

Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular

Fecha de Revisión: Octubre de 2010

El Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing, "EMDR"*) es una forma de psicoterapia individual personalizada diseñada para reducir el estrés causado por traumas, la ansiedad y los síntomas de depresión asociados con el trastorno de estrés postraumático (TEPT), y para mejorar el funcionamiento mental en general. El tratamiento es prestado por un terapeuta de EMDR, quien primero revisa los antecedentes del cliente y evalúa el nivel de preparación del cliente para recibir EMDR. Durante la fase de preparación, el terapeuta trabaja con el cliente para identificar un recuerdo positivo asociado con sentimientos de seguridad o calma que pueda usarse si se llegara a provocar angustia psicológica asociada con el recuerdo traumático. Se accede al recuerdo traumático objetivo de la sesión de tratamiento poniendo atención a la imagen, la creencia negativa, y las sensaciones corporales. Se llevan a cabo ejercicios repetitivos de atención dual en intervalos de 30 segundos de duración, durante los cuales el cliente lleva a cabo una tarea motriz mientras se concentra en el recuerdo traumático objetivo, y luego en cualquier pensamiento, asociación y sensaciones corporales negativos. La tarea motriz más comúnmente usada en EMDR consiste en movimientos oculares de lado a lado siguiendo el dedo del terapeuta; sin embargo, se pueden usar golpecitos con la mano o tonos auditivos enviados por medio de audífonos. Estos ejercicios se repiten hasta que el cliente exprese no tener angustia emocional. Luego, el terapeuta de EMDR le pide al cliente que piense sobre una creencia positiva preferida sobre el incidente y que se concentre en esta creencia positiva mientras continúa con los ejercicios. Los ejercicios culminan cuando el cliente expresa con confianza tener sentimientos confortables y un sentido positivo de sí mismo al recordar el trauma objetivo. El terapeuta y el cliente revisan el progreso del cliente y discuten sobre escenarios o contextos que podrían desencadenar episodios de angustia psicológica. También se enfocan y procesan estos factores desencadenantes e imágenes positivas para futuras acciones apropiadas. Además, el terapeuta le pide al cliente que lleve un diario donde anote cualquier material relacionado con el recuerdo traumático, y que se concentre en el recuerdo positivo seguro o calmado anteriormente identificado cada vez que se desencadenen episodios de angustia psicológica asociada con el recuerdo traumático.

No se conoce el mecanismo subyacente que permite el funcionamiento de este proceso en la reducción del estrés relacionado con el trauma, la ansiedad y la depresión. Los investigadores han teorizado que el efecto positivo se debe al procesamiento adaptativo de la información, el modelo teórico en que se basa el EMDR. A través del procesamiento adaptativo de la información, los ejercicios de atención dual interrumpen el recuerdo traumático almacenado del cliente para permitir una eliminación de las creencias, emociones y síntomas somáticos negativos asociados con el recuerdo al mismo tiempo que se conecta con información más adaptativa almacenada en las redes de la memoria. Una vez que el acto de recordar el trauma ya no ocasiona creencias, emociones, o síntomas somáticos negativos, y que el recuerdo simultáneamente se desplaza hacia un conjunto más adaptativo de creencias, emociones y respuestas somáticas, éste se vuelve a almacenar, sustituyendo el recuerdo del trauma original.

EMDR suele prestarse en sesiones de 60 a 90 minutos de duración, aunque se han usado sesiones más breves exitosamente. El número de sesiones varía según la complejidad del trauma a tratar. Para eventos traumáticos aislados, es posible que de una a tres sesiones sean suficientes para el tratamiento. Sin embargo, cuando el trauma implica eventos traumáticos repetidos, como traumas de combate y abusos físicos, sexuales o emocionales, se podrán necesitar muchas más sesiones para un tratamiento completo.

Información Descriptiva

Áreas de interés	Tratamiento para el trastorno mental
Desenlaces	1: Síntomas de TEPT 2: Síntomas de ansiedad 3: Síntomas de depresión 4: Funcionamiento de la salud mental en general
Categorías de desenlaces	Salud mental
Edades	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)
Género	Masculino Femenino
Razas/Orígenes étnicos	Indígena americano o nativo de Alaska Afro americano Hispano o Latino Blanco Raza/Origen étnico no especificado
Entorno	Ambulatorio
Zonas geográficas	Urbanas Sub urbanas
Historia de la implementación	Desde el desarrollo de EMDR en 1989, aproximadamente 100,000 profesionales de salud mental en todos los 50 Estados han participado en capacitaciones de EMDR, y millones de clientes han recibido EMDR. Al exterior

