

La Evidencia sobre E.M.D.R.

Por [THE NEW YORK TIMES](#)



Francine Shapiro, Ph.D.

Esta semana, los lectores del blog Consults [nos han hecho preguntas sobre la desensibilización y el reprocesamiento por los movimientos oculares](#) o EMDR, una técnica psicológica promovida por Francine Shapiro que utiliza movimientos oculares y otros procedimientos para procesar recuerdos traumáticos. La terapia está siendo utilizada cada vez más para tratar el trastorno de estrés posttraumático y otros traumas. Puedes aprender más sobre [cómo se realiza la terapia EMDR aquí](#). Más abajo, la Dra. Shapiro responde a las preguntas de los lectores acerca del estado actual de la investigación sobre la terapia EMDR.

Pregunta.

Mucha de la investigación que apoya al EMDR ha sido publicada por Francine Shapiro. Por favor, comente sobre los resultados de estudios empíricos llevados a cabo por investigadores que no trabajan con EMDR, tanto los pros como los contras.

J. Tyson Merrill, Ithaca, N.Y.

Pregunta.

Como psicóloga clínica y profesional científica formada en métodos de tratamiento basados en la evidencia, animo fervientemente al Times a que ofrezca una presentación más equilibrada de la evidencia cuando presente una opinión “experta”. El bienestar psicológico de los individuos (y los costes de sus tratamientos) están en juego cuando hablamos de lo que “funciona”.

Susan, Hawaii

Respuesta.

La Dra. Shapiro responde:

Algunos lectores han preguntado sobre la investigación de EMDR. Estoy abierta a cualquier diálogo sobre los resultados o sobre mi interpretación de los estudios; he incluido una sección de referencias exhaustiva de los estudios publicados sobre EMDR para permitir a los lectores interesados acceder a ellos personalmente ([aquí encontrarás la lista](#)).

La terapia EMDR se recomienda como un tratamiento efectivo para el trastorno de estrés postraumático en las directrices de práctica de un amplio rango de organizaciones, como la Asociación Psiquiátrica Americana (en 2004), el Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa (en 2010), la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (en 2009), y otras organizaciones en todo el mundo, incluyendo Gran Bretaña, Francia, Holanda e Israel. La única excepción es un informe publicado en 2007 por el Instituto de Medicina que afirma que era necesaria más investigación para establecer su eficacia. Desde entonces, se han llevado a cabo seis estudios aleatorios de terapia EMDR.

Ensayos Aleatorios de EMDR.

La efectividad de la terapia EMDR ha sido bien establecida gracias a los resultados de unos 20 estudios aleatorios controlados. Tan sólo uno de los ensayos aleatorios fue llevado a cabo por mí; fue publicado en la Revista de Estrés Traumático (*The Journal of Traumatic Stress*) en 1989. En ese momento, tuve el convencimiento de que debido a que yo había creado el enfoque terapéutico, era importante que los datos fuesen comprobados independientemente.

Algunos de los estudios iniciales observaron a veteranos de guerra con múltiples traumas, pero sólo realizaron dos sesiones de tratamiento e informaron de resultados confusos o insignificantes ([por ejemplo, ver Boudewyns et al., 1993; Jensen, 1994](#)). Estos estudios fueron criticados posteriormente tanto por el Departamento de Asuntos de Veteranos/Departamento de Defensa como por las directrices de práctica de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático por usar una dosis inadecuada de tratamiento para dicha población ([ver DVA/DoD 2004, 2010 y Chemtob et al., 2000](#)). Un [estudio posterior \(Carlson et al., 1998\)](#) llevado a cabo en un centro de Asuntos de Veteranos utilizó 12 sesiones de tratamiento y determinó una remisión del 79% en el TEPT.

Respecto al problema de la investigación llevada a cabo por clínicos que no trabajan con EMDR, todos los estudios de calidad deberían incluir comprobaciones de fidelidad para asegurar que los tratamientos están hechos de modo apropiado. Todos y cada uno de los 20 estudios aleatorios han implicado a personas que estaban inicialmente formadas en otros enfoques terapéuticos antes de evaluar la terapia EMDR.

