerebro del paciente, intentando asociar cogniciones positivas con experiencias traumáticas, en donde se busca que por medio de la asociación se fortalezca el pensamiento positivo (Ayala, 2015).

Examen Corporal. Reducir las sensaciones corporales, entre las más comunes se encuentran las tensiones musculares en donde de la misma manera si aún existe pensamientos o material disfuncional que lleguen a perturbar al paciente se siga trabajando en ello, considerando de igual manera que por medio del examen corporal lo que el clínico busca es ubicar en la persona alguna experiencia residual y tratarla, a esto se suma el hecho de comprobar si ha podido generar el paciente un estado de equilibrio, logrando superar la sintomatología (Luna, 2023).

Cierre. Por medio del cierre se comprueba el incremento en el autocontrol de las emociones y la forma en cómo el paciente maneja las situaciones perturbadoras, además, por medio del acompañamiento se evidencia que el paciente haya alcanzado un equilibrio en sus emociones, considerando que se puede presentar el retorno de la experiencia, sin embargo, no existirá una molestia considerable en el organismo (Sánchez, 2020).

Reevaluación o Seguimiento. Radica en la comprobación del reprocesamiento del evento perturbador, en donde en cada sesión luego de haber aplicado la terapia y poder asegurarse que se siente neutral la experiencia y el pensamiento positivo todavía se sienta verdadero con el transcurrir del tiempo, de igual manera, los efectos conseguido (Correa, 2020). Las fases resultan importantes, por ende, se las debe realizar de manera ordenada, con el propósito de alcanzar el objetivo del tratamiento, de igual manera se desarrolla la exploración de una manera más centrada en los recuerdos perturbadores o traumáticos al estimularse de manera bilateral. Permitiendo activar los sistemas emocionales, sensorial, y cognitivo para

procesar el trauma. Como resultado, se mantiene el recuerdo pero se reduce de manera significativa la activación física y emocional que se produce (Retamal et al., 2022).

4.1.9 Enfoque De Tres Finales de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular

La EMDR representa un tratamiento que aborda tres frentes enfocándose en reprocesar eventos pasados, desencadenantes actuales y ensayos adaptativos en situaciones futuras. Para abordar de manera completa el problema que presenta el paciente y lograr una solución más adaptativa, es así que la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular se encuentra diseñada para reflexionar sobre los eventos del cliente, poder eliminar los estímulos asociados a ellos y que puedan ser angustiosos, preparando al paciente para situaciones futuras (Hensley, 2009).

Objetivo del Pasado. Radica en la relevancia que posee la memoria clave, en donde la memoria que subyace el problema actual que presenta, corresponde a la memoria que forma el núcleo en la red disfuncional o desadaptativa, la memoria clave surge muchas veces durante la niñez o adolescencia, en donde el reprocesamiento se vuelve espontáneo logra en el paciente identificar y reprocesar sucesos claves a durante el tratamiento (Sánchez, 2015).

Objetivo del Presente. Se enfoca en poder estimular por medio de situaciones desagradables, una composición de estímulos internos o externos, que pueden estimular aquella información almacenada de forma disfuncional y llegar a provocar perturbaciones tanto emocionales como conductuales (Shapiro, 2010).

Objetivo del Futuro. Se enfoca en el desarrollar un modelo positivo que logre facilitar la incorporación de comportamientos apropiados o el reprocesamiento de eventos futuros anticipatorios, incluyendo el entrenamiento del paciente en función a sus habilidades de asertividad y visualización de situaciones futuras (Leeds, 2013).

4.1.10 Aplicaciones Clínicas

La terapia se utiliza principalmente en casos de trastorno de estrés postraumático (TEPT), que se desarrolla como consecuencia de experimentar situaciones traumáticas que generan en la persona sensaciones que logran poner en peligro la propia vida de la persona o la de los demás. También se mencionan otros trastornos, como la ansiedad, adicciones, entre otros, como áreas en las que se puede implementar la EMDR (Psicología y Mente, 2017).

Se señala que varios metaanálisis respaldan el uso del EMDR para objetivos equivalentes a los expuestos por la terapia de exposición, especialmente al hablar del TEPT. Sin embargo, se menciona que la peculiaridad de este enfoque, la poca de claridad sobre sus mecanismos y ciertos problemas metodológicos en las investigaciones relacionadas han llevado

a que muchos profesionales cuestionen su eficacia. Destacando que el análisis proporciona un enfoque general acerca de la EMDR y sus aplicaciones en diversos trastornos (Marín, 2016).

Si bien se mencionan los metaanálisis que respaldan su uso en el TEPT, es importante tener en consideración que existen diferentes perspectivas y debates dentro de la colectividad profesional sobre la eficacia y los mecanismos de la terapia. Si se busca recibir un tratamiento de la EMDR o cualquier otra terapia, es fundamental buscar la orientación de un profesional de salud mental competente y calificado (Yunitri et al., 2020).

4.1. 11 *Funcionamiento de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por*

Movimiento Ocular a nivel cerebral

El cerebro cuenta con formas naturales para recuperarse de recuerdos traumáticos, implicando una comunicación entre tres estructuras; la amígdala, núcleo del cerebro encargada de generar una alarma ante situaciones estresantes; hipocampo, área comprometida en el aprendizaje, incluidos el peligro y seguridad; y la corteza prefrontal, encargada de controlar los comportamientos y emociones. Esperándose que las experiencias traumáticas puedan ser gestionadas, sin embargo, existen muchos casos en donde se llega a necesitar ayuda para procesar la experiencia. La EMDR ayuda al cerebro puesto que se enfoca en reprocesar los recuerdos y permite que se reanude nuevamente el proceso de una manera natural. A pesar de que aún se recuerde la experiencia, la respuesta de lucha, huida o congelación ligada a la situación anterior se soluciona (*Asociación EMDR España, s. f.*).

4.2 Capítulo II: Trastorno de Estrés Postraumático

4.2.1 *Definición*

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) surge en un primer momento en las nosologías psicopatológicas en la tercera edición del DSM (APA, 1980). En donde se reconoce como una patología del espectro de trastornos acerca de la ansiedad que sobreviene por la exposición ante un evento altamente perturbador, donde la vida y la integridad de una persona se ven seriamente amenazados.

De manera similar, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se define como una respuesta emocional intensa a un evento traumático que presenta un cambio sensorial, cognitivo o conductual en donde llega a amenazar la salud o la vida de un individuo. Además, las características consisten en que la persona revive y reacciona a esta experiencia con miedo e impotencia, ya que no puede adaptarse adecuadamente al evento, lo que resulta en una disfunción conductual, psicológica y biológica (Durán et al., 2020).

Para Rojas (2009) considera al trastorno de estrés postraumático un síndrome, debido al complejo grupo de síntomas que incluyen experiencias de miedo, desesperación o terror,

síntomas de flashbacks persistentes del evento, evitación de estímulos asociados al trauma, así como síntomas desencadenantes persistentes.

4.2.2 Historia

El surgimiento del concepto que sustenta el término se produce en el siglo XIX, por aquellas víctimas de accidentes ferroviarios, los veteranos y los prisioneros de guerra. Por ende, desde que comenzó a estudiarse, se han utilizado una variedad de términos para describir las secuelas psicológicas de la exposición de traumas severos, como "neurosis por trauma psíquico", "síndrome post-Vietnam", "respuesta de estrés extremo" y "neurosis traumática" (Hernández-Guzmán, 2001). Sin embargo, fueron los conflictos armados, especialmente la Primera y Segunda Guerra Mundial y la Guerra de Vietnam, los que reforzaron el interés por el trastorno, observándose una proporción significativa de soldados estadounidenses tenían síntomas postraumáticos.

El término trastorno de estrés postraumático (TEPT) abarca dos aspectos que incluyen la respuesta del estrés disfuncional y por otra parte al trauma. En el que el estrés es un concepto que hace referencia a la respuesta no específica del organismo ante una determinada necesidad. Ante un estresor, el organismo responde buscando adaptación y equilibrio (homeostasis). Los estresores pueden ser físicos o psicológicos y las respuestas pueden ser adaptativas (eustrés) o patológicas (distrés) (Carvajal, 2002).

4.2.3 Características del Trastorno de Estrés Postraumático

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad, generalmente dentro de los primeros tres meses después de suscitarse cualquier tipo de trauma, y su duración varía, el 50% se recupera dentro de los primeros meses, mientras el otro grupo desarrollará síntomas por un período más prolongado hasta un tiempo de mayor a un año; es más común en niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos de mediana edad. Se estima que 2 de cada 3 menores de 16 años han vivido alguna experiencia traumática en algún momento de su vida en donde la muerte de familiares y el abuso sexual son los traumas más comunes; las características más importantes son la magnitud, duración e intervalo del evento para determinar el progreso del trastorno, el diagnóstico clínico basado en la presencia y características de síntomas específicos (Campos, 2016).

Mientras Bedregal et al., (2015) considera que el desarrollo del trastorno de estrés postraumático produce interferencias en la cotidianidad y el abordaje por medio de los espacios de atención de salud, generando una mayor atención en los factores y la intervención hacia los cuidadores de una manera simultánea.

Logrando identificar diferentes aspectos que contribuyen a la evidencia de cuatro tipos de intervenciones psicosociales en situaciones de desastre; intervenciones basadas en el tiempo, intervenciones específicas del desastre, las que se basan en niveles de acción y las centradas en las personas, además, considerando de igual manera aquellos factores que influyen en el impacto social en donde se toma en consideración el efecto del trauma, tipo de la personalidad y la vulnerabilidad de los afectados (Ariel y Fernández, 2016).

