

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Terapia EMDR para Aliviar el Trauma Psicológico en Personas
con Síndrome de Down
Proyecto de Investigación

Carla Isabela Peralta Alvarez

Licenciatura en Psicología

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciada en Psicología

Quito, 2 de diciembre de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Terapia EMDR para aliviar el trauma psicológico en personas con Síndrome de
Down

Carla Isabela Peralta Alvarez

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Cherie Elaine Oertel, PH.D.

Firma del profesor:

Quito, 2 de diciembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Carla Isabela Peralta Alvarez

Código: 00128430

Cédula de Identidad: 1714823034

Lugar y fecha: Quito, 2 de diciembre de 2018

RESUMEN

Las personas con discapacidad intelectual también pueden desarrollar enfermedades mentales de las cuales todavía existe muy poco conocimiento. Este es un estudio de caso sobre el trauma en personas con síndrome de Down y los posibles síntomas que un evento traumático podría desencadenar. El estudio tiene una propuesta de intervención con terapia de desensibilización y reprocesamiento de información a través del movimiento ocular (EMDR) que es una terapia creada para tratar el trastorno de estrés post traumático en pacientes neurotípicos. Esta terapia ha sido efectiva para acelerar el proceso de recuperación y alivio de síntomas del trauma en la población general y se busca evaluar la experiencia de las personas con síndrome de Down que se someten a este tratamiento. Es importante estudiar y buscar intervenciones efectivas para las poblaciones vulnerables en la actualidad, este estudio podría ser un primer paso para encontrar intervenciones adecuadas para esta discapacidad en específico.

Palabras clave: Síndrome de Down, discapacidad intelectual, regresión, trauma, estrés post traumático, EMDR, intervención.

ABSTRACT

People with intellectual disabilities can also develop mental illnesses of which there is still very little knowledge. This is a case study on trauma in people with Down syndrome and the possible symptoms that a traumatic event could trigger. The study proposes an intervention with therapy of desensitization and reprocessing of information through eye movement (EMDR) which is a therapy created to treat post-traumatic stress disorder in neurotypic patients. This therapy has been effective to accelerate the process of recovery and relief of symptoms of trauma in the general population. The present case study seeks to evaluate the experience of people with Down syndrome who undergo this treatment. It is important to study and look for effective interventions for vulnerable populations, this study could be a first step in finding appropriate interventions for this specific disability.

Key words: Down syndrome, intellectual disability, regression, trauma, post-traumatic stress, EMDR, intervention.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	7
Revisión de la literatura.....	11
Metodología.....	18
Resultados esperados.....	27
Discusión.....	29
Referencias.....	32
ANEXO A: Carta para reclutamiento de participantes	36
ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....	37
ANEXO C: Herramientas para levantamiento de información	38

Antecedentes

El síndrome de Down es una condición genética en la cual existe una trisomía (una copia extra) en el cromosoma 21. Esta condición causa un retraso mental y genera cambios físicos específicos en las personas que lo adquieren. Generalmente en los primeros meses de vida se presentan complicaciones médicas ya que este trastorno genético afecta al sistema nervioso central. Una de las afectaciones más comunes es en el corazón. (Ruiz, 2004) Aparte de las afectaciones médicas que estas personas pueden tener a lo largo de la vida, también hay muchas implicaciones psicológicas debido al retraso mental que presentan. Su desarrollo es más lento y es importante que reciban herramientas y recursos emocionales para desenvolverse en su entorno. Ahora, ¿qué pasa cuando una persona con síndrome de Down atraviesa una situación traumática en su vida? ¿Cómo hacen para manejar esto a nivel psicológico o emocional?

El trauma psicológico puede venir de diferentes maneras. Se puede dar un trauma único, o un trauma repetido. Por ejemplo, un trauma único podría ser una catástrofe natural o un accidente mientras que un trauma repetido se ve en abuso físico o abuso sexual en la familia que se repite constantemente. El trauma en una persona sin esta condición tiene consecuencias fuertes, muchas veces puede llegar a incapacitar a la persona gracias a las repercusiones que este puede tener. Las personas con síndrome de Down viven con un retraso a nivel cognitivo por lo que expresar esto puede ser mucho más complejo y difícil (Adler-Tapia, 2008). Las repercusiones de un trauma podrían llegar a ser mucho más fuertes ya que ellos no tienen la capacidad de hacer frente a esas situaciones por sí solos. Es necesario tomar en cuenta a estas personas también cuando se hacen intervenciones para ayudar con el trauma psicológico en las personas. El Diario la Hora publicó un artículo en el 2010 donde dice que, en el Ecuador, se estima que el Síndrome de Down está presente en 1 de cada 500 niños nacidos. Esta incidencia es mayor en relación al resto del mundo donde se estima que

aproximadamente 1 de 700 niños nacen con esta condición. En este mismo artículo del 2010 también se expone que había, hasta esa fecha, 7,457 personas con síndrome de Down en todo el país. Teniendo estos datos, también se sabe gracias al Diario la Hora, que el 43% de estas personas jamás ha recibido atención psicopedagógica lo cual es un dato que debemos tomar en cuenta para el desarrollo de esta investigación. Si existe un número alto de personas que no han recibido atención psicopedagógica, entonces el número de personas con síndrome de Down que han sufrido traumas psicológicos podría ser aún más elevado. Existe ya un tratamiento que se ha demostrado que es efectivo en cuanto a la intervención en trauma psicológico en las personas. Esta intervención se llama EMDR, significa desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares por sus siglas en inglés. Esta es una intervención psicoterapéutica que trabaja sobre el propio sistema de procesamiento del paciente. Francine Shapiro, la autora de esta psicoterapia, condujo un estudio en 1989 con personas que habían sufrido graves traumas en la guerra de Vietnam y por abuso sexual. Luego de aplicar y descubrir que los movimientos oculares tienen relación con la reducción de la angustia, los resultados fueron prósperos ya que los síntomas del trauma de estas personas se redujeron de manera significativa. (Instituto Español EMDR, 2004). De acuerdo con los estudios que han comprobado la eficacia de la terapia de EMDR en el tratamiento del trauma, se va a investigar sobre la efectividad en el alivio del trauma profundo en personas con síndrome de Down y los efectos positivos que la misma podría tener.

