

Revisión Narrativa

Adaptaciones de la Terapia EMDR en Niños y Adolescentes con TEPT: Evidencia Clínica y Perspectivas de Investigación

Vanesa Peinado¹ , Cristina Cortés Viniegra²  y Carmen Valiente¹ 

¹Universidad Complutense de Madrid (España)

²Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

INFORMACIÓN

Recibido: 21/08/2025
Aceptado: 12/10/2025

Palabras clave:

EMDR
TEPT
Niños
Adolescentes
TEPT pediátrico
Terapia centrada en el trauma
Adaptado al desarrollo

RESUMEN

El EMDR se ha consolidado como una intervención eficaz para el tratamiento del TEPT en adultos. Su aplicación en población infanto-juvenil requiere adaptaciones específicas. Esta revisión narrativa sintetiza la evidencia sobre la implementación de la terapia EMDR en población infantojuvenil expuesta a experiencias traumáticas, con diagnóstico de o sintomatología subumbral. Se analizaron diez estudios independientes, que abarcan ensayos clínicos controlados, series de casos y un piloto controlado aleatorizado. La mayoría de los estudios aplican adaptaciones basadas en manuales previamente publicados. Sin embargo, existe una considerable heterogeneidad en su implementación, y la descripción de las modificaciones es limitada. La implicación de los cuidadores varía significativamente, desde una presencia meramente formal hasta un rol activo de apoyo emocional durante las sesiones. En términos de eficacia, la escasa evidencia disponible indica que el EMDR supera generalmente a grupos en lista de espera y es comparable a intervenciones cognitivo-conductuales centradas en el trauma, con reducciones consistentes en la gravedad de los síntomas de TEPT. La revisión subraya la necesidad de documentar con detalle las adaptaciones y el rol de los cuidadores, aspectos clave para la replicación, estandarización y optimización de la práctica clínica en población infantojuvenil.

Adaptations of EMDR Therapy in Children and Adolescents with PTSD: Clinical Evidence and Research Perspectives

ABSTRACT

EMDR has been established as an effective intervention for treating PTSD in adults, but its application in children and adolescents requires specific adaptations. This narrative review synthesizes evidence on the implementation of the protocol in minors exposed to traumatic experiences, including those with PTSD diagnoses or subthreshold symptomatology. Ten independent studies were analyzed, mostly randomized clinical trials, but also cases and a pilot study. Most studies applied adaptations based on previously published manuals. Nevertheless, considerable heterogeneity exists in how these adaptations are implemented, and the reporting of modifications is often limited. The involvement of caregivers varies substantially, from a largely formal presence to an active role providing emotional support during sessions. In terms of efficacy, EMDR generally outperforms waitlist controls and is comparable to trauma-focused cognitive-behavioral interventions, showing consistent reductions in PTSD symptom severity. The review highlights the need for detailed documentation of adaptations and caregiver roles, which are essential for replication, standardization, and the optimization of clinical practice in pediatric populations.

Keywords:

EMDR
PTSD
Children
Adolescent
Pediatric PTSD
Trauma-focused therapy
Developmentally tailored

Introducción

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) afectan a la vida de millones de personas menores de edad en todo el mundo, con una prevalencia estimada del 60,2 % (Madigan et al., 2023). Estos acontecimientos incluyen episodios traumáticos y situaciones de estrés intenso como violencia intrafamiliar, acoso escolar, o abuso sexual, y constituyen potentes factores de riesgo para problemas psicológicos a lo largo de la vida (Bellis et al., 2019). Más allá de su impacto psicológico, las EAI pueden dejar huellas neurobiológicas en los sistemas de regulación emocional, especialmente cuando las necesidades emocionales que generan no son adecuadamente identificadas y atendidas durante el desarrollo infantojuvenil (e.g., Callaghan et al., 2019).

Entre las consecuencias más relevantes de las EAI se encuentra el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Su diagnóstico en población infantojuvenil exige la evaluación de las manifestaciones clínicas específicas según la etapa evolutiva correspondiente (CIE-11). En personas menores de seis años, la sintomatología suele adoptar formas congruentes con su desarrollo: la reexperimentación aparece a través del juego repetitivo y de dibujos que recrean suceso traumático, junto con pesadillas cuyo contenido no siempre es claramente identificable. En paralelo, la percepción de amenaza puede expresarse como hiperactivación, con irritabilidad o rabietas atípicas por su intensidad o frecuencia. La evitación, por su parte, tiende a ser no verbal y situacional, visible en el rechazo a actividades nuevas o en una búsqueda insistente de seguridad en las figuras cuidadoras. Estos síntomas, a menudo, coexisten con regresiones evolutivas, como el control de esfínteres o habilidades lingüísticas, que reflejan la sobrecarga del sistema de regulación en estas edades.

Durante la edad escolar y adolescencia, si bien persisten manifestaciones conductuales similares, aumenta la aparición de conductas de riesgo (autolesiones, consumo de sustancias). Además, puede aumentar la reticencia a verbalizar experiencias internas y la evitación de situaciones que promueven la autonomía. Esta variabilidad sintomática hace que el TEPT en población infantojuvenil se infradiagnostique con frecuencia (Christoffersen et al., 2024), siendo habitual la atribución inicial de los síntomas a otros trastornos, como el TDAH, el trastorno negativista desafiante o los trastornos del espectro autista (Al-Attar y Worthington, 2024; McDonald y Ejesi, 2020; Odachowska-Rogalska, 2023).

