

Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares

Fecha de revisión: Octubre 2010

Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) es una forma de psicoterapia personalizada diseñada para reducir estrés postraumático, ansiedad y síntomas depresivos asociados con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y para mejorar el funcionamiento global de salud mental. El tratamiento es llevado a cabo por un terapeuta de EMDR, que primero revisa la historia del cliente y evalúa si está preparado para trabajar con EMDR. Durante la fase de preparación, el terapeuta trabaja con el cliente para identificar una memoria positiva asociada con sentimientos de seguridad o calma que puede utilizarse si el malestar psicológico asociado a la memoria traumática se dispara. La memoria diana traumática para la sesión de tratamiento es accedida atendiendo a la imagen, cognición negativa, y sensación corporal. Intervalos de 30 segundos de ejercicios repetitivos de atención dual se conducen, el cliente atiende a una tarea motora mientras se centra en la memoria diana traumática y posteriormente en cualquier otra cognición negativa, asociaciones, y sensaciones corporales. La tarea motora más común usada en EMDR consiste en movimientos oculares de lado a lado siguiendo el dedo del terapeuta; aunque puede alternarse con tapping o con tonos auditivos enviados mediante auriculares. Estos ejercicios son repetidos hasta que el cliente no reporta estrés emocional. El terapeuta EMDR pide entonces al cliente que escoja una cognición positiva respecto al suceso y que se centre en esta creencia positiva mientras continúa con el ejercicio. Estos ejercicios finalizan cuando el cliente informa con confianza sentimientos confortables y un sentido del yo positivo cuando recuerda el trauma diana. El terapeuta y el cliente revisan el progreso del cliente y comentan escenarios o contextos que pueden desencadenar angustia psicológica. Estos desencadenantes e imágenes positivas para la futura acción apropiada también son tomados como diana y procesados. Además, el terapeuta pide al cliente que lleve un diario anotando cualquier material relacionado con la memoria traumática, y le pide que se centre en el lugar seguro acordado siempre que se desencadene angustia psicológica relacionada con la memoria traumática.

El mecanismo que subyace al porqué del funcionamiento de este proceso en la reducción del estrés relacionado con el trauma, ansiedad, y depresión es desconocido. Los investigadores han teorizado que los efectos positivos se deben al procesamiento adaptativo de información, el modelo teórico en que se basa el EMDR. Mediante el procesamiento adaptativo de información, los ejercicios de atención dual interrumpen la memoria almacenada del trauma para permitir una eliminación de las creencias negativas, emociones y síntomas somáticos asociados con la memoria mientras conecta con información más adaptativa almacenada en las redes de la memoria. Una vez que el recuerdo del trauma no elicit creencias negativas, emociones o sintomatología somática, y que la memoria simultáneamente se convierte en un set más adaptado de creencias, emociones y respuestas somáticas, se vuelve a almacenar, sobrescribiendo la memoria original del trauma.

La terapia con EMDR suele hacerse en sesiones de entre 60 y 90 minutos, aunque se han usado sesiones más breves con éxito. El número de sesiones varía según la complejidad del trauma a tratar. Para traumas únicos y aislados, entre una y tres sesiones pueden bastar. Por el contrario, si el trauma implica acontecimientos traumáticos repetidos, como trauma de combate, o abusos físicos, sexuales o emocionales, muchas más sesiones pueden ser necesarias para un tratamiento completo.

Información Descriptiva

Áreas de interés

Tratamiento de salud mental

Resultados

- 1: Síntomas de TEPT
- 2: Síntomas de Ansiedad
- 3: Síntomas de Depresión
- 4: Funcionamiento global de salud mental

Categorías de Resultados

Salud Mental

Edades

18-25 (Adultos jóvenes)

26-55 (Adultos)

55+ (Adultos mayores)

Géneros

Masculino

Femenino

Razas/Etnicidad

Indio Americano o Nativo de Alaska

Negro o Afroamericano

Hispano o Latino

Blanco

Raza/etnicidad sin especificar

Escenario

Paciente externo

Localizaciones Geográficas

Urbano

Suburbano

Historia de Implementación

Desde el desarrollo del EMDR en 1989, se estima que unos 100.000 profesionales de salud mental en todos los 50 estados han participado en entrenamientos de EMDR, y millones de clientes han recibido EMDR. Fuera de EEUU, se ha ido implementado en más de 70 países. Las evaluaciones de EMDR han sido conducidas en EEUU y en más de otros 30 países.

La Asociación Internacional de EMDR (EMDRIA) inició un proceso de certificación para profesionales clínicos individuales en 1999. En EEUU, aproximadamente 1980 clínicos han sido certificados en EMDR, y 563 de ellos son también Consultores aprobados por EMDRIA. Fuera de EEUU, los clínicos certificados y consultores aprobados por EMDRIA se localizan en Argentina, Canadá, Alemania, Grecia, Guatemala, Islandia, Japón, México, Suiza y Reino Unido.

EMDRIA también comenzó a aprobar instructores para el entrenamiento básico en 1999, y aproximadamente 35 instructores han sido aprobados.

Financiación de INS/Estudios Comparativos de Efectividad

Parcial/totalmente financiados por Institutos Nacionales de Salud: Sí

Evaluado en investigaciones de efectividad comparada: Sí

Adaptaciones Los materiales y contenido de los entrenamientos han sido traducidos al alemán, chino, danés, español, francés, holandés, indonesio, italiano, japonés, noruego, polaco, tailandés, y turco.