Problema

Existe muy poca información sobre la intervención psicológica en el síndrome de Down. Principalmente me voy a enfocar en intervenciones para el trauma psicológico para estas personas. Esto es un problema ya que habiendo una gran cantidad de personas que viven con este trastorno genético, es importante mirar las condiciones en las que viven y las

situaciones que ellos atraviesan. En psicología existe todo un mundo de información y tratamientos para personas neurotípicas pero no se toma en cuenta a esta población que también podría sufrir de trastornos psicológicos y sus intervenciones son completamente diferentes a las que conocemos porque su condición de vida es diferente. La población con síndrome de Down actualmente es grande, es la causa genética de discapacidad intelectual más frecuente en el mundo (Ruiz, 2004). Sería importante comenzar a desarrollar intervenciones que sirvan para estas personas ya que también sufren trastornos de estrés post-traumático, depresiones, ansiedad, entre otras afectaciones psicológicas que se manifiestan de manera diferente a lo habitual (Adler-Tapia, 2008). Estas formas de manifestación no concuerdan exactamente con los criterios diagnósticos del manual de psicología por sus diversas condiciones cognitivas que también cambian la manera que se expresa un trastorno. Sin embargo, no por esta razón podemos dejar de lado algo que es una realidad evidente, y es que estas personas también merecen tener servicios de salud mental que sean adecuados para su condición. Existe actualmente muy poca información sobre la ayuda que se puede brindar a las personas con síndrome de Down, y es una población vulnerable. Vulnerable porque requieren más atención, más terapia, pero el desconocimiento del tema hace que no reciban estos cuidados, y también son vulnerables por su condición cognitiva. Son personas más propensas a sufrir traumas emocionales, a no poder manejar situaciones, a no saber regular sus emociones de manera adecuada ni racionalizar lo que sucede en su entorno (Adler-Tapia, 2008), por lo tanto, se podría decir que esta situación es como una bomba de tiempo. Una persona con esta discapacidad intelectual que sufre un grave trauma y no tiene los recursos psicológicos necesarios para sobrellevarlo es una persona que va a sufrir de maneras indescriptibles por el resto de su vida, sin poder acudir a tratamientos efectivos que ayuden a aliviar estos síntomas. Por eso, actualmente, esto es un problema que se debe investigar.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la experiencia de las personas con Síndrome de Down que reciben terapia EMDR como tratamiento para los síntomas de trauma psicológico?

Propósito del Estudio

El objetivo de este estudio es que se considere la terapia EMDR como intervención principal y efectiva para tratar el trauma psicológico en personas con Síndrome de Down. Se busca una manera de integrar intervenciones aptas para estas personas que viven con una condición especial. Se espera que sea un estudio que llegue a todo el Ecuador y en un futuro se tome esta consideración en más países.

Significado del estudio

El estudio de intervenciones para diferentes condiciones intelectuales puede resultar muy útil al momento de tratar a estas personas. Mientras más conocimiento haya sobre el tema, es más fácil brindar ayuda a todas las personas por igual. En un mundo donde lo que más se busca en la actualidad es la equidad entre todos, es importante que todos tengamos las mismas oportunidades de tener buena calidad de vida y buenas opciones de salud física y mental. Sería el primer estudio al respecto realizado en Ecuador y se destaca por ser un estudio que toca temas de los cuales no hay información o no se habla a menudo. Es una condición cada vez más conocida en el país sin embargo todavía no estamos en un punto donde se pueda actuar efectivamente porque faltan todavía muchos recursos para lograrlo. Este estudio es uno de los recursos que se necesitarían para comenzar y dar ese primer paso.

A continuación, se encuentra la Revisión de la Literatura dividida en tres partes, seguido de la explicación de la metodología de investigación aplicada (estudio de caso), los

resultados esperados y las conclusiones. La información que se encuentra en esta investigación viene de journals, libros populares y artículos científicos. Las palabras claves utilizadas para esta investigación son: EMDR, Síndrome de Down, trauma psicológico, regresión en el Síndrome de Down, trauma en el Síndrome de Down. La búsqueda fue hecha en diferentes plataformas y bibliotecas electrónicas como Taylor & Francis, EBSCO y ProQuest al igual que artículos académicos. La literatura será revisada por tema y se irá exponiendo los temas claves para el entendimiento del estudio.

EMDR

La terapia EMDR es un tratamiento de reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular, el cual está basado en evidencia y se usa para tratar trauma en adultos jóvenes (Gielkens, Sobczak, Rossi, Rosowsky & Alphen, 2018). Específicamente, fue desarrollado por Francine Shapiro para el tratamiento del trastorno de estrés post-traumático. Shapiro notó mientras caminaba por el parque, que ver a las aves volar hacía que sus pensamientos estresantes y negativos se disipen. Luego se dio cuenta de que estaba experimentando movimientos sacádicos de los ojos, similares a aquellos de la etapa de movimiento ocular rápido durante el sueño (REM o MOR). Francine luego experimentó con 70 pacientes de estrés post traumático, llegando a la hipótesis de que el movimiento ocular o cualquier estímulo bilateral del cerebro activa el procesamiento de información adaptativa (Posmontier, Dovydaitis & Lipman, 2010).

La terapia de EMDR se comenzó a desarrollar en el año 1987 y a pesar de que su nombre se enfoca en el movimiento ocular, es un sistema completo que involucra varios componentes, siendo el movimiento ocular solamente uno de ellos. De la misma manera, el propósito de esta terapia no es únicamente reducir la ansiedad, lo que se explicaría por la desensibilización. Los resultados de la terapia tienen que ver más con el reprocesamiento de

la información, lo que significa que el tratamiento cataliza el aprendizaje. El terapeuta debe seguir un protocolo en el cual asiste al paciente para transmutar sus experiencias negativas en experiencias de aprendizaje adaptativas (Shapiro, 2001). Lo que hace el terapeuta es identificar los diferentes aspectos del trauma que están perturbando al paciente y los estímulos que detonan la ansiedad.

Shapiro (2001) también desarrolla la hipótesis de que los pacientes de trauma pueden sanar más rápido a través del proceso adaptativo de la información mediante actividades que estimulen los dos hemisferios del cerebro a la vez. Una persona que se somete a tratamiento con EMDR puede desbloquear las redes de memoria neuronal y así es como el trauma puede ser reprocesado y transformado en cogniciones positivas. La estimulación bilateral del cerebro y el recuerdo del trauma son factores clave para el éxito de la terapia de desensibilización y reprocesamiento a través del movimiento ocular (Posmontier, Dovydaitis & Lipman, 2010). Cada sesión de la terapia involucra componentes clave que son: la imagen del evento traumático, las cogniciones negativas, las cogniciones positivas, el nivel de perturbación emocional, las sensaciones corporales asociadas al recuerdo y el estímulo bilateral. En todas las sesiones se aplican estos componentes. Primero se identifica la escena del trauma y también posibles detonantes en la actualidad que despierten sensaciones negativas. A continuación, el terapeuta debe identificar cuáles son las cogniciones negativas asociadas al trauma; una cognición negativa es un pensamiento o creencia incorrecta acerca de sí mismo o pensamientos mal-adaptativos. Seguido de esto, se pregunta al paciente un deseo de cognición positiva que sea alcanzable, es decir cuál es la creencia por la cual se quiere reemplazar la cognición negativa. El terapeuta luego pide al paciente que califique las sensaciones asociadas al trauma del 1 al 10, mientras más alta es la puntuación el sentimiento negativo es más alto. Finalmente se identifican sensaciones corporales y se inicia la estimulación bilateral del cerebro en donde el profesional pone sus dedos a una distancia de

12 pulgadas de los ojos del paciente y hace movimientos sacádicos o repentinos mientras el paciente recuerda el trauma que vivió. Las repeticiones de los movimientos dependen de la tolerancia del paciente hacia el procedimiento y la velocidad a la que el paciente se sienta cómodo (Shapiro, 2001).

