



**Universidad
Europea** VALENCIA

Máster Universitario en PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Trabajo Fin de Máster

***EFICACIA DEL EMDR EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA
PERINATAL: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA***

Presentado por: Irene Godoy Navas

Tutora:

Valeria Adriana Farriol Baroni

Curso: 2022/2023

Convocatoria: Ordinaria

Campus de Valencia
Paseo de la Alameda, 7
46010 Valencia
universidadeuropea.com

RESUMEN

El trauma perinatal engloba aquellas manifestaciones de malestar emocional relacionadas con cualquier etapa de este período: gestación, parto y puerperio. La desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) es una técnica que parte de la premisa de que bajo grandes cantidades de estrés se produce un procesamiento inadecuado de la información, lo que provoca malestar en la persona a través de diferentes manifestaciones físicas y psicológicas. En este enfoque, se aplica un protocolo de reprocesamiento de la información mediante la exposición en imaginación y desensibilización junto con estimulación bilateral para reducir el malestar de manera significativa. El objetivo de esta revisión sistemática es estudiar la efectividad de su aplicación sobre mujeres mayores de edad que tengan una historia de trauma perinatal y sintomatología asociada. De acuerdo con los resultados, se concluye que el EMDR es capaz de producir mejoría en diferentes síntomas asociados al trauma perinatal (como la ansiedad, el miedo al parto, o las dificultades en el establecimiento del vínculo materno-filial), lo que sugiere que puede ser de gran ayuda como técnica en el tratamiento de alteraciones psicológicas derivadas de situaciones de estrés durante el período perinatal. Sin embargo, resulta fundamental resaltar la importancia de continuar desarrollando este ámbito de investigación y realizar estudios de mayor calidad metodológica que los existentes hasta la fecha para poder generalizar los resultados.

Palabras clave: EMDR, trauma perinatal, TEPT, estrés, embarazo.

ABSTRACT

Perinatal trauma encompasses emotional distress related to any stage of this period: pregnancy, childbirth, and postpartum. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) is a technique based on the premise that under high levels of stress, inadequate information processing occurs, resulting in discomfort through different physical and psychological manifestations. In this technique, a protocol for information reprocessing is applied using imagination exposure and desensitization along with bilateral stimulation to significantly reduce distress. The objective of this systematic review is to study the effectiveness of its application in adult women with a history of perinatal trauma and associated symptoms. According to the results, it is concluded that EMDR is capable of improving different symptoms associated with perinatal trauma (such as anxiety, fear of childbirth, or difficulties in establishing the mother-infant bond), suggesting that it can be of great help as a technique in the treatment of psychological disturbances resulting from stress during the perinatal period. However, it is essential to emphasize the importance of continuing to develop this area of research and conducting studies of higher methodological quality than those available to generalize the results.

Keywords: EMDR, perinatal trauma, PTSD, stress, pregnancy.

Índice

1. Introducción	7
1.1. Justificación	7
1.2. Historia del Trauma	8
1.3. Trauma Perinatal	10
1.4. Neurociencia del Trauma	11
1.5. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)	13
1.6. Objetivos	16
2. Metodología	16
2.1. Diseño	16
2.2. Pregunta de Investigación	16
2.3. Criterios de Elegibilidad	18
2.4. Estrategia de Búsqueda	18
3. Resultados	19
3.1. Selección de artículos	19
3.2. Evaluación del Sesgo	20
3.3. Características del Lugar y Año de Publicación	25
3.4. Características de la Población	25
3.5. Características de la Intervención	28
3.5. Características del Comparador	29
3.6. Características de los Resultados	30
4. Discusión	33
4.1. Objetivos de la Revisión y Pregunta de Investigación	34
4.2. Interpretación de los Resultados	34
4.3. Implicaciones en la Práctica Clínica y Futuras Líneas de Investigación	35
4.4. Limitaciones de los Hallazgos	35
4.5. Conclusión	36
5. Bibliografía	37

Índice de Tablas y Figuras

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático	9
Tabla 2. Manifestaciones del Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal	11
Tabla 3. Fases de la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares	14
Tabla 4. Formulación PICO	17
Tabla 5. Búsqueda Inicial	19
Tabla 6. Evaluación del Sesgo	21
Tabla 7. Resumen de Artículos	23
Tabla 8. Variables de la Población	27
Tabla 9. Test Utilizados en los Artículos Seleccionados	28
Tabla 10. Representación de la Distribución en el Tiempo del Seguimiento de los Artículos	29
Figura 1. Diagrama de Flujo PRISMA	20
Figura 2. Distribución de los Artículos Seleccionados por Año de Publicación	25

Abreviaturas

APA American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología)

CAU Care as Usual (Cuidado Habitual)

DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)

EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares)

SUD Subjective Units of Disturbance (Unidades Subjetivas de Perturbación)

TEPT Trastorno de Estrés Postraumático

VoC Validity of Cognition (Validez de la Cognición)

1. Introducción

1.1. Justificación

El estudio del trauma perinatal es un tema que merece más preocupación e investigación de la que está recibiendo, debido a las importantes consecuencias que evoca sobre el bienestar físico y psicológico de la propia madre (Bassi et al., 2017; Hannon et al., 2022), el recién nacido (Daglar y Nur, 2018; Saharoy et al., 2023), la pareja (Dehshiri et al., 2023; He et al., 2022) y la familia (Poreddi et al., 2020; Sonalkar et al., 2014).

Estas son algunas de las investigaciones que demuestran que una situación altamente estresante durante el embarazo o el parto no solamente afectan a la madre y al recién nacido en el momento de la perturbación, sino que tiene importantes efectos sobre su sistema que pueden prolongarse en el tiempo, afectando a la dinámica familiar, la economía, el bienestar psicológico de la madre y las personas que acompañan y el desarrollo psicoafectivo y motor del infante (Slomian et al., 2019).

La idea de intervenir con el enfoque de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) se antoja novedoso y prometedor ya que cuenta con gran evidencia científica en el tratamiento de otras patologías: trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión, trastorno de pánico, fobias, etcétera (Leeds, 2013).

La brevedad del tratamiento, la estandarización del protocolo, la rapidez con la que se pueden apreciar los beneficios y la eficacia demostrada de la técnica (Novo Navarro et al., 2018), inspiran la investigación para conocer si es posible la generalización a nuevas muestras, alteraciones y trastornos psicológicos.

Sin embargo, aunque en los últimos años se esté despertando interés entre los investigadores por estudiar los efectos de este enfoque en diferentes situaciones, la literatura existente hasta la fecha sobre este ámbito es escasa. La falta de investigaciones sólidas sobre la eficacia del EMDR en el tratamiento del trauma perinatal subraya la necesidad urgente de realizar una revisión sistemática que sintetice y evalúe la evidencia disponible.

Es por esto que la justificación principal de la presente revisión sistemática es analizar los resultados de los artículos que se han propuesto estudiar los efectos del EMDR sobre el trauma perinatal hasta la fecha. De este modo, con esta línea de investigación se pretende no solamente contribuir al bienestar de las mujeres en proceso gestacional y puerperal y sus familias, sino también arrojar luz sobre los profesionales de la salud (psicología, enfermería, obstetricia, etcétera) en su práctica clínica.

1.2. Historia del Trauma

Antes del siglo XX, se consideraba que si una persona no tenía antecedentes de enfermedades mentales en su familia, aunque se expusiese a un evento traumático, se recuperaría poco a poco de manera espontánea (Jones y Wessely, 2006).

Fue tras los numerosos conflictos bélicos y desastres que tuvieron lugar en esta época cuando surgió un nuevo paradigma en cuanto a la concepción del trauma. Estudiando los efectos que la guerra había tenido sobre los soldados, se observó que en muchos casos los síntomas no remitían ni tiempo después de la exposición (Jones y Wessely, 2006). A raíz de esta conclusión, se empezó a apreciar la misma relación en personas que habían sufrido situaciones traumáticas, aun fuera del campo de batalla.

Mientras tanto, el desarrollo de las industrias farmacéuticas estaba en auge, y los resultados de los estudios científicos coincidían en que el uso de fármacos mejoraba la sintomatología de personas con condiciones como la esquizofrenia o la depresión severa (Vander Kolk, 2020), cambiando también la concepción de los hospitales psiquiátricos. El modelo médico se desarrolló.

Por primera vez en 1980, la American Psychological Association (APA) incluye en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - tercera edición (DSM-III) el TEPT. Este manual incluye como criterio diagnóstico "haber experimentado un evento psicológicamente traumático que generalmente se encuentra fuera de la normalidad de la experiencia humana habitual" y como síntomas habituales la reexperimentación del trauma, evitación y sobreactivación, principalmente.

La idea ha ido cambiando con el tiempo y desarrollando matices. Actualmente, el concepto de trauma se define como una respuesta de estrés a una situación amenazadora inevitable que supera los recursos de afrontamiento de la persona, provocándose así un déficit en la integración del recuerdo (Salvador, 2009).

Esta evolución de la propia conceptualización del trauma, donde se han ido teniendo en cuenta matices nuevos, se han desligado tabúes, estigmas y concepciones arcaicas, para así obtener una comprensión más profunda de sus complejidades, requiere también de un desarrollo paralelo de los enfoques de intervención que trabajen con esta casuística. Enfoques que no se centren únicamente en el tratamiento de los síntomas, sino también en la prevención de los trastornos y en la promoción de la resiliencia a través de una mirada compasiva y esperanzadora que reduzca el impacto del trauma en la vida de las personas que lo sufren.

Según el DSM-5 (APA, 2013), los criterios para el TEPT son los siguientes (Tabla 1):

Tabla 1

Criterios Diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático

-
- A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:
1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
 2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros
 3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
- Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.
- B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):
1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto de sueño están relacionados con el suceso(s) traumático(s).
 3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
-

En los últimos años, el trauma ha sido ampliamente estudiado desde las áreas de psicología y medicina debido al gran impacto que tiene sobre el bienestar físico y psicológico de las personas que lo sufren. Además, bajo el paraguas del trauma también se encuentran y se ven afectadas las personas de alrededor de las víctimas e incluso el personal sanitario que trabaja con ello: profesionales de la psicología, psiquiatría, enfermería, medicina de familia... (Brahmi et al., 2020; Foli et al., 2020).

1.3. Trauma Perinatal

El estudio del trauma perinatal está creciendo en los últimos años, como se demuestra con el aumento de artículos interesados en desarrollar programas de tratamiento para intervenir los síntomas de las madres durante el embarazo, el parto y el postparto, al igual que los de las parejas, las familias y los/as propios/as recién nacidos/as.

Resulta fundamental entender el período perinatal como un momento crítico en el que pueden surgir complicaciones y amenazas para la madre y su bebé hasta llegar a desarrollar los síntomas que se describen a continuación y consecuentemente traumas que deriven en TEPT.

