

\*+



Universidad Internacional de La Rioja  
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicoterapia: Terapias de Tercera  
Generación

## Impacto de la Intervención con EMDR en población Infantil con Trauma Complejo

Trabajo fin de estudio presentado por:	Yolanda Villafruela Rodríguez
Línea de investigación:	Intervención en Trauma: EMDR
Modalidad de TFE:	Revisión Sistemática
Director/a:	María Sheila Pintado Cuarella
Fecha:	29/06/2023

## Resumen

**Introducción.** Se desconoce si los menores con trauma complejo pueden tolerar y beneficiarse de tratamientos empíricamente validados para el TEPT. Asimismo, no están identificados qué componentes son más efectivos para controlar el TEPTC en esta población.

**Objetivos.** Evaluar la efectividad de la terapia EMDR en el abordaje del TEPTC en niños y adolescentes dentro de un marco contextual de maltrato.

**Métodos.** Se ha efectuado una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA, utilizando WOS, Scopus, ProQuest y Ebsco para identificar la literatura relevante desde 2018 hasta la actualidad, incluyendo un total de 12 artículos.

**Resultados.** Los síntomas de TEPTC disminuyeron después del tratamiento, sin necesidad de estabilización, beneficiándose de terapias intensivas y breves. El TEPTC originó niveles mayores de síntomas antes y después del tratamiento, pero sin impacto significativo en la efectividad del tratamiento.

**Conclusiones.** EMDR provoca una pérdida de diagnósticos y reduce significativamente la sintomatología y comorbilidad asociada al TEPTC.

**Palabras clave:** Trastorno de estrés postraumático complejo, trauma complejo, maltrato infantil, abuso infantil, terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

## Abstract

**Introduction.** It's unknown whether children with complex trauma can tolerate and benefit from empirically validated treatments for PTSD. Likewise, the components that are most effective in controlling PTSD in this population have not been identified.

**Objectives.** To evaluate the effectiveness of EMDR therapy in the approach of CPTSD in children and adolescents within a contextual framework of maltreatment.

**Methods.** A systematic review has been carried out following the PRISMA guidelines, using WOS, Scopus, ProQuest and Ebsco to identify the relevant literature from 2018 to the present, including a total of 12 articles.

**Results.** The symptoms of CPTSD decreased after treatment, without the need for stabilization, benefiting from intensive and brief therapies. CPTSD caused higher levels of symptoms before and after treatment, but with no significant impact on treatment effectiveness.

**Conclusions.** EMDR causes a loss of diagnoses and significantly reduces the symptomatology and comorbidity associated with CPTSD.

**Keywords:** Complex post-traumatic stress disorder, complex trauma, child maltreatment, child abuse, eye movement desensitization therapy and reprocessing (EMDR).

## Índice de contenidos

1. Justificación .....	8
2. Marco Teórico .....	12
2.1. Maltrato Infantil.....	12
2.1.1. <i>Concepto y clasificación</i> .....	12
2.1.2. <i>Prevalencia y factores de riesgo</i> .....	14
2.1.3. <i>Factores protectores y resiliencia</i> .....	16
2.1.4. <i>Consecuencias del maltrato infantil</i> .....	17
2.2. Trastorno de Estrés Postraumático .....	18
2.2.1. <i>El TEPT y el maltrato infantil</i> .....	19
2.3. Trauma Complejo.....	21
2.3.1. <i>Clasificación diagnóstica.</i> .....	21
2.3.2. <i>Presentación clínica</i> .....	23
2.3.3. <i>Tratamiento y protocolos de trauma complejo</i> .....	23
2.4. EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares.....	25
2.4.1. <i>Del procesamiento de la información a un estado adaptativo</i> .....	25
2.4.2. <i>Fases de EMDR</i> .....	26
2.4.3. <i>Protocolo EMDR para niños y adolescentes</i> .....	27
3. Objetivos .....	29
3.1. Objetivo General.....	29
3.2. Objetivos Específicos .....	29
4. Pregunta clínica o de investigación.....	30
4.1. Hipótesis .....	30
5. Marco metodológico.....	31
5.1. Criterios de Selección.....	31

5.2.	Fuentes de Información .....	32
5.3.	Estrategia de Búsqueda .....	33
5.4.	Características de los Estudios y Proceso de Extracción de Datos.....	34
5.5.	Selección de Estudios y Diagrama PRISMA.....	34
6.	Resultados .....	36
6.1.	Características de los Estudios Incluidos .....	31
6.1.1.	<i>Tipo de estudios</i> .....	36
6.1.2.	<i>Diseños</i> .....	37
6.1.3.	<i>Participantes</i> .....	38
6.1.4.	<i>Tipología del evento traumático y comorbilidad</i> .....	39
6.1.5.	<i>Tipo de tratamientos utilizados</i> .....	39
6.2.	Resumen de los Resultados .....	40
6.2.1.	<i>Eficacia de EMDR en población infantil con TEPTC</i> .....	40
6.2.2.	<i>Eficacia de EMDR en la reducción de sintomatología y comorbilidad</i> .....	41
6.2.3.	<i>Eficacia del enfoque orientado en fases en combinación con EMDR</i> .....	42
6.2.4.	<i>Aspectos destacados en el tratamiento del trauma con EMDR</i> .....	43
7.	Discusión .....	45
7.1.	Fortalezas, Limitaciones e Investigación Futura .....	48
8.	Conclusiones.....	50
	Referencias Bibliográficas.....	51
	Anexo A. Información Contextual de los Artículos Seleccionados para la Revisión.....	64
	Anexo B. Dominios de Deterioro en Población Infantil Expuesta a Trauma.....	73

## Índice de figuras

Figura 1. Prevalencia del maltrato infantil en la familia en España.....	14
Figura 2. Factores de riesgo del maltrato infantil.....	15
Figura 3. Consecuencias del maltrato infantil.....	18
Figura 4. Procedimiento de búsqueda en las diferentes bases de datos.....	33
Figura 5. Diagrama de flujo PRISMA de estudios incluidos y excluidos.....	35
Figura 6. Año y procedencia de los títulos insertados en la revisión.....	36
Figura 7. Tipo de estudios.....	37
Figura 8. Índice de impacto de títulos seleccionados.....	37
Figura 9. Diseño de los estudios.....	37
Figura 10. Distribución muestral por género.....	38

## Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación de los tipos de maltrato infantil.....	12
Tabla 2. Componentes de la pregunta de investigación siguiendo la herramienta PICO.....	30
Tabla 3. Información contextual de los artículos seleccionados para la revisión.....	64
Tabla 4. Dominios de deterioro en población infantil expuesta a trauma.....	73

## 1. Justificación

El maltrato infantil, incluido el abuso y la negligencia, es uno de los mayores desafíos en materia de salud pública en la sociedad, en el que se produce una alteración en todas las áreas de bienestar del menor (emocional, física, social y sexual). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima, que alrededor de 40 millones de niños/as en todo el mundo, con edades comprendidas entre los 0 y los 14 años, sufren maltrato y abandono (OMS, 1999).

La infancia es considerada un periodo altamente vulnerable en el desarrollo infantil, y es en este periodo, cuando un gran número de menores son expuestos a trauma crónico y polivictimización (Teicher y Samson, 2016). Esta exposición interrumpe las relaciones de apego tempranas, y afecta de forma severa el cerebro en desarrollo, lo que ocasiona presentaciones de síntomas complejos y graves, que se originan a partir de una autorregulación deficiente.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4.ª ed.; DSM–IV-TR; Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2000), el trauma se describe como una experiencia percibida, que amenaza con lesiones, daños físicos o muerte, y provoca sentimientos de pánico, temor e impotencia. La exposición a experiencias traumáticas está muy extendida, y no discrimina por motivos de género, raza, edad u orientación sexual (APA, 2000).

Las experiencias traumáticas desencadenan una cascada de eventos psicobiológicos en las personas, que cuando ocurren en la infancia, y particularmente en relación con las figuras de apego o figuras primarias, pueden alterar el desarrollo del niño, y su forma de relacionarse consigo mismo y con los demás (Ensink *et al.*, 2020).

La exposición a eventos traumáticos en la infancia y adolescencia, se ha asociado con psicopatología tanto en la propia infancia, como en la edad adulta. La investigación aportada por Edwards *et al.* (2003), muestra evidencia de que los adultos que sufren traumas en la infancia, corren un mayor riesgo de sufrir problemas físicos y psicológicos en etapas posteriores. Como resultado, los efectos adversos del trauma infantil, pueden persistir a lo largo del desarrollo y continuar en la vida adulta.



Las consecuencias varían en función de diversos factores como son, el tipo de abuso, la frecuencia o gravedad, el tipo de relación entre el agresor y la víctima, las características individuales del niño o el tipo de respuesta de la víctima hacia dicho acto (Spaccarelli, 1994).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5.ª ed.; DSM-5; APA, 2013), el maltrato infantil en sus diferentes formas y el abuso sexual, están asociados al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este trastorno ocurre con más frecuencia y es más común, en poblaciones que han sido víctimas de maltrato infantil; lo que sugiere, que el abuso infantil puede desempeñar un importante papel, en el desarrollo o aumento de la susceptibilidad al TEPT. Suele presentar altas tasas de comorbilidad, como depresión, ansiedad, abuso de sustancias o psicosis (Kessler *et al.*, 2005).

Los efectos del trauma infantil, que a menudo son de naturaleza interpersonal, e involucran múltiples eventos durante un largo período de tiempo, pueden ocurrir de una manera crónica, como resultado de experiencias traumáticas repetidas, provocando presentaciones más difíciles de TEPT (Herman, 1992). Esta situación ha determinado, la propuesta de introducir el trauma complejo, como una categoría diagnóstica con características específicas denominada TEPT Complejo (TEPTC).

La 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11) (OMS, 2022) ha reconocido el TEPTC, como un diagnóstico que refleja Alteraciones en la Autoorganización (DSO), que presenta una serie de dificultades en la regulación emocional, en las relaciones interpersonales, y un sentido negativo de la persona en sí misma o autoconcepto negativo. Asimismo, manifiesta síntomas propios del TEPT, como evitación de recuerdos traumáticos, reexperimentación del trauma aquí y ahora y sensación persistente de amenaza.

Por lo tanto, existe la necesidad clínica de diseñar tratamientos adecuados y adaptados, para pacientes que han experimentado eventos traumáticos complejos en la infancia. Dicha adaptación puede ser relevante, desde el punto de vista clínico, aunque no está exento de inconvenientes, ya que el TEPTC entre los niños, presenta una alta variabilidad de comorbilidad psiquiátrica (Dvir *et al.*, 2014).

Es por este motivo, que resulta fundamental, implementar una mayor investigación, para poder introducir tratamientos validados empíricamente, que sean bien tolerados por este

tipo de pacientes, y mejorar los resultados de esta población. Igualmente, hay que señalar, que la exposición al trauma en la infancia, tiene consecuencias a largo plazo que pueden persistir en la edad adulta, por lo que hay que favorecer una intervención temprana para impedir que el trauma pueda interrumpir los procesos de desarrollo y causar deficiencias físicas, mentales y emocionales de por vida (Lyons-Ruth *et al.*, 2017).

El tratamiento de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR), es una terapia relativamente novedosa, centrada en trabajar los recuerdos traumáticos y los síntomas de estrés asociados a estos. En el año 2013, fue integrada en la guía de la OMS como primera opción en el tratamiento del TEPT en adultos, niños y adolescentes (Novo Navarro *et al.*, 2018). La evidencia ha respaldado la efectividad de la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT, tanto en la reducción de los síntomas, como en la reducción de otros síntomas relacionados con el trastorno (Wilson *et al.*, 2018).

Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones que se han efectuado sobre la eficacia del tratamiento EMDR para síntomas de exposición al trauma, se han aplicado a la población adulta, existiendo escasa investigación sobre su eficiencia en niños y adolescentes (Davidson y Parker, 2001). Sabemos que EMDR es una terapia eficaz y de primera elección en el tratamiento centrado en el trauma, aunque es una técnica relativamente nueva, incluso para la población adulta (Shapiro, 2014).

Teniendo en cuenta que el TEPTC es una categoría actual, incorporada recientemente en el CIE-11, se necesitará un amplio periodo de tiempo, para acumular una base de evidencia científica respecto a su tratamiento. Asimismo, existe discrepancia sobre si los tratamientos centrados en el trauma como es EMDR, son efectivos para presentaciones traumáticas más complejas como es el TEPTC. Esta situación ha creado la necesidad de una mayor investigación, para determinar cómo optimizar los resultados del tratamiento para los menores, que han sido sometidos a abuso infantil con riesgo de TEPTC, y de esta forma comprender, si pueden beneficiarse de esta terapia, o si por el contrario, muestran una respuesta menos favorable al tratamiento.

Los resultados encontrados hasta la actualidad, destacan la importancia de la aplicación de un tratamiento centrado en el paciente, con intervenciones que se adapten a los síntomas prominentes, así como existe un fuerte consenso, sobre la implementación de un enfoque basado en fases, como tratamiento idóneo para niños y adolescentes, que sufren síntomas

de TEPTC (Cloitre *et al.*, 2010). En esta modalidad, se introduce una fase de estabilización centrada en habilidades, previa al procesamiento del trauma, que proporciona un mayor beneficio en la reducción de problemas, como la regulación de las emociones, la expresión de la ira y la ansiedad, aspectos que suelen estar afectados en los menores con TEPTC.

Por otro lado, parece existir controversia sobre esta actuación, ya que estudios recientes han encontrado, que existe poca evidencia que respalde una fase de estabilización previa al procesamiento del trauma. Tampoco se ha llegado a un acuerdo, sobre el momento más indicado, para iniciar el reprocesamiento del trauma, ni el establecimiento de su duración e intensidad en niños con traumatización temprana (Cloitre *et al.*, 2012).

Ante este vacío y para recabar información entorno a las distintas cuestiones, la presente revisión sistemática, pretende como objetivo principal, recoger toda la literatura surgida en los últimos cinco años, en torno al objeto de estudio que nos ocupa, para aportar conocimiento y avanzar en el manejo y tratamiento precoz del TEPTC en la infancia y adolescencia, y más específicamente, analizar la eficacia de la aplicación de EMDR, como terapia de primera línea centrada en el trauma, en la intervención con niños que han sufrido maltrato y abuso infantil complejo. Se hace necesaria una síntesis de evidencia amplia, que vaya más allá del conocimiento existente, para identificar las intervenciones más adecuadas, para el manejo de los problemas de salud asociados con el trauma complejo, en la población infantil.

Se trata de una revisión documental descriptiva, con un enfoque cuantitativo y con un diseño basado en un paradigma empírico y analítico. Este tipo de revisiones resultan de utilidad para responder a este tipo de necesidad.

## 2. Marco Teórico

### 2.1. Maltrato Infantil

El maltrato infantil se ha convertido en un problema que está creciendo a un ritmo preocupante. Aunque no se disponen de datos precisos sobre su extensión, se concluye que su presencia es cada vez más evidente. Por lo tanto, es necesario una mayor sensibilización social en todos los ámbitos para poder prevenirlo, detectarlo y comenzar precozmente con un abordaje terapéutico, evitando de esta manera, las consecuencias y efectos intensos que tiene sobre los menores (OMS, 1999).

No existe una causa que demuestre por sí sola, por qué unos individuos actúan de forma violenta y otros no. «La violencia es un fenómeno sumamente complejo que hunde sus raíces en la interacción de muchos factores biológicos, concretamente, sociales, culturales, económicos y políticos» (OMS, 2002).

#### 2.1.1. Concepto y clasificación

La OMS ha definido el maltrato infantil, como el abuso y la desatención de que son objeto los/as niños menores de 18 años. Incluye cualquier forma de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia, explotación comercial o cualquier otro tipo de acto que pueda provocar un daño a la salud, al desarrollo evolutivo, a la dignidad como persona, o poner en peligro su existencia en el marco de un vínculo de responsabilidad, seguridad o poder (OMS, 2009).

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2003) y la Consulta de la OMS sobre la Prevención del Abuso Infantil (1999), han distinguido cuatro tipos de maltrato infantil (véase tabla 1), que constituyen en la actualidad, la clasificación de referencia para este problema.

**Tabla 1. Clasificación de los tipos de maltrato infantil.**

---

#### **Abusos físicos**

El maltrato físico infantil puede definirse como el uso intencional de la fuerza física contra un niño, de forma que le ocasione, o que probablemente le pueda ocasionar, daños para su salud, su supervivencia, su desarrollo evolutivo o su dignidad. En dicho término se incluyen las palizas, patadas, golpes, sacudidas, mordiscos, estrangulamientos, asfixia, envenenamientos y quemaduras. Este tipo de abuso infantil doméstico suele responder al propósito de castigar al niño.

## Abusos sexuales

El abuso sexual se puede definir como el acto de someter a un niño a actividades sexuales que no comprende completamente, en las que no presta su consentimiento por falta de conocimiento o de desarrollo, o que violan las leyes y/o tabúes sociales. Estos niños pueden ser objeto de abusos sexuales por parte de adultos o de otros niños, que por razón de su edad o de su estado de desarrollo, se encuentran en una posición de responsabilidad, confianza o autoridad sobre la víctima.

## Abusos emocionales y psicológicos

El abuso emocional o psicológico puede presentarse tanto en casos aislados como de forma repetida por parte de un cuidador o familiar, que mantiene al niño en un ambiente inapropiado para su desarrollo y con ausencia de apoyo. Este tipo de comportamientos es más probable que perjudiquen la salud física o mental del niño, o bien su desarrollo físico, espiritual, moral o social. Esta categoría incluye: restricciones de movimiento, desprecio continuado, culpabilización, amenazas, actos de terror, discriminación o burla, y otras formas no físicas de rechazo o de trato hostil.

## Desatención

La negligencia incluye tanto casos aislados, como el abandono continuado por parte de las figuras primarias u otros miembros significativos de la familia, cuando están en condiciones de contribuir respecto a la evolución y protección del niño en alguno de los siguientes aspectos:

- salud;
- educación;
- desarrollo emocional;
- nutrición;
- hogar y condiciones de vida seguras.

**Fuente:** Adaptado de OMS, 1999. «Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato del Menor».

Se ha detectado que gran parte de los estudios relacionados con el abuso en la infancia, no distinguen entre los diferentes tipos de maltrato infantil, lo que dificulta la identificación de los antecedentes, correlatos y consecuencias específicas de cada uno de ellos. Uno de los motivos para no realizar esta diferenciación, ha sido el grado significativo de coocurrencia, de comorbilidad y de polivictimización que sucede en el maltrato del menor; las experiencias adversas en la infancia tienden a acumularse y agruparse dentro de las familias (Finkelhor *et al.*, 2011). Establecer un enfoque en los antecedentes y correlatos sociales, en los aspectos psicológicos, neurobiológicos e intergeneracionales del maltrato, así como en la efectividad de las intervenciones, permitiría prevenir o reducir el maltrato infantil. Cabe destacar, que los niños que experimentan victimizaciones repetidas y diferentes tipos de victimización, presentan un mayor riesgo de sufrir TEPTC (Cook *et al.*, 2003).