Efectos Adversos

No hay efectos adversos, preocupaciones o consecuencias no intencionadas identificadas por el candidato.

Categorías de prevención de la OIM

No se pueden aplicar las categorías de prevención de la Organización Internacional para la Migración.

Resultados

Resultado 1: Síntomas de TEPT

Descripción de Mediciones

Los síntomas de TEPT fueron medidos por al menos dos de los siguientes instrumentos en cada uno de los tres estudios:

- *Escala Mississippi para TEPT relacionado con el combate (M-PTSD)*. Es un instrumento de autoinforme de 35 ítems derivado de los criterios del DSM-III para los síntomas de TEPT e incluye ítems para características específicamente observadas en veteranos de combate (ej. abuso de sustancias, tendencia al suicidio, depresión). Los ítems se puntúan en una escala Likert de 5 puntos y se suman para obtener una medida continua de severidad de sintomatología TEPT. Las puntuaciones varían de 35 a 175, y las más altas indican síntomas más severos.
- *Escala de TEPT Administrada por el Clínico (CAPS-1)*. La escala CAPS-1 es una entrevista estructurada de 30 ítems para medir la severidad de los síntomas y estado diagnóstico de TEPT en la actualidad (ej. en el último mes) y a lo largo de la vida (ej. en el peor mes tras el trauma). El CAPS-1 tiene 17 ítems que corresponden a los criterios del DSM-IV para los síntomas de TEPT; 8 ítems que miden características asociadas, como culpa, desesperanza, e impedimentos en la memoria; y 5 ítems que miden la validez de la respuesta, severidad global, mejoría global, e impedimentos sociales y ocupacionales. Para cada uno de los 17 ítems relacionados con TEPT se evalúa en una escala separada de 5 puntos la frecuencia (variando desde 0 [nunca] a 4 [diariamente o casi a diario]) e intensidad (rango de 0 [nada] a 4 [angustia extrema e incapacitante, incapaz de desterrar los recuerdos, incapaz de continuar con sus actividades]). Las puntuaciones de frecuencia e intensidad pueden combinarse para una puntuación global de severidad de sintomatología; las puntuaciones más altas indican que los síntomas son más frecuentes, intensos, o severos, dependiendo de los focos de puntuación.
- *Escala de Síntomas de TEPT*. La Escala de Síntomas de TEPT, registrando de 0 a 10, fue desarrollada por los investigadores para permitir una autoevaluación de los clientes sobre su estado general de sintomatología. Las puntuaciones más altas indican peores síntomas, siendo 10 lo peor.
- *Escala del Impacto del Evento (IES)*. La escala IES es una medida de autoinforme que evalúa la sintomatología de estrés postraumático que ha ocurrido recientemente (en las últimas una o dos semanas) en respuesta a un acontecimiento traumático identificado. La escala genera dos subescalas de frecuencia de síntomas—intrusión pensamientos, sentimientos e imágenes intrusivas) y evitación (evitación de pensamientos, emoción y recordatorios)—que se suman para obtener la puntuación total de la escala. Las puntuaciones más altas indican mayor grado de angustia.
- *Dimensión de Somatización del Inventario de Síntomas (SCL-90-R)*. Es un inventario de autoinforme de 90 ítems que mide los síntomas psiquiátricos actuales en nueve dimensiones, incluyendo la somatización. Los clientes puntúan cada ítem para los últimos 7 días usando una escala de 5 puntos que abarca desde 0 (absolutamente nada) hasta 4 (extremadamente). También facilita varios índices globales. Mayores puntuaciones indican más síntomas con mayor intensidad.
- *Escala Modificada de Síntomas de TEPT (MPSS-SR)* Es un instrumento de autoregistro que mide la frecuencia y severidad de la sintomatología de TEPT, según criterios del DSM-III-R, para las 2 semanas anteriores. La frecuencia está medida en una escala de cuatro puntos que abarca desde 0 (absolutamente nada) a 3 (≥ 5 veces a la semana/mucho/casi siempre). Las puntuaciones varían desde 0 a 51 para frecuencia y las más altas se asocian con una mayor frecuencia de los síntomas.

Hallazgos Clave

En un ensayo clínico aleatorizado, veteranos de combate con un diagnóstico de TEPT según el DSM-IV fueron aleatoriamente asignados una de tres condiciones: a 12 sesiones bisemanales de 60-75 minutos usando EMDR, 12 sesiones bisemanales de 40 minutos de relajación asistida con biofeedback, o 6 semanas en lista de espera en condición de control.

Las valoraciones fueron llevadas a cabo al inicio (pretratamiento), 6 semanas después del inicio del tratamiento (post-tratamiento), y 3 meses después de la evaluación post-tratamiento (seguimiento). Solo las condiciones de EMDR y relajación fueron contrastadas en el seguimiento, ya que a los veteranos en la condición de lista de espera control se les ofreció tratamiento pasadas las 6 semanas primeras del experimento. Los hallazgos de este estudio incluyen lo siguiente:

- Los veteranos en tratamiento con EMDR tuvieron menos severidad de síntomas de TEPT (M-PTSD) en relación a los veteranos en el grupo control ($p < 0.05$) y grupo relajación ($p < 0.05$) en el post-tratamiento y en relación a los veteranos del grupo relajación ($p < 0.05$) en el seguimiento. Estas diferencias entre grupos

se asociaron a grandes tamaños en el efecto (d de Cohen=1.01, 1.07, and 1.01 respectivamente).

