

EMDR: INFORMES DE CASOS

EMDR es ampliamente reconocido como un tratamiento del trauma de primera línea.

EMDR está conceptualizado como un tratamiento para los contribuyentes experienciales de los trastornos y la salud. Al extenderse los protocolos estándar (Shapiro, 1995, 2001), expertos y asesores en diversas áreas de especialidad han elaborado otras aplicaciones en la práctica clínica directa. Como con todos los tratamientos para la mayoría de estos trastornos, se ha llevado a cabo poca investigación controlada, un estado de cosas evidente en la evaluación de un grupo de tareas puesto en marcha por la División Clínica de la Asociación Americana de Psicólogos (Chambless, Baker, Baucom, Calhoun, Crits-Christoph y otros, 1998). Reveló que sólo una docena de dolencias, tales como fobias específicas y cefaleas contaban con tratamientos avalados empíricamente. A esto se agrega la circunstancia de que muchos de los tratamientos inscriptos como empíricamente convalidados no han sido evaluados en cuanto a sus efectos clínicos sostenidos a largo plazo. Para ver la lista actualizada: <http://therapyadvisor.com>

Aunque los protocolos de EMDR para el TEPT han sido extensamente estudiados por la investigación controlada, es esperable que sus aplicaciones adicionales serán exhaustivamente investigadas. Los parámetros sugeridos han sido delineados minuciosamente (Shapiro, 2001, 2002). Para ayudar a los investigadores a identificar protocolos accesibles para su estudio, y para asistir a los clínicos en obtener supervisión para aplicaciones propuestas, a continuación se enumeran las publicaciones y ponencias. Muchas presentaciones han sido grabadas y están disponibles en poder de los coordinadores de los congresos. También se puede contactar a los ponentes a través de la página web de EMDRIA: <http://www.emdria.org>

Se han recibido informes sobre los resultados terapéuticos positivos de EMDR en un amplio espectro de poblaciones. Para asistir a los investigadores en búsqueda de protocolos para estudio y para asistir a los terapeutas en obtener supervisión de las aplicaciones propuestas, el material publicado y las presentaciones en congresos son mencionados más abajo. Sin embargo, como se apuntó anteriormente, la mayoría de los trastornos clínicos listados no cuenta con tratamientos validados empíricamente y en todas las orientaciones, hace falta investigación generalizada con estudios controlados (ver Chambless y otros, 1998). Las aplicaciones clínicas de EMDR se basan en el modelo de procesamiento de la información (SPIA: ver Shapiro, 2001, 2002), y propone que reprocesar los contribuyentes experienciales puede tener un efecto positivo sobre el tratamiento de diversos trastornos. Hasta la fecha, mientras que numerosos estudios controlados han avalado la efectividad de EMDR en el tratamiento de trauma y TEPT, otras aplicaciones se basan en observaciones clínicas y necesitan más investigación.

Desde el estudio inicial de eficacia (Shapiro, 1989) se han registrado resultados terapéuticos positivos de EMDR en un amplio rango de poblaciones, que incluyen:

1. **Veteranos de guerra de la Tormenta del Desierto, de la guerra de Afganistán la Guerra de Vietnam, la Guerra de Corea y la Segunda Guerra Mundial que habían sido resistentes al tratamiento y que nunca más experimentaron flashbacks, pesadillas y otras secuelas del TEPT.** (Blore, 1997^a; Carlson, Chemtob, Rusnak y Hedlund, 1996; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund y Muraoka, 1998); Daniels, Lipke, Richardson y Silver, 1992; Lipke, 2000; Lipke y Botkin, 1992; Silver y Rogers, 2002; Thomas & Gafner, 1993; White, 1998; Young, 1995; Zimmermann, Güse, Barre, Biesold. 2005)
2. **Personas con fobias y trastornos de pánico que revelaron una rápida reducción del temor y la sintomatología.** (De Jongh y ten Broeke, 1998; De Jongh, ten Broeke y Renssen, 1999; De Jongh, van der Oord y ten Broeke, 2002; Doctor, 1994; Feske y Goldstein, 1997; Fernandez y Feretta, 2007; Goldstein, 1992; Goldstein y Feske, 1994; Gros y Antony, 2006; Kleinknecht, 1993; Nadler, 1996; Newgent, Paladino, Reynolds, 2006; O'Brien, 1993; Protinsky, Sparks y Flemke, 2001^a; Schurmans, 2007). Algunos estudios controlados sobre fóbicos a las arañas han revelado un beneficio comparativamente escaso con EMDR, (Muris y Merckelbach, 1997; Muris, Merckelbach, Holdrinet, y Sijenaar, 1998; Muris, Merckelbach, Van Haften y Nayer, 1997) pero las evaluaciones son confusas por la falta de fidelidad de los protocolos publicados (ver de Jongh y otros, 1999; Shapiro, 1999 y Apéndice D). Una evaluación de trastorno de pánico con agorafobia (Goldstein, de Beurs, Chambless y Wilson, 2000) también reportó resultados limitados (para una discusión exhaustiva, ver Shapiro, 2001, 2002 y el Apéndice D).
3. **Víctimas de crímenes, oficiales de policía y trabajadores de campo que ya no están perturbados por las secuelas de asaltos violentos y/o la naturaleza estresante de su trabajo.** (Baker y McBride, 1991; Dyregrov, 1993; Jensma, 1999; Kitchiner y Aylard, 2002; Kleinknecht y Morgan, 1992; Lansing, Amen, Hanks, Rudy, 2005; Mc Nally y Solomon, 1999; Page y Crino, 1993; Shapiro y Solomon, 1995; Solomon, 1995, 1998; Solomon y Dyregrov, 2000; Wilson, Becker, Tinker y Logan, 2001).
4. **Personas aliviadas de un excesivo duelo por la pérdida de un ser querido o muertes en cumplimiento del deber, tales como las producidas por los maquinistas de trenes devastados de culpa por no haber podido evitarlas.** (Lazrove et al., 1998; Puk, 1991a; Shapiro y Solomon, 1995, Solomon, 1994, 1995, 1998; Solomon y Kaufman, 2002; Solomon y Shapiro, 1997; Sprang, 2001))
5. **Niños y adolescentes curados de los síntomas causados por el trauma.** (Ahmad et al., 2007; Chemtob, Nakashima, Hamada & Carlson, 2002; Cocco & Sharpe, 1993; Datta & Wallace, 1994, 1996; Fernández, Gallinari & Lorenzetti, 2004; Greenwald, 1994, 1998, 1999, 2000, 2002; Hensel, 2006; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Dolatabadim & Zand, en prensa; Johnson, 1998; Korkmazler-Oral & Pamuk, 2002; Lovett, 1999; Pellicer, 1993; Buffer, Greenwald y Elrod, 1998; Russell y O'Connor, 2002; Kraft, Schepker, Goldberg, & Fegert, 2006; Lovett, 1999; Maxfield, 2007; Oras et al., 2004;

- Pellicer, 1993; Puffer & Greenwald & elrod, 1998; Russell & O Connor, 2002; Scheck, schaeffer, & y Gillette, 1998; Shapiro, 1991; Soberman, Greenwald & Rule, 2002; Stewart & Bramson, 2000; Streeck- Fischer, 2005; Taylor, 2002; 2000; Tinker y Wilson, 1999 Tufnell, 2005).
6. **Victimas de ataques sexuales que ahora llevan vidas normales y mantienen relaciones íntimas.** (Edmond, Rubin y Wambach, 1999; Hyer, 1995; Parnell, 1994, 1999; Puk, 1991^a; Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, Marsteller, 2005; Scheck, Schaeffer y Gillette, 1998; Shapiro, 1989b, 1991, 1994; Wolpe y Abrams, 1991).
 7. **Víctimas de catástrofes naturales, y producidas por la mano del hombre, capaces de retomar sus vidas normales.** (Chemtob et al, 2002; Fernández, et al, 2004; Grainger, Levin, Allen-Byrd, Doctor, & Lee, 1997; Jarero, Artigas, Mauer, López Cano & Alcalá, 1999; Knipe, Eke, Yuksek, yurtsever, & Ostep, 2006, Shusta-Hochberg, 2003; Silver, Rogers, Knipe & Colelli, 2005)
 8. **Víctimas de accidentes, cirugía y quemaduras que estaban emocional o físicamente debilitadas y que ahora han reanudado una vida productiva.** (Blore, 1997b; Broad & Wheeler, 2006; Hassard, 1993; McCann, 1992; Puk, 1992; Solomon & Kaufman, 1994).
 9. **Víctimas de disfunciones familiares, conyugales y sexuales que ahora mantienen relaciones sanas.** (Bardin, 2004; Capps, 2006; Errebo & Sommers- Flanagan, 2007; Keenan y Farrell, 2000; Kaslow, Nurse & Thompson, 2002; Knudsen, 2007, Koedam, 2007; Levin, 1993; Madrid, Skolek & Shapiro, 2006; Moses, 2007; Protinsky, Sparks & Flemke, 2001b; Shapiro, Kaslow, & Maxfield, 2007; Snyder, 1996; Stowasser, 2007; Taian, 2007; Wernik, 1993).
 10. **Pacientes en todas las etapas de drogodependencia, adicción sexual y jugadores compulsivos que muestran una recuperación estable y decreciente tendencia a la recaída.** (Amundsen & Kärstad, 2006; Besson, Eap, Rougemont- Buecking, Simon, Nikolov, Bonsack, 2006; Cox & Howard, 2007; Henry, 1996; Popky, A. J., 2005; Shapiro & Forrest, 1997; Shapiro, Vogelmann-Sine & Sine, 1994; Vogelmann- Sine, Sine, Smyth & Popky, 1998; Zweben 6 Yeary, 2006).
 11. **Personas con trastornos disociativos que progresan más rápido que con el tratamiento tradicional.** (Fine, 1994; Fine & Berkowitz, 2001; Lazrove, 1994; Lazrove & Fine, 1996; Marquis & Puk, 1994; Paulsen, 1995; Rouanzoin, 1994; Twombly, 2000, 2005; Young, 1994).
 12. **Gente de negocios, artistas y deportistas que se han beneficiado de EMDR como herramienta para aumentar su rendimiento.** (Crabbe, 1996; Foster & Lendl, 1995,1996; Graham, 2004).

13. **Personas con problemas somáticos/trastornos somatoformes, incluyendo dolor crónico, dolor por un miembro fantasma, excema crónico, problemas gastrointestinales e imagen corporal negativa, que han logrado un rápido alivio del sufrimiento.** (Brown, McGoldrick & Buchanan, 1997; Chemali & Meadows, 2004; Dziegielewski & Wolfe, 2000; Grant, 1999; Grant & Threlfo, 2002; Gupta & Gupta, 2002; Kneff & Krebs, 2004; Ray y Zbik, 2001; Rusell, in press; Schneider et al., 2007, in press; Tinker & Wilson, 2006; Van Loey & Van Son, 2003; Wilensky, 2006; Wilson et al., 2000).

14. **Pacientes con una amplia variedad de TEPT y otros diagnósticos que experimentan un sustancial beneficio con EMDR.** (Allen y Lewis, 1996; Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards, Turner, 2007; Brown, McGoldrick, & Buchanan, 1997; Cohn, 1993; Fensterheim, 1996; Forbes, Creamer & Rycroft, 1994; Gelinias, 2003; Hogberg, Pagani, Sundin, Soares, aberg- Wisted, Tarnell et al., 2007; Ironson et al., 2002; Kim & Choi, 2004; Kitchiner, 1999, 2000; Korn y Leeds, 2002; Lee, et al., 2002; Manfield, 1998; Manfield & Shapiro, 2003, Marcus, Marquis, & Saki, 1997; Marquis, 1991; Maxwell, 2003; Mc Culloch, 2002; Parnell, 1996, 1997; Pollock, 2000; Power et al., 2002; Protinsky, Sparks & Flemke, 2001^a; Puk, 1991^b; Raboni, Tufik, & Suchecki, 2006; Renfrey y Spates, 1994; Ricci, 2006; Ricci et al., Rittenhouse, 2000; Schneider, Nabavi, Heuft, 2005; Seidler & Wagner, 2006; Shapiro & Forrest, 1997; Spates y Burnette, 1995; Spector y Hathwaite, 1993; Sprang, 2001; van der Kolk, Spinazzola, Blaustein, Hooper, Hooper, Korn, Simpson, 2007; Vaughan et al., 1994; Vaughan, Wiese, Gold y Tarrier, 1994; Wilson, Becker y Tinker, 1995, 1997; Wolpe, y Abrams, 1991; Zabukovec, Lazrove y Shapiro, 2000).

Referencias

- Ahmad A, Larsson B.; Sundelin- Wahlsten V. (2007) EMDR treatment for children with PTSD; Results of a randomized controlled trial. *Nord J. Psychiatry*, 61, 349-54
- Amundsen, J. E., y Kårstad, K. (2006). Om bare Jeppe visste.- EMDR og rusbehandling. [Integrating EMDR and the treatment of substance abuse.]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(5), 469.
- Allen, J. G., y Lewis, L. (1996). A conceptual framework for treating traumatic memories and its application to EMDR. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60 (2) 238-263.
- Baker, N y McBride, B. (agosto, 1991) Clinical applications of EMDR in a law enforcement environment: observations of the psychological service unit of the I.a. County sheriff's department. Ponencia presentada en la Police Psychology (Division 18 Police and Public Safety Sub-section) Mini-conferencia en la convención anual de la American Psychology Association, San Francisco, CA.
- Bardin, A. (2004). EMDR within a family perspective. *Journal of Family Psychotherapy*, 15, 47-61
- Besson, J., Eap, C., Rougemont-Buecking, A., Simon, O., Nikolov, C., Bonsack, C. (2006). [Addictions]. [Revue Médicale Suisse](#), 2(47), 9-13.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104
- Blore, D. C. (1997a). Reflections on "a day when the whole world seemed to be darkened". *Changes: An International Journal of Psychology and Psychiatry*, 15, 89-95.
- Blore, D. C. (1997b). Use of EMDR to treat morbid jealousy: A case study. *British Journal of Nursing*, 6, 984-988.
- Broad, R. D., y Wheeler, K. (2006). An adult with childhood medical trauma treated with Psychoanalytic Psychotherapy and EMDR: A case study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42 (2), 95-105
- Brown, K. W., McGoldrick, T., y Buchanan, R. (1997). Body dysmorphic disorder: Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 25, 203-207.
- Capps, F. (2006). Combining Eye Movement Desensitization and Reprocessing With Gestalt Techniques in Couples Counseling. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14(1), 49.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., & Hedlund, N. L. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for combat PTSD. *Psychotherapy*, 33, 104-113.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., y Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24
- Chemali, Z. & Meadows, M. (2004). The use of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment for combat related posttraumatic stress disorder.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J. Hamada, R. S., y Carlson, J. G. (2002). Brief-treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Cocco, N. y Sharpe, L. (1993). An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 373-377.
- Cohn, L. (1993). Art psychotherapy and the new eye treatment desensitization and reprocessing (EMDR) method, an integrated approach. In E. Dishup (Ed.), *California Art Therapy Trends* (pp. 275-290). Chicago, IL: Magnolia Street Publisher.
- Cox, R. P., & Howard, M. D. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 14 (1), 1
- Crabbe, B. (1996, November). Can eye-movement therapy improve your riding. *Dressage Today*, 28-33.