El cálculo de la prevalencia del trauma perinatal resulta complejo debido a la heterogeneidad de los métodos y los criterios diagnósticos empleados en la evaluación del mismo según las diferentes investigaciones. Teniendo en cuenta el infradiagnóstico y el infratratamiento, actualmente se estima que el 10% de las mujeres que se encuentran en período perinatal toman psicofármacos, con una tendencia creciente en los últimos años (Lasheras et al., 2023). Los metaanálisis sitúan una prevalencia del 3,3% para el TEPT durante el embarazo (Yildiz et al., 2017) y entre el 4% y el 8% para el TEPT postparto (Andersen et al., 2012; Dekel et al., 2017; Olde et al., 2006; Yildiz et al., 2017). En 2020, en un estudio transversal con una muestra de más de 1500 mujeres españolas, se observó una prevalencia de síntomas de estrés postraumático del 7,2% (Hernández-Martínez et al., 2020). Según este estudio, 1 de cada 10 mujeres desarrollará TEPT en las 4-6 semanas siguientes al parto.

Cuando hablamos de factores de riesgo, como suele pasar en psicología, la literatura describe un efecto genético y neurohormonal, pero aprecia un mayor peso en los factores psicosociales. Entre las variables psicosociales asociadas a los factores de riesgo de desarrollar TEPT posparto, según una reciente revisión de Simpson et al. (2018), se destacan:

- Variables relacionadas con la historia vital previa al embarazo: ser mujer joven y estar no casada, bajo nivel económico, historia previa de trauma, apego evitativo, problemas físicos o mentales previos y autoimagen negativa.
- Variables relacionadas con el embarazo: complicaciones durante el embarazo, ausencia de información perinatal, embarazo no deseado, ser primípara o haber tenido más de dos embarazos y pasar un período breve entre embarazos.
- Variables relacionadas con el parto: parto instrumental o vaginal espontáneo, complicaciones neonatales, violencia obstétrica, percepción de apoyo insuficiente, dolor severo, complicaciones anestésicas, complicaciones con la

retirada de la placenta, cateterización urinaria, pérdida de control, disociación y percepción de miedo o amenaza.

- Variables relacionadas con el posparto: apoyo social insuficiente, sintomatología ansioso-depresiva, complicaciones en la lactancia, dolor, alteraciones de sueño, pobre satisfacción con el propio desempeño y el del equipo médico y percepción negativa hacia el bebé.

Además de la sintomatología típica asociada al TEPT, el trauma perinatal puede acarrear consecuencias extra como preeclampsia (presión arterial alta), bajo peso del bebé, alteraciones en el establecimiento del vínculo, dificultades en la lactancia, problemas de pareja o alteraciones en el desarrollo socioemocional del infante (Dekel et al., 2017). A continuación, se resumen las manifestaciones del TEPT perinatal (Rodríguez Muñoz, 2019):

Tabla 2

Manifestaciones del Trastorno de Estrés Postraumático Perinatal

Hiperactivación	Reexperimentación	Evitación
- Alteraciones del sueño	- Recuerdos automáticos e intrusivos	- Ligadura de trompas por miedo a un nuevo embarazo
- Cansancio	- Pesadillas de morir durante el parto	- Rechazo al contacto sexual
- Irritabilidad	- Sueños recurrentes sobre la muerte del bebé	- Uso de varios métodos anticonceptivos
- Ira	- Dolor asociado con el parto durante el coito	- Aborto inducido en embarazos posteriores
- Tensión muscular	- Revivir el trauma en el aniversario	- Solicitud de cesárea para los siguientes partos
- Respuestas de sobresalto o hipervigilancia acentuadas	- Elevada ansiedad ante un nuevo embarazo	- Rechazo del bebé
- Ansiedad elevada ante recordatorios de la experiencia		- Rechazo a hablar del suceso o sus emociones
- Problemas de concentración		

En cuanto a la evolución del trastorno, el equipo de Muzik (2016) propone cuatro posibles trayectorias: resiliencia (niveles mínimos de malestar), recuperación (síntomas iniciales que disminuyen con el tiempo), disfunción o TEPT crónico (síntomas marcados durante todo el período perinatal) y TEPT demorado (empeoramiento progresivo de los síntomas). En cada una de estas alternativas, es importante intervenir para reducir en intensidad, duración o frecuencia la sintomatología asociada al trauma.

1.4. Neurociencia del Trauma

Gracias a los avances de la neurociencia, actualmente contamos con técnicas de neuroimagen muy avanzadas que nos brindan un entendimiento más profundo y minucioso del funcionamiento del cerebro en los casos de trauma.

Cuando el cuerpo percibe una amenaza, ya sea real o imaginaria, pone en marcha una serie de mecanismos para asegurar la supervivencia. El sistema nervioso simpático (SNS) se activa rápidamente y manda señales excitatorias a la médula adrenal para que segregue nefrina y norepinefrina, sustancias encargadas de preparar al cuerpo para la lucha o la huida. Se produce una hiperactivación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HPA), por lo que se libera una gran cantidad de cortisol, la hormona típicamente relacionada con el estrés. El sistema inmunológico se ve comprometido y tiene lugar una hiperactivación del arousal, que es el nivel de excitación cortical necesario para relacionarnos con el medio de manera adecuada (Solomon y Heide, 2005).

Una vez que la amenaza llega a su fin, el cuerpo poco a poco recupera su estado basal y vuelve a la calma. Sin embargo, cuando se ha visto expuesto a una situación traumática severa, prolongada en el tiempo o para la que no se contaba con recursos suficientes, esta hiperactivación crónica dificulta la regulación de las respuestas autónomas ante estímulos externos o internos (Van der Kolk, 2020).

En una situación de estrés donde tiene lugar el trauma, los recuerdos no se procesan de manera adecuada, sino que permanecen más tiempo de lo normal en el sistema límbico, lo que dificulta su correcta integración posterior en el neocórtex. Debido a esto, surgen algunos de los síntomas típicamente asociados al trauma: flashbacks, pesadillas, alucinaciones de todos los tipos sensoriales, etcétera, que a su vez desencadenan sintomatología emocional como ansiedad o depresión (Solomon y Heide, 2005). Esto significa que, hasta que el recuerdo traumático no se integra de manera adecuada, los estímulos que estén asociados de uno u otro modo al evento que los produjo provocarán a su vez una reexperimentación, a menudo con la misma intensidad que la situación original.

En uno de los primeros estudios que investigó este fenómeno (Rauch et al., 1996), se pidió a personas supervivientes de eventos traumáticos que relatasen su historia mientras se les realizaban pruebas de neuroimagen. Los resultados demostraron que durante la descripción del relato, era apreciable un aumento de la actividad que mostraban sus cerebros en diferentes regiones: en el sistema límbico (centro de control de las emociones, lo que se relaciona con la sintomatología afectivo-emocional del trauma), la corteza visual (al reexperimentar imágenes vívidas del suceso) y el área de Broca, relacionada con la producción del lenguaje, lo que explicaría que bajo situaciones traumáticas (o reexperimentándolas), las personas puedan permanecer mudas y paralizadas, gritar obscenidades o llamar a sus madres. La literatura posterior a este estudio concuerda y confirma estos hallazgos (Bowirrat et al., 2010; Bremner, 2006; Harnett et al., 2020; Kunimatsu et al., 2020)

Otro hallazgo en la neurociencia del trauma se ubica en el funcionamiento anormal de la corteza orbitofrontal, que se relaciona con una dificultad en las relaciones sociales,

especialmente, en la regulación de afecto y el desarrollo de la empatía, debido a sus conexiones con el sistema límbico (Schore, 2002; Van der Kolk, 2020).

En el caso del trauma perinatal, resulta interesante además la interpretación que se hace de los efectos típicos del propio embarazado. Síntomas como el aumento de la tasa cardíaca y respiratoria, alteraciones gastrointestinales, hipersensibilidad de los senos o el propio movimiento del feto en la matriz (Seng et al., 2002; Seng et al., 2010) pueden ser interpretadas como amenazantes si hay una historia anterior de trauma (especialmente casos de violencia de género, abuso sexual, aborto o parto traumático).

Además, junto con la activación del eje HPA mencionado anteriormente, durante el todo el proceso de gestación tiene lugar una activación del eje hipotalámico-hipofisario-ovárico (HPO), que aumenta la concentración de progesterona y estrógenos, influyendo en el desencadenamiento de sintomatología ansiosa, emocionalidad negativa, alteraciones en el sueño y en las funciones cognitivas (Michopoulos et al., 2015).

Como se ha visto de manera resumida en los párrafos anteriores, el trauma tiene efectos a corto y a largo plazo sobre el cuerpo humano. Aunque los principales órganos y sistemas afectados se encuentren en el sistema endocrino y nervioso, sus efectos repercuten al resto de sistemas: cardíaco, respiratorio, muscular, etcétera (Castellanos, 2022). Comprender estos cambios en la biología del cuerpo humano resulta imprescindible para desarrollar enfoques terapéuticos eficaces y mejorar la calidad de vida de las personas supervivientes de trauma.

1.5. Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR)

El EMDR fue desarrollado por Francine Shapiro en los años 80 tras darse cuenta de que cuando tenemos pensamientos desagradables, nuestros ojos de manera natural tienen movimientos sacádicos, lo que la autora relacionó con una manera de procesar la información que estaba causando malestar (Shapiro, 1989).

En sus inicios, Shapiro comenzó aplicando una técnica que consistía en realizar movimientos oculares rápidos guiados por sus propios dedos con el objetivo de disminuir recuerdos traumáticos (Shapiro, 1989). Conforme se fueron obteniendo resultados de tratamiento consistentes y significativos, se desarrolló el marco teórico y se diseñó un método integral de tratamiento, lo que se conoce como el protocolo EMDR (Shapiro, 1995).

El EMDR es un enfoque terapéutico integrador que cuenta con principios, técnicas y protocolos de tratamiento específicos para tres vertientes: acontecimientos pasados que causaron y mantienen los síntomas actuales, (b) sucesos actuales y (c) eventos futuros (Shapiro, 2004). A continuación, se detalla el modelo estándar de ocho fases del tratamiento con EMDR.