- Los veteranos en tratamiento con EMDR tuvieron menor frecuencia de síntomas de TEPT (escala de frecuencia del CAPS-1; $p < 0.0004$) con menor intensidad (escala de intensidad del CAPS-1; $p < 0.002$) en comparación con los veteranos del grupo relajación en el seguimiento. Las diferencias entre los distintos grupos se asociaron a grandes tamaños en el efecto (d de Cohen= 2.10 y 1.82 respectivamente).
- Los veteranos en tratamiento con EMDR tuvieron una mejor recuperación en su estado general de sintomatología TEPT (Escapa de Síntomas de TEPT) en comparación con los veteranos en el grupo control ($p < 0.01$) desde el pre hasta el post-tratamiento y en relación a los veteranos del grupo relajación ($p < 0.005$) desde el pretratamiento hasta el seguimiento. Estas diferencias intergrupales se asociaron a grandes tamaños en el efecto (d de Cohen= 1.26 y 1.55 respectivamente).

En otro ensayo clínico aleatorizado, reclutaron adultos de entre la comunidad que estuvieran experimentando memorias traumáticas y les asignaron aleatoriamente una de dos condiciones: tres sesiones de 90 minutos de EMDR o un retraso de 6 semanas en el tratamiento como control (seguido de EMDR). El noventa y cuatro por ciento de los participantes mostraron al menos 3 criterios DSM-IV en los 30 días anteriores a su inclusión en el estudio. Las evaluaciones fueron en línea base (pre-tratamiento) y pasados 1, 2, 3, 6, y 18 meses tras la línea base (seguimientos). Los contrastes entre condiciones se limitaron al cambio relativo al primer mes de seguimiento, comparado con la evaluación pre-tratamiento. Del pre-tratamiento al primer mes de seguimiento, los participantes con EMDR tuvieron mayores reducciones de pensamientos intrusivos (subescala de intrusión del IES; $p < 0.006$), síntomas de evitación (subescala evitación del IES; $p < 0.006$), y síntomas somáticos (dimensión de somatización del SCL-90-R; $p < 0.006$) en relación con los participantes del grupo control. Estas diferencias entre los grupos se asocian a tamaños medios y grandes en el efecto (d de Cohen = 0.66, 1.03 y 1.35 respectivamente).

En un tercer ensayo clínico aleatorizado que transcurrió durante 2 años, los participantes que acudieron a la clínica psiquiátrica de una Sociedad Médica con síntomas de estrés postraumático fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos: sesiones de EMDR de 50 minutos o cuidados estandarizados para el tratamiento del TEPT de dicha Sociedad Médica. El número de sesiones de tratamiento no se fijó para ninguna de las dos condiciones, y el tratamiento continuó hasta que los participantes ya no mostraban los criterios del DSM-III-R para TEPT (habitualmente entre 6 y 12 meses) o hasta que el estudio terminó.

Los cuidados estandarizados de la Sociedad Médica para el TEPT (criterios DSM-III-R) consistían en uno o varios de los siguientes: psicoterapia individual (cognitiva, psicodinámica o conductual), medicación (antidepresivos o ansiolíticos), psicoterapia grupal (relajación, reducción de ansiedad y pánico, y grupos de estabilización médica), y una breve hospitalización y/o tratamiento de día. Las evaluaciones se llevaron a cabo en línea base (pre-tratamiento), después de tres sesiones de tratamiento, en el post-tratamiento, y a los 3 y 6 meses después del tratamiento (seguimientos). Los hallazgos del estudio incluyeron lo siguiente:

- En comparación con los participantes que recibieron el tratamiento estandarizado de la Sociedad Médica, aquellos que recibieron EMDR tuvieron menos síntomas de TEPT tras tres sesiones de tratamiento (puntuación total de IES y escala de frecuencia del MPSS-SR; $p = 0.001$ y $p = 0.001$, respectivamente)
- En comparación con los participantes que recibieron los cuidados estándar de la Sociedad Sanitaria, aquellos que recibieron EMDR continuaron mostrando menos síntomas TEPT (escala de frecuencia de MPSS-SR) en el post-tratamiento ($p = 0.005$) y a los 3 y 6 meses de seguimiento ($p < 0.002$ y $p = 0.004$, respectivamente).
- En comparación con los participantes que recibieron los cuidados estándar, los tratados con EMDR tuvieron menos síntomas de TEPT (puntuación total escala IES) a los 3 y 6 meses de seguimiento ($p < 0.001$ y $p = 0.010$, respectivamente).
- En comparación con los pacientes que recibieron el tratamiento estándar de la Sociedad Sanitaria, aquellos tratados con EMDR tuvieron un mayor descenso de síntomas de TEPT (puntuación total IES) del pre al post tratamiento ($p = 0.009$).
- Menor cantidad de participantes en tratamiento con EMDR que de los que recibieron cuidados estándar de la Sociedad Sanitaria cumplieron los criterios del DSM-III-R para TEPT después de tres sesiones de tratamiento (50% vs. 80%; $p = 0.034$) y en el post-tratamiento (23% vs. 50%; $p = 0.025$).