	<p>de los Estados Unidos, se ha implementado EMDR en más de 70 países. Se han realizado evaluaciones de EMDR en los Estados Unidos y en más de 30 otros países.</p> <p>En 1999, la Asociación Internacional de EMDR (EMDR International Association, "EMDRIA") inició un proceso de certificación para profesionales clínicos individuales. En los Estados Unidos, aproximadamente 1,980 terapeutas han sido certificados en EMDR, y 563 de ellos son también consultores aprobados por EMDRIA. Fuera de los Estados Unidos, los terapeutas certificados y consultores aprobados por EMDRIA se encuentran en Argentina, Canadá, Alemania, Grecia, Guatemala, Islandia, Japón, México, Suiza y el Reino Unido.</p> <p>En 1999, EMDRIA también comenzó a aprobar instructores de capacitación básica, y aproximadamente 35 instructores han sido aprobados.</p>
Financiamiento del NIH/ Estudios de investigación comparativa de efectividad	Parcial o totalmente financiado por los Institutos Nacionales de Salud: Sí Evaluado en estudios de investigación comparativa de efectividad: Sí
Adaptaciones	Los materiales y el contenido de capacitación han sido traducidos al chino, danés, holandés, francés, alemán, indonesio, italiano, japonés, noruego, polaco, portugués, español, sueco, tailandés y turco.
Efectos adversos	El diseñador del programa no identificó ningún efecto adverso, inquietud o consecuencia no intencionada.
Categorías de prevención del Instituto de Medicina (IOM)	Las categorías de prevención del Instituto de Medicina no aplican.

Desenlaces

Desenlace 1: Síntomas de TEPT

Descripción de medidas

- Los síntomas de TEPT se midieron usando por lo menos dos de los siguientes instrumentos en cada uno de los tres estudios:
- La Escala Mississippi para TEPT Relacionado con Combates (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, "M-PTSD"). Es un instrumento auto administrado de 35 preguntas derivado de los criterios incluidos en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, por sus siglas en inglés) para los síntomas de TEPT e incluye preguntas para características frecuentemente observadas específicamente en veteranos de combate (por ejemplo, abuso de sustancias, tendencia al suicidio, depresión). Las preguntas se califican en una escala Likert de 5 puntos y se suman para obtener una medida continua de la gravedad de los síntomas del TEPT. Las calificaciones varían de 35 a 175, y las calificaciones más altas indican síntomas más graves.
- La Escala de TEPT Administrada por el Terapeuta (Clinician-Administered PTSD Scale, "CAPS-1"). La escala CAPS-1 es una entrevista estructurada de 30 preguntas para medir el estatus diagnóstico y la gravedad de los síntomas de TEPT en la actualidad (es decir, en el último mes) y a lo largo de la vida (es decir, en el peor mes después del trauma). La escala CAPS-1 tiene 17 preguntas que corresponden a los criterios incluidos en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, por sus siglas en inglés) para los síntomas de TEPT; 8 preguntas que miden características asociadas, tales como el sentimiento de culpa, la desesperanza, y deficiencias de la memoria; y 5 preguntas que miden la validez de la respuesta, la gravedad global, la mejoría global, y los impedimentos sociales y ocupacionales. Cada una de las 17 preguntas relacionadas con los síntomas de TEPT se califica en una escala aparte de 5 puntos para evaluar la frecuencia (que va de 0 [nunca] a 4 [diariamente o casi a diario]) y la intensidad (que va de 0 [nada] a 4 [angustia extrema e incapacitante, incapaz de desechar los recuerdos, incapaz de continuar con sus actividades]). Las calificaciones de frecuencia e intensidad pueden combinarse para obtener una calificación general de la gravedad de los síntomas; las calificaciones más altas indican síntomas que son más frecuentes, intensos, o graves, dependiendo del foco de la calificación.
- La Escala de Síntomas de TEPT (PTSD Symptoms Scale). La Escala de Síntomas de TEPT, la cual va de 0 a 10, fue desarrollada por los investigadores para permitir a los clientes evaluar su propio estado general de sintomatología. Las calificaciones más altas indican peores síntomas, donde 10 es la peor calificación.
- La Escala del Impacto del Evento (Impact of Event Scale, "IES"). La escala IES es una medida auto administrada de los síntomas de estrés postraumático ocurridos recientemente (en las últimas 1 ó 2 semanas) en respuesta a un evento traumático identificado. La escala genera dos sub-escalas de frecuencia de síntomas—intrusión (pensamientos, sentimientos e imágenes intrusivas) y evitación (evitación de pensamientos, emociones y recordatorios)—que se suman para obtener la calificación total de la escala. Las calificaciones más altas indican un mayor grado de aflicción.
- La dimensión de somatización de la Lista de Verificación de Síntomas – 90, Revisada (Symptom Checklist-90-Revised, "SCL-90-R"). La lista SCL-90-R es una lista de verificación auto-reportada de

90 elementos que mide los síntomas psiquiátricos actuales en nueve dimensiones, incluyendo la somatización. Los clientes califican cada elemento para los últimos 7 días usando una escala de 5 puntos que va de 0 (para nada) a 4 (extremadamente). La lista SCL-90-R también proporciona varios índices globales. Las calificaciones más altas indican más síntomas con mayor intensidad.

- La Escala Modificada de Síntomas de TEPT (Modified PTSD Symptom Scale, "MPSS-SR"). La escala MPSS-SR es un instrumento auto administrado que mide la frecuencia y gravedad de los síntomas de TEPT, según criterios incluidos en el DSM-III-R, para las 2 semanas anteriores. La frecuencia se mide en una escala de 4 puntos que va de 0 (para nada) a 3 (≥ 5 veces por semana/mucho/casi siempre). Las calificaciones varían de 0 a 51 para la frecuencia, y las calificaciones más altas se asocian con síntomas más frecuentes.