- Daniels, N., Lipke, H., Richardson, R., & Silver, S. (1992, October). Vietnam veterans' treatment programs using eye movement desensitization and reprocessing. Symposium presented at the International Society for Traumatic Stress Studies annual convention, Los Angeles, CA.
- Datta, P.C. & Wallace, J. (mayo, 1994) Treatment of sexual traumas of sex offenders using EMDR. Paper presentado en el decimoprimer Annual Symposium in Forensic Psychology, San Francisco.
- Datta, P.C. y Wallace, J. (noviembre, 1996) Enhancement of victim empathy along with reduction of anxiety increase of positive cognition of sex offenders after treatment with *EMDR*. Paper presentado en el EMDR Special Group en la convención anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York.
- De Jongh, A. y Ten Broeke, E. (1998). Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR: A case study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 264-269.
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., y Renssen, M. R. (1999). Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 69-85.
- De Jongh, A., van den Oord, H. J. M., y Ten Broeke, E. (2002). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of specific phobias: Four single-case studies on dental phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1489-1503.
- Doctor, R. (marzo, 1994) Eye movement desensitization and reprocessing : A clinical and research examination with anxiety disorders. Paper presentado en el decimocuarto encuentro anual de la Anxiety Disorders Association of America, Santa Mónica, CA.
- Dyregrov, A. (1993) EMDR –nymetode for tramebehandling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 30, 975-981
- Dziegielewski, S. & Wolfe, P.(2000). Eye movement desensitization and reprocessin(EMDR) as a time-limited treatment intervention for body image disturbance and self-esteem: A single subject case study design. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1, 1-16.
- Edmond, T., Rubin, A., y Wambach, K. G. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116.
- Errebo, N., y Sommers-Flanagan, R. (2007). EMDR and emotionally focused couple therapy for war veteran couples. In F. Shapiro, F. W. Kaslow & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes*. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Fensterheim, H. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing with complex personality pathology: An integrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 6, 27-38.
- Fernandez, I., y Faretta, E. (2007). EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Clinical Case Studies*, 6(1), 44-63.
- Fernandez, I., Gallinari, E., y Lorenzetti, A. (2004). A school-based EMDR intervention for children who witnessed the Pirelli Building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 129-136.
- Feske, U. & Goldstein, A. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 1026-1035.
- Fine, C.G (junio, 1994) EMDR for dissociative disorders. Presentación en la Eastern Regional Conference on Abuse and Multiple Personality, Alexandria, VA
- Fine, C. & Berkowitz, A. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43, 275-290.
- Friedberg, F.(2004). Eye movement desensitizacion in fibromyalgia: A pilot study. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 10, 245-249
- Forbes, D., Creamer, M., & Rycroft, P. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing in posttraumatic stress disorder: A pilot study using assessment measures. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 113-120.
- Foster, S. y Lendl, J. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Initial applications for enhancing performance in athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7 (Supplement), 63.
- Foster, S. & Lendl, J. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Four case studies of a new tool for executive coaching and restoring employee performance after setbacks. *Consulting Psychology Journal*, 48, 155-161

- Gelinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4, 91-135.
- Goldstein, A. (1992, August). *Treatment of panic and agoraphobia with EMDR: Preliminary data of the Agoraphobia and Anxiety Treatment Center, Temple University*. Trabajo presentado en el Cuarto Congreso de Terapia Conductual, Queensland, Australia.
- Goldstein, A. J., de Beurs, E., Chambless, D. L., & Wilson, K. A. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting-list and credible attention-placebo control condition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 947-956.
- Goldstein, A. y Feske, U. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 351-362.
- Graham, L (2004) Traumatic Swimming Events Reprocessed with EMDR. www.TheSportJournal.org , 7 (1)1-5.
- Grainger, R. D., Levin, C., Allen-Byrd, L., Doctor, R. M., & Lee, H. (1997). An empirical evaluation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with survivors of a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 665-671.
- Grant, M. (1999). Pain control with EMDR. New Hope, PA: EMDR Humanitarian Assistance Program.
- Grant, M., & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1505-1520.
- Greenwald, R. (1994). Applying eye movement desensitization and reprocessing to treatment of traumatized children: Five case studies. *Anxiety Disorders Practice Journal*, 1, 83-97.
- Greenwald, R. (1999). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in child and adolescent psychotherapy*. New Jersey, Jason Aronson Press.
- Greenwald, R. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): New hope for children suffering from trauma and loss. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 279-287.
- Greenwald, R. (2000). A trauma-focused individual therapy approach for adolescents with conduct disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 146-163.
- Greenwald, R. (2002). Motivation-adaptive skills-trauma resolution (MASTR) therapy for adolescents with conduct problems: An open trial. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 237-261.
- Gros, D. F., & Antony, M. M. (2006). The assessment and treatment of specific phobias: a review. *Current Psychiatry Reports*, 8(4), 298-303.
- Gupta, M., & Gupta, A. (2002). Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 6, 415-421.
- Hassard, A. (1993). Eye movement desensitization of body image. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 157-160.
- Henry, S. L. (1996). Pathological gambling: Etiological considerations and treatment efficacy of eye movement desensitization/reprocessing. *Journal of Gambling Studies*, 12, 395-405.
- Hensel, T. (2006). Effektivität von EMDR bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. [Effectiveness of EMDR with psychologically traumatized children and adolescents.]. *Kindheit und Entwicklung*, 15(2), 107.
- Hogberg, G., Pagani, M., Sundin, O., Soares, J., Aberg-Wistedt, A., Tarnell, B., et al. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers - A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(1), 54-61.
- Hyer, L. (1995). Use of EMDR in a "dementing" PTSD survivor. *Clinical Gerontologist*, 16, 70-73.
- Ironson, G. I., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). A comparison of two treatments for traumatic stress: A pilot study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim, S., y Zand, S. O. (in press). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

- Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., Lopez Cano, T., & Alcala, N. (1999, November). *Children's post traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocols*. Poster presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Miami, FL.
- Jensma, J. (1999). Critical incident intervention with missionaries: A comprehensive approach, *Journal of Psychology & Theology*, 27, 130-138.
- Johnson, K. (1998). *Trauma in the Lives of Children*. Alameda, CA: Hunter House.
- Kaslow, F. W., Nurse, A. R., & Thompson, P. (2002). EMDR in conjunction with family systems therapy. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 289-318). Washington, DC: American Psychological Association.
- Keenan, P. & Farrell, D. (2000). Treating morbid jealousy with eye movement desensitization and reprocessing utilizing cognitive inter-weave: A case report. *Counselling Psychology Quarterly*, 13, 175-189.
- Kim, D., y Choi, J. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Disorder of Extreme Stress: A case report. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 43(6), 760-763. (Korean)
- Kitchiner N.J. (1999) Freeing the imprisoned mind: Practice Forensic Care. *Mental Health Care*, 21, 12, p420- 424.
- Kitchiner N.J. (2000) Using Eye Movement Desensitisation Reprocessing (EMDR) to treat post-traumatic stress disorder in a prison setting. *British Journal of Community Nursing*, 5, 1, 26-31.
- Kitchiner N.J. (2004) Psychological treatment of three urban fire fighters with post-traumatic stress disorder using eye movement desensitisation reprocessing (EMDR) therapy. *Journal of Complimentary Therapy*, 10, 186-193.
- Kitchiner, N. y Aylard, P. (2002). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder: A single case study of a UK police office. *Mental Health Practice*, 5, 34-38.
- Kleinknecht, R. A. (1993). Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 211-217.
- Kleinknecht, R. A. & Morgan, M.P. (1992). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 43-50.
- Kneff, J. C. y Krebs, K. (2004). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Another helpful mind-body technique to treat GI problems. *Gastroenterology Nursing*, 27(6), 286-287.
- Knipe, J., Hartung, J. Konuk, E., Colleli, G., Keller, M. & Rogers, S. (septiembre, 2003) *EMDR Humanitarian Assistance Programs:: Outcome research, models of training and service delivery in New York, Latin America, Turkey and Indonesia*. Simposio presentado en el encuentro anual de la EMDRIA, Denver, Colorado.
- Koedam, W. S. (2007). Sexual trauma in dysfunctional marriages: integrating structural therapy and EMDR. In F. Shapiro, F. W. Kaslow & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. p. 223-242). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksek, H., Yurtsever, A., & Ostep, S. (2006). The Effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy on Posttraumatic Stress Disorder in Survivors of the 1999 Marmara, Turkey, Earthquake. *International Journal of Stress Management*, 13(3), 291.
- Korkmazler-Oral, U. y Pamuk, S. (2002). Group EMDR with child survivors of the earthquake in Turkey. *Association for Child Psychiatry and Psychology, Occasional Paper No. 19*, 47-50.
- Korn, D. L. y Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (12), 1465-1487.
- Knudsen, N. (2007). Integrating EMDR and Bowen theory in treating chronic relationship dysfunction. In F. Shapiro, F. W. Kaslow & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. p. 169-186). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Kraft, S., Schepker, R., Goldbeck, L., y Fegert, J. M. (2006). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Eine Übersicht

- empíricas de eficacia. [Tratamiento de trastorno de estrés post-traumático en niños y adolescentes--A review of treatment outcome studies.]. *Nervenheilkunde: Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung*, 25(9), 709.
- Lansing, K., Amen, D. G., Hanks, C., y Rudy, L. (2005). High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17(4), 526-532.
- Lazrove, S. y Fine, C.G. (1996). The use of EMDR in patients with dissociative identity disorder. *Dissociation*, 9, 289-299.
- Lazrove, S., Triffleman, E., Kite, L., McGlasshan, T., y Rounsaville, B. (1998). An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 601-608.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.
- Levin, C. (Julio/Agosto. 1993). The enigma of EMDR. *Family Therapy Networker*, 75-83.
- Lipke, H. (2000). *EMDR and psychotherapy integration: Theoretical and clinical suggestions with focus on traumatic stress*. Nueva York: CRC Press.
- Lipke, H. & Botkin, A. (1992). Brief case studies of eye movement desensitization and reprocessing with chronic post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy*, 29, 591-595.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. NY: The Free Press.
- Madrid, A., Skolek, S., y Shapiro, F. (en prensa) Repairing failures in bonding through EMDR. *Clinical Case Studies*.
- Manfield, P. (Ed.). (1998). *Extending EMDR*. Nueva York: Norton.
- Manfield, P. & Shapiro, F. (2003). The application of EMDR to the treatment of personality disorders. In J. F. Magnavita (Ed.) *Handbook of Personality: Theory and Practice*. New York: Wiley.
- Marcus, S. V., Marquis, P., y Saki, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.
- Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 187-192.
- Marquis, J.N. and Puk, G (noviembre, 1994) *Dissociative identity disorder: a common sense and cognitive-behavioral view*. Paper presentado en el encuentro anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego, CA.
- Maxfield, L. (2007). Integrative Treatment of Intrafamilial Child Sexual Abuse. In F. Shapiro, F. W. Kaslow y L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. p. 344-364). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Maxwell, J.P. (2003). The imprint of childhood physical and emotional abuse: A case study on the use of EMDR to address anxiety and lack of self-esteem. *Journal of Family Violence*. 18, 281-293.
- McCann, D.L. (1992). Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by a single session of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 319-323.
- McCullough, L. (2002). Exploring change mechanisms in EMDR applied to "small trauma" in short term dynamic psychotherapy: Research questions and speculations. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1465-1487.
- McNally, V.J. y Solomon, R.M. (1999). The FBI's critical incident stress management program. *FBI Law Enforcement Bulletin*, February, 20-26
- Moses, M. (2007). Enhancing attachments: conjoint couple therapy. En F. Shapiro, F. W. Kaslow & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. p. 146-168).Hoboken, N.J.: Wiley.
- Muris, P. y Merckelbach, H. (1997). Treating spider phobias with eye movement desensitization and reprocessing: A controlled study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 25, 39-50.
- Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I., y Sijenaar, M. (1998). Treating phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 193-198.
- Muris, P., Merckelbach, H., van Haften, H., y Nayer, B. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo. *British Journal of Psychiatry* 171, 82-86.
- Nadler, W. (1996). EMDR: Rapid treatment of panic disorder. *International Journal of Psychiatry*, 2, 1-8.

- Newgent, R. A., Paladino, D. A., y Reynolds, C. A. (2006). Single session treatment of nontraumatic fear of flying with Eye Movement Desensitization Reprocessing: Pre and post-September 11. *Clinical Case Studies*, 5(1), 25-36.
- O'Brien, E. (Nov./Dec. 1993). Pushing the panic button. *Family Therapy Networker*, 75-83.
- Oras, R., de Ezpeleta, S. y Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 199-203
- Page, A. C. y Crino, R. D. (1993). Eye-movement desensitization: A simple treatment for post-traumatic stress disorder? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 288-293.
- Parnell, L. (agosto, 1994) *Treatment of sexual abuse survivors with EMDR: two case reports*. Paper presentado en el centésimo segundo encuentro anual de la American Psychological Association, Los Angeles.
- Parnell, L. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and spiritual unfolding. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 28, 129-153.
- Parnell, L. (1997). *Transforming Trauma: EMDR*. Nueva York: Norton.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of adults abused as children*. Nueva York: Norton.
- Paulsen, S. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Its use in the dissociative disorders. *Dissociation*, 8, 32-44
- Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 73-75.
- Pollock, P. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD) following homicide. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 176-184.
- Popky, A. J. (2005). DeTUR, an Urge Reduction Protocol for Addictions and Dysfunctional Behaviors. En R. Shapiro (Ed.), *EMDR Solutions: pathways to healing* (pp. 167-188). Nueva York: W. W. Norton.
- Power, K.G., McGoldrick, T., Brown, K. Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., y Karatzias, A. (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. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.
- Protinsky, H., Sparks, J., y Flemke, K. (2001a). Eye movement desensitization and reprocessing: Innovative clinical applications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31, 125-135.
- Protinsky, H., Sparks, J., y Flemke, K. (2001b). Using eye movement desensitization and reprocessing to enhance treatment of couples. *Journal of Marital & Family Therapy*, 27, 157-164.
- Puffer, M. K., Greenwald, R., y Elrod, D. E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology*, 3 (2).
- Puk, G. (1991a). Treating traumatic memories: A case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 149-151.
- Puk, G. (1991b November) *EMDR: treatment of a more complex case, borderline personality disorder*. Trabajo presentado en la reunión anual de la Association for Advancement of behavior Therapy, Nueva York.
- Puk, G. (mayo, 1992) *The use of EMDR in motor vehicle accident trauma*. Trabajo presentado en la octava reunión anual del American College of Forensic psychology, San Francisco.
- Raboni, M. R., Tufik, S., y Suchecki, D. (2006). Treatment of PTSD by eye movement desensitization reprocessing (EMDR) improves sleep quality, quality of life, and perception of stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 508-513.
- Ray, A. L. y Zbik, A. (2001). Cognitive behavioral therapies and beyond. In C. D. Tollison, J. R. Satterhwaite, & J. W. Tollison (Eds.) *Practical Pain Management* (3 ed.; pp. 189-208). Philadelphia: Lippincott.
- Renfrey, G. y Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.
- Ricci, R. J. (2006). Trauma resolution Using Eye Movement desensitization and reprocessing With an Incestuous Sex Offender: An instrumental case study. *Clinical Case Studies*, 5(3), 248.
- Ricci, R. J., Clayton, C. A., y Schapiro, F. (2006). Some effects of EMDR treatment with previously

- abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *Journal of Forensic Psychiatric and Psychology*, 17, 538-582.
- Rittenhouse, J. (2000). Using eye movement desensitization and reprocessing to treat complex PTSD in a biracial client. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 6, 399-408.
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., y Marsteller, F. (2005). Prolonged Exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607-616.
- Rouanzoin, C. (marzo, 1994) *EMDR: Dissociative disorders and MPD*. Paper presentado en la decimocuarta reunión anual de la Anxiety Disorders Association of América, Santa Mónica, California.
- Russell, A. y O'Connor, M. (2002). Interventions for recovery: The use of EMDR with children in a community-based project. *Association for Child Psychiatry and Psychology, Occasional Paper No. 19*, 43-46.
- Russell, M.C. (in press). Treating traumatic amputation-related phantom limb pain. *Clinical Case Studies*.
- Russell, M. C. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi War. *Military Psychology*, 18(1), 1.
- Russell, M. C., Silver, S. M., Rogers, S., y Darnell, J. N. (2007). Responding to an identified Need: A Joint Department of Defense/Department of Veterans Affairs Training Program in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Clinicians Providing Trauma Services. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 61.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., y Gillette, C. S. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Schneider, G., Nabavi, D., y Heuft, G. (2005). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder in a patient with comorbid epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 7(4), 715-718.
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C. y Shapiro, F. (en prensa). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*. doi: 10.1111/j.1526-4637.2007.00299.x
- Schurmans, K. (2007). EMDR treatment of choking phobia. *Journal of EMDR Practice & Research*, 1, 118-121.
- Seidler, G. H., y Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 1-8.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*. 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1991). Eye movement desensitization and reprocessing procedure: From EMD to EMDR: A new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist*, 14, 133-135.
- Shapiro, F. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: A new treatment for anxiety and related trauma. In Lee Hyer (Ed.), *Trauma Victim: Theoretical and Practical Suggestions* (pp. 501-521). Muncie, Indiana: Accelerated Development Publishers.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. Nueva York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67.
- Shapiro, F., (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.)*. Nueva York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