### 2.1.2. Prevalencia y factores de riesgo

En el abuso infantil, la víctima es tanto psicológica como físicamente inmadura; su desarrollo se puede ver seriamente comprometido, por el abuso repetitivo y la respuesta inadecuada de la familia u otras personas en las que confía para su seguridad y protección (Glaser, 1991).

Existen diversos estudios que han identificado factores de riesgo en el abuso infantil; entre ellos se encuentran los realizados por Black *et al.* (2001) o Stith *et al.* (2009). Dichos autores aportaron información relevante, a través de revisiones sistematizadas de la literatura, permitiendo conocer los factores implicados en el maltrato, y diferenciando, entre los factores relacionados con el niño, con los padres y con la familia. Se ha identificado que la evaluación de las relaciones, entre la variedad de factores reconocidos y de las diversas formas de maltrato, es relativamente poco común. Se requieren grandes recopilaciones de datos que, por lo general, solo pueden obtenerse de encuestas basadas en la población, o de informes recabados por los profesionales que alertan a los servicios de protección infantil (Stoltenborgh *et al.*, 2015). Esta metodología plantea un sesgo en la recopilación de datos y confiere a los resultados un carácter poco objetivo, en la medida en que los expertos estiman, que solo son denunciados del 10 al 20% de los casos de abuso infantil.

En el año 2011, el Centro Reina Sofía elaboró un informe titulado «Maltrato Infantil en la familia en España» (Sanmartín, 2011), cuyo objetivo era determinar la prevalencia del maltrato infantil dentro de las familias. Para ello se realizó una investigación obteniendo los resultados reflejados en la figura 1.

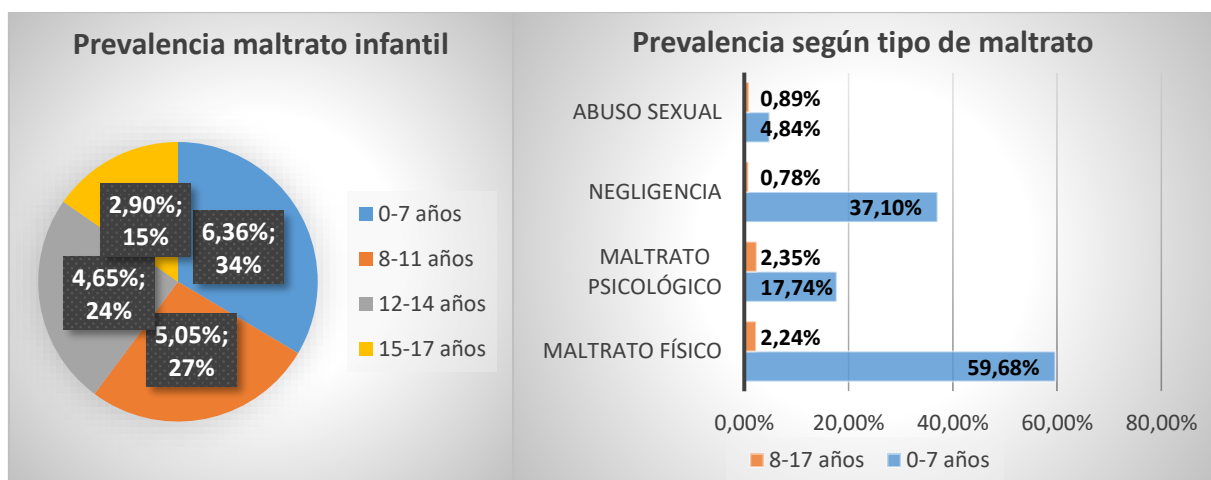
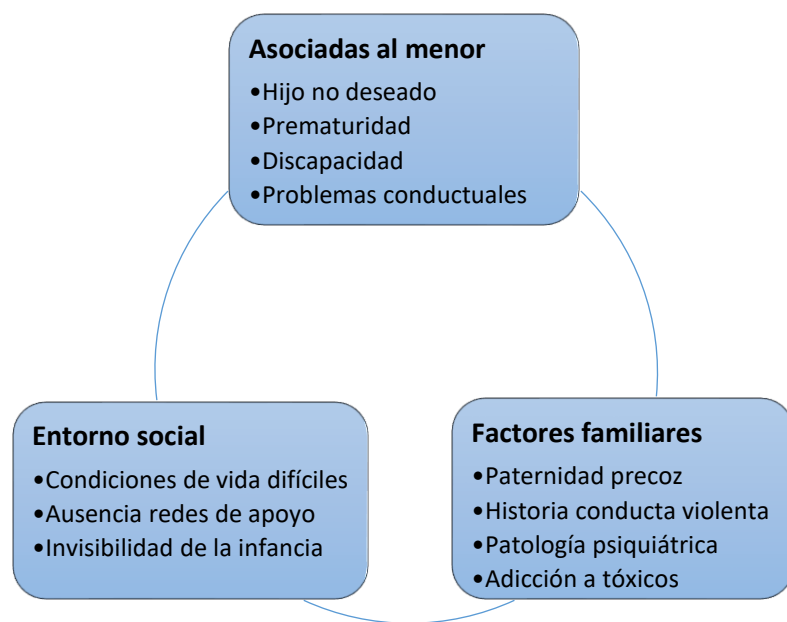


Figura 1. Prevalencia del maltrato infantil en la familia en España (Elaboración propia).

Asimismo, en España la Fundación ANAR presentó en 2016, a partir de las llamadas realizadas al teléfono de atención al menor, el estudio «Evolución de la violencia a la infancia y adolescencia en España según las víctimas». Este estudio ha permitido demostrar, que en España el número de casos detectados de violencia a menores se ha cuadruplicado, en base a todas las formas de violencia analizadas. Se ha pasado de 1487 casos en el año 2009, a 5930 en el año 2016. También se ha comprobado, el aumento en la frecuencia de la violencia en su duración y en su gravedad, impactando negativamente en el desarrollo evolutivo del niño y pudiendo tener repercusiones a largo plazo.

Estudios realizados en diferentes países, han mostrado que el maltrato es un problema multicausal, que involucra distintos factores de riesgo. En general, se trata de características individuales, familiares, sociales y culturales, cuya presencia hace que aumente la probabilidad de la violencia. Entre ellas se encuentran las características del agresor, de la víctima, del entorno y un estímulo desencadenante de la agresión (Francia Reyes, 2003).



**Figura 2.** Factores de riesgo del maltrato infantil (Elaboración propia).

Es importante destacar, que ningún factor de riesgo por sí solo provoca el maltrato físico, sino que es producido debido a una asociación conjunta de varios de ellos (Cabrera *et al.*, 2017; y Tiele, 1998). Según Romero y Amar (2009), la ocurrencia de la violencia intrafamiliar está determinada en su mayor parte, por dificultades en los patrones de personalidad de

que disponen la víctima y el agresor, junto a la carencia de recursos psicológicos, estilos de crianza, patrones de relación, transmisión intergeneracional, cultura y creencias.

Sedlak *et al.* (2010), en el 4.º Estudio Nacional de Incidencia de Abuso Infantil y Negligencia (NIS-4) manifestaron, que una combinación de múltiples factores de riesgo, aumenta la probabilidad de resultados adversos en los niños y adolescentes que han presenciado o experimentado un trauma. Además, señalaron que el maltrato infantil puede ocurrir en todos los niveles socioeconómicos, aunque se demostró una mayor incidencia entre personas menos favorecidas y familias de bajos ingresos. A menudo, las familias de bajo nivel económico, suelen estar expuestas a mayores situaciones estresantes, donde aparecen problemas financieros, violencia doméstica y abuso de sustancias.

Briggs-Gowan *et al.*, (2011) identificaron que los niños más pequeños expuestos a un evento traumático, junto con una combinación de factores sociodemográficos como pobreza, grupo minoritario, familia monoparental, paternidad adolescente, educación limitada, etc., presentaban un mayor riesgo de enfermedad. Igualmente, los niños que vivían en comunidades pobres, tenían más probabilidades de estar expuestos a la violencia comunitaria y vecinal, tener una salud mental más deficiente y un bajo rendimiento académico. Estos indicadores junto con la disfunción de los padres, la adversidad familiar y la crianza problemática, pueden aumentar el impacto de los eventos traumáticos (Briggs-Gowan *et al.*, 2011).

### **2.1.3. Factores Protectores y Resiliencia**

Mientras que los factores de riesgo elevan la posibilidad de que ocurra maltrato en la vida del niño, los factores de protección disminuyen estas posibilidades, incluso cuando los factores de riesgo están presentes (Murray, 2003). De esta forma, los factores protectores intervienen como moderadores de la relación entre el maltrato y los factores de riesgo.

Según Turner *et al.* (2012), existen diversos factores protectores, que pueden ayudar a proteger a los niños más pequeños de los efectos adversos de la exposición al trauma. La investigación muestra, que el estilo de crianza y las relaciones familiares, pueden asegurar a los niños de la angustia psicológica asociada con las experiencias traumáticas. La investigación ha demostrado, que tener padres cariñosos, una familia con relaciones personales estables, una vivienda adecuada, las necesidades básicas cubiertas y adultos



afectuosos fuera de la familia que muestren apoyo, proporciona factores de protección. Los factores protectores promueven el bienestar físico, emocional y mental del menor (Turner *et al.*, 2012).

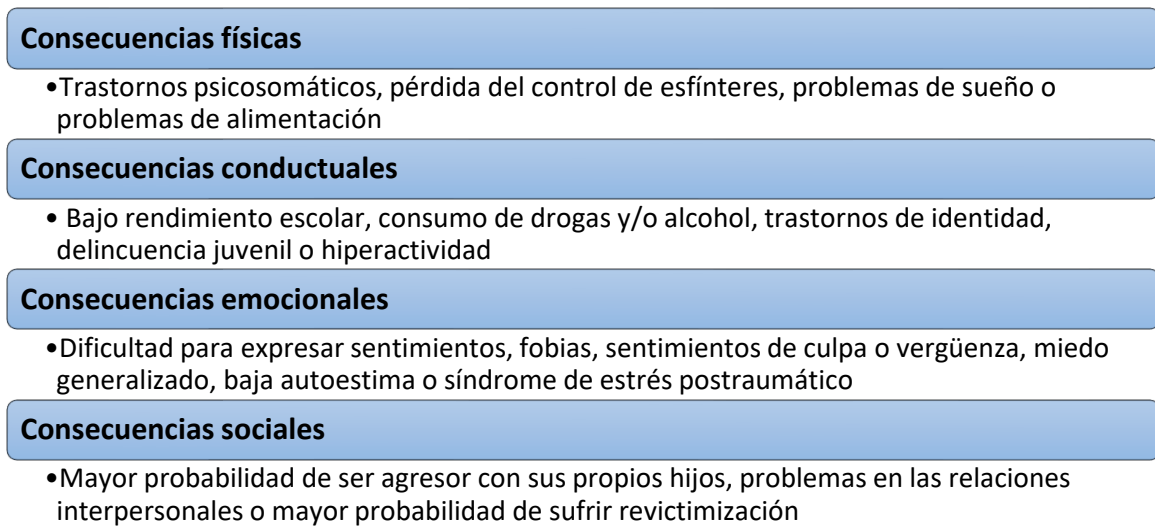
Según Wingo *et al.* (2010), los investigadores han buscado comprender cómo algunos niños y jóvenes han demostrado que pueden prosperar y superar eventos traumáticos y que disponen de la capacidad de vivir de forma saludable y satisfactoria en la edad adulta. Uno de los aspectos clave contemplado en estos estudios, ha sido la capacidad de resiliencia ante los factores de estrés. La resiliencia se trata de «una cualidad de carácter, personalidad y capacidad de afrontamiento, que implica fortaleza, flexibilidad, capacidad de dominio y reanudación del funcionamiento normal después de un estrés excesivo que desafía las habilidades individuales de afrontamiento» (Agaibi y Wilson, 2005, pág. 197). La resiliencia humana puede entenderse como la recuperación o adaptación a los riesgos, que pueden o no ser inevitables en la vida (Wingo *et al.*, 2010), y su investigación ha estado motivada, por la posibilidad de que los factores protectores identificados, ayuden a prevenir los efectos adversos a largo plazo a consecuencia del trauma.

Según Turner *et al.* (2012), la investigación sugiere que el temperamento y el coeficiente intelectual del niño, pueden aumentar su resiliencia y mejorar su capacidad para combatir el trauma. Además, características familiares como la participación, un buen estado relacional y una actitud positiva de los padres, pueden proporcionar una sensación de tranquilidad para superar situaciones traumáticas. Los apoyos externos; como los recursos comunitarios, las instituciones religiosas y los programas extracurriculares, pueden ayudar a los niños a superar el efecto negativo asociado al trauma (Turner *et al.*, 2012). Los factores de resiliencia están relacionados de cerca con los factores de protección y la investigación muestra que con el apoyo adecuado, los niños y jóvenes pueden vivir de manera saludable y evitar las consecuencias físicas, emocionales y conductuales negativas de las experiencias traumáticas.

#### **2.1.4. Consecuencias del Maltrato Infantil**

Un creciente cuerpo de evidencia científica ha documentado la sólida relación, entre las experiencias adversas en la primera infancia y una serie de complicaciones, tanto médicas como psicológicas que se manifiestan durante la niñez y posteriormente en la edad adulta. El maltrato infantil puede conllevar a diferentes tipos de resultados, entre los que se

encuentran las consecuencias físicas, conductuales, emocionales y sociales (Arruabarrena y De Paul, 1996; y Cabrera *et al.*, 2017) (véase figura 3).



**Figura 3.** Consecuencias del maltrato infantil (Adaptada de Cabrera *et al.*, 2017).

Las graves consecuencias para la salud física y mental en los niños y adolescentes, obligan a los profesionales de la salud a intervenir, para detectarlas precozmente y poder actuar lo más pronto posible, ya que dichas consecuencias tienen que ver además de con la intensidad, y con el tipo de maltrato, con la reiteración y mantenimiento de la violencia (OMS, 1999).

## 2.2. Trastorno de Estrés Postraumático

Tras la guerra de Vietnam, en la década de los 80, el término TEPT fue incorporado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSM-III de la APA, y en 1992 en la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10 de la OMS, pasando a ser incluido a partir de ese momento dentro de las clasificaciones nosológicas (Schnurr *et al.*, 2002; Frans, 2003; Grinage, 2003).

Según los criterios del DSM-IV-TR y del CIE-10 se pueden distinguir tres componentes fundamentales implicados en el diagnóstico del TEPT: el tipo de suceso traumático experimentado, sintomatología presentada y duración del trastorno (Echeburúa *et al.*, 2000).

El TEPT se diferencia de otros trastornos psiquiátricos en que existe un componente etiológico conocido. Se trata de un evento que implica una amenaza para la vida, lesiones graves o muerte. Puede tratarse de situaciones que implican exposición a zonas de guerra,

agresión, violación, tortura, abuso físico y/o sexual infantil, desastres naturales y tecnológicos y accidentes graves. Para que la exposición a una situación estresante resulte traumática, puede producirse mediante la experiencia directa de los eventos adversos, o bien, descubrir que esta experiencia traumática le ha sucedido a una persona cercana o figura primaria.

Sin embargo, no todas las personas que experimentan un evento traumático son susceptibles de desarrollar un TEPT (Hageman *et al.*, 2001; Margis *et al.*, 2003). Dependerá de varios factores, entre los que se encuentran la forma en la que el sujeto evalúa la situación estresante, que es lo que determinará su respuesta, el grado de peligro percibido después del evento y la presencia de antecedentes psicológicos personales o familiares (Coelho y Costa, 2010).

La gravedad del trauma también es un factor importante en el desarrollo del TEPT. Se refiere a características como la duración del trauma, la frecuencia, la extensión de la lesión o la sensación percibida de amenaza para la propia vida. Aunque la magnitud de la relación entre la gravedad del trauma y el TEPT es solo moderada, existe gran consistencia entre poblaciones y tipos de trauma. Cuanto mayor sea la gravedad del trauma, mayor será la probabilidad de TEPT o la gravedad de los síntomas del TEPT (Brewin *et al.*, 2000).

Los criterios diagnósticos del TEPT propuestos por el DSM-V (APA, 2014) incorporan algunas diferencias con respecto a versiones anteriores. El trastorno se excluye de la categoría de Trastornos de Ansiedad para formar parte de una nueva categoría denominada Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, donde se describe con cuatro grupos de síntomas, en lugar de tres como sucedía anteriormente (reexperimentación, hiperactivación, evitación y alteraciones cognitivas/cambios en el estado de ánimo) y con criterios distintos para los menores de 7 años (Echeburúa *et al.*, 2014).

### 2.2.1. El TEPT y el maltrato infantil

Las experiencias traumáticas en la infancia, especialmente en relación a las figuras de apego, pueden afectar al desarrollo del menor y a su manera de interactuar consigo mismo y con los demás. Los niños y adolescentes que padecen TEPT, generalmente soportan una historia de victimización en la infancia por parte de sus cuidadores primarios. Como resultado, sus patrones de vinculación afectiva se distorsionan. No desarrollan un «apego seguro» con las

figuras que desempeñaron el rol de cuidadores en la niñez (Ainsworth *et al.*, 1978), por lo que son incapaces de establecer una adecuada autorregulación emocional en las situaciones estresantes, capacidad que es desarrollada adecuadamente en niños que si han establecido un apego seguro. Por lo tanto, el TEPT en la edad infantil puede afectar el desarrollo de las habilidades básicas de la personalidad (Gold, 2008; Herman, 2004). Cuando el trauma complejo sucede en la infancia y proviene de las figura de apego, puede alterar el desarrollo normal de las estructuras cerebrales, del sistema endocrino y de otros sistemas involucrados en la respuesta al estrés. Si los niños experimentan relaciones de rechazo que provocan inseguridad, estas experiencias pueden alterar la percepción que tienen de sí mismos, la confianza en los demás y la percepción del mundo.

Los niños más pequeños, especialmente aquellos que aún no han desarrollado completamente el lenguaje oral, suelen experimentar y percibir la exposición al trauma de una manera diferente a los adolescentes o adultos. Los menores presentan habilidades lingüísticas limitadas y, a menudo, no pueden proporcionar relatos coherentes de los eventos traumáticos, así como no disponen de la capacidad cognitiva para interpretar dichos eventos (Majar *et al.*, 2008). Identificar y diagnosticar a niños y jóvenes con TEPT, es complejo y requiere una atención detallada a la edad y al nivel de desarrollo del niño, así como al tipo y la duración del trauma experimentado (Najjar *et al.*, 2008 ). Dichos autores destacan, que la etapa de desarrollo mental, el nivel cognitivo, las habilidades verbales y la percepción e interpretación del evento traumático por parte del niño o adolescente, difiere significativamente de lo observado en el adulto. Van Der Kolk (2005) informó, que los niños y jóvenes expuestos a eventos traumáticos, a menudo son diagnosticados con Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH); por lo tanto, el TEPT no suele ser el diagnóstico más común para los niños y jóvenes que han sido expuestos a trauma. Según Ford y Courtois (2014), los niños que presentan síntomas como hipervigilancia, hiperexcitación y agresividad, suelen considerarse síntomas característicos del TDAH y del TND, siendo probable que cuando exhiben dichas conductas, suelen ser evaluados como trastornos del comportamiento y no como TEPT, lo que conduce a diagnósticos erróneos.