Hallazgos clave

En un ensayo controlado aleatorio (randomized controlled trial o RCT, por sus siglas en inglés), veteranos de combate con un diagnóstico de TEPT según el DSM-IV fueron aleatoriamente asignados a una de tres condiciones: 12 sesiones bisemanales de EMDR de 60-75 minutos de duración cada una, 12 sesiones bisemanales de relajación asistida con biorretroalimentación de 40 minutos de duración cada una, o una condición de control en lista de espera de 6 semanas. Las evaluaciones se realizaron en la fecha inicial de referencia (pre-tratamiento), 6 semanas después de la fecha inicial de referencia (post-tratamiento), y 3 meses después de la evaluación de post-tratamiento (seguimiento). Sólo se contrastaron las condiciones de EMDR y de relajación durante el seguimiento, ya que a los veteranos en la condición de control en lista de espera se les ofreció tratamiento después de las primeras 6 semanas del estudio. Los hallazgos de este estudio incluyeron los siguientes:

- Los veteranos que recibieron EMDR tuvieron menos gravedad de síntomas de TEPT (M-PTSD) comparados con los veteranos en el grupo de control ($p < .05$) y del grupo de relajación ($p < .05$) durante la evaluación de post-tratamiento, y comparados con los veteranos en el grupo de relajación ($p < .05$) durante el seguimiento. Estas diferencias entre los grupos estuvieron asociadas con tamaños de efecto grandes (d de Cohen=1.01, 1.07, y 1.01, respectivamente).
- Los veteranos que recibieron EMDR tuvieron síntomas de TEPT menos frecuentes (escala de frecuencia del CAPS-1; $p < .0004$) y con menor intensidad (escala de intensidad del CAPS-1; $p < .002$), comparados con los veteranos del grupo de relajación en el seguimiento. Estas diferencias entre los grupos estuvieron asociadas con tamaños de efecto grandes (d de Cohen= 2.10 y 1.82 respectivamente).
- Los veteranos que recibieron EMDR tuvieron una mayor mejoría en su estatus general de síntomas de TEPT (Escala de Síntomas de TEPT), en comparación con los veteranos en el grupo control ($p < .01$) desde el pre-tratamiento hasta el post-tratamiento, y en comparación con los veteranos del grupo de relajación ($p < .005$) desde el pre-tratamiento hasta el seguimiento. Estas diferencias entre los grupos estuvieron asociadas con tamaños de efecto grandes (d de Cohen= 1.26 y 1.55 respectivamente).

En otro ensayo clínico aleatorio, adultos que experimentaban recuerdos traumáticos fueron reclutados de entre la comunidad y se asignaron aleatoriamente a una de dos condiciones: tres sesiones de EMDR de 90 minutos de duración cada una, o un grupo de control con retraso de 6 semanas en el tratamiento (seguido de EMDR). El 94% de los participantes satisfacían por lo menos 3 de los criterios del DSM-IV para TEPT en los 30 días anteriores a su ingreso en el estudio. Las evaluaciones se realizaron en la fecha inicial de referencia (pre-tratamiento) y luego a los 1, 2, 3, 6, y 18 meses después de la fecha inicial de referencia (seguimientos). Los contrastes entre condiciones se limitaron al cambio relativo durante el primer mes de seguimiento, comparado con la evaluación de pre-tratamiento. Del pre-tratamiento al seguimiento hecho después de 1 mes, los participantes que recibieron EMDR tuvieron mayores reducciones en pensamientos intrusivos (sub-escala de intrusión del IES; $p < .006$), síntomas de evitación (sub-escala evitación del IES; $p < .006$), y síntomas somáticos (dimensión de somatización del SCL-90-R; $p < .006$), comparados con los participantes en el grupo control. Estas diferencias entre los grupos estuvieron asociadas con tamaños de efecto medianos y grandes (d de Cohen = 0.66, 1.03 y 1.35 respectivamente).

En un tercer ensayo clínico aleatorio que transcurrió a lo largo de 2 años, los participantes que acudieron a la clínica psiquiátrica de una organización para el mantenimiento de la salud (health maintenance organization o HMO, por sus siglas en inglés) presentando síntomas de TEPT (según los criterios del DSM-III-R) fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: sesiones de EMDR de 50 minutos de duración, o atención estándar de la HMO para el tratamiento del TEPT. No se fijó el número de sesiones de tratamiento para ninguna de las dos condiciones, y el tratamiento continuó hasta que los participantes ya no satisfacían los criterios del DSM-III-R para TEPT (típicamente entre 6 y 12 meses) o hasta que el estudio culminó. La atención estándar de la HMO para el TEPT consistió en uno o varios de los siguientes: sesiones individuales de psicoterapia (cognitiva, psicodinámica o conductual), régimen de medicamentos (antidepresivos o ansiolíticos), terapia de grupo (capacitación en relajación, reducción de ansiedad y pánico, y grupos de estabilización de medicamentos), y una breve hospitalización y/o tratamiento de 1 día. Las evaluaciones se llevaron a cabo en la fecha inicial de referencia (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 de este estudio incluyeron los siguientes:

- En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron menos síntomas de TEPT después de tres sesiones de tratamiento

	<p>(calificación total de IES y escala de frecuencia del MPSS-SR; $p = .001$ y $p = .001$, respectivamente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR continuaron mostrando menos síntomas TEPT (escala de frecuencia de MPSS-SR) durante el post-tratamiento ($p = .005$) y durante los seguimientos hechos a los 3 y 6 meses ($p < .002$ y $p = .004$, respectivamente). • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron menos síntomas de TEPT (calificación total de la IES) durante los seguimientos hechos a los 3 y 6 meses ($p < .001$ y $p = .010$, respectivamente). • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron una mayor disminución en los síntomas de TEPT (calificación total de la IES) del pre-tratamiento al post tratamiento ($p = .009$). • Menos participantes que recibieron EMDR que los que recibieron la atención estándar de la HMO, satisficieron los criterios del DSM-III-R para TEPT después de tres sesiones de tratamiento (50% vs. 80%; $p = .034$) y en el post-tratamiento (23% vs. 50%; $p = .025$).
Estudios que demuestran el desenlace	<u>Estudio 1</u> , <u>Estudio 2</u> , <u>Estudio 3</u>
Diseño de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.2 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 2: Síntomas de ansiedad

Descripción de medidas	<p>Los síntomas de ansiedad se midieron usando por lo menos uno de los siguientes instrumentos en cada uno de los tres estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (State-Trait Anxiety Inventory, "STAI"). El STAI es un instrumento auto administrado de 40 elementos, con 20 elementos que miden la ansiedad (o estado) actual y 20 elementos que miden la ansiedad disposicional (o rasgo). Cada elemento es una declaración sobre los sentimientos o tendencias generales, que los encuestados califican en función de cómo se sienten en el momento (sub-escala de estado de ansiedad) y más generalmente (sub-escala de rasgo de ansiedad), usando una escala de 4 puntos que va de 1 (para nada) hasta 4 (mucho). Las calificaciones se calculan por separado para cada una de las dos sub-escalas, y la calificación de cada sub-escala va desde 20 hasta 80, donde las calificaciones más altas indican un mayor nivel de ansiedad. • La Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (Subjective Units of Disturbance Scale, "SUDS"). La escala SUDS, extraída de la Escala de Ansiedad Subjetiva (Subjective Anxiety Scale, "SAS"), es una medida auto administrada de un solo elemento que mide la perturbación de ansiedad experimentada al pensar en un acontecimiento traumático específico. La calificación va de 0 (neutral) a 10 (el mayor nivel de perturbación imaginable). • La dimensión de Ansiedad de la SCL-90-R. La lista SCL-90-R es una lista de verificación auto reportada de 90 elementos que mide los síntomas psiquiátricos actuales en nueve dimensiones, incluyendo la ansiedad. Los clientes califican cada elemento para los últimos 7 días usando una escala de 5 puntos que va de 0 (para nada) a 4 (extremadamente). La lista SCL-90-R también proporciona varios índices globales. Las calificaciones más altas indican más síntomas con mayor intensidad.
Hallazgos clave	<p>En un ensayo controlado aleatorio, veteranos de combate con un diagnóstico de TEPT según el DSM-IV fueron aleatoriamente asignados a una de tres condiciones: 12 sesiones bisemanal de EMDR de 60-75 minutos de duración cada una, 12 sesiones bisemanal de relajación asistida con biorretroalimentación de 40 minutos de duración cada una, o una condición de control en lista de espera de 6 semanas. Las evaluaciones se realizaron en la fecha inicial de referencia (pre-tratamiento), 6 semanas después de la fecha inicial de referencia (post-tratamiento), y 3 meses después de la evaluación de post-tratamiento (seguimiento). Sólo se contrastaron las condiciones de EMDR y de relajación durante el seguimiento, ya que a los veteranos en 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 tuvieron menos ansiedad disposicional (sub-escala de rasgo de ansiedad del STAI), comparados con los veteranos en el grupo de control ($p < .001$) y en el grupo de relajación ($p < .001$) durante el post-tratamiento, y comparados con los veteranos en el grupo de relajación ($p < .01$) durante el seguimiento. Estas diferencias entre los grupos estuvieron asociadas con tamaños de efecto grandes (d de Cohen = 1.62, 1.15 y 1.38, respectivamente).</p> <p>En otro ensayo controlado aleatorio, adultos que experimentaban recuerdos traumáticos fueron</p>