- Shapiro, F. y Forrest, M. (1997). *EMDR the breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basic Books.
- Shapiro, F., Kaslow, F. W., y Maxfield, L. (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. Hoboken, N.J.: Wiley.
- Shapiro, F. y Solomon, R. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive information processing. En G. Everley (Ed.), *Innovations in disaster and trauma psychology, Vol. 1* (pp. 216-237). Elliot City, MD: Chevron Publishing.
- Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S., y Sine, L. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 379-391.
- Shusta-Hochberg, S. R. (2003). Impact of the world trade center disaster on a Manhattan psychotherapy practice. *Journal of Trauma Practice*, 2, 1-16.
- Silver, S., y Rogers, S. (2001). *Light in the heart of darkness: EMDR and the treatment of war and terrorism survivors*. Nueva York: Norton.
- Silver, S. M., Rogers, S., Knipe, J., y Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in new york city. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 29-42.
- Snyder, M. (1996). Intimate partners: A context for the intensification and healing of emotionalpain. *Women and Therapy*, 19, 79-92.
- Soberman, G. B., Greenwald, R., y Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 217-236.
- Solomon, R.M. (junio, 1994) *EMDR in the treatment of grief*. Paper presentado en la cuarta International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, Estocolmo, Suecia.
- Solomon, R.M. (febrero, 1995) *Critical Incident Trauma: lessons learned at Waco Texas*. Paper presentado en la Law Enforcement Psychology Conference, San Mateo, CA.
- Solomon, R.M. (1998). Utilization of EMDR in crisis intervention. *Crisis Intervention*, 4, 239-246.
- Solomon, R. y Dyregrov, A. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR).Rebuilding assumptive words. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 1024-1030.
- Solomon, R.M. y Kaufman, T. (marzo, 1994) *EMDR: an effective addition to critical incident treatment protocols*. Paper presentado en la decimocuarta reunión anual de la Anxiety Disorders Association of America, Santa Mónica, CA.
- Solomon, R. M. y Kaufman, T. E. (2002). A peer support workshop for the treatment of traumatic stress of railroad personnel: Contributions of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Brief Therapy*, 2, 27-33.
- Solomon, R. M., y Shapiro, F. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing: An effective therapeutic tool for trauma and grief. In C. R. Figley, B. E. Bride & N. Mazza (Eds.), *Death and Trauma: the Traumatology of Grieving* (pp. 231-247). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Spates, R. C. y Burnette, M. M. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Three unusual cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 51-55.
- Spector, J. y Huthwaite, M. (1993). Eye-movement desensitisation to overcome post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 106-108.
- Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice*, 11, 300-320.
- Stewart, K. y Bramson, T. (2000). Incorporating EMDR in residential treatment. *Residential Treatment for Children & Youth*, 17, 83-90.
- Stowasser, J. (2007). EMDR and family therapy in the treatment of domestic violence. En F. Shapiro, F. W. Kaslow y L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. p. 243-264). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Streeck-Fischer, A. (2005). Traumaexposition bei Jugendlichen? Ein Fallbeispiel. [Trauma exposure with adolescents? A case report.]. *PTT: Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 9(1), 22.
- Talan, B. S. (2007). Integrating EMDR and imago relationship therapy in treatment of couples. En F. Shapiro, F. W. Kaslow y L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy*

- processes (pp. p. 187-201). Hoboken, N.J.: Wiley.
- Taylor, R. (2002). Family unification with reactive attachment disorder: A brief treatment. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, 475-481.
- Thomas, R. y Gafner, G. (1993). PTSD in an elderly male: Treatment with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Clinical Gerontologist*, 14, 57-59.
- Tinker, R. H. y Wilson, S. A. (1999). *Through the eyes of a child: EMDR with children*. New York: Norton.
- Tinker, R. H. y Wilson, S. A. (2006). The phantom limb pain protocol. En Shapiro, R. (Ed.), *EMDR Solutions: Pathways to Healing*, (pp 147-159), Nueva York, W. W. Norton & Co.
- Tufnell, G. (2005). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of preadolescent and children with post-traumatic symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(4), 587.
- Twombly, J. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1, 61-81.
- Twombly, J. H. (2005). EMDR for clients with dissociative identity disorder, DDNOS, and Ego States. En R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: pathways to healing* (pp. 88-120). Nueva York: W. W. Norton.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., Simpson, W. B. (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),
- Van Loey, N.E.E. y Van Son, M.J.M. (2003) Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars. *American Journal of Clinical Dermatology*, 4, 245-272
- Vaughan, K., Armstrong, M. F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., y 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, 283-291.
- Vaughan, K., Wiese, M., Gold, R. y Tarrier, N. (1994). Eye-movement desensitisation: Symptom change in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 533-541.
- Vogelmann-Sinn, S., Sine, L. F., Smyth, N. J., y Popky, A. J. (1998). *EMDR chemical dependency treatment manual*. New Hope, PA: EMDR Humanitarian Assistance Programs.
- Wernik, U. (1993). The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, 212-222.
- Wernik, U. (1993). The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, 212-222.
- White, G.D. (1998). Trauma treatment training for Bosnian and Croatian mental health workers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 58-62.
- Wilensky, M. (2006). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom limb pain. *Journal of Brief Therapy*, 5, 31-44.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., y Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., y Tinker, R. H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.
- Wilson, S.A., Becker, L.A., Tinker, R.H., y Logan, C.R. (2001). Stress management with law enforcement personnel. A controlled outcome study of EMDR versus a traditional stress management program. *International Journal of Stress Management*, 8, 179-200.
- Wilson, S.A., Tinker, R., Becker, L.A., Hofmann, A. y Cole, J.W. (setiembre, 2000) *EMDR treatment of phantom limb pain with brain imagining (MEG)*. Paper presentado en la reunión anual de la EMDRIA, Toronto, Canadá.
- Wolpe, J. y Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 22, 39-43.

- Young, W. (1994). EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality. *Dissociation*, 7, 129-133.
- Young, W. (1995). EMDR: Its use in resolving the trauma caused by the loss of a war buddy. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 282-291.
- Zimmermann, P; Güse, U; Barre, K; Biesold, K H (2005) EMDR in the german armed forces-therapeutic impact of inpatient therapy of posttraumatic stress disorder/EMDR-*Therapie in der Bundeswehr--Untersuchung zur Wirksamkeit bei Posttraumatischer Belastungsstörung, Krankenhauspsychiatrie*. Vol. 16(2), Jun 2005, pp. 57-63.
- Zabukovec, J., Lazrove, S., y Shapiro, F. (2000). Self-healing aspects of EMDR: The therapeutic change process and perspective of integrated psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 189-206.
- Zweben, J. y Yeary, J. (2006). EMDR in the treatment of addiction. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8. 115-127.

EMDR: Investigaciones sobre el tratamiento del trauma y otras lecturas

Esta sección describe brevemente los estudios relevantes publicados que investigan la capacidad de EMDR para tratar a los sobrevivientes del trauma. La lista incluye dos estudios sobre los combatientes que proporcionaron un ciclo de tratamiento clínico de EMDR. Todos los otros estudios sobre los combatientes han sido considerados defectuosos por las pautas de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Postraumático porque el tratamiento fue demasiado breve y/o el protocolo EMDR no fue usado correctamente. Básicamente, las víctimas de trauma múltiple no deberían ser tratadas con la misma dosis que las de trauma único.

Pautas Internacionales para el Tratamiento

- **American Psychiatric Association (2004).** *Guía Práctica para el tratamiento de pacientes con Trastorno de Estrés Agudo y TEPT.* Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice

EMDR está recomendado como un tratamiento efectivo para trauma.

- **Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I. y Shalev, A. (2002).** A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health. *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community.* Jerusalén, Israel.

EMDR es uno de los tres métodos recomendados para el tratamiento de las víctimas del terrorismo.

- **Chambless, D. L. y otros (1998).** Update of empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16

De acuerdo con una fuerza de tareas de la División Clínica de la Asociación Americana de Psicología, los únicos métodos empíricamente avalados ("probablemente eficaces") para el tratamiento de cualquier población con TEPT son EMDR, Terapia de Exposición y Terapia de Inoculación de Estrés. Note que esta evaluación no cubre la última década de investigación.

- **CREST (2003).** *The management of PTSD in adults.* Una publicación del Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety, Belfast, Irlanda del Norte.

De todas las psicoterapias, EMDR y TCC fueron los tratamientos elegidos.

- **Department of Veteran Affairs y Department of Defense (2004).** *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of PTSD.* Washington, D.C.

EMDR fue ubicada en la categoría "A" como "muy recomendada" para el tratamiento del trauma.

- **Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care (2003).** *Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders.* Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute. Utrecht, Holanda.

EMDR y TCC son los tratamientos preferidos para el TEPT.

- **Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (2000).** *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. Nueva York: Guilford Press.

EMDR figura como un tratamiento eficaz para el TEPT necesitando mayor investigación para alcanzar el grado "A". Tal investigación está siendo ahora completada y la propuesta revisada por las Guías de Práctica (2007) que le han otorgado a EMDR una escala "A" por el TEPT adulto crónico.

- **INSERM (2004).** *Psychotherapy: An evaluation of three approaches*. French National Institute of Health and Medical Research, Paris, France.

De las diferentes psicoterapias, EMDR y TCC fueron declaradas como tratamientos de preferencia par a las víctimas del trauma.

- **National Institute for Clinical Excellence (2005).** *Post traumatic stress disorder (PTSD): The management of adults and children in primary and secondary care*. Londres: NICE Guidelines.

EMDR y TCC centrados en el trauma fueron declarados tratamientos de preferencia, con aval empírico, para el TEPT en adultos.

- **Therapy Advisor (2004):** <http://www.therapyadvisor.com>

Una página web patrocinada por NIMH que enumera los métodos empíricamente avalados para una variedad de trastornos. EMDR es uno de los tratamientos mencionados para TEPT.

- **United Kingdom Department of Health (2001).** Treatment choice in psychological therapies and counseling evidence based clinical practice guideline. Londres, Inglaterra.

La mejor evidencia de eficacia se atribuyó a EMDR, Exposición e Inoculación de Estrés.

Meta-Análisis

EMDR is equivalente a la exposición y otros tratamientos cognitivo conductuales. Se debe tomar nota que la terapia de exposición us una o dos horas de tarea hogareña y EMDR, ninguna.

- **Bissón, J.,y Andrew, M. (2007).** Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic Reviews 2007, Issue 3* Art. No. CD003388. DOI: 10. 1002 14651858. CDOO3388.pub3.

"La Terapia cognitiva comportamental focalizada en el trauma y desensibilización y reprocesamiento a través del movimiento ocular presentan las más altas evidencias de eficacia y deberían estar disponibles a los que padecen TEPT."

- **Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., y Westen, D. (2005).** A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162, 214-227.*

EMDR es equivalente a los tratamientos de terapia de exposición y cognitivo conductual y ellas "son altamente eficaces reduciendo los síntomas TEPT".

- **Davidson, P.R. y Parker, K.C.H. (2001).** *EMDR: A meta-analysis*, Journal of consulting and clinical Psychology, 69, 305-316

EMDR es equivalente a la exposición y otros tratamientos cognitivos conductuales.

- **Maxfield, L- & Hyer, L.A. (2002).** The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41

Un meta- análisis exhaustivo informó que cuanto más riguroso el estudio, mayor es el efecto.

- **Seidler, G.H., y Wagner, F.E. (2006).** Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.

"Los resultados sugieren que en el tratamiento del TEPT ambos tratamientos terapéuticos tienden a ser igualmente eficaces"

Ensayos clínicos aleatorios

- **Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Redlund, N.L. y Murakoa, M.Y. (1998).** EMDR: Treatment for combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24

Doce sesiones de EMDR eliminaron el TEPT en el 77% de los veteranos de guerra con trauma múltiple estudiados. Los efectos con el 100% se mantuvieron con el seguimiento. Este es el único estudio aleatorio que provee un ciclo de tratamiento completo con veteranos de guerra. Otros estudios (ej. Pitman y otros / Macklin y otros) evaluaron el tratamiento de uno o dos recuerdos, que, de acuerdo con las Guías de Práctica de la Sociedad Internacional para los Estudios del Estrés Traumático (2000), es inapropiado para los sobrevivientes de trauma múltiple. La Guía de Práctica de la VA/DoD (2004) también indica que estos estudios (a menudo con sólo dos sesiones) ofrecían un tratamiento insuficiente para los veteranos de guerra.

- **Abbasnejad, M., Mahani, K. N., y Zamyad, A. (2007).** Efficacy of "eye movement desensitization and reprocessing" in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience. *Psychological Research*, 9 (3-4), 104-117.

"EMDR es efectivo para reducir la ansiedad por el terremoto y las emociones negativas (ej. TEPT, duelo, temor, pensamientos intrusivos, depresión, etc) resultantes de la experiencia del terremoto. Además, los resultados muestran que la mejoría debida a EMDR se mantuvo al mes de seguimiento."

- **Ahmad A, Larsson B, Sundelin-Wahlsten V. (2007).** EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*, 61, 349-54.

EMDR resultó ser un tratamiento efectivo para niños con TEPT de diversas fuentes y que sufrían una variedad de dolencias comórbidas.

- **Chemtob, C.M., Nakashima, J. y Carlson, J.G. (2002).** Brief treatment for elementary school children with Disaster related PTSD. A field Study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112

EMDR resultó un tratamiento efectivo para niños con TEPT relacionado con catástrofes que no habían respondido a ninguna otra intervención.

- **Edmond, T., Rubin, A. y Wambach, K. (1999).** The effectiveness of EMDR with adult survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research*, 23, 103-116

El tratamiento EMDR resultó con la puntuación más baja (menos síntomas clínicos) en las cuatro mediciones de resultados durante el seguimiento a los tres meses, comparado con los del tratamiento de rutina. El grupo EMDR también mejoró en todas las mediciones estándar después de un seguimiento a los 18 meses. (Edmond y Rubin, 2004, Journal of child sexual Abuse)

- **Edmond, T., Sloan, L., y McCarty, D. (2004).** Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: A mixed methods study. *Research on Social Work Practice*, 14, 259-272.

Combinación de análisis cuantitativos y cualitativos de los resultados del tratamiento con importantes implicancias para la futura investigación. Las narraciones de los sobrevivientes indican que EMDR produce una mayor resolución del trauma, mientras que dentro de la terapia ecléctica, los sobrevivientes valoran más su relación con el terapeuta, de quien aprenden estrategias de manejo efectivas.

- **Hogberg, G. et al., (2007).** On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers: A randomized controlled study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 54-61.

*Se convocó a empleados que habían experimentado "accidentes de personas arrolladas por el tren o un asalto durante su horario de trabajo". Seis sesiones de EMDR resultaron en la remisión del TEPT en el 67% de los casos, comparado con los de la lista de espera. Efectos significativos se documentaron en el puntaje de Global Assessment of Function (GAF) and Hamilton Depression (HAM-D). **Seguimiento (en prensa, Psychiatry Research).** "El resultado inmediato de los sujetos con TEPT tratados con EMDR permaneció estable en un seguimiento a los 35 meses."*

- **Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L. y Williams, J. (2002).** Comparison of two treatments for traumatic stress: A community based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 113-128

Tanto EMDR como la Exposición Prolongada produjeron una resolución significativa del TEPT y los síntomas de depresión. Esta es la única investigación comparando EMDR y terapias de exposición que compensó con tarea en la casa. El estudio comprobó que el 70% de los participantes en EMDR alcanzaron un buen resultado en tres sesiones activas de tratamiento, comparado con el 29% de personas en la Terapia de Exposición prolongada. Además EMDR tuvo menos deserciones.

- **Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim, S. y Zand, S.O. (2004).** A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358-368.

Tanto EMDR como TCC produjeron una significativa reducción del TEPT y los problemas de conducta. EMDR fue significativamente más eficaz, con aproximadamente la mitad del número de sesiones para obtener resultados.

- **Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. y Greenwald, R (2002).** Treatment of PTSD, A comparison of stress inoculation with prolonged exposure and EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089

Tanto EMDR como la Terapia de Inoculación de Estrés más la Exposición prolongada produjeron mejoras significativas. EMDR logró mayor mejoría en los síntomas intrusivos de TEPT. Los participantes de EMDR mostraron mayores logros después de un seguimiento a los tres meses. EMDR requirió tres horas de tarea para el hogar en comparación con 28 horas de la otra terapia.
- **Marcus, S., Marquis, P., y Sakai, C. (1997).** Controlled Study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO, setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.

Patrocinado por Kaiser Permanent. Los resultados muestran que el 100% de los sobrevivientes de trauma simple y el 77 % de los de trauma complejo no registraron más el diagnóstico de TEPT después de seis sesiones de 50 minutos.
- **Marcus, S., Marquis, P. y Sakai, C. (2004).** Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management*, 11, 195-208.

Patrocinado por Kaiser Permanent, una evaluación de seguimiento indica que un número relativamente pequeño de sesiones de EMDR resulta en beneficios sustanciales que se mantienen a través del tiempo.
- **Power, K.G., McGoldrick, T., Brown, K., y otros (2002).** A controlled comparison of EMDR versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of PTSD. *Journal of clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.

Tanto EMDR como la Terapia de Exposición más la reestructuración cognitiva (con tarea par el hogar diaria) produjeron mejorías significativas. EMDR resultó más beneficioso para la depresión y el funcionamiento social y requirió menos sesiones de tratamiento. La reevaluación posterior de los datos indicó que "para el pre y post tratamiento IES puntaje promedio de cambio, los pacientes de EMDR parecían haber obtenido un mejor resultado que los de E+RC" y que la terapia EMDR vaticinaba resultados positivos.
- **Karatzias, A, Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D. y Swanson, V. (2006).** Predicting outcome on three measures for TEPT. *Eur.Arch.Psychiatry clin. Neuroscience*, 20, 1-7
- **Rothbaum, B. (1997).** A controlled study of EMDR in the treatment of PTSD sexual abuse victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 317-334

Tres sesiones de 90 minutos de EMDR eliminaron el TEPT en el 90% de víctimas de violación.
- **Rothbaum, B.O., Astin, M.C., y Marsteller, F. (2005).** Prolonged exposure versus eye movement desensitization (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.

En este estudio patrocinado por NIMH ambos tratamientos resultaron igualmente buenos, aunque EMDR no utilizó tarea hogareña y usó menos tiempo de exposición. Sería importante para futuras investigaciones explorar estos temas.

- **Scheck, M., Schaeffer, J.A. y Gillette, C. (1998).** Brief psychological intervention with traumatized young women. The efficacy of EMDR. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.