Un estudio realizado en el 2018 explica cómo funciona este reprocesamiento y desensibilización en el aprendizaje de extinción y los canales neurológicos que están involucrados en el mismo. El aprendizaje de extinción optimiza la psicoterapia dirigida a trastornos relacionados con los traumas o el temor. Este aprendizaje lo que hace es reducir gradualmente la respuesta a un estímulo condicionado. En dos estudios independientes de veinticuatro participantes se descubrió que los movimientos oculares dirigidos a un objetivo activan una red frontoparietal dorsal y desactivan transitoriamente la amígdala. Mediante un análisis de conexión encontraron que esta regulación está relacionada con la regulación cognitiva de las emociones (Voogd, et al., 2018). El estudio demuestra que el aprendizaje de extinción puede mejorar significativamente mediante la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimiento ocular ya que desencadena una supresión temporal de la amígdala, estructura del cerebro encargada de integrar las emociones con su respectivo patrón de respuesta y asimismo, genera respuestas fisiológicas o prepara respuestas conductuales. Este efecto no se debe únicamente al movimiento ocular; existen otros factores como, por ejemplo, la memoria de trabajo, donde se almacena y manipula la información necesaria temporalmente para las tareas cognitivas tales como el aprendizaje, el lenguaje y el razonamiento. Lo que esto significa es que el movimiento ocular es efectivo en la psicoterapia basada en el aprendizaje de extinción ya que funciona con los circuitos neurológicos similares a los del control cognitivo de las emociones (Voogd, et al., 2018).

Trauma

El Oxford English Dictionary define el trauma como una experiencia profundamente perturbadora y angustiada, un shock emocional después de un evento estresante. Freud decía que la mayoría de problemas psiquiátricos se manifestaban debido a traumas pasados o durante la infancia de los pacientes (van der Kolk, 1987). Según Jonathan Sherin y Charles Nemeroff, el trauma psicológico puede darse cuando una persona es testigo o víctima de un evento que podría ser amenazante para la vida o cuando una persona pudo haber sido un potencial causante de lesiones graves a sí mismo o a otros. Estas experiencias que son acompañadas de miedo intenso, impotencia y terror podría desarrollarse en un trauma psicológico o un trastorno de estrés post-traumático. Sin embargo, a lo largo del tiempo se ha descubierto que la respuesta a estos eventos depende mucho de factores específicos de cada individuo y no solo de los factores traumáticos (Sherin & Nemeroff, 2011).

Para la gran mayoría de la población, el shock causado por las experiencias de amenaza profunda se limita nada más a una alteración temporal de su estado regular. Sin embargo, a pesar de ser transitoria o temporal, algunas reacciones pueden ser incómodas como, por ejemplo: recordatorios del evento, pesadillas, insomnio, irritabilidad, ira, agitación, evitación, confusión entre otros (Sherin & Nemeroff, 2011). Estas reacciones podrían ser limitantes; sin embargo, generalmente no son duraderas y no causan mayor inhabilidad en los pacientes (Sherin & Nemeroff, 2011). Cuando esto no sucede y los pacientes se ven afectados en su vida diaria, esto se convierte en lo que se conoce como trastorno de estrés post-traumático. Según los criterios del DSM-V (manual de diagnóstico en psicología), el trastorno de estrés post-traumático debe cumplir algunos criterios para ser diagnosticado en personas a partir de los 6 años de edad. Los criterios especificados en dicho manual son: exposición a situaciones de muerte, violencia sexual o lesiones graves, reales o como

amenaza, ya sea una experiencia directa al evento traumático o como testigo cuando el evento ocurre a terceras personas. En caso de ser un evento ocurrido a otras personas, el paciente también debe saber y estar consciente de que el evento le ha ocurrido a una persona cercana ya sea familiar o amigo íntimo. En casos de muerte de alguna de estas personas cercanas, esta debe haber sido violenta o accidental. Si la persona ha vivido estas experiencias, se debe presentar uno o más de los síntomas intrusivos asociados al evento y que comenzaron después de sucedido el mismo. Los síntomas son los siguientes: recuerdos intrusivos, involuntarios, angustiosos y recurrentes del evento (en niños mayores de seis años podría presentarse como juegos repetitivos asociados al evento), sueños recurrentes y angustiosos en los que el contenido esté relacionado con el suceso (sueños aterradores con contenido desconocido en niños), reacciones disociativas en las que la persona piensa y actúa como si estuviera viviendo el momento una y otra vez, siendo el extremo que la persona se pierda por completo del entorno real actual. El paciente debe presentar un evidente e intenso malestar psicológico o reacciones fisiológicas intensas relacionadas a factores externos o internos que representan o se parecen al evento traumático. De igual manera, la persona debe presentar evitación a los estímulos asociados al evento ya sea evitando recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados al mismo ó evitando estímulos externos como personas, lugares, objetos, actividades que despiertan recuerdos intensos y estresantes sobre el suceso. Otro criterio para el diagnóstico de estrés post-traumático es el de alteraciones cognitivas y del estado de ánimo negativas en el cual el paciente presenta incapacidad para recordar detalles importantes de lo sucedido, expectativas y pensamientos negativos acerca de sí mismo o del mundo, percepción distorsionada acerca de la causa o consecuencia del evento (culpabilidad a sí mismo o a los demás), miedo, terror, ira, vergüenza constantes e incapacidad de sentir emociones positivas, disminución en el interés o participación en actividades importantes. Finalmente, se deben presentar alteraciones en la alerta y la reacción asociada al suceso como

comportamientos de furia, autodestrucción, hipervigilancia, imprudencia, sobresalto exagerado, alteración del sueño y falta de concentración. Se debe tener en cuenta que estos síntomas deben estar presentes durante más de un mes y causar malestar clínicamente significativo acompañado de un deterioro en el funcionamiento cotidiano de la persona. Además, ninguno de estos síntomas se puede explicar por el uso de alguna sustancia u otra condición médica (American Psychiatric Association, 2014).

Trauma en Síndrome de Down

A pesar de que existen algunos trastornos conocidos que son comorbidos con el síndrome de Down, la información sobre cómo se presentan los síntomas de trauma psicológico en estos pacientes es limitada. Sin embargo, existen pautas sobre cómo se presenta. Jesús Flórez, un asesor científico de la fundación Síndrome de Down de Cantabria, establece que las personas con discapacidad intelectual pueden de igual manera desarrollar formas de enfermedades mentales que se suman a su condición previa. Sin embargo, la enfermedad mental que pueden presentar los pacientes con una discapacidad intelectual anterior se presenta de manera diferente ya que su condición modifica la sintomatología y el aspecto de la misma. Esto hace que la enfermedad mental se vuelva menos identificable y el diagnóstico se vuelva más complejo de establecer, especialmente si no hay conocimiento sobre la conexión de las dos condiciones. Tómese en cuenta que para la población en general, el primer testimonio en la entrevista psicológica es una herramienta útil al momento de diagnosticar, pero, esto generalmente es una limitación en los pacientes con Síndrome de Down que no tienen la capacidad de verbalizar lo que sienten o lo que han vivido, haciendo que una vez más el proceso de diagnóstico se vuelva más difícil (Flórez, 2014).