Por ejemplo, los resultados clínicos de la primera investigación con civiles con EMDR en los EE.UU. fue publicada en la Revista de Consultoría y Psicología Clínica (*The Journal of Consulting and Clinical Psychology*) en 1995, con un seguimiento a los 15 meses publicado en 1997 ([Wilson, Becker y Tinker, 1995, 1997](#)). El investigador principal fue un estudiante de doctorado y el segundo autor fue su director de tesis; ambos se habían formado en una variedad de enfoques. La investigación dio como resultado una remisión del 84% en aquellos que inicialmente habían sido diagnosticados con TEPT debido a un trauma único después de tres sesiones de 90 minutos.

El segundo estudio aleatorio de EMDR con civiles ([Rothbaum, 1997](#)) fue llevado a cabo por un renombrado investigador cognitivo conductual. Refirió una remisión del TEPT del 90% en víctimas de agresión sexual después de 3 sesiones de 90 minutos. El tercer estudio con civiles fue financiado por Kaiser Permanente ([Marcus et al., 1997, 2004](#)) y determinó que después de una media de seis sesiones de 50 minutos, el 100% de las víctimas de trauma simple y el 77% de las víctimas de trauma múltiple ya no sufrían de TEPT.

El resto de estudios aleatorios hasta la fecha han continuado mostrando generalmente tasas de éxito sustanciales (denominadas “efectivas” por el investigador) con grupos mixtos de trauma.

Efectos del placebo, el terapeuta y las expectativas

P.

¿Puede comentar acerca de la percepción de que la supuesta eficacia del EMDR se debe a un efecto placebo o a las expectativas del paciente?

eln, Vermont

P.

¿De qué forma han controlado los estudios el efecto del entorno de apoyo y atención que ofrece el terapeuta?

PinkFreud, California

R.

La Dra. Shapiro responde:

Varios lectores han preguntado si los efectos del EMDR pueden ser atribuidos al efecto placebo o a las expectativas del cliente, o quizás a los poderosos efectos de la alianza terapéutica. Los estudios de investigación están diseñados para controlar y desechar los factores que potencialmente pueden confundir los resultados haciendo que el terapeuta ofrezca dos tratamientos diferentes. Actualmente hay 16 ensayos clínicos en los cuales el EMDR ha sido comparado con otras terapias. Los efectos de la investigación de EMDR indican que los resultados pueden ser atribuibles directamente al tratamiento.

Algunos estudios que examinaron si las expectativas del paciente estaban relacionadas con los resultados no encontraron que las expectativas jugaran rol alguno en el tratamiento de EMDR ([por ejemplo, ver Gosselin and Matthews, 1995](#)). Otros ensayos clínicos han examinado el efecto placebo directamente, por ejemplo, un estudio comparó el EMDR con píldoras placebo y encontró que el EMDR era superior para aquellos pacientes que finalizaron la terapia ([van der Kolk et al., 2007](#)).

Otro estudio aleatorio encontró que el EMDR era superior a terapia ecléctica, la cual usa una variedad de perspectivas terapéuticas ([Edmonds, Rubin and Wambach, 1999](#)). Un estudio adicional que evaluó las percepciones del participante respecto al EMDR en comparación con otras terapias ([Edmonds, Sloan and McCarty, 2004](#)) concluyó que “las narraciones de los supervivientes indican que el EMDR produce una mayor resolución del trauma, mientras que en la terapia ecléctica, los supervivientes valoran en mayor medida su relación con el terapeuta, a través de la cual aprenden técnicas de afrontamiento. Estos resultados no vienen a implicar que la relación terapéutica no sea importante en EMDR, más bien que EMDR enfatiza capacidades innatas de curación que requieren un mínimo de intrusión clínica”.

Comparación de EMDR con terapia de exposición

P.

¿Cómo responde usted a los numerosos estudios que han mostrado que los resultados del EMDR no tienen nada que ver de hecho con los “movimientos oculares” y parecen ser explicados por la parte de “exposición” del tratamiento EMDR (por ejemplo, volver a contar la historia)? ¿Es EMDR (tal y como yo he sospechado siempre) sólo otra versión de una exposición prolongada mediante sonidos, movimiento de manos o barras de luz que inducen movimiento de ojos que no tienen relevancia clínica?

Levin, San Diego

P.

Soy psicólogo y he recibido tratamiento EMDR. Mi sensación al respecto, junto a la de un número de investigadores, es que el componente sanador es el uso de la imaginación (por exposición y desensibilización) mientras el cliente va sintiendo sus miedos y que hay una falta de evidencia sólida de que el reprocesamiento bilateral sea necesario.

PinkFreud, California

R.