La heterogeneidad en la expresión clínica del TEPT exige intervenciones ajustadas al nivel cognitivo, emocional y relacional del desarrollo. Entre los tratamientos de primera línea se recomienda, además de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-FT), la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) (OMS, 2013; NICE, 2018). No obstante, la evidencia sólida se concentra en mayores de 7 años, siendo limitada en los más pequeños (NICE, 2018). Esta restricción destaca la necesidad de contextualizar los fundamentos, y la aplicación del EMDR en la población infantojuvenil.

El EMDR (Shapiro, 1995), se fundamenta en el modelo de procesamiento adaptativo de la información (AIP), que postula que una parte significativa de la psicopatología surge cuando las experiencias traumáticas quedan almacenadas de forma desadaptativa o procesadas de manera incompleta (Hase et al., 2017). En la práctica clínica, el procedimiento combina la evocación

del recuerdo traumático con estimulación bilateral, habitualmente movimientos oculares (MO). Esta combinación establece un doble foco atencional que se asocia con una reducción de la intensidad emocional y un reprocesamiento más adaptativo del recuerdo. El protocolo estándar se organiza en ocho fases que orientan la intervención hacia la disminución de la reactividad emocional y la modificación de creencias disfuncionales.

Si bien el protocolo en adultos está claramente definido y cuenta con gran respaldo empírico (e.g., Simpson et al., 2025), su aplicación directa en población infantojuvenil plantea desafíos derivados de sus capacidades cognitivas, lingüísticas y regulatorias. En población infantil puede resultar inviable evocar y describir recuerdos de manera estructurada o responder a las preguntas de la fase de evaluación. Para solventar estas barreras, desde la década de 1990 diversos especialistas en infancia y adolescencia han desarrollado adaptaciones específicas que preservan la lógica del modelo, pero ajustan su aplicación al nivel evolutivo del paciente (Greenwald y Rubin, 1999; Tinker y Wilson, 1999).

Entre estas adaptaciones evolutivas se encuentra, por ejemplo, el enfoque narrativo *Storytelling* de Joan Lovett (1999, 2015), especialmente relevante cuando el desarrollo implica competencias lingüísticas limitadas. Este procedimiento activa el recuerdo traumático a través de narraciones diseñadas según la edad y comprensión del niño, mientras se aplica estimulación bilateral. Con el tiempo, ha acumulado evidencia clínica favorable que respalda su utilidad (Potharst et al., 2025). De forma paralela, se han descrito otras modificaciones orientadas a distintos niveles de desarrollo, como el ajuste del lenguaje terapéutico, el uso de metáforas, dibujos y juegos, o la incorporación de recursos visuales, incluidas escalas pictográficas y representaciones gráficas de emociones (Adler-Tapia y Settle, 2008; Morris-Smith y Silvestre, 2013).

Un aspecto diferencial de la terapia infantojuvenil frente a la realizada con adultos es la participación de los cuidadores, cuya implicación puede adoptar formas muy diversas. Las directrices actuales recomiendan incluir a los cuidadores en el tratamiento del TEPT infantil y adolescente (NICE, 2018; Schäfer et al., 2019). Sin embargo, esto plantea la cuestión de en qué medida deben incluirse, y qué papel desempeñan dentro del proceso terapéutico.

En este sentido, dentro del tratamiento EMDR, se han planteado distintas posturas respecto a la participación de los cuidadores. Por un lado, se considera que su participación puede fortalecer la sensación de seguridad y constituir un apoyo fundamental en el proceso terapéutico, favoreciendo la regulación emocional y la reparación de vínculos afectivos en la población infantojuvenil (Greenwald y Rubin, 1999; Morris-Smith y Silvestre, 2013; Cortés Viniegra, 2023). Por otro lado, se advierte que su presencia puede distraer durante la estimulación bilateral y, en casos de traumas no resueltos en los cuidadores, su inclusión podría interferir en el procesamiento terapéutico (Greenwald y Rubin, 1999; Adler-Tapia y Settle, 2008; Viniegra y Aumeunier-Gizard, 2021). Sin embargo, diversos autores resaltan la importancia de una participación continuada de los cuidadores para consolidar su rol en el tratamiento, siempre que puedan manejar adecuadamente las expresiones emocionales negativas del paciente (Morris-Smith y Silvestre, 2013; Viniegra y Aumeunier-Gizard, 2021).

A pesar de estas propuestas teóricas y de las adaptaciones clínicas ya introducidas, actualmente no existe una revisión sistemática que sintetice de manera crítica y comparada las adaptaciones del protocolo

EMDR en la población infanto-juvenil. Esta ausencia representa una limitación significativa para la práctica clínica, ya que obliga a los profesionales a tomar decisiones basadas en su heterogénea formación previa, su intuición o en experiencias aisladas, en lugar de criterios específicos fundamentados y contrastados en estudios científicos. Además, existe una notable carencia de evidencia empírica rigurosa que establezca con claridad y consenso cuándo, en qué fases y bajo qué condiciones específicas debe incluirse a los cuidadores en el proceso terapéutico, dificultando la estandarización y transferencia de los ajustes terapéuticos a diferentes contextos.

Frente a esta laguna crítica, la presente revisión narrativa constituye la primera síntesis exhaustiva y contextualizada de las adaptaciones evolutivas del EMDR en población infantojuvenil, organizada según las adaptaciones realizadas por edad y el rol de los cuidadores. Este trabajo pretende, no solo aportar un marco teórico actualizado que facilite la toma de decisiones clínicas, sino que también señalar el estado del arte para la investigación futura, en cuanto a la validación y optimización de las intervenciones según la etapa evolutiva. Así, se espera que sus hallazgos contribuyan a una práctica clínica más precisa, homogénea y basada en la evidencia, mejorando la atención a niños y adolescentes afectados por experiencias traumáticas.