Scheeringa *et al.* (2003) plantearon que los niños expuestos a trauma pueden presentar deterioro funcional y angustia, y no cumplir con todos los criterios diagnósticos del TEPT. En

la investigación llevada a cabo por Carrión *et al.* (2002), los niños con dos síntomas de TEPT tenían un deterioro similar al de los niños que cumplían con todos los criterios de TEPT. Asimismo, Carrión *et al.* (2002) encontraron que es posible que los niños traumatizados comiencen a mostrar deterioro después de experimentar el trauma, pero se presenta un incremento de sintomatología en la pubertad. Según la APA (2000), los adolescentes pueden presentar síntomas similares a los de los adultos, es decir, un estado de ánimo depresivo y ansiedad, mientras que los niños pueden presentar mayores problemas de conducta. Cabe destacar, que es posible que los niños no aprecien el peligro que enfrentan cuando se exponen a un evento traumático.

Por último señalar, que cuando un evento traumático permanece y la información no es procesada con las respuestas biológicas adecuadas, el trauma queda congelado en su estado neurobiológico. El sistema se va a encontrar continuamente en una fase activa, reaccionando frente a la similitud mínima de la información que enfrenta y que le recuerde a la experiencia traumática. Se produce un desequilibrio entre el sistema nervioso simpático y el parasimpático, volviendo a revivir el evento traumático reiteradamente, con las mismas emociones, inclusive sintiendo las mismas sensaciones. Todos los síntomas del TEPT, son en realidad, síntomas de una amígdala excesivamente excitada, que desencadena recuerdos vívidos del momento traumático, que continúan invadiendo la conciencia (Kuper, 2004).

### 2.3. Trauma Complejo

Los efectos del trauma infantil, que a menudo son de naturaleza interpersonal e involucran múltiples eventos durante un largo período de tiempo, pueden provocar presentaciones más difíciles del TEPT (Herman, 1992).

#### 2.3.1. Clasificación Diagnóstica

En el DSM-IV se menciona el trauma complejo como una característica asociada del TEPT, es a partir de este momento cuando surge el cuestionamiento sobre si debería incluirse como un diagnóstico independiente con entidad propia. Algunos clínicos e investigadores han sostenido que los criterios de diagnóstico del TEPT no captan adecuadamente los síntomas clínicamente significativos que presentan las personas que han estado expuestas a un trauma interpersonal crónico y prolongado, como pueden ser el abuso sexual infantil, la violencia doméstica y la tortura (Finkelhor y Hotaling, 1984; Herman, 1992). Estos autores

han señalado, que los criterios para el diagnóstico del TEPT en su origen, derivaron directamente del estudio de combatientes varones adultos expuestos a trauma de guerra. Por tanto, la sintomatología de estas personas involucradas en el combate, probablemente fuera significativamente diferente de la presentada por los niños en una etapa temprana y vulnerable, sin una madurez adquirida, en la que son sometidos a eventos traumáticos interpersonales relacionados con la vida familiar y que tienen lugar de forma continuada en el tiempo.

La categoría de «trastorno de estrés postraumático complejo» fue propuesta para ser incluida en el manual DSM-5 (APA, 2013). Sin embargo, finalmente no fue consignada en la última versión del manual. A diferencia del DSM-5, la CIE-11 de la OMS (2019), sí incorporó el TEPT complejo [6B41], como una entidad diagnóstica distinta del TEPT. Algunos expertos han considerado este hecho como un avance importante para permitir una mejora en la precisión diagnóstica y en el desarrollo de tratamientos más personalizados y efectivos (Cloitre, 2020).

Según la CIE-11, el TEPT complejo cumple todos los requisitos de diagnóstico del TEPT, pero también se caracteriza por:

- Problemas severos y persistentes que afectan la regulación emocional.
- Creencias sobre uno mismo como no capaz, derrotado o sin valor, acompañadas de sentimientos de vergüenza, fracaso o culpa, asociados al evento traumático, y
- Dificultad para mantener relaciones sociales y sentirse cerca de los demás.

Estos síntomas producen un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, ocupacional, educativo y en otras áreas importantes de funcionamiento de la persona. El reconocimiento del TEPTC tiene la ventaja de aunar en un único diagnóstico, los diferentes problemas que suelen aparecer en estos menores.

El TEPT complejo rara vez ocurre en ausencia de TEPT. En la investigación efectuada por Roth *et al.* (1997), donde los participantes reportaron abuso físico y/o sexual, el 2% de la muestra presentaba TEPTC, el 19% solo TEPT, mientras que el 48% TEPT y TEPTC, y únicamente el 30% no sufría ningún trastorno. Aunque teóricamente se predice que el TEPTC se manifiesta en sobrevivientes de una variedad de traumas interpersonales, el TEPT complejo se asocia más fuertemente con el abuso sexual. En el estudio de Roth *et al.*, el TEPTC ocurrió en el 27%

de los participantes en forma de abuso físico, en el 54% de los participantes mediante abuso sexual y en el 79% de los participantes a través de abuso físico y sexual combinados.

### **2.3.2. Presentación Clínica**

Las personas expuestas a eventos traumáticos, durante largos espacios de tiempo y en período de desarrollo, sufren una variedad de problemas psicológicos no incluidos en el diagnóstico de TEPT, que incluyen depresión, ansiedad, autodesprecio, disociación, abuso de sustancias, autodestrucción y conductas de riesgo, revictimización, problemas en las relaciones interpersonales e íntimas (incluida la crianza de los hijos), preocupaciones médicas y somáticas, y desesperación (Herman, 1992).

Teniendo en cuenta la multiplicidad de síntomas que existen entre los pacientes que presentan trauma complejo, su tratamiento representa un importante desafío clínico. La sintomatología puede variar según la edad del menor y la etapa en que ocurrió el trauma; según su relación con el perpetrador; en función de la complejidad del trauma en sí mismo y el rol de la víctima; según su duración y la gravedad objetiva del trauma; y de acuerdo al apoyo recibido tanto en el momento del trauma, como posteriormente, en el momento de la revelación y descubrimiento. Investigadores involucrados en el estudio del trauma complejo, propusieron una conceptualización alternativa, TEPT complejo (TEPTC) o «trastorno de estrés extremo no especificado» (DESNOS, Pelcovitz *et al.*, 1997) en el DSM.

Las personas que experimentan TEPTC suelen presentar síntomas específicos como pueden ser impulsividad, problemas de regulación afectiva, síntomas disociativos, comportamiento autodestructivo, anomalías en la expresión sexual y síntomas somáticos (Courtois, 2004).

Asimismo, pueden presentar recuerdos intrusivos, escenas retrospectivas (flashbacks) relacionadas con los acontecimientos traumáticos, trastornos del sueño, hipervigilancia, pesadillas, respuestas fisiológicas exageradas al recordar los acontecimientos traumáticos, reacciones de evitación, sentimientos de culpabilidad, expresiones emocionales limitadas y por último, deficiencias graves en el funcionamiento social (Southwick *et al.*, 1994; Charney *et al.*, 1993; Bremner *et al.*, 1999; Friedman y Yehuda, 1995).

### **2.3.3. Tratamiento y Protocolos de Trauma Complejo**

Dado que el trauma complejo es un fenómeno relativamente nuevo con apenas unas décadas de investigación, todavía no existe consenso sobre las intervenciones más efectivas.

No obstante, debido a la naturaleza compleja y crónica del TEPTC, la interrupción del desarrollo normal infantil y las necesidades únicas de cada niño y familia, se reconoce que el tratamiento también debe ser complejo, integral e individualizado para satisfacer las necesidades de cada menor (Lanktree *et al.*, 2012). Esto incluye identificar que intervenciones de tratamiento son más efectivas para grupos de síntomas específicos, en qué orden presentar dichas intervenciones, sería conveniente establecer el momento más idóneo para iniciar el reprocesamiento del trauma y determinar su duración e intensidad en estos niños con traumatización temprana (Cloitre *et al.*, 2012).

En 2012, las pautas de tratamiento del TEPT de la Sociedad Internacional para Estudios de Estrés Traumático (ISTSS) (Cloitre *et al.*, 2011, 2012) recomendó un tratamiento basado en fases, que implementa una fase de estabilización previa al tratamiento centrado en el trauma, así como la Exposición Prolongada (EP) y la terapia EMDR.

En esta línea, algunos autores han señalado que los niños con TEPTC responden mejor al tratamiento basado en fases, con una fase inicial de estabilización para proporcionar habilidades de afrontamiento, seguida de una fase de procesamiento del trauma para comprender experiencias personales del trauma, y una fase final para reforzar y generalizar la seguridad y la confianza (Herman, 1992; Courtois, 2004; Ford *et al.*, 2005; Ford y Cloitre, 2009). Sin embargo, dada la naturaleza crónica y repetitiva del trauma, así como a la carga adicional de síntomas debido a los problemas de autorregulación de estos pacientes, se desconoce si los tratamientos actualmente establecidos, proporcionan una optimización de los resultados (Cloitre *et al.*, 2011).

En 1998, revisores independientes (Chambless y Hollon., 1998) de la División de Psicología Clínica de la APA colocaron EMDR, la Terapia de Exposición (TE) y la terapia de inoculación al estrés en una lista de tratamientos respaldados empíricamente, como "probablemente eficaces" para el TEPT civil; ninguna otra terapia se consideró respaldada empíricamente por investigaciones controladas para poblaciones con TEPT. En 1998 un metanálisis de todos los estudios publicados sobre tratamientos psicológicos y farmacológicos para este trastorno, informó que los resultados obtenidos en el estudio sugerían que el tratamiento EMDR era efectivo para el TEPT y que era más eficiente que otros tratamientos (Van Etten y Taylor, 1998). Tras la publicación de este examen de estudios controlados, la Sociedad Internacional para Estudios de Estrés Traumático designó la terapia EMDR como eficaz para el TEPT



(Chemtob *et al.*, 2000) y recomendó más investigación para obtener el más alto nivel de confianza.

En el metanálisis efectuado por Rodenburg *et al.* en 2009, descubrieron que EMDR resultaba beneficiosa para ayudar al cliente a procesar el material abrumador e integrar nueva información. Otros investigadores como Ahmad *et al.* (2007) determinaron que la terapia EMDR reducía los síntomas del TEPT. En un metanálisis que incluyó tres ensayos controlados aleatorizados, que evaluó los efectos de EMDR en niños con TEPT como consecuencia de trauma infantil (Edmon y Rubin, 2004; Scheck *et al.*, 1998; Van der Kolk *et al.*, 2007), se encontró que el tamaño del efecto de la terapia EMDR fue de moderado a alto, no solo para la gravedad de los síntomas del TEPT, sino también para los síntomas de depresión, ansiedad y disociación.

## 2.4. EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares

La Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) se trata de un método terapéutico que cuenta con una serie de principios, procedimientos, protocolos estandarizados y evaluación continua de procesos y resultados. Esta terapia fue desarrollada originalmente por Francine Shapiro en 1987, para manejar recuerdos traumáticos en adultos con TEPT. Sin embargo, en la actualidad la terapia EMDR se utiliza para abordar una gran variedad de sintomatología, relacionada con experiencias estresantes de la vida.

Se basa en la integración de diferentes postulados de distintas corrientes psicoterapéuticas, incluyendo el modelo psicodinámico, el conductual, el humanismo, el cognitivo, la programación neurolingüística, así como el psicodrama y la psicología energética.

EMDR es una modalidad de tratamiento que se enfoca en el sistema de información del cerebro y en desensibilizar la memoria traumática mediante Estimulación Bilateral (BLS) y exposición breve imaginada (Shapiro, 1989).

### 2.4.1. Del Procesamiento de la Información a un Estado Adaptativo

El procesamiento EMDR, implica procesar todas las dimensiones de los recuerdos incluyendo la imagen, los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales a las que se accede a través de la BLS (Shapiro, 1989), ya sea a través de movimientos oculares, tonos auditivos, tapping o música. La BLS activa los hemisferios derecho e izquierdo del cerebro para acceder a la memoria traumática, produciéndose una atención dual tanto a la BLS como al recuerdo

de la memoria traumática (Rodenburg *et al.*, 2009). La doble atención que se requiere durante EMDR, promueve la conectividad entre los hemisferios derecho e izquierdo e interrumpe la red de memoria del trauma.

El modelo teórico que sustenta la terapia EMDR es el modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), que establece que la principal dificultad en el TEPT, es la presencia de recuerdos de experiencias traumáticas o angustiosas que el cerebro no puede procesar adecuadamente (Shapiro, 2001). Este modelo postula que la patología se produce cuando las experiencias traumáticas se procesan de manera inadecuada y plantea la hipótesis de que EMDR acelera el procesamiento de la información, lo que resulta en la resolución adaptativa de los recuerdos traumáticos (Shapiro, 2001). La memoria de dichos recuerdos traumáticos, se almacena en forma de un estado específico, que es incapaz de conectarse con otras redes de memoria que contienen información adaptativa (Solomon y Shapiro, 2008). Un principio central es que si los recuerdos angustiosos no se procesan, se convierten en la base de las reacciones disfuncionales actuales. Este hecho conduce a que los recuerdos traumáticos se codifiquen con una sensación de peligro, que luego se vuelve a experimentar en la edad adulta, incluso en ausencia de una amenaza real (Hase *et al.*, 2017). EMDR permite al cliente concentrarse en imágenes o recuerdos perturbadores y en las emociones y elementos cognitivos que estos evocan (Seidler y Wagner, 2006). Al inicio se introduce la BLS, siendo el resultado una respuesta de alerta y cuando la ausencia de amenaza se hace evidente, se produce una sensación de relajación que reduce el afecto negativo asociado con los recuerdos traumáticos (Cuijpers *et al.*, 2020). Existe evidencia de la efectividad de EMDR en la pérdida del diagnóstico de TEPT, de la reducción de los síntomas de TEPT y de la reducción de otros síntomas asociados al trauma (Wilson *et al.*, 2018).

#### **2.4.2. Fases EMDR**

La terapia EMDR consiste en un protocolo de ocho fases que activa el sistema de procesamiento de información natural e integra material traumático no procesado almacenado junto a material adaptativo.

El protocolo comienza con la Fase 1, «Historia clínica y plan de tratamiento», incluye la admisión inicial y una evaluación de la idoneidad para EMDR, así como la identificación de objetivos para el reprocesamiento. La Fase 2, «Preparación», involucra educar al paciente sobre EMDR, identificar obstáculos potenciales y ayudar al paciente a desarrollar recursos

antes del procesamiento de experiencias perturbadoras. La Fase 3, «Evaluación», implica la evaluación detallada del recuerdo objetivo, incluyendo las imágenes negativas asociadas, la creencia positiva, creencia negativa, junto a las emociones y sensaciones físicas relacionadas. La Fase 4, «Desensibilización», implica el uso de BLS para resolver el problema planteado, en tandas de 28-30 movimientos. Cuando el evento escogido como diana haya sido procesado y neutralizado, apoyándose en Unidades Subjetivas de Perturbación (SUDS) que miden el nivel de perturbación (0 neutro y 10 mayor malestar posible) y en la Escala de Validez de la Creencia (VOC) que ayuda a valorar lo cerca que está la persona de su objetivo de 1 a 7, se procede a avanzar a la siguiente fase. La Fase 5, «Instalación», involucra la instalación, se reevalúa si la creencia positiva sigue siendo válida o si hay otra más significativa que encaje mejor. La Fase 6, «chequeo corporal», en la que el paciente presta atención al recuerdo original junto a la creencia positiva, involucra la identificación del cliente de algún tipo de tensión o incomodidad en alguna parte de su cuerpo, que se enfoca con BLS. Si la tensión no mejora, se reprocesa desde la fase 4 nuevamente. La Fase 7, «Cierre», implica el uso de estrategias para ayudar al paciente a terminar la sesión en un estado de equilibrio, así como prepara al cliente para que conozca que va a seguir reprocesando entre sesiones. La Fase 8, «Reevaluación», se utiliza al comienzo de las siguientes sesiones para garantizar los efectos del tratamiento, de manera que, se realiza una reevaluación del recuerdo original para conocer si ha surgido algo nuevo sobre lo que se necesite trabajar.

#### **2.4.3. Protocolo EMDR para Niños y Adolescentes**

La aplicación de EMDR requiere algunos ajustes en el protocolo para poder adaptar su aplicación a niños y adolescentes. Es muy importante la relación con los padres durante el tratamiento y el mantenimiento de la motivación. Se requiere trabajar centrándose más en imágenes que en otro tipo de estímulos como las cogniciones o emociones (Greenwald *et al.*, 2000). Se han realizado diversas modificaciones creativas y apropiadas para el desarrollo del procedimiento a lo largo de las ocho fases. Esto permite al clínico lograr la cooperación, la regulación, la seguridad y la confianza en esta población tan compleja y desregulada. El lenguaje utilizado se debe adecuar y simplificar a los niños, y la terapia se puede integrar con el juego, el arte, el apoyo sensoriomotor, la narración de historias, las metáforas, la terapia familiar y el apoyo de los padres (Shapiro, 2018; Struik *et al.*, 2017).

Según lo subrayado por Greenwald *et al.* (2000), las intervenciones a considerar serían: la alianza con los padres para conseguir la sostenibilidad de la terapia; se precisa una proximidad con el niño, especialmente con los más pequeños. Es necesario establecer una alianza terapéutica con el menor, que le proporcione una base de seguridad y confianza basada en la empatía. Se explicará al niño el procedimiento y se respetarán sus tiempos, siendo adecuado trabajar primero los trastornos menos importantes. Se trabajarán con él las instalaciones positivas que permitan un acceso más seguro al trauma, para ello, antes de proceder a la consolidación de imágenes se le puede pedir que las dibuje, y además como sucede en los adultos, se le ofrece la posibilidad de la señal de parada para detener el procesamiento.

Igualmente, durante las ocho fases del protocolo EMDR, se emplearán algunos ajustes pensados expresamente para los niños, sin traicionar el enfoque original (Greenwald *et al.*, 2000). En la fase 2 o de preparación, puede ser conveniente la explicación de los términos y beneficios del tratamiento a través del uso de metáforas. En la fase 3 o de evaluación, la individuación de una imagen puede apoyarse en un dibujo o un juego. Además, las cogniciones positivas o negativas pueden ser referidas en tercera persona, utilizando un muñeco o peluche, para proteger al menor del impacto emocional. En la fase 4, durante las estimulaciones oculares, se prestará especial atención a la tendencia del nivel de trastorno. En la fase 5, si en la fase inicial el niño no produjo una cognición positiva, la instalación será suficiente cuando el niño afirme que la experiencia dolorosa parece lejana y ahora se siente seguro. En la fase 6, se le pide al niño información sobre las sensaciones físicas, pero a diferencia del adulto, se detendrá la práctica si EMDR resulta incontrolable. En la fase 7, antes de acabar la sesión, es importante que el niño se vaya con una sensación de seguridad que se puede lograr indicándole que visualice un “recipiente” que contiene todo lo doloroso que queda por elaborar. Para finalizar, en la fase 8, para verificar los resultados obtenidos, se puede observar al niño en el proceso del juego y compartir con los padres observaciones sobre las mejoras que pueden encontrar.