Existe una prevalencia de enfermedades mentales en las personas con Síndrome de Down de entre 25 y 30% de la población. Esto significa que del veinticinco al treinta por ciento de las personas con esta discapacidad intelectual presentan alguna enfermedad mental a lo largo de toda su vida, y la misma se podría presentar ya sea en la adolescencia, adultez o vejez (Flórez, 2014). Estudios recientes han observado algunos resultados de eventos estresantes y muy intensos en las personas que tienen esta condición. En el 2002, Prasher determinó que existe una condición llamada regresión en los jóvenes con Síndrome de Down en el cual se presentan síntomas como cambios relativamente acelerados o repentinos del comportamiento, pérdida del lenguaje, pérdida de las habilidades sociales y habilidades adaptativas y una disminución importante del nivel cognitivo. Estos cambios se reflejan en las actividades del día a día de los pacientes que lo padecen e incluso se observa un aumento en conductas maladaptativas. Dicha información es relevante ya que, en la mayoría de casos, estos síntomas o la regresión aparece luego de eventos traumáticos, estresantes o gracias a estresores emocionales fuertes (Jacobs, Schwartz, McDougle, & Skotko, 2016). Existen casos que requieren de un trabajo multidisciplinario para poder llegar a un diagnóstico e incluso de esta manera muchas veces no se logra resolver el problema adecuadamente. La preocupación ante esta situación sigue aumentando debido a que ha sido detectada recientemente. Todavía no se conoce mucho acerca de las características del retroceso, quiénes son más vulnerables, cuáles son los factores de riesgo y cuáles son las consecuencias a largo plazo en la vida de los pacientes (Flórez, 2014).

Por esta razón, es importante continuar con estudios para determinar y completar la información sobre la regresión y el trauma en personas con síndrome de Down. El Síndrome de Down podría impedir la terapia clínica que requiere el habla, más aún si el paciente experimenta estos cambios repentinos en su nivel cognitivo. La terapia EMDR como se

explica anteriormente, no requiere de un nivel tan alto de lenguaje como las otras terapias clínicas; por lo tanto, es importante investigar qué experiencia tienen las personas con esta condición al acudir a la terapia de desensibilización y reprocesamiento mediante el movimiento ocular y comprobar si la misma tiene efectos positivos en reducir estos síntomas que podrían ser causados por eventos traumáticos o intensos. Como se menciona en el capítulo anterior, se ha visto que esta terapia tiene efectos positivos en las personas con autismo. Si bien la condición no es la misma, existen algunos aspectos mediante los cuales podría generarse una hipótesis acerca de los resultados que tendría en las personas con síndrome de Down.

Diseño y Justificación de la Metodología Seleccionada

Esta es una investigación cualitativa basada en un estudio de caso prospectivo para evaluar cuál es la experiencia de una persona con síndrome de Down que recibe terapia de EMDR como tratamiento para aliviar los síntomas del trauma psicológico. Un estudio de caso es escogido porque permite estudiar a profundidad y generar teorías o hipótesis acerca del tema de investigación, las mismas que pueden en un futuro ser aplicables para el resto de la población a la que se estudia (Salgado, 2007). Esto responde a la pregunta de investigación ya que se busca evaluar de manera profunda la experiencia que tiene un paciente con síndrome de Down al recibir terapia de EMDR, con esto se podría ver si la terapia se podría incluir como una posible intervención para esta población cuando se trata de casos de trauma.

La propuesta principal es estudiar el caso de una persona con síndrome de Down que ha sido víctima de abuso y ha tenido experiencias traumáticas en su vida, causando una importante pérdida de capacidades a raíz de lo que estas situaciones le han provocado. La terapia de EMDR al ser una terapia diseñada para el trastorno de estrés post traumático, podría ser efectiva al momento de aplicarlo a personas con discapacidad intelectual, sin

embargo, no hay estudios que comprueben o respondan si es que este es el caso o no por lo que se busca analizar si esta intervención podría ser efectiva dentro del tratamiento que recibe este paciente. Para saber si tiene efectos en la población mencionada, se usan estrategias de observación y entrevistas para la recolección de información necesaria. La duración del estudio es de 4 meses en los que se realizarán las observaciones y las entrevistas necesarias, incluyendo el seguimiento de la terapia y al paciente. Esto generará una visión clara y amplia del caso para proceder a analizar los resultados.

Investigadora

La investigadora es estudiante de la Universidad San Francisco de Quito, femenina de 23 años de edad. Es de nacionalidad ecuatoriana, nacida en Quito. Actualmente está realizando este estudio para obtener el título en Psicología en dicha universidad. Su relación al estudio es personal ya que el caso de estudio para este proyecto es sobre su hermana quien tiene síndrome de Down y ha sufrido trauma psicológico. La investigadora y su hermana no viven juntas actualmente. Reconoce que hay posibles sesgos en el estudio dado la relación con el caso. Algunos sesgos podrían aparecer si se involucran emociones e incluso ocasiones en las que la investigadora tenga interacción con el caso. De igual manera las vivencias que la investigadora ha tenido con su hermana podrían ser posibles causantes de sesgos en este estudio en particular.

Participante

Se ha seleccionado para participar en el estudio a una persona de género femenino con síndrome de Down que ha sufrido trauma psicológico, específicamente ha sido víctima de abusos tanto físicos, como sexuales y verbales y ha tenido una regresión como resultado del evento traumático. Esta persona (y en este caso sus padres) debe estar dispuesta a recibir

terapia de desensibilización y reprocesamiento a través de movimiento ocular (EMDR) para tratar sus síntomas. La participante es de nacionalidad ecuatoriana, con 22 años de edad, de nivel socioeconómico medio y no ha sido parte de ningún estudio similar anteriormente. Todavía acude a la escuela debido a su pérdida de habilidades, está cursando el último año y sus padres buscan que se mejore para que pueda llevar una vida normal una vez que se gradúe. Se solicita a los padres la autorización de que la persona sea parte de este estudio ya que en su condición de discapacidad intelectual deben responder por ella sus padres.

Herramientas de Investigación Utilizadas

Las herramientas utilizadas en esta investigación cualitativa son la entrevista, la historia de vida y la observación. Estas herramientas son necesarias para abarcar la mayor cantidad de información del caso posible y poder tener los datos necesarios para evaluar los efectos de la terapia en la vida del paciente. Sirve para un análisis de información posterior efectivo y nos brindará apoyo al momento de crear teorías o hipótesis en este campo. Se toma en cuenta que las entrevistas en la mayoría de ocasiones serán direccionadas a los tutores de la participante, así como al terapeuta debido a la discapacidad intelectual que tiene la paciente.