4.2.4 Factores Relacionados al Trastorno de Estrés Postraumático

Según Bados (2015) existe una mayor probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático dependiendo de factores como la intensidad, la frecuencia y la duración del evento traumático, relacionados de igual forma con las propias experiencias como observar o presenciar eventos en terceras personas; sus consecuencias incluyen depresión, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias, trastornos de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias múltiples, alucinaciones, dificultad para controlar los impulsos, desarrollo de conductas antisociales, trastorno de personalidad, ideación suicida, disfunción sexual, etc.

4.2.5 Teorías Explicativas del Trastorno de Estrés Postraumático

La gran multiplicidad de reacciones a los sucesos traumáticos ha dado lugar a un gran número de teorías que intentan explicar la etiología del Trastorno de Estrés Postraumático.

Modelo Biológico. Aborda los cambios producidos a nivel biológico y psicológico a causa del trastorno de estrés postraumático, en donde se desarrolla una activación en las regiones cerebrales envueltas en la percepción y respuesta del estrés. En donde la amígdala cumple el papel de procesar la información. Así mismo, las proyecciones sobre el hipotálamo generan una respuesta simpática que repercute sobre el tracto solitario, que a la vez desencadena una respuesta parasimpática. Por consiguientes el modelo biológico se enfoca en las respuestas fisiológicas en donde incluyen la activación del sistema nervioso simpático, hiperresponsividad simpática a estímulos que recuerdan el suceso estresante e hipofunción del eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical (Cornelis et al., 2010).

Modelos Cognitivo-Conductual. Abordan tanto la etiología como la expresión y desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático. Partiendo con la teoría bifactorial del aprendizaje de Mower, el cual lo explica por medio de la teoría del aprendizaje del miedo al trauma a causa del condicionamiento clásico y el mantenimiento del aprendizaje de evitación de las situaciones que generan estímulos similares. Es así que los síntomas por medio del condicionamiento logran generar un empeoramiento en donde a través del aumento del número a los estímulos condicionados producen una evocación del suceso traumático y de activación fisiológica (Keane et al., 1985).

Teoría del Aprendizaje. Desde esta representación, se plantea una explicación acerca del Trastorno de Estrés Postraumático sobre la base del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. Se sugiere que cualquier situación o estímulo, inicialmente neutro, puede evocar respuestas de miedo y ansiedad por su asociación con el estímulo traumático. Es decir, el suceso traumático (estímulo incondicionado, EI), provocador natural de miedo, provocaría en la víctima intensas respuestas de temor y ansiedad (respuestas incondicionadas, RI) (Puigcerver, 2001).

Modelo de Bryant Harvey. Envuelve la dimensión temporal de la reacción traumática, haciendo referencia tanto al estrés agudo como al estrés postraumático crónico. Considerando a los factores predisponentes entre los cuales se encuentran los antecedentes psiquiátricos, un alto nivel de activación, estrategias de afrontamiento de evitación y sesgos atencional, mismos que influyen en la respuesta de una persona a la situación traumática y en resultado el hecho de desarrollar el Trastorno de Estrés Postraumático (Richard y Harvey, 2000).

Teoría del Procesamiento Emocional. Considera que el miedo se logra almacenar dentro de las redes cognitivas de las representaciones mentales, en donde las respuestas y sus significados van de la mano con las experiencias perturbadoras. Desde esta perspectiva, intenta explicar la reexperimentación de la sintomatología presentes en el Trastorno de Estrés Postraumático (Foa et al., 1989).

4.2.6 Factores de Riesgo y Protección

Existen componentes de riesgo que aumentan la tendencia a desarrollar este trastorno y factores de recuperación que reducen el peligro de desarrollarlo, en todo caso, es viable que estos factores estuvieran presentes antes del evento traumático o del desarrollo durante e incluso después del evento, incluyendo algunos de los siguientes según el Instituto Nacional de Salud Mental (2016):

- Factores de riesgo, se basa en antecedente de haber presenciado eventos traumáticos anteriores, víctima de lesiones, presenciar la muerte de personas y accidentes de gravedad, permanecer con sensación de miedo extremo, tener escasa ayuda a nivel social después del evento, pérdida de seres queridos durante el evento u otras pérdidas importantes como la vivienda.
- Factores de resiliencia, son aquellos que buscan generar ayuda incluyendo a familiares, amigos y conocidos, aprender a aceptar y sentirse bien con las acciones realizadas durante el acontecimiento traumático, desarrollar estrategias de afrontamiento y mantenerse activo a pesar de la sensación de miedo.

Los factores de riesgo pueden ser clasificados por diferentes elementos en donde Tobar (2016) considera que se encuentran caracterizados por el entorno familiar, peculiaridades propias del evento y aspectos personales, señalando que:

- El género, en donde el sexo femenino se encuentra ubicada por encima del género masculino para desarrollar un trastorno de estrés postraumático, englobando tanto las mujeres adultas como infantojuveniles, probablemente esto se deba a la vulnerabilidad situacional, dado que las mujeres se encuentran más expuestas a enfrentar eventos traumáticos durante su vida.
- La edad es otro de los factores, en donde las estadísticas exponen que a menor edad existe mayor probabilidad de desarrollar un trastorno de estrés postraumático.
- La etnia se sitúa en aquellas personas que proceden de minorías étnicas, las cuales pueden desarrollar con mayor frecuencia de la sintomatología generados por el trastorno de estrés postraumático, incluido la posibilidad de presentar mayor dificultad para superarlo, relacionándose hasta cierto punto con otros aspectos como los estigmas, prejuicios, exclusión, economía baja y por las creencias culturales y religiosas.

4.2.7 *Trastorno de Estrés Postraumático en Niños*

Los niños no son exentos de desarrollar trastorno de estrés postraumático, en donde por medio de las estadísticas esto se ha visto reflejado debido al incremento durante los últimos años, en donde a menudo desarrollan conjuntos de síntomas variados y diferentes en contraste con otras personas con el mismo diagnóstico, pudiendo generar una confusión con otros trastornos como, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) e incluso con trastorno como la depresión mayor, esto debido a las características de las sintomatología en donde se presente: la hipervigilancia, la impulsividad, además, se pueden presentar agresividad, disforia, retracción social, trastorno del sueño, problemas escolares, insensibilidad y retraso en el crecimiento, el desarrollo de TEPT en niños pueden ir ligado con una comorbilidad variada y reunir criterios diagnósticos para ambos trastornos o patologías, dificultando la evolución, la clínica y por ende el tratamiento (Bruce, 2014).

4.2.8 *Trauma Psicológico*

Para Beltran (2005) el trauma representa un malestar intenso que se puede provocarse por medio de la experimentación de un suceso negativo inesperado y catastrófico, lo que produce que rebose en la capacidad del niño o adolescente para producir una respuesta, sintiéndose que se encuentra sobrepasada para enfrentar las situaciones adversas con las que se enfrenta en su diario vivir.

Las habilidades de afrontamiento tienden a ser incorrectas o escasas y las expectativas pueden estar enfocadas dentro del fracaso (Echeburúa, 2004). En donde el surgimiento de emociones negativas suele ser frecuente, como el odio, la venganza o el rencor, suelen ser sentimientos que llegan a generar complicaciones aún más la situación. Generando el sentimiento de incapacidad para adaptarse a la nueva situación, siento que no puede, que no cuenta con un futuro y sin ganas de iniciativas para emprender nuevas actividades (Foa, et al., 2007).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales se detalla que un hecho traumático deber ser, una situación que en la persona un peligro para la vida o cualquier hecho que ponga en riesgo la integridad del individuo, pudiéndose desencadenar de igual manera de situaciones en donde exista muertes, heridos o exista amenaza a terceros. (DSM, 2013).

4.2.9 Tipos de Trauma

Cualquier vivencia traumática es una expresión del trauma psicológico sufrido por la víctima. Las sintomatologías experimentadas resultan comunes en gran parte de casos, pero otros varían según las diferencias individuales y el tipo de evento experimentado. Los eventos traumáticos pueden ser naturales (terremoto, inundación, etc.), accidentales (incendio, accidente automovilístico, accidente de tren, etc.) o intencionales (agresión sexual, atentado terrorista, secuestro de familiares, robo, tortura, fallecimiento violento de una persona querido, etc.) (Amor et al., 2001).

Shapiro distingue entre la “T” mayúscula y la “t” minúscula, en donde abarca las experiencias que han representado un peligro para su integridad y se llegan asociar al trastorno de estrés postraumático, acontecimientos como abusos sexuales, y físicos, el fallecimiento de una persona cercana, desastres naturales, reflejan hechos de los traumas que se representan con “T” mayúscula. El DSM-V incluye para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático cuatro grupos de síntomas: reexperimentación (flashbacks, pesadillas y pensamientos recurrentes), hiperactivación (irritabilidad, dificultades de concentración e insomnio), evasión (de sitios o estímulos que guarden relación con el evento traumático y modificaciones negativas persistentes en las cogniciones (Sánchez, 2015).

Por otra parte, los traumas con “t” minúscula, representan los sucesos que, si bien llegan a causar un impacto, el mismo no suele sobrepasar la capacidad que tiene la persona para sobrellevarlo y que afecta a las creencias, la autoestima y la autoconfianza, mismo que llegan a almacenarse en la red de su memoria de una manera independiente con relación al estado emocional. Considerando que el trauma haya persistido por un largo tiempo en la niñez,

aquellos traumas “t” minúscula no suele producir un impacto de gran magnitud, no obstante, suponen una capacidad para provocar auto atribución negativas con el potencial para generarse a lo largo del tiempo consecuencias negativas (Hensley, 2009).