Método

Esta revisión narrativa se diseñó siguiendo las recomendaciones de la *Scale for the Assessment of Narrative Review Articles* (SANRA; Baethge et al., 2019) que pretende garantizar claridad, transparencia y rigor en la síntesis de la evidencia.

El objetivo de este estudio fue identificar, describir y contextualizar las adaptaciones del protocolo estándar de EMDR aplicadas a población infantojuvenil expuesta a experiencias traumáticas. Los criterios de inclusión de estudios fueron (1) población diana hasta 18 años; (2) con diagnóstico de TEPT o sintomatología subumbral; (3) intervención EMDR aplicada de forma presencial individual (no en grupo); (4) con evaluación pre y post intervención de sintomatología TEPT; (5) estudios clínicos aleatorizados o no aleatorizados y estudios de caso; (6) publicados en inglés o español.

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos PsycINFO, PubMed y Epistemonikos, abarcando el periodo de 1995 a agosto de 2025. Se emplearon descriptores en relacionados con la población infantojuvenil, el trastorno de estrés postraumático y EMDR. Se identificaron 88 registros y, tras el proceso de selección, se incluyeron 14 registros correspondientes a 10 estudios diferentes. La figura 1 muestra el flujo de selección.

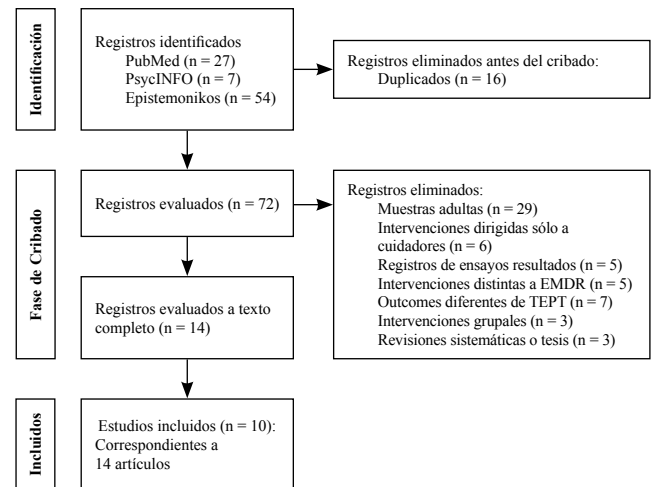
La información recopilada se organizó de forma temática. Primero se describen las adaptaciones realizadas de los distintos componentes de la intervención en las edades de la muestra, después se sintetiza la información aportada por los estudios sobre el papel de los cuidadores durante la intervención, y finalmente se desglosan los resultados encontrados en la sintomatología TEPT.

Resultados

Los estudios incluidos en esta revisión comprenden ocho ensayos controlados aleatorizados, un estudio piloto y una serie de casos prospectiva que examinan la aplicación de EMDR en

Figura 1

Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Estudios Incluidos en la Revisión Narrativa



distintos contextos clínicos. La mayoría de las intervenciones revisadas se dirigieron a la sintomatología de TEPT derivada de experiencias traumáticas repetidas. Asimismo, tres de los diez estudios intervinieron tras un evento traumático único como desastres naturales, accidentes de tráfico, experiencias de abuso, u otros sucesos aislados.

En cuanto al diseño metodológico, predominaron los estudios que compararon EMDR con intervenciones de referencia, principalmente terapia cognitivo-conductual (TCC), ya fuera en combinación con lista de espera (tres estudios) o frente a otra intervención activa (dos estudios). Además, se identificaron tres estudios que utilizaron únicamente lista de espera como control, uno que contrastó EMDR con tratamiento habitual (TAU) y una aproximación exploratoria sin grupo control. A continuación, se describen los estudios organizados según las características establecidas para esta revisión narrativa.

Adaptaciones Evolutivas del Protocolo

Los estudios revisados muestran diferencias notables en el grado de adaptación del protocolo EMDR cuando se aplica en población infantil y adolescente (ver Tabla 1). Mientras que dos de estos trabajos utilizan el protocolo de adultos con apenas modificaciones y sin referencias explícitas (Ahmad et al., 2007, 2008; Chemtob et al., 2002), la mayoría se apoyan en manuales o adaptaciones previamente publicadas (Diehle et al., 2015; Jaberghaderi et al., 2019; Knipschild et al., 2023; Meentken et al., 2018, 2020, 2021; Rolling et al., 2024; de Roos et al., 2017, 2021; Velu et al., 2022). Tan sólo uno de los estudios identificados introduce cambios basados en distintas fuentes clínicas y teóricas (Kemp et al., 2010).