	<p>reclutados de entre la comunidad y se asignaron aleatoriamente a una de dos condiciones: tres sesiones de EMDR de 90 minutos de duración cada una, o un grupo de control con retraso de 6 semanas en el tratamiento (seguido de EMDR). El 94% de los participantes satisfacían por lo menos 3 de los criterios del DSM_IV para TEPT en los 30 días anteriores a su ingreso en el estudio. Las evaluaciones se realizaron en la fecha inicial de referencia (pre-tratamiento) y luego a los 1, 2, 3, 6, y 18 meses después de la fecha inicial de referencia (seguimientos). Los contrastes entre condiciones se limitaron al cambio relativo durante el primer mes de seguimiento, comparado con la evaluación de pre-tratamiento. Del pre-tratamiento al seguimiento hecho después de 1 mes, los participantes que recibieron EMDR tuvieron una mayor reducción en síntomas de ansiedad (SUDS, sub-escalas de estado y rasgo de ansiedad del STAI, y la dimensión de ansiedad de la SCL-90-R, $p < .006$ para las cuatro escalas) en comparación con los participantes en el grupo control. Estas diferencias entre los grupos se asociaron con tamaños de efecto que van de pequeños a grandes (d de Cohen = 2.07, 0.63, 0.44 y 0.49, respectivamente).</p> <p>En un tercer ensayo controlado aleatorio que transcurrió a lo largo de 2 años, los participantes que acudieron a la clínica psiquiátrica de una HMO presentando síntomas de TEPT (según los criterios del DSM-III-R) fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: sesiones de EMDR de 50 minutos de duración, o atención estándar de la HMO para el tratamiento del TEPT. No se fijó el número de sesiones de tratamiento para ninguna de las dos condiciones, y el tratamiento continuó hasta que los participantes ya no satisfacían los criterios del DSM-III-R para TEPT (típicamente entre 6 y 12 meses) o hasta que el estudio culminó. La atención estándar de la HMO para el TEPT consistió en uno o varios de los siguientes: sesiones individuales de psicoterapia (cognitiva, psicodinámica o conductual), régimen de medicamentos (antidepresivos o ansiolíticos), terapia de grupo (capacitación en relajación, reducción de ansiedad y pánico, y grupos de estabilización de medicamentos), y una breve hospitalización y/o tratamiento de 1 día. Las evaluaciones se llevaron a cabo en la fecha inicial de referencia (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 de este estudio incluyeron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron menos síntomas de ansiedad actual (sub-escala de estado de ansiedad del STAI, $p < .05$) y disposicional (sub-escala de rasgo de ansiedad del STAI, $p = .013$), y menos perturbación por la ansiedad al pensar en el evento traumático (SUDS, $p = .001$) después de tres sesiones de tratamiento. • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron un nivel de ansiedad actual (sub-escala de estado de ansiedad del STAI) más bajo durante el seguimiento a los 6 meses ($p = .017$). • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron menos síntomas de ansiedad disposicional (sub-escala de rasgo de ansiedad del STAI) durante el post-tratamiento ($p = .005$) y durante los seguimientos hechos a los 3 y 6 meses ($p = 0.023$ y $p = 0.007$, respectivamente). • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron menor perturbación de ansiedad al pensar en el evento traumático (SUDS) durante el post-tratamiento ($p = 0.001$) y durante los seguimientos hechos a los 3 y 6 meses ($p = 0.003$ y $p = 0.006$, respectivamente).
Estudios que demuestran el desenlace	Estudio 1 , Estudio 2 , Estudio 3
Diseños= de los estudios	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.2 (escala de 0.0 a 4.0)

Desenlace 3: Síntomas de depresión	
Descripción de medidas	<p>Los síntomas de depresión se midieron usando uno de los siguientes instrumentos en cada uno de los tres estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, "BDI"). El BDI es un instrumento auto administrado de 21 elementos que mide la gravedad de los síntomas de depresión durante la última semana. Las calificaciones van de 0 a 63, donde las calificaciones más altas indican una mayor gravedad de los síntomas de depresión. • La dimensión de depresión de la SCL-90-R. La lista SCL-90-R es una lista de verificación auto-reportada de 90 elementos que mide los síntomas psiquiátricos actuales en nueve dimensiones, incluyendo la depresión. Los clientes califican cada elemento para los últimos 7 días usando una escala de 5 puntos que va de 0 (para nada) a 4 (extremadamente). La lista SCL-90-R también proporciona varios índices globales. Las calificaciones más altas indican más síntomas con mayor intensidad.