Tabla 3

Fases de la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares

Fase	Objetivos	Tareas
Fase 1: Registro del historial	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer alianza terapéutica - Recopilar historial médico y psicosocial - Desarrollar plan de tratamiento y formulación de caso - Descartar criterios de exclusión 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener narrativa o historial estructurado - Evaluación objetiva de síntomas - Identificar dianas para su reprocesamiento: (a) sucesos pasados etiológicos para los síntomas actuales, (b) detonadores actuales y (c) objetivos futuros
Fase 2: Preparación	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener consentimiento informado para el tratamiento - Ofrecer psicoeducación - Practicar métodos de autocontrol - Hacer que el paciente empiece un diario semanal - Reforzar la alianza terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar al paciente a los problemas de la psicoterapia basada en traumas con EMDR - Aportar metáforas para la observación consciente durante el reprocesamiento - Comprobar en el diario del paciente que los métodos de autocontrol le ayudan
Fase 3: Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Acceder a aspectos primarios del objetivo seleccionado del plan de tratamiento para reprocesamiento con EMDR - Obtener medidas iniciales de SUD y VoC 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceder a aspectos primarios del objetivo seleccionado del plan de tratamiento para reprocesamiento con EMDR - Obtener medidas iniciales de SUD y VoC
Fase 4: Desensibilización	<ul style="list-style-type: none"> - Reprocesar la experiencia objetivo o diana hasta una resolución adaptativa indicada por una VoC de 0 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer series separadas de estimulación bilateral y evaluar cambios mediante los informes breves del paciente - Volver a la diana o incidente periódicamente para evaluar los cambios e identificar el material residual - Utilizar intervenciones adicionales solamente cuando el reprocesamiento esté manifiestamente bloqueado
Fase 5: Instalación	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir reprocesando la diana incluyendo la creencia positiva - Integración total de la creencia positiva en la red de recuerdos como indica la VoC de 7 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer series separadas de estimulación bilateral al tiempo que el paciente mantiene la diana en su conciencia junto con la creencia positiva deseada - Seguir hasta que el paciente alcance un VoC de 7 o de 6 "ecológica"
Fase 6: Exploración del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar el reprocesamiento total de cualquier perturbación residual asociada con la diana u objetivo - Permitir que el paciente logre mayores niveles de síntesis 	<ul style="list-style-type: none"> - Hacer series separadas de estimulación bilateral al tiempo que el paciente se centra en reprocesar cualquier sensación física residual hasta que sólo haya sensaciones neutras o positivas
Fase 7: Cierre	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la estabilidad del paciente y su orientación al concluir cada sesión de reprocesamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar si hace falta técnicas de autocontrol para garantizar la estabilidad y la orientación - Informar al paciente de los efectos del tratamiento - Pedir al paciente que mantenga un diario de observaciones de sí mismo entre sesiones
Fase 8: Reevaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar que se estén abordando todos los aspectos del plan de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajustar el plan de tratamiento a la medida de las necesidades basándose en los apuntes del diario del paciente • Volver a comprobar la diana para garantizar efectos estables del tratamiento

Nota. Leeds (2013). SUD: Unidades subjetivas de perturbación. VoC: Validez de la cognición.

Al intervenir, se utilizan las medidas SUD (Unidades Subjetivas de Perturbación) y VoC (Validez de la Cognición). Como se ha referido en la tabla anterior, durante el proceso se pide al paciente que se concentre en el recuerdo traumático y que atienda a las palabras

negativas y desagradables con las que se identifica al respecto. A continuación, se le pide que sitúe con una puntuación 0-10 en la escala SUD ese malestar. No se pasaría a la Fase 5: Instalación hasta que la medida SUD sea 0. Por otra parte, se propone que trate de identificarse con frases positivas autoafirmativas con respecto al evento traumático, y se pide que valore cuánto se cree estas palabras a través de una puntuación 1-7 en la escala VoC. La Fase 5: Instalación se considera completada cuando se logra la integración total de la creencia positiva en la red de recuerdos como indicaría una puntuación VoC de 7 (Shapiro, 2004).

El enfoque EMDR se explica a través del Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), según el cual la información que sustenta una gran carga de estrés encuentra dificultades en ser procesada de la manera habitual con la que el resto de recuerdos son almacenados, y por eso causa el malestar y la sintomatología (Mosquera y González, 2014). Aquí es importante matizar entre el trauma con “T” mayúscula y el trauma con “t” minúscula. La “T” mayúscula se referiría a desastres naturales, atentados, accidentes de tráfico graves, etcétera; mientras que la “t” minúscula incluye traumas mucho más sutiles, como un contexto inseguro o inestable, pero que impactan igualmente en la visión que la persona tiene de sí misma, de los demás y del mundo (Hensley, 2010). De esta forma, el EMDR atiende a elementos perceptivos, cognitivos, emocionales y somáticos del recuerdo y los reprocessa a través de la estimulación bilateral, poniendo en marcha el PAI para que se almacenen de manera que no causen disfunción mientras que se instala la nueva creencia adaptativa y positiva sobre el yo (Shapiro, 2010).

Para estudiar la eficacia del EMDR, se ha comparado típicamente con la terapia cognitivo-conductual, y de manera más específica, con la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. A pesar de que este enfoque cuenta con una investigación de mayor peso en cuanto a número de artículos científicos debido a que es una línea de tratamiento anterior al desarrollo del EMDR, no se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la evidencia de ambos tratamientos (Seidler y Wagner, 2006). De hecho, la guía National Institute for Health and Care Excellence [NICE] (2018) destaca una ventaja a favor del EMDR: la relación coste-beneficio.

Los diferentes meta-análisis (Davidson y Parker, 2001; Lewey et al., 2018; Rodenburg et al., 2009; Scelles y Bulnes, 2021) que han analizado la eficacia del EMDR coinciden en que el EMDR cuenta con varios puntos fuertes claros con respecto a otros enfoques, como la brevedad del tratamiento. Sin embargo, en cuanto a sus limitaciones también hay un consenso generalizado sobre la preocupación que acarrea la variabilidad existente dentro de la aplicación del método, aun existiendo un sistema protocolizado. De cara a futuras investigaciones, sería interesante aunar los parámetros de intervención para obtener datos más precisos con respecto a su eficacia.

Desde sus inicios, el EMDR se ha desarrollado con rapidez, desde inicialmente ser un efecto observado de movimientos oculares bilaterales hasta actualmente conformar una técnica protocolizada con reconocimiento internacional para la intervención de numerosas alteraciones psicológicas, especialmente el tratamiento del estrés agudo y el TEPT (Leeds, 2013).

1.6. Objetivos

Para explorar la eficacia de la intervención con EMDR, el objetivo general del presente estudio es realizar una revisión sistemática para examinar y analizar la evidencia científica disponible sobre los efectos del EMDR en el tratamiento de la sintomatología asociada al trauma perinatal.

Los objetivos específicos son:

- Realizar una búsqueda exhaustiva de la literatura científica que estudie los efectos del EMDR en el trauma perinatal.
- Evaluar la calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios seleccionados.
- Analizar y resumir los resultados obtenidos.

2. Metodología

2.1. Diseño

El presente trabajo es una revisión sistemática realizada siguiendo el estándar Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis (PRISMA) en su versión española (Page et al., 2021). Se ha partido de una pregunta de investigación con el formato del sistema PICO (Martínez Díaz et al., 2016) para poder llevar a cabo una búsqueda sistemática analizando la literatura existente en diferentes bases de datos (PubMed, Scopus y Web Of Science) y finalmente analizar los resultados de los artículos seleccionados.

2.2. Pregunta de Investigación

La pregunta de investigación se ha formulado definiendo cada uno de los componente del sistema PICO (Martínez Díaz et al., 2016):

Tabla 4*Formulación PICO*

P	Población Mujeres mayores de 18 años con sintomatología de trauma perinatal
I	Intervención Intervención con EMDR
C	Comparador Grupos control con intervención en CAU o sin grupo control
O	Resultados Reducción de la sintomatología de trauma perinatal.

Nota. CAU: Care as usual. EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

De esta forma, la pregunta de investigación es la siguiente: ¿es eficaz el tratamiento de los síntomas de trauma perinatal con la terapia EMDR en mujeres mayores de 18 años?

A continuación, se describe con mayor detalle la información del presente estudio de investigación con respecto a la estrategia PICO.

Participantes

Los artículos seleccionados contarán con una muestra formada de manera íntegra por mujeres mayores de 18 años que presenten sintomatología de trauma en relación a su período perinatal. Aquí se incluirán tanto casos de mujeres que hayan experimentado dificultades durante el embarazo y esto haya ocasionado alteraciones psicológicas, aquellas que hayan sufrido un parto complicado o traumático e incluso violencia obstétrica, y mujeres que después del parto hayan desarrollado sintomatología de trauma debido a cualquier distrés durante el período perinatal.

Intervención

La intervención que se utilizará en el presente estudio de investigación será el tratamiento con EMDR. Los parámetros de intervención podrán variar de un estudio a otro, pero en todos ellos se habrá llevado a cabo una aplicación de la técnica siguiendo el protocolo necesario para ello.

Comparador

En los casos en los que haya un grupo control, para conocer la eficacia del EMDR se tendrá en cuenta como comparador un grupo control con intervención en CAU. El tratamiento CAU (también denominado TAU, Treatment as Usual, en algunos artículos) se refiere a la intervención psicológica estándar que se presta a las mujeres que acaban de dar a luz en el propio hospital, que consiste en proporcionar psicoeducación e información

acerca del procesamiento emocional del propio parto y directrices sobre el cuidado, la lactancia y la recuperación física en el postparto. Se incluyen estudios sin grupo de control.

Medidas de resultado

Las medidas de resultado que se utilizarán para evaluar la eficacia de la intervención con EMDR se relacionan con variables de salud mental. En concreto, se estudiarán por una parte las variables relacionadas con el distrés emocional, como la sintomatología ansioso-depresiva y TEPT, y por otra parte aquellas que tengan que ver con el bienestar con respecto a la maternidad y el período perinatal, como el miedo al parto o a gestar un nuevo embarazo, el vínculo materno-filial o la autoeficacia como madre.

2.3. Criterios de Elegibilidad

Para acotar el contenido de la búsqueda, se propusieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Tipo de estudio: Estudios clínicos aleatorizados, estudios clínicos controlados, estudios de cohorte retrospectivo y prospectivo, estudios pre-post, estudios de serie de casos, estudios de caso único.
- Intervención: Tratamiento con EMDR.
- Muestra: Mujeres mayores de 18 años con sintomatología de trauma perinatal.

Criterios de Exclusión:

- Tipo de estudio: Revisiones sistemáticas, conferencias, artículos de opinión, diseños de estudios sin resultados.
- Intervención: EMDR en conjunto con otra técnica que no sea CAU.
- Muestra: Diagnóstico de trastorno mental grave (esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastornos relacionados), psicopatología o adicciones.

2.4. Estrategia de Búsqueda

La búsqueda inicial se llevó a cabo el 27 de julio de 2023 en las bases de datos PubMed, Scopus y Web Of Science. Durante el mes de agosto, se realizó de nuevo una búsqueda con los mismos parámetros por si en este período se hubiese publicado algún otro artículo que fuese de interés para este trabajo. La estrategia de búsqueda se fundamentó en palabras claves de esta revisión y se utilizó la misma para todas las bases de datos. Se

utilizó los siguientes descriptores booleanos sin ningún filtro de búsqueda: ((“childbirth trauma” OR “post-traumatic stress after childbirth” OR “posttraumatic stress following childbirth” OR “childbirth anxiety” OR “stillbirth” OR “birth trauma” OR “fear of childbirth” OR “traumatic childbirth” OR “perinatal trauma” OR “postpartum trauma” OR “pregnancy-related trauma” OR “obstetric trauma” OR “posttraumatic stress disorder after childbirth” OR “posttraumatic stress symptoms after childbirth”) AND (“EMDR” OR “eye movement desensitization and reprocessing”)).