La Dra. Shapiro responde:

En primer lugar, sería útil describir brevemente en qué difieren el EMDR y la terapia de exposición prolongada, para aquellos que no estén familiarizados con ambas terapias.

El EMDR es un [tratamiento en ocho fases](#). Durante el reprocesamiento del recuerdo, el cliente rememora un evento traumático durante un periodo corto de tiempo (por ejemplo, 30 segundos) mientras, simultáneamente, se aplica estimulación bilateral que puede consistir en movimiento de ojos de un lado a otro, vibraciones o “tapping” en diferentes partes del cuerpo, o tonos en un oído y después en el otro, mediante el uso de auriculares. Nuevas asociaciones emergen y pueden convertirse en el nuevo foco de atención. No es necesario realizar tareas en casa, y al cliente no se le pide que describa el recuerdo detalladamente. El objetivo es dejar que el sistema de procesamiento de la información del cerebro haga nuevas conexiones internas mientras que el cliente se enfoca en los pensamientos, emociones, recuerdos y otras asociaciones que se producen libremente durante las tandas de estimulación bilateral.

Algunos investigadores de la terapia de exposición ([Marks et al., 1998](#)) han propuesto que estos tipos de exposiciones breves deberían, de hecho, empeorar el estado de la gente. Por otro lado, en la terapia de exposición prolongada, el cliente se enfoca intensamente en describir el recuerdo traumático en detalle, como si lo reviviese. La narrativa se repite normalmente dos o tres veces durante la sesión de terapia, y se graba. Al cliente entonces se le asigna la tarea de escuchar la grabación, así como también participar en una exposición en vivo, lo que puede involucrar visitar lugares previamente evitados por producir ansiedad, para permitir que ocurra la habituación.

Nueve estudios aleatorios han comparado la terapia EMDR con varias formas de terapia cognitivo conductual que contienen terapia de exposición, con o sin el añadido de la terapia cognitiva. Los meta análisis llevados a cabo con datos recogidos de estos estudios han mostrado efectos comparables. En todos excepto en uno de los estudios individuales, EMDR era igual o superior (en algunas mediciones) a la terapia cognitivo conductual.

La excepción ([Taylor et al., 2003](#)) comparó ocho sesiones de terapia EMDR con ocho sesiones de terapia cognitivo conductual. El componente de la terapia cognitivo conductual consistió en cuatro sesiones de exposición imaginaria, en la cual el cliente mantiene el evento traumático en su mente mientras lo describe en detalle, más cuatro sesiones de exposición en vivo, asistidas por el terapeuta, donde él mismo acompaña al cliente al entorno que produce la ansiedad, más una hora diaria de tareas, sumando un total de 50 horas durante el transcurso del tratamiento. El componente de EMDR consistía únicamente de sesiones regulares de terapia y nada de tareas. La terapia cognitivo conductual fue superior en algunas mediciones.

Otro estudio ([Ironson et al., 2002](#)) comparó EMDR y la exposición prolongada, y usó trabajo en vivo en ambos grupos. Los resultados concluyeron que, si bien ambos enfoques obtuvieron mejoras

sustanciales, el 70% de los participantes de EMDR obtuvieron un buen resultado tras tres tratamientos activos, comparado con un 17% en aquellos que participaron en el grupo de exposición prolongada. El grupo de EMDR tuvo asimismo menor número de abandonos (ninguno, frente a un 30% del grupo de exposición prolongada). Otro estudio, financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental, dirigido por un investigador bien conocido de terapia de exposición ([Rothbaum et al., 2005](#)) encontró que tanto EMDR como exposición prolongada eran efectivas, y declaró: “una implicación clínica potencial interesante es que el EMDR parece hacer el mismo bien, a pesar de implicar una menor exposición y ninguna tarea. Sería importante, para futuras investigaciones, explorar estos temas.”

¿Qué tan importantes son los movimientos oculares en EMDR?

P.

¿Ha sido usted capaz de probar decisivamente que los propios movimientos oculares tienen un rol clínico, y de ser así, qué evidencia ha recogido al respecto para probar que este es el caso?
Levin, San Diego

A.