<p>Hallazgos clave</p>	<p>En un ensayo controlado aleatorio, veteranos de combate con un diagnóstico de TEPT según el DSM-IV fueron aleatoriamente asignados a una de tres condiciones: 12 sesiones bisemanales de EMDR de 60-75 minutos de duración cada una, 12 sesiones bisemanales de relajación asistida con biorretroalimentación de 40 minutos de duración cada una, o una condición de control en lista de espera de 6 semanas. Las evaluaciones se realizaron en la fecha inicial de referencia (pre-tratamiento), 6 semanas después de la fecha inicial de referencia (post-tratamiento), y 3 meses después de la evaluación de post-tratamiento (seguimiento). Sólo se contrastaron las condiciones de EMDR y de relajación durante el seguimiento, ya que a los veteranos en 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 tuvieron síntomas de depresión menos graves (BDI) comparados con los veteranos en el grupo de control ($p < .01$) durante el post-tratamiento. Esta diferencia entre los grupos se asoció con un tamaño de efecto grande (d de Cohen = 1.48).</p> <p>En otro ensayo controlado aleatorio, adultos que experimentaban recuerdos traumáticos fueron reclutados de entre la comunidad y se asignaron aleatoriamente a una de dos condiciones: tres sesiones de EMDR de 90 minutos de duración cada una, o un grupo de control con retraso de 6 semanas en el tratamiento (seguido de EMDR). El 94% de los participantes satisfacían por lo menos 3 de los criterios del DSM-IV para TEPT en los 30 días anteriores a su ingreso en el estudio. Las evaluaciones se realizaron en la fecha inicial de referencia (pre-tratamiento) y luego a los 1, 2, 3, 6, y 18 meses después de la fecha inicial de referencia (seguimientos). Los contrastes entre condiciones se limitaron al cambio relativo durante el primer mes de seguimiento, comparado con la evaluación de pre-tratamiento. Del pre-tratamiento al seguimiento hecho después de 1 mes, los participantes que recibieron EMDR tuvieron mayores reducciones en los síntomas de depresión (dimensión de depresión de la SCL-90-R, $p < .006$) comparados con los participantes en el grupo control. Esta diferencia entre los grupos se asoció con un tamaño de efecto mediano (d de Cohen = 0.62).</p> <p>En un tercer ensayo controlado aleatorio que transcurrió a lo largo de 2 años, los participantes que acudieron a la clínica psiquiátrica de una HMO presentando síntomas de TEPT (según los criterios del DSM-III-R) fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: sesiones de EMDR de 50 minutos de duración, o atención estándar de la HMO para el tratamiento del TEPT. No se fijó el número de sesiones de tratamiento para ninguna de las dos condiciones, y el tratamiento continuó hasta que los participantes ya no satisfacían los criterios del DSM-III-R para TEPT (típicamente entre 6 y 12 meses) o hasta que el estudio culminó. La atención estándar de la HMO para el TEPT consistió en uno o varios de los siguientes: sesiones individuales de psicoterapia (cognitiva, psicodinámica o conductual), régimen de medicamentos (antidepresivos o ansiolíticos), terapia de grupo (capacitación en relajación, reducción de ansiedad y pánico, y grupos de estabilización de medicamentos), y una breve hospitalización y/o tratamiento de 1 día. Las evaluaciones se llevaron a cabo en la fecha inicial de referencia (pre-tratamiento), después de tres sesiones de tratamiento, en el post-tratamiento, y a los 3 y 6 meses después del tratamiento (seguimientos). En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron síntomas de depresión menos graves (BDI) después de tres sesiones de tratamiento ($p = .005$), durante el post-tratamiento ($p = .020$), y durante el seguimiento hecho a los 6 meses ($p = .012$). También durante el seguimiento hecho a los 6 meses, en comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, más participantes que recibieron EMDR tuvieron calificaciones de BDI que ya no estaban en el rango de depresión clínica (definida por los investigadores como una calificación de $BDI \geq 12$, $p = .012$).</p>
<p>Estudios que demuestran el desenlace</p>	<p>Estudio 1, Estudio 2, Estudio 3</p>
<p>Diseño de los estudios</p>	<p>Experimental</p>
<p>Índice de calidad de la investigación</p>	<p>3.2 (escala de 0.0 a 4.0)</p>

Desenlace 4: Funcionamiento de la salud mental en general

<p>Descripción de medidas</p>	<p>El funcionamiento de la salud mental en general se midió usando el Índice de Gravedad Global (Global Severity Index, "GSI") y el Índice de Síntomas Positivos de Angustia (Positive Symptom Distress Index, "PSDI") de la SCL-90-R. La lista SCL-90-R es una lista de verificación auto-reportada de 90 elementos que mide los síntomas psiquiátricos actuales en nueve dimensiones: somatización, trastorno obsesivo-compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Los clientes califican cada elemento para los últimos 7 días usando una escala de 5 puntos que va de 0 (para nada) a 4 (extremadamente). La lista SCL-90-R también proporciona varios índices globales, incluyendo el Índice de Gravedad Global, que es una medida de la angustia psicológica general y se puede usar como una medida de resumen para el instrumento, y el Índice de Síntomas Positivos de Angustia, que es una medida de intensidad de los síntomas. Las calificaciones más altas indican más síntomas con mayor intensidad.</p>
--------------------------------------	---

Hallazgos clave	<p>En un ensayo controlado aleatorio que transcurrió a lo largo de 2 años, los participantes que acudieron a la clínica psiquiátrica de una HMO presentando síntomas de TEPT (según los criterios del DSM-III-R) fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones: sesiones de EMDR de 50 minutos de duración, o atención estándar de la HMO para el tratamiento del TEPT. No se fijó el número de sesiones de tratamiento para ninguna de las dos condiciones, y el tratamiento continuó hasta que los participantes ya no satisfacían los criterios del DSM-III-R para TEPT (típicamente entre 6 y 12 meses) o hasta que el estudio culminó. La atención estándar de la HMO para el TEPT consistió en uno o varios de los siguientes: sesiones individuales de psicoterapia (cognitiva, psicodinámica o conductual), régimen de medicamentos (antidepresivos o ansiolíticos), terapia de grupo (capacitación en relajación, reducción de ansiedad y pánico, y grupos de estabilización de medicamentos), y una breve hospitalización y/o tratamiento de 1 día. Las evaluaciones se llevaron a cabo en la fecha inicial de referencia (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 de este estudio incluyeron los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR tuvieron menos angustia psicológica en general (Índice de Gravedad Global de la SCL-90-R) después de tres sesiones de tratamiento ($p = .016$), durante el post-tratamiento ($p = .022$), y durante los seguimientos hechos a los 3 y 6 meses ($p = .002$ y $p = .037$, respectivamente). • En comparación con los participantes que recibieron la atención estándar de la HMO, aquellos que recibieron EMDR reportaron menor intensidad de los síntomas (Índice de Síntomas Positivos de Angustia de la SCL-90-R) después de tres sesiones de tratamiento ($p = .001$), durante el post-tratamiento ($p = .017$), y durante los seguimientos hechos a los 3 y 6 meses ($p = .005$ y $p = .022$, respectivamente).
Estudio que demuestra el desenlace	<u>Estudio 3</u>
Diseño del estudio	Experimental
Índice de calidad de la investigación	3.0 (escala de 0.0 a 4.0)