Después de realizar la búsqueda, se eliminaron los estudios duplicados encontrados en diferentes bases de datos. Luego, se realizó una primera evaluación basada en el título y el resumen de los estudios. Posteriormente, se procedió a llevar a cabo una lectura completa de los artículos que habían pasado esta primera selección, verificando su idoneidad y aplicando los criterios de inclusión y exclusión.

3. Resultados

3.1. Selección de artículos

La primera búsqueda arrojó un resultado de 50 artículos en las diferentes bases de datos, según se detalla en la Tabla 5.

Tabla 5

Búsqueda Inicial

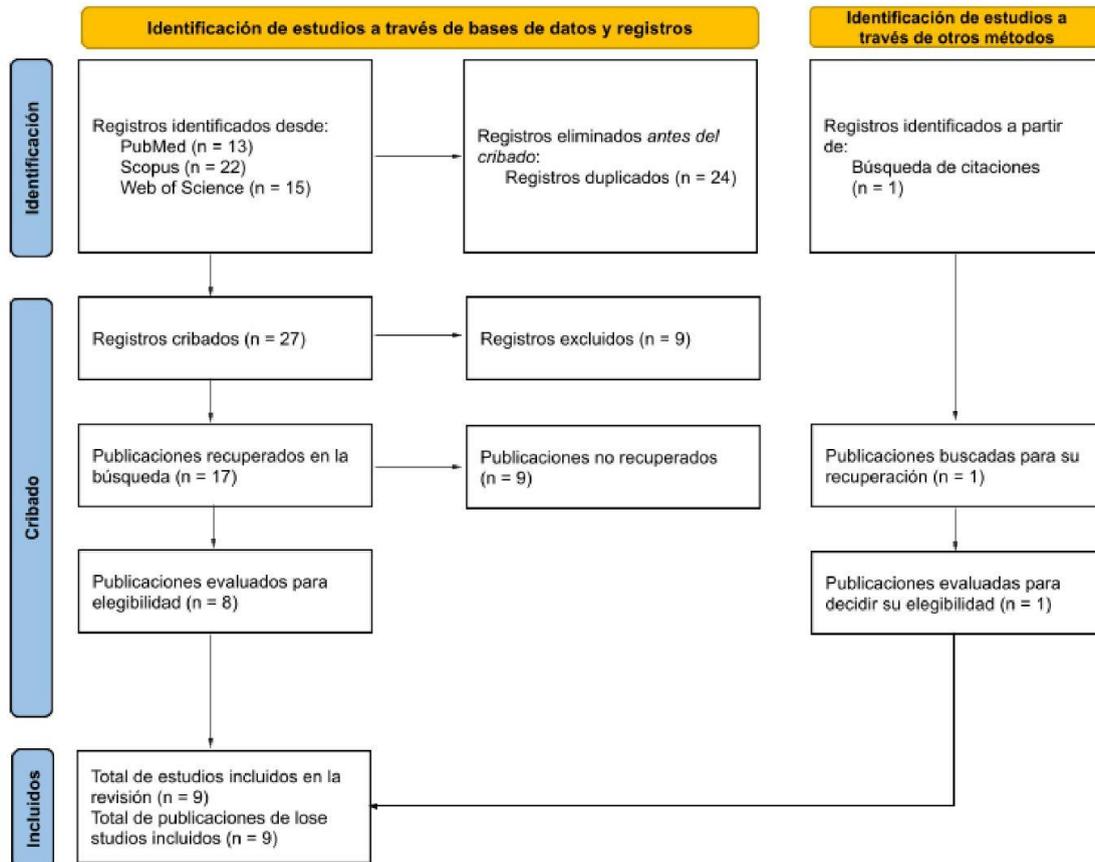
Base de datos	Resultados
PubMed	13
Scopus	22
Web of Science	15
Total	50

Tras la lectura de los títulos y los resúmenes de los 50 artículos, se eliminaron aquellos que estaban duplicados y los que no cumplían los criterios de inclusión y exclusión, quedando 8 artículos de interés. Se descartaron distintos artículos porque eran protocolos/diseños de estudios sin realizar, revisiones sistemáticas, libros de textos, estudios descriptivos no clínicos y estudios que combinaban la terapia de EMDR con otro tratamiento como la hipnosis o el psicodrama.

Posteriormente, se identificó otro documento pertinente de ser incluido en la búsqueda que no coincidía con los descriptores booleanos y que fue encontrado tras revisar las citaciones de los estudios seleccionados. El número de estudios finalmente seleccionado para realizar la revisión sistemática fue 9, tal y como se describe de manera detallada en el diagrama de flujo a continuación.

Figura 1

Diagrama de Flujo PRISMA



3.2. Evaluación del Sesgo

Para analizar la calidad de los artículos finalmente seleccionados se utilizó la Cochrane Risk of Bias Tool descrita en el Manual Cochrane 5.1.0. (Higgins y Green, 2011), que evalúa la medida en la que los artículos cuentan con diferentes sesgos. De acuerdo con los autores, esta herramienta tiene en cuenta el sesgo de selección (compuesto de generación de secuencia y ocultación de la asignación), sesgo de realización (cegamiento de los/as participantes y el personal), sesgo de detección (cegamiento de los evaluadores del resultado), sesgo de desgaste (datos de resultados incompletos) y sesgo de notificación (notificación selectiva de los resultados).

Tabla 6
Evaluación del Sesgo

Artículo	Sesgo de selección		Sesgo de realización	Sesgo de detección	Sesgo de desgaste	Sesgo de notificación
	Generación de secuencia	Ocultación de la asignación				
Kopmeiners et al. (2023)	Bajo	Alto	Alto	Alto	Bajo	Bajo
Baas et al. (2022)	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo	Bajo
Kranenburg et al. (2021)	Alto	Alto	Alto	?	Bajo	Bajo
Baas et al. (2020)	N/A	N/A	N/A	Alto	Bajo	Bajo
Chiorino et al. (2019)	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Zolghadr et al. (2019)	Bajo	Bajo	Alto	Alto	Bajo	Bajo
Pašalić y Hasanović (2018)	N/A	N/A	N/A	Alto	Bajo	Bajo
Stramrood et al. (2012)	N/A	N/A	N/A	?	Bajo	Bajo
Sandström et al. (2008)	N/A	N/A	N/A	?	Alto	Bajo

Nota. Alto: El estudio no ha cuidado lo suficiente este aspecto y puede comprometer la fiabilidad de la investigación. Bajo: El estudio ha excluido o minimizado significativamente la posibilidad de este tipo de sesgo en su estudio. N/A: Riesgo de sesgo poco claro. ?: No aplicable debido a las características generales del estudio.

A continuación, se describen los detalles de los 9 artículos finalmente seleccionados, incluyendo la autoría y el año de publicación, la metodología del estudio, el objetivo de la investigación, la muestra seleccionada, la intervención utilizada y finalmente los resultados obtenidos.

Tabla 7

Resumen de Artículos

Autor	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Evaluación	Intervención	Seguimiento	Resultados
Kopmeiners et al. (2023)	Estudio controlado aleatorizado	Mejorar con EMDR los síntomas de trauma en mujeres que han tenido parto traumático y no cumplen todos los criterios diagnósticos de TEPT	N=20	PCL-5 PPQ 4DSQ	1-3 sesiones de 60-120 minutos de EMDR (N=11) vs CAU (N=9)	3, 6 y 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de las puntuaciones en PCL-5, PPQ y 4DSQ. • Disminución de los síntomas: fatiga, miedo a un nuevo embarazo, ansiedad, miedo de perder el control y estrés. • No se encontraron resultados significativos en el vínculo materno-filial y la relación de pareja íntima.
Baas et al. (2022)	Estudio controlado aleatorizado multicéntrico simple ciego	Reducir el miedo al parto de mujeres embarazadas que no cumplen los criterios de TEPT	N=141	WDEQ-A CAPS-5 MINI-plus	1-3 sesiones de 90 minutos de EMDR (N=70) vs CAU (N=71)	32-34 semanas de gestación y 2-3 meses postparto	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la puntuación en WDEQ-A. • Disminución del miedo al parto. • La terapia no contribuye al empeoramiento de síntomas o riesgo suicida.
Kranenburg et al. (2021)	Estudio prospectivo de cohorte	Conocer la eficacia del EMDR en el tratamiento del TEPT tras el parto	N=25	LEC-5 CTQ-SF CPS PCL-5	8 sesiones de 90 minutos de EMDR	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la puntuación en CPS y PCL-5. • Ninguna participante cumple los criterios diagnósticos de TEPT.
Baas et al. (2020)	Estudio de caso único	Reducir la sintomatología TEPT postparto de una mujer embarazada	N=1	WDEQ-A PSS-SR CAPS-5 MINI-plus	3 sesiones de EMDR	36 semanas de gestación, 2 y 12 meses postparto	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la puntuación en WDEQ-A y CAPS-5. • Reducción de la ansiedad y el miedo al parto. • La paciente no cumple los criterios diagnósticos de TEPT.
Chiorino et al. (2019)	Estudio controlado aleatorizado	Reducir los síntomas de trauma tras el parto con EMDR	N=37	IES-R MIBS PDEQ EPDS	1 sesión de 90 minutos de EMDR (N=19) vs CAU (N=18)	3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • 17/19 pacientes no cumplen los criterios diagnósticos de TEPT. • Mejora de la puntuación en IES-R, PDEQ y MIBS. • Reducción de los síntomas de depresión postparto, flashbacks y miedo a un nuevo embarazo.