Estudios Midiendo Resultado

Estudio 1, Estudio 2, Estudio 3

Diseño de Estudio

Experimental

Valoración de la Calidad de la Investigación

3.2 (escala 0.0-4.0)

Resultado 2: Síntomas de Ansiedad

Descripción de Mediciones

Sintomatología de ansiedad medida por al menos uno de los siguientes instrumentos en cada uno de los tres estudios:

- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Es un instrumento de autoinforme con 20 ítems que miden la ansiedad actual (o estado) y 20 ítems que miden la disposicional (o rasgo). Cada ítem es una declaración acerca de sentimientos o tendencias generales, que los que responden evalúan en función de cuánto lo sienten en el momento (subescala de ansiedad-estado) y más generalmente (subescala ansiedad-rasgo), usando una escala de 4 puntos variando de 1 (nada de nada) hasta 4 (mucho). Las puntuaciones se calculan por separado para cada una de las dos subescalas, y cada subescala puntúa desde 20 hasta 80, donde las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de ansiedad.
- *Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (Escala de SUDs)*. Esta escala, extraída de la Escala de Ansiedad Subjetiva (SAS), es una medida de autoinforme de un solo ítem que mide el malestar causado por la ansiedad que experimenta al pensar en un acontecimiento traumático concreto. La evaluación fluctúa entre 0 (neutral) y 10 (mayor nivel de malestar imaginable).
- *Dimensión de Ansiedad de la SCL-90-R*. Es un inventario de autoregistro de 90 ítems que mide los síntomas psiquiátricos actuales en nueve dimensiones, incluyendo la ansiedad. Los clientes puntúan cada ítem para los últimos 7 días usando una escala de 5 puntos que abarca desde 0 (absolutamente nada) hasta 4 (extremadamente). También facilita varios índices globales. Mayores puntuaciones indican más síntomas con mayor intensidad.

Hallazgos Clave

En un ensayo clínico aleatorizado los veteranos de guerra con un diagnóstico DSM-IV de trastorno de estrés postraumático fueron asignados aleatoriamente a una de tres condiciones: 12 sesiones bisemanales de 60 - 75 minutos con terapia EMDR, 12 sesiones bisemanales de 40 minutos de relajación asistida con biofeedback, o 6 semanas en lista de espera condición de control. Las evaluaciones se produjeron al inicio del estudio (pretratamiento), a las 6 semanas después del inicio (después del tratamiento), ya los 3 meses después de la evaluación post-tratamiento (seguimiento). Sólo se contrastaron las condiciones de EMDR relajación en el seguimiento, ya que a los veteranos de la condición de control en lista de espera se les ofreció tratamiento después de las primeras 6 semanas del estudio. Los veteranos que recibieron EMDR tenían menos ansiedad disposicional (subescala de ansiedad rasgo del STAI) en relación a los veteranos en el grupo control ($p < 0.001$) y el grupo de relajación ($p < 0.001$) en el post-tratamiento y en relación con los veteranos en el grupo de relajación ($p < 0.01$) en el seguimiento. Estas diferencias entre los grupos se asociaron con tamaños del efecto grandes (d de Cohen = 1.62, 1.15 y 1.38, respectivamente).

En otro ensayo clínico aleatorizado, los adultos que sufriendo recuerdos traumáticos fueron reclutados de la comunidad y asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: tres sesiones de 90 minutos con terapia EMDR o un control de 6 semanas en lista de espera (seguido por EMDR). Noventa y cuatro por ciento de los participantes reunieron por lo menos tres criterios DSM-IV para el TEPT en los 30 días anteriores a su ingreso en el estudio. Las evaluaciones se produjeron al inicio del estudio (pretratamiento) y a los 1, 2, 3, 6 y 18 meses después del inicio (seguimiento). El contraste entre condiciones se limitó al cambio relativo en el primer mes de seguimiento en comparación con la evaluación pre-tratamiento. Desde el pretratamiento hasta el primer mes de seguimiento, los participantes que recibieron EMDR tenían una mayor reducción de los síntomas de ansiedad (SUDs, las subescalas de ansiedad de estado y rasgo del STAI, y la dimensión de la ansiedad de la SCL-90-R, $p < 0.006$ para las cuatro escalas) en relación con los participantes del grupo control. Estas diferencias entre los grupos se asociaron con los tamaños del efecto que van desde pequeñas a grandes (d de Cohen = 2.07, 0.63, 0.44 y 0.49, respectivamente).