Dos sesiones de EMDR redujeron el puntaje de perturbación en mujeres jóvenes traumatizadas y bajaron la puntuación a una desviación estándar de la norma.

- **Shapiro, F. (1989).** Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.

El estudio fundacional apareció el mismo año que los primeros estudios controlados sobre los tratamientos con TCC. El seguimiento de tres meses indicó efectos sustanciales sobre la angustia y los informes de conducta. Fallido por falta de mediciones estandarizadas y porque la creadora actuó como única terapeuta.

- **Soberman, G.B., Greenwald, R. y Rule, D.L. (2002).** A controlled study of EMDR for boys with conduct Problems. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6, 217-236.

La suma de tres sesiones de EMDR resultó en una muy significativa reducción de la angustia relacionada con los recuerdos y los problemas de conducta, a los dos meses de seguimiento.

- **Taylor, S. et al. (2003).** Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure Therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.

El único estudio aleatorio en que la Terapia de Exposición se muestra estadísticamente superior a EMDR en dos subescalas (de 10). Este estudio utilizó exposición "in vivo" asistida por un terapeuta, en la que el clínico lleva a la persona hacia áreas anteriormente evitadas, además de exposición imaginaria y una hora de trabajo en casa (aproximadamente 50 horas). El grupo de EMDR usó solamente sesiones estándar y ninguna tarea para el hogar.

- **Vaughan, K., Armstrong, M.F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W. y Tarrier, N. (1994).** A trial of eye Movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in PTSD. *Journal of Behavior Therapy & experimental Psychiatry*, 25, 283-291.

Todos los tratamientos condujeron a una disminución significativa de los síntomas de TEPT en los sujetos de los grupos de tratamiento comparados con los de la lista de espera, con mayor reducción en el grupo de EMDR, en particular con respecto a síntomas intrusivos. Durante las 2-3 semanas del estudio, 40-60 minutos adicionales de tarea para el hogar fueron parte del tratamiento en las otras dos condiciones.

- **Van der Kolk, B., Spinazzola, J. Blaustein, M., Hopper, J. Hopper, E., Korn, D., y Simpson, W. (2007).** A randomized clinical trial of EMDR, fluoxetine and pill placebo in the treatment of PTSD: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 37-46. *EMDR fue superior a ambas condiciones de control en el mejoramiento de los síntomas de TEPT y depresión. Al final de la terapia, el grupo de EMDR siguió mejorando mientras que los participantes de la fluoxetina volvieron a presentar los síntomas.*

- **Wilson, S., Becker, L.A., y Tinker, R.H. (1995).** EMDR: treatment for psychologically traumatized individuals: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.

Tres sesiones de EMDR produjeron un cambio clínicamente significativo en individuos traumatizados, a través de múltiples mediciones.

- **Wilson, S., Becker, L.A. y Tinker, R.H. (1997).** Fifteen month follow-up of EMDR treatment of PTSD and Psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.

El seguimiento después de quince meses mostró la persistencia de los efectos positivos del tratamiento, con un 84% de remisión del diagnóstico de TEPT.

Estudios no aleatorios

- **Devilley, G.J. y Spence, S. H: (1999).** The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive behavioral trauma treatment protocol in the amelioration of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.

La única investigación que consideró a la TCC superior a EMDR. El estudio resultó fallido por mayores expectativas en el modo TC: en ambos modos, el tratamiento fue llevado a cabo por el creador del protocolo de TCC.

- **Fernández, I., Gallinari, E. y Lorenzetti, A. (2004).** A school-based EMDR intervention for children who witnessed the Pirelli Building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 129-136.

Una intervención grupal de EMDR fue provista a 236 niños escolares con síntomas de TEPT, 30 días después del incidente. Después de un seguimiento a los cuatro meses, los maestros informaron que todos los niños, excepto dos, evidenciaron haber recuperado su funcionamiento normal después del tratamiento.

- **Grainger, R.D., Levin, C. Allen-Byrd, L., Doctor, R. M. y Lee, H (1997).** An empirical evaluation of EMDR with survivors of natural catastrophe. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 665-671.

Un estudio de los sobrevivientes del huracán Andrew encontró diferencias significativas en la Escala de Impacto de Evento y la angustia subjetiva en una comparación entre EMDR y la ausencia de tratamiento.

- **Jarero, I., Artigas, L., y Hartung, J. (2006).** EMDR integrative group treatment protocol: A post-disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12, 121-129.

Un estudio de 200 niños tratados con un protocolo grupal después de una inundación en México indica que una sesión de tratamiento redujo los síntomas del trauma desde el nivel más grave de angustia a los más bajos (subclínicos). Se registran datos de tratamientos exitosos en otros lugares de catástrofes.

- **Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksek, H., Yurtsever, A., y Ostep, S. (2006).** The effects of EMDR therapy on post-traumatic stress disorder in

survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International Journal of Stress Management*, 13, 291-308.

Datos reportados de una muestra representativa de 1500 víctimas de un terremoto indicaron que cinco sesiones de EMDR eliminaron el TEPT exitosamente en el 92,7% de los tratados, con una reducción de los síntomas en el resto de los participantes.

- **Puffer, M.; Greenwald, R. y Elrod, D. (1997).** A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology-e*, 3(2), Article 6.

En esta comparación de tratamiento demorado , más de la mitad de los participantes pasaron de niveles clínicos a normales en la Escala de Impacto de Eventos, y todos menos 3 mostraron por lo menos un alivio parcial de los síntomas en varias mediciones después de 1 a 3 meses de una sola sesión de EMDR.

- **Silver, S. M., Brooks, A y Obenchain, J (1995).** EMDR treatment of Vietnam war veterans with PTSD: Comparative effects with biofeedback and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 337-342.

Uno de las dos únicas investigaciones sobre EMDR que evaluó un ciclo clínicamente relevante de tratamiento con EMDR a veteranos de guerra (más de uno o dos recuerdos: ver Carlson y otros). El análisis de un programa del TEPT en veteranos internados (n=100) demostró que EMDR es ampliamente superior al biofeedback y al entrenamiento de relajación, en siete de ocho mediciones.

- **Silver, S.M., Rogers, S., Knipe, J., y Colelli, G. (2005).** EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*.

Los pacientes mostraron logros positivos altamente significativos en un espectro de variables de resultado, incluyendo psicometría validada y escalas de auto-informe. El análisis de los datos indica que EMDR es un tratamiento útil inmediatamente después de la catástrofe y mucho después.

- **Solomon, R:M. y Kaufman, T.E. (2002).** A peer support workshop for the treatment of traumatic stress of railroad personnel: Contributions of EMDR. *Journal of Brief Therapy*, 2, 27-33.

Sesenta empleados del ferrocarril que habían experimentado accidentes fatales en las vías férreas fueron evaluados en los resultados del taller y en los efectos aditivos del tratamiento con EMDR. Aunque el taller resultó exitoso, en este marco, el agregado de una sesión breve de EMDR (5-40 minutos) condujo a puntajes significativamente bajos, subclínicos, que luego decrecieron con el seguimiento.

- **Sprang, G. (2001).** The use of EMDR in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice*, 11, 300-320.

En un estudio de múltiples locaciones, EMDR redujo significativamente los síntomas, con más frecuencia que la TCC en mediciones de comportamiento y en cuatro o cinco de las mediciones psicosociales, EMDR fue más eficaz, induciendo el cambio en una etapa más temprana y con menos sesiones.

Modelo de Procesamiento de la Información a estados Adaptativos y Procedimientos de EMDR

El Modelo de Procesamiento de la Información a estados Adaptativos (Shapiro, 2001, 2002, 2007) se usa para explicar los efectos clínicos de EMDR y guía la práctica clínica. Este modelo no está vinculado con ningún mecanismo neurobiológico específico puesto que el campo de la neurobiología aún es incapaz de determinar esto en ninguna forma de psicoterapia (ni en la mayoría de los medicamentos). Esta sección incluye literatura para proporcionar una visión general del modelo y procedimientos, así como investigaciones escogidas e informes de casos que demuestran el valor predictivo del modelo en el tratamiento de experiencias de vida que parecen subyacer en una variedad de dolencias clínicas.

- **Brown, K. W., McGoldrick, T., y Buchanan, R. (1997).** Body dysmorphic disorder: Seven cases treated with eye movement desensitization and reprocessing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 203–207.

Siete casos consecutivos fueron tratados en tres sesiones de EMDR. Se advirtió una completa remisión de los síntomas de BDD en cinco casos, con efectos que se mantuvieron en el un seguimiento anual.

- **Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G., Vilters-Van Montfort, P. A. P., y Knottnerus, A. (2005).** Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494–499.

Avala un principio básico del Modelo de Procesamiento de la Información a estados Adaptativos: “Los hechos de la vida puede generar por lo menos tantos síntomas de tEPT como los eventos traumáticos.” En un estudio de 832 personas, “para casos de los últimos 30 años, los puntajes de TEPT eran más altos después de hechos de vida que de un evento traumático.”

- **Perkins, B.R. y Rouanzoin, C.C. (2002).** A critical evaluation of current views regarding EMDR : Clarifying points of Confusion. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 77-97.

Revisa errores comunes y malas interpretaciones de los procedimientos, la investigación y la teoría.

- **Raboni, M.R., Tufik, S. y Suchecki, D (2006)** *Treatment of PTSD by EMDR improves sleep quality, quality of life and perception of stress.* *Annals of the New York Academy of Science*, 1071, 508-513.

Cita específicamente la hipótesis de que EMDR induce efectos de procesamiento similares al sueño REM (ver también Stickgold, 2002) los polisomnogramas indicaron un cambio en los patrones del sueño post tratamiento y mejoría en todas las mediciones, incluyendo ansiedad, depresión y calidad de vida después de cinco sesiones

- **Ray, A.L. y Zbik, A. (2001).** Cognitive behavior therapies and beyond. In C.D. Tollison, J.R. Satterhwaite y J.W. Tollison (editors) *Practical Pain Management* (3 ed. Págs. 189-208) Philadelphia: Lippincott.

Señala que la aplicación de EMDR guiada por el modelo de Procesamiento de la Información a estados Adaptativos parece aportar beneficios para pacientes con dolor crónico no advertidos en otros tratamientos

- **Ricci, R.J. Clayton, C. A., Shapiro, Francine (2006)** Some effects of EMDR treatment with previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *Journal of forensic Psychiatry and Psychology*.

Tal como lo predice el modelo SPIA el tratamiento con EMDR de los abusadores victimizados en la infancia, resultó en una disminución de la excitación aberrante medida por el pletismógrafo, una disminución de pensamientos sexuales y mayor empatía con la víctima. Los efectos se mantuvieron al año de seguimiento.

- **Russell, M. (en prensa).** Treating traumatic amputation-related phantom limb pain: a case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) within the armed services. *Clinical Case Studies*.

“Desde septiembre de 2006, más de 725 combatientes de la Guerra global al terrorismo han sobrevivido a amputaciones traumáticas que a menudo resultan en el síndrome de dolor de miembro fantasma (PLP). Cuatro sesiones de EMDR llevaron a la eliminación del PLP y a una significativa reducción del TEPT, depresión y sensaciones de hormigueo en el miembro fantasma.”

- **Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., y Shapiro, F. (en prensa).** EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine*.

Tal como lo predice el Modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información, el tratamiento EMDR del evento en que ocurrió la pérdida de un miembro y los recuerdos almacenados de las sensaciones de dolor, resultó en una disminución o eliminación del dolor de miembro fantasma que se mantuvo en el seguimiento un año después.

- **Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., y Shapiro, F. (en prensa).** EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. Case study, theoretical implications, and treatment guidelines. *Journal of EMDR Science and Practice*, 1, 31-45.

La presentación detallada de casos tratados con EMDR han resultado en una eliminación completa del TEPT, depresión y desaparición del dolor del miembro fantasma, con efectos que se mantuvieron en un seguimiento a 18 meses.

- **Shapiro, F. (2001)** *EMDR: Basic principles, protocols and procedures (2 ed)* Nueva York: Guilford Press.

EMDR es una psicoterapia en ocho fases con procedimientos y protocolos estandarizados que se creen aptos para contribuir al efecto terapéutico. Este texto proporciona descripción, transcripciones clínicas y explicación del modelo guía de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA) o PAI.

- **Shapiro, F. (2002).** (Ed.). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism.* Washington, DC: American Psychological Association Books.

EMDR es un enfoque integrativo distinto de otras formas de psicoterapia. Expertos de las principales orientaciones de psicoterapia identifican y subrayan varios elementos del procedimiento.

- **Shapiro, F. (2007).** EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68-87.

Visión general del tratamiento basado en conceptualización de casos según el Procesamiento de la Información a estados Adaptativos. Las tempranas experiencias de vida son vistas como la base de la patología y usadas como blancos para el procesamiento. El protocolo de tres vertientes incluye procesar los eventos del pasado que han sentado las bases de la patología, los disparadores actuales y patrones para tratar habilidades y déficits del desarrollo en vistas a un futuro funcionamiento apropiado.

- **Shapiro, F., Kaslow, F., Maxfield, L. (Eds.) (2007).** *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. New York: Wiley.

Usando la conceptualización del Modelo de Procesamiento de la Información a estados Adaptativos se puede tratar un amplio espectro de problemas de familia y los impasses pueden ser tratados a través de la integración de EMDR y técnicas de la terapia de familia. Los modelos de terapia de familia también son útiles para identificar los blancos a procesar en aquellos que se dedican a la terapia individual.

- **Wilensky, M. (2006).** Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for phantom limb pain. *Journal of Brief Therapy*, 5, 31-44.

“Cinco casos consecutivos de dolor de miembro fantasma fueron tratados con EMDR. Cuatro de los cinco pacientes completaron el tratamiento prescrito y manifestaron que el dolor había sido eliminado por completo o reducido a un nivel insignificante. El protocolo de tratamiento estándar se usó para abordar como blanco el accidente que provocó la amputación y otros eventos relacionados.”

Mecanismo de Acción

EMDR contiene muchos procedimientos y elementos que contribuyen a los efectos del tratamiento. Aunque la metodología usada en EMDR ha sido extensivamente validada (ver arriba), todavía quedan interrogantes respecto a los mecanismos de acción. Sin embargo, puesto que EMDR logra efectos clínicos sin necesidad de tarea para el hogar o el enfoque prolongado usado en las terapias de exposición, se ha prestado atención a los posibles procesos neurobiológicos que podrían ser evocados. Aunque los movimientos oculares (y otra estimulación dual) comprenden sólo un elemento del procedimiento, este elemento ha quedado bajo el máximo examen. En esta sección se enumeran los estudios controlados que evalúan el mecanismo de acción del componente del movimiento ocular:

- **Elofsson, U.O.E., von Scheele, B., Theorell, T., y Sondergaard, H.P. (en prensa).** Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*. doi:10.1016/j.janxdis.2007.05.012

Se documentaron cambios en el ritmo cardiaco, la conductividad de la piel y el cociente LF/HF, temperatura de los dedos, frecuencia respiratoria, niveles de dióxido de carbono y oxígeno durante la condición de movimientos oculares. Se concluyó que “los movimientos oculares de EMDR activan el sistema colinérgico e inhibe el simpático. La reactividad tiene similitudes con el patrón del sueño EMDR.”

- **Lee, C., Taylor, G., y Drummond, P.D. (2006).** The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 97-107

Este estudio comprobó si el contenido de las respuestas de los participantes durante EMDR es similar a aquél que se pensaba efectivo en los tratamientos de exposición tradicionales (revivir) o es más consistente con el distanciamiento esperable, dada la propuesta de Shapiro de foco de atención dual. Una gran mejoría en la medición de los síntomas de TEPT ocurrió cuando el participante procesó el trauma de una manera más objetiva.

- **MacCulloch, M.J. y Feldman, P. (1996).** *Eye Movement Desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of PTSD: A theoretical analysis.* *British Journal of Psychiatry*, 169, 571-579.

Uno de una serie de artículos propone una respuesta de orientación como elemento contributivo (ver Shapiro, 2001 para un examen exhaustivo de las teorías y parámetros de investigación sugeridos) Esta teoría ha recibido respaldo de investigación controlada (Barrowcliff et al, 2003-2004)

- **Propper, R., Pierce, J.P., Geisler, M.W., Christman, S.D., y Bellowado, N. (2007).** Effect of bilateral eye movements on frontal interhemispheric gamma EEG coherence: Implications for EMDR therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 785-788.

“Específicamente, la manipulación MO usada en el presente estudio, previamente reportó facilitar la memoria episódica y resultó en un disminución de la coherencia EEG interhemisférica en la corteza prefrontal anterior. Puesto que la banda gamma incluye la onda de 40 hz que puede indicar la vinculación activa de la información durante la consolidación del almacenaje de recuerdos a largo plazo (ej., Cahn y Polich, 2006), es particularmente notable que los cambios en la coherencia se den en esta banda. Con respecto a los síntomas de TEPT, puede ser que al cambiar la coherencia interhemisférica en áreas frontales, los MO usados en EMDR fomenten la consolidación de los recuerdos traumáticos y por lo tanto disminuyan las intrusiones de recuerdos que se dan en este trastorno.”