Es así que para Briere et al. (2010) el desarrollo de un trauma con mayor severidad es consecuencia de experimentar sucesos violentos como los que se mencionan a continuación:

Agresiones Sexuales. Según estudios estadísticos, este evento afecta principalmente a las mujeres, ya que los hombres son menos propensos a experimentar esto hecho y llegar a convertirse en víctimas de violación, pero cuando sucede, el impacto psicológico es muy alto y el instinto de ocultar el incidente también es muy grande por la vergüenza y al miedo, pero sobre todo a las interpretaciones que pueden surgir por los demás. La reacción inicial de una víctima de la agresión sexual puede variar desde una reacción de sobresalto hasta una reacción de embotamiento. Más concretamente, el principal efecto de una agresión de este tipo es el desequilibrio emocional que se produce en la víctima (Psoteg, 2004).

Mientras que para Tarrier y Sommerfield (2004) los síntomas varían dependiendo del tiempo en que se ha experimentado el evento traumático, sin embargo, tiende a presentarse irritabilidad, fobias, trastornos del sueño y pesadillas, ansiedad y miedo generalizado. Mientras que, a mediano plazo, los síntomas se basan en la pérdida de autoestima, dificultades en las relaciones sociales, así como el miedo asociado a los estímulos agresivos. Finalmente, los síntomas se expresan en desconfianza, sobrevigilancia, embotamiento emocional, etc.

La Muerte Violenta de un Hijo o Familiar. El fallecimiento de una persona cercana resulta una experiencia dificultosa, en donde se suman a esta situación las circunstancias, como el asesinato o el suicidio. En estos contextos, el malestar puede ser peor que la muerte natural. Por otra parte, cada individuo expresa diferentes emociones como resultado de un suceso traumático, expresándose en ansiedad, tristeza, pérdida de apetito, insomnio, irritabilidad y la dificultad de concentración en las diligencias diarias (Neimeyer et al., 2006).

Traumatización Vicaria. Consiste en el impacto del trauma que se genera en las personas que colaboran las víctimas, entre ellos se encuentran los terapeutas, produciendo que se desencadene aspectos negativos en la área emocional y psicológico por el hecho de tener que enfrentarse a experiencias traumáticas de los pacientes (Saakvitne y Pearlman, 1996).

Para los psicólogos clínicos y trabajadores de apoyo, el trauma indirecto es el resultado de generar un trato empático y el apego a la víctima durante un período largo de tiempo. Los primeros síntomas pueden ser progresivos y difusos. El terapeuta gradualmente encuentra difícil desconectarse del trabajo e incluso del placer como antes, y se vuelve escéptico y pesimista sobre la condición humana (Vanderlinden y Vandereycken, 1999).

Desastres Naturales. Representan hechos que ocurren de manera inesperada, acompañados de grandes cambios y profundas alteraciones en los individuos con la destrucción de bienes materiales y del medio ambiente, provocando la muerte y graves daños en la salud, lo que altera las características de la vida normal de las víctimas y esto crea impotencia, tanto individual como colectiva, limitaciones económicas; en caso de desastres naturales causados por terremotos, tornados, cambios bruscos de temperatura, incendios y erupciones volcánicas; en cualquiera de estos aspectos la población desarrolla trastorno emocional, en donde entre los más comunes se encuentran los problemas inherentes a la atención, el desarrollo de miedos, dificultad para el disfrute, trastorno de ansiedad y depresión, en gran parte de los casos se presenta el trastorno de estrés postraumático (Andrade, 2017).

4.2.10 Epidemiología

En todo el mundo, los adolescentes presentan cifras que van desde el 2 al 5 % de haber experimentado algún tipo de trauma, no obstante, los niños presentan un porcentaje mucho mayor en comparación con los adolescentes en donde la incidencia para el TEPT va desde el 15 al 90%, estas cifras pueden variar dependiendo de la naturaleza del evento; se ha logrado identificar una cadena de factores que pueden ser mediadores para el desarrollo de un TEPT, los cuales toman en cuenta las características del niño, del evento y de la familia o sistema social (Bruce, 2014).

Algunas cifras señalan que por lo menos el 30% de población a nivel mundial ha estado expuesta a eventos traumáticos, entre los cuales el 7 al 10% logran desarrollar reacciones persistentes como el TEPT y ansiedad, en cuanto al género, 1 de cada 10 mujeres ha presentado alguna vez TEPT, mientras que en los hombres se estima en 1 de cada 20, adicionalmente, un 85% de las mujeres que desarrollan TEPT persisten con la clínica por periodos mayores al año; respecto a los grupos etarios, dos de cada tres niños menores de edad experimentan un trauma psicológico en donde del 10 al 25% desarrolla TEPT (Rojas , 2016).

5. Metodología

En la investigación se empleó el método deductivo, en donde la obtención, análisis y procedimiento estadístico se fundamentó desde el razonamiento y lógica de conceptos generales, para el establecimiento de conclusiones (Cabezas et al., 2018). De tal manera, el enfoque metodológico fue de tipo cuantitativo, dado que la información recolectada y tabulada partió desde los resultados considerando a todos los estudios, por medio de la medición numérica y descripción estadística (Hernández Sampieri et al., 2014). Presentó un diseño no experimental y de tipo transversal debido a que el análisis de las variables fue sin manipulación o control de las mismas, a la vez que la correspondió a un único y determinado periodo de tiempo (Cortés y Iglesias, 2004).

Asimismo, la investigación fue de tipo documental, a través de una revisión bibliográfica y búsqueda de información escrita en libros, revistas con registro ISBN, ISSN y artículos científicos que permitieron contribuir con la información del estudio (Mora, 2021). Estableciendo un alcance de tipo descriptivo puesto que se procedió con la argumentación de ambas variables, considerando diferentes peculiaridades de las mismas (Bernal, 2010). Con respecto a la selección de la muestra se dio por intermedio del muestreo no probabilístico por juicio o de tipo intencional, elegidos en relación a los criterios de inclusión y exclusión, de la cual se escogieron 13 documentos de análisis, considerados pertinentes, y que brindaran relevancia científica para el proceso investigativo.

La selección partió de una indagación de fuentes, cuyos resultados iniciales fueron de 80 artículos en la etapa de identificación, referentes a la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular y el Trastorno de Estrés Postraumático en niños. Incluyéndose libros, documentos, artículos de revistas científicas como: Dialnet, Elsevier, Scielo, Science Direct, Springer Open, NIH, Redalyc por medio de buscadores como: Google Scholar, Pubmed y Scopus y utilizando palabras clave como “EMDR”, “trauma”, “niños”, “eye movement desensitization and reprocessing”, “therapy”, “children” y conectores como AND y OR.

Referente al número inicial de artículos (80) se descartaron 10 por sentido de duplicación y 6 por requerir remuneración económica; quedando 64 artículos seleccionados, en donde por criterios de exclusión se suprimieron 8, por ser estudios psicométricos y teóricos, 10 por no pertenecer a la población, y 9 de los cuales no se mencionan las variables de estudio, quedando 37 artículos en la etapa de elección, de los cuales se excluyeron, 10 por ser de enfoque cualitativo y 14 por no encontrarse en el grupo etario establecido. Finalmente, resultando para la fase de la inclusión 13 artículos de análisis para la investigación, graficado en el anexo 7.

5.1 Criterios de Inclusión

- Documentos en idioma inglés y español considerando que los artículos pertinentes para la investigación;
- Artículos con población niño/as con rango de edad de 6 a 15 años, independientemente de su ubicación geográfica;
- Artículos que abarquen variables diferentes de las del trabajo investigativo, no obstante, únicamente se extraerá la información pertinente relacionada con las variables de estudio.
- Población con diagnóstico previo de Trastorno de Estrés Postraumático;
- Documentos que permitan el acceso.

5.2 Criterios de Exclusión

- Artículos teóricos que no cuenten por lo menos con una variable analizar;
- Documentos que requieran una remuneración económica para acceder a su contenido;
- Estudios que no han sido publicados y con población diferente;
- Estudios con enfoque cualitativo;
- Población que no ha sido diagnosticada con trastorno de estrés postraumático.

Se empleó el método de síntesis bibliográfica referente a la selección de documentos, que permitieron establecer la categorización y filtración de estudios de investigación. Asimismo, la estrategia de búsqueda para el planteamiento de la muestra se determinó con ayuda del instrumento PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) por sus siglas en inglés, que representa de manera gráfica la búsqueda y localización de la información utilizada. En donde se evidencio el proceso de exploración de información, desde la recopilación de la bibliografía de manera general hasta la selección específica de los documentos a utilizados resaltando los criterios de inclusión y exclusión que se tomaron en cuenta para la selección final de la muestra (Rodrigo, 2012).

El procedimiento de investigación se dio en diferentes fases de acuerdo a las estrategias para la búsqueda, recolección y análisis de los datos.

Primera Fase. Inicio del proceso de investigación, a través del uso de estrategias de búsqueda de información en las diferentes bases de datos Google Scholar, Pubmed y Scopus y publicados en las diferentes revistas científicas como Dialnet, Elsevier, Scielo, Science Direct y Redalyc.

Segunda Fase. Selección y filtración de los artículos de análisis pertinentes en torno a los criterios de inclusión y exclusión anteriormente planteados. Con el uso de palabras claves referente a las variables y conectores que faciliten la búsqueda y el cumplimiento de los objetivos de describir la prevalencia de la reducción de la sintomatología de trastorno de estrés postraumático por artículo, al igual que caracterizar a la población permitiendo tener una mayor claridad.

Tercera Fase. Tabulación de los resultados obtenidos tras el análisis de los datos de cada uno de los artículos que cumplieron con los criterios y se consideren pertinentes para el análisis, a través de la creación de tablas diseñadas en un archivo de Excel, en relación al cumplimiento de los objetivos de la investigación, con categorías como: el autor, año, tipo y diseño de investigación y las características específicas de lo que se pretende estudiar de acuerdo al objetivo y su población.