Grupos Incluidos en los Estudios

Los siguientes grupos fueron identificados en los estudios revisados para Calidad de la Investigación.

Estudio	Edad	Género	Raza / Origen Étnico
Estudio 1	26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	100% masculinos	54.3% Blancos 45.7% Raza/Origen étnico no especificado
Estudio 2	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	50% Femenino 50% Masculino	96% Blancos 4% Hispanos o Latino
Estudio 3	18-25 (Adultos jóvenes) 26-55 (Adultos) 55+ (Adultos mayores)	79.1% Femenino 20.9% Masculino	66% Blancos 13% Afro americanos 12% Hispanos o Latinos 7% Raza/Origen étnico no especificado 2% Indígenas americanos o nativos de Alaska

Calidad de la Investigación

Los siguientes documentos fueron revisados para determinar la Calidad de la Investigación. El punto focal de investigación podrá proveer información sobre los estudios revisados y la disponibilidad de materiales adicionales, incluyendo aquellos de estudios más recientemente realizados.

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. !\[\]\(082f818d99f166a3ba574d9284d73064_img.jpg\)](#)

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 Suplementarios

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. !\[\]\(e8fb589d58dad1692debababa5e928b6_img.jpg\)](#)

[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. !\[\]\(f95dab70c751fda7d824b8b03650f7aa_img.jpg\)](#)

[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. !\[\]\(e1c624d4757f08486e89482c18364c17_img.jpg\)](#)

Índice de Calidad de la Investigación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

La calidad de los resultados reportados de cada intervención es evaluada independientemente por evaluadores externos, utilizando los siguientes seis criterios:

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. Confiabilidad de las medidas | 4. Falta de datos e índice de abandono |
| 2. Validez de las medidas | 5. Posibles variables de confusión |
| 3. Fidelidad de la intervención | 6. Idoneidad del análisis |

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección de Calidad de la Investigación.

Desenlace	Confiabilidad de las medidas	Validez de las medidas	Fidelidad	Falta de datos/ índice de abandono	Variables de confusión	Análisis de datos	Índice general
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 de la salud mental en general	3.5	4.0	2.5	2.3	2.5	3.0	3.0

Fortalezas del Estudio

Las escalas de las medidas para cada desenlace son bien conocidas en el campo y tienen propiedades psicométricas sólidas. Resultados convergentes a través de múltiples escalas para el mismo desenlace sugieren una sólida validez de constructo. En los tres estudios revisados, la intervención fue administrada por terapeutas capacitados siguiendo un protocolo de sesión de tratamiento estandarizado, el aislamiento de la población objetivo se logró mediante extensas entrevistas individuales antes de la inscripción en el estudio, y se usaron diseños aleatorios de control para minimizar las posibles variables de confusión. Los enfoques analíticos fueron apropiados para el tamaño limitado de la muestra en cada uno de los tres estudios.

Debilidades del Estudio

No se proporcionaron estadísticas de la confiabilidad de la muestra del estudio para las escalas de las medidas. La fidelidad no se evaluó por medio de una revisión de las sesiones de tratamiento grabadas en audio o en video o de los instrumentos de medida. El índice de abandono de los participantes no se trató estadísticamente, a pesar que un estudio tuvo un índice de abandono moderado (26% antes de la asignación aleatoria del grupo) y otro estudio tuvo un índice de abandono alto durante los puntos de seguimiento al tercer (34%) y sexto mes (46%). Cada uno de los tres estudios tuvo un tamaño de muestra limitado que restringió el uso de métodos más sofisticados de modelaje de datos.

Plan de Diseminación

Los siguientes materiales fueron revisados para determinar el Plan de Diseminación. El punto focal de implementación podrá proveer información sobre la implementación de la intervención y la disponibilidad de materiales adicionales, actualizados o nuevos.

Materiales de Diseminación

Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2005). EMDR fidelity treatment manual: Children's protocol. Manuscrito no publicado.