## 3. Objetivos

### 3.1. Objetivo General

El objetivo principal de este trabajo será realizar una revisión exhaustiva y sistemática, sobre la evidencia en cuanto a la eficacia de la terapia EMDR en el abordaje del trauma complejo en niños y adolescentes, dentro de un marco contextual de abuso o de maltrato. Esta investigación permitirá poner de manifiesto, una base de conocimientos sobre la efectividad de la terapia centrada en el trauma y aplicada específicamente en una población clínica infantil.

Con el fin de efectuar dicho propósito, se va a realizar una investigación sobre la literatura recogida en diferentes artículos científicos, que han sido publicados en distintas bases de datos, para permitir de esta manera, establecer comparaciones y obtener una serie de conclusiones relevantes, relacionadas con la efectividad de la intervención con EMDR, en este trastorno de nueva clasificación como es el trauma complejo.

### 3.2. Objetivos Específicos

Los objetivos específicos que se destacan serán los siguientes:

- Analizar la evidencia disponible en los últimos cinco años, publicada en artículos científicos, sobre la eficacia del tratamiento con EMDR en población infantil y adolescente con trauma complejo producido por maltrato en la infancia.
- Averiguar si los menores que presentan comorbilidad asociada con la exposición a trauma complejo, pueden beneficiarse y reducir la sintomatología a través de la intervención con EMDR.
- Investigar la efectividad del enfoque orientado por fases en el tratamiento del trauma complejo versus el tratamiento inmediato centrado en el trauma para obtener mejores resultados.
- Ofrecer información actualizada sobre pautas de actuación (inicio, duración, intensidad, etc.) en el tratamiento del trauma complejo en población infantil, como fuente de utilidad para poder establecer guías de actuación en esta población.

## 4. Pregunta Clínica o de Investigación e Hipótesis

Siguiendo la herramienta Pico se procede a formular la pregunta clínica o de investigación:

*¿Será eficaz la intervención con la terapia EMDR en el trauma complejo provocado por abuso en la infancia en población infantil y adolescente?*

**Tabla 2. Componentes de la pregunta de investigación siguiendo herramienta PICO**

Componentes PICO	
(P) Población	Población infantil y adolescente
(I) Intervención	Aplicación de la terapia EMDR en niños con trauma complejo
(C) Comparador	No aplica
(O) Resultado	Tratamiento efectivo en el trauma y en la reducción de síntomas asociados

**Fuente:** Elaboración propia

### 4.1. Hipótesis

Se plantean diferentes hipótesis:

1. Se plantea la hipótesis de que la intervención con EMDR en sujetos con TEPTC víctimas de maltrato infantil, se asociaría con una disminución significativa de los síntomas, así como con un descenso del número de casos que cumplirían los criterios diagnósticos. Se presume de que un historial de abuso infantil tendría un efecto perjudicial en el resultado del tratamiento para quienes sufren TEPTC.
2. Debido a la gran desregulación emocional que sufren estos pacientes y para mejorar los resultados, se establece la hipótesis de que un enfoque de tratamiento basado en fases sería más eficaz en comparación de la aplicación de EMDR sola para reducir los síntomas del TEPTC y la comorbilidad asociada a abusos repetidos en la infancia.
3. Para mejorar el protocolo de actuación de EMDR, se plantea la hipótesis de que una mayor frecuencia en las sesiones, afectaría positivamente a los resultados, y que los tratamientos breves e intensivos junto a la aplicación de terapias combinadas también serían eficaces en niños con TEPTC.

## 5. Marco metodológico

Para llevar a cabo este trabajo se han seguido las directrices PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematics Reviews and Meta-analysis) (Moher *et al.*, 2009) utilizando una lista de comprobación de 27 ítems para asegurar la exhaustividad del trabajo.

### 5.1. Criterios de Selección

Los criterios de selección se establecieron teniendo en cuenta la fecha e idioma de la publicación, el tipo de publicación, la población objeto de estudio y la adecuación de los contenidos del estudio a los objetivos de este trabajo. Los *criterios de inclusión* empleados para la búsqueda y selección de artículos fueron los siguientes:

- criterio a (fecha): estudios publicados entre los años 2018 y 2023. Se utilizó este criterio temporal con el objetivo de acceder al mayor volumen de información reciente posible.
- criterio b (idioma): se incluyeron estudios publicados tanto en idioma español, como en inglés.
- criterio c (tipo de documento): se incluyeron artículos empíricos cuantitativos y cualitativos con peer review, con el fin de garantizar un adecuado rigor metodológico. También se incluyeron ensayos controlados aleatorizados, cuasi-experimentales, transversales y longitudinales para poder ampliar el rango de búsqueda debido al escaso volumen de estudios relacionados con el tema.
- criterio d (objetivos y participantes): se fijaron estudios cuya población de estudio hubiera sufrido maltrato infantil en cualquiera de sus variantes, en un rango de edad que abarcara desde el nacimiento hasta la infancia tardía con un límite de edad de 18 años y con establecimiento explícito de diagnóstico de TEPT. Se permitió la elección de estudios en los que la muestra superaba ese rango de edad pero que reunía los requisitos necesarios establecidos.
- criterio e (objetivos): se incluyeron estudios referidos en conjunto al TEPT y al TEPTC y al abordaje de los mismos mediante la terapia EMDR en la infancia y la adolescencia.

- criterio f (objetivos): se adjuntaron estudios que abordaban específicamente como variable de estudio, la asociación entre el trauma complejo infantil sucedido en un contexto de maltrato interpersonal temprano y el impacto de la terapia EMDR en la recuperación y/o disminución de la sintomatología asociada al trauma.

Por otro lado, se determinaron una serie de *criterios de no inclusión*:

- criterio g (objetivos y participantes): no se incluyeron estudios que no estuvieran centrados en el trauma ocurrido desde el nacimiento hasta la adolescencia o en los cuales el trauma hubiera sucedido después de los 18 años.
- criterio h (objetivos): no se incluyeron investigaciones que no estuvieran centradas en el TEPT o TEPTC sucedido en un contexto de maltrato infantil con sus variantes, bien sea físico, sexual, emocional o psicológico o desatención. Ni se incluyeron investigaciones no referidas a la terapia EMDR aplicada de forma tanto individual como combinada.
- criterio i (fecha): tampoco se incluyeron estudios con fecha de publicación anterior a 2018.
- criterio j (tipo de publicación): no se incluyeron artículos editoriales, artículos de resumen de libros, así como artículos resumen de conferencias, artículos de revisión de la literatura y de revisión sistemática o metaanálisis.
- criterio k (tipo de publicación): tampoco se incluyeron artículos sin acceso al texto completo.
- criterio l (tipo de documento): no se incluyeron estudios que no contemplaran una metodología empírica y analítica bien sea cuantitativa o cualitativa de la relación entre las variables.

## 5.2. Fuentes de Información

La búsqueda bibliográfica para esta revisión se llevó a cabo en el mes de marzo de 2023. Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura, empleando diferentes fuentes de información. Por un lado, se emplearon bases de datos científicas generales: Web of Science (WOS), Scopus, ProQuest Psychology y Ebsco. Y por otro lado, se amplió la búsqueda y se consultaron buscadores de información académica como Google Scholar y páginas web de asociaciones de carácter nacional e internacional (Save the Children, Fundación ANAR, Centro Reina Sofía, etc.). Asimismo, se revisaron las referencias de los distintos estudios



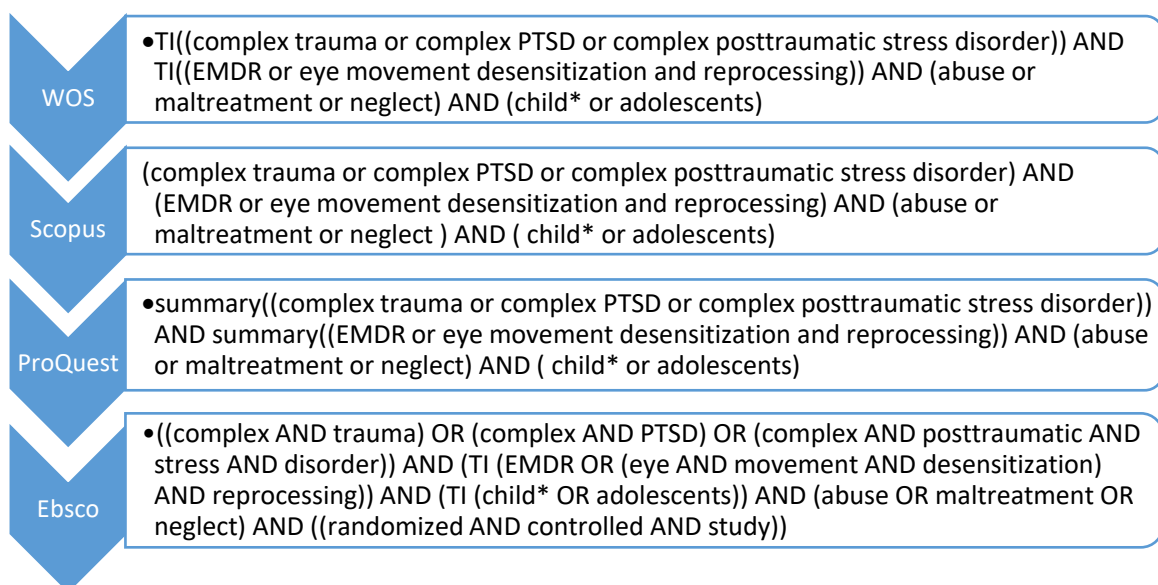
metaanalíticos encontrados y páginas web de referencia. A continuación, se desarrollara el proceso de elaboración en sus diferentes etapas.

### 5.3. Estrategia de Búsqueda

En primer lugar, se realizó una búsqueda inicial como forma de aproximación general al tema de investigación. El objetivo de esta fase fue identificar el volumen de información en torno al ámbito de estudio, la calidad de los estudios existentes y determinar los términos de búsqueda más apropiados para la búsqueda de títulos.

Con este objetivo se realizó un primer rastreo en las bases de datos y buscadores previamente mencionados, y se emplearon las siguientes palabras clave: “complex trauma”, “complex PTSD”, “complex posttraumatic stress disorder”, “EMDR”, “eye movement desensitization and reprocessing”, “abuse”, “maltreatment” y “neglect” utilizadas en combinación con términos como “child” o “adolescents” para acceder a estudios centrados en la población infantil. De esta manera, se comprobó que los resultados arrojados eran escasos y comprendían aspectos muy diversos en torno al ámbito de investigación.

Tras esta primera búsqueda exploratoria se ampliaron los términos empleados usando una combinación de operadores booleanos “AND” y “OR” y caracteres de truncamiento “\*” y “( )”. Asimismo, se procedió a la realización de una búsqueda sistemática exhaustiva acorde a los criterios de elegibilidad seleccionados previamente, acotando los resultados. La combinación de términos que arrojó mejores resultados en la búsqueda fue la siguiente:



**Figura 4.** Procedimiento de búsqueda en las diferentes bases de datos (Elaboración propia).

Concretamente se obtuvieron 42 resultados en WOS, 12 en Scopus, 20 en ProQuest Psychology y 322 en EBSCO. Tras una búsqueda manual en Google Scholar y utilizando las combinaciones anteriores de los términos de búsqueda, se incluyó un artículo relevante que se ajustaba a la investigación.

#### 5.4. Características de los Estudios y Proceso de Extracción de Datos

El proceso de extracción de datos y el análisis cualitativo de los estudios se realizó en tres fases, utilizando el procesador de datos Word para su extracción. En la primera fase se incluyó información contextual sobre el documento, como el año de publicación, el título, la autoría, la fuente de publicación y el tipo de trabajo. Además, se codificaron los estudios para el análisis e interpretación de los resultados (i.e., A1, A2, A3...) teniendo en cuenta la fecha de la publicación. En la segunda fase se analizó el contenido del documento, teniendo en cuenta la estructura formal de un trabajo de investigación. Se incluyó información sobre la metodología del estudio, la muestra utilizada, los objetivos principales, los resultados y conclusiones. En la tercera fase se realizó un análisis cualitativo de los contenidos temáticos de los estudios.

#### 5.5. Selección de Estudios y Diagrama PRISMA

La Figura 5 representa un diagrama de flujo sobre el procedimiento de selección de los estudios. Según los criterios establecidos se localizaron 397 artículos, de los cuales se eliminaron 14 por tratarse de artículos duplicados y 228 tras leer el título. Se procedió a leer el resumen, y a partir de esa lectura, se descartaron de nuevo 143 artículos. Principalmente por centrarse en otras terapias y no explícitamente en la terapia EMDR de forma individual o combinada (n = 40), por utilizar muestras con TEPT producido en una edad posterior a los 18 años (n = 30), por tratarse de revisiones o metanálisis (n = 24) y por no adecuarse a la pregunta de investigación (n = 49). Finalmente, 12 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y se seleccionaron para llevar a cabo la presente revisión sistemática. Todos los títulos eran actualizados, trataban sobre la terapia EMDR y de su aplicación en el TEPT explícitamente, con poblaciones dentro de los rangos establecidos, con el trauma producido en un contexto de abuso o maltrato, y trataban de probar la evidencia de la terapia.

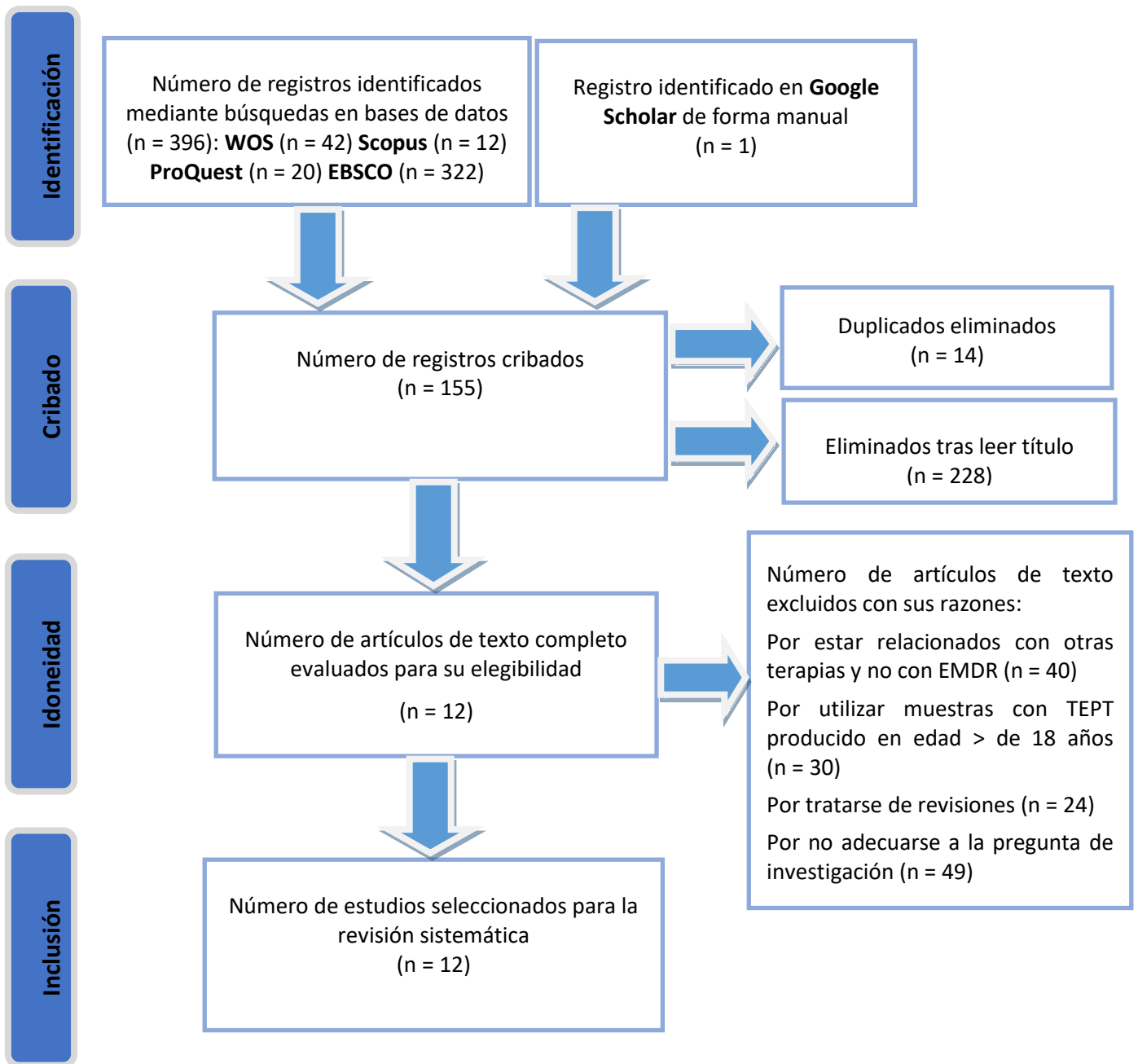


Figura 5. Diagrama de flujo PRISMA de estudios incluidos y excluidos (Elaboración propia)

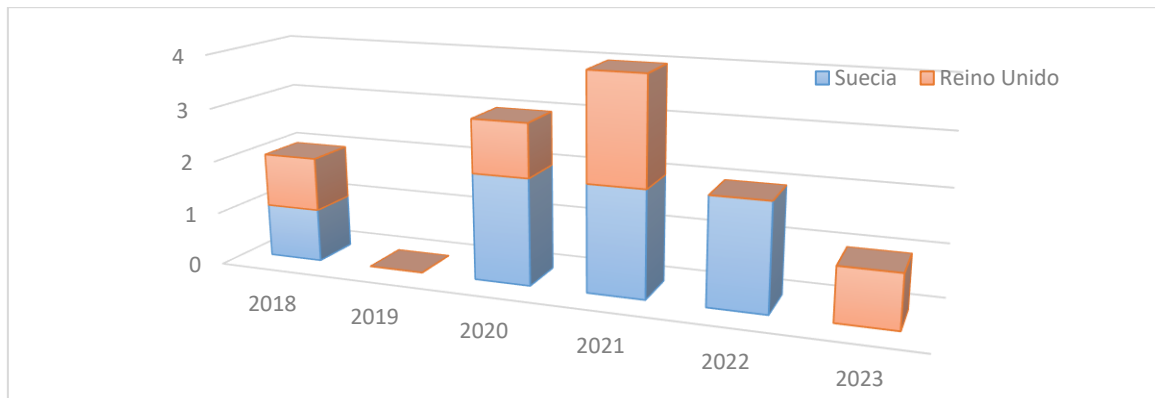
## 6. Resultados

Se puede encontrar una síntesis de los principales resultados de los estudios seleccionados en una tabla-resumen (Anexo A). En la que se reflejan características de las publicaciones tales como autor, año, país, muestra, diseño, objetivo, tratamiento, evaluación y resultados.