Autor	Tipo de estudio	Objetivo	Muestra	Evaluación	Intervención	Seguimiento	Resultados
Zolghadr et al. (2019)	Estudio controlado aleatorizado	Investigar los efectos del EMDR en el miedo al parto de mujeres con historial de muerte fetal	N=30	PRAQ	1 sesión de 90 minutos de EMDR (N=15) vs CAU (N=15)	1-3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la ansiedad: miedo al parto, a los cambios de humor y sus consecuencias en el bebé, a alumbrar un bebé con problemas de salud física o mentales, al cambio en la relación de pareja y a los cambios personales a raíz de la maternidad.
Pašalić y Hasanović (2018)	Estudio de caso único	Demostrar los beneficios de la intervención con EMDR tras el trauma perinatal	N=1	N/A	8 sesiones de EMDR	4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del estrés y la frecuencia e intensidad de los síntomas TEPT. • Aumento en la confianza en sí misma como madre y en el futuro de su bebé. • Mejor gestión emocional de los altibajos de la maternidad.
Stramrood et al. (2012)	Estudio de serie de casos	Evaluar los efectos del EMDR en mujeres embarazadas tras el diagnóstico de TEPT postparto tras un embarazo previo	N=3	N/A	4 sesiones de EMDR	N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción del estrés y frecuencia e intensidad de los síntomas TEPT. • Aumento de la seguridad y confianza con respecto al parto.
Sandström et al. (2008)	Pre-post estudio	Conocer los efectos de aplicar EMDR en mujeres que han sufrido TEPT postparto	N=4	TES	Sesiones de 50-90 minutos de EMDR	12-36 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna participante cumple los criterios diagnósticos de TEPT. • Mejora de la puntuación en TES en 3 participantes,

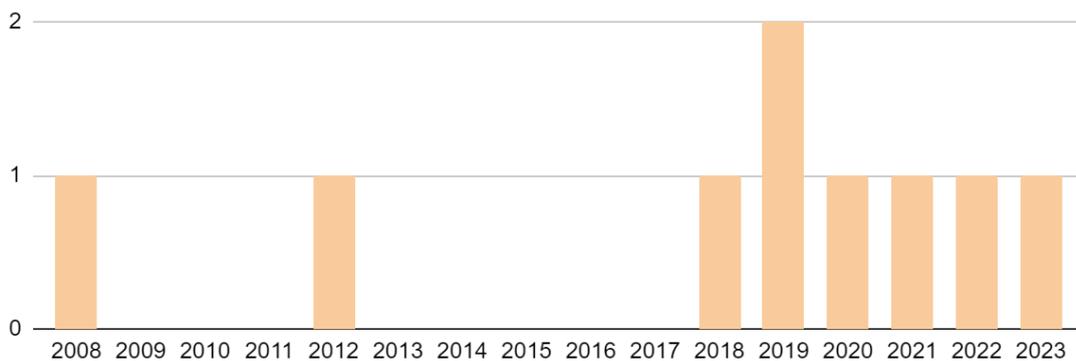
Nota. 4DSQ: Four-dimensional symptom questionnaire. CAU: Care as usual. CAPS-5: Clinician administered post-traumatic stress disorder scale. CPS: Childbirth perception scale. CTQ-SF: Childhood trauma questionnaire - short form. EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. EPDS: Edinburgh postnatal depression scale. IES-R: Impact of event scale - revised. LEC-5: Life events checklist for Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 5. MIBS: Mother-to-infant bonding scale. MINI-plus: MINI international neuropsychiatric interview - plus. N/A: No aplicable debido a las características generales del estudio. PCL-5: Post-traumatic stress disorder checklist for Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 5. PDEQ: Peritraumatic dissociative experiences questionnaire. PPQ: Perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire. PRAQ: Pregnancy-related anxiety questionnaire. PSS-SR: Post-traumatic stress disorder scale - self report. TEPT: Trastorno de estrés postraumático. TES: Traumatic event scale. WDEQ-A: Wijma delivery expectancy/experience questionnaire.

3.3. Características del Lugar y Año de Publicación

Teniendo en cuenta que en esta revisión sistemática no se utilizó ningún filtro ni criterio de elegibilidad basado en el año de publicación de los estudios debido al escaso flujo de investigaciones existentes sobre el tema, la fecha de publicación de los artículos finalmente seleccionados tiene lugar entre el 2008 y el 2023. Aun así, la mayor parte (7) se publicaron en el período de los últimos cinco años, siendo también estos estudios los que cuentan con una metodología que ofrece una mayor evidencia científica. Este hecho proporciona información acerca de la creciente preocupación sobre este asunto y la importancia de continuar desarrollando líneas de investigación que contribuyan al diseño de técnicas de evaluación y tratamiento efectivas.

Figura 2

Distribución de los Artículos Seleccionados por Año de Publicación



En cuanto al lugar de realización, la mayoría de los estudios fueron llevados a cabo en Holanda (5), aunque también en Italia (1), Bosnia y Herzegovina (1), Suecia (1) e Irán (1).

3.4. Características de la Población

En los 9 artículos seleccionados participaron 262 mujeres con una edad media de 32,96 años. De manera específica, la edad media de las mujeres pertenecientes al grupo experimental fue 32,64 y en los casos en los que había grupo control, la edad media fue 33,38 años.

En cuanto los estudios y formación de las participantes, de los 4 artículos que recogieron datos al respecto, el 20,81% tenía un nivel educativo bajo (el 21,93% del grupo experimental y el 19,63% del grupo control), el 31,67% un nivel medio (27,19% del grupo experimental y 36,45% del grupo control) y el 46,15% un nivel educativo alto (50,88 del grupo experimental y 42,93% del grupo control).

El 97,87% de las mujeres tenían pareja estable en el momento del tratamiento. De manera específica, diferenciando por grupo de intervención, el 100% del grupo experimental

y, en los casos de los que había grupo control, el 96,67% estaban en una relación sentimental.

De los 8 artículos en los que se hace referencia, el 29,26% de las mujeres eran nulíparas, es decir, nunca habían dado a luz (49,25% fueron situadas en el grupo experimental y 50,75% en el grupo control), el 23,14% era la primera vez que alumbraban (62,26% en el grupo experimental y 37,74% en el grupo control) y el 47,6% habían tenido otros partos antes (59,63% del grupo experimental y 40,37% del grupo control).

A continuación, en la tabla 8, se puede apreciar las características de la muestra de los artículos seleccionados en cuanto a los aspectos de edad, nivel educativo, situación sentimental y número de partos previos.

Tabla 8
Variables de la Población

Variable	Condición	Artículos								
		Kopmeiners et al. (2023)	Baas et al. (2022)	Kranenburg et al. (2021)	Baas et al. (2020)	Chiorino et al. (2019)	Zolghadr et al. (2019)	Pašalić y Hasanović (2018)	Stramrood et al. (2012)	Sandström et al. (2008)
Edad	Experimental Control	\bar{X} 33.7 (11)	\bar{X} 33.5 (70)	\bar{X} 32.36 (25)	36 (1)	\bar{X} 36.47 (19)	\bar{X} 29.47 (15)	31 (1)	\bar{X} 25 (3)	\bar{X} 28 (4)
		\bar{X} 33.2 (9)	\bar{X} 34.6 (71)	-	-	\bar{X} 32.11 (18)	\bar{X} 29.27 (15)	-	-	-
Nivel educativo	Bajo	Experimental Control	9.1% (1) 0%	21.5% (15) 12.7% (9)		5.3% (1) 16.7% (3)	53.34% (8) 60% (9)			
	Medio	Experimental Control	36.4% (4) 44.4% (4)	27.1% (19) 35.2% (25)		15.8% (3) 44.4% (8)	33.33% (5) 26.67% (2)			
	Alto	Experimental Control	54.5% (6) 55.6% (5)	50% (35) 46.5% (33)		79.9% (15) 38.9% (7)	13.33% (2) 13.33% (2)			
Pareja	Con pareja	Experimental Control		100% (70) 95.77% (68)	100% (1) -	100% (19) 94.44% (18)		100% (1) -	100% (3) -	100% (4) -
	Sin pareja	Experimental Control		0% 4.23% (3)		0% 5.6% (1)				
Número de partos	Nulípara	Experimental Control		47.1% (33) 47.8% (34)						
	Primípara	Experimental Control	54.5% (6) 88.9% (8)		52% (13) -	73.6% (14) 66.7% (12)				
	Multipara	Experimental Control	45.5% (5) 11.1% (1)	52.9% (37) 52.1% (37)	48% (12) -	100% (1) -	26.32% (5) 33.33% (6)	100% (1) -	100% (3) -	25% (1) -

3.5. Características de la Intervención

Existe una gran heterogeneidad entre los métodos de evaluación que cada estudio llevó a cabo para elegir su muestra y para comprobar la efectividad del tratamiento, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 9

Test Utilizados en los Artículos Seleccionados

Trauma	Perturbación relacionada con el embarazo/parto	Enfermedades mentales (cribado)
<ul style="list-style-type: none"> • Clinician administered post-traumatic stress disorder scale (CAPS-5) • Childhood trauma questionnaire - short form (CTQ-SF) • Impact of event scale - revised (IES-R) • Life events checklist for Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 5 (LEC-5) • Post-traumatic stress disorder checklist for Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 5 (PCL-5) • Post-traumatic stress disorder scale - self report (PSS-SR) • Peritraumatic dissociative experiences questionnaire (PDEQ) • Traumatic event scale (TES) 	<ul style="list-style-type: none"> • Childbirth perception scale (CPS) • Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) • Mother-to-infant bonding scale (MIBS) • Perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire (PPQ) • Pregnancy-related anxiety questionnaire (PRAQ) • Wijma delivery expectancy/experience questionnaire (WDEQ-A) 	<ul style="list-style-type: none"> • Four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) • MINI international neuropsychiatric interview - plus (MINI-plus)

Cada prueba se utilizó en un artículo diferente excepto los test PCL-5, CAPS-5, WDEQ-A y MINI-plus que fueron empleados en dos de ellos. Hubo dos artículos que no utilizaron pruebas psicométricas estandarizadas para evaluar la sintomatología de las participantes (Pašalić y Hasanović, 2018; Stramrood et al., 2012).

En los 4 estudios controlados aleatorizados, el grupo experimental recibió como tratamiento sesiones protocolizadas de EMDR además de CAU, y el grupo control recibió exclusivamente CAU. En el resto de investigaciones no aleatorizadas (5), el total de la muestra recibió tratamiento protocolizado EMDR. Como se mencionó en los criterios de elegibilidad, en ninguno de los estudios seleccionados se utilizó un tratamiento adicional.

Las intervenciones con EMDR se distribuyeron a través de 1-8 sesiones: 6 artículos utilizaron 1-4 sesiones y 2 estudios emplearon 8 sesiones. En uno de los estudios (Sandström et al., 2008), no se especifica el número de sesiones realizadas, sino que se menciona que “el tratamiento se consideró finalizado cuando las mujeres pudieron recordar el parto sin experimentar sintomatología ansiosa”.

Las sesiones de EMDR tuvieron una duración de 50 a 120 minutos, utilizando 4 de los estudios sesiones de 90 minutos. 3 artículos (Baas et al., 2020; Pašalić y Hasanović, 2018; Stramrood et al., 2012) no hacen referencia a cuánto tiempo duraron las sesiones con EMDR durante cada intervención.