Entre los estudios que describen modificaciones puntuales se encuentra el estudio de Ahmad et al. (2007, 2008). Estos autores emplean el protocolo básico estándar de adultos de Shapiro (1995) en una muestra entre 6 y 16 años. Las adaptaciones descritas se emplean tras comprobar que hay dificultades para seguir el protocolo adulto. Las adaptaciones se ciñen a las escalas de medición del

Tabla 1
Adaptaciones y rol de los Cuidadores

Estudio	Edad	Evento	Adaptaciones	Inclusión de cuidadores	Sesiones
Ahmad et al. (2007, 2008)	6 - 16	≥ 1	Puntual	No, excepto si lo requería la persona menor Papel = Observador	8 45 min
Chemtob et al. (2002)	6 a 12	1	Puntual	No se especifican	3
Diehle et al. (2015)	8 a 18	≥ 1	Beer y de Roos (2008)	Sí, 15 min/sesión o reunión con el terapeuta	≤ 8 60 min
Jaberghaderi et al. (2019)	8 a 12	> 1	Greenwald (2007)	Sí, participan activamente en todas las sesiones	≤ 12 45-60 min)
Kemp et al. (2010)	6 a 12	1	Nader y Pynoos, (1993), Wolpe, (1982) y Yule, (1994)	Sí, si la persona menor quiere	4 60 min
Knipschild et al. (2023)	12-18	> 1	Shapiro, (2001)	Sí, participación requerida como parte del diseño	12
Meentken et al. (2018, 2020, 2021)	4 - 15	≥ 1	de Roos et al. (2013) y Lovett, (1999, 2015)	Se acuerda entre persona menor y terapeuta	6 60 min
Rolling et al. (2024)	12 - 17	> 1	Morris-Smith y Silvestre, (2015)	< 13 años = en las sesiones de procesamiento, ≥ 13 = fase de preparación y re-evaluación	10 90 min
de Roos et al. (2017, 2021)	8 - 18	1	Tinker y Wilson (1999) y Greenwald y Rubin (1999)	No	≤ 6 45 min
Velu et al. (2022)	8 - 18	> 1	de Roos et al. (2019)	Orientación parental No participan en las sesiones EMDR	≤ 8 75 min

Nota: Min = minutos.

malestar *Subjective Units of Disturbance* (SUD), de validez de la creencia positiva o *Validity of Cognition* (VOC), y las escalas de evaluación de emociones. Específicamente, en relación con el SUD y el VOC, señalan el uso de una escala visual compuesta por una línea. Además, describen para los más pequeños, sin especificar la edad concreta, una escala verbal con las categorías «nada / poco / a menudo / todo el tiempo», y la omisión de la creencia positiva si la dificultad era excesiva. Asimismo, indican que, cuando se presentan dificultades para evaluar emociones, se recurre al uso de imágenes faciales. Estos autores no especifican el origen de estas adaptaciones, ni el criterio de aplicación de las mismas dentro de la franja de edad de su muestra.

El estudio de Chemtob et al. (2002) con población infantil de 6 a 12 años, no describe adaptaciones específicas, salvo el uso de *tapping* cuando los movimientos oculares no resultan viables. Sin embargo, los autores describen que los terapeutas que llevaban las sesiones recibieron una formación de 16 horas con Robert Tinker, referente en la aplicación de EMDR en población infantil, lo que puede aportar cierto contexto, aunque no se detallan las adaptaciones utilizadas.

Siete de los diez estudios revisados han aplicado adaptaciones basadas en manuales previamente publicados para población infantil y adolescente. Sin embargo, el origen de estas adaptaciones es heterogéneo y, no se especifican qué adaptaciones concretas fueron aplicadas, ni se detallan los criterios que guiaron en qué casos se realizó su aplicación. La Tabla 1 muestra el origen de las adaptaciones realizadas por estos estudios.

Entre los estudios identificados, sólo uno integra procedimientos y estrategias procedentes de distintas fuentes previamente publicadas, Kemp et al. (2010). Estos autores trabajan con una muestra de 6 a 12 años, e introducen adaptaciones basadas en Nader y Pynoos (1993), Wolpe (1982) y Yule (1994). Excepcionalmente incluyen un anexo detallado con las adaptaciones utilizadas

en cada fase del protocolo. Entre ellas, instrucciones simples, lenguaje adecuado a la edad, dibujos para la evocación del recuerdo traumático, escalas visuales analógicas para SUD y VOC, refuerzo verbal suave (bien) durante los movimientos oculares para reducir la ansiedad, pausas y momentos de juego, e incorporación de juguetes.

En general, los estudios revisados afirman que introducen únicamente las adaptaciones estrictamente necesarias, procurando mantener la fidelidad al protocolo estándar. Las adaptaciones responden a las necesidades de ajustar el lenguaje, las escalas de medición, y la forma de acceder al recuerdo del evento traumático. Algunos estudios realizan modificaciones puntuales, pero la mayoría se apoya en manuales previamente publicados, como los de Greenwald (1999, 2007), Tinker y Wilson (1999) o Shapiro (2001). Sin embargo, estas fuentes son heterogéneas, y la falta de descripción, y justificación de las mismas, no permite saber adaptaciones comunes en los estudios.

Finalmente, el rango de edad de las muestras es considerablemente amplio, pero no se describen las características o edades de los individuos en los que se aplicaron las adaptaciones. Esta omisión resulta relevante, dado que dichas variables pueden influir en los resultados y, sin embargo, no se reportan de forma sistemática.

Inclusión de los Cuidadores en la Intervención

La revisión evidencia una amplia variabilidad en la forma en que los estudios contemplan la participación de los cuidadores dentro del tratamiento EMDR infantil y adolescente. En algunos casos, su rol se limita a aspectos formales o a una presencia meramente pasiva, mientras que, en otros, se establece una participación más estructurada, y continua como agentes activos de apoyo emocional (Tabla 1).