### 6.1. Características de los Estudios Incluidos

#### 6.1.1. Tipo de estudios

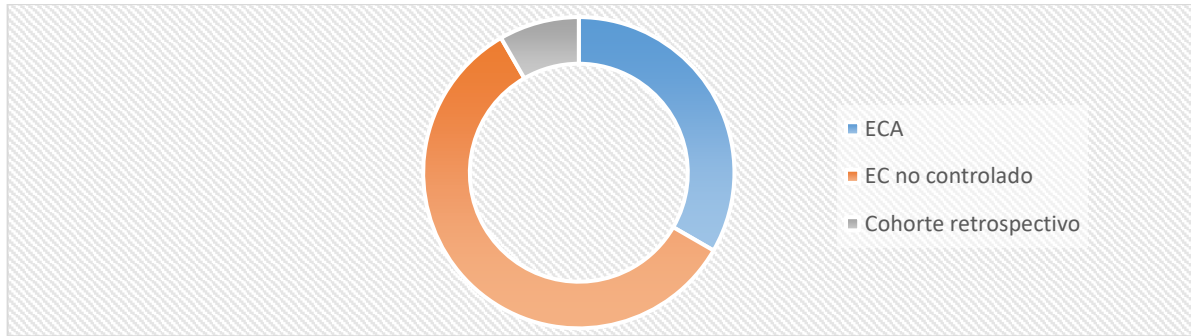
En la presente revisión han sido incluidos un total de 12 artículos. Estos han sido publicados en Suecia (n = 7) y en Reino Unido (n = 5) entre los años 2018 y 2023.



**Figura 6.** Año y procedencia de los títulos insertados en la revisión (Elaboración propia)

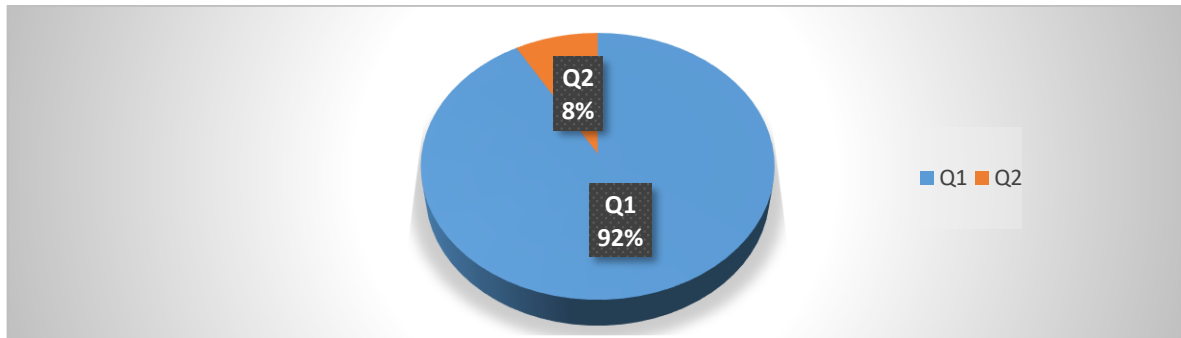
Los doce artículos revisados han comprendido, cuatro ensayos clínicos controlados aleatorizados (Baekkelund *et al.*, 2021; Van Vliet *et al.*, 2018, 2021; Wibbelink *et al.*, 2021), siete ensayos clínicos no controlados (Baekkelund *et al.*, 2022; Bongaerts *et al.*, 2022; Karadag *et al.*, 2020; Van Pelt *et al.*, 2021; Van Toorenburg *et al.*, 2020; Voorendonk *et al.*, 2020; Wagenmans *et al.*, 2018) y un artículo de cohorte retrospectivo (Melegkovits *et al.*, 2023).

Los ensayos clínicos no controlados que han sido seleccionados, presentaban como principal limitación la ausencia de un grupo de control, aspecto que podría afectar a la validez interna. No obstante, incluir un grupo de control a la espera de tratamiento en este tipo de pacientes, que contempla grandes alteraciones emocionales y una elevada cantidad de comorbilidad asociada, podría haber ocasionado la pérdida de participantes. Aspecto que podría dar lugar a un sesgo de selección, especialmente si hay más pérdidas en una rama del ensayo (intervención control) que en la otra (intervención tratamiento).



**Figura 7.** Tipo de estudios (Elaboración propia)

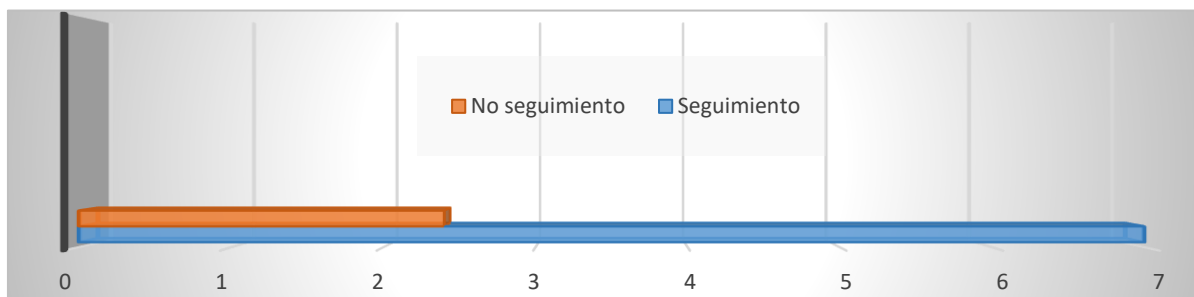
Han sido seleccionados títulos con un elevado índice de impacto a través de Scimago Citation Reports (SJR) y cuartil (Q), para asegurar la calidad y rigor metodológico de las publicaciones científicas obtenidas. El factor de medida se basa en el recuento de citas y en medidas de posición de las revistas de prestigio en las que han sido publicados los artículos.



**Figura 8.** Índice de impacto de títulos seleccionados (Elaboración propia)

### 6.1.2. Diseños

Todos los artículos seleccionados han empleado un diseño pretest-postest, y 7 de ellos han incorporado indicadores de seguimiento (Baekkelund *et al.*, 2021; Bongaerts *et al.*, 2022; Van Pelt *et al.*, 2021; Van Toorenburg *et al.*, 2020; Van Vliet *et al.*, 2018, 2021; Wibbelink *et al.*, 2021). El tiempo de seguimiento ha oscilado entre los 3 y los 6 meses tras el tratamiento.

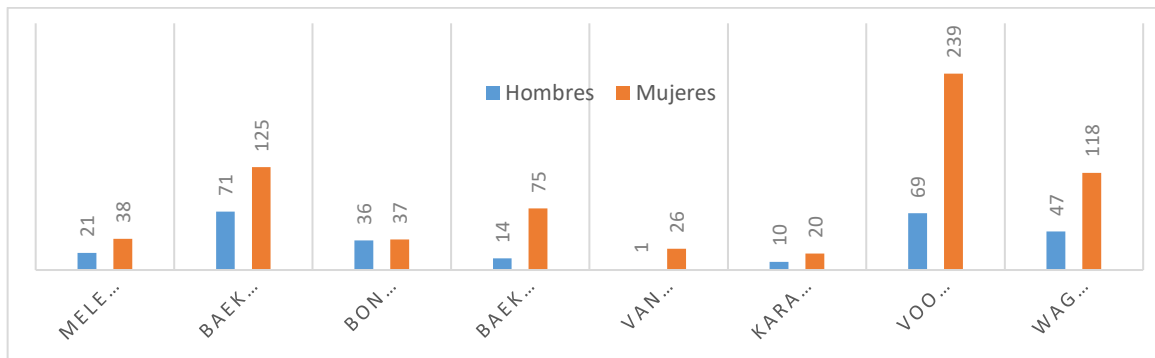


**Figura 9.** Diseño de los estudios (Elaboración propia)

### 6.1.3. Participantes

La muestra empleada en la revisión, sin tomar en consideración los abandonos producidos a lo largo del tratamiento y los pacientes que desistieron en la etapa de seguimiento, ha contado con un total de 1502 sujetos. Cuatro de los estudios (Van Toorenburg *et al.*, 2020; Van Vliet *et al.*, 2018, 2021; Wibbelink *et al.*, 2021) no aportaron datos públicos demográficos a nivel participante, para no comprometer el anonimato de los sujetos y la variable género no ha sido reflejada. El resto de artículos de la muestra han dado cuenta de 269 participantes de género masculino y 678 de género femenino.

Es importante destacar la notable desproporción existente en la distribución muestral de hombres y mujeres. En una investigación anterior, De Bellis y Van Dillen (2005), manifestaron que las niñas adolescentes expuestas a eventos traumáticos, acuden en mayor proporción que los niños a las clínicas de salud mental, y que existe evidencia de que las niñas disponen de una menor capacidad de resiliencia y estrategias de afrontamiento, para responder ante los síntomas del TEPT en comparación a los niños.



**Figura 10.** Distribución muestral por género (Elaboración propia)

El rango de edad muestral ha abarcado desde los 6 a los 71 años. Cabe destacar, que aunque la población objeto de estudio sea la infantil y adolescente, queda justificado la utilización de sujetos adultos cuando hayan cumplido el requisito principal de la investigación; el haber sufrido abusos repetidos interpersonales en la infancia antes de los 18 años.

Del mismo modo, la mayor parte de los estudios han incluido participantes de todas las culturas y nivel socio-económicos, no obstante, ha existido una mayor representación de sujetos procedentes de Países Bajos y de Reino Unido, países en los que se han llevado a cabo las investigaciones. El estudio de Wibbelink *et al.*, (2021) se trata de un ensayo clínico

multicéntrico internacional en el que han tomado parte países como Alemania, Australia y Países Bajos. En Melegkovits *et al.*, (2023), la muestra ha sido étnicamente diversa, con un 49,15% de sujetos no británicos y un 35,6% de solicitantes de asilo, procedentes de diferentes países y continentes, como son el noroeste, sur y este de Europa, África y Oriente Medio.

#### 6.1.4. Tipología del evento traumático y comorbilidad

Los estudios han comprendido todo tipo de traumas, entre ellos, abuso sexual, físico, emocional, negligencia, etc., con una cronicidad y mantenimiento del trauma en el tiempo. El tipo de abuso que mayor incidencia ha demostrado en los distintos estudios, ha sido el abuso sexual infantil (n = 6), seguido del abuso físico infantil (n = 2), abuso emocional (n = 1), violencia doméstica (n = 1), abuso psicológico (n = 1) y por último, en el estudio de Wibbelink *et al.*, (2021), el tipo de abuso encontrado ha sido el trauma infantil genérico, no especificando en los resultados la prevalencia de ningún subtipo.

Un elevado índice de pacientes ha sufrido múltiples y prolongados eventos traumáticos interpersonales, y la mayoría ha mostrado comorbilidad psiquiátrica y diagnóstico de TEPT grave. El resto de trastornos que se han presentado con mayor frecuencia han sido el trastorno depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada. En los sujetos que han presentado TEPT complejo, al haber permanecido sometidos a una traumatización crónica, la sintomatología encontrada ha sido la específica de este tipo de trauma, como son los problemas de regulación afectiva, autoconcepto negativo y problemas interpersonales. Entre los participantes con patología grave asociada, se ha identificado trastorno disociativo, psicosis, trastornos de personalidad, ideación suicida, abuso de drogas y sustancias y TDAH.

#### 6.1.5. Tipos de tratamientos utilizados

Son varios los artículos en los que se ha utilizado EMDR combinada con otras terapias efectivas, con evidencia científica demostrada, y como coadyuvante en los tratamientos breves e intensivos. No se ha tratado de efectuar comparativas entre terapias, sino de complementarse para establecer un tratamiento más rápido y centrado en el trauma. La intensificación del tratamiento puede conducir a una mejora más temprana y el factor tiempo es un aspecto a considerar que puede resultar beneficioso en esta población tan desregulada emocionalmente y con un gran número de comorbilidad asociada.

Las terapias utilizadas junto a EMDR han sido la Terapia Cognitiva Conductual Focalizada en el Trauma (TF-CBT) (Melegkovits *et al.*, 2023), la Terapia Cognitiva para el TEPT (CT-PTSD) (Baekkelund *et al.*, 2022), la Exposición Prolongada (EP) (Bongaerts *et al.*, 2022; Van Pelt *et al.*, 2021; Van Toorenburg *et al.*, 2020; Voorendonk *et al.*, 2020), el Entrenamiento de Habilidades en Afecto y Regulación Interpersonal (STAIR) (Van Vliet *et al.*, 2018, 2021), y la Reescritura de Imágenes (ImR) (Wibbelink *et al.*, 2021).

## 6.2. Resumen de los Resultados

### 6.2.1. Eficacia de EMDR en población infantil con TEPTC

Todos los artículos analizados han mostrado un alto grado de eficiencia de la terapia EMDR, tanto como tratamiento único, como en combinación con otros métodos de tratamiento.

Van Vliet *et al.* (2018) en su publicación, sostuvieron que la investigación brindaba un apoyo convincente para el uso de la terapia EMDR en el tratamiento del TEPT debido al abuso infantil. Baekkelund *et al.* (2022) de igual forma, defendieron que los tratamientos basados en la evidencia como es EMDR, eran seguros y aceptables para el TEPTC.

Karadag *et al.* (2020) determinaron en su investigación, que la terapia EMDR era un método efectivo para niños y adolescentes con TEPT, afirmando que era un tratamiento eficaz tanto en niños que habían sufrido trauma único como trauma múltiple, siempre que este se aplicara de acuerdo al nivel de desarrollo del menor. Además, aseguraron que la terapia EMDR no solo conseguía un descenso de los niveles de síntomas postraumáticos, sino también del grado de ansiedad, comúnmente elevado en este trastorno.

Del mismo modo, Voorendonk *et al.* (2020) señalaron que los resultados encontrados en su trabajo apoyaban la noción de que la mayoría de los pacientes clasificados con TEPTC se beneficiaban significativamente de un tratamiento intensivo centrado en el trauma. Melegkovits *et al.* (2023) realizaron una conclusión similar y afirmaron que la psicoterapia centrada en el trauma mejoraba efectivamente los síntomas del TEPTC, así como una mejoría significativa en la depresión y deterioro funcional.

En la misma línea, Bongaerts *et al.* (2022), indicaron que los resultados encontrados respaldaban la noción de que el tratamiento intensivo centrado en el trauma era factible, seguro y estaba asociado con una gran disminución de los síntomas de TEPT y TEPTC, incluso



cuando era breve y se aplicaba de forma totalmente remota. Baekkelund *et al.* (2022) añadieron a lo ya especificado, que su uso en los servicios clínicos de rutina se asociaba con buenos resultados del tratamiento, incluso para pacientes con TEPT complejo.

Por otra parte, la literatura existente suponía que los pacientes con TEPT, relacionado con antecedentes de abuso sexual infantil, se beneficiaban menos de los tratamientos centrados en el trauma (APA, 2013). Sin embargo, los resultados encontrados por Wagenmans *et al.* (2018), no respaldaron dicha hipótesis. Estos investigadores defendieron que los menores expuestos a una amplia variedad de traumas y con múltiples comorbilidades se beneficiaban igualmente de la psicoterapia.

### 6.2.2. Eficacia de EMDR en la reducción de sintomatología y comorbilidad

Todos los estudios coinciden en aceptar la efectividad de EMDR en la intervención con niños que sufren TEPTC. El establecimiento de esta afirmación está basado en la reducción de la sintomatología del TEPT, en la pérdida de diagnósticos del trastorno y en el descenso de la comorbilidad asociada.

Melegkovits *et al.* (2023) afirmaron que los pacientes que completaron la fase 2 (centrada en el trauma), consiguieron que los niveles de TEPTC disminuyeran en comparación con la fase 1 (estabilización o lista de espera).

Asimismo, Baekkelund *et al.* (2022) señalaron que tanto EMDR como CT-PTSD se asociaron con reducciones significativas en los síntomas de TEPT y con efectos de gran tamaño. Al mismo tiempo, precisaron que el TEPTC suele asociarse con niveles más altos de síntomas antes y después del tratamiento, pero que en la investigación realizada, no tuvo un impacto significativo en la eficacia del tratamiento. Bien es cierto, que en los pacientes con mayores dificultades de recuperación puede ser necesario un tratamiento más largo.

En la investigación realizada por Bongaerts *et al.* (2022), las puntuaciones generales de CAPS-5, PCL-5 e ITQ-DSO disminuyeron significativamente antes y después del tratamiento, dicha disminución se mantuvo hasta los seis meses de seguimiento. En función de lo planteado, después del tratamiento, el 82,2% de los pacientes ya no cumplían los criterios diagnósticos de TEPT, mientras que la proporción de pacientes con TEPTC disminuyó del 47,1 % al 10,1 %.

Del mismo modo, en el estudio de Van Pelt *et al.* (2021), la puntuación de CAPS-CA IV disminuyó significativamente desde el pretratamiento al postratamiento. Encontraron que de la totalidad de los pacientes, el 81,5% mostró una respuesta clínicamente significativa, de los cuales, el 63% ya no cumplía los criterios diagnósticos del TEPT en el postratamiento. Asimismo, los resultados se mantuvieron a los 3 meses de seguimiento.

Los hallazgos ofrecidos por Van Vliet *et al.* (2021) identificaron que después del tratamiento, el 68,8% de los pacientes ya no cumplían con los criterios diagnósticos de TEPT. Los síntomas de TEPT autoinformados disminuyeron significativamente tanto para la terapia STAIR-EMDR como para la terapia EMDR desde la evaluación previa a la posterior tras el tratamiento.

En la misma línea, Karadag *et al.* (2020) muestran un descenso en los niveles de síntomas postraumáticos y de ansiedad. Antes del tratamiento la puntuación media en la escala de síntomas de TEPT fue de 60 y esta tasa disminuyó a 24, mientras que la escala media de STAI-T fue de 59 antes y de 41 después del tratamiento. Igualmente, Voorendonk *et al.* (2020) identifican que los síntomas de TEPT y TEPTC disminuyeron significativamente antes y después del tratamiento, lo que resultó en una pérdida significativa de los diagnósticos de TEPT basado en el CAPS-5 y de TEPT y TEPTC basados en el ITQ.

Adicionalmente, la investigación llevada a cabo por Wagenmans *et al.* (2018) supuso un hallazgo significativo, ya que los autores demostraron que no existían diferencias en el resultado del tratamiento en relación a la edad entre los grupos de trauma. Estudios anteriores habían encontrado que los pacientes con antecedentes de abuso sexual infantil antes de los 12 años, obtenían peores resultados que otros grupos de pacientes (Cloitre *et al.*, 2012), sin embargo, el presente estudio no encontró apoyo a esta afirmación, ya que los síntomas de TEPT descendieron para todos los grupos de trauma, independientemente de la edad.