La entrevista

La entrevista a realizarse será abierta ya que así permite que la investigación sea más amplia y que los participantes puedan guiar el campo según este caso en particular. Las preguntas que se hacen están orientadas hacia los antecedentes de la vida, los eventos importantes, relaciones y roles en la familia, conductas que observan, así como factores que consideren importante mencionar acerca de la condición de la paciente. Se busca especificar condiciones pasadas potencialmente importantes, condiciones biológicas relevantes al caso, condiciones familiares, condiciones sociales y finalmente condiciones actuales de la paciente.

La entrevista consta de aproximadamente 25 preguntas abiertas sobre los datos y la vida de la paciente, el número podría variar dependiendo de la información que surja durante la entrevista. La misma será dirigida a los padres y se realizará en un consultorio para que sea un ambiente tranquilo y controlado, sin estímulos estresantes para ninguno de los participantes. Durante el tiempo de duración del estudio de caso, se realizarán tres entrevistas a los padres en total. Una inicial en donde se va a obtener los datos primarios necesarios para describir el caso y las siguientes dos para evaluar los avances o cambios que vayan surgiendo conforme la terapia va avanzando.

Las entrevistas serán grabadas con el consentimiento de los padres para poder luego evaluar lo que se obtuvo. Esto es así para poder tener una conversación y una entrevista abierta de manera que no haya interrupciones, apuros o se pierda información en el proceso. La investigadora considera que las anotaciones y la información relevante que se revele en la entrevista puede ser evaluada posteriormente y no mientras la entrevista sucede. Las preguntas han sido escogidas en base a indicadores que nos podrían mostrar o sugerir que la paciente ha sufrido trauma psicológico, y también hay otras preguntas que se basan en los posibles cambios que la paciente pueda mostrar. Los indicadores han sido escogidos por la investigadora después de estudiar la condición de regresión y trauma en personas con Síndrome de Down para así poder evaluar lo que busca y asegurarse de que no hay información irrelevante para el estudio. Las preguntas de la entrevista serán acerca de la red de apoyo que tiene la paciente, dinámicas familiares, indicadores clínicos, conductas que observan en casa como por ejemplo agresiones, aislamiento, atención, lenguaje, estímulos y respuestas que se generan. Todos estos indicadores nos darán información para poder predecir cómo serán los resultados y son indicadores relacionados a la condición de regresión que ha sufrido la paciente. Los mismos son parte de los síntomas que aparecen durante una regresión y nos ayudarán a ver las mejoras que podrían darse a lo largo de la terapia. Las

preguntas de la entrevista han sido desarrolladas de esta manera para tener una visión completa y clara de lo que la paciente experimenta diariamente y el apoyo que tiene en su casa y en sus entornos fuera de la terapia. La entrevista es una herramienta que igualmente funciona para poder comunicar los resultados del proceso evaluativo.

La observación

La observación es una estrategia de recogida de información que ocurre entre un evaluador y el sujeto a ser evaluado. El observador ha sido entrenado para evaluar y es un experto. Se puede dar una observación no participante. En este caso la observación es no participante para no alterar las conductas de la persona que está siendo evaluada y será observación en tiempo real.

Los criterios a observar son las conductas que presenta la paciente antes, durante y después de la intervención con EMDR. Las conductas a observar son conductas verbales y no verbales, motoras, fisiológicas, gestos, inicio de contacto social, posibles agresiones, las interacciones que tiene con su entorno en general, sus roles en su entorno. Se observará de igual manera los atributos que nos dan información sobre ciertos rasgos que podrían estar presentes. Dichos atributos podrían ser fisiológicos o gestos como fruncimiento del ceño, sudoración, nerviosismo, desorientación o falta de concentración entre otras posibilidades. Los mismos nos podrían ayudar a inferir si la paciente está nerviosa, preocupada, estresada. También se observará la frecuencia con la que dichas conductas aparecen y la duración e intensidad con la que se presenten dichas conductas. Estos criterios han sido seleccionados por que nos dan una idea profunda sobre lo que el paciente está viviendo y más en este caso en el que la comunicación verbal es limitada. Las conductas nos dan mucha información sobre la persona que estamos evaluando y será en las conductas en donde se verá reflejado el cambio si es que el tratamiento resulta efectivo. Dado que el estudio busca evaluar la

efectividad de la terapia en un caso en particular, el mismo cuenta con la apertura a observar conductas que posiblemente no se esperan.

Objetivos, reclutamiento y consentimiento informado

Se define quién participará en el estudio dado que es un caso conocido por la investigadora y seguidamente se solicita a los padres de la paciente con síndrome de Down la autorización para que su hija sea parte de un estudio para evaluar su experiencia con una intervención de EMDR. La paciente cumple con todos los criterios de inclusión descritos anteriormente para ser parte del estudio. La carta es enviada a los padres, en este caso, por razones de ética, en vista de que la persona involucrada no tiene la capacidad de tomar decisiones por sí misma y se debe acudir a sus padres o tutores para la autorización del caso. Una vez que han recibido la carta se da paso a informarles sobre todos los objetivos que este estudio pretende cumplir, entre esos el que posiblemente pueda aportar con teorías dentro del campo en el futuro para personas con condiciones similares. Se habla también de la terapia que va a recibir la paciente y se brinda información sobre la misma a sus padres que a su vez tienen un espacio para aclarar cualquier duda que tengan sobre el procedimiento. Una vez que han recibido toda la información necesaria acerca de la investigación que se va a hacer, se procede a solicitar su firma en el consentimiento informado. Al ser un estudio de caso cualitativo, descriptivo, los padres acceden a aportar con cualquier información necesaria sobre la vida de la paciente en caso de ser necesario y relevante para la investigación.

Observación previa

Cuando se ha cumplido con estos pasos, se procede a comenzar con la investigación y metodología establecida. Se comienza con la entrevista a los padres en la que se relata la vida del paciente hasta el presente. Luego de la entrevista a los padres se procede a hacer las observaciones necesarias. Se observan las conductas en la escuela y las interacciones que

tiene con sus pares para analizar su concepto del entorno en el que se desenvuelve la mayor parte del día antes de comenzar el tratamiento. En la escuela la observación se dará por parte de la psicóloga de la misma quien ha ofrecido su apoyo en la investigación del caso. Se observará su relación e interacción con sus pares durante las horas de receso en la escuela de manera no participativa, es decir la observadora estará cerca pero no tendrá interacción con la paciente para que ella no se sienta observada o nerviosa. Esta observación se realizará antes de comenzar con la terapia para tener una información previa de cómo se desenvuelve la paciente en su entorno natural. La misma nos servirá para hacer una descripción precisa de lo que sucede, de las condiciones del ambiente de manera que luego podamos hacer observaciones más sistemáticas. Luego se harán dos observaciones más, una en el medio y una al haber finalizado el proceso de terapia para evaluar cambios y posibles mejoras. Para estas observaciones se realizarán registros narrativos de lo observado. Para la primera observación también se utilizarán escalas de apreciación en la que los padres responderán una serie de preguntas sobre lo que observan de la paciente en el día a día.