En un tercer ensayo que se prolongó durante dos años, los participantes que se presentaron a la clínica psiquiátrica de una Sociedad Médica con trastorno de estrés postraumático (DSM-III-R) fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: sesiones de 50 minutos de EMDR o la

atención estándar de la Sociedad Médica para el TEPT. El número de sesiones de tratamiento no se fijó para ninguna de estas condiciones, y continuaron el tratamiento hasta que los participantes dejaron de cumplir criterios del DSM-III-R para TEPT (por lo general entre 6 y 12 meses) o hasta finalizar el estudio. La atención estándar para TEPT de la Sociedad Médica consiste en uno o más de los siguientes: sesiones individuales de psicoterapia (cognitiva, psicodinámica, o conductual), medicación (antidepresivos o ansiolíticos), terapia de grupo (entrenamiento en relajación con biofeedback, reducción de ansiedad y pánico, los grupos de estabilización de medicamentos), y una breve hospitalización y/o tratamiento de día. Las evaluaciones se llevaron a cabo al inicio del estudio (pre-tratamiento), después de tres sesiones de tratamiento, post-tratamiento, y los 3 y 6 meses después del tratamiento (seguimiento). Los resultados de este estudio fueron los siguientes:

- En relación con los participantes que recibieron atención estándar, los que recibieron EMDR tenían menos síntomas de ansiedad actual (subescala estado del STAI, $p < 0.05$) y disposicional (subescala rasgo del STAI, $p = 0.013$), y menos perturbación por la ansiedad al pensar en el acontecimiento traumático (SUDS, $p = 0.001$) después de tres sesiones de tratamiento.
- En relación con los participantes que recibieron atención estándar, los que recibieron EMDR mostraban una disminución en el nivel de ansiedad actual (subescala de ansiedad del STAI) a los 6 meses de seguimiento ($p = 0.017$).
- En relación con los participantes que recibieron atención estándar, los que recibieron EMDR tenían menos síntomas de ansiedad disposicional (subescala rasgo del STAI) en el post-tratamiento ($p = 0.005$) y a los 3 y 6 meses de seguimiento ($p = 0.023$ y $p = 0.007$, respectivamente).
- En relación con los participantes que recibieron atención estándar, los que recibieron EMDR tenían menor perturbación a causa de la ansiedad al pensar en el acontecimiento traumático (SUDS) en el post-tratamiento ($p = 0.001$) y a los 3 y 6 meses de seguimiento ($p = 0.003$ y $p = 0.006$, respectivamente).

Estudios Midiendo Resultado

Estudio 1, Estudio 2, Estudio 3

Diseño de Estudio

Experimental

Valoración de la Calidad de la Investigación

3.2 (escala 0.0-4.0)

Resultado 3: Síntomas de Depresión

Descripción de las mediciones

Los síntomas de depresión se midieron con uno de los siguientes instrumentos en cada uno de tres estudios:

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*. El BDI es un instrumento de autoinforme de 21 ítems que evalúa la severidad de los síntomas de depresión durante la última semana. Las puntuaciones van de 0 a 63, puntuaciones más altas indican mayor severidad de los síntomas de depresión.
- *Dimensión depresión del SCL-90-R*. Es un inventario de autoregistro de 90 ítems que mide los síntomas psiquiátricos actuales en nueve dimensiones, incluyendo la depresión. Los clientes puntúan cada ítem para los últimos 7 días usando una escala de 5 puntos que abarca desde 0 (absolutamente nada) hasta 4 (extremadamente). También facilita varios índices globales. Mayores puntuaciones indican más síntomas con mayor intensidad.

Hallazgos Clave

En un ensayo clínico aleatorizado los veteranos de guerra con un diagnóstico DSM-IV de trastorno de estrés postraumático fueron asignados aleatoriamente a una de tres condiciones: 12 sesiones bisemanales de 60 - 75 minutos con terapia EMDR, 12 sesiones bisemanales de 40 minutos de relajación asistida con biofeedback, o 6 semanas en lista de espera condición de control. Las evaluaciones se produjeron al inicio del estudio (pretratamiento), a las 6 semanas después del inicio (después del tratamiento), ya los 3 meses después de la evaluación post-tratamiento (seguimiento). Sólo se contrastaron las condiciones de EMDR relajación en el seguimiento, ya que a los veteranos de la condición de control en lista de espera se les ofreció tratamiento después de

las primeras 6 semanas del estudio. Los veteranos que recibieron terapia EMDR tenían síntomas de depresión menos graves (BDI) en relación a los veteranos en el grupo control ($p < 0.01$) en el post-tratamiento. Esta diferencia entre los grupos se asoció con un tamaño del efecto (d de Cohen = 1.48).

En otro ensayo clínico aleatorizado, los adultos que sufriendo recuerdos traumáticos fueron reclutados de la comunidad y asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: tres sesiones de 90 minutos con terapia EMDR o un control de 6 semanas en lista de espera (seguido por EMDR). Noventa y cuatro por ciento de los participantes reunieron por lo menos tres criterios DSM-IV para el TEPT en los 30 días anteriores a su ingreso en el estudio. Las evaluaciones se produjeron al inicio del estudio (pretratamiento) y a los 1, 2, 3, 6 y 18 meses después del inicio (seguimiento). El contraste entre condiciones se limitó al cambio relativo en el primer mes de seguimiento en comparación con la evaluación pre-tratamiento. Desde el pretratamiento hasta el primer mes de seguimiento, los participantes que recibieron EMDR tenían una mayor reducción de los síntomas de depresión (dimensión depresión SCL-90-R, $p < 0.006$) en relación con los participantes del grupo control. Esta diferencia entre los grupos se asoció con un tamaño del efecto medio (d de Cohen = 0.62).