Cuarta Fase. Planteamiento de conclusiones referentes al objetivo general de describir la eficacia de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular en Niños Diagnosticados con Trastorno de Estrés Postraumático, a través del análisis de las tablas realizadas y la creación de una nueva en torno a los datos específicos que se pretenden encontrar.

6. Resultados

Para dar cumplimiento al objetivo general: Determinar en base a la evidencia científica la eficacia de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular en la Reducción de Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños.

Tabla 1.

Eficacia de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en la Reducción de Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños.

Resultados de la eficacia de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en la reducción de sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños			
Autor	Artículo	Muestra c/d Artículo	% de reducción de la sintomatología del TEPT
Lee et al., (2002)	Tratamiento del PTSD: entrenamiento de inoculación de estrés con exposición prolongada en comparación con EMDR.	23	69,6%
Chemtob et al., (2002)	Tratamiento breve para niños de primaria con Trastorno de estrés postraumático relacionado con desastres.	32	55%
Oras et al., (2004)	Tratamiento de niños refugiados traumatizados con desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento en un contexto psicodinámico.	13	44%
Ahmad, et al., (2007)	Tratamiento Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) para niños con PTSD: Resultados de un ensayo controlado aleatorizado.	17	48,8%
Kemp et al., (2010)	Un estudio piloto controlado por lista de espera de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) para niños con trastorno de estrés postraumático (TEPT) síntomas de accidentes automovilísticos.	27	46%
Wadaa et al., (2010)	El uso de EMDR en el tratamiento de niños iraquíes traumatizados.	12	68,4%
De Roos et al., (2011)	Una comparación aleatoria de terapia cognitiva conductual (TCC) y desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en niños expuestos a desastres.	26	47,4%
Diehle et al., (2015)	Terapia cognitiva conductual centrada en el trauma o desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: ¿qué funciona en niños con síntomas de estrés postraumático? Un ensayo controlado aleatorizado.	25	36,4%
De Roos et al., (2017)	Comparación de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares, la terapia de escritura cognitiva conductual y la lista de espera en el trastorno de estrés postraumático pediátrico después de un incidente único de trauma: un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico	43	48,3%

Autor	Artículo	Muestra c/d Artículo	% de reducción de la sintomatología del TEPT
Karadag et al., (2020)	Uso de la intervención de autoayuda derivada de EMDR en niños en el período de COVID-19: un estudio controlado aleatorio.	52	55%
Karadag et al., (2021)	Terapia EMDR en niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático: un estudio de seguimiento de seis semanas.	11	63%
Meentken et al., (2021)	Eficacia a largo plazo del movimiento ocular desensibilización y reprocesamiento en niños y adolescentes con problemas médicos trastorno de estrés postraumáticos subumbral; un ensayo controlado aleatorizado.	37	49,6%
Banoğlu y Korkmazlar (2022)	Eficacia del grupo de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares Protocolo con niños en la reducción del trastorno de estrés postraumático en niños refugiados	42	75%
		Total	706,50%
		Media (x)	54,35%

Nota. Esta tabla indica el porcentaje de reducción de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático bajo el uso de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en cada artículo de la muestra, y por tanto su eficacia.

Análisis: En la Tabla 1 recopila los resultados de reducción de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático bajo el uso de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares, en la muestra estudiada (N=13) se establece una media aritmética de 54,35%.

Para dar cumplimiento al primer objetivo específico: Caracterizar la población infantil abordada con la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular.

Tabla 2.

Caracterización de la Población Infantil

Resultados de la Caracterización de la Población Infantil en la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular							
Autor/ País	Número de Participantes	%	Edad	Lugar de Origen	%	Trauma	%
Lee et al., (2002) Australia	13 niños	54%	9-12 años	Australia	100%	Abuso físico o sexual	58,3%
	11 niñas	45%	6-15 años			Negligencia emocional	41%
Chemtob et al., (2002) Estados Unidos	10 niños	31%	6-11 años	Filipinas	28,1 %	Desastres naturales	85,2%
	22 niñas	68%	6-12 años	Japón	12,5 %		
				Hawái	31,3 %		
				Caucásico	18,8 %		
Mixtos	9,4%	Muerte de un familiar	14,9%				
Oras et al., (2004) Suecia	3 niños	23,1%	8-10 años	Asia	30,8%	Asalto	61,5%
	10 niñas	76,9%	8-11 años	Europa	23,1%	Presenciar agresión a sus padres	53,8%
				África	15,4 %	Tortura	23,1%
				Turquía	30,8%	Muertes de familiares	15,4%
				Secuestro	15,5%		
				Violación	7,7%		
				Muertes de padres	7,7%		
				Maltrato	36,4%		
Abuso sexual	21,1%						
Ahmad et al., (2007) Suecia	7 niños	41,2%	6-15 años	Suecia	82,4%	Accidente de tránsito	15,2%
	10 niñas	58,8%	6-9 años	Europa	5,9%		
				Otros	11,8%	Presenciar una muerte no natural	12,1%
				Otros tipos de trauma	6,1%		

Autor/ País	Número de Participantes	%	Edad	Lugar de Origen	%	Trauma	%
Kemp et al., (2010) Australia	15 niños	55,5%	6-12 años	Australia	100%	Accidentes automovilísticos	100%
	12 niñas	44,4%	6-15 años				
Wadaa et al., (2010) Irak	9 niños	75%	6-7 años	Irak	100%	Trauma de guerra	100%
	3 niñas	25%	12-13 años				
De Roos et al., (2011) Estados Unidos	15 niños	65,2%	6-12 años	Países Bajos	83%	Accidentes con juegos artificiales	100%
	11 niñas	42,3%	6-13 años	Turquía	17%		
Diehle et al., (2015) Amsterdam	9 niños	36%	8-11 años	Holanda	100%	Accidentes	23%
	16 niñas	64%	8-13 años		100%	Violencia domestica	44%
						Agresión sexual	39%
						Otros	17%
De Roos et al., (2017) Estados Unidos	20 niños	46,5%	6-12 años	Inmigrante s	25,6%	Agresión física	30,2%
	23 niñas	53,5%	8-15 años	Originario s del lugar	74,4%	Abuso sexual	23,3%
						Accidente de tránsito	9,3%
						Pérdida traumática	23,3%
						Otros	14%
Karadag et al., (2020) Turquía	28 niños	53,8%	9-12 años	Turquía	100%	Afectados por COVID-19	100%
	24 niñas	46,2%	9-15 años				
Karadag et al., (2021) Turquía	5 niños	45,5%	7-11 años	Turquía	100%	Abuso Sexual	43%
	6 niñas	54,5%	7-14 años		100%	Accidente de tránsito	23%
						Muerte de un familiar	17%
						Otro	17%

Autor/ País	Número de Participantes	%	Edad	Lugar de Origen	%	Trauma	%
Meentken et al., (2021)	20 niños	54%	9-10 años	Holanda	88,9%	Enfermedad grave de un familiar	73%
Países Bajos	17 niñas	46%	8-13 años	Otro	11,2%	Accidente de tránsito	8,1%
						Otro accidente	18,9%
Banoğlu y Korkmazlar (2022)	30 niños	71,2%	6-15 años	Siria	100%	Experimentar una guerra	100%
Turquía	12 niñas	28,6%	6-15 años				

Nota. Esta tabla muestra las características de la población con la que se trabajó la Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular por cada estudio.

Análisis: En la tabla 2 se especifican los resultados en torno a la caracterización de la población infantil por cada estudio, con un total de 361 sujetos (N=13), de los cuales 184 (50,9%) eran de género masculino y 177 de género femenino niñas (49%), lugar de origen, el rango de edad abarco desde de 6 a 15 años y el tipo de trauma con mayor porcentaje fueron abuso sexual 61,5% seguido de accidente de tránsito 53,8% tratados con la Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular.

Para dar cumplimiento al segundo objetivo específico: Identificar la reducción de la sintomatología generada por el Trastorno de Estrés Postraumático en niños por estudio.

Tabla 3.

Reducción de la Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños

Reducción de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático por estudio				
Nombre del Estudio	Muestra c/d Artículo	Sintomatología	% de reducción de la sintomatología	% de reducción por síntoma
Tratamiento del PTSD: entrenamiento de inoculación de estrés con exposición prolongada en comparación con EMDR.	23	Reexperimentación Hiperactivación Evitación Alteraciones negativas en las cogniciones	69,6%	17,4% 12,5% 22% 17,7%
Tratamiento breve para niños de primaria con Trastorno de estrés postraumático relacionado con desastres.	32	Flashbacks y pesadillas Insomnio Evitación	55%	35% 15% 5%
Tratamiento de niños refugiados traumatizados con desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento en un contexto psicodinámico.	13	Insomnio Pesadillas Pensamientos recurrentes	44%	20% 14% 10%
Tratamiento Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) para niños con PTSD: Resultados de un ensayo controlado aleatorizado.	17	Evitación Dificultades de concentración Flashbacks	48,8%	20% 18% 10,8%
Un estudio piloto controlado por lista de espera de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) para niños con trastorno de estrés postraumático (TEPT) síntomas de accidentes automovilísticos.	27	Flashbacks Irritabilidad Evitación	46%	21% 15% 10%