Implementación de la terapia

La participante recibe su primera terapia de EMDR después de la escuela en la cual se evalúa también su comportamiento. La terapeuta tiene cinco años de experiencia con esta terapia y ha realizado sus estudios y capacitación para practicar EMDR en Europa. Es integrante de la Asociación Ecuatoriana de Psicotrauma y EMDR y parte de la red de EMDR Iberoamérica. Accede a hacer esta terapia con una persona con síndrome de Down por primera vez en su trayectoria, asegurando que es posible y que desea ser parte de la investigación para un futuro donde esta terapia pueda ser reconocida y aplicable para esta población. Habrá doce sesiones de terapia con esta paciente a lo largo de cuatro meses. En cada sesión se va a seguir el protocolo de implementación de la terapia y se van a realizar los siguientes pasos: 1. Identificar la imagen específica del evento traumático. 2. Se identifican

sus cogniciones negativas, y se establecen nuevas cogniciones positivas que se desea tener. 3. Se evalúa las sensaciones corporales que tiene la paciente y se procede a comenzar con la estimulación bilateral con el movimiento ocular. 4. Se le pide a la paciente que siga con la mirada los dedos del terapeuta mientras recuerda el trauma. 5. Se realizan ejercicios de respiración. Al finalizar la sesión se observa el lenguaje corporal y los gestos que tiene la paciente para evaluar su experiencia durante la sesión.

Observación de la terapia

Las sesiones de terapia serán grabadas para los propósitos de este estudio. Esta decisión se toma pensando en los sesgos que se podrían generar si la observación es directa. Es posible que sea un factor estresor o distractor para la paciente si la observación es en el consultorio, si la persona se siente observada podría causar incomodidad o entorpecer la terapia. Lo que se va a observar en estos videos es el desenvolvimiento de la paciente mientras está en terapia, su concentración, su lenguaje verbal y no verbal mientras la terapia toma lugar. También se va a observar únicamente las partes donde se están llevando a cabo los movimientos oculares y la comunicación entre la terapeuta y la paciente. No se tomará en cuenta la información que no sea necesaria, es decir se enfocará únicamente en cómo se desenvuelve la paciente y el desarrollo durante la terapia en sí. Se estima que esta observación sea aproximadamente de diez a quince minutos de la sesión en total. Dicha observación se realizará una vez cada mes para evaluar el desarrollo y el cambio en la paciente, así como ver como se desenvuelve conforme avanza la terapia. Se utilizarán registros narrativos nuevamente para recolectar los datos de la sesión.

Consideraciones Éticas

Este estudio respeta todas las consideraciones éticas que se deben tomar en cuenta cuando se realiza un estudio con personas. También es un caso especial ya que es un estudio que involucra una persona adulta con discapacidad intelectual, lo que no permite que la persona tome decisiones por lo que sus padres han sido parte de la investigación y de igual manera se ha tomado todas las consideraciones éticas respectivas en el caso. Todos los participantes firman el consentimiento informado antes de participar en el estudio, dejando por escrito que están en su derecho de retirarse del mismo en cualquier momento si así lo desean. En el consentimiento informado han sido especificados todos los objetivos a tratar y la participación es completamente voluntaria. Si el participante se quiere retirar en cualquier momento del estudio no existen implicaciones negativas futuras en el mundo laboral o personal. Este tipo de terapia no se ha utilizado en casos de síndrome de Down por lo que se podría observar consecuencias o daños emocionales, sin embargo, no se espera ver ningún tipo de daño o consecuencia negativa ya que nunca se ha visto este resultado con la terapia aplicada. En caso de presentarse daños emocionales no esperados se descontinuaría el estudio. Al tratar con trauma es común que los pacientes experimenten cierto nivel de incomodidad. Si se presenta algún tipo de incomodidad esperada se considera parte del proceso. La investigadora se acata a las consideraciones éticas de la APA para investigación.

Manejo de datos confidenciales

Las grabaciones que se obtendrán de la terapia serán únicamente manejadas y observadas por la investigadora de manera confidencial, no se expondrán datos personales de la paciente en ninguna circunstancia. Estas grabaciones estarán única y estrictamente en su posesión, bajo ninguna circunstancia se hará uso de las mismas fuera del tiempo determinado

para el estudio y fuera del espacio profesional que utiliza la investigadora durante el estudio. No se harán observaciones de las mismas en casa. Después de haber hecho las anotaciones necesarias y haber recolectado toda la información que se necesita, las grabaciones serán eliminadas para evitar exponer datos confidenciales del caso. La información que será utilizada para publicación del estudio es únicamente del procedimiento, la evolución de síntomas y resultados de la terapia como tal. Ningún dato u observación adicional será publicada o utilizada para otros propósitos. Se cuidará el anonimato de la persona como se mencionó antes, eliminando las grabaciones, así como cualquier tipo de información que podría delatar su identidad.

Se previene cualquier tipo de daño o consecuencia negativa que pueda causar la investigación haciendo uso adecuado de la información recolectada, basándose en los códigos de ética en el campo de la psicología y manteniendo los datos personales estrictamente confidenciales. Se publicará únicamente datos relevantes para la investigación y aquellos que puedan ser útiles para futuros casos de estudio o investigaciones en el área.

Resultados esperados

Los resultados esperados son positivos ya que después de aplicar un tratamiento durante 4 meses se podría observar que ha habido cambios positivos en el comportamiento de la participante, quien fue víctima de abusos y trauma psicológico. La mayoría de sus comportamientos mal adaptativos podrían ser reemplazados por comportamientos adaptativos. Se desenvolvería con mayor facilidad en su entorno y es posible que recupere su concepto del “yo” a través de el reprocesamiento de la información en relación al evento sucedido. Se podría ver cambios positivos en la seguridad en sí misma, en su entorno, y a pesar de que posiblemente no haya logrado un entendimiento lógico de lo sucedido, se puede

desencadenar un proceso de aprendizaje en el cual el trauma sea reprocesado como un evento aislado. Los padres de la paciente podrían ver que el cambio se ha dado en casi todos los aspectos de su vida cotidiana, aunque todavía quedarían algunos comportamientos mal adaptativos. Sin embargo, estos ya no impedirían que lleve una vida con más normalidad. Los cambios que se podrían presentar en este caso nos dicen que el tratamiento con EMDR ha ayudado a que el proceso de terapia para el abuso fuera más corto. Sin embargo, las personas con síndrome de Down, al tener características específicas, experimentan todo de manera diferente. En este caso los síntomas posiblemente no desaparecerían por completo en el tiempo dado y aun habría aspectos que se podrían trabajar.