- **Rogers, S. y Siver, S.M. (2002).** Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.

Diferencias teóricas, clínicas y procedimentales con referencia a dos décadas de investigación en EMDR y CBT.

- **Rogers, S., Silver, S. Goss, J. Obenchain, J. Willis, A. y Whitney, R. (1999).** A single session controlled group study of flooding and EMDR in treating PTSD among Vietnam war veterans: Preliminary Data. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 119-130.

Este estudio fue diseñado primariamente como un informe para comparar EMDR y terapia de exposición. Un esquema de recuperación diferente se observó en el grupo tratado con EMDR, demostrando una declinación más rápida de la angustia declarada por los mismos sujetos.

- **Sack, M., Lempa, W. Steinmetz, A., Lamprecht, y Hofmann, A. (en prensa).** Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) - results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*.

Los correlatos psicofisiológicos de EMDR fueron investigados durante las sesiones de tratamiento. La iniciación de las tandas de movimientos oculares resultó en cambios inmediatos que indicaron una pronunciada desactivación.

- **Servan-Schreiber, D., Schooler, J., Dew, M.A., Carter, C. y Bartone, P. (2006).** *EMDR for PTSD: A pilot blinded, randomized study of stimulation type.* *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 290-297.

Veintiún pacientes con TEPT por trauma por evento simple (promedio de EIH: 49,5) recibieron tres sesiones consecutivas de EMDR con tres tipos diferentes de estimulación auditiva y kinestésica. Todas fueron clínicamente útiles. Sin embargo, alternar la estimulación pareció conferir un beneficio extra al procedimiento EMDR.

- **Stickgold, R. (2002).** EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75

Explicación exhaustiva de los mecanismos y los potenciales vínculos con los procesos que ocurren en el sueño REM. Estudios controlados han evaluado estas teorías (ver abajo: Christman et al, 2003, Kulken et al. 2001-2002).

- **Suzuki, A., et al. (2004).** Memory reconsolidation and extinction have distinct temporal and biochemical signatures. *Journal of Neuroscience*, 24, 4787– 4795.

El artículo explora las diferencias entre reconsolidación y extinción del recuerdo. Esta nueva área de investigación merece atención adicional. La reconsolidación puede probar ser el mecanismo subyacente en EMDR, como opuesto a la extinción causada por las terapias de exposición prolongada. “La reconsolidación del recuerdo después de la recuperación puede ser usada para actualizar o integrar nueva información en recuerdos a largo plazo...Exposición breve...parece disparar una segunda ola de consolidación del recuerdo (reconsolidación), mientras que la exposición prolongada...conduce a la formación de un nuevo recuerdo que compite con el original (extinción).”

- **Wilson, D., Silver, S.M., Covi, W. y Foster, S. (1996).** EMDR: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 219-229.

Un estudio con equipo de biofeedback ha sostenido la hipótesis de que el sistema parasimpático se activa, al hallar que los movimientos oculares parecían causar una respuesta de relajación completa. Hace falta una investigación más rigurosa con poblaciones traumatizadas.

Estudios Aleatorios de Hipótesis sobre los Movimientos Oculares

Un grupo de comités de las Pautas Internacionales de Práctica ha informado que los análisis del componente clínico realizados por Davidson y Parker (2001) no están bien diseñados (Internacional Society for Traumatic Stress Studies/ISTSS, DoD/DVA). Davidson y Parker notan que hay una tendencia hacia la importancia de los movimientos oculares cuando los estudios llevados a cabo con poblaciones clínicas se examinan separadamente. Desafortunadamente, aun estos estudios son fallidos. Como se hizo notar en las pautas de Práctica de la ISTSS (Chemtob et al. 2000), ya que estas poblaciones clínicas recibieron dosis insuficientes de tratamiento como para obtener efectos sustanciales, son inapropiados para los análisis de componentes. Sin embargo, tal como se dice en las guías de DoD/DVA 2004, numerosos investigadores de la memoria han evaluado los movimientos oculares usados en EMDR. Estos estudios han comprobado un efecto directo sobre la excitación emocional, la intensidad de las imágenes, la flexibilidad de atención y la memoria asociativa. Además un nuevo estudio ha examinado la hipótesis que los movimientos oculares causan un “efecto de distanciamiento”. (Lee y Drummond, en prensa), y está mencionado más abajo.

- **Andrade, J., Kavanagh, D. y Baddeley, A. (1997).** *Eye-movements and visual imagery: a working memory approach to the treatment of PTSD.* *British Journal of Psychology*, 36, 209-223.

Comprueba la teoría de la memoria de trabajo. Los movimientos oculares fueron superiores a las condiciones de control para reducir la intensidad de las imágenes y la emotividad.

- **Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., Freeman, T.C.A. y MacCulloch, M. J. (2004).** *Eye movements reduce vividness, emotional Valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories.* Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 15, 325-345

Comprueba el modelo del reflejo de reafirmación. Los movimientos oculares fueron superiores para producir una reducción en la vividez de la imagen y las emociones

- **Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., MacCulloch, S., Freeman, T. C.A., y MacCulloch, M.J. (2003).** Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289-302.

Comprueba el modelo del reflejo de reafirmación. Los movimientos oculares fueron superiores en condiciones de control para provocar una reducción en los estímulos auditivos.

- **Christman, S.D., Garvey, K.J., Propper, R.E. y Phaneuf, K.A. (2003).** Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 221-229.

Comprueba teorías de activación cortical. Los resultados proveen soporte indirecto para las teorías de la respuesta de Orientación/REM sugeridas por Stickgold (2002). Los movimientos oculares sacádicos, pero no los movimientos oculares de rastreo fueron superiores a condiciones de control en la recuperación episódica.

- **Kavanagh, D.J., Freese, S., Andrade, J. y May, J. (2001).** Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive Memories. *British Journal of Clinical psychology*, 40, 267-280

Comprueba la teoría de la memoria de trabajo. Los movimientos oculares fueron superiores a las condiciones de control para reducir dentro de una sesión la intensidad de las imágenes y la emotividad. No hubo diferencia una semana después.

- **Kuiken, D, Bears, M., Miall, D. y Smith, L (2001-2002).** *EMDR facilitates attentional orienting.* Imagination, Cognition And Personality, 21, (1), 3-20.

Prueba la teoría de la respuesta de orientación relacionada con los mecanismos tipo REM. Indicó que la condición de movimientos oculares era correlativa a un incremento de la flexibilidad de la atención. Los movimientos oculares fueron superiores a otras condiciones.

- **Lee, C.W., y Drummond, P.D. (en prensa).** Effects of eye movement versus therapist instructions on the processing of distressing memories. *Journal of Anxiety Disorders*. doi:10.1016/j.janxdis.2007.08.007

“No hubo efecto significativo de la instrucción del terapeuta en la mediciones del resultado. Hubo una significativa reducción de la perturbación por los movimientos oculares en el pos-tratamiento y el seguimiento. Los resultados fueron consistentes con otra evidencia de que el mecanismo de cambio en EMDR no es el mismo que en la exposición tradicional.”

- **Sharpley, C. F. Montgomery, I. M., y Scalzo, L. A. (1996).** Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mental images. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 25, 37-42.

Los movimientos oculares fueron superiores en las condiciones de control para reducir la intensidad de la imagen.

- **Van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E. y Kindt, M. (2001)** *Autobiographical memories become less vivid after eye Movements.* *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.

Comprueba la teoría que los movimientos oculares cambian las percepciones somáticas que acompañan a la recuperación, conduciendo a la disminución del afecto y por lo tanto, disminuyendo la intensidad. Los movimientos oculares fueron superiores a las condiciones de control para reducir la intensidad de la imagen. Al contrario de las condiciones de control, los movimientos oculares disminuyeron la emotividad.

Evaluaciones Neurobiológicas y Psicofisiológicas Adicionales

Todos los estudios han indicado significativas efectos diferencias tratamiento EMDR, incluyendo cambios en los patrones de activación cortical y límbica y aumento en el volumen del hipocampo.

Bossini L. Fagiolini, A. y Castrogiovanni, P. (en prensa). Neuroanatomical changes after EMDR in PTSD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience.*

Lamprecht, F., Kohnke, C., Lempa, W., Sack, M., Matzke, M., y Munte, T. (2004). Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. *Neuroscience Research*, 49, 267-272.

Lansing, K., Amen, D.G., Hanks, C. y Rudy, L. (2005). High resolution brain SPECT imaging and EMDR in police officers with PTSD. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 526-532.

Levin, P., Lazrove, S., y van der Kolk, B. A. (1999). What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) by eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 159-172.

Oh, D.-H., y Choi, J. (2004). Changes in the regional cerebral perfusion after Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A SPECT study of two cases. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 24-30.

Pagani, M. et al. (2007). Effects of EMDR psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in occupation-related post-traumatic stress disorder. *Nuclear Medicine Communications*, 28, 757-765.

Sack, M., Lempa, W., y Lamprecht, W. (2007). Assessment of psychophysiological stress reactions during a traumatic reminder in patients treated with EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 15-23.

Sack, M., Nickel, L., Lempa, W., Lamprecht, F. (2003) Psychophysiological regulation in patients suffering from PTSD: Changes after EMDR treatment. *Journal of Psychotraumatology and Psychological Medicine*, 1, 47 -57. (German)

van der Kolk, B., Burbridge, J., y Suzuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory: Clinical implications of neuroimaging studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 99-113.

Tratamiento para Veteranos de Guerra

Como se menciona en las Guías de Práctica de la American Psychiatric Association (2004, p.18), en EMDR “el material traumático no necesita ser verbalizado; en cambio, los pacientes son conducidos a pensar sobre sus experiencias traumáticas sin tener que hablar sobre ellas.” Dada la renuencia de muchos veteranos de guerra a divulgar los detalles de su experiencia, este factor es relevante para su disposición a iniciar el tratamiento, permanencia y beneficios terapéuticos. Puede ser uno de los factores responsables del índice de baja remisión y mayor deserción notado en estas poblaciones cuando se usan técnicas de TCC

Tal como se describió anteriormente, Carlson et al. (1998) informaron que después de doce sesiones de tratamiento, el 77.7% de los veteranos de guerra ya no cumplían con los criterios del TEPT. No hubo deserciones y los efectos se mantuvieron en el seguimiento después de 3 y 9 meses. Además, el análisis de Silver et al., (1995) de un programa de veteranos internados con TEPT (n=100) encontró a EMDR superior al entrenamiento de biofeedback y relajación, en siete de ocho mediciones. Todos los otros estudios aleatorios de veteranos han usado una dosis de tratamiento insuficiente para lograr resultados con el TEPT (ej., dos sesiones: ver ISTSS, 2000; DVA/DoD, 2005). Debe emplearse un tiempo de tratamiento suficiente para los veteranos multitraumatizados (ej, ver abajo: Russell et al., 2007). Sin embargo, en un análisis del proceso, Rogers et al. (1999) compararon una sesión de EMDR y terapia de exposición con veteranos internados y se observaron diferentes patrones de recuperación. El grupo de EMDR demostró una declinación más rápida de la perturbación manifestada por los pacientes (ej. los niveles de SUD decrecieron con EMDR y aumentaron con exposición).

Según se declara en la Guías de Práctica de la American Psychiatric Association (2004, p. 36), vista como una terapia de exposición “EMDR emplea técnicas que pueden dar al paciente más control sobre la experiencia de exposición (puesto que EMDR se apoya menos en el relato verbal) y provee técnicas para regular la ansiedad en la circunstancia aprensiva del tratamiento de exposición. Consecuentemente, puede ser ventajosa para pacientes que no pueden tolerar la exposición prolongada, tanto como para pacientes que tienen dificultad para verbalizar sus experiencias traumáticas. Hacen falta muestras más amplias de comparación de EMDR con otros tratamientos para clarificar tales diferencias.”

Tales investigaciones son altamente recomendables. Además, ya que EMDR no utiliza tarea para el hogar para lograr sus efectos, puede ser particularmente apta para el alivio avanzado de los síntomas (ver Russell, 2006). Aún más, los problemas prevalentes de dolor somático y crónico experimentado por los veteranos de Guerra indica la necesidad de mayor investigación basada en los informes de Russell (en prensa), Schneider et al., (2007 y en prensa) y Wilensky (2007), que demuestran la capacidad de EMDR para tratar

exitosamente el dolor de miembro fantasma (ver también Ray y Zbik, 2001). La capacidad de EMDR para tratar simultáneamente el TEPT, la depresión y el dolor puede tener claros beneficios para el tratamiento DVA-DoD..

Información adicional clínicamente relevante para el tratamiento de veteranos, incluyendo parámetros de terapia.

Errebo, N. y Sommers-Flanagan, R. (2007). EMDR and emotionally focused couple therapy for war veteran couples. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.) *Handbook of EMDR and family therapy processes*. New York: Wiley

Lipke, H. (2000). *EMDR and psychotherapy integration*. Boca Raton, FL: CRC Press.

Russell, M. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi war. *Military Psychology, 18*, 1-18.

Russell, M. (en prensa). Treating traumatic amputation-related phantom limb pain: A case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) within the armed services. *Clinical Case Studies*.

Russell, M.C., y Silver, S.M. (2007). Training needs for the treatment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Traumatology, 13*, 4-10.

Russell, M.C., Silver, S.M., Rogers, S., y Darnell, J. (2007). Responding to an identified need: A joint Department of Defense-Department of Veterans Affairs training program in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for clinicians providing trauma services. *International Journal of Stress Management, 14*, 61-71.

Silver, S.M. y Rogers, S. (2002). *Light in the heart of darkness: EMDR and the treatment of war and terrorism survivors*. New York: Norton.

INVESTIGACIÓN SOBRE EL ROL DE LOS MOVIMIENTOS OCULARES **(Extractos de Shapiro, 2002)**

En 1989, Francine Shapiro ¹²⁻¹⁴ advirtió que las emociones angustiosas que acompañaban a los pensamientos perturbadores desaparecían cuando sus ojos se movían rápidamente de un lado a otro de manera espontánea. Empezó a experimentar con esto y descubrió que cuando otras personas movían sus ojos, sus emociones perturbadoras también mejoraban. Llevó a cabo un estudio ¹³ de caso y un estudio controlado ¹⁴ que avalaron su teoría de que los movimientos oculares (MO) ayudaban a bajar la angustia de los recuerdos traumáticos. La idea de que los MO podían alterar los patrones de pensamiento había sido documentada anteriormente. Una serie de experimentos ^{15,16} revelaron que los MO espontáneos estaban asociados con emociones desagradables y cambios cognitivos.

Desde entonces, se han realizado numerosas investigaciones sobre los movimientos oculares por separado. Antes de detallar esa información, por favor recuerde que EMDR es una psicoterapia con muchos ingredientes activos. Los movimientos oculares son sólo uno de esos elementos. De acuerdo con las guías de la Sociedad Internacional para el Estudio del Estrés Traumático (ISTSS), la investigación de componentes ha sido defectuosa y se necesitan muchas más. ¹⁷ Sin embargo, EMDR no es la única forma de terapia que ha sido evaluada definitivamente en términos de sus características específicas más útiles. Aunque los análisis de componentes son valiosos para ayudar a refinar los procedimientos y aumentar nuestra comprensión de los aspectos neurológicos del cambio, no pueden guiar la práctica clínica, a menos que se conduzcan de acuerdo con estándares clínicos y científicos rigurosos. Entretanto, a fin de proveer la mejor asistencia a los pacientes, todas las formas de terapia empíricamente convalidadas deben hacerse con sus componentes intactos, puesto que así han sido evaluadas como efectivas en los estudios de resultados.

Como en cualquier terapia compleja, es importante que las investigaciones que analizan los diversos componentes de EMDR utilicen un mayor número de participantes, con los problemas indicados. ¹⁸ Además, los investigadores que llevan a cabo esos estudios deberían seguir todos los pasos del protocolo EMDR y ofrecer a los participantes una extensión del tratamiento adecuada. ¹⁷ Sólo entonces será posible evaluar los efectos de los elementos específicos de EMDR. Los mismos errores se han cometido al evaluar muchos componentes de psicoterapias previas. Por ejemplo, la evaluación de una terapia llamada desensibilización sistemática ha sido igualmente fallida. ¹⁹

En el caso de EMDR, tres tipos diferentes de estudios han investigado este tema. Puede resultar muy confuso cuando los resultados se combinan inadecuadamente. Por ejemplo, en el meta-análisis de Davidson y Parker ²⁰ se examinaron todos los estudios publicados sobre EMDR desde 1988 al 2000 con el fin de determinar si los movimientos oculares eran realmente necesarios. EMDR con MO no parecía ser más útil que EMDR sin MO, cuando se consideraban todos los tipos de estudio. Sin embargo, cuando se examinan los resultados de cierto tipo de estudio de desmantelamiento, EMDR con MO es significativamente superior a EMDR sin MO.

Se han publicado veinte estudios que investigaban el papel de los MO en EMDR. Los estudios han comparado EMDR con MO con una condición de control en la que el

componente de los MO se había modificado (por ej. con ojos fijos e inmóviles). Se han hecho cuatro clases de estudios: (1) estudios de casos (2) de desmantelamiento usando participantes clínicos (3) de desmantelamiento con participantes clínicos análogos y (4) estudios de acción de componentes en los que los MO son examinados por separado.