Entre los estudios donde su implicación es mínima, Chemtob et al. (2002) únicamente mencionan a los cuidadores en relación

con la firma de consentimientos, sin referencia a su papel en las sesiones. En [Ahmad et al. \(2007, 2008\)](#) los cuidadores solo podían acceder si la persona menor de edad lo solicitaba, limitándose a un papel de observadores sin posibilidad de intervenir. De forma similar, en el estudio de [Meentken et al. \(2018, 2020, 2021\)](#), la presencia de los cuidadores se permitió únicamente bajo esa misma condición, y siempre como observadores pasivos. Finalmente, en [Velu et al. \(2022\)](#) los cuidadores estuvieron presentes al inicio de la primera sesión, donde recibieron psicoeducación sobre el TEPT y la intervención, pero el núcleo del tratamiento se desarrolló sin ellos.

Otros estudios conceden a los cuidadores un papel más estructurado, aunque acotado. En [Diehle et al. \(2015\)](#) los cuidadores fueron invitados a unirse durante 15 minutos de cada sesión o a tener un encuentro individual con el terapeuta. Sin embargo, los autores no especifican en qué parte de la sesión y el proceso entraban a sesión, ni quien decidía o en base a qué se realizaba una opción u otra. Por su parte, [de Roos et al. \(2017, 2021\)](#) incluyeron a los cuidadores en la primera sesión, donde recibieron información sobre el TEPT y el tratamiento, y posteriormente, también al inicio y al final de cada sesión, momento en el que se les invitaba a aportar observaciones sobre la evolución observada desde su perspectiva. En [Knipschild et al. \(2023\)](#) describen la presencia de un cuidador no-ofensor como un requisito del diseño del estudio y, además de cumplimentar medidas de estrés parental y evaluación del vínculo, debían acompañar el proceso, aunque no se especifican sus cometidos concretos en sesión.

Finalmente, algunos trabajos promueven un rol más activo y de apoyo directo por parte de los cuidadores. [Jaberghaderi et al. \(2019\)](#) les ofrecieron una sesión de psicoeducación y los invitaron a participar activamente en el tratamiento, siguiendo las recomendaciones de [Greenwald \(2007\)](#), que plantea su inclusión como fuente de calma y seguridad. No obstante, no se especifica en qué casos o bajo qué circunstancias su presencia pudo considerarse inadecuada. En [Kemp et al. \(2010\)](#) los cuidadores desempeñaron un papel activo de acompañamiento físico y emocional, siempre en función de las necesidades de la persona menor de edad: podían estar presentes si su compañía favorecía la sensación de seguridad o control, pero se excluía su participación cuando presentaban síntomas de trauma intenso que pudieran interferir en el proceso.

Por último, [Rolling et al. \(2024\)](#) integraron de forma destacada a los cuidadores desde la fase preparatoria como fuente de seguridad y apoyo según la calidad del vínculo, la dinámica familiar, el tipo de apego, y su disponibilidad. En menores de 13 años, los cuidadores estuvieron presentes también en las sesiones de procesamiento mientras que, en los mayores de esta edad, su participación se concentró en la preparación y en la reevaluación. Además, los autores describen que, en esta última fase de reevaluación, el papel de los cuidadores fue especialmente activo, validando los cambios conseguidos, reforzando los logros y trabajando de forma directa en la mejora de la comunicación y la relación familiar.

En conjunto, la revisión de los artículos identificados muestra que la inclusión de los cuidadores en estudios de investigación varía desde una presencia meramente formal hasta un rol central en el proceso terapéutico. Sin embargo, en general, la literatura adolece de falta de descripción del procedimiento relacionado con la integración de los cuidadores, específicamente en cuanto a los criterios que rigen su integración en el proceso terapéutico y su nivel de participación. Esta diversidad refleja la falta de consenso

y estandarización de los criterios, fases de la intervención y roles en los que resulta más beneficioso implicarlos.

Resultados en Síntomas TEPT

En los estudios que compararon EMDR con lista de espera, los resultados muestran que todos, excepto uno, resultaron en una mayor eficacia de EMDR. [Ahmad et al. \(2007, 2008\)](#) encontraron reducciones significativamente mayores en el grupo tratado con EMDR en la puntuación total de TEPT, así como en los síntomas de reexperimentación y evitación. De manera consistente, [Kemp et al. \(2010\)](#) observaron que los niños del grupo EMDR redujeron de forma más pronunciada tanto el número de criterios diagnósticos como la gravedad de los síntomas de TEPT, con mejoras que se mantuvieron durante los seguimientos posteriores. [Jaberghaderi et al. \(2019\)](#) también reportaron una disminución significativa de síntomas en los grupos EMDR y de TCC, sin diferencias significativas entre estos grupos, pero sí con la lista de espera. En contraste, el estudio de [Chemtob et al. \(2002\)](#) mostró una mejoría significativa en ambos grupos, EMDR y lista de espera, pero sin diferencias entre ellos.

En las comparaciones con tratamientos activos, los resultados apuntan a una eficacia similar entre EMDR y otras intervenciones. En el estudio de [Diehle et al. \(2015\)](#), tanto EMDR como TF-CBT produjeron reducciones significativas de síntomas de TEPT de la medición pre-intervención a la post-evaluación, sin diferencias entre ambos grupos. En la misma línea, [de Roos et al. \(2017, 2021\)](#) hallaron que tanto EMDR como la terapia cognitivo conductual basada en la escritura (CBT-WT) fueron altamente efectivos, con tasas de remisión diagnóstica superiores al 90 %. Aunque no hubo diferencias en eficacia entre las dos intervenciones, ambas superaron claramente a la recuperación espontánea observada en lista de espera. Por su parte, [Meentken et al. \(2018, 2020, 2021\)](#) encontraron reducciones significativas de síntomas de TEPT tanto en el grupo EMDR como en el de tratamiento habitual, sin diferencias entre ellos.