En un tercer estudio, que se prolongó durante dos años, los participantes que se presentaron a la clínica psiquiátrica de una Sociedad Médica con trastorno de estrés postraumático (DSM-III-R) fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: sesiones de 50 minutos de EMDR o la atención estándar de la Sociedad Médica para el TEPT. El número de sesiones de tratamiento no se fijó para ninguna de estas condiciones, y continuaron el tratamiento hasta que los participantes dejaron de cumplir criterios del DSM-III-R para TEPT (por lo general entre 6 y 12 meses) o hasta finalizar el estudio. La atención estándar para TEPT de la Sociedad Médica consiste en uno o más de los siguientes: sesiones individuales de psicoterapia (cognitiva, psicodinámica, o conductual), medicación (antidepresivos o ansiolíticos), terapia de grupo (entrenamiento en relajación, reducción de ansiedad y pánico, los grupos de estabilización de medicamentos), y una breve hospitalización y/o tratamiento de día. Las evaluaciones se llevaron a cabo al inicio del estudio (pre-tratamiento), después de tres sesiones de tratamiento, post-tratamiento, y los 3 y 6 meses después del tratamiento (seguimiento). En relación con los participantes que recibieron atención estándar, los que recibieron EMDR tenían síntomas de depresión menos grave (BDI), después de tres sesiones de tratamiento ($p = 0.005$), en el post-tratamiento ($p = 0.020$), y a los 6 meses de seguimiento ($p = 0.012$). También a los 6 meses de seguimiento, en comparación con los participantes que recibieron atención estándar, eran más los participantes que habiendo recibido EMDR tenían puntuaciones BDI que ya no estaban en el rango de depresión clínica (definida por los investigadores como una puntuación BDI ≥ 12 , $p = 0.012$).

Estudios Midiendo Resultado

Estudio 1, Estudio 2, Estudio 3

Diseño de Estudio

Experimental

Valoración de la Calidad de la Investigación

3.2 (escala 0.0-4.0)

Resultado 4: funcionamiento global de la salud mental

Descripción de las Mediciones

El funcionamiento global de la salud mental se midió mediante el Índice Global de Severidad (GSI) y el Índice de Malestar Positivo (PSDI) del SCL-90-R. El SCL-90-R es un inventario de autoregistro de 90 ítems que mide los síntomas psiquiátricos actuales en nueve dimensiones: somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. El cliente valora cada elemento según los 7 días previos utilizando una escala de 5 puntos que va desde 0 (nada) a 4 (extremadamente). El SCL-90-R también ofrece varios índices globales, incluyendo el Índice de Global de Severidad, que

es una medida de la angustia psicológica general y se puede utilizar como una medida de resumen para el instrumento, y el Índice de Malestar Positivo, que es una medida de intensidad de los síntomas. Las puntuaciones más altas indican más síntomas con mayor intensidad.

Hallazgos Clave

En un ensayo clínico que se prolongó durante dos años, los participantes que se presentaron a la clínica psiquiátrica de una Sociedad Médica con trastorno de estrés postraumático (DSM-III-R) fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: sesiones de 50 minutos de EMDR o la atención estándar de la Sociedad Médica para el TEPT. El número de sesiones de tratamiento no se fijó para ninguna de estas condiciones, y continuaron el tratamiento hasta que los participantes dejaron de cumplir criterios del DSM-III-R para TEPT (por lo general entre 6 y 12 meses) o hasta finalizar el estudio. La atención estándar para TEPT de la Sociedad Médica consiste en uno o más de los siguientes: sesiones individuales de psicoterapia (cognitiva, psicodinámica, o conductual), medicación (antidepresivos o ansiolíticos), terapia de grupo (entrenamiento en relajación, reducción de ansiedad y pánico, los grupos de estabilización de medicamentos), y una breve hospitalización y/o tratamiento de día. Las evaluaciones se llevaron a cabo al inicio del estudio (pre-tratamiento), después de tres sesiones de tratamiento, post-tratamiento, y los 3 y 6 meses después del tratamiento (seguimiento). Los resultados de este estudio fueron los siguientes:

- En relación con los participantes que recibieron atención estándar, los que recibieron EMDR sufrían menos problemas psicológicos en general (Índice Global de Severidad del SCL-90-R) después de tres sesiones de tratamiento ($p = 0.016$), en el post-tratamiento ($p = 0.022$), y a los 3 y 6 meses de seguimiento ($p = 0.002$ y $p = 0.037$, respectivamente).
- En relación con los participantes que recibieron atención estándar, los que recibieron EMDR informaron de síntomas de menor intensidad (Índice de Malestar Positivo (PSDI) del SCL-90-R) después de tres sesiones de tratamiento ($p = 0.001$), en el post-tratamiento ($p = 0.017$), y a los 3 y 6 meses de seguimiento ($p = 0.005$ y $p = 0.022$, respectivamente).

Estudios Midiendo Resultado

Estudio 3

Diseño de Estudio

Experimental

Valoración de la Calidad de la Investigación

3.0 (escala 0.0-4.0)

Las poblaciones de estudio

Los estudios revisados para esta intervención incluyen las siguientes poblaciones, según lo informado por los autores del estudio.

| Estudio | Edad | Género | Raza / Etnia |
|-----------|--|------------------------------|--|
| Estudio 1 | 26 a 55 (adultos) 55 años (adulto mayor) | 100% Mujer | 54.3% blancos 45,7% Raza / grupo étnico no especificado |
| Estudio 2 | 18-25 (adultos jóvenes) 26 a 55 (adultos) 55 años (adulto mayor) | 50% Mujeres 50% hombres | 96% blancos 4% de origen hispano o latino |
| Estudio 3 | 18-25 (adultos jóvenes) 26 a 55 (adultos) 55 años (adulto mayor) | 79,1% mujeres 20,9% Mujer | 66% blancos 13% Negro o Afro-Americano 12% de origen hispano o latino 7% de raza / origen étnico no especificado 2% de indios americanos o nativos de Alaska |

Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados por la Calidad de la Investigación. Otros materiales pueden estar disponibles. Para más información, póngase en contacto con el desarrollador (es).