Estudios de Casos. Cuatro estudios de casos evaluaron los efectos de agregar los MO al proceso de tratamiento y tres de ellos descubrieron que los MO incrementaban el tratamiento. Montgomery y Ayllon hallaron que los MO son necesarios para los efectos de EMDR en cinco o seis pacientes civiles con TEPT. Apuntaron que el agregado del componente de los MO “resultaba en una significativa reducción en la auto percepción de la angustia previamente tratada. Estos descubrimientos se reflejan en la caída de la excitación psico-fisiológica ²¹ (pág. 228.). Lohr, Tolin, y Kleinknecht ²² informaron: “la adición del componente de los MO parecía tener un efecto marcado para reducir el nivel de las mediciones SUD” (pág.149).

En otro estudio, Lohr, Tolin y Kleinknecht ²³ trataron a dos sujetos claustrofóbicos y descubrieron que la angustia disminuyó sustancialmente sólo después que los MO se agregaron al resto de los procedimientos EMDR. El cuarto estudio ²⁴ no usó el procedimiento estándar de EMDR para fobias, ni para acceder a la imagen, formulando la creencia negativa o produciendo nuevos vínculos de información útil en el sistema de memoria. Además, el paciente fue instruido para que se relajara entre las series de movimientos oculares, hasta que el SUD bajara a los niveles previos, un procedimiento que no se utiliza en EMDR. Los procedimientos empleados en este estudio no eliminaron la fobia y no se descubrió ningún efecto por la condición de los movimientos oculares.

Estudios de desmantelamiento clínico con participantes diagnosticados. Se han realizado cuatro estudios de desmantelamiento controlados, sobre pacientes con diagnóstico de TEPT y dos, en los que los pacientes sufrían otros trastornos de ansiedad. Estos estudios tienden a demostrar que EMDR con MO es levemente superior a EMDR con modificaciones. Sin embargo, la diferencia no fue tan grande como para ser considerada significativa. En general, los resultados son poco claros. Por ejemplo, Devilly, Spence y Rapee ²⁵ reportaron datos de un cambio confiable del 67% para el estado MO, comparado con el 42% de la ausencia de MO. Renfrey y Spates ²⁶ manifestaron una disminución del 85% en el diagnóstico de TEPT para el grupo MO y 57% para el grupo sin MO.

Desafortunadamente, estos estudios están limitados por problemas graves. Por ejemplo, hubo sólo siete u ocho personas por grupo en el estudio de TEPT de Renfrey y Spates, cuando se necesita una mayor cantidad (30 o 40 por grupo) para obtener resultados significativos.¹⁸ Los participantes de los otros tres estudios de TEPT ^{25, 27, 28} eran veteranos de guerra que recibieron sólo dos sesiones y/o tratamiento para un único recuerdo traumático. Un tratamiento tan impropio pareció tener sólo un efecto moderado y hubiera requerido más participantes, con el fin de detectar alguna posible diferencia entre grupos. Todavía hace falta un estudio de desmantelamiento bien diseñado con una muestra suficientemente amplia como para evaluar los efectos del tratamiento.

Estudios de desmantelamiento con participantes análogos. Los estudios controlados que utilizaron participantes análogos con ansiedad no clínica no hallaron ningún efecto en los movimientos oculares. Hay muchos problemas con estos estudios análogos, que usualmente involucran a estudiantes universitarios normales. Uno de los problemas es que los resultados se evaluaron sobre la base de eliminación de síntomas sin usar los procedimientos y protocolos estándar de EMDR. Fueron omitidos o abreviados²⁹, provocando que el sentido de los resultados sea poco claro. Aún más problemático es que se esperan resultados positivos de todos los procedimientos de EMDR. Previsiblemente, los participantes análogos respondieron de igual modo al EMDR trunco sin MO porque los procedimientos contienen una serie de elementos clínicamente útiles. En otras palabras, la angustia subclínica de los sujetos análogos se alivió con un tratamiento mínimo, haciendo difícil distinguir entre ambas condiciones.

En resumen, cuando se elimina sólo un componente de un método clínico complejo, se debe usar una población con diagnóstico de TEPT por trauma único capaz de cambiar en el transcurso del tratamiento.¹⁷ Usando un número suficiente de sujetos adecuados, que sufren un alto nivel de angustia (no susceptible al placebo) sólo permitiría la eliminación de un componente para obtener un efecto detectable. Como cualquier otra forma de psicoterapia, eliminando sólo una parte de los procedimientos de EMDR no se elimina todo el beneficio clínico.

Estudios sobre la acción de componentes. Los estudios sobre la acción de componentes son distintos de otros análisis de componentes porque analizan los movimientos oculares en forma aislada. Estos estudios proveen series breves de MO para examinar sus efectos en la memoria, emociones, pensamientos/creencias o fisiología. El propósito es investigar el efecto de mover los ojos (sin el resto de los procedimientos de EMDR) comparando los MO con otras condiciones controladas, tales como pensar en la imagen o los toques. Por ejemplo, se solicita a un participante que imagine un recuerdo, luego mueva los ojos durante un breve lapso y finalmente, mida la intensidad de la imagen. Esto permite una prueba neta de los efectos de los MO y sin MO, removiendo los otros elementos de EMDR que se creen útiles. Estos estudios han usado generalmente participantes no-clínicos, cada uno de los cuales recibe todos los modos posibles (MO y toques). Esto facilita detectar diferencias en las respuestas a las condiciones. Además, ya que una misma persona experimenta las condiciones, las diferencias pueden estar vinculadas con dichas condiciones, más que con diferencias individuales (distintas personas pueden responder en forma diversa a la misma condición).

Por lo general, los estudios sobre la acción de componentes, han sido llevados a cabo por neuropsicólogos e investigadores de la memoria, que trabajan sobre una hipótesis específica. Como tales, ayudan a mejorar nuestra comprensión de los mecanismos, eligiendo cuidadosamente condiciones de control y conectando los hallazgos con otras áreas de interés. Estos estudios se detallan a continuación y las teorías investigadas se resumen en el párrafo siguiente.

Andrade, J. Kavanagh, D. y Baddeley, A. (1997) Eye movement and

visual imagery: a working memory approach to the treatment of PTSD. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209-223.

- Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., Freeman, T.C.A. y MacCulloch, M.J. (en prensa) Eye-movements reduce vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories, *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*.
- Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., MacCulloch, S, Freeman, T.C.A. y MacCulloch, M.J. (2003) Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli, *British Journal of Clinical psychology*, 42, 289-301.
- Christmas, S.D., Garvey, K.J., Proper, R.F. y Phaneuf, K.A. (2003) Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 27, 222-229.
- Kavanagh, D.J., Freese, S., Andrade, J. y May, J. (2001) Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 267-280.
- Kuiken, D., Bears, M. Miall, D. y Smith, L. (2001-2002) EMDR facilitates attentional orienting. *Imagination, Cognition and Personality*, 21(1), 3-30.
- Sharpley, C.F., Montgomery, I.M. y Scalzo, L.A. (1996) Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mental images. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 25, 37-42.
- Van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E. y Kindt, M. (2001) Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.

¿QUÉ UTILIDAD TIENEN LOS MOVIMIENTOS OCULARES ENEMDR?

Un indicio común es que los movimientos oculares u otra estimulación de atención dual producen una respuesta de orientación. Esta respuesta de orientación es el reflejo natural de atención e interés que se produce cuando la atención recae sobre algo nuevo. Hay tres modelos diferentes para explicar el papel de la respuesta de orientación en EMDR: procesamiento de la información cognitivo^{30, 31}, neurobiológico^{32, 33, 34} y conductual.^{35, 36} Hasta cierto punto, estos modelos contemplan el mismo fenómeno desde distintas perspectivas.

Barrowcliff y colegas³⁷ sugieren que la respuesta de orientación en EMDR es realmente un “reflejo investigador” que resulta en una relajación básica que sobreviene al reconocer que no hay peligro. Uniendo este estado de relajación al recuerdo anteriormente perturbador, el paciente tiene un nuevo modo de experimentar su recuerdo y puede advertir una disminución de la angustia. Este proceso es conocido como inhibición recíproca.

Otros sugieren que la respuesta de orientación puede desbaratar la red del recuerdo traumático, interrumpiendo conexiones previas con emociones negativas, y permitiendo la integración de información nueva. Un estudio de Kuiken, Bears, Miall y Smith,³⁸ que analizaba la teoría de la respuesta de orientación, descubrió que los movimientos oculares se relacionaban con un aumento de la flexibilidad atencional. También es posible que la respuesta de orientación estimule mecanismos neurobiológicos, que activan los recuerdos episódicos y los integran en una memoria semántica cortical³⁴. Recientemente, esta teoría ha logrado un respaldo experimental.³⁹ Hace falta más investigación para analizar estas hipótesis.

Hay varios estudios^{30, 40, 41} que indican que los MO y otros estímulos afectan las percepciones del recuerdo blanco, disminuyendo la intensidad de la imagen y las emociones asociadas. Se han propuesto dos mecanismos posibles para explicar cómo este efecto puede contribuir al tratamiento de EMDR. Kavanaugh y colegas⁴⁰ sugieren que los MO interrumpen la memoria de trabajo, disminuyendo la intensidad y eso resulta en un descenso de la emotividad. Van den Hout y colegas⁴¹ sostienen la hipótesis de que los MO cambian las sensaciones corporales que acompañan al recuerdo recuperado, hacia una disminución de la intensidad y el afecto.

Descripciones e hipótesis detalladas e investigaciones sugeridas, pueden encontrarse en:

Shapiro, F. (2001) *Eye Movement Desensibilization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2 ed.) Nueva York: Guilford.

Sin embargo, es importante recordar que EMDR es un tratamiento multifacético con muchos ingredientes activos además de la estimulación bilateral. Ver los textos que siguen para una comprensión más amplia.

Shapiro, F. (2002) (Ed.) *EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington D.C.: American Psychological Association Books.

Referencias

- ¹² Shapiro, F. (1995) Eye Movement Desensitization and Reprocessing,; Basic Principles, Protocols and Procedures. Nueva York: Guilford.
- ¹³ Shapiro, F. (1989) Eye Movement Desensitization: a new treatment for PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- ¹⁴ Shapiro, F. (1989). Efficacy of the Eye Movement Desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- ¹⁵ Antrobus, J.S. (1973) Eye movements and non-visual cognitive tasks. En V. Zikmund (Ed.) *The accumulator system and brain functions* (págs. 354-368) Londres: Butterworths.
- ¹⁶ Antrobus, J.S., Antrobus, J.S. y Singer, J. (1964) Eye movements, accompanying daydreams, visual imagery and thought suppression. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 244-252.
- ¹⁷ Chemtob, C.M., Tolin, D.F., van der Kolk, B.A. y Pitman, R.K. (2000) EMDR en E.A. Foa, T.M. Keane y M. J. Friedman (Ed) *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Nueva York: Guilford.
- ¹⁸ Kazdin, A.E. (1994) Methodology, design an evaluation in psychotherapy research. En A.E. Bergin y S. L. Garfield (Ed) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed. págs 19-71) Nueva York: Wiley.
- Kazdin, A. E. (1998) *Research design in clinical Psychology* (3 ed.) Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Kazdin, A.E. y Bass, D. (1989) Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- ¹⁹ Wolpe, J. (1990) *The practice of behavior therapy* (4 ed.) Nueva York: Pergamon Press.
- ²⁰ Davidson, P-R. y Parker, K.C.H. (2001) EMDR: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- ²¹ Montgomery, R.W. y Ayllon, T. (1994) Eye movement desensitization across subjects: subjective and physiological measures of treatment efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 217-230.
- ²² Lohr, J.M., Tolin, D. y Kleinknecht, R.A. (1995) An intensive investigation of eye movement desensitization of medical phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 141-151.
- ²³ Lohr, J.M., Tolin, D.F. y Kleinknecht, R. A. (1996) An intensive investigation of eye movement desensitization of claustrophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 73-88.
- ²⁴ Acierno, R. Tremont, G. Last, C. y Montgomery, D. (1994) Tripartite assessment of the efficacy of eye movement desensitization in a multi-phobic patient. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 199-276.

- ²⁵ Devilly, G.J., Spence, S.H. y Rapee, R.M. (1998) Statistic and reliable change with EMDR: treating trauma with a veteran population. *Behavior Therapy*, 29, 435-455.
- ²⁶ Renfrey, G y Spates, C.R. (1994) EMDR: a partial dismantling procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.
- ²⁷ Boudewyns, P. A. y Hyer, L.A. (1996) EMDR as treatment for PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 185-195.
- ²⁸ Pitman, R.K. Orr, S.P., Altman, B., Longpre, R.E., Poire, R.E. y Macklin, M. L. (1996) Emotional processing during the EMDR therapy of Vietnam Veterans with chronic PTSD. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.
- ²⁹ Carrigan, M.H.y Lewis, D.J. (1999) The contributions of eye movements to the efficacy of brief exposure therapy for reducing fear of public speaking. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 101-118.
- Sanderson, A. y Carpenter, R. (1992) Eye movement desensitization versus image confrontation: a single session crossover study of 58 phobic subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 269-275.
- Estos son los dos ejemplos de análisis de componentes llevados a cabo con poblaciones sub-clínicas. Para una discusión exhaustiva de este tipo de análisis y parámetros de investigación sugeridos, ver: Shapiro, F. (2001) *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. Nueva York: Guilford.
- ³⁰ Andrade, J., Kavanagh, D. y Baddeley, A. (1997) Eye movements and visual imagery: a working memory approach to the treatment of PTSD. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209-223.
- ³¹ Lipke, H. (1999). Comments on "Thirty years of behavior therapy..." and the promise of the application of scientific principles. *The Behavior Therapist*, 22, 11-14
- ³² Bergmann, U. (2000) Further thoughts on the neurobiology of EMDR: the role of the cerebellum in accelerated information processing. *Traumatology*, 6. Disponible en www.fsu.edu/trauma/
- ³³ Servan-Schreiber, D. (2000) EMDR: is psychiatry missing the point? *Psychiatric Times*, 17, 36-.
- ³⁴ Stickgold, R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.
- ³⁵ Armstrong, M.S. y Vaughan, K. (1996) An orienting response model of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 21-32.
- ³⁶ Mac Culloch, M.J. y Feldman, P. (1996) Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit memories of PTSD: a theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 571-579.
- ³⁷ Barrowcliff, A.L. Gray, N. S., Freeman, T.C.A. y Mac Culloch, M. J. (en prensa) Eye movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*.

Barrowcliff, A.L., Gray, N.S., MacCulloch, S. Freeman, T.C.A. y Mac Culloch, M.J. (2003) Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditori stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289-302.

- ³⁸ Kuiken, D., Bears, M., Miall, D. y Smith, L. (2002) EMDR facilitates attentional orienting. *Imagination, Cognition and Personality*, 21, 3-20.
- ³⁹ Christmas, S. D., Garvey, K.J., Propper, R. E. y Phaneuf, K.A. (2003) Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 222-229-
- ⁴⁰ Kavanagh, D.J., Freese, S., Andrade, J. y May, J. (2001) Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 267-280.
- ⁴¹ Van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E y Kindt, M. (2001) Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 122-130

INVESTIGACIÓN SOBRE PROTOCOLOS CLÍNICOS

Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, No. 1-2, 35-67. (**Extracto**)

El protocolo terapéutico genérico que subyace en el tratamiento EMDR exhaustivo incluye un enfoque de “tres vertientes” que sigue a una apropiada estabilización y preparación del paciente. Específicamente, el paciente se ocupa de (a) procesar las experiencias que contribuyen a la disfunción, (b) procesar los disparadores presentes que provocan la perturbación actual y (c) incorporar patrones imaginados de habilidades y conductas positivas/útiles para futuras acciones adaptativas. Para cada una de las diversas dolencias (fobias, TEPT, etc), se sugieren al terapeuta variantes del procedimiento y el uso de blancos específicos para procesar. Por ejemplo, para los traumas de evento único, se sugiere que el terapeuta aborde como blanco el recuerdo o imagen del evento real junto con alguna escena de flashback, imagen onírica o estímulos específicos accesibles para el paciente. Se recomienda a los terapeutas que, para tratar las conductas evitativas de los pacientes durante el procesamiento EMDR, deberán hacerlos actuar en situaciones previamente evitadas, mientras utilizan simultáneamente una variedad de nuevas conductas, sintiéndose cómodos y controlados (Shapiro, 1995).