### 6.2.3. Eficacia del enfoque orientado en fases en combinación con EMDR

Los pacientes con TEPT asociado a abuso infantil, con frecuencia experimentan problemas adicionales como desregulación emocional y dificultades interpersonales. La literatura ha respaldado la combinación de Entrenamiento de Habilidades en Afecto y Regulación Interpersonal (STAIR) más exposición (Cloitre *et al.*, 2011), que se caracteriza por una fase de estabilización centrada en habilidades, que precede al tratamiento centrado en el trauma.

Van Toorenburg *et al.* (2020) afirmaron que la gravedad del TEPT y las dificultades de regulación de las emociones disminuyeron significativamente después del tratamiento centrado en el trauma. Dichos resultados respaldan la noción de que la gravedad de las dificultades de regulación emocional no está asociada con peores resultados del tratamiento, ni con recaídas en el seguimiento. Encontraron una adecuada regulación tras el tratamiento, incluso con traumas sexuales en la 1ª infancia (antes de los 12 años) y con subtipo disociativo. En concreto, cabe destacar, que los pacientes con subtipo disociativo experimentaron un TEPT más severo, pero sufrieron menores dificultades de regulación durante el tratamiento que los de subtipo no disociativo.

Van Vliet *et al.* (2018) manifestaron que los resultados encontrados no brindaban apoyo unívoco de que el tratamiento basado en fases superaba al tratamiento inmediato centrado en el trauma para personas con TEPT y TEPT complejo en el abuso infantil. Añadieron que el tratamiento basado en fases para el TEPTC era efectivo pero no necesario.

Del mismo modo, la investigación realizada por Van Vliet *et al.* en 2021, respaldó el uso de la terapia EMDR para el tratamiento del TEPT, relacionado con trauma infantil, sin necesidad de una fase de estabilización. Tal manifestación se basó en que el tratamiento basado en fases para el TEPTC, podría resultar efectivo pero no se considera necesario, debido a una duración más larga y a una mayor necesidad de recursos.

Otros autores como Wagenmans *et al.* (2018) señalaron que los resultados encontrados sugerían que un tratamiento centrado en el trauma breve e intensivo se podía aplicar sin fase preparatoria para no atrasar recuperación. De igual forma, Baekkelund *et al.* (2021) defendieron que el tratamiento grupal estabilizador no mejoraba los resultados más allá del tratamiento individual por sí solo en los pacientes con TEPT y experiencias de abuso infantil.

#### 6.2.4. Aspectos destacados en el tratamiento del trauma con EMDR

La evidencia inicial sugiere que la frecuencia de las sesiones afecta la respuesta al tratamiento. Según Wibbelink *et al.* (2021), una mayor comprensión de la frecuencia óptima de la sesión podría conducir a mejores resultados del tratamiento y menos abandonos y, a su vez, a una reducción de los costos de atención médica. Dichos autores encontraron que una mayor frecuencia de las sesiones en los tratamientos centrados en el trauma para el TEPT, asociado con trauma infantil, obtenían mejores resultados. Adicionalmente, una

mayor frecuencia conducía a un mejor recuerdo del contenido de las sesiones anteriores, tenía un efecto positivo en la alianza terapéutica, lo que regula el resultado del tratamiento, ayudaba a los pacientes a reducir su evitación a confrontar recuerdos traumáticos y ayudaba a mantener la motivación.

Para permitir una recuperación más rápida de los síntomas y consecuencias negativas del TEPT/C, se han desarrollado varios métodos de tratamiento intensivos y breves que han demostrado ser efectivos, aplicables y útiles.

Van Pelt *et al.* (2021) diseñaron un programa de tratamiento intensivo centrado en el trauma que combinaba exposición prolongada, terapia EMDR y actividad física, descubriendo que podía resultar un tratamiento eficaz y seguro para los adolescentes que padecían TEPT severo y múltiples trastornos psiquiátricos comórbidos.

Del mismo modo, Voorendonk *et al.* (2020), manifestaron que los pacientes con TEPT y con TEPTC, se beneficiaron de un tratamiento intensivo centrado en el trauma. De manera que el 85% de los pacientes con TEPTC perdió su diagnóstico en 8 días de tratamiento intensivo. Dichos autores demostraron, que el programa era seguro, sin eventos adversos tales como suicidio e ingresos hospitalarios y sin necesidad de estabilización.

Al mismo tiempo, Bongaerts *et al.* (2022), descubrieron que un programa de tratamiento intensivo centrado en el trauma breve, totalmente administrado de forma remota para personas con TEPT y TEPTC era seguro y estaba asociado con una disminución significativa de los síntomas correspondientes y el estado de diagnóstico.

Asimismo, Wagenmans *et al.* (2018) señalaron que Los programas de tratamiento intensivo pueden ser efectivos para pacientes que sufren de TEPT severo en respuesta a un historial de abuso sexual, independientemente de la edad en que ocurrieron los eventos traumáticos.

Es importante señalar, que la adhesión de los participantes a las intervenciones centradas en el trauma fue favorable, este indicador está relacionado con los eventos adversos (intento de suicidio, suicidio, ingresos hospitalarios, etc.) y tasas de abandono de los participantes. A excepción de Baekkelund *et al.* (2021, 2022), el resto de estudios no contemplaron eventos adversos ni abandonos de forma significativa.

## 7. Discusión

El objetivo principal de esta revisión ha sido determinar la evidencia existente en cuanto a la eficacia de la terapia EMDR en el abordaje del trauma complejo en niños y adolescentes dentro de un marco contextual de abuso o de maltrato.

A tal efecto, esta investigación ha pretendido favorecer el desarrollo de una base de conocimiento sobre la aplicación de EMDR en una nueva categoría diagnóstica como es el TEPTC, sin suficiente base de evidencia científica respecto a su tratamiento, la cual comparte sintomatología con el TEPT pero que a su vez cuenta con síntomas diagnósticos propios.

Por otra parte, se ha pretendido optimizar los resultados en un tipo de población concreta como es la infantil, en la que los menores son sometidos a abuso infantil a una edad temprana, con riesgo de una presentación de TEPT más grave.

Los resultados obtenidos, se discuten en base a los antecedentes teóricos y a los artículos revisados que tratan acerca del trauma infantil relacionado con el abuso interpersonal de forma reiterada y cronificada dando como resultado una forma de TEPT compleja.

En relación a la primera hipótesis planteada que afirmaba que la intervención con EMDR en sujetos con TEPTC víctimas de maltrato infantil, se asociaría con una disminución de la sintomatología, así como con un descenso del número de casos que cumplirían los criterios diagnósticos. Se ha identificado que todos los artículos seleccionados en esta revisión, han demostrado que EMDR es un método eficaz tanto para niños como adolescentes con TEPT e incluso con formas de trauma más grave como es el TEPTC. Los resultados sugieren que su aplicación ha mostrado una disminución significativa de la sintomatología relacionada con el TEPT/C, en términos de niveles de síntomas postraumáticos y de comorbilidad asociada, y una pérdida de diagnóstico en una gran parte de los participantes. Estos resultados estarían en consonancia con estudios anteriores (Comité de Pautas de ISTSS, 2018; OMS, 2013; Rodenburg *et al.*, 2009; Shapiro, 2018; Struik *et al.*, 2017).

La investigación realizada señala que EMDR es un método fiable, seguro y eficaz siempre que se aplique de acuerdo al nivel de desarrollo del menor, tanto en niños que han sufrido tanto trauma único como múltiple (Karadag *et al.*, 2020). Asimismo, queda demostrada su eficacia en diversos tipos de trauma (abuso sexual, abuso físico, emocional y negligencia ) y resulta eficaz con independencia de la edad en la que suceda el trauma (Wagenmans *et al.*, 2018).

Este hallazgo contrasta con la investigación de Cloitre *et al.* (2012), quienes sostienen que los pacientes con traumatización temprana (antes de los 12 años) obtienen peores resultados en los tratamientos centrados en el trauma que otros pacientes con edades superiores.

Del mismo modo, los datos obtenidos no han podido respaldar la hipótesis de que un historial de abuso infantil tendría un efecto perjudicial en el resultado del tratamiento para quienes sufren de TEPTC, ya que los resultados indican que los pacientes con una amplia variedad de traumas y que padecen múltiples comorbilidades, se benefician igualmente de la psicoterapia centrada en el trauma independientemente de la edad en que ocurran los eventos traumáticos. Cabe destacar, que los pacientes con TEPTC que presentan síntomas más elevados al comienzo y al final del tratamiento, pueden necesitar un tratamiento más prolongado para lograr una reducción general de los síntomas.

Los resultados respaldan la noción de que la gravedad de la dificultad de regulación emocional no está asociada con peores resultados del tratamiento, ni con la recaída después de completar el tratamiento. Las dificultades de regulación emocional mejoraron después del tratamiento centrado en el trauma, incluso para las personas que habían estado expuestas a traumas sexuales en la primera infancia y las personas con subtipo disociativo.

En la línea de estudios como los de Briggs-Gowan *et al.* (2011) y Sedlak *et al.* (2010) se ha identificado que los niños con menor educación y antecedentes de abuso infantil, tienen menos probabilidades de completar el tratamiento. La educación más baja se ha asociado al abandono de la psicoterapia. Para garantizar la participación de los pacientes con un nivel educativo más bajo en el tratamiento, se deberá emplear un enfoque más personalizado.

En contraste con la segunda hipótesis que planteaba que el tratamiento basado en fases conduciría a mejores resultados que el tratamiento directamente focalizado en el trauma. No se han encontrado diferencias entre los dos grupos, salvo una recuperación más rápida en el grupo de terapia EMDR sobre los síntomas de TEPT autoinformados, los problemas interpersonales y las cogniciones postraumáticas. Se trata de una ventaja provisional, ya que los resultados se equiparan en intervalos de tiempo posteriores. Este aspecto demuestra la importancia de una evaluación de seguimiento después del tratamiento.

Resulta importante destacar, que la evidencia encontrada ha demostrado que una fase de estabilización no es una condición necesaria para aplicar un tratamiento centrado en el

trauma ni obtiene una mejora adicional en los resultados del tratamiento. Este tipo de enfoque puede incluso retrasar el proceso de recuperación, ya que prolonga el tratamiento y requiere de una mayor cantidad de recursos. Una fase de estabilización retrasa o restringe el acceso a los tratamientos centrados en el trauma, impidiendo así el beneficio de estos tratamientos. Los resultados respaldan los hallazgos de otros estudios que muestran que tanto las terapias centradas en el trauma inmediato como las basadas en fases son tratamientos seguros y eficaces (Oprel *et al.*, 2020) pero van en contraste con el estudio de Cloitre *et al.* en 2012.

En relación a la tercera y última hipótesis que planteaba que una mayor frecuencia en las sesiones EMDR, la aplicación de terapias combinadas y los tratamientos breves e intensivos serían eficaces en niños con TEPTC y afectarían positivamente a los resultados. Se puede afirmar que la frecuencia de las sesiones afecta a la respuesta al tratamiento. Una mayor frecuencia de las sesiones en los tratamientos para el TEPT/C asociado con trauma infantil, obtiene mejores resultados. De forma que una mayor frecuencia conduce a un mejor recuerdo del contenido de las sesiones anteriores, tiene un efecto positivo en la alianza terapéutica lo que regula el resultado del tratamiento, ayuda a los pacientes a reducir su evitación a confrontar recuerdos traumáticos y ayuda a mantener la motivación.

Por otro lado, un programa de tratamiento intensivo centrado en el trauma es factible, seguro y está asociado con una disminución significativa de los síntomas de TEPT y TEPTC, incluso cuando es breve y se aplica de forma remota. Se trata de programas sin eventos adversos, tales como suicidio, exacerbación de síntomas e ingresos hospitalarios. Además sin necesidad de una fase previa de estabilización. Parece ser que estos programas reducen los síntomas de TEPTC en un tiempo sustancialmente más corto y se han encontrado resultados comparables a los obtenidos con las terapias regulares centradas en el trauma.

Respecto a la modalidad remota, aunque el tratamiento en línea no es posible para todos los pacientes, los resultados sugieren que es un tratamiento factible y una alternativa potencialmente segura para el TEPTC. Los pacientes indican que les gusta poder quedarse en casa y poder enfrentar los recuerdos traumáticos desde un entorno seguro y cotidiano, no tener que desplazarse grandes distancias y enfrentarse a un grupo de desconocidos, pudiendo de esta forma centrarse en su propio proceso.

Se han podido observar leves recaídas a largo plazo en algún subgrupo de pacientes con antecedentes traumáticos complejos. Este hecho es debido a que existen sujetos con una gran cantidad de recuerdos traumáticos que difícilmente puedan resolverse en un breve periodo de 8 días. Incluso este grupo puede haber soportado circunstancias potencialmente traumáticas nuevamente y ser vulnerable a la revictimización. No obstante, el tamaño del efecto del tratamiento intensivo es grande entre el pretratamiento y en el periodo de seguimiento de seis meses y junto a la disminución de los síntomas de TEPT, se reducen las dificultades de regulación emocional antes y después del tratamiento.

Por último, destacar que EMDR aplicado individualmente, como aplicado de una manera conjunta con otros tratamientos o terapias, determina una mejoría más rápida en los síntomas de los pacientes. Los tratamientos breves e intensivos de tratamiento del trauma, han combinado varios tratamientos basados en la evidencia. Se ha encontrado que EMDR funciona muy bien en combinación con la terapia de exposición prolongada (EP), junto a actividad física y psicoeducación. Dichos programas se consideran seguros, efectivos y muestran un alto nivel de retención de pacientes, especialmente si son niños o adolescentes con TEPT grave.

### 7.1. Fortalezas, Limitaciones e Investigación Futura

Los resultados de este estudio podrían ayudar a mejorar el tratamiento de los pacientes que sufren de TEPTC debido a maltrato infantil, ofreciendo información importante y actualizada sobre cómo mejorar las recomendaciones de las guías hechas a medida para esta población. Se trata de una investigación novedosa, ya que el trastorno se trata de una categoría actual, incorporada recientemente al CIE-11, sin una base de evidencia científica respecto a su tratamiento y existiendo escasa investigación de su aplicación en niños y adolescentes.

La falta equitativa de géneros puede considerarse una limitación, uno de los factores que ha determinado la mayor inclusión de mujeres en la muestra, se relaciona con el tipo de maltrato predominante en la investigación, el abuso sexual infantil, que generalmente se produce con mayor incidencia en la población femenina, con una mayor prevalencia de síntomas concurrentes y una capacidad disminuida de respuesta al tratamiento.

Otra posible limitación ha sido, el amplio rango de la edad de los participantes. Se han incluido sujetos con edades comprendidas entre los 6 y los 71 años. La decisión de incluir



población adulta, fue motivada por la escasez de literatura existente, relacionada con la población objeto de estudio y el tema que nos ocupa. Sin embargo, la introducción de población adulta, ha permitido observar cómo los efectos adversos del trauma infantil pueden persistir a lo largo del desarrollo y continuar en la adultez. Se ha demostrado que los adultos que experimentan eventos traumáticos en la infancia, corren un mayor riesgo de sufrir problemas físicos y psicológicos en etapas posteriores.

Otra probable limitación ha sido, la ausencia de disponibilidad de entrevistas diagnósticas e instrumentos validados para evaluar el TEPTC como es contemplado por la CIE-11. Debido a esta dificultad, la precisión de la evaluación de los síntomas del TEPTC, puede no haber sido la adecuada. Este aspecto ha intentado compensarse, seleccionando sujetos que cumplan criterios de TEPT grave y padezcan uno o más trastornos psiquiátricos comórbidos, medida que pretende garantizar los criterios diagnósticos del TEPTC.

A pesar de existir una creciente evidencia que respalda la eficacia clínica de EMDR tanto en adultos como en población infantil, para reducir los síntomas del TEPTC, así como de la patología asociada, el pequeño número de ensayos y la heterogeneidad de las condiciones de control, las medidas de resultado y las poblaciones de estudio, hacen que no sea posible establecer conclusiones firmes. Para futuros estudios se necesitan ensayos controlados aleatorios para evaluar la eficacia de EMDR en comparación con otras intervenciones psicológicas y determinar que componentes de la terapia impulsan las mejoras.

Por otro lado, a pesar del apoyo convincente del uso de la terapia EMDR en el TEPTC sin necesidad de una intervención preparatoria, sería importante en estudios futuros investigar si los síntomas específicos del TEPTC u otras características relevantes del paciente, podrían moderar el resultado del tratamiento en el sentido de que algunos pacientes podrían beneficiarse más de un tratamiento inmediatamente centrado en el trauma, mientras que otros podrían beneficiarse más con un enfoque basado en fases. Asimismo, sería relevante realizar mediciones de seguimiento a largo plazo y observar si se mantienen los resultados, ya que las posibles diferencias entre el tratamiento centrado en el trauma y los tratamientos basados en fases, solo pueden hacerse visibles durante el seguimiento.

Además, la investigación adicional debería determinar en relación a los tratamientos breves e intensivos, la eficacia comparativa y secuencia óptima de los diferentes tratamientos, para obtener mejores resultados en términos de efectividad y reducción de síntomas de TEPTC.

## 8. Conclusiones

- El TEPTC es un trastorno grave que puede afectar profundamente la vida actual y futura de muchos niños y adolescentes. Aunque existen distintas terapias centradas en el trauma para el tratamiento del TEPT, la terapia EMDR ha demostrado ser efectiva en este tipo de población, tanto individualmente como de forma combinada.
- Se mantiene un debate acerca del tratamiento del TEPTC, basado en la presunción de que las personas con trauma complejo, no tienen la suficiente capacidad de tolerar elevados niveles de angustia, que suele implicar el procesamiento de los eventos traumáticos. Las características adicionales del TEPTC son: desregulación afectiva, dificultades conductuales que incluyen comportamientos autodestructivos, deterioro del funcionamiento interpersonal, creencias negativas sobre uno mismo, alteraciones en la atención y conciencia y sufrimiento somático.
- Los menores con TEPTC tienen un alto riesgo de dificultades comórbidas, entre las que se identifican, altas tasas de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, psicosis, disociación, trastornos de personalidad y un alto riesgo de tendencias suicidas.
- Se ha demostrado que EMDR es un tratamiento eficaz para niños y adolescentes con TEPTC y comorbilidad asociada. Además, la evidencia indica que EMDR es eficaz para reducir la depresión, la ansiedad y una amplia gama de sintomatología relacionada.
- Los resultados apoyan que las dificultades de regulación emocional son simplemente fenómenos relacionados con el trauma, que se reducen después de la resolución de los síntomas de TEPT, sin necesidad de una fase de estabilización previa al tratamiento.
- La evidencia demuestra que la programación de las sesiones de tratamiento con mayor frecuencia maximiza los resultados del tratamiento del TEPTC.
- Las formas intensivas de tratamiento centrado en el trauma se han encontrado factibles, seguras y efectivas, no solo en pacientes que han estado expuestos a eventos traumáticos únicos y discretos en la infancia, sino también en individuos con TEPTC como resultado de abuso sexual infantil, y en aquellos que padecen comorbilidades graves. Igualmente, estos programas de tratamiento, carecen de una fase de estabilización dirigida a mejorar la regulación emocional y habilidades interpersonales.
- Formas combinadas de terapias centradas en el trauma y basadas en la evidencia, han ofrecido buenos resultados en la aplicación de terapias breves e intensivas.