Estudio 1

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 3-24.

Estudio 2

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 928-937.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1997). Fifteen-month follow-up of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(6), 1047-1056.

Estudio 3

Marcus, S. V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy, 34* (3), 307-315.

Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management, 11*(3), 195-208.

Materiales complementarios

Falsetti, S. A. (1997, November). A review of the Modified PTSD Symptom Scale. Paper presented at the 13th annual meeting of the

International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, Quebec, Canada.

Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three studies in reliability and validity.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(1), 85-90.

Kim, D., Bae, H., & Park, Y. C. (2008). Validity of the Subjective Units of Disturbance Scale in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research, 2*, 57-62.

Sundin, E. C., & Horowitz, M. J. (2002). Impact of Event Scale: Psychometric properties. *British Journal of Psychiatry, 180*, 205-209.

Thyer, B. A., Papsdorf, J. D., Davis, R., & Vallecorsa, S. (1984). Autonomic correlates of the Subjective Anxiety Scale. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 15*(1), 3-7.

Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. T. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research.

Depression and Anxiety, 13(3), 132-156.

Calidad de las calificaciones de Investigación por criterios (escala 0,0-4,0)

| Resultado | Fiabilidad de Medidas | Validez de Medidas | Fidelidad | Datos que faltan / Abandonos | Variables Contaminantes | Análisis de Datos | Total Clasificación |
|--|-----------------------|--------------------|-----------|------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
| 1: Síntomas de TEPT | 3.5 | 3.8 | 3.3 | 2.3 | 3.0 | 3.3 | 3.2 |
| 2: Síntomas de ansiedad | 3.5 | 4.0 | 3.0 | 2.3 | 3.0 | 3.3 | 3.2 |
| 3: Síntomas de depresión | 3.5 | 4.0 | 3.3 | 2.3 | 3.0 | 3.3 | 3.2 |
| 4: Funcionamiento global de salud mental | 3.5 | 4.0 | 2.5 | 2.3 | 2.5 | 3.0 | 3.0 |

Fortalezas del estudio

Las escalas de medida para cada resultado son bien conocidos en el campo y tienen fuertes propiedades psicométricas. Resultados convergentes a través de escalas múltiples para el mismo resultado sugiere una validez de constructo fuerte. En los tres estudios revisados, la intervención estuvo a cargo de terapeutas entrenados de acuerdo a un protocolo de tratamiento estandarizado, el aislamiento de la población objetivo se logró mediante extensas entrevistas individuales antes de la inscripción en el estudio y diseños aleatorios de control se utilizan para minimizar las variables contaminantes. Los enfoques analíticos eran apropiados para el tamaño limitado de la muestra en cada uno de los tres estudios.

Debilidades del estudio

Las estadísticas de la fiabilidad de la muestra del estudio para las escalas de medición no fueron proporcionadas. La fidelidad no se evaluó mediante una revisión de las sesiones de tratamiento de audio o video o instrumentos de medición. El abandono de los participantes no se trató estadísticamente, a pesar de tener un estudio de abandono moderado (26% antes de la asignación al azar del grupo) y otro estudio con alta deserción al tercer (34%) y sexto mes (46%) de seguimiento. Cada uno de los tres estudios tenía un tamaño muestral limitado que restringe el uso de métodos más sofisticados de tratamiento de datos.

Preparación para la Difusión

Los siguientes documentos fueron revisados para su preparación para su difusión. Otros materiales pueden estar disponibles. Para más información, póngase en contacto con el desarrollador (es).

Materiales para difusión

Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2005). EMDR fidelity treatment manual: Children's protocol. Unpublished manuscript.

EMDR Institute, Inc. (n.d.). Facilitator guidelines, policies and training handbook. Watsonville, CA: Author.

Program Web sites, <http://www.emdr.com> and <http://www.emdria.org>

Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2009). The EMDR approach to psychotherapy. Basic training course: Weekend 1 of the two part basic training. Watsonville, CA: EMDR Institute.

Shapiro, F. (2009). The EMDR approach to psychotherapy. Basic training course: Weekend 2 of the two part basic training. Watsonville, CA: EMDR Institute.