El tratamiento exitoso de las víctimas de trauma múltiple, tales como los veteranos de guerra o las víctimas de abuso repetido, generalmente requiere un periodo más largo que en el caso de los pacientes con trauma único, puesto que muchos de los diversos traumas deben ser abordados como blanco separadamente (Carlson et al., 1998, Lipke, 1999; Marcus et al., 1997; Shapiro, 1995; Shapiro & Forrest, 1997). Un examen de los estudios en que EMDR fue usada en ex combatientes con trauma múltiple indica que, como ningún otro método, es importante señalar que EMDR adhiere a los estándares clínicamente relevantes para esta población. No sorprende que aquellos estudios caracterizados por una insuficiente cantidad de sesiones (ej. 1 o 2) para tratar a veteranos con trauma múltiple y/o aquellos que tratan sólo uno o dos recuerdos traumáticos entre muchos (ej., Boudewyns y Hyer, 1996; Boudewyns et al., 1993; Devilly, Spence, y Rapee, 1998; Jensen, 1994; Pitman et al., 1996) obtuvieran efectos modestos o insignificantes. Por contraste, el único estudio publicado con consistente fidelidad a los procedimientos (Carlson et al., 1998) y un apropiado número de sesiones (12) para esta población clínica (ver Shapiro, 1995, 1996a, 1998) concluyó que el tratamiento EMDR es muy efectivo. Específicamente, Carlson et al., (1998) descubrió que el 75% de los sujetos tratados con EMDR ya no demostraba un diagnóstico de TEPT después de una sesión de seguimiento a los 9 meses. Este efecto excede sumamente a los de cualquier otro método probado en estudios controlados de veteranos de guerra. (ej., Boudewyns y Hyer, 1990; Cooper & Clum, 1989; Keane, Fairbank, Cadell, & Zimering, 1989) y directamente contradice la creencia de que el TEPT crónico no es susceptible de tratamiento (Shalev, Bonne, & Eth, 1996).

El tratamiento de 8 fases de EMDR adapta sus protocolos para cubrir las necesidades del paciente específico. Por ejemplo, en 1990 se desarrolló un protocolo

estandarizado para el tratamiento de fobias (Shapiro, 1990). Sin embargo, aunque las observaciones clínicas han avalado el uso de este protocolo para fobias (ej., Fensterheim, 1996; Lipke, 1994; Marquis, 1991), los resultados experimentales han sido más equívocos. Una de las razones para este resultado contradictorio puede ser que el protocolo para fobias que ha sido usado en la investigación no es el utilizado en la práctica clínica (Shapiro, 1995). Además, los elementos procedimentales del protocolo clínico que se han usado, a menudo han sido mal aplicados. Así, los protocolos han sido truncados para llevar a cabo análisis de componentes (ej., Lohr, Tolin, y Kleinknecht, 1995, 1996; Sanderson y Carpenter, 1992), se han eliminado elementos procedimentales como la asociación libre (ej., Acierno, Tremont, Last, & Montgomery, 1994; Bates, McGlynn, Montgomery, & Mattke, 1996; Sanderson & Carpenter, 1992), y (aun cuando especificado por los investigadores lo contrario) los procedimientos se han llevado a cabo inadecuadamente y se han eliminado blancos del protocolo (ej., Bates et al., 1996; Kleinknecht, 1993; Muris & Merckelbach, Holdrinet, & Sijsenaar, 1998). La Tabla 1 que enumera todos los estudios sobre fobia que el autor conoce, ilustra los déficits comunes en la adhesión a los procedimientos y al protocolo. En la primera columna de este cuadro se indica el índice de fidelidad al uso del procedimiento EMDR (descrito en Shapiro, 1995). Dos doctores en psicología clínica actuaron como evaluadores ciegos. Su pericia en EMDR había sido evaluada y verificada previamente y recibieron copias sólo de las partes del procedimiento de los estudios escritos en inglés (no hubo traducciones disponibles para evaluar la fidelidad en aquellos publicados en los Países Bajos) y se les pidió que midieran la fidelidad del tratamiento en una escala de 0 a 10. Cada evaluador había acumulado aproximadamente 25 años de experiencia clínica general y 7 años de práctica con EMDR (incluyendo 5 años como instructores de EMDR). Para cada uno de los usos de EMDR designaron un número de fidelidad basado en el grado en que componentes y procedimientos (ver debate abajo) fueron usados apropiadamente. Las restantes columnas de la Tabla 1 indican los pasos del protocolo que se emplearon en cada estudio y sus resultados. Aquellos estudios que usaron 5 o más de los 11 pasos estandarizados del protocolo para fobias resultaron en una completa eliminación de la dolencia presentada; aquellos que usaron menos de 5 produjeron sólo remisiones parciales y los que no usaron ninguno, no lograron ningún efecto. Una breve exposición intentará ilustrar los variados problemas de implementación de los procedimientos identificados en estos artículos.

Aunque las consecuencias que el fracaso en adherir a los pasos definidos del protocolo para fobias sobre el éxito del tratamiento son obvias, según la Tabla 1, no es siempre fácil para los lectores poco familiarizados con el proceso EMDR determinar en la lectura del trabajo, si un estudio dado los ha cumplido o no, o si los elementos procedimentales fueron fielmente ejecutados. Sin embargo, la revisión de un reciente grupo de estudio (Muris y Merckelbach, 1995, 1997; Muris et al., 1997, 1998) debería aclarar este tema. En estos estudios, la cuestión sobre

si se ha logrado la fidelidad a los procedimientos fue una fuente de discusión porque algunos de los efectos positivos fueron realmente logrados².

Específicamente, los autoinformes de miedo se redujeron de acuerdo con la escala SUD y también fueron validados en otras mediciones estandarizadas. Aún más, un aumento variable de los pasos se logró en un Test de Conducta Evitativa. No

obstante, un cuidadoso examen de estos estudios revela que están subestandarizados de varias maneras. El primero de estos defectos es el fracaso en usar cogniciones positivas apropiadas. Por ejemplo, la frase “soy alguien capaz de controlar a una araña” no debió ser usada porque no es ecológicamente válida, Es decir, en la vida real un individuo no puede controlar los actos de una araña. Otras deficiencias incluyen (a) usar un orden inadecuado y una delineación incompleta de los componentes de evaluación; (b) describir más que especificar la ubicación de la sensación física delineada (ver discusión previa y Shapiro, 1995); (c) dar instrucciones para “relajarse” entre tandas (excepto en el último estudio de Muris et al., 1998); (d) fallar en introducir variantes procedimentales, incluyendo entretejido cognitivo para reducir el nivel de SUD o aumentar la validez de la cognición positiva (ej. notar que el nivel de SUD medio reportado está muy por encima del 1-2 necesario para la *Fase de Instalación*, Shapiro, 1995; (e) introducir la cognición positiva prematuramente y (f) fallar en incorporar las fases de *Preparación*, *Chequeo Corporal*, *Cierre*, o *Reevaluación* en el procedimiento. Además de estos problemas procedimentales, solo fueron usados 3 (o menos) de los 11 pasos del protocolo para fobias (ver Tabla 1)

² Reivindicaciones similares basadas en la reducción del SUD han sido hechas por investigadores de otros estudios con aún menos adhesión a los pasos del procedimiento y fidelidad al protocolo (ej., Bates et al., 1996; Sanderson, y Carpenter, 1992)

VISIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO EMDR PARA FOBIAS

Citado en: Shapiro, F. (1999) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67.

Tabla 1

Fidelidad Fidelidad procedimental y protocolar al Tratamiento Estándar de Fobias con EMDR

Investigador	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Resultados
Acierno et. al., 1994	2												x	Ninguno
Bates et al., 1996	2												x	Ninguno
De Jongh & Ten Broeke, 1993			x	x	x	x	x	x	x	x				Mayormente eliminada
De Jongh & Ten Broeke 1994			x	x	x	x	x	x	x	x	x			Eliminación
De Jongh & Ten Broeke 1996			x	x	x	x	x	x	x	x	x			Eliminación
De Johgh & Ten Broeke, 1998	8		x	x	x	x	x	x	x	x	x			Eliminación
Kleinknecht, 1993	3						x	x	x	x	x	x		Eliminación
Lohr, Tolin & Kleinknecht, 1995 ^a														
S-1	3			x		x								Remisión inicial con recaída conductual
S-2					x	x								
Lohr et al., 1996 ^a														
S-1	5			x	x									Eliminación
S-2				x		x								Parcial
Muris & De Johgh, 1996					x	x			x					Reducción estándar del miedo + TCE
Muris & Merckelbach, 1995	6				x	x			x					Reducción estándar del miedo+ TCE
Muris & Merckelbach, 1997	4				x	x ^a			x ^a					Reducción menor del miedo declarado +TCE
Muris et al., 1997	5				x	x ^b			x ^b					Miedo estandarizado Reducción/menor +TCE
Muris et al., 1998	4				x	x			x					Miedo declarado +TCE
Sanderson & Carpenter, 1992	0												x	Ninguno
Ten Broeke & De Jongh, 1993					x	x	x	x	x					Eliminación

F= Fidelidad procedimental evaluada en forma ciega según una escala de 0 a10 (no disponible para artículos en holandés)

1-11= (componentes del protocolo estándar para fobias de EMDR) 1= El terapeuta proporcionó conocimientos e instrucción específicos de EMDR sobre técnicas de autocontrol); 2= El terapeuta extrajo y proceso eventos auxiliares que contribuyen a la fobia; 3= El terapeuta extrajo y procesó la primera vez que se experimentó el miedo; 4= El terapeuta extrajo y procesó la experiencia más perturbadora del paciente; 5= El terapeuta extrajo y procesó la vez más reciente que experimentó miedo; 6= El terapeuta extrajo y procesó cualquier estímulo presente asociado; 7= El terapeuta condujo al paciente a procesar las sensaciones físicas y otras manifestaciones de miedo, incluyendo hiperventilación; 8= El terapeuta ayudó al paciente a incorporar un patrón detallado para futuras acciones libres de miedo; 9= El terapeuta y el paciente acuerdan un contrato para acción *en vivo*; 10= El paciente pasa un video mental con la secuencia completa de la acción en vivo y reprocesa la perturbación; 11= El terapeuta usa un informe diario para procesar los blancos revelados entre sesiones; 12= Fuera del protocolo estándar- sólo "imagen temible" indiferenciada accedida como blanco.

Resultados = Eliminación de conducta fóbica declarada *en vivo* (y en mediciones durante las sesiones); reducción del miedo demostrada en la sesión o en mediciones estandarizadas; reducción del miedo demostrada en la sesión a través del auto-informe; reducción del miedo demostrada a través del TCE (Test de Conducta Evitativa); + = Aumento del número de pasos logrado.

^a N = 2. Cada sujeto (S-1, S-2) recibió sólo dos pasos (diferentes) del protocolo estándar.

^b = Los blancos designados no fueron tratados en todos los sujetos durante el experimento de 1 hora o 1 hora y media de sesión única.

El hallazgo de los investigadores en cuanto a que la exposición *in vivo* es superior a algunos de los aspectos imaginales del protocolo EMDR no es sorprendente dadas las restricciones del tratamiento y la indudable superioridad de la exposición en vivo y el modelaje para estas poblaciones (De Jongh, Ten Broeke y Renssen, 1999 [este tema]). Sin embargo, para proveer una comparación más objetiva, se debe tener bien cuidado de incorporar los pasos específicamente diseñados para eliminar la ansiedad anticipatoria y la conducta evitativa, en las futuras pruebas de EMDR (Pasos 8-11; Shapiro, 1995). Es recomendable que la ansiedad anticipatoria y la conducta evitativa medidas en el Test de Conducta Evitativa sean tratadas por medio del patrón para la acción futura y el video cuadro-por-cuadro que están incorporados en los protocolos EMDR, pero no fueron utilizados por estos investigadores (De Jongh et al., 1999 [este tema]). Además, como con toda investigación clínica, se sugiere encarecidamente que se incorporen controles de fidelidad por medio de evaluadores calificados para sostener una prueba adecuada del método bajo investigación (Beutler, Machado, y Neufeldt, 1994; Elkin, 1994).

Discusión y recomendaciones sobre Futura Investigación en Fobias

Como se ve en al Tabla 1, una reseña de la investigación sobre fobias indica sólo adhesión esporádica a los protocolos estandarizados de EMDR que han sido contruidos para esta población en base a una gran observación clínica.

Sin embargo, tal como se apuntó anteriormente ciertos patrones de almacenamiento y asociación de memoria han sido descriptos y estandarizados para guiar la práctica clínica (Shapiro, 1995).

Por ejemplo, se ha descubierto a menudo que tratar un recuerdo específico de la respuesta fóbica quizás estimula recuerdos tempranos que pueden haber sentado las bases de la patología (Shapiro, 1995; Goldstein y Feske, 1994; Lohr, Tolin, y Kleinknecht, 1995). La falta de un procesamiento adecuado de estos eventos auxiliares puede contribuir a la recaída, tanto como la falta de preparación para confrontaciones futuras (Lohr, Tolin, y Kleinknecht, 1995).

No obstante, en otros casos, el procesamiento de los estímulos (ej. Kleinknecht, 1993) o eventos cruciales puede conducir a la remisión espontánea de la patología (ej., Lohr et al., 1996).

Se sabe que ciertas fobias pueden ser eliminadas simplemente tomando como blanco y procesando un recuerdo crucial del trauma o miedo, y/o un encuentro imaginado, mientras que otras involucran un paso del protocolo en que la ansiedad anticipatoria es atendida directamente (Shapiro, 1995).

El examen de las necesidades y respuestas diferenciales del paciente será una área de interés importante para la investigación futura (Beutler, 1991).

Basados en las diferencias observadas entre pacientes y las dolencias fóbicas, los protocolos de EMDR para fobias (Shapiro, 1990, 1995) han sido escritos para tratar todos los elementos generalmente detectados que contribuyen a la respuesta fóbica y, cuando es necesario, para conducir al

paciente a través de encuentros imaginarios con el evento temido, junto con exposición en vivo planeada para identificar cualquier disparador adicional existente. Se enseña al terapeuta la aplicación del protocolo íntegro y ha revelado efectos positivos en las investigaciones expuestas (De Jongh y Ten Broeke, 1994, 1996, 1998; De Jongh, Ten Broeke, y Van der Meer, 1995, 2002; Ten Broeke y De Jongh, 1993). Por lo tanto, al margen de la utilidad de cualquiera de sus partes (ej. Kleinknecht, 1993) o la eliminación parcial de las respuestas fóbicas evidenciadas en sólo una sesión de EMDR (e.g., Muris y Merkelbach, 1995, 1997; Muris et al., 1997, 1998), es importante probar el protocolo completo en la futura investigación controlada (Beutler, 1991). Sólo después de haber probado adecuadamente el protocolo completo deberá iniciarse el análisis de los componentes (Kazdin, 1992).

Además, tal como lo indica una reseña de la investigación sobre fobias (ver arriba De Jongh et al., 1999 [este tema]), hace mucha falta una supervisión del tratamiento y chequeos de fidelidad adecuados, hechos por expertos clínicos reconocidos, como para cualquier metodología sujeta a pruebas experimentales (Beutler et al., 1994; Elkin, 1994).

De lo contrario, no hay garantía de que el método utilizado sea realmente el método reconocido por el creador y recomendado para la práctica clínica, sin importar la evaluación subjetiva de fidelidad por parte del investigador (ej., Bates et al., 1996; Muris y Merkelbach, 1995, 1997; Muris et al., 1998; Sanderson y Carpenter, 1992; ver Lipke, 1999).

Diversas Dolencias Clínicas

Una investigación adicional deberá encarar los varios protocolos que han sido creados para el tratamiento de otras dolencias presentadas (ej, trastornos somáticos, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico adicciones, etc.). Aunque los informes han avalado la eficacia de EMDR para el tratamiento del trastorno de pánico (Feske y Goldstein, 1997; Goldstein y Feske, 1994; Nadler, 1996; Shapiro y Forrest, 1997) y el trastorno obsesivo compulsivo (Whisman, 1996), EMDR se utiliza dentro de un marco cognitivo conductual. No obstante, el agregado de EMDR parece resultar en un tratamiento exitoso sin la necesidad de exposición en vivo asistida por el terapeuta. Actualmente la investigación para evaluar los informes clínicos está en proceso a cargo del creador de este modelo. En los estudios de trastornos de pánico (Feske y Goldstein, 1997; Goldstein y Feske, 1994), el protocolo clínico de EMDR sugerido fue despojado de sus aspectos integrativos (ej., las técnicas de habilidades de afrontamiento/autocontrol enseñadas en la fase de Preparación para probar sólo los elementos específicos de EMDR (A. Goldstein, comunicación personal). Por lo tanto, sería importante probar el protocolo integrativo de EMDR completo en la investigación futura.

Con respecto a otras dolencias presentadas, el protocolo genérico sugerido que subyace en el tratamiento EMDR implica: (a) reprocesar experiencias tempranas que contribuyen a la patología (b) reprocesar los disparadores que provocan la perturbación presente, (c) e incorporar patrones futuros para una apropiada

acción futura. La contribución de las experiencias tempranas a numerosas dolencias parece estar avalada por un reciente estudio sobre los efectos de EMDR en la remisión del trastorno Dismórfico corporal, después de una a tres sesiones. Este resultado reveló un vínculo potencial entre el trastorno dismórfico corporal con una etiología similar a aquellas identificadas para los trastornos de ansiedad (Brown, McGoldrick, y Buchanan, 1997). Debe observarse que cuando EMDR es recomendada para el tratamiento de patologías complejas, tales como abuso de drogas (Shapiro, Vogelmann-Sine Sine, 1994) o trastornos disociativos (Lazrove y Fine, 1996; Paulsen, 1995), es sólo en combinación con métodos tradicionales seguidos por especialistas en el campo. También es importante notar que en este momento ningún método ha sido designado como “tratamiento sólido empíricamente validado” para estas patologías (Chambless et al., 1998).