Los síntomas de la regresión tales como la reducción del lenguaje pueden haber sido afectados positivamente sin embargo se necesitaría apoyo en esta área para desarrollar nuevamente su vocabulario y su nivel de expresión. Si bien ha recuperado bastante su lenguaje, el proceso de aprendizaje es más lento y falta desarrollo en este aspecto. En cuanto a sus habilidades sociales posiblemente se observaría que se desenvuelve con más facilidad. Se reportaría que la participante está más conectada con su entorno y ha recuperado su nivel de socialización; está más abierta a rodearse de personas e incluso ha incrementado su interacción con los demás, algo que había perdido antes de comenzar con la terapia. Otro aspecto importante de recalcar es que su nivel cognitivo se vio afectado y podría ser más difícil recuperarlo a través de la terapia porque hay muchos procesos que la paciente tendría que aprender desde cero. Aunque no es imposible, esto no es algo que la terapia de EMDR recupera en el tiempo en el que se realizó la investigación. Sin duda se necesita apoyo psicológico y terapéutico a lo largo de este proceso ya que la terapia de EMDR por sí sola no logra abarcar todos los síntomas que sufren las personas con síndrome de Down al experimentar una regresión fuerte. Posiblemente nuestra paciente logre recuperar muchas habilidades cognitivas si se le da seguimiento al tratamiento de recuperación.

Por otro lado, en la escuela posiblemente se vería que nuestra participante muestra más motivación durante las tareas que debe realizar lo que demuestra que ha disminuido su inseguridad no solo en casa, si no en general.

Conclusiones

Con referencia a las observaciones realizadas y los posibles resultados de este estudio, podría concluir que la terapia de EMDR es efectiva para el tratamiento de la regresión y el trauma psicológico en personas con síndrome de Down. Los cambios que se observan con esta terapia son positivos y como su nombre lo especifica, es una terapia efectiva en la desensibilización y el reprocesamiento del trauma lo cual hace que el evento traumático ya no sea un impedimento en la vida de la persona. Por lo tanto, esta terapia podría ser usada en personas con síndrome de Down ya que no se esperan efectos negativos en la vida de la persona y se podrían observar mejoras en todas las áreas observadas (lenguaje, habilidades sociales, vida cotidiana etc.). Siempre se debe tomar en cuenta que es una posibilidad la necesidad de terapia complementaria o terapias de apoyo que posiblemente podría requerir un paciente con esta condición, dependiendo de sus objetivos con la terapia.

Limitaciones del Estudio

En este estudio hubo algunas limitaciones. En principio fue una investigación centrada en solo un caso en Ecuador, por lo que podría ser más difícil generalizar los resultados al resto de la población a pesar de que fue un estudio profundo. Pueden jugar muchos factores para los resultados como el apoyo familiar, el apoyo en la escuela y el entorno en el que la persona se desarrolla, como estudio de caso estas variables no podrían ser controladas. Otra posible limitación son los sesgos que se pueden dar al ser la investigadora una persona tan cercana al estudio de caso. Como se mencionó antes estos

sesgos podrían darse por las vivencias de la paciente con la investigadora, las emociones que podrían aflorar durante el proceso y que, al no ser un caso desconocido para la investigadora, ya existe mucha información de fondo que podría influir en las observaciones o conclusiones que ella podría sacar. Por otro lado, podría haber una limitación en el diseño del estudio en cuanto al tiempo, este puede haber sido muy corto ya que la investigadora no contaba con más tiempo para realizarlo. Al conocer que los pacientes con síndrome de Down viven los procesos lentamente y se tardan más en mostrar o generar cambios, el tiempo del estudio y del procedimiento podría haber sido muy corto, haciendo que los resultados no sean los mejores o no sean representativos de los efectos que la terapia podría alcanzar. Esto es porque muchas veces estos pacientes no tienen el control de la situación ni la capacidad de tomar decisiones por sí mismos como lo haría una persona neurotípica, por lo tanto los resultados tardan más en ser evidentes.

Recomendaciones para Futuros Estudios

Después de exponer estas limitaciones, para futuros estudios se recomienda tomar en cuenta realizarlo en más casos que sean más representativos de la población con síndrome de Down. Se recomienda evitar sesgos invitando a más pacientes a participar y asegurándose que los investigadores no tengan relaciones cercanas con los mismos, de esta manera se manejaría el riesgo o a tener sesgos personales dentro del estudio. Por otro lado, también podría tomarse en cuenta la posibilidad de hacer un diseño de estudio cuantitativo que aporte a este tema con evidencia más sólida y científica en cuanto a los efectos que podría tener la terapia EMDR en esta población. Otro tipo de estudio fuerte en este campo podría ser aquel que mida aspectos fisiológicos como por ejemplo los efectos de la terapia en el cerebro de estas personas, en el ritmo cardiaco etc. para así tener evidencia clara de los cambios que se pueden dar. Esto es porque sabemos que todos estos aspectos tienen relación con el cerebro e

influyen en el bienestar de una persona; cuando una persona no se siente bien emocionalmente o psicológicamente se han visto cambios fisiológicos lo cual prueba que en este nivel también se expresan los procesos psicológicos. Para esto podrían usarse herramientas como por ejemplo la resonancia magnética para evidenciar cambios a nivel cerebral. Finalmente se recomienda emplear más tiempo en el estudio para fortalecer la evidencia de los efectos de una terapia de desensibilización y reprocesamiento del trauma. Se debe tomar en cuenta que las personas con discapacidad cognitiva tienden a evolucionar de manera más pausada.

REFERENCIAS

- ALETHEIA. Arte, arteterapia, trauma y memoria emocional. (n.d.). Recuperado el 17 Abril, 2018, desde <https://www.ucm.es/aletheia/thesaurus>
- El síndrome de Down: Aspectos biomédicos, psicológicos y educativos. (2004). Recuperado el 10 mayo 2018, desde <http://www.down21.org/revista-virtual/780-revista-virtual-2004/revista-virtual-marzo-2004/articulo-profesional-marzo-2004/2125-el-sindrome-de-down-aspectos-biomedicos-psicologicos-y-educativos.html>
- Hora, D. L. (2010, diciembre 18). En Ecuador existen 7.457 personas con Síndrome de Down - La Hora. Recuperado el 12 mayo 2018, desde <https://lahora.com.ec/noticia/1101065161/en-ecuador-existen-7457-personas-con-sindrome-de-down>
- Rodríguez, Y., Aguiar, B. A., A., & Garcia, I. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. Recuperado el 8 abril 2018, desde http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100007
- Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2008). EMDR and The Art of Psychotherapy With Children. Recuperado el 4 Abril 2018, desde [https://books.google.com.ec/books?id=K_ltr7jTcfkC&pg=PR16&lpg=PR16&dq=down syndrome EMDR&source=bl&ots=RXroWtQW1e&sig=Sl2F56fChcVv_BevjqVdcTtsQW0&hl](https://books.google.com.ec/books?id=K_ltr7jTcfkC&pg=PR16&lpg=PR16&dq=down+syndrome+EMDR&source=bl&ots=RXroWtQW1e&sig=Sl2F56fChcVv_BevjqVdcTtsQW0&hl)

=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwi31fS4-
6rZAhVPzVMKHxKEB20Q6AEIODAB#v=onepage&q=down syndrome
EMDR&f=false

Instituto Español EMDR. (2004). Qué es EMDR. Recuperado el 3 Marzo 2018, desde
<http://www.iemdr.es/que-es>

American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-
Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagny Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual
diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial
Médica Panamericana.