Finalmente, algunos estudios no permiten extraer conclusiones firmes. En [Rolling et al. \(2024\)](#) se reportó una disminución significativa de síntomas del pre al post, aunque el diseño carecía de grupo control. Otros trabajos no presentan todavía resultados: [Knipschild et al. \(2023\)](#) continúa en fase de recogida de datos, y [Velu et al. \(2022\)](#) corresponde únicamente al protocolo del estudio.

En conjunto, los hallazgos sugieren que EMDR es eficaz en la reducción de síntomas de TEPT en población infantil y adolescente, con efectos que suelen ser superiores a la lista de espera y comparables a los obtenidos con TCC-FT ([Tabla 2](#)).

Discusión

El EMDR se ha consolidado como un tratamiento eficaz para el TEPT en adultos, respaldado por la investigación ([Simpson et al., 2025](#)), y el reconocimiento de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el National Institute for Health and Care Excellence (NICE). En el caso de la población infantil, guías internacionales como NICE señalan que aún se requiere mayor evidencia científica, y la investigación disponible indica que su aplicación demanda adaptaciones específicas al protocolo para esta población ([Struik, 2024](#)). Esta revisión narrativa se planteó como

Tabla 2*Diseño y Eficacia de los Estudios Incluidos*

Estudio	Diseño	Condiciones	Eficacia
Ahmad et al. (2007, 2008)	ECA	EMDR vs LE	Disminución de TEPT, reexperimentación y evitación significativamente mayor en EMDR vs LE
Chemtob et al. (2002)	ECA	EMDR vs LE	Disminución TEPT en ambos brazos de pre a post sin diferencias entre ellos
Diehle et al. (2015)	ECA	EMDR vs TCC-FT	Disminución TEPT en ambos brazos de pre a post sin diferencias entre ellos
Jaberghaderi, et al. (2019)	ECA	EMDR vs TCC vs LE	Disminución significativa de TEPT en EMDR y en TCC vs LE
Kemp et al. (2010)	PCA	EMDR vs LE	Disminución significativa de TEPT en EMDR, pero no en LE
Knipschild et al. (2023)	ECA	EMDR vs STAIR + EMDR	Resultados no publicados aún
Meentken et al. (2018, 2020, 2021)	ECA	EMDR vs TAU	Disminución significativa de TEPT de pre a post y seguimiento (6m) sin diferencias entre brazos
Rolling et al. (2024)	ECP	EMDR	Disminución significativa de TEPT en EMDR
de Roos et al. (2017, 2021)	ECA	EMDR vs CBWT vs LE	Disminución significativa de TEPT en post y seguimientos sin diferencias entre EMDR y CBWT. Ambos mejor que LE
Velu et al. (2022)	ECA	EMDR vs KIDNET vs LE	Resultados no publicados aún

Nota: ECA=Ensayo Aleatorizado Controlado; PCA = Estudio piloto controlado aleatorizado; ECP = Estudio prospectivo de serie de casos; LE = lista de espera; TCC-FT = Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma; TCC = Terapia Cognitivo Conductual; CBWT = Cognitive Behavioural Writing Therapy; STAIR = Skill Training in Affective and Interpersonal Regulation ; KIDNET = Child Version of Narrative Exposure Therapy; TAU = Tratamiento habitual; EMDR = Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares; TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático.

objetivo identificar, describir y contextualizar las adaptaciones del protocolo estándar de EMDR aplicadas a población infantojuvenil expuesta a experiencias traumáticas.

Esta revisión identificó 10 estudios correspondientes a 14 publicaciones. En cuanto a las adaptaciones del protocolo EMDR, es destacable que la gran mayoría de estudios se basan en manuales publicados. Las adaptaciones descritas incluyen el uso de lenguaje simplificado, la modificación de escalas para medir SUD y VOC, recursos visuales para medir emociones y la incorporación de estrategias alternativas para acceder y procesar los recuerdos traumáticos (como dibujos o narraciones) Además algunos autores señalan que flexibilizaron el ritmo de las sesiones mediante descansos, y emplearon materiales lúdicos, como juguetes. En general, estos aspectos suelen ser mencionados de manera superficial, y poco sistematizada en la literatura, poniendo de manifiesto la necesidad de explicitar los criterios de adaptación en futuras investigaciones.

En los estudios identificados los rangos de edad de las muestras son amplios, pero la mayoría de los autores no precisan si emplearon las adaptaciones con todas las edades o individuos de la muestra, o sólo en determinados subgrupos. Explicitar los criterios bajo los cuales se tomaron decisiones en relación con estas adaptaciones garantizaría la replicabilidad y una práctica clínica guiada por la evidencia.

En referencia a la inclusión de los cuidadores en los estudios identificados, la participación de los mismos presenta una gran variabilidad. En algunos estudios su rol se limita a la participación en la evaluación o la presencia en las sesiones si la persona menor lo requiere, pero sólo como observadores. En otros, su implicación es más activa, ya sea como apoyo emocional o físico o como parte integral del protocolo. Existen además modelos intermedios que contemplan una presencia parcial, al inicio o final de la sesión, aunque sin detallar funciones específicas. Esta falta de sistematización contrasta con la evidencia que señala

que la inclusión de los cuidadores favorece la estabilización emocional y fortalece el sistema familiar, aspectos clave para la eficacia terapéutica (Cortés Viniegra, 2023; Struik et al., 2024). De hecho, un metaanálisis reciente indica que su participación puede incrementar de forma significativa los beneficios del tratamiento en población infanto-juvenil (Szota et al., 2023). Sin embargo, pese a las recomendaciones de guías clínicas y asociaciones especializadas, la ausencia de criterios estandarizados para evaluar la inclusión de los cuidadores, así como la escasa descripción de sus funciones cuando estos son incluidos, limitan la comparabilidad entre estudios y dificultan la formulación de pautas clínicas claras.