Nombre del Estudio	Muestra c/d Artículo	Sintomatología	% de reducción de la sintomatología	% de reducción por síntoma
El uso de EMDR en el tratamiento de niños iraquíes traumatizados.	12	Alteraciones negativas Insomnio Flashbacks Evitación	68,4%	35% 15% 10% 8,4%
Una comparación aleatoria de terapia cognitiva conductual (TCC) y desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en niños expuestos a desastres.	26	Flashbacks Pensamientos recurrentes Insomnio	47,4%	20% 15% 12,4%
Terapia cognitiva conductual centrada en el trauma o desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: ¿qué funciona en niños con síntomas de estrés postraumático? Un ensayo controlado aleatorizado.	25	Evitación Reexperimentación	36,4%	25,5% 10,9%
Comparación de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares, la terapia de escritura cognitiva conductual y la lista de espera en el trastorno de estrés postraumático pediátrico después de un incidente único de trauma: un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico.	43	Flashbacks Dificultad de concentración Evitación Insomnio	48,3%	20% 15% 8% 5%
Uso de la intervención de autoayuda derivada de EMDR en niños en el período de COVID-19: un estudio controlado aleatorio.	52	Insomnio Dificultades de concentración Pesadillas	55%	35% 20% 15%

Nombre del Estudio	Muestra c/d Artículo	Sintomatología	% de reducción de la sintomatología	% de reducción por síntoma
Terapia EMDR en niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático: un estudio de seguimiento de seis semanas.	11	Flashbacks Pesadillas Irritabilidad Evitación	63%	30% 15% 10% 8%
Eficacia a largo plazo del movimiento ocular desensibilización y reprocesamiento en niños y adolescentes con problemas médicos trastorno de estrés postraumáticos subumbral; un ensayo controlado aleatorizado.	37	Pensamientos recurrentes Pesadillas Dificultades de concentración	49,6%	25% 15% 9,6%
Eficacia del grupo de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares Protocolo con niños en la reducción del trastorno de estrés postraumático en niños refugiados.	42	Flashbacks Pesadillas Insomnio Estímulos asociados al trauma	75%	25% 20% 15% 15%

Nota. La sintomatología se caracteriza por la reexperimentación (flashbacks, pesadillas y pensamientos recurrentes), hiperactivación (irritabilidad, dificultades de concentración e insomnio), evitación (de lugares o estímulos que se asocien al hecho traumático) y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones.

Análisis: En la tabla 3 se colocan la reducción de la sintomatología generada por el Trastorno de Estrés Postraumático por cada artículo. En donde se identifica que existe una reducción del 22,56% en las alteraciones negativas-cogniciones, las reexperimentaciones con un 18,28%, hiperactivación 15,3% y evitación con un 12,41%.

7. Discusión

El propósito principal de esta investigación fue describir en base a la evidencia científica la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en la reducción de sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños, evidenciando que es un tratamiento eficaz en la reducción de los síntomas con 54,35%.

En concordancia, el estudio de Alcázar – Moreno et al. (2017) denominado Eficacia de la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares en niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático realizado en Italia, concluyeron que la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR) fue eficaz en la reducción de los síntomas postraumáticos con un 95%.

Aunado a lo anterior en el estudio de Chen et al. (2014) nombrado Eficacia de la desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento para pacientes con trastorno de estrés postraumático realizado en Taiwán, determinaron que la terapia EMDR redujo significativamente los síntomas, específicamente en la angustia subjetiva en los pacientes, con un porcentaje de 75%; en ese sentido el estudio Rossrodenburg et al. (2009) llamado Eficacia de terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR) en niños realizada en Países Bajos, identificaron que los participantes, se beneficiaron de su tratamiento, tras la reducción significativa de los síntomas con un porcentaje del 90%.

En el estudio de Gallo Martín (2022) Eficacia de la terapia EMDR en el tratamiento de un trauma realizado en Madrid se evidencio una disminución significativa de la sintomatología directamente relacionada y no relacionada con el TEPT, tras la aplicación de la terapia EMDR con un 51,9%.

Meentken et al. (2018) en su investigación denominada Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares en niños y adolescentes con Trastorno de Estrés Postraumático realizado en Países Bajos con una muestra de 78 niños, señalaron una eficacia significativa de la terapia con el 95%.

Por el contrario, Karatzias et al. (2011) en su investigación Comparación controlada de la eficacia de dos terapias psicológicas para el trastorno de estrés postraumático realizado en Edimburgo con 46 participantes, mencionaron que no se presentó un efecto significativo en comparación entre la Terapia desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares y técnicas de liberación emocional, aunque se observó mejorías significativas con el tiempo para el grupo de técnicas de liberación emocional (TLE).

Otro de los objetivos consistió en realizar la caracterización de la población infantil en donde se determinó que de 361 niños, 184 (50,9%) fueron de género masculino y 177 (49%)

femenino, de entre 6 a 15 años y los tipos de trauma más abordados con la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR) fueron abuso sexual con 61,5% y accidente de tránsito 53,8%; semejante al estudio realizado por Gallo Martín (2022) en su investigación Eficacia de la terapia EMDR en el tratamiento de un Trauma realizado en Madrid, evidenció que más del 50% de los niños desarrolló un trastorno de estrés postraumático por abuso sexual (trauma tipo II) mientras que un 40% habían sufrido accidentes de tránsito (trauma tipo I), demostrando que la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR) es efectivo tanto en pacientes con traumas múltiples como en aquellos que han sufrido una experiencia traumática aislada.

De igual manera estudios como Larsson et al. (2006) llamado Tratamiento EMDR para niños con trastorno de estrés postraumático realizado en Suecia, estableció que los traumas con mayor prevalencia fueron abuso sexual 36,4% y accidente de tránsito con un 15,2%.

Aunado a lo anterior, Meentken et al., (2018) en su investigación Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares en niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático realizado en Países Bajos con una muestra de 78 niños, constataron que el 30% había sufrido un trauma como consecuencia de un abuso sexual, en donde a través de la terapia permitió reducir la vivencia y la intensidad de los recuerdos en un 20 %.

El último objetivo propuesto en esta investigación comprobó que la reducción de la sintomatología generada por el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños, a nivel global produjo una reducción del 22,56% en las alteraciones negativas (cogniciones), reexperimentaciones 18,28%, hiperactivación 15,3% y evitación 12,41%.

En concordancia, se encuentra el estudio de Ross et al. (2017) Comparación de diferentes tratamientos después de un trauma, con una muestra de 43 niños realizado en Países Bajos, en donde comprobaron una clara disminución de los síntomas de intrusión, evitación e hiperactivación; resultados similares son los reportados por Chemtob et al. (2002) Tratamiento breve para niños con TEPT con una muestra de 32 infantes, señalaron un alivio del estrés psicológico con un 25%.

Igualmente, el estudio de Ahmad et al. (2007) Tratamiento desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) para niños con TEPT, con una muestra de 11 niños realizado en Suecia, detectaron un descenso en los síntomas de evitación 20%, reexperimentación 10,8% y dificultades en la concentración 18%.

Al contrario, estudios como el realizado Jaberghader et al. (2004) Comparación de terapia cognitivo conductual y terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular, con una muestra de 100 niños realizada en Irak, probaron que ambas terapias redujeron

de manera significativa la sintomatología de flashbacks 20% y la evitación 15%; mientras que en la investigación de Haagen et al. (2016) Respuesta al tratamiento del trastorno de estrés postraumático en refugiados realizado en 72 participantes de Países Bajos, reflejo que los niños que sufren TEPT y algún otro trastorno comórbido como depresión severa, se beneficiaron menos del tratamiento dirigido a aliviar la sintomatología producida por el trastorno de estrés postraumático, debido a la incapacidad de experimentar completamente el afecto emocional en pacientes deprimidos genera una activación insuficiente de la estructura del miedo.

8. Conclusiones

Esta revisión bibliográfica se determinó que la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular redujo significativamente la sintomatología provocada por el trastorno de estrés postraumático en niños, con un número de sesiones menor en comparación con otras terapias.

Se logró caracterizar a la población infantil con trastorno de estrés postraumático, en donde se identificó un número mayor de participantes de género masculino con respecto al femenino, con un rango de edad 6 a 15 años, consideración el desarrollo madurativo del niño o niña, ya que la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular toma en consideración las características madurativas del paciente, así como la edad en la que se produjo la experiencia traumática así mismo permitió constatar que la terapia puede ser incorporada en diferentes tipos de trauma como maltrato físico, negligencia emocional, abuso sexual, exposición a desastres naturales, muertes de seres queridos y accidentes de tránsito resultando efectivo tanto en pacientes con traumas múltiples como en aquellos que han sufrido una experiencia traumática única.

Por otro lado, la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular generó una reducción en la sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños, evidenciándose una disminución en las alteraciones negativas persistentes en las cogniciones, reexperimentación que se encuentra caracterizada por flashbacks, pesadillas y pensamientos recurrentes, hiperactivación representada por irritabilidad, dificultades de concentración e insomnio y evitación, permitiendo conocer los mecanismos de la terapia EMDR, representando un aporte significativo al campo de la psicoterapia y del trauma psíquico.

Finalmente, tras la revisión bibliográfica, es congruente decir que la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular, es un tratamiento con evidencia empírica sólida que ayuda en la reducción de la sintomatología generada por el trastorno de estrés postraumático y empieza hacer considera útil en otras patologías como la depresión, dolor crónico o fobias, esto debido a que a diferencia de otras psicoterapias la EMDR no requiere que el paciente hable en detalle sobre el problema o que realice algún tipo de tarea, si no que a través de la fases de la terapia busca que la persona contacte brevemente con el recuerdo, trabajando en la reducción del malestar y generando un reprocesamiento, provocando una mejoría en un menor número de sesiones.

9. Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de la salud utilizar la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular (EMDR) ya que ha evidenciado ser eficaz en la reducción de sintomatología traumática, generando una mayor adherencia en comparación con tratamientos tradicionales, debido al mecanismo de la terapia, misma que se enfoca en digerir recuerdos que se han quedado congelados y provocan malestar, por su intervención rápida y por los resultados positivos finales.