Flórez, J. (2014). Depresión y regresión en el síndrome de Down: Apuntes para una teoría
patogénica. *Fundación Iberoamericana Down 21*. Recuperado el 02 Nov 2018, desde
[http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/6b82b262d42d42b4
e3a567a521445659dbd8e1a1.pdf](http://www.centrodocumentaciondown.com/uploads/documentos/6b82b262d42d42b4e3a567a521445659dbd8e1a1.pdf)

Fernández-Ballesteros, R. (1992). La observación. En R. Fernández-Ballesteros, *Introducción
a la evaluación psicológica I* (pp. 137-182). Madrid, España: Pirámide.

Gielkens, E. M., Sobczak, S., Rossi, G., Rosowsky, E., & Alphen, S. J. (2018). EMDR as a
Treatment Approach of PTSD Complicated by Comorbid Psychiatric, Somatic, and
Cognitive Disorders: A Case Report of an Older Woman With a Borderline and

Avoidant Personality Disorder. *Clinical Case Studies*, 17(5), 328-347.

doi:10.1177/1534650118790413

Jacobs, J., Schwartz, A., McDougle, C. J., & Skotko, B. G. (2016, July). Rapid clinical deterioration in an individual with Down syndrome. Retrieved October 14, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27149638>

Posmontier, B. (2010). Sexual Violence: Psychiatric Healing with Eye Movement Reprocessing and Desensitization. *Health Care Women Int.*, 31(8): 755–768.

Prasher, VP. Prevalence of psychiatric disorders in adults with Down's syndrome. *Eur J Psychiatry* 1995; 9: 77-82.

Prasher, VP. Desintegrative syndrome in young adults. *Irish J Psychol Med* 2002; 19: 101.

Salgado, A.C., (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del Rigor Metodológico y Retos. *Liberabit* 2007; 13: 71-78.

Shapiro, F. (2001). *Guilford Press*(2nd ed.) [2]. Recuperado el 14 Oct 2018, desde <https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=HpTKyLDL0SAC&oi=fnd&pg=PT2&dq=EMDR&ots=swwQs6cT9W&sig=cGa6a3tzXnJOiGgaewgTwpPaJkg#v=onepage&q=EMDR&f=false>

Trauma. (2018). En *OxfordDictionaries.com*. Recuperado desde <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/trauma>

Van der Kolk, B. A. (1987). *American Psychiatric Publishing, Inc*(1st ed.). Recuperado el 10

Oct 2018, desde

<https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=Dp2gi8t8zLEC&oi=fnd&pg=PR9>

&dq=psychological trauma and

ptsd&ots=10Hs0sRVag&sig=oO9MYM4KniBz2OUD_iBeZtcKwyc#v=onepage&q=

psychological trauma and ptsd&f=false

Voogd, L. D., Kanen, J. W., Neville, D. A., Roelofs, K., Fernández, G., & Hermans, E. J.

(2018). Eye-Movement Intervention Enhances Extinction via Amygdala

Deactivation. *The Journal of Neuroscience*, 38(40). doi:10.1523/jneurosci.0703-

18.2018

ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Estimados _____,

Por medio de la presente, después de su solicitud de ayuda para su hija, me permito invitarlos a ser parte de un estudio de caso en el cuál se evaluará los posibles efectos y beneficios de la terapia EMDR (desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular, por sus siglas en inglés), para el tratamiento del trauma psicológico y regresión en los pacientes con síndrome de Down. La misma se llevará a cabo durante 4 meses en los cuales su hija tendrá la oportunidad de recibir dicha terapia y la investigadora hará evaluaciones de su desarrollo con el fin de aportar información en el campo de ayuda para las personas con discapacidad intelectual. Cualquier duda o pregunta que tengan no duden en contactarme. Agradezco de antemano su atención y espero poder contar con su participación para poder extender el apoyo a esta población.

Saludos,

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo _____ identificado con cédula de identidad n° _____
he sido informado por la investigadora _____ acerca de los
objetivos del estudio de caso de la paciente _____.

He sido informado sobre el procedimiento, ventajas, beneficios y posibles riesgos del mismo.
Se me ha ofrecido apertura para realizar las preguntas que he considerado necesarias y
oportunas, las cuales fueron respondidas y aclaradas de manera que considero adecuada.

Por esta razón, de manera consciente y completamente voluntaria doy mi consentimiento para
que se lleve a cabo el estudio, teniendo pleno conocimiento de todos los posibles resultados
que podrían revelarse durante el mismo.

Firma del paciente o responsable legal

C.I.

Firma del profesional

C.I.

ANEXO C: ENTREVISTA A LOS PADRES

1. ¿Datos de la paciente?

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Lugar donde vive:

Escuela:

Año de estudios:

2. ¿Con cuántas personas vive?

Nombres:

Parentesco:

Edades:

Ocupación:

Escolaridad:

Afinidad:

3. ¿Antecedentes?

Primera infancia:

Segunda infancia:

Adolescencia:

Adulthood joven:

4. **¿Cuáles han sido posibles eventos especiales que ha vivido la paciente desde su primera infancia? (ej. Divorcio de los padres, cambios de casa, cambios repentinos de rutina, pérdidas emocionales)**
5. **¿Qué síntomas presenta la paciente, que han llamado su atención en los últimos 3 meses?**
6. **¿Cuándo comenzaron a notar estos síntomas?**
7. **¿Con qué intensidad se han presentado los síntomas del 1 al 10, siendo 1 el menos intenso y 10 el más intenso?**
8. **¿Cuándo aparecen los síntomas, cuánto tiempo duran?**
9. **¿Con qué frecuencia los síntomas son observables?**
10. **¿La paciente puede concentrarse en una actividad durante 5 minutos o más?**
11. **¿Cómo describirían la comunicación verbal de la paciente?**
12. **¿La paciente ha demostrado sentir ira, rabia repentinamente?**
13. **¿La paciente ha tenido conductas agresivas en los últimos meses?**
14. **¿En caso de responder afirmativamente, aproximadamente cuántas veces en la semana muestra conductas agresivas?**
15. **¿La paciente ha mostrado signos de aislamiento?**
16. **¿La paciente ha tenido dificultades médicas? ¿Cuántas?**
17. **¿En caso de responder afirmativamente, estuvo hospitalizada en alguna de estas ocasiones?**
18. **¿Tiene alguna condición médica que consideran relevante?**
19. **¿Con qué integrante de su familia tiene más afinidad?**
20. **¿Con qué integrante de su familia pasa la mayor parte del tiempo?**

- 21. ¿Cuándo la paciente necesita apoyo o ayuda, a quién acude primero? ¿Quién es el primer integrante de su familia en mostrar interés por ayudarla?**
- 22. A nivel social, ¿cómo es la interacción con sus compañeros?**
- 23. ¿Cuenta con amigos que muestren preocupación y cuidado por ella?**
- 24. ¿Se siente cómoda en ambientes donde hay muchas personas?**
- 25. ¿Sale con sus amigos regularmente?**

*Estas preguntas serán realizadas por la investigadora durante la entrevista a los padres y las respuestas serán anotadas una vez finalizada la entrevista, utilizando las grabaciones que se obtendrá de la misma.