En cuanto a la eficacia, la mayoría de los estudios revisados muestran que el EMDR presenta efectos superiores a las listas de espera (Ahmad et al., 2007, 2008; Kemp et al., 2010; Jaberghaderi et al., 2019), con la excepción del trabajo de Chemtob et al. (2002). Cuando se compara con la terapia cognitivo-conductual, los resultados tienden a ser equivalentes, en línea con lo encontrado en metaanálisis recientes (Moreno-Alcázar et al., 2017). Por tanto, aunque no tenemos datos sobre la eficacia de adaptaciones concretas, si podemos afirmar que los estudios encontrados encuentran la terapia EMDR eficaz como terapia infantojuvenil cuando ha habido experiencias traumáticas. Futuros estudios podrán iluminar los vacíos sobre la eficacia concreta de determinadas adaptaciones, contemplando diferencias de género, así como los criterios más eficaces para determinar la inclusión de los cuidadores.

Las implicaciones clínicas derivadas de esta revisión subrayan la necesidad de que los profesionales que implementen EMDR en población infantojuvenil realicen una evaluación rigurosa del desarrollo evolutivo de los pacientes menores de edad, adaptando de forma individualizada el protocolo terapéutico. Ante la falta de sistematización en la literatura científica sobre los criterios de adaptación y la inclusión de los cuidadores, resulta fundamental que tanto los clínicos como futuros estudios documenten con precisión las adaptaciones implementadas y los grados de

participación familiar, contribuyendo así a la transparencia y replicabilidad del proceso terapéutico. De igual modo, la evidencia creciente sobre el impacto positivo de la implicación de los cuidadores sugiere que su inclusión activa en el tratamiento puede maximizar los beneficios, favoreciendo la estabilización emocional y la resiliencia familiar, aspectos esenciales para la recuperación y el desarrollo saludable tras experiencias traumáticas.

En conjunto, la revisión evidencia que tanto las adaptaciones del protocolo como la implicación de los cuidadores son dimensiones centrales en la práctica clínica con población infantojuvenil, pero permanecen insuficientemente documentadas. Una descripción más precisa de los criterios de selección, de las modificaciones introducidas y de los grados y momentos de participación de ellos cuidadores es esencial para examinar su impacto, facilitar la replicación y avanzar hacia la estandarización y optimización del EMDR en población infanto-juvenil.

Conflicto de Interés

Los autores no tienen conflictos de interés.

Agradecimientos

Agradecemos la financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades de España, en el marco del proyecto de I+D+i PID2020-115003RB-I00.

Referencias

- Adler-Tapia, R., y Settle, C. (2008). *EMDR and the art of psychotherapy with children: guidebook and treatment manual*. Springer Publishing Company.
- Ahmad, A., y Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 127-132. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0646-8>
- 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>
- Al-Attar, Z., y Worthington, R. (2024). Trauma or autism? Understanding how the effects of trauma and disrupted attachment can be mistaken for autism. *Advances in Autism*, 10(3), 120-134. <https://doi.org/10.1108/AIA-07-2023-0041>
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., y Mertens, S. (2019). SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research Integrity and Peer Review*, 4(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Beer R., de Roos C. (2008). EMDR bij kinderen en adolescenten, een nieuw perspectief. In: Ten Broeke E, de Jongh A, Oppenheim H-J (eds.). *Praktijkboek EMDR*. Harcourt, Amsterdam.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Rodriguez, G. R., Sethi, D., y Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 4(10), e517-e528. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)
- Callaghan, B. L., Gee, D. G., Gabard-Durnam, L., Telzer, E. H., Humphreys, K. L., Goff, B., ... y Tottenham, N. (2019). Decreased amygdala reactivity to parent cues protects against anxiety following early adversity: An examination across 3 years. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 4(7), 664-671. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2019.02.001>
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., y Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of clinical psychology*, 58(1), 99-112. <https://doi.org/10.1002/jclp.1131>
- Christoffersen, M. N., y Thorup, A. A. (2024). Post-traumatic stress disorder in school-age children: a nationwide prospective birth cohort study. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 17(2), 139-157. <https://doi.org/10.1007/s40653-024-00611-y>
- Cortés Viniestra, C. (2023). *Esculpiendo palabras en la arena*. Desclee de Brouwer.
- de Roos, C., Beer, R., de Jongh, A., y Ten Broeke, E. (2013). EMDR protocol voor kinderen en jongeren tot 18 jaar. *Vereniging EMDR Nederland*.
- de Roos C, Beer R, De Jongh A., y Ten Broeke, E. (2019) *Protocol EMDR*. Available from: <https://www.emdr.nl>
- de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., y De Jongh, A. D. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1219-1228. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12768>
- de Roos, C., Zijlstra, B., Perrin, S., van der Oord, S., Lucassen, S., Emmelkamp, P., y de Jongh, A. (2021). Predictors and moderators of treatment outcome for single incident paediatric PTSD: A multi-centre randomized clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1968138. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1968138>
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., y Lindauer, R. J. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: What works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227-236. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5>
- Greenwald R. *EMDR within a phase model of trauma-informed treatment*. New York: Routledge; 2007.
- Greenwald, R., y Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1), 61-75. <https://doi.org/10.1177/104973159900900105>
- 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>
- Jaberghaderi, N., Rezaei, M., Kolivand, M., y Shokoohi, A. (2019). Effectiveness of cognitive behavioral therapy and eye movement desensitization and reprocessing in child victims of domestic violence. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(1), 67.
- Kemp, M., Drummond, P., y McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/1359104509339086>
- Knipschild, R., Klip, H., van Leeuwen, D., van Onna, M. J., Lindauer, R. J., Staal, W. G., ... y de Jongh, A. (2023). Treatment of multiple traumatized adolescents by enhancing regulation skills and reducing trauma related symptoms: rationale, study design, and methods of randomized controlled trial (the Mars-study). *BMC Psychiatry*, 23(1), 644. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05073-4>
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. The Free Press.