Asimismo, se recomienda a la comunidad científica, estudiantes y profesionales, generar revisiones bibliográficas, permitiendo la actualización de nuevos estudios, enfocados en la población infantojuvenil que permita generar un mayor alcance en cuanto a los conocimientos acerca de la terapia, acrecentando el número de estudios.

Por otro lado, se recomienda a los estudiantes e investigadores de Latinoamérica realizar estudios enfocados en identificar la actuación de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en los síntomas generados por el trastorno de estrés postraumático, ya que, si bien la evidencia científica ha logrado comprobar una reducción en la reexperimentación, evitación e hiperactividad, es importante investigaciones en torno a los factores que actúan como barrera al momento de generar una mayor reducción.

De igual manera a los profesionales de la Carrera de Psicología Clínica, se recomienda incluir en su metodología la enseñanza de las terapias de tercera generación, contribuyendo a generar mayor iniciativa en los estudiantes para desarrollar estudios acerca de las terapias. Referente al proceso investigativo, las limitaciones referentes al estudio se basaron en el tamaño de muestra y la disponibilidad o el acceso de los documentos.

10. Bibliografía

- Ahmad, A., Larsson, B., & 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., Valiente, A., & Moreno, A. (s. f.). *Documento sobre Evidencia Científica de la Terapia EMDR*.
- Amano, T., & Toichi, M. (2016a). Possible neural mechanisms of psychotherapy for trauma-related symptoms: Cerebral responses to the neuropsychological treatment of post-traumatic stress disorder model individuals. *Scientific Reports*, 6, 34610. <https://doi.org/10.1038/srep34610>
- Asociación EMDR España. (s. f.). Recuperado 23 de julio de 2023, de <https://www.emdr-es.org/Sobre-EMDR/Que-es-EMDR#>
- Amano, T., & Toichi, M. (2016b). *El papel de la estimulación bilateral alternante en el establecimiento de una cognición positiva en la terapia EMDR: un estudio de espectroscopia de infrarrojo cercano multicanal | MÁS UNO*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0162735>
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Gargallo, P. de C., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: Un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), Article 3. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913>
- Andrades Tobar. (2016). *Trastorno de estrés postraumático y crecimiento postraumático en niños y adolescentes afectados por el terremoto del año 2016 en Chile*. <https://docta.ucm.es/entities/publication/4a675c62-0fbb-4cc7-b257-234ed9c92d3d>
- Ayala, K. (2015). *LA TERAPIA EMDR*. Temas de Psicoanálisis. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/2015/07/18/la-terapia-emdr/>
- Bados, A. (2015). *Trastorno por estrés postraumático*.
- Bedregal G, P., Carvallo P, C., Hernández, V., & Prado, P. P. (2015). *Estrés post-traumático post terremoto 27F en cuidadores de niños preescolares. Factores asociados del cuidador, de la familia y la crianza*. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000300004
- Beltran, N. P. (2005). Echeburúa, E. (2004). Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. Madrid: Ediciones Pirámide. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, 345-347. <https://doi.org/10.1344/%x>

- Bermúdez Durán, L. V., Barrantes Martínez, M. M., & Bonilla Álvarez, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Medica Sinergia*, 5(9), e568. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>.
- Banoğlu, K., & Korkmazlar, Ü. (2022). Efficacy of the eye movement desensitization and reprocessing group protocol with children in reducing posttraumatic stress disorder in refugee children. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 100241. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100241>.
- Campos, M. R. (2016). *TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO*.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: Aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- 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>
- Cornelis, M. C., Nugent, N. R., Amstadter, A. B., & Koenen, K. C. (2010). Genetics of Post-Traumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Genome-Wide Association Studies. *Current psychiatry reports*, 12(4), 313-326. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0126-6>
- Cortés Cortés, M. E., & Iglesias León, M. (2004). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. Universidad Autónoma del Carmen. <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1750>
- de la Barra Mac D, F. (2013). Trastorno de estrés post traumático en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 84(1), 7-9. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062013000100001>
- de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & 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., & 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. L. (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>.
- DSM. (2013). <https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/practice/dsm>
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Felitti, V. J., & Anda, R. (1998). *Relación del abuso infantil y la disfunción doméstica con muchas de las principales causas de muerte en adultos—American Journal of Preventive Medicine*. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(98\)00017-8/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/fulltext)
- Galve, A. I. (2007). *EMDR (Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular) [Shapiro, F., 2001]*. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*.
<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000069>
- Gil, L. (2008). *Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares*.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500017&lang=es
- Hernández, A. (2022, enero 27). ¿Qué es EMDR? >> Los 8 pasos de la técnica EMDR? *El diván de Alejandra*. <https://www.hernandezpsicologos.es/blog/los-ochos-pasos-la-tecnica-emdr/>
- Hensley, B. J. (2009). *Manual básico de EMDR: desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Hernández Gómez, A. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 10(2), 156-171. <https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-97>
- Jarero, I. N. (2016). *Terapia EMDR, el Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA) y la Resiliencia Humana*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13651.58403>
- Karadag, M., Gokcen, C., & 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>
- Karadag, M., Topal, Z., Ezer, R. N., & Gokcen, C. (2021). Use of EMDR-Derived Self-Help Intervention in Children in the Period of COVID-19: A Randomized-Controlled Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(2), 114-126.
<https://doi.org/10.1891/EMDR-D-20-00054>.
- 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>
- Keane, T., Zimering, R., & Caddell, J. (1985). A behavioral formulation of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam veterans. *the Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- Lago Blanco, E., & Larraz Geijo, G. (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, 104, 5.
- Leeds, A. M. (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Desclée De Brouwer.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1071-1089. <https://doi.org/10.1002/jclp.10039>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Publications.
https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=2RJqDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=xhZov7ThhI&sig=voi611Kafb1XSMY8YkrqGCRP0Gk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- López, A. B. (2002). *Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica*. 2.
- Luna Walss, A. (2023, febrero 7). *Entendiendo la Terapia EMDR*. Psicoterapia.
<https://www.auroralunawalss.com/post/entendiendo-la-terapia-emdr>
- M. Rosen, G. (2023). Revisiting the Origins of EMDR. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1007/s10879-023-09582-x>
- Marín, carolina. (2016). *Nacimiento, desarrollo y evolución de la desensibilización y el reprocesamiento por medio de movimientos oculares (EMDR)*—ScienceDirect.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416300342>

- Marín, C., Guillén, A. I., & 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>
- 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., Helbing, W. A., Moll, H. A., & Utens, E. M. W. J. (2021). Long-term effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescents with medically related subthreshold post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4), 348-357. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa006>
- Minici, L. A. (2001). *¿Qué es la Terapia Cognitivo Conductual?*
- Mosquera, D., & González, A. (2013). Terapia EMDR en el trastorno límite de personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 85-96. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7036>
- Mosquera, D., & Ross, C. A. (2018). Aplicación de la terapia EMDR a las conductas autolesivas. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(2), E41-E51. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.12.2.E41>
- Neimeyer, R. A., Herrero, O., & Botella, L. (2006). Chaos to coherence: Psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 127-145. <https://doi.org/10.1080/10720530500508738>
- OMS. (2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos.* <https://www.who.int/es/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>.
- 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>.
- Perry, B. D. (2014). *Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-traumático en los niños.*
- Psicología y Psiquiatría. (2023). *EMDR: Una nueva terapia en la psicología del trauma.* Blog de Centro Médico Teknon. <https://www.teknon.es/blog/es/salud-az/emdr-nueva-terapia-psicologia-trauma>
- Psoteg, C. (2004). *Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas.*
- Puigcerver, M. J. B. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático.*
- Retamal, M. I., Sepúlveda, E., Cortés, J. P., Barraza, F., & 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. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272022000100051>
- Richard, B., & Harvey, A. G. (2000). *Acute Stress Disorder: A Handbook of Theory, Assessment, and Treatment*. <https://www.apa.org/pubs/books/431737A>
- Rodrigo, C. P. (s. f.). *Las revisiones sistemáticas: Declaración PRISMA*.
- Rodríguez Jiménez, A., & Pérez Jacinto, A. O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 82, 179-200. <https://doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
- Rojas, E. J. L. (2009). EN MENORES DESPLAZADOS POR CONFLICTOS ARMADOS EN COLOMBIA: UNA REVISION DESDE. . . *Vol, 5*.
- Sánchez Lopez, M. V. (2020). *¿Qué es la terapia EMDR?* UNIR. <https://www.unir.net/salud/revista/que-es-la-terapia-emdr/>
- Santed, M. Á. (2019, enero 28). EMDR, una terapia basada en la evidencia. *Psicólogos en Madrid*. <https://psicologiaytrauma.es/emdr-una-terapia-basada-en-la-evidencia/>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed). Guilford Press.
- Shapiro, Francine (2004). EMDR., México: PAX MÉXICO.
- Shapiro, F. (2010). *Emdr: Desensibilización y Reprocesamiento Por Medio de Movimiento Ocular*. Editorial Pax México.
- Shapiro, F., & Solomon, R. M. (2010). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. En *Encyclopedia of Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0337>
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2014). *EMDR y el Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información*.
- Tarrier, N., & Sommerfield, C. (2004). Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. *Behavior Therapy*, 35(2), 231-246. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80037-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80037-6)
- Yunitri, N., Kao, C.-C., Chu, H., Voss, J., Chiu, H.-L., Liu, D., Shen, S.-T. H., Chang, P.-C., Kang, X. L., & Chou, K.-R. (2020). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 102-113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.01.005>.