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

Sitios Web del programa, <http://www.emdr.com> y <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:

- Evaluación del Curso de Capacitación Básica de EMDR – Fin de Semana 1 (2010)
- Prueba Corta de la Capacitación Básica de EMDR – Fin de Semana 1
- Evaluación del Curso de Capacitación Básica de EMDR – Fin de Semana 2 (2010)
- Prueba Corta de la Capacitación Básica de EMDR – Fin de Semana 2
- Evaluación del Facilitador de EMDR
- Escala de Calificación de la Fidelidad de EMDR (2007)
- Instituto EMDR y EMDR—Programas de Asistencia Humanitaria, Fin de Semana 1, Videos Didácticos (2007) [DVD]
- Programa de Capacitación Básica del Instituto EMDR (2010)
- Información sobre la Capacitación y Acuerdo del Participante del Instituto EMDR
- EMDR, Jane—Cognitive Interweave [DVD]
- EMDR Parte 1: Hora 1- Hora 10 (2004) [DVD]
- EMDR Parte 2: Hora 1 - Hora 9 (2004) [DVD]
- Requisitos para ser aprobado como Capacitador de EMDR

Índice del Plan de Diseminación por Criterio (escala de 0.0–4.0)

Evaluadores externos evalúan independientemente el Plan de Diseminación de la intervención, utilizando tres criterios:

1. Disponibilidad de los materiales de implementación
2. Disponibilidad de recursos de capacitación y apoyo
3. Disponibilidad de procedimientos de garantía de la calidad

Para más información sobre estos criterios y el significado de estas calificaciones, consulte la sección [Plan de Diseminación](#).

Materiales de implementación	Recursos de capacitación y apoyo	Procedimientos de garantía de la calidad	Índice general
4.0	4.0	4.0	4.0

Fortalezas de la Diseminación

Los materiales del programa incluyen un libro de texto completo que proporciona información de antecedentes, una visión general del modelo, información detallada que permite a los terapeutas implementar cada fase del tratamiento, y protocolos detallados para enfrentar situaciones y grupos especiales. El libro de texto también incluye auxilios clínicos, herramientas, listas de verificación, guías y procedimientos que pueden ser fácilmente incorporados en la práctica clínica. El sitio Web del Instituto EMDR ofrece una variedad de auxilios clínicos para la compra. El Instituto EMDR ofrece una capacitación amplia en todo el país, y los alumnos reciben instrucción didáctica, práctica supervisada, y herramientas y recursos prácticos para su implementación. El Instituto EMDR también ofrece capacitación especializada avanzada para terapeutas experimentados. Una lista de correo electrónico y grupos de conexiones están disponibles a través del sitio Web del Instituto EMDR inspara facilitar el apoyo mutuo. Los materiales de medida de desenlaces y fidelidad incluyen un manual de la fidelidad del tratamiento que ofrece instrucciones detalladas para la implementación y la evaluación de la intervención. La Escala de Calificación de la Fidelidad de EMDR tiene múltiples sub-escalas para evaluar el uso de los protocolos de EMDR por parte de los terapeutas en cada fase del tratamiento. Hay supervisión disponible para proporcionar a los terapeutas una comprensión de la mejoría de la calidad.

Debilidades de la Diseminación

Los revisores no identificaron ninguna debilidad.

Costos

La siguiente información de costos fue proporcionada por el diseñador del programa. Aunque esta información de costos pueda haber sido actualizada desde la fecha de la revisión, es posible que no refleje los costos actuales o la disponibilidad de artículos (incluyendo artículos recientemente desarrollados o discontinuados). El punto focal de implementación podrá proveer información actualizada y discutir requisitos de implementación.

Descripción del artículo	Costo	Exigido por el Diseñador
Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular: Principios básicos, protocolos y procedimientos (2ª edición)	\$ 62 cada uno	Sí
Una variedad de libros para apoyar la implementación en diversos contextos	\$ 18 - \$ 55 cada uno	No
Libro del curso de EMDR (incluye una copia de Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular: Principios básicos, protocolos y procedimientos [2ª edición], una prueba de EMDR, y 8 créditos de educación continua)	\$ 154 por participante	No
Capacitación básica de EMDR de 7 días de duración en varios lugares de los Estados Unidos (incluye 40 créditos de educación 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 Terapeuta en EMDR	\$ 250 para miembros de EMDRIA \$ 350 para no miembros	No
Renovación de la certificación como Terapeuta en EMDR por 2 años	\$ 100 para miembros EMDRIA \$ 200 para no miembros	No

Información Adicional

Para obtener la certificación de EMDRIA en EMDR, los terapeutas deben tener una licencia o estar acreditados para practicar independiente en su campo profesional y deben tener un mínimo de 2 años de experiencia en su campo. También deben haber completado un programa de capacitación básica en EMDR aprobado por EMDRIA, haber administrado un mínimo de 50 sesiones de EMDR, y haber recibido 20 horas de asesoramiento en EMDR con un consultor aprobado. Además, para mantener la certificación, los terapeutas deben completar 12 horas de educación continua en EMDR cada 2 años.

Replicaciones

A continuación se presentan citas seleccionadas. Un asterisco indica que el documento fue revisado para determinar 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.](#)



Información de Contactos

Para información sobre la implementación:

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

Para información sobre la investigación:

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

Para información sobre la implementación o la investigación:

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

Para más información, visite:

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

Considere estas [Preguntas a Formular](#) (PDF, 175KB) a medida que explora los posibles usos para esta intervención.

Este PDF se generó a partir de <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=199> el 25 de enero de 2012.