- Lovett, J. (2015). *Trauma-attachment tangle: Modifying EMDR to help children resolve trauma and develop loving relationships*. Routledge.
- Madigan, S., Deneault, A. A., Racine, N., Park, J., Thiemann, R., Zhu, J., ... y Neville, R. D. (2023). Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry*, 22(3), 463-471. <https://doi.org/10.1177/0706743718792194>
- McDonald, A. C., Ejesi, K. (2020). When Trauma Mimics ADHD. In: Schonwald, A. (eds) ADHD in Adolescents. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-62393-7_13
- Meentken, M. G., van Beynum, I. M., Aenderkerk, E. W., Legerstee, J. S., El Marroun, H., van der Ende, J., ... y Utens, E. M. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in children and adolescents with subthreshold PTSD after medically related trauma: design of a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1536287. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1536287>
- Meentken, M. G., Van Der Mheen, M., Van Beynum, I. M., Aenderkerk, E. W., Legerstee, J. S., Van Der Ende, J., ... y Utens, E. M. (2021). Long-term effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescents with medically related subthreshold post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(4), 348-357. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvaa006>
- Meentken, M. G., van der Mheen, M., van Beynum, I. M., Aenderkerk, E. W., Legerstee, J. S., van der Ende, J., ... y Utens, E. M. (2020). EMDR for children with medically related subthreshold PTSD: short-term effects on PTSD, blood-injection-injury phobia, depression and sleep. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1705598. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1705598>
- Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Valiente-Gómez, A., Sio-Eroles, A., Pérez, V., Amann, B. L., y Radua, J. (2017). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in children and adolescent with post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01750>
- Morris-Smith, J., y Silvestre, M. (2013). *EMDR for the Next Generation: Healing Children and Families*. Academic Publishing International Limited.
- Morris-Smith, J., y Silvestre, M. (2015). *L'EMDR avec l'enfant et sa famille: contextualisation et travail intégratif*. Dunod.
- Nader, K., y Pynoos, R. S. (1993). *The children of Kuwait after the Gulf crisis*. In L.A. Leavitt, y N.A. Fox (Eds.) The psychological effects of war and violence on children. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NICE Guideline No. 116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Odachowska-Rogalska, E. (2023). Differentiation of the clinical diagnoses of autism spectrum disorder (ASD), attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and post-traumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr Psychol Klin*, 23(4), p. 297-306. <https://doi.org/10.15557/PiPK.2023.0037>
- Potharst, E. S., Holtkamp, P., Walliser, L., Dommerholt, A. H., van den Heuvel, M. E., Spierts, I., y Maric, M. (2025). Improving infant mental health: A pilot study on the effectiveness, acceptability and feasibility of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) storytelling in infants with post-traumatic distress after medical procedures. *Evaluation & the Health Professions*, 48(1), 55-70. <https://doi.org/10.1177/01632787241268176>
- Rolling, J., Fath, M., Zanonato, T., Durpoix, A., Mengin, A. C., y Schröder, C. M. (2024, October). EMDR-Teens-cPTSD: Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in adolescents with complex PTSD secondary to childhood abuse: A case series. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 19, p. 1993). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191993>
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., ... y Wöller, W. (2019). *S3-leitlinie posttraumatische belastungsstörung*. Berlin: Springer.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. (2nd ed). Guilford Press.
- Simpson, E., Carroll, C., Sutton, A., Forsyth, J., Rayner, A., Ren, S., ... y Wood, E. (2025). Clinical and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing for treatment and prevention of post-traumatic stress disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjop.70005>
- Struik, A. (2024). EMDR with children an overview of research and clinical practice. *Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists*, 34(1), 49-58. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10939142>
- Szota, K., Schulte, K. L., y Christiansen, H. (2023). Interventions involving caregivers for children and adolescents following traumatic events: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 26(1), 17-32. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00415-2>
- Tinker, R. H., y Wilson, S. A. (1999). *Through the eyes of a cChild: EMDR with children*. WW Norton & Co.
- Velu, M. E., Martens, I., Shahab, M., de Roos, C., Jongedijk, R. A., Schok, M., y Mooren, T. (2022). Trauma-focused treatments for refugee children: study protocol for a randomized controlled trial of the effectiveness of KIDNET versus EMDR therapy versus a waitlist control group (KIEM). *Trials*, 23(1), 347. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06178-z>
- Viniegra, C. C., y Aumeunier-Gizard, M. F. (2021). Facilitating integrated mental, emotional, and physical states in children who have suffered early abandonment trauma. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 100214. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100214>
- Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior therapy*. Pergamon Press.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505406>
- Yule, W. (1994). Posttraumatic stress disorder. In T.H. Ollendick, N.J. King, y W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Plenum Press.