Wadaa, N. N., Zaharim, N. M., & Alqashan, H. F. (2010). The Use of EMDR in Treatment of Traumatized Iraqi Children. *Digest of Middle East Studies*, 19(1), 26-36. <https://doi.org/10.1111/j.1949-3606.2010.00003>.

11. Anexos

Anexo 1. Aprobación del Trabajo de Integración Curricular



Loja, 14 de diciembre de 2022

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA - UNL.
En su despacho. -

De mi consideración:

Extiendo un saludo atento, cordial y respetuoso.

En respuesta al MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 074, informo a usted que una vez revisado y analizado el Proyecto de Trabajo de Integración Curricular denominado "**ESTILOS DE COMUNICACIÓN EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN PAREJAS**", autoría del señor Romel Vinicio Sarango Jiménez CI.1104105067, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana, menciono:

Que el presente Proyecto de Integración Curricular cumple con estructura y coherencia, por lo tanto puede continuar su desarrollo.

Atentamente,



Psc. CI. Karina Flores Flores Mg.

Anexo 2. Oficio de Designación de Director para Trabajo de Integración Curricular



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 121
Loja, 16 de junio de 2023

DE: Doctora
Ana Catalina Puertas Azanza
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL

PARA: Psicóloga Clínica
Karina Cecibel Flores Flores Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

ASUNTO: **DESIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Integración Curricular fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta dirección, la ha designado Directora de del Proyecto de Integración Curricular adjunto, denominado: **“ESTILOS DE COMUNICACIÓN EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL EN PAREJAS”**, autoría de: Romel Vinicio Sarango Jiménez CI. 1104105067, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Romel Sarango Jiménez
Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Anexo 3. Solicitud de Abandono del Tema de Trabajo de Integración Curricular

CERTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Loja, 27 de septiembre de 2023

Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en la reducción de sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicología Clínica**, de la autoría del estudiante **Romel Vinicio Sarango Jimenez**, con cédula de identidad Nro. 1104105067, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja. En consecuencia, certifico que el Trabajo de Integración Curricular ha sido **culminado y aprobado**, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.



Psi. Cl. Karina Cecibel Flores Flores. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Anexo 4. Aprobación del Nuevo Trabajo de Integración Curricular



Loja, 28 de julio de 2023

Dra. Ana C. Puertas A. Mg.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA - UNL.
En su despacho. -

De mi consideración:

Extiendo un saludo atento, cordial y respetuoso.

En respuesta al MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 074, informo a usted que una vez revisado y analizado el Proyecto de Trabajo de Integración Curricular denominado **“TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTO OCULAR EN LA REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS”**, autoría del señor Romel Vinicio Sarango Jiménez CI.1104105067, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana, menciono:

Que el presente Proyecto de Integración Curricular cumple con estructura y coherencia, por lo tanto, puede continuar su desarrollo.

Atentamente,



Psc. Cl. Karina Flores Flores Mg.

Anexo 5. Oficio de Designación de Director del Nuevo Trabajo de Integración Curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO. Nro. UNL FSH-DCPS.CL 121
Loja, 01 de agosto de 2023

DE: Doctora
Ana Catalina Puertas Azanza
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA FSH-UNL

PARA: Psicóloga Clínica
Karina Cecibel Flores Flores Mgtr
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

ASUNTO: **DESIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR**

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Integración Curricular fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de del Proyecto de Integración Curricular adjunto, denominado: **“TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTO OCULAR EN LA REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS”**, autoría de: Romel Vinicio Sarango Jiménez Cl. 1104105067, estudiante del VIII ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Romel Sarango Jiménez
Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Anexo 6. Certificado del Resumen Traducción al Inglés

CERTF.Nº.1.27-2023

Loja, 2 de octubre del 2023

El suscrito Franco Guillermo Abrigo Guarnizo.

Lcdo. En Ciencias de la Educación Mención Idioma Inglés

A petición de la parte interesada y en forma legal.

CERTIFICA:

Que Romel Vinicio Sarango Jimenez con cédula de identidad número 1104105067, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, completó satisfactoriamente la presente traducción de español a inglés del resumen del Trabajo de Integración Curricular denominado "Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en la reducción de sintomatología del trastorno de estrés postraumático en niños."

Traducción que fue guiada y revisada minuciosamente por mi persona. En consecuencia, se da validez a la presentación de la misma. Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del presente documento en lo que estimare conveniente.

Atentamente,



.....
Franco Guillermo Abrigo Guarnizo

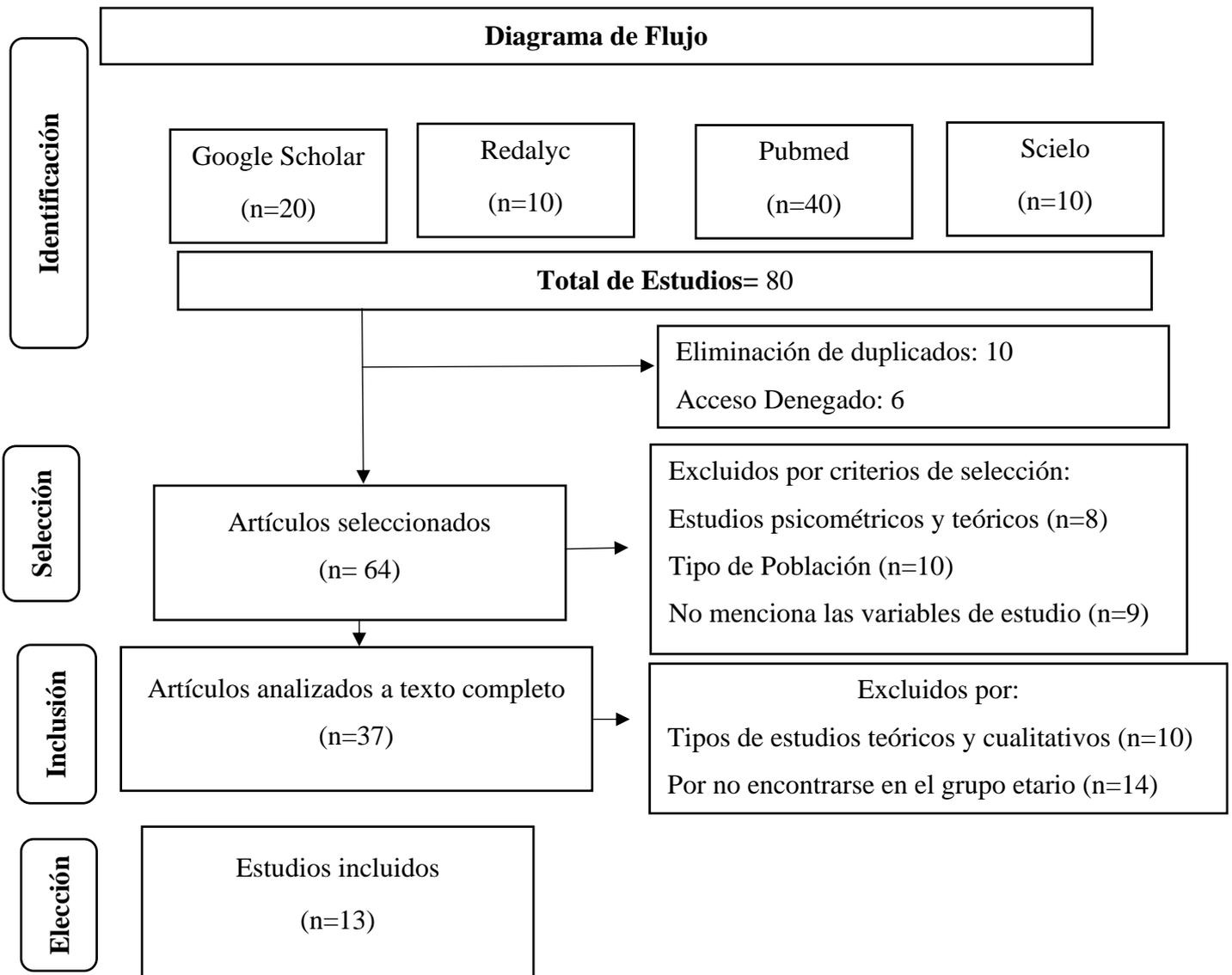
Lcdo. En Ciencias de la Educación Mención Idioma Inglés

Número de Registro Senescyt: 1008-2021-2368808

email: franco.abrigo@hotmail.com

celular:0990447198

Anexo 7. Diagrama de Flujo PRISMA



Anexo 8. Tabla de Contenido

Tabla 4.

Eficacia de la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares en la Reducción de Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en Niños.