En cuanto al seguimiento, se observa una mayor variabilidad entre los artículos. A modo aclaratorio, por si la suma de este recuento puede dar cabida a la confusión, cabe mencionar aquí que varios de los estudios realizaron conjuntamente distintas medidas de seguimiento a corto y a largo plazo después de la intervención. El estudio de cohortes prospectivo (Kranenburg et al., 2021) no realizó ningún seguimiento. 2 artículos (Baas et al., 2020; Baas et al., 2022) en los que participaron mujeres con miedo a dar a luz realizaron el seguimiento antes del parto, a las 32-36 semanas de gestación. 5 de los artículos realizaron su seguimiento a los 2-6 meses del parto y 4 a los 12-36 meses. A continuación, con un gráfico aclarador podemos ver un resumen:

Tabla 10

Representación de la Distribución en el Tiempo del Seguimiento de los Artículos

Artículo	Semana de gestación			Mes postparto														
	32	34	36	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	24	36	
Kopmeiners et al. (2023)																		
Baas et al. (2022)																		
Kranenburg et al. (2021)																		
Baas et al. (2020)																		
Chiorino et al. (2019)																		
Zolghadr et al. (2019)																		
Pašalić y Hasanović (2018)																		
Stramrood et al. (2012)																		
Sandströmet al. (2008)																		

3.5. Características del Comparador

De esta revisión sistemática, 4 estudios controlados aleatorizados contaron con un grupo comparador para poder analizar la efectividad del tratamiento con EMDR. El comparador consistió en la intervención de las mujeres de la muestra con tratamiento CAU. En estos estudios, las mujeres pertenecientes al grupo experimental también recibieron CAU.

Este tratamiento se refiere al cuidado perinatal básico que se utiliza en los hospitales con las mujeres embarazadas y/o que dan a luz y sus parejas, que incluye revisiones

obstétricas rutinarias, información y educación en temas de lactancia, crianza y recuperación postparto, además de atención y apoyo psicológico en los casos de partos complicados y traumáticos.

3.6. Características de los Resultados

En el análisis exhaustivo de esta revisión sistemática se observa que el EMDR resulta una terapia eficaz en el tratamiento del trauma perinatal. Los resultados demuestran que la aplicación del EMDR contribuye a la mejora de la sintomatología asociada al trauma. La mayoría de los artículos centraron su investigación en el estudio de dos variables: el estrés y los criterios diagnósticos para el TEPT, y en el propio miedo al parto. También se mencionan los resultados obtenidos en algunos artículos sobre vinculación materno-filial y riesgo de empeoramiento y suicidio tras el tratamiento con EMDR. Sin embargo, estos resultados no son siempre estadísticamente significativos.

Sintomatología TEPT

Todos los artículos seleccionados en esta revisión sistemática que evaluaron la sintomatología del TEPT comparten como resultado una mejora de los resultados en términos cuantitativos y cualitativos tras la intervención con EMDR, aunque su significación con respecto al grupo CAU solamente es significativa en algunos de ellos, debido a la metodología y a las características del estudio.

En el estudio de Kopmeiners et al. (2023) no se encontraron resultados cuantitativos estadísticamente significativos debido al tamaño de la muestra (N=40). Aun así, los datos mostraron puntuaciones más bajas en los dos test empleados (PCL-5 para medir el TEPT en general y PPQ para evaluar el TEPT postparto) después de todas las etapas de seguimiento, especialmente en el grupo EMDR. El resultado que se acercó más a la significación fue la diferencia entre la puntuación media en el test PCL-5 de ambos grupos tras la última etapa del seguimiento a los 12 meses, a favor del EMDR. En este artículo se habla de un efecto temporal: ambos grupos experimentaron una reducción de la sintomatología de trauma con el tiempo, aunque esta mejora fue ligeramente más destacable en el grupo EMDR. A nivel cualitativo, en ambos grupos se redujeron en intensidad y frecuencia las quejas físicas y mentales relacionadas con el trauma o el parto tras la intervención: en el grupo EMDR la mitad de las mujeres no volvieron a experimentar quejas pero en el grupo CAU la mayoría continuaron con molestias.

Una investigación (Chiorino et al., 2019) que contó con una muestra de 37 mujeres con diagnóstico de TEPT postparto demostró que, en la primera etapa del seguimiento, a las 6 semanas, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la reducción de la sintomatología de TEPT del grupo que recibió EMDR (78.9%) y el grupo CAU (38.9%). No obstante, en la segunda etapa, que tuvo lugar a las 12 semanas, las diferencias entre el grupo EMDR (89.5%) y el grupo CAU (66.7%) no fueron significativas. En la evaluación del

trauma a través del test IES-R, ambos grupos experimentaron una mejora en los síntomas relacionados con el trauma, pero el grupo EMDR obtuvo una mejora significativa con respecto al grupo control en ambas fases del seguimiento. En relación de manera específica a los flashbacks, en el seguimiento a las 12 semanas, el grupo CAU mantuvo la frecuencia e intensidad de los mismos, mientras que en el grupo EMDR se redujeron de modo que solamente 1 persona continuaba experimentándolos tras el tratamiento.

En un pre-post estudio (Sandström et al., 2008), después del tratamiento, las 4 mujeres participantes en este estudio dejaron de cumplir los criterios diagnósticos según el DSM-IV (APA, 1994) para el TEPT. De los ítems que continuaban generando malestar, su intensidad y la frecuencia disminuyó y ya no causaban sufrimiento clínico ni interferían de manera negativa con el día a día. Después de completar todas las fases de un seguimiento que duró 3 años, 3 de las 4 participantes continuaban experimentando estos resultados satisfactoriamente y obtuvieron puntuaciones notablemente inferiores en el test TES (de 16 puntos previamente al tratamiento a 7.7 en el seguimiento).

Del mismo modo, los estudios de series de casos y de caso único, aunque no pudieran analizar los datos estadísticamente comparando sus hallazgos con los obtenidos en un grupo control, también son tenidos en cuenta, ya que a mayor número de estudios que muestran beneficio con respecto a un tratamiento, menor probabilidad de que los responsables de los cambios sean factores extraños. Este tipo de estudios son especialmente interesantes porque proporcionan resultados que pueden ser utilizados para la identificación y explicación de nuevos casos en base a las reglas generadas (Roussos, 2007).

El equipo de Kranenburg et al. (2021) dirigió un estudio en el que cuatro mujeres con diagnóstico de TEPT e historia de parto reciente fueron evaluadas con test PCL-5 antes y después de hasta 8 sesiones de EMDR. Los resultados obtenidos con diferentes pruebas de evaluación demostraron que tras 5/8 sesiones de EMDR, ninguna de las participantes continuaba cumpliendo los criterios diagnósticos para el TEPT según el DSM-5 (APA, 2013).

En la investigación de Stramrood et al. (2012), las tres participantes de este estudio de series de casos recibieron 4 sesiones de EMDR y vieron reducido su nivel de estrés y la cantidad de síntomas TEPT que presentaban y aumentó su confianza sobre el parto de su siguiente embarazo. A pesar de que todas sufrieron complicaciones en sus embarazos anteriores (cesárea secundaria, ruptura vaginal de segundo grado y hemorragia postparto que requirió tratamiento intravenoso), tras el tratamiento fueron capaces de percibir su segundo parto como positivo.

Similares resultados se obtuvieron en un caso único de TEPT postparto (Pašalić y Hasanović, 2018), se aplicaron 8 sesiones de EMDR a la paciente y se comprobó que, después del tratamiento, se había reducido considerablemente el estrés y los síntomas del

trauma y había aumentado su confianza y autoeficacia con respecto a su rol de madre y al futuro de su bebé.

En otro estudio de caso Baas et al (2020), la participante con diagnóstico de TEPT había dado a luz tres veces: la primera tuvo una hemorragia postparto debido a una placenta retenida, durante el segundo embarazo tuvo mucha ansiedad pero finalmente dio a luz sin complicaciones y en la tercera gestación sufrió muerte intrauterina espontánea a las 39 semanas de gestación. Tras 3 sesiones de EMDR, en su semana 36 de gestación, la sintomatología de TEPT había remitido por completo, de acuerdo con la evaluación a través del test CAPS.

Miedo al Parto

En el total de los estudios analizados que investigaron la variable del miedo al parto, como consecuencia de haber sufrido previamente un suceso traumático relacionado con el embarazo o el alumbramiento, en todos se observó una reducción de la ansiedad y la preocupación con respecto a la experiencia de dar a luz.

Según Baas et al. (2022), el miedo al parto en 141 mujeres embarazadas se vio reducido de manera clínicamente muy significativa en el grupo EMDR y clínicamente significativa en el grupo CAU. La diferencia más significativa fue hallada en la puntuación media del test WDEQ-A de ambos grupos tras el tratamiento, en el seguimiento a las 32-34 semanas de gestación, aunque fue apreciable desde la segunda sesión de intervención. Aun así, el EMDR no resultó tener una efectividad significativamente mayor para el tratamiento del miedo al parto con respecto a la intervención CAU.

La investigación de Chiorino et al. (2019) encontró que en cuanto al miedo al parto, se aprecia una diferencia significativa entre ambos grupos: durante el proceso de seguimiento, el grupo CAU mostró un mayor nivel de estrés ante la idea de volver a dar a luz con respecto al grupo EMDR, que sentían confianza y no se preocupaban por su alumbramiento.

El estudio de Kopmeiners et al. (2023), además de obtener resultados favorables respecto a la intervención con EMDR para reducir la sintomatología asociada al trauma perinatal, también demostró que, en cuanto al miedo a volver a tener un embarazo, el grupo EMDR percibía su parto traumático como menos estresante y la mayoría no temía volver a gestar, mientras que en el grupo CAU la percepción era más negativa y solamente una participante volvería a quedarse embarazada.

En un estudio (Zolghadr et al., 2019) que tenía como objetivo reducir la sintomatología ansiosa de 30 mujeres embarazadas con historial previo de aborto no planificado, los niveles totales de ansiedad se redujeron significativamente en el grupo EMDR con respecto al grupo CAU. El dominio específico en el que los efectos fueron más

notables fue el miedo al parto, seguido del miedo al cambio en la relación con la pareja, el miedo a dar a luz a un bebé con problemas de salud física o mental, el miedo al cambio de personalidad asociado a ser madre y finalmente el miedo a los cambios de humor y sus consecuencias en el/la infante.

Un estudio N=1 (Baas et al., 2020) aplicó 3 sesiones de EMDR a una mujer con gran miedo al parto tras un historial de 3 embarazos anteriores, 2 de ellos en un contexto traumático, y obtuvo como resultado una disminución total del miedo en las semanas previas a su cuarto parto, según la entrevista y los resultados obtenidos en la prueba WDEQ-A.

Vinculación Materno-Filial

Dos de los artículos (Chiorino et al., 2019; Kopmeiners et al., 2023) trataron de estudiar los efectos del vínculo materno-filial, entendido como el desarrollo de la relación de apego entre la madre y su bebé. Sin embargo, los resultados no son concluyentes, ya que no se han obtenido diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en relación al fortalecimiento o transformación del vínculo, al igual que tampoco con respecto al tipo de vínculo existente previamente al tratamiento y tras haber recibido el tratamiento y el seguimiento.

Empeoramiento de Síntomas (Riesgo de Suicidio)

En la investigación de Baas et al. (2022), además de comprobar la efectividad del tratamiento con EMDR sobre una muestra de 141 mujeres, uno de los objetivos fue evaluar la seguridad de la intervención por lo que se obtuvieron además medidas sobre el empeoramiento de los síntomas (que tuvo lugar en el 6.9% del grupo EMDR y el 13.5% del grupo CAU) y el riesgo de suicidio: previamente a la intervención, 13 mujeres reportaron riesgo suicida bajo, de las cuáles tras el tratamiento 7 pasaron a no tener ningún riesgo (4 en el grupo EMDR y 3 en el grupo CAU), y el resto no empeoró. El estudio concluye que el tratamiento no supone un riesgo para la seguridad de las participantes.