La Dra. Shapiro responde:

En los años 90, se llevaron a cabo una serie de estudios de análisis de componentes que intentaron comparar EMDR con movimientos oculares y EMDR sin movimientos oculares. Un meta análisis de estos estudios no encontró que el movimiento de ojos tuviese ningún efecto ([Davidson and Parker, 2001](#)). El grupo de trabajo de la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático ([Chemtob et al., 2000](#)), al evaluar la investigación incluida en el meta análisis declaró: “Principalmente, los estudios revisados proveen escaso apoyo a la hipótesis de que los movimientos oculares son críticos para los efectos del EMDR. De todos modos, no es posible obtener una conclusión final respecto a este tema debido a las limitaciones metodológicas de los diversos estudios... incluyendo temas refractarios del tratamiento, dosis y fidelidad del tratamiento adecuadas cuestionables, y un poder limitado dado el escaso número de muestras”.

Este área sigue estando sujeta a controversia y ha llamado la atención de numerosos investigadores de la memoria. En la última década, unos 20 estudios aleatorios han evaluado los movimientos oculares de forma aislada. Estos estudios comparaban los movimientos oculares con condiciones de únicamente exposición y concluyeron de forma consistente efectos superiores en los grupos con movimientos oculares en comparación con los grupos en los que no había movimiento ocular.

Estos estudios exploraron diversas teorías en torno a los efectos de los movimientos oculares, y han surgido dos teorías dominantes: que los movimientos oculares (1) interfieren con los procesos de la memoria funcional ([van den Hout et al, 2011](#)) y (2) se relacionan con los mismos procesos que ocurren durante el sueño REM ([Stickgold, 2002](#)). En apoyo de estas teorías, los movimientos oculares han mostrado que disminuyen la emocionalidad e intensidad de los recuerdos, creando respuestas de relajación psicológicas, facilitan el acceso a recuerdos asociativos y llevan a un aumento del reconocimiento de aquella información que es verdadera.

Según la teoría de la memoria funcional, los beneficios ocurren cuando a la capacidad limitada de la memoria funcional se le añade el enfoque simultáneo en la tarea de atención dual (movimientos oculares) y el recuerdo negativo. Debido a los recursos limitados, el recuerdo se vuelve menos vívido, menos completo y menos emocional. Esta teoría se apoya en numerosos estudios aleatorios, habiendo todos mostrado que los movimientos oculares laterales reducen el grado de intensidad o el

efecto emocional de los recuerdos autobiográficos no placenteros. ([por ejemplo, Barrowcliff et al., 2003, 2004; Engelhard et al., 2010, 2011; Kavanagh, Freese, Andrade y May, 2001; Maxfield, Melnyk y Hayman, 2008; Schubert et al., 2010; Van den Hout et al., 2001, 2011](#)).

La teoría de que los movimientos oculares se relacionan con los mismos procesos que ocurren durante el sueño REM se apoya en investigaciones que demuestran los efectos de los movimientos oculares en movimientos en estados fisiológicos y en la recuperación de recuerdos. Se ha demostrado que los movimientos oculares inducen un estado de relajación, o un descenso en la activación psicofisiológica, en estudios no aleatorios ([Elofsson et al., 2008; Sack et al., 2008](#)) y aleatorios ([Barrowcliff et al., 2004; Schubert et al., 2011](#)), utilizando mediciones fisiológicas. Una hipótesis es que esta respuesta de relajación es una reacción a cambios en el entorno, parte de una respuesta de orientación provocada por los cambios de atención causados por la estimulación bilateral repetida, lo cual está relacionado con procesos similares a los que ocurren durante el sueño REM ([Stickgold 2002, 2008](#)). Encontramos apoyo adicional a la teoría REM en numerosos ensayos aleatorios que indican que los movimientos oculares bilaterales sacádicos incrementan la recuperación de la memoria episódica, aumentan el reconocimiento de información veraz y mejoran ciertas medidas de atención ([por ejemplo, Christman et al., 2003, 2006; Kuiken et al., 2002; 2010; Parker, Relph y Dagnall, 2008; Parker, Buckley y Dagnall, 2009; Parker y Dagnall, 2010](#))

Aún así, se mantiene la controversia sobre por qué funciona el EMDR. Es posible que tanto la teoría de la memoria funcional como la de REM sean correctas y que los mecanismos interactúen sinérgicamente. Estamos esperando los resultados de estudios aleatorios controlados para determinar más en profundidad el rol que los movimientos oculares y otras formas de estimulación bilateral juegan en el resultado del tratamiento, independientemente del resto de los procedimientos de EMDR.

La Dra. Shapiro responderá a preguntas adicionales de los lectores sobre EMDR en otro post más adelante. Debido al calendario editorial y de publicaciones, las respuestas adicionales serán publicadas a mediados de marzo. Por favor, consulten el blog Consults.