Referencia	Título	Objetivo	Tipo de Estudio	Muestra	Metodología	Resultados
Lee et al., (2002) Journal of Clinical Psychology Australia	Tratamiento del PTSD: entrenamiento de inoculación de estrés con exposición prolongada en comparación con EMDR	Comparar la efectividad del Entrenamiento de Inoculación de Estrés con Exposición Prolongada (SITPE) con la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).	Cuantitativo, longitudinal.	Veinticuatro participantes que tenían un diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) fueron asignados al azar a una de las condiciones de tratamiento.	Después de la evaluación inicial, cada participante se inscribió en una lista de espera. Después de seis semanas, los participantes cuyo diagnóstico de TEPT se confirmó mediante una entrevista estructurada fueron asignados al azar a SITPE o EMDR.	Existió una reducción del 69,6% en la sintomatología del Trastorno de Estrés Post traumático con el tratamiento EMDR.
Chemtob et al., (2002) Journal of Clinical Psychology Estados Unidos	Tratamiento breve para niños de primaria con Trastorno de estrés postraumático relacionado con desastres.	Efectividad de una intervención breve para el PTSD relacionado con desastres.	Cuantitativo, longitudinal.	32 de estos niños que cumplían con los criterios clínicos para TEPT.	Se realizó con dos grupos en un diseño: el grupo 1 se evaluó antes del tratamiento, se administró el tratamiento y se volvió a evaluar después del tratamiento.	Existió una reducción del 55% en la sintomatología del Trastorno de Estrés Post traumático con el tratamiento EMDR.
Oras et al., (2004) Nordic Journal of Psychiatry Suecia	Tratamiento de niños refugiados traumatizados con desensibilización por movimientos oculares	Investigar el efecto de la terapia EMDR, en un contexto psicodinámico, en	Cuantitativo, longitudinal.	La muestra estuvo conformada por 13 niños de los	El psiquiatra infantil experimentado evaluó clínicamente a cada niño remitido al equipo de refugiados,	Las medidas de las puntuaciones de los síntomas de estrés postraumático disminuyeron

	y Reprocesamiento en un contexto psicodinámico.	los síntomas de estrés postraumáticos en niños refugiados.		cuales 10 fueron niñas y 3 niños.	para luego aplicar el tratamiento.	significativamente con 44%.
Referencia	Título	Objetivo	Tipo de Estudio	Muestra	Metodología	Resultados
Ahmad, et al., (2007) Nordic Journal of Psychiatry Suecia	Tratamiento Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) para niños con PTSD: Resultados de un ensayo controlado aleatorizado.	Examinar la eficacia del tratamiento EMDR para niños con trastorno de estrés postraumático en comparación con niños no tratados en un grupo de control en lista de espera.	Cuantitativo, longitudinal.	Diecisiete niños de 6-12 años con diagnóstico de Trastorno de Estrés Post traumático.	Una vez seleccionado los niños con un total de 33 niños fueron aleatorizados al tratamiento EMDR (17 niños) o un grupo WLC (16 niños).	Existió una reducción del 48,8% en la sintomatología del Trastorno de Estrés Post traumático con el tratamiento EMDR.
Kemp et al., (2010) Clinical Child Psychology and Psychiatry Australia	Un estudio piloto controlado por lista de espera de desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) para niños con trastorno de estrés postraumático (TEPT) síntomas de accidentes automovilísticos.	Investigar la eficacia de cuatro sesiones de EMDR en comparación con una condición de control de lista de espera de seis semanas en el tratamiento de 27 niños (de 6 a 12 años de edad) que padecían síntomas persistentes de TEPT después de un accidente automovilístico.	Cuantitativo, longitudinal.	La muestra estuvo conformada por 27 niños (de 6 a 12 años de edad)	Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de control en lista de espera (N = 14) o al grupo EMDR (N = 13).	Después del tratamiento con EMDR, esto disminuyó al 46 % en el grupo de EMDR, pero se mantuvo en el 100 % en el grupo de la lista de espera.

Referencia	Título	Objetivo	Tipo de Estudio	Muestra	Metodología	Resultados
Wadaa et al., (2010) Digest of Middle East Studies Irak	El uso de EMDR en el tratamiento de niños iraquíes traumatizados.	Determinar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre los niños iraquíes y la eficacia del tratamiento de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en niños iraquíes traumatizados	Cuantitativo, longitudinal.	37 niños fueron asignados a dos grupos: 12 al grupo experimental y 25 al grupo de control. Los 12 niños del grupo experimental fueron tratados con EMDR y se compararon con los 25 niños del grupo de control.	Los participantes en este estudio fueron los hijos, de 7 a 12 años, de 60 padres iraquíes que estudiaban en la Universiti Sains Malaysia. Se pidió a los padres que respondieran un cuestionario sobre los síntomas de TEPT de sus hijos.	Los síntomas de PTSD para el grupo experimental disminuyeron significativamente con un 68,4%.
De Roos et al., (2011) Journal of Clinical Psychology Países Bajos	Una comparación aleatoria de terapia cognitiva conductual (TCC) y desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en niños expuestos a desastres.	Comparar la eficacia y la eficiencia de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR).	Cuantitativo, longitudinal.	Los niños (n52, 6-12 años) fueron asignados aleatoriamente a TCC (n26) o EMDR (n26) en un entorno de atención posterior a la salud mental en caso de desastre después de la explosión de una fábrica de fuegos artificiales.	Los niños fueron evaluados primero por un psicólogo senior que realizó la entrevista inicial destinada a recopilar información sobre el historial médico y psiquiátrico, incluido el historial de trauma.	Ambos enfoques de tratamiento produjeron reducciones significativas en todas las medidas y los resultados se mantuvieron durante el seguimiento. Las ganancias del tratamiento de EMDR se alcanzaron en menos sesiones con un 47,4%.
Diehle et al., (2015)	Terapia cognitiva conductual centrada en el trauma o desensibilización y	Eficacia y la Eficiencia de ambos	Cuantitativo, longitudinal.	Cuarenta y ocho niños (8-11 años) fueron asignados al azar a ocho	Los participantes fueron asignados al azar individualmente	Existió una reducción del 36,4% en la sintomatología del Trastorno de

European Child and Adolescent Psychiatry Amsterdam	reprocesamiento por movimientos oculares: ¿qué funciona en niños con síntomas de estrés postraumático? Un ensayo controlado aleatorizado.	tratamientos TF-CBT y EMDR.	sesiones de TF-CBT o EMDR.	a una de las dos condiciones.	Estrés Post traumático con el tratamiento EMDR.
--	---	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------	---

Referencia	Título	Objetivo	Tipo de Estudio	Muestra	Metodología	Resultados
De Roos et al., (2017) Journal of Child Psychology and Psychiatry Reino Unido	Comparación de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares, la terapia de escritura cognitiva conductual y la lista de espera en el trastorno de estrés postraumático pediátrico después de un incidente único de trauma: un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico.	Comparación de la eficacia de tres tratamientos para el Trastorno de Estrés Postraumático.	Cuantitativo, longitudinal.	Fue un total de (n = 103) de los cuales estuvieron divididos en EMDR (n = 43), terapia de escritura cognitiva conductual (CBWT; n = 42) y lista de espera (WL; n = 18).	Después de la evaluación inicial y el consentimiento informado por escrito, los jóvenes elegibles fueron asignados al azar a EMDR, CBWT o WL usando un diseño paralelo, aleatorización en bloque por terapeuta.	Los participantes tanto en EMDR como CBWT mantuvieron en la primera y secundaria resultados desde el postratamiento hasta el seguimiento con un 48,3%.
Karadag et al., (2020) Journal of EMDR Practice and Research Turquía	Uso de la intervención de autoayuda derivada de EMDR en niños en el período de COVID-19: un estudio controlado aleatorio.	Investigar la efectividad de una intervención de autoayuda derivada de EMDR para niños con estrés postraumático COVID-19.	Cuantitativo, longitudinal.	97 niños que completaron el ensayo (intervención: 52; lista de espera: 45)	Los niños fueron divididos en dos bloques iguales usando aleatorización de bloques, en donde el grupo de intervención realizó las actividades de la guía tres veces en total, una vez cada 2 días.	Los niños que participaron en la intervención de autoayuda derivada de EMDR mostraron una disminución significativa en comparación con WL con 55%.

Referencia	Título	Objetivo	Tipo de Estudio	Muestra	Metodología	Resultados
Karadag et al., (2021) International Journal of Psychiatry in Clinical Practice Turquía	Terapia EMDR en niños y adolescentes con trastorno de estrés posttraumático: un estudio de seguimiento de seis semanas.	Explorar si la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) es una terapia eficaz e investigar si EMDR afecta los niveles de ansiedad de niños y adolescentes.	Cuantitativo, longitudinal.	De los 30 participantes, 10 eran niños (33%) y 20 eran niñas (67%), de los cuales 11 niños fueron seleccionados para el tratamiento con EMDR.	La terapia EMDR fue aplicada a los participantes por dos Psiquiatras de Niños y Adolescentes que habían completado el Entrenamiento EMDR impartido por un entrenador del Instituto EMDR	Mientras que la puntuación media en la escala de síntomas de TEPT fue de 60, esta tasa disminuyó significativamente.
Meentken et al., (2021) European Journal of Cardiovascular Nursing Países Bajos	Eficacia a largo plazo del movimiento ocular desensibilización y reprocesamiento en niños y adolescentes con problemas médicos trastorno de estrés posttraumáticos subumbral; un ensayo controlado aleatorizado.	Probar la eficiencia a largo plazo de la EMDR en niños y adolescentes con Trastorno de Estrés Postraumáticos.	Cuantitativo, longitudinal.	Sesenta y cuatro niños de los cuales fueron asignados al azar a EMDR (n=37) o atención habitual (CAU) (n=37)	Se llevo a cabo mediante la selección de la muestra y posteriormente de la asignación en cuanto al tratamiento EMDR se garantizó mediante la supervisión	Existió una reducción del 49,6% en la sintomatología del Trastorno de Estrés Post traumático con el tratamiento EMDR.
Banoğlu y Korkmazlar (2022) European Journal of Trauma y Dissociation Turquía	Eficacia del grupo de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares Protocolo con niños en la reducción del trastorno de estrés posttraumático en niños refugiados	Determinar la eficacia de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular en niños con TEPT.	Cuantitativo, longitudinal.	Estuvo conformada por una muestra de 61 niños de los cuales 42 participantes realizaron el tratamiento EMDR.	Todos los participantes fueron inicialmente evaluados y entrevistados por un psicólogo clínico. Posteriormente, fueron sometidos a una evaluación psiquiátrica por parte de un médico	Sugieren que las intervenciones de EMDR – GP/C pueden reducir los síntomas del TEPT con 75%.

psiquiatra, para
confirmar si cumplían
con los criterios de
TEPT.