4. Discusión

Para muchas mujeres, la maternidad es uno de los mejores períodos de su vida. Disfrutan de cada etapa del puerperio con una vibrante alegría. Ellas ocupan la mayor parte del imaginario colectivo, la representación cultural y la tradición cultural. Sin embargo, la realidad es que existe otra gran parte de mujeres, típicamente olvidadas, incluso silenciadas, para las que este momento vital resulta crucial y muy doloroso, en términos físicos y psicológicos (Ayers et al, 2016). La escasez de literatura existente sobre el tratamiento del malestar psicológico asociado al período perinatal es una prueba fehaciente de esto.

El desarrollo de un trastorno psicológico durante/a causa del puerperio no solamente afecta a la madre: inevitablemente, en muchas ocasiones el vínculo materno-filial y la

relación de apego se ven influenciados por esto teniendo importantes consecuencias para la salud del bebé (Ayers et al., 2006; Zheng et al., 2018).

En un contexto donde la maternidad se celebra y se comparte en redes sociales a menudo a través de imágenes idílicas y momentos felices, donde se selecciona y se oculta el lado más duro y desagradable de la etapa, es crucial recordar que cada experiencia maternal es única y puede requerir de diferentes necesidades.

Reconocer y abordar los desafíos psicológicos asociados al período perinatal no sólo es esencial para el bienestar de las madres y sus bebés, sino que también tiene la responsabilidad de contribuir a fomentar una narrativa multidimensional, completa y auténtica de la maternidad.

4.1. Objetivos de la Revisión y Pregunta de Investigación

El estudio, la investigación y el desarrollo de líneas de intervención eficaces para tratar el malestar psicológico perinatal es un paso obligado y fundamental para poder brindar apoyo, acompañamiento y ayuda a todas las madres, independientemente de la naturaleza de su experiencia y de sus necesidades.

Guiado por esta preocupación, el objetivo general del presente Trabajo Fin de Máster fue el de sintetizar y analizar la evidencia científica disponible sobre los efectos del EMDR en el tratamiento de la sintomatología asociada al trauma perinatal, incluyendo desde el miedo al parto hasta el diagnóstico de TEPT postparto.

Para ello, se realizó una búsqueda inicial general en las principales bases de datos para poder conocer la presencia y relevancia del tema de investigación seleccionado, encontrando una escasa literatura existente hasta la fecha. En un primer momento, se filtró entre los artículos que pudiesen ser de interés, para poder diseñar los criterios de elegibilidad que posteriormente se aplicarían y permitirían seleccionar estudios relevantes que se ajustasen a los objetivos de la investigación. Finalmente, los artículos elegidos fueron un total de 8 más 1 que se encontró posteriormente durante el estudio de la citación de la literatura elegida. Se analizaron los datos demográficos, metodológicos y estadísticos, además del riesgo de sesgo, y se desarrollaron de manera sintetizada para lograr una rápida y eficaz comprensión de los mismos, que fue detallada en el apartado de Resultados.

4.2. Interpretación de los Resultados

Los resultados de la revisión sistemática sugieren que el EMDR es un tratamiento eficaz para el tratamiento de los síntomas asociados al trauma perinatal. Todos los artículos concluyen un efecto beneficioso del tratamiento sobre la muestra, incluyendo la disminución de los síntomas de TEPT y ansiedad y un mejor afrontamiento de futuros embarazos/partos

y de la autoeficacia como madres. Los efectos de esta mejoría permanecen en el tiempo en todos los artículos que realizaron un seguimiento a corto y a largo plazo.

Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones que compartían el mismo objetivo que este trabajo: conocer la eficacia del EMDR (Davidson y Parker, 2001; Lewey et al., 2018; Rodenburg et al., 2009; Scelles y Bulnes, 2021).

4.3. Implicaciones en la Práctica Clínica y Futuras Líneas de Investigación

Los hallazgos encontrados en el presente trabajo pueden ser de gran interés de cara a continuar investigando y desarrollar programas de intervención que puedan extrapolarse y trabajar en diferentes contextos: hospitalarios, comunitarios o clínicas sanitarias privadas.

De cara a futuras líneas de investigación se propone desarrollar programas de intervención desde la prevención, que trabajen con mujeres que cuenten con factores de riesgo de desarrollar sintomatología de trauma, para abordar esta problemática desde un paso antes, como ya se ha hecho con otras patologías como la depresión postparto (Meléndez et al., 2017; Murguía-González et al., 2013; Rodríguez-Muñoz et al., 2016).

Dentro del mundo de la maternidad, el embarazo y el parto, hay numerosos mitos y expectativas desajustadas en cuanto a cómo deben darse las circunstancias y cómo hay que actuar, lo que puede acarrear consecuencias potencialmente adversas (Ahmad, 2019). Los efectos de la presión social, las tradiciones, las imposiciones culturales y la desinformación afectan significativamente no solamente a las mujeres durante el proceso perinatal sino también a sus parejas y familiares, que están expuestas a experimentar síntomas de estrés agudo, ansiedad y trauma (Daniels et al., 2020; Doaltabadi, 2021; Webb et al., 2021). Debido al gran impacto emocional que tiene esta problemática también sobre el entorno de la mujer, resulta fundamental desarrollar líneas de investigación que desarrollen programas de intervención también para las personas que acompañan a las mujeres en este período.

4.4. Limitaciones de los Hallazgos

Sin embargo, esta revisión sistemática presenta dos limitaciones principales: la escasa literatura existente sobre el tema y la gran heterogeneidad entre las características de las sesiones de EMDR aplicadas.

Resulta necesario continuar estudiando los beneficios de este enfoque terapéutico en muestras más grandes y en espacios de investigación más controlados, que permitan la generalización de los resultados al resto de la población. De los 9 artículos seleccionados, solamente 4 contaban con un grupo control con el que poder comparar los resultados obtenidos, 2 se centraron en medir los datos de manera longitudinal sin grupo control y 3 fueron estudios de casos con una muestra demasiado pequeña (2 N=1 y 1 N=3).

La inclusión de los estudios de caso en revisiones sistemáticas suele ser controvertida debido a que presentan algunas limitaciones: son estudios que no pueden ser generalizados, no hay cabida para controlar o conocer las variables comparándolas en un grupo control, el proceso de selección del caso suele estar sesgado y se pueden escapar explicaciones alternativas a los resultados obtenidos. Sin embargo, también cuentan con ventajas como la capacidad para generar hipótesis, establecer las características de una hipotética relación causa-efecto, intervenir con situaciones poco habituales o comunes, para “contradecir” o proporcionar contra-evidencia sobre algún tema, etcétera (Roussos, 2007).

Debido a la prematuridad del tema de investigación, se decidió incluir estudios de caso único en la revisión sistemática para poder contar con un mayor número de artículos a analizar. La idea de poder repetir este trabajo en unos años se me antoja emocionante, esperando que para aquel entonces se haya desarrollado un número suficiente de investigaciones que utilicen estudios controlados aleatorizados que permitan garantizar una generalización adecuada y un análisis de datos contundente.

Por otro lado, la revisión realizada evidencia que los parámetros de intervención (número de sesiones y duración de las mismas) del EMDR son heterogéneos entre los diferentes estudios, con una variabilidad en número de 1 a 8 sesiones y en tiempo de 50 a 120 minutos, lo que dificulta la extracción de conclusiones definitivas. Esta limitación es compartida con otras revisiones sistemáticas y meta-análisis que estudian los efectos del EMDR en otras muestras de población (Davidson y Parker, 2001; Lewey et al., 2018; Rodenburg et al., 2009).

4.5. Conclusión

Aun con todo esto, el presente estudio concluye que el tratamiento de la sintomatología asociada al trauma perinatal con el enfoque EMDR tendría un efecto beneficioso sobre las mujeres afectadas y pone de manifiesto la importancia de continuar investigando este área de la psicología.

5. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (3a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (4a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a. ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F. y Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: A systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261-1272.
- Askarizadeh, G., y Behroozy, N. (2017). The study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 5(4), 22-34.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., y Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological medicine*, 46(6), 1121-1134.
- Ayers, S., Eagle, A., y Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, health & medicine*, 11(4), 389-398.
- Baas, M. A. M., van Pampus, M. G., Stramrood, C. A. I., Dijkman, L. M., Vanhommerig, J. W., y de Jongh, A. (2022). Treatment of pregnant women with fear of childbirth using EMDR therapy: results of a multi-center randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Baas, M. A., van Pampus, M. G., Braam, L., Stramrood, C. A., y de Jongh, A. (2020). The effects of PTSD treatment during pregnancy: systematic review and case study. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1762310.
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W. A., Hébert, P., Majumdar, S. R., O'Beirne, M., Palacios-Derflinger, L., Reid, R. J., Sheps, S., y Tamblyn, R. (2004). The canadian adverse events study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686. <https://doi.org/10.1506/cmaj.1040498>
- Bassi, M., Delle Fave, A., Cetin, I., Melchiorri, E., Pozzo, M., Vescovelli, F., y Ruini, C. (2017). Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among

primiparous and multiparous women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 183-195.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., y Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190.

Boeschoten, M. A., Van der Aa, N., Bakker, A., Ter Heide, F. J. J., Hoofwijk, M. C., Jongedijk, R. A., Van Minnen, A., Elzinga, B. M., y Olf, M. (2018). Development and evaluation of the Dutch clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5). *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1).

Bowirrat, A., Chen, T. J. H., Blum, K., Madigan, M., Bailey, J. A., Lih Chuan Chen, A., Downs, B. W., Braverman, E. R., Radi, S., Waite, R. L., Kerner, M., Giordano, J., Morse, S., Oscar-Berman, M., y Gold, M. (2010). Neuro-psychopharmacogenetics and neurological antecedents of posttraumatic stress disorder: unlocking the mysteries of resilience and vulnerability. *Current Neuropharmacology*, 8(4), 335-358.
<https://doi.org/10.2174/15701591079335812>

Brahmi, N., Singh, P., Sohal, M., y Sawhney, R. S. (2020). Psychological trauma among the healthcare professionals dealing with COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 54.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102241>

Bremner, J. D. (2022). Traumatic stress: effects on the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 445-461. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner>

Castellanos, N. (2022). *Neurociencia del cuerpo: cómo el organismo esculpe el cerebro*. Editorial Kairós.

Chiorino, V., Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G. G., Mosca, F., Fumagalli, M., Cortinovis, I., Carletto, S., y Fernandez, I. (2020). The EMDR recent birth trauma protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology & Health*, 35(7), 795-810.

Contractor, A. A., Weiss, N. H., Natesan Batley, P., y Elhai, J. D. (2020). Clusters of trauma types as measured by the Life events checklist for DSM-5. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 380.