## Referencias bibliográficas

- Agaibi, C. E. y Wilson, J. P. (2005). Trauma, TEPT y resiliencia: una revisión de la literatura. *Trauma, Violencia y Abuso*, 6 (3), 195-216. <https://doi.org/10.1177/1524838005277438>
- Ahmad, A., Larsson, B., y Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349-354. <https://doi.org/10.1080/08039480701643464>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., y Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology press.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Revised Text (DSM-IV-TR). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arruabarrena, M. I. y De Paul, J. (1996). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide.
- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A., y Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Bækkelund, H., Endsjø, M., Peters, N., Babaii, A., y Egeland, K. (2022). Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2) 2116827. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2116827>
- Black, D. A, Heyman, R. E, y Slep, A. M .S. (2001). Factores de riesgo del maltrato físico infantil. *Agresión y comportamiento violento*, 6 (2-3), 121-188. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00021-5](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00021-5)
- Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., Rozendaal, L., Telkamp, B., y de Jongh, A. (2022). Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD.

*European Journal of Psychotraumatology*, 13(2) 2103287.

<https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2103287>

Bremner, J. D., Staib, L. H., Kaloupek, D., Southwick, S. M., Soufer, R., y Charney, D. S. (1999). Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in Vietnam combat veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Biological Psychiatry*, 45(7), 806-816.  
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00297-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00297-2)

Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Metanálisis de factores de riesgo para el trastorno de estrés postraumático en adultos expuestos a traumas. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 68 (5), 748–766. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>

Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S. y Ford, J. D. (2012). Análisis de los efectos de la exposición a la violencia en la primera infancia: modelado de vías de desarrollo. *Revista de Psicología Pediátrica*, 37 (1), 11-22. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr063>

Cabrera, C., Cruz, G., y Reyes, L. (2017). Maltrato infantil y la atención en el nivel primario de salud. *Humanidades Médicas*, 17(2), 415-435.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v17n2/hmc12217.pdf>

Carrión, V. G., Weems, C. F., Ray, R. y Reiss, A. L. (2002). Hacia una definición empírica del TEPT pediátrico: La fenomenología de los síntomas del TEPT en la juventud. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 41 (2), 166-173.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00010>

Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Definición de terapias apoyadas empíricamente. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 66 (1), 7.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>

Charney, D. S., Deutch, A. Y., Krystal, J. H., Southwick, S. M., y Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 294-305. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820160064008>

Chemtob, C. M., Tolin, D. F., Van der Kolk, B. A., y Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. En Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (Eds.), *Tratamientos efectivos para el PTSD: Pautas de práctica de la Sociedad Internacional para Estudios de Estrés Traumático* (págs. 139–154). *La prensa de Guilford*.

- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L. y Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167(8), 915-924.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., y Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 615-627. <https://doi.org/10.1002/jts.20697>
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Ford, J. D., Green, B. L., Alexander, P., Briere, J., y Van der Hart, O. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. [file:///C:/Users/yvill/Downloads/ComplexPTSD%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/yvill/Downloads/ComplexPTSD%20(4).pdf)
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216, 129-131.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- Coelho, L. A., y Costa, J. M. (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Anales de Psicología*, 26 (1), 1-10. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/91891>
- Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., y Van der Kolk, B. (2003). Complex trauma in children and adolescents: White paper from the national child traumatic stress network complex trauma task force. *L. A: National Center for Child Traumatic Stress*, 35(5), 390-398.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M. y Van der Kolk, B. (2005). Trauma complejo. *Anales psiquiátricos*, 35 (5), 390-398.  
<https://mieuxcomprendre.ca/wp-content/uploads/2022/01/NCTSN-Seven-Domains-of-Impairment1.pdf>
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412.  
<https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.412>
- Courtois, C. A., y Ford, D. A. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequential, relationship-based approach*. Prensa Guilford.
- Cuijpers, P., Veen, S. C. V., Sijbrandij, M., Yoder, W. y Cristea, I. A. (2020). Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares para problemas de salud mental: una revisión

sistemática y un metanálisis. *Terapia Conductual Cognitiva*, 49 (3), 165-180.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801>

Cummings, M., Berkowitz, S. J., y Scribano, P. V. (2012). Treatment of childhood sexual abuse: An updated review. *Current Psychiatry Report*, 14, 599–607.

<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0316-5>

Davidson, P. R., y Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305-316.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.305>

De Bellis, M. D. y Van Dillen, T. (2005). Trastorno de estrés postraumático infantil: una visión general. *Clínicas Psiquiátricas del Niño y del Adolescente*, 14 (4), 745-772.

<https://doi.org/10.1016/j.chc.2005.05.006>

Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., y Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149 – 161.

<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>

Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Williams, J. E., Dube, S. R., Chapman, D. P., y Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: An adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110(13), 1761-1766.

<https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000143074.54995.7F>

Drake, B. y Jonson-Reid, M. (2013). Pobreza y maltrato infantil. En Manual de Maltrato Infantil. *Dordrecht*, 131, 131-148. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-7208-3\\_7](https://doi.org/10.1007/978-94-007-7208-3_7)

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2000). *Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático*. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González (Eds.). *Trastorno de estrés postraumático*. Masson.

Edmond, T., y Rubin, A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: Results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(1), 69-86. [https://doi.org/10.1300/J070v13n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J070v13n01_04)

Edwards, V., Holden, G., Felitti, V., y Anda, R. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results

- from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17–31. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-1916-6>
- Ensink, K., Borelli, J. L., Normandin, L., Target, M., y Fonagy, P. (2020). Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(1), 115. <https://doi.org/10.1037/ort0000407>
- Finkelhor, D., y Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. *Child Abuse & Neglect*, 8(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(84\)90046-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(84)90046-2)
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. L. y Ormrod, R. (2011). Polivictimización: Exposición de los Niños a Múltiples Tipos de Violencia, Crimen y Abuso. *Encuesta Nacional de Exposición Infantil a la Violencia*.
- Ford, J. D., y Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 1-17. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Frans, O. (2003). Posttraumatic Estrés Disorder in the General Population. *Comprehensive Summaires of Uppsala Dissertations from the Faculty of the Social Sciences*, 129, 1-68.
- Friedman, M. J., y Yehuda, R. (1995). Post-traumatic stress disorder and comorbidity: psychobiological approaches to differential diagnosis. In: Friedman M. J., Charney, D. S., Deutch A. Y., eds. *Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to post-traumatic stress disorder* (pags. 429–445). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Glaser, D. (1991). Problemas de tratamiento en el abuso sexual infantil. *The British Journal of Psychiatry*, 159 (6), 769-782. <https://doi.org/10.1192/bjp.159.6.769>
- Gold, S. N. (2008). Benefits of a contextual approach to understanding and treating complex trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 9(2), 269-292. <https://doi.org/10.1080/15299730802048819>

- Greenwald, R., Smyth, N. J. y de Jongh, A. (2000). EMDR for the treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 784.
- Grinage, B. D. (2003). Diagnosis and management of post-traumatic stress disorder. *American Family Physician*, 68(12), 2401-2408.  
<http://www.espaciotv.es:2048/referer/secretcode/scholarly-journals/diagnosis-management-post-traumatic-stress/docview/234162578/se-2>
- Hageman, I., Andersen, H. S., y Jorgensen, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(6), 411-422. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00237.x>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Liebermann, P., y Hofmann, A. (2017). The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories. *Frontiers in Psychology*, 8, 1578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01578>
- Herman, J. (1992). Complex PTSD; A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Trauma Stress*, 5, 377-391. <https://doi.org/10.1007/BF00977235>
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa Calpe.
- Karadag, M., Gokcen, C., y Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 24(1), 77-82. <https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1682171>
- Kessler, R. C., Chiu W. T., Demler O., Merikangas K. R. y Walters E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- Kuper, E. (2004). *Neurobiología y Comorbilidad del Trastorno de Estrés Traumático: Un Paradigma Dimensional. Desde la Neuroplasticidad a la Resiliencia*. (pp. 09-57). Editorial Polemos.
- Lanktree, C. B., Briere, J., Godbout, N., Hodges, M., Chen, K., Trimm, L. y Freed, W. (2012). Tratamiento de niños socialmente marginados y multitraumatizados: resultados de un



estudio de resultados de tratamiento naturalista. *Revista de Agresión, Maltrato y Trauma*, 21 (8), 813-828. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.722588>

Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D. y Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 24-36.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00012>

Lyons-Ruth, K., Todd Manly, J., Von Klitzing, K., Tamminen, T., Emde, R., Fitzgerald, H. y Watanabe, H. (2017). The worldwide burden of infant mental and emotional disorder: report of the task force of the world association for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 38(6), 695-705. <https://doi.org/10.1002/imhj.21674>

MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E. y Beardsley, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1878-1883.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>

Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F. y Silveira, R. O. (2003). Relación entre estresores, estrés y ansiedad. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25, 65-74.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400008>

Melegkovits, E., Blumberg, J., Dixon, E., Ehntholt, K., Gillard, J., Kayal, H., Kember, T., Ottisova, L., Walsh, E., Wood, M., Gafoor, R., Brewin, C., Billings, J., Robertson, M., y Bloomfield, M. (2023). The effectiveness of trauma-focused psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder: A retrospective study. *European Psychiatry*, 66(1) e4.  
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2346>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. y PRISMA Group\*. (2009). Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metanálisis: la declaración PRISMA. *Anales de Medicina Interna*, 151 (4), 264-269.  
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>

Murray, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience: A framework for understanding and supporting the adult transitions of youth with high-incidence disabilities. *Remedial and Special Education*, 24(1), 16-26.  
<https://doi.org/10.1177/074193250302400102>

- Najjar, F., Weller, R. A., Weisbrot, J., y Weller, E. B. (2008). Post-traumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 10(2), 104-108.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-008-0019-0>
- Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W. y Amann, B. L. (2018). 25 años de Eye Movement Desensitization and Reprocessing: protocolo de aplicación, hipótesis de funcionamiento y revisión sistemática de su eficacia en el trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- Oprel, D. A., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., Kleine, R. A. D., Cloitre, M., Wigard, I. G., y Van der Does, W. (2021). Efecto de la exposición prolongada, la exposición prolongada intensificada y la exposición prolongada STAIR+ en pacientes con PTSD relacionado con el abuso infantil: un ensayo controlado aleatorio. *Revista europea de psicotraumatología*, 12(1), 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1999). Informe de la consulta sobre prevención del abuso infantil, 29-31 de marzo de 1999, OMS, Ginebra (No. WHO/HSC/PVI/99.1).  
Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1999). Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. Ginebra: OMS.  
[file:///C:/Users/yvill/Downloads/WHO\\_HSC\\_PVI\\_99.1%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/yvill/Downloads/WHO_HSC_PVI_99.1%20(3).pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Disponible en: <http://bit.ly/WrmOvv>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003). Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2009). Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2019) CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades 11ª revisión. <https://icd.who.int/en/>

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Clasificación Internacional Estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud (11 ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A, Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S. y Resick, P. A. (1997). Desarrollo de un conjunto de criterios y una entrevista estructurada para trastornos de estrés extremo (SIDES). *Revista de Estrés Traumático*, 10(1), 3–16.  
<https://doi.org/10.1002/jts.2490100103>
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.  
<https://doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>
- Resick, P. A., y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 748.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., y Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599–606.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>
- Romero, V. M. y Amar, J. (2009). Modelo de atención integral a mujeres, niñas y niños víctimas de violencia intrafamiliar llevado a cabo en centros de atención de la ciudad de Barranquilla - Colombia. *Investigación y Desarrollo*, 17(1), 26-61.  
<https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/investigacion/article/view/797/450>
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., y Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539-555.  
<https://doi.org/10.1023/A:1024837617768>
- Sánchez, G. (2011). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluación e intervención. En González-Martínez, M. (Ed.), *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluativos e intervención*. Pirámide.
- Sanmartín, J. (2011). Maltrato infantil en la familia en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad política social e igualdad;[Consultado 3 Mar 2023]. Disponible en: <http://bit.ly/2H36rhf>

- Save the Children (2017) *Ojos que no quieren ver los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*. Edita Save the Children.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., y Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 11(1), 25-44. <https://doi.org/10.1023/A:1024400931106>
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., y Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561-570.  
<https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14>
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., y Bernardy, N. C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58(8), 877-889. <https://doi.org/10.1002/jclp.10064>
- Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., Greene, A. y Li, S. (2010). *Cuarto estudio nacional de incidencia de abuso y negligencia infantil (NIS-4)*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. , 9, 2010.  
<https://cap.law.harvard.edu/wp-content/uploads/2015/07/sedlaknis.pdf>
- Seidler, G. H., y Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007963>
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199–223.  
<https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (2001). *Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR): Principios básicos, protocolos y procedimientos*. Prensa Guilford.
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71.  
<https://doi.org/10.7812/TPP/13-098>

- Solomon, R. M., y Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315-325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Southwick, S. M., Bremner, D., Krystal, J. H., y Charney, D. S. (1994). Psychobiologic research in post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 251-264. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30112-6](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30112-6)
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116(2), 340. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.2.340>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M. y Dees, J. (2009). Factores de riesgo en el maltrato infantil: una revisión metaanalítica de la literatura. *Agresión y Comportamiento Violento*, 14 (1), 13-29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., y van IJzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Struik, A., Ensink, J., y Lindauer, R. J. (2017). I Won't Do EMDR! The Use of the " Sleeping Dogs" Method to Overcome Children's Resistance to EMDR Therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(4), 166-180. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.4.166>
- Teicher, M. H., y Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Tieles, N. A. (1998). *Maltrato infantil: un reto para el próximo milenio*. Editorial Científico-Técnica.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., Ormrod, R., Hamby, S., Leeb, R. T., Mercy, J. A. y Holt, M. (2012). Contexto familiar, victimización y síntomas de trauma infantil: variaciones en las relaciones seguras, estables y enriquecedoras durante la niñez temprana y media. *Revista Estadounidense de Ortopsiquiatria*, 82 (2), 209-219. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01147.x>

- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., y Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46. <https://doi.org/10.4088/jcp.v68n0105>
- Van Etten, M. L., y Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 5(3), 126-144.  
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199809\)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199809)5:3<126::AID-CPP153>3.0.CO;2-H)
- Van Pelt, Y., Fokkema, P., de Roos, C., y de Jongh, A. (2021). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1917876>
- Van Toorenburg, M. M., Sanches, S. A., Linders, B., Rozendaal, L., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., y De Jongh, A. (2020). Do emotion regulation difficulties affect outcome of intensive trauma-focused treatment of patients with severe PTSD? *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1724417. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1724417>
- Van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., Van Dijk, M. K., y de Jongh, A. (2018). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment in patients with childhood trauma-related posttraumatic stress disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2508-8>
- Van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., Van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M. L. y de Jongh, A. (2021). Tratamiento basado en fases versus tratamiento centrado en el trauma inmediato para el trastorno de estrés postraumático debido al abuso infantil: ensayo clínico aleatorizado. *BJPsych Open*, 7, Artículo e211.  
<https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Voorendonk, E. M., De Jongh, A., Rozendaal, L., y Van Minnen, A. (2020). Trauma-focused treatment outcome for complex PTSD patients: results of an intensive treatment

programme. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1)

<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1783955>

Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M., y De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1430962.

<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1430962>

Wibbelink, C. J. M., Lee, C. W., Bachrach, N., Dominguez, S. K., Ehring, T., Van Es, S. M., Fassbinder, E., Köhne, S., Mascini, M., Meewisse, M.-L., Menninga, S., Morina, N., Rameckers, S. A., Thomaes, K., Walton, C. J., Wigard, I. G., y Arntz, A. (2021). The effect of twice-weekly versus once-weekly sessions of either imagery rescripting or eye movement desensitization and reprocessing for adults with PTSD from childhood trauma (IREM-Freq): a study protocol for an international randomized clinical trial. *Trials*, 22(1), 1–22.

<https://doi.org/10.1186/s13063-021-05712-9>

Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., y Kiernan, M. D. (2018). The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder—a systematic narrative review. *Frontiers in Psychology*, 9, 923.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00923>

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B. y Ressler, K. J. (2010). Efectos moderadores de la resiliencia sobre la depresión en personas con antecedentes de abuso infantil o exposición a traumas. *Revista de Trastornos Afectivos*, 126 (3), 411-414.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04>

## Anexo A. Información Contextual de los Artículos Seleccionados para la Revisión

Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
Melegkovits <i>et al.</i> , 2023 Reino Unido	European Psychiatry SJR:1,68 Q1	Estudio de cohorte retrospectivo	59 pacientes (38 mujeres) entre 25 y 63 años. Alta en centro de trauma entre 2016-19. Diagnóstico de TEPTC según CIE- 11. 54,24% comorbilidad psiquiátrica y 84% al menos 3 eventos traumáticos con una $\bar{X}$ de 5	Evaluación retrospectiva de psicoterapia centrada en el trauma para reducir gravedad de síntomas del TEPTC frente a estabilización y espera de tto.	Tratamiento basado en fases Fase 1: Estabilización + lista de espera Fase 2: Terapia centrada en el trauma (TF-CBT, EMDR o TF-CBT + EMDR) Fase 3: Reintegración	Medidas de resultado inicio y fin de tto. <b>Medidas:</b> Lista de verificación postraumática (PCL-5) Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) Escala de ajuste social y laboral (WSAS) Características demográficas, Life Events Checklist (LEC5)	↓ TEPTC en pacientes que completaron fase 2 en comparación con fase 1. Son incluidos como resultados secundarios la depresión y el deterioro funcional. Puntuación > en depresión: TEPT ↑ y > deterioro funcional. Mejoría significativa tras tto. en TEPT y TEPTC. No se encontraron diferencias significativas en ttos. ofrecidos en la fase 2.
Baekkelund <i>et al.</i> , 2022 Suecia	European Journal of Psychotraumatology SJR: 1,48 Q1	Ensayo clínico no controlado	196 pacientes con TEPT (125 mujeres) procedentes de servicios clínicos de rutina. Con una $\bar{X}$ de 5,6 experiencias traumáticas y diferentes tipos	Evaluar la efectividad de ttos. basados en la evidencia para el TEPT en servicios de salud mental noruegos e investigar el impacto del TEPTC en	Se utilizaron 2 ttos. basados en la evidencia para el TEPT: Terapia Cognitiva (CT-PTSD) y EMDR	Se tomaron medidas pre y post tto. <b>Medidas:</b> Registro de información demográfica, Cuestionario de eventos vitales estresantes (SLESQ), Cuestionario	Tanto EMDR como CT-PTSD ↓ síntomas TEPT, con efectos de ↑ tamaño. En el TEPTC niveles de síntomas ↑ antes y después del tto. asociado a buenos resultados. TEPTC necesidad de tto. + largo. Los ttos. basados en la



Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
			de abuso 127 pacientes con TEPTC.	resultados del tto.		Internacional de Trauma (ITQ), PCL-5, Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y Trastorno de ansiedad general (GAD-7)	evidencia son seguros y aceptables para TEPTC. Pacientes con < educación y antecedentes de abuso físico infantil < probabilidad de completar tto.
Bongaerts <i>et al.</i> , 2022 Suecia	European Journal of Psychotraumatology SJR: 1,48 Q1	Ensayo clínico no controlado	73 pacientes (37 mujeres) diagnóstico TEPT (33 con TEPTC), entre 19 y 63 años, expuestos a politrauma; 86,3% con comorbilidad y 73 pacientes expuestos a múltiples traumas	Mostrar la eficacia de un tratamiento centrado en el trauma breve, intensivo y aplicado online para personas con TEPT y TEPTC	Tratamiento de 4 días, combina Exposición Prolongada (EP), EMDR, actividad física y psicoeducación, sin fase de estabilización	Medidas al inicio, fin y seguimiento (6 meses). <b>Medidas:</b> LEC-5, Escala de TEPT (CAPS- 5) Evaluación de trastornos psiquiátricos y riesgo de suicidio (MINI PLUS), PCL-5 e ITQ	Puntuaciones de CAPS-5, PCL-5 e ITQ ↓ significativo antes y después del tto. Se mantiene a los 6 meses de seguimiento, con pequeña recaída entre postto. y 6 meses. Tras tto. → el 82.2% no cumplen criterios de TEPT. TEPTC ↓ del 47,1% al 10,1%. No abandonos ni eventos adversos. Se respalda tto. intensivo breve y remoto centrado en el trauma a ↓ síntomas de TEPT y TEPTC.
Baekkelund <i>et al.</i> , 2021	European Journal of Psychotraumatology	Ensayo controlado aleatorizado	89 pacientes con TEPT (75 mujeres) entre	Probar la eficacia del tto. grupal como	Pacientes asignados al azar para recibir tto.	Medidas pre, post y tras 6 meses post tto. <b>Medidas:</b>	↑ tamaños de efecto en ambas condiciones en GAF.

Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
Suecia	matology SJR: 1,48 Q1		18 y 65 años y antecedentes de abuso infantil, trauma severo y distintos tipos de abuso	estabilizador del tto. utilizado, centrado en la regulación emocional y problemas interpersonales, junto a terapia individual convencional, en comparación con tto. individual solo.	grupal estabilizador de 20 semanas en el momento o tras un periodo de espera, junto a terapia individual	Escala de Síntomas Postraumáticos (PSS-I) Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (SCID-II) Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF), ITQ, Evaluación Global del Funcionamiento (GAF-S)	Efectos moderados síntomas TEPT. Modelo mixto, no diferencias significativas en el tto. entre condiciones. Tto. grupal estabilizador no mejora resultados más allá del tto. individual por sí solo, para pacientes con TEPT y experiencias de abuso infantil.
Van Pelt <i>et al.</i> , 2021 Suecia	European Journal of Psychotraumatology SJR: 1,48 Q1	Ensayo clínico no controlado	27 pacientes (26 mujeres) con $\bar{x}$ edad de 16,1 años. Diagnóstico de TEPT grave. Con 1 o más eventos traumáticos. El 81% (22) trastornos psiquiátricos comórbidos, remitidos por tto. previo complicado o	Evaluar eficacia de un tto. intensivo centrado en el trauma que combina dos terapias basadas en la evidencia (PE y EMDR) + actividad física en adolescentes con TEPTC	Sesiones diarias de PE por la mañana y EMDR por la tarde 5 días consecutivos, (2 sesiones de 60 min.), junto a actividad física. Se procesa una memoria x día a través de las 2 terapias. Duración según el progreso obtenido.	Medidas antes, después y 3 meses post tto. <b>Medidas:</b> Gravedad Síntomas TEPT (CAPS-CA IV) y Diagnóstico de comorbilidad DSM-IV y V	Puntuaciones CAPS-CA IV ↓ antes y después del tto. 22 pacientes respuesta clínica significativa, 17 no TEPT en post tto. Se mantienen resultados a los 3 meses posttto. En tto. no abandonos ni eventos adversos. Estudio sugiere que tto. intensivo centrado en el trauma que combina EP, EMDR y actividad física es seguro y eficaz en adolescentes con TEPT grave y comorbilidad.

Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
			por presencia de dificultades		No fase de estabilización		
Van Vliet <i>et al.</i> , 2021 Reino Unido	BJPsych Open SJR: 1,21 Q1	Ensayo clínico aleatorizado	151 pacientes diagnóstico de TEPT, entre 18 y 65 años, víctimas de abuso sexual y/o abuso físico antes de los 18 años por parte de 1 cuidador o persona de autoridad	Determinar si un enfoque basado en fases es más efectivo que un enfoque centrado en el trauma inmediato en personas con TEPT relacionado con traumas infantiles	2 condiciones: Terapia EMDR (16 sesiones, n: 57) versus EMDR/ STAIR (8 sesiones STAIR + 16 EMDR, n: 64). Ambas 2 veces por semana 90 min. 1ª sesión psicoeducación y determinación de jerarquía de experiencias traumáticas	Medidas pre, durante, post y seguimiento 3 y 6 meses. <b>Medidas:</b> PSS-SR auto informe, (CAPS-5), Inventario de Problemas Interpersonales (IIP) para medir TEPTC, Escala Dificultad de Regulación de las Emociones (DERS), Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI), Escala de Experiencias Disociativas (DES-II) e Inventario Breve de Síntomas	No existieron diferencias significativas ambos ttos. Después de tto. 68,8% no cumple criterio TEPT. Síntomas TEPT auto informado ↓ en ambas terapias desde evaluación previa al post. tto., sin diferencias en condiciones. No diferencias en tasas de abandono ni efectos adversos. Estudio respalda uso terapia EMDR para tto. TEPT en abuso infantil sin necesidad de fase de estabilización. Tto. basado en fases para TEPTC efectivo pero no necesario. Duración + larga y + necesidad de recursos.
Wibbelink <i>et al.</i> , 2021	Trials SJR: 0,87 Q1	Ensayo clínico aleatorizado	220 pacientes entre 18 y 70 años, de	Comparar los resultados del tto. de dos	4 condiciones: EMDR 1vez/semana	Evaluados en 4 momentos en un año: 6/8 semanas, 12/16	Importancia ↑ de la frec. de las sesiones en los ttos. centrados en el trauma

Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
Reino Unido			nacionalidad distinta, con diagnóstico de TEPT asociado trauma infantil Peor evento traumático antes de los 16 años, síntomas TEPT durante + de 3 meses	sesiones por semana versus una sesión, de 2 ttos. para TEPT (Reescritura de imágenes ImR, y EMDR) en relación con trauma infantil. Ver si la frec. de la sesión afecta respuesta al tto., si tipo de tto. modera efecto de frec. y que tipo de tto. y frec. funciona mejor	EMDR 2 veces/semana ImR 1 vez/semana ImR 2 veces/semana Tto 12 sesiones de 90 minutos con n aprox. 55. Duración 8 semanas en condición 2 veces/semana y 16 semanas en condición 1 vez/semana	semanas, seguimiento 1 (24 semanas) y seguimiento 2 (52 semanas) tras inicio tto. <b>Medidas:</b> PCL-5, LEC-5, CAPS-5, PTCL, Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), SCID-5, Grado Malestar Psicológico (SCL-90-R), ITQ, DES-II Medida de Salud y Discapacidad (WHODAS 2.0)	para el TEPT, asociado con trauma infantil. Un ↑ frecuencia, se espera ↑ resultados tto., < abandono y ↓ costos de atención médica. > frec. > memoria y aprendizaje > alianza terapéutica > reducción de la evitación y ↑ motivación. > frec. ↑ mejor recuerdo contenido sesiones anteriores, ↑ eficacia y eficiencia del tto. Formato breve → tto. + aceptable y angustia < tpo.
Karadag <i>et al.</i> , 2020 Reino Unido	International Journal of Psychiatry in clinical Practice SJR: 0,66 Q2	Ensayo clínico no controlado	30 niños (20 niñas) entre 6 y 18 años con diagnóstico de TEPT procedentes de salud mental. De los cuales: Solo 1 evento traumático: 19 + de 1: 11 ; Solo TEPT: 11 +	Explorar si la terapia EMDR es eficaz e investigar si afecta a los niveles de ansiedad y de depresión en niños y adolescentes con TEPT	Aplicación de un protocolo modificado por edad para EMDR en niños y adolescentes. Sesiones manuales de 60 min. Hasta 6 sesiones una vez por/semana	Evaluación pre y post tto. <b>Medidas:</b> Cuestionario demográfico, Evaluación TEPT y otros trastornos psiquiátricos en niños (K-SADS), Inventario Ansiedad Estado Rasgo (STAI), Índice de Reacción	Método efectivo para niños y adolescentes con TEPT. ↓ niveles de síntomas postraumáticos y ansiedad. EMDR eficaz tanto en niños con trauma único como múltiple aplicado según nivel de desarrollo del niño. No diferencias entre el

Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
			diagnósticos: 19			Estrés Postraumático Infantil (TEPT-I)	tipo de trauma (abuso) y respuesta al tto.
Van Toorenborg <i>et al.</i> , 2020 Suecia	European Journal of Psychotraumatology SJR: 1,48 Q1	Ensayo clínico no controlado	62 pacientes con TEPT grave. 32 de ellos abuso sexual antes de los 12 años, y 22 posterior, 8 no abuso sexual. Parte de ellos con subtipo disociativo de TEPT y parte no.	Investigar si los problemas de regulación emocional deben mejorarse 1º para aplicar tto. centrado en el trauma o si disminuirán después de un procesamiento exitoso del trauma en pacientes con TEPT grave	Programa de tto. breve e intensivo de 8 días junto a dos ttos. de 1ª línea centrados en el trauma para el TEPT: EP y EMDR. Cada día sesión PE y EMDR de 90 min c/una individualmente Entre sesiones programa de actividad física de 6 sesiones + 5 sesiones de psicoeducación en formato grupal. Total 16 sesiones de 90 min. en 2/sema. No intervención previa para regulación	Medidas pre, post y tras 6 meses de tto. <b>Medidas:</b> CAPS-5 con 2 ítems para síntomas disociativos, DERS, LEC-5 y MINI-PLUS para comorbilidad y riesgo suicida.	Severidad del TEPT y problemas de regulación ↓ después de tto. Puntajes ↑ TEPT desde el post. tto. hasta los 6 meses, sin dificultades de regulación emocional Sobrevivientes de abuso sexual infantil antes de los 12 años y después mejoraron igualmente en regulación de emociones. Pacientes con subtipo disociativo > TEPT pero ↓ dificultades de regulación durante tto. que los de subtipo no disociativo. Gravedad dificultades regulación no se asocia con peores resultados tto. centrado en trauma para TEPT ni con recaídas en seguimiento. Regulación ↑ incluso con traumas sexuales 1ª infancia y con subtipo

Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
							disociativo.
Voorendonk <i>et al.</i> , 2020 Suecia	European Journal of Psychotraumatology SJR: 1,48 Q1	Ensayo clínico no controlado	308 pacientes (239 mujeres) entre 18 y 71 años, diagnóstico TEPT grave (puntuaciones ↑ CAPS-5), tasas ↑ abuso sexual(80,8 %) físico (92,5 %) y de riesgo ↑ de suicidio (74,3%). TEPTC: 203 TEPT: 60 Según ITQ, no TEPT: 45	Determinar si los pacientes con TEPTC pueden beneficiarse de 1 tto. intensivo centrado en el trauma, lo que derivaría en pérdida de diagnóstico y ↓ síntomas TEPT y TEPTC	Programa de tto. intensivo de 2 semanas, con 4 días de tto. c/sema. (8 días). Combina EP (90 min. x la mañana) y EMDR (90 min x la tarde), psicoeducación y actividad física. Estas últimas formato grupal. No se dividió en fases, sin fase de entrenamiento en HHSS o estabilización.	Medidas pre y post tto (9 días tras última sesión) <b>Medidas:</b> CAPS-5, ITQ, PCL-5, LEC-5 y MINI.	Síntomas TEPT y TEPTC ↓ antes y después del tto. y pérdida de diagnóstico de TEPT y TEPTC. Pacientes con TEPT se benefician tto. intensivo centrado en el trauma. Pacientes TEPTC tb se benefician de tto. desde antes hasta después del tto., → 85% perdió diagnóstico en 8 días de tto. intensivo centrado en el trauma. Programa seguro sin eventos adversos y sin necesidad de estabilización (no suicidio e ingresos hospitalarios)
Van Vliet <i>et al.</i> , 2018 Reino Unido	BJPsych Open SJR: 1,21 Q1	Estudio clínico aleatorizado	122 pacientes con TEPT/C entre 18 y 65 años y antecedentes de abuso sexual y/o físico repetido en infancia	Determinar si un enfoque basado en fases es más efectivo que la terapia independiente centrada en el	Asignación aleatoria a dos condiciones: fase de estabilización, STAIR, de 8 sesiones para	Medidas pre, 8ª sesión, post tto, y a los 3 y 6 meses. <b>Medidas:</b> CAPS-5, LEC-5, BDI-II. Entrevista Estructurada para	Estudios previos respaldan combinación STAIR + exposición. Resultados actuales no apoyan unívocamente que tto. basado en fases supere a tto. inmediato

Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
				<p>trauma en personas con TEPT o TEPTC relacionado con abuso repetido en infancia. Se busca tb ver moderadores y predictores de respuesta al tto. y abandono.</p>	<p>regulación emo. más 16 sesiones de EMDR (total 24 sesiones) O 16 sesiones de EMDR. Son sesiones de 90 min. tanto STAIR como EMDR, y dos veces/sem.</p>	<p>Trastornos de Estrés Extremo (SIDES-R), PTCI, DES-II, IIP, DERS, Inventario Breve de Síntomas, SCID-II y Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (EQ-5D).</p>	<p>centrado en el trauma para personas con TEPT grave y TEPTC en el abuso infantil. Se espera encontrar que el estudio respalde uso terapia EMDR para tto. TEPT en abuso infantil sin necesidad de intervención preparatoria. Tto. basado en fases es efectivo para TEPTC pero no necesario. Estudio ofrece información importante sobre cómo mejorar guías a medida, sobre este grupo de tto.</p>
Wagenmans <i>et al.</i> , 2018 Suecia	European Journal of Psychotraumatology SJR: 1,48 Q1	Ensayo clínico no controlado	165 pacientes (118 mujeres) con TEPT entre 18 y 68 años, la mayor parte 94,5% con TEPT grave. Pacientes con comorbilidad, 83% (137) reporte de uno o + trastornos	Evaluar si la presencia de antecedentes de abuso sexual infantil tiene efecto negativo en el resultado de tto. intensivo de TEPT centrado en el trauma	Pacientes en 4 grupos de trauma: con abuso sexual antes de los 12 años, abuso sexual entre 12-18 años, abuso sexual 18 o + o sin antecedentes de abuso sexual. Reciben tto. dos	Medidas pre y post tto. <b>Medidas:</b> Entrevista para Eventos Traumáticos en la Infancia (ITEC), MINI, Escala de Síntomas de TEPT, Escala de Impacto del Evento, CAPS, PSS-SR, Impacto de Eventos (IES)	<p>↓ de síntomas de TEPT para todos los grupos de trauma. No se encontraron diferencias en el resultado del tto. en relación a la edad entre los grupos de trauma. No se respalda que la presencia de abuso sexual infantil tiene impacto perjudicial en el resultado</p>

Autoría/Año/ País	Revista e Impacto	Diseño	Muestra	Objetivo	Tratamiento	Evaluación	Resultados
			comórbidos (rango 1-5) y varios tipos de experiencias traumáticas: 75,8% (125) abuso sexual, 72,7% (120) abuso físico y riesgo ↑ de suicidio en la > parte de la muestra.		periodos consecutivos de 4 días/semana. Total: 16 sesiones de terapia centrada en el trauma: EP x la mañana y EMDR x la tde. (90 min. c/u). Tb, 4 sesiones de ejercicio x el día (2 mañana y 2 tde) y psicoeducación x la noche en formato grupal No precedido x fase regulación.		del tto. de 1ª línea centrado en el trauma para el TEPT. Resultados sugieren que un tto. centrado en el trauma breve e intenso se puede aplicar sin fase preparatoria para no atrasar la recuperación. Un historial de abuso sexual infantil no tiene efecto perjudicial en el resultado del tto. TEPTC

CT-PTSD = terapia cognitiva para el trastorno de estrés postraumático; EP = exposición prolongada; ImR = reescritura de imágenes; STAIR = entrenamiento de habilidades en afecto y regulación interpersonal; TF-CBT = terapia cognitiva conductual focalizada en el trauma infantil.



## ANEXO B. Dominios de Deterioro en Población Infantil Expuesta a Trauma

<i>Relación de Dominios</i>			
<b>Fijación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas para respetar límites</li> <li>- Desconfianza y suspicacia</li> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Dificultades interpersonales</li> <li>- Dificultades para sintonizar con los estados emocionales de las otras personas</li> <li>- Dificultades para tomar perspectiva</li> </ul>	<b>Biología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas del desarrollo sensoriomotor</li> <li>- Analgesia</li> <li>- Problemas de coordinación, equilibrio y tono corporal</li> <li>- Somatización</li> <li>- Aumento de los problemas médicos (dolor pélvico, asma, problemas de la piel, trastornos autoinmunes, convulsiones psicógenas, etc.)</li> </ul>
<b>Regulación del afecto y de los impulsos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades en la autorregulación</li> <li>- Dificultades para reconocer y expresar sentimientos</li> <li>- Problemas para nombrar y describir estados internos</li> <li>- Dificultad para comunicar deseos y necesidades</li> </ul>	<b>Disociación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones en los estados de conciencia</li> <li>- Amnesia</li> <li>- Despersonalización y desrealización</li> <li>- Dos o más estados distintos de conciencia</li> <li>- Alteración de la memoria</li> </ul>
<b>Control de la conducta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mala modulación de los impulsos</li> <li>- Comportamiento autodestructivo</li> <li>- Agresión hacia los demás</li> <li>- Comportamientos patológicos para calmar la ansiedad</li> <li>- Trastornos del sueño</li> <li>- Trastornos de la alimentación</li> <li>- Abuso de sustancias</li> <li>- Cumplimiento excesivo</li> <li>- Comportamiento de oposición</li> <li>- Dificultad para comprender y cumplir reglas</li> <li>- Recreación del trauma en el comportamiento del juego (sexual, agresivo, etc.)</li> </ul>	<b>Cognición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultades en la regulación de la atención y funcionamiento ejecutivo</li> <li>- Falta de atención sostenida.</li> <li>- Problemas en el procesamiento de la información</li> <li>- Problemas en la concentración y en la finalización de las tareas</li> <li>- Dificultad en la planificación y organización</li> <li>- Problemas en la responsabilidad</li> <li>- Dificultades de aprendizaje</li> <li>- Problemas en el desarrollo del lenguaje.</li> <li>- Problemas en la orientación temporo-espacial</li> </ul>
<b>Autoconcepto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de capacidad de reflexión acerca de uno mismo</li> <li>- Ansiedad por separación</li> <li>- Distorsiones de la imagen corporal</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Vergüenza y culpa</li> </ul>		

**Fuente:** Adaptado de Cook *et al.*, 2005 (Elaboración propia)