Otros materiales del programa:

- EMDR Entrenamiento Básico de Evaluación fin de semana un curso (2010)
- EMDR fin de semana de formación básica 1 Quiz
- EMDR Entrenamiento Básico de Evaluación fin de semana dos cursos (2010)
- Fin de semana EMDR Entrenamiento Básico 2 Cuestionario
- EMDR Facilitador de Evaluación
- EMDR fidelidad Rating Scale (2007)
- EMDR Institute y EMDR - Programas de Asistencia Humanitaria de fin de semana 1 Videos Enseñanza (2007) [DVD]
- Instituto EMDR Basic Training Calendario (2010)
- EMDR Instituto de Formación y de Información del Participante Acuerdo
- EMDR, Jane - entretejido cognitivo [DVD]
- EMDR Parte 1: Hora de 1 hora 10 (2004) [DVD]
- EMDR Parte 2: Hora de 1 hora 9 (2004) [DVD]
- Requisitos para la aprobación como entrenador EMDR

Preparación para la Difusión Valoraciones por Criterios (0.0 a 4.0 escala)

| Los materiales de aplicación | Formación y apoyo | Aseguramiento de la Calidad | Clasificación general |
|------------------------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 4.0 | 4.0 | 4.0 | 4.0 |

Fortalezas difusión

Los materiales del programa incluyen un libro de texto que proporciona información de fondo, una visión general del modelo, la información detallada que permite a los médicos aplicar cada fase del tratamiento, y protocolos detallados para hacer frente a situaciones especiales y de las poblaciones. El libro de texto también incluye ayudas clínicas, herramientas, listas de control, guías y procedimientos que se pueden incorporar fácilmente en la práctica clínica. La página del Instituto EMDR ofrece una variedad de materiales clínicos para la compra. Una amplia formación se ofrece en todo el país por el EMDR Institute, y los alumnos reciben instrucción didáctica, práctica supervisada, y herramientas y recursos prácticos para su implementación. El EMDR Institute también ofrece formación especializada avanzada para clínicos experimentados. Una lista de correo electrónico y grupos de redes están disponibles a través del sitio Web del EMDR Institute para facilitar el apoyo mutuo. Los materiales de medida de resultados y fidelidad incluyen un manual de la fidelidad al tratamiento que se ofrecen instrucciones detalladas para la implementación y la evaluación de la intervención. La Escala de Valoración ha EMDR fidelidad subescalas múltiples para evaluar el uso de un clínico de los protocolos de EMDR en cada fase del tratamiento. La supervisión está disponible para dar a los clínicos conocimiento de la calidad de la mejora.

Debilidades difusión

No se identificaron debilidades por los revisores.

Costes

La siguiente información fue proporcionada por el promotor y puede haber cambiado desde el momento del examen. Para obtener información detallada sobre los costes de implementación (por ejemplo, dotación de personal, espacio, equipo, materiales de envío y manipulación), póngase en contacto con el desarrollador.

| Descripción del artículo | Coste | Requerido por el desarrollador del programa |
|--|-------------------------|---|
| Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares: Principios Básicos, Protocolos y Procedimientos (2ª edición) | \$ 62 cada uno | Sí |
| Una variedad de libros para apoyar la aplicación en diversos contextos | \$ 18 - \$ 55 cada una | No |
| EMDR Libro del curso (incluye una copia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: Principios básicos, protocolos y procedimientos [2ª edición], una prueba de EMDR, y 8 créditos de formación continua) | \$ 154 por participante | No |

| | | |
|--|--|----|
| 7 días de formación básica en varios lugares de los Estados Unidos (incluye 40 créditos de formación continua) | \$ 2.000 por participante | No |
| Una variedad de talleres de práctica de especialidad avanzada (incluye créditos de educación continua que varían según el curso) | \$ 375 por participante | No |
| certificación inicial de Clínico EMDR | \$ 250 para miembros EMDRIA \$ 350 para no miembros | No |
| renovación de certificación como Clínico EMDR de 2 años | \$ 100 para miembros EMDRIA \$ 200 para no miembros | No |

Información adicional

Para obtener la certificación en EMDR por EMDRIA, los clínicos deben tener una licencia o certificación de su profesión para la práctica independiente y un mínimo de 2 años de experiencia en su campo. También deben haber completado un programa de EMDRIA de formación básica en EMDR, llevó a cabo un mínimo de 50 sesiones de EMDR, y recibiendo 20 horas de asesoramiento con EMDR con un consultor aprobado. Además, para mantener la certificación, los clínicos deben completar 12 horas de formación continua en EMDR cada 2 años.

Repeticiones

A continuación se muestra un listado de citas seleccionadas. Un asterisco indica que el documento fue revisado por la Calidad de la Investigación.

- * Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 3-24.
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research, 23*(2), 103-116.
- * Marcus, S. V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy, 34* (3), 307-315.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., et al. (2002). A controlled comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 299-318.
- Rogers, S., Silver, S. M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. L. (1999). A single session, group study of exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam war veterans: Preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(1-2), 119-130.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 607-616.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 25-44.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., et al. (2007). A randomized clinical trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder:

Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37-46.
Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrier, N. (1994). A trial of Eye Movement Desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(4), 283-291.

* Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 928-937.

Contacto

Para ampliar información acerca de la implementación:

Robbie Dunton
(831) 761-1040
rdunton@emdr.com

Para ampliar información acerca de la investigación:

Christopher Lee, Ph.D.
+ 61 8 9360 6828
Chris.Lee@murdoch.edu.au

Para ampliar información acerca de implementación o investigación:

Scott Blech
(512) 451-5200 ext 202
sblech@emdria.org

Obtenga más información visitando:

- <http://www.emdr.com>
- <http://www.emdria.org>
- <http://www.emdriafoundation.org>

The NREPP review of this intervention was funded by the Center for Mental Health Services (CMHS).

This PDF was generated from <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=199> on 10/5/2011