Cox, J., y Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)*. Royal College of Psychiatrists.

Creamer, M., Bell, R., y Failla, S. (2003). Psychometric properties of the impact of event scale-revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(12), 1489-1496.

- Daglar, G., y Nur, N. (2018). Level of mother-baby bonding and influencing factors during pregnancy and postpartum period. *Psiquiatria Danubina*, 30(4), 433-440.
- Daniels, E., Arden-Close, E., y Mayers, A. (2020). Be quiet and man up: a qualitative questionnaire study into fathers who witnessed their Partner's birth trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 236. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02902-2>
- Davidson, P. R., y Parker, K. C. H. (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>
- Dehshiri, M., Ghorashi, Z., y Lotfipour, S. M. (2023). Effects of husband involvement in prenatal care on couples' intimacy and postpartum blues in primiparous women: a quasi-experimental study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 11(3), 179.
- Dekel, S., Stuebe, C., y Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8(560), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Demir, E., Öz, S., Aral, N., y Gürsoy, F. (2022). A reliability generalization meta-analysis of the Mother-to-infant bonding scale. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941221114413>
- Doaltabadi, Z., Amiri-Farahani, L., y Hasanpoor-Azghady, S. B. (2021). Implementation of virtual and face-to-face childbirth preparation training for the spouses of the primiparous women to reduce the fear of childbirth, improve the pregnancy experience, and enhance mother-and father-infant attachment: protocol for a quasiexperimental clinical trial. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-7.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445.
- Foli, K. J., Reddick, B., Zhang, L., y Krcelich, K. (2020). Nurses' psychological trauma: "they leave me lying awake at night". *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.04.011>
- Harnett, N. G., Goodman, A. M., y Knight, D. C. (2020). PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. *Experimental Neurology*, 330. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2020.113331>
- Hensley, B. J. (2010). *Manual básico de EMDR: desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento de los ojos*. Biblioteca de Psicología.

- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., y Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 33(2), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Jones, E., y Wessely, S. (2006). Psychological trauma: a historical perspective. *Psychiatry*, 5(7), 217–220. <https://doi.org/10.1053/j.mppsy.2006.04.011>
- Kitamura, T., Takegata, M., Haruna, M., Yoshida, K., Yamashita, H., Murakami, M., y Goto, Y. (2015). The Mother-infant bonding scale: factor structure and psychosocial correlates of parental bonding disorders in Japan. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 393-401.
- Kleinstäuber, M., Exner, A., Lambert, M. J., y Terluin, B. (2021). Validation of the Four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) in a mental health setting. *Psychology, Health & Medicine*, 26(1), 1-19.
- Kömürcü Akik, B., y Durak Batigün, A. (2020). Perinatal post traumatic stress disorder questionnaire-II (PPQ-II): adaptation, validity, and reliability study. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 33(4).
- Kopmeiners, E. H., Hollander, M. H., van Voorst, N., y Stramrood, C. A. (2023). Effect of early postpartum EMDR on reducing psychological complaints in women with a traumatic childbirth experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 44(1).
- Kranenburg, L. W., Bijma, H. H., Eggink, A. J., Knijff, E. M., y Lambregtse-van den Berg, M. P. (2022). Implementing an eye movement and desensitization reprocessing treatment-program for women with posttraumatic stress disorder after childbirth. *Frontiers in Psychology*, 12.
- Kunimatsu, A., Yasaka, K., Akai, H., Kunimatsu, N., y Abe, O. (2020). MRI findings in posttraumatic stress disorder. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 52(2), 380-396. <https://doi.org/10.1002/jmri.26929>
- Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., y Daly, D. (2022). Positive postpartum well-being: what works for women. *Health Expectations*, 25(6), 2971-2981.
- He, S., Yang, F., Zhang, H., y Zhang, S. (2022). Affective well-being of Chinese urban postpartum women: predictive effect of spousal support and maternal role adaptation. *Archives of Women's Mental Health*, 25(4), 781-788.
- Higgins, J. P. T., y Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0*. Barcelona: The Cochrane Collaboration.

- Lasheras, G., de Gregorio, M. D. G., Farré-Sender, B., Giralt, M., Sanz, C., y Serrano-Drozdowskyj, E. (2023). XI Jornada de salud mental perinatal. *Psicosomática y Psiquiatría*, (25).
- Leeds, A. M. (2013). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Desclée de Brouwer.
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., y O'Toole, S. K. (2018). Comparing the effectiveness of EMDR and TF-CBT for children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 457-472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>
- Marmar, C. R., Metzler, T. J., y Otte, C. (2004). *The peritraumatic dissociative experiences questionnaire*. The Guilford Press.
- Martínez Díaz, J. D., Ortega Chacón, V., y Muñoz Ronda, F. J. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia. Modelos de formulación. *Enfermería Global*, 15(3), 431-438. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.239221>
- McFarlane, A. C., Bookless, C. y Air, T. (2001). Post-traumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 633-645. <https://doi-org/10.1023/A:1013077702520>
- Meléndez, M., Díaz, M., Bohorjas, L., Cabaña, A., Casas, J., Castrillo, M., y Corbino, J. (2017). Depresión postparto y los factores de riesgo. *Salus*, 21(3), 7-12.
- Michopoulos, V., Rothbaum, A. O., Corwin, E., Bradley, B., Ressler, K. J. y Jovanovic, T. (2015). Psychophysiology and posttraumatic stress disorder symptom profile in pregnant African-American women with trauma exposure. *Archives of Women's Mental Health*, 18(4), 639-648.
- Mosquera, D., y González, A. (2014). *Trastorno límite de la personalidad y EMDR*. Pléyades.
- Murguía-González, A., Hernández-Herrera, R. J., y Nava-Bermea, M. (2013). Factores de riesgo de trauma obstétrico. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(06), 297-303.
- Muzik, M., McGinnis, E. W., Bocknek, E., Morelen, D., Rosenblum, K. L., Liberzon, I., Seng, J., y Abelson, J. L. (2016). PTSD symptoms across pregnancy and early postpartum among women with lifetime PTSD diagnosis. *Depression and Anxiety*, 33(7), 584-591.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NG116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

- Novo Navarro, P., Landin-Romero, R., Guardiola-Wanden-Berghe, R., Moreno-Alcázar, A., Valiente-Gómez, A., Lupo, W., García, F., Fernández, I., Pérez, V., y Amann, B. L. (2018). 25 years of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): the EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 11(2), 101-114.
- Olde, E., Van der Hart, O., Kleber, R. y Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1-16.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tezlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.105906>
- Pallant, J. F., Haines, H. M., Green, P., Toohill, J., Gamble, J., Creedy, D. K., y Fenwick, J. (2016). Assessment of the dimensionality of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire using factor analysis and Rasch analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 1-11.
- Pašalić, M., y Hasanović, M. (2018). Treating childbirth trauma with EMDR: a case report. *Psychiatria Danubina*, 30(5), 265-270.
- Poreddi, V., Thomas, B., Paulose, B., Jose, B., Daniel, B. M., Somagattu, S. N. R., y Kathyayani, B. V. (2020). Knowledge and attitudes of family members towards postpartum depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(6), 492-496.
- Rauch, S. L., Van Der Kolk, B. A., Ffischer, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R., Fischman, A. J., Jenike, M. A. y Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53(5), 380-387. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830050014003>
- 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>
- Rodríguez Muñoz, M. F. (2019). *Psicología perinatal: teoría y práctica*. Pirámide.
- Rodríguez-Muñoz, M. F., Olivares, M. E., Izquierdo, N., Soto, C., y Huynh-Nhu, L. (2016). Prevención de la depresión perinatal. *Clínica y Salud*, 27(3), 97-99.

- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Psicología Clínica*, 16(3), 261-270.
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., y Taksande, A. B. (2023). Postpartum depression and maternal care: exploring the complex effects on mothers and infants. *Cureus*, 15(7).
- Sandström, M., Wiberg, B., Wikman, M., Willman, A. K., y Högberg, U. (2008). A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth. *Midwifery*, 24(1), 62-73.
- Salvador, M. (2009). El trauma psicológico: un proceso neurofisiológico con consecuencias psicológicas. *Revista de Psicoterapia*, 20(80), 5-16.
- Scelles, C., y Bulnes, L. C. (2021). EMDR as treatment option for conditions other than PTSD: a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.644369>
- Schore, A. N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.
- 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>
- Seng, J. S., Rauch, S. A., Resnick, H., Reed, C. D., King, A., Low, L. K., McPherson, M., Muzik, M., Abelson, J., y Liberzon, I. (2010). Exploring posttraumatic stress disorder symptom profile among pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 31(3), 176-187.
- Seng, J. S., Sparbel, K. J., Low, L. K. y Killion, C. (2002). Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity care practices: women's perspectives. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 47(5), 360-370.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. Nueva York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2010). *EMDR: desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Editorial Pax México.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-international neuropsychiatric interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22-33.
- Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C. y Dahlen, H. G. (2018). Postnatal post-traumatic stress: an integrative review. *Women and Birth*, 31(5), 367-379.
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J. Y., y Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15.
- Solomon, E. P., y Heide, K. M. (2005). The biology of trauma: implications for treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 51-60.
- Sonalkar, S., Mody, S., y Gaffield, M. E. (2014). Outreach and integration programs to promote family planning in the extended postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124(3), 193-197.
- Stramrood, C. A., van der Velde, J., Doornbos, B., Marieke Paarlberg, K., Weijmar Schultz, W. C., y van Pampus, M. G. (2012). The patient observer: eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. *Birth*, 39(1), 70-76.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., y Glover, V. (2005). A new Mother-to-infant bonding scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 45-51.
- Truijens, S. E., Wijnen, H. A., Pommer, A. M., Oei, S. G., y Pop, V. J. (2014). Development of the Childbirth perception scale (CPS): perception of delivery and the first postpartum week. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 411-421.
- van der Kolk, B. A. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta*. Barcelona: Eleftheria.
- van der Kolk, B. A., y Fislser, R. E. (1994). Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 145-168.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., y Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Disponible online en: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/>
- Webb, R., Smith, A. M., Ayers, S., Wright, D. B., y Thornton, A. (2021). Development and validation of a measure of birth-related PTSD for fathers and birth partners: the City

birth trauma scale (partner version). *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.596779>

- Wijma, K., Söderquist, J., y Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587-597.
- Yildiz, P. D., Ayers, S. y Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634-645.
- Zheng, X., Morrell, J., y Watts, K. (2018). A quantitative longitudinal study to explore factors which influence maternal self-efficacy among Chinese primiparous women during the initial postpartum period. *Midwifery*, 59, 39-46.
- Zolghadr, N., Khoshnazar, A., MoradiBaglooei, M., y Alimoradi, Z. (2019). The effect of EMDR on childbirth anxiety of women with previous stillbirth. *Journal of EMDR Practice & Research*, 13(1).