Análisis de Componentes

Como se señaló previamente, hasta el momento se ha realizado un número suficiente de estudios controlados sobre resultados de EMDR para el tratamiento del TEPT y es necesario volver al examen de los variados componentes del procedimiento tal como han sido usados en esta población y al hacerlo, determinar su relativa importancia (Kazdin, 1992). Presumiblemente, todos los terapeutas desearían usar los procedimientos más eficientes y racionalizados. Sin embargo, cualquier método efectivo consiste en un número de componentes que presumiblemente interactúan de maneras que en principio son poco claras. Pesar estos diversos componentes para distinguir los que son significativos de aquellos que no lo son, solo puede hacerse por medio de estudios controlados en los que los efectos globales del tratamiento usados en las comparaciones estén maximizados (Kazdin y Bass, 1989). Por ejemplo, los sujetos análogos (subclínicos) generalmente obtenidos de la población estudiantil, que sufren por un recuerdo perturbador pueden recibir beneficios aun si se usan solo algunos aspectos de un procedimiento terapeutico particular, mientras que este seguramente no será el caso de los sujetos con diagnóstico de TEPT, ya que esta población es considerada especialmente resistente al tratamiento, así como a los efectos del placebo (ej. Solomon et al., 1992). Por otra parte, los extensos y consistentes cambios en psicometría estándar que se requieren para hacer discriminaciones sensibles entre componentes individuales de un método complejo no se revelan sin un número de sujetos suficientemente grande, tiempo de tratamiento suficiente y adecuada atención a las especificaciones del trauma, ganancias secundarias, etc.

Como se dijo anteriormente, en el único estudio de análisis de componentes de sujetos con diagnóstico de TEPT (Montgomery y Ayllon, 1994) evaluando el protocolo “EMD” original (Shapiro, 1989^a), fue necesario agregar los movimientos oculares a los presuntos componentes de exposición y reestructuración cognitiva para producir un efecto positivo del tratamiento. Sin embargo, puede esperarse que los procedimientos de EMDR actuales, a causa de su inclusión de muchos refinamientos clínicos no hallados en la relativamente simple técnica EMD, tendrán un efecto terapéutico fuerte aun en la ausencia del componente de los movimientos oculares (o estimulación alternativa). Por lo tanto,

se debe subrayar la necesidad de un sumo cuidado para asegurar que los análisis de componentes de procedimientos terapéuticos tan complejos como EMDR no sólo sean científicamente rigurosos sino clínicamente válidos. Por lo tanto, puede proponerse que para una evaluación sumamente exacta de los efectos específicos de cada uno de los diversos componentes de un procedimiento terapéutico para tratar TEPT, se deben usar sujetos no compensados, con trauma único y diagnóstico TEPT para ser evaluados por investigadores que hayan demostrado su capacidad de adhesión a la fidelidad del tratamiento. Además, es importante que el procedimiento completo sea utilizado apropiadamente y los componentes elegidos para el análisis estén separados y sean distintos de aquellos en la condición comparativa y por supuesto, que tengan un sentido teórico (Beutler, 1991; Norcross y Rossi, 1994; Shapiro, 1995).

Desafortunadamente, aunque varios estudios han llevado a cabo el análisis de componentes de EMDR, pocos han cumplido con los criterios precedentes. Algunos estudios de componentes han usado como sujetos a veteranos de guerra con trauma múltiple y han provisto un tiempo de tratamiento insuficiente (ej. Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, y Sperr, 1993; Devilly et al., 1998) y/o han tratado solo uno o dos recuerdos (ej., Boudewyns y Hyer, 1996; Pitman et al., 1996). Ninguna de estas condiciones puede reflejar adecuadamente los potenciales cambios positivos en la psicometría global usada para comprobar los efectos del tratamiento en los ex combatientes (Fairbank y Keane, 1982). Puesto que las realidades de la investigación frecuentemente restringen el número de sesiones de tratamiento que pueden ser empleadas, es posible que la complejidad de los traumas múltiples y las probables cuestiones de ganancias secundarias atenúen el alcance de los efectos del tratamiento obtenidos, haciendo que esta población sea inapropiada para hacer las finas discriminaciones necesarias para un análisis de componentes útil.

Cuando se intenta medir la relativa importancia de los diversos componentes de cualquier procedimiento terapéutico, es imperativo contar con un número suficiente de sujetos para la investigación con el fin de proveer el poder estadístico de detectar efectos del tratamiento relativamente pequeños (Cohen, 1988; Kaxdin y Bass, 1989; Rossi, 1990). Aunque las víctimas de trauma único representan una población más apta para el análisis de componentes que las de trauma múltiple, a menudo se ha usado un número de sujetos inadecuado (ej., 7-9 por condición) para poder permitir una medición inequívoca de las pequeñas diferencias esperadas entre condiciones que usan mediciones estandarizadas (ej., Renfrey y Spates, 1994³). Lamentablemente, aunque un análisis de componentes por D. Wilson et al. (1996) identificó una "base fisiológica característica para el efecto de este componente, este estudio falló en cumplir con todos los estándares de una buena investigación de resultados (ej., falta de mediciones diagnósticas estandarizadas) y por lo tanto, necesita ser repetido bajo condiciones más rigurosas (ver Shapiro, 1996^a).³

³ Así, a pesar del hecho que entre los participantes inicialmente diagnosticados con TEPT, sólo el 13,5% de los tratados con movimientos oculares combinados todavía mostraban el mismo diagnóstico después de la prueba, mientras que el 50% de los de ojos fijos mantenían el diagnóstico y los investigadores calificaron a las condiciones de movimientos oculares como "más eficientes" (p.238) la escasa

dimensión de las muestras impidió que las grandes diferencias aparentes fueran estadísticamente significativas. No obstante, efectos marginales significativos se obtuvieron pruebas de la rapidez del efecto ($p < .06$; C.R. Spates, comunicación personal).

Otros análisis de componentes llevados a cabo que han fracasado en encontrar diferencias entre condiciones (ej., Dunn, Schwartz, Hatfield, y Wiegele, 1996; Sanderson y Carpenter, 1992) usaron poblaciones subclínicas, truncaron u omitieron los protocolos estándar de EMDR en sus procedimientos (Fensterheim, 1996b; Shapiro, 1995, 1998), y no cumplieron con muchos de los criterios para una buena investigación de resultados (Feske, 1998; Shapiro, 1995, 1998). Aunque otros análisis de componentes controlados han obtenido resultados positivos para los movimientos oculares en el pos-test (ej, Andrade et al., 1997; Feske y Goldstein, 1997; Gosselin y Matthews, 1995; D. Wilson et al., 1996; ver también Lipke, 1999) y los proyectos de sujeto único han hallado efectos positivos e “inconfundibles” de los movimientos oculares (ej., Lohr, Tolin, y Kleinknecht, 1995, 1996; Montgomery y Ayllon, 1994), muchos de estos estudios también están aquejados de una serie de problemas metodológicos (Shapiro, 1995, 1996). Para mayor confusión, se da el hecho de que algunos análisis de componentes (ej. Bauman y Melnyk, 1994; Pitman et al., 1996) han usado como placebo estímulos alternativos, que ya habían sido utilizados por quienes practican EMDR exitosamente desde hace años, como sustitutos efectivos de los movimientos oculares (Shapiro, 1991b, 1994, 1995). Por lo tanto, la imposibilidad de encontrar una diferencia entre los movimientos oculares y estos estímulos de control, aunque interesante, no implica que los movimientos oculares u otras formas de estimulación o atención alterna sean irrelevantes para el procedimiento. De esta manera, la infortunada e ineludible conclusión del examen de todos los análisis de componentes de EMDR implementados hasta ahora es que todavía no es posible una inequívoca determinación del peso de sus componentes (Feske, 1998). No obstante, como hemos visto, debe tenerse en cuenta que la significación de cualquier componente dado puede ser medida en forma diferente, según la población tratada. Con respecto a la aplicación al TEPT, eliminando los no-pacientes análogos y los estudios de veteranos de guerra con trauma múltiple que usaron menos de tres sesiones y/o proveyeron un tratamiento inapropiadamente restringido a uno o dos recuerdos, entre muchos, solo quedan tres estudios sobre TEPT que han sostenido en forma unánime la especificidad de los movimientos oculares. Estos estudios son: (a) Montgomery y Ayllon (1994) y D. Wilson et al., (1996), que documentaron claramente los efectos positivos aditivos de los movimientos oculares y (b) Renfrey y Spates (1994), que usaron seis/siete sujetos por célula en el pos-test y obtuvieron efectos marginalmente significativos ($p < .06$; C.R. Spates, comunicación personal) para la rapidez del cambio terapéutico comparados con los ojos fijos y concluyeron que los movimientos oculares eran “más eficaces” (p.238). Claramente, se deben llevar a cabo más investigaciones clínicas y científicamente válidas.

EMDR: LISTA DE DEBATE EN INTERNET

Página web del Instituto EMDR: <http://www.emdr.com>

Busque información actualizada sobre la investigación y eficacia de EMDR, calendarios actuales de entrenamiento en todo el mundo, contactos con patrocinadores regionales, libros publicados sobre EMDR e información sobre EMDR- Programas de Asistencia Humanitaria.

Lista de Debate del Instituto EMDR

Está invitado a integrar la Lista de Debate, un foro electrónico creado para ampliar la comprensión y desarrollo de las aplicaciones clínicas de EMDR y para alentar la discusión sobre su teoría e investigación.

Se trata de una lista abierta.

Para participar es necesario contar con una dirección de correo electrónico.

Las contribuciones al debate incluyen:

- Preguntas y comentarios sobre los protocolos clínicos, tratamiento y cuestiones teóricas de EMDR.
- Información sobre libros y artículos publicados sobre EMDR y temas afines
- Descripciones o preguntas sobre casos ineteresantes o difíciles
- Innovaciones en la práctica clínica avaladas por datos de resultados
- Preguntas y comentarios sobre la investigación relativa a EMDR
- Propuestas (incluyendo ideas “globo de ensayo”) para la investigación
- Cuestiones sobre los estándares de la práctica clínica y la investigación de EMDR
- Debate o sugerencias sobre los proyectos humanitarios de EMDR
- Oportunidades para presentaciones profesionales de EMDR a terapeutas e investigadores que hayan tomado el curso de Entrenamiento Básico o un curso de cinco días y acuerden someterse al foro.

Cómo suscribirse la la Lista de Debate del Instituto EMDR

Envíe una solicitud de suscripción a: http://lists.emdr.com/mailman/listinfo/emdr_lists.emdr.com

Siga las directivas, incluyendo su dirección de correo electrónico y su nombre completo.

1. Líderes (titulares de la lista)

Envíe sus preguntas sobre temas o pautas de la lista a:

roykiessling@cinci.rr.com Roy Kiessling, LISW, Facilitador del Instituto EMDR
(513)-324-3637 Moderador de la Lista

2. Para suscripciones y problemas de correo, contáctese con:

inst@emdr.com Technical Liaison
(831)-761-1040 EMDR Institute IncPO Box 750 Watsonville CA 95077



EMDR Institute PO Box 750 Watsonville CA 95077
 Tel: 831-761-1040 Fax: 831-761-1204 www.emdr.com

FORMULARIO PARA COMPRA DE LIBROS Y VIDEOS

- ***Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols & Procedures*** - F Shapiro **\$55** Lectura obligatoria
- ***EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma***- F Shapiro y M Forrest **\$18** Obligatorio
 Recomendado para terapeutas y pacientes
 Call 800-810-4145x503 para ordenar cantidades
- ***Handbook of EMDR & Family Therapy Processes*** **\$55** Obligatorio
 Edited by F Shapiro, F Kaslow & L Maxfield
- ***EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach*** **\$50** Recomendado
 Edited by F Shapiro
- ***EMDR: Working with Grief***-F Shapiro DVD **\$80** Recomendado

TRAUMA Y APLICACIONES GENERALES

- ***EMDR and Psychotherapy Integration***- H Lipke **\$50**
- ***Light in the Heart of Darkness: EMDR & the Treatment of War and Terrorism Survivors*** - S Silver & S Rogers **\$32**
- ***EMDR in Treatment of Adults Abused as Children*** **\$30**
 L Parnell
- ***EMDR: A Closer Look***-Video **\$95**
- ***EMDR for Trauma-APA Psychotherapy Video Series II*** **\$99**
- ***EMDR and the Relational Imperative: The Therapeutic EMDR Treatment*** M Dworkin **\$45** *Relationship in*
- ***EMDR Solutions: Pathways to Healing*** **\$37**
 Edited by R Shapiro

Niños

- ***Small Wonders***-J Lovett **\$28**
- ***Through The Eyes of a Child***- R Tinker & S Wilson **\$37**
- ***EMDR in Child & Adolescent Psychotherapy*** **\$40**
 R Greenwald

CINTAS DE AUTOAYUDA

- ***A Guided Meditation on Mindfulness of Process*** **\$12**
- ***Gratitude Contemplation: Loving Kindness Meditations*** **\$12**
 S & O Levine

_____ Total de todos los ítems

ENVÍO/CORREO

SOLO EEUU-Prioridad \$8 por1 item _____
 SOLO EEUU-Prioridad-Cada item adicional agregue \$4 _____
 Envios en California agregar 8% de impuesto _____

Otros países (aproximadamente 10 días)
La tarifa postal varía según el país _____

_____ **Envío Total**

_____ **TOTAL**
(Envío + Items)

FORMA DE PAGO SOLO EN MONEDA ESTADOUNIDENSE

Cheque u orden de pago

Pago contado_____

Visa Master Card AMEX Discovery

Card # _____ Fecha de Vencimiento _____

No se puede procesar la transacción sin la fecha de vencimiento

Nombre: _____ TE: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado/Prov.: _____ CódigoPostal: _____ País: _____



EMDR Programas de Asistencia Humanitaria
PO Box 6505, Hamden, CT 06517

TE: 203-288-4456 Email: emdrhap@emdrhap.org Página web: www.emdrhap.org

JUNTA DIRECTIVA

Francine Shapiro, PhD
Fundadora y Presidenta Emérita

Carol Forgash, CSW
Presidenta

William Stadtlander
Vice Presidente

Maudie Ritchie, MSW
Secretaria

Robbie Dunton, MA
Tesorero

Judith Boel, MED
Robert McClure, PhD
Gary Scarborough, LPC

Robert A. Gelbach, PhD
Director Ejecutivo

COMITÉ ASESOR

Laura S. Brown, P.D
Enoch Callaway, MD
Ruth Colvin
Charles Lawrence Hitt, Atty
John C. Norcross, PhD
Jonathan Sandoval, PhD
Jane Schuler-Repp
David Servan-Schreiber,
MD, PhD
Daniel J. Siegel, MD
Joan Ellen Zweben, PhD

Estimado colega:

EMDR- PAH es una organización sin fines de lucro que puede ser considerada el equivalente en salud mental a los Médicos sin Fronteras. Somos una red internacional de terapeutas voluntarios que han visto mejorías tan rápidas y drásticas de nuestros pacientes, usando EMDR que estamos ofreciendo una oportunidad de profunda curación a la gente que sufre de trauma en todo el mundo. EMDR es un poderoso agente de cambio y PAH busca engendrar un cambio profundo en nuestras comunidades locales y en la comunidad mundial proporcionando acceso al entrenamiento EMDR donde de otro modo resultaría inaccesible.

Patrocinados por donaciones privadas, los terapeutas/educadores de PAH han viajado a regiones aisladas por la guerra, lugares de catástrofe y naciones en desarrollo, proveyendo entrenamiento a los profesionales de la salud mental locales. Hemos proporcionado entrenamiento para terapeutas en sitios tales como Bosnia y Croacia, Irlanda del Norte, Kenia, Ucrania, Colombia, El Salvador, Medio Oriente, Indonesia y Bangladesh.

Los voluntarios han extendido la instrucción y apoyo de EMDR a comunidades carenciadas de los Estados Unidos y han sido pioneros en crear modos de aplicar los insights de EMDR para ampliar al público en general el conocimiento acerca del estrés traumático y llegar con un cuidado efectivo a las víctimas del trauma. Los esfuerzos dentro de los Estados Unidos incluyen el entrenamiento de terapeutas en los suburbios, tratando sobrevivientes y testigos de la violencia urbana, brindando ayuda a ex trabajadoras sexuales que sufren el trauma de una historia de abuso y explorando cómo EMDR puede romper el ciclo de violencia trabajando con el sistema carcelario.

Los voluntarios de PAH también proporcionan entrenamiento a los terapeutas locales que tratan a los sobrevivientes de catástrofes naturales y por obra del hombre. Estuvimos activos en Oklahoma después del atentado con explosivos, en las secuelas del accidente del vuelo 800 de TWA, en la respuesta a las inundaciones en Grand Forks, Dakota del Norte y después de la masacre en la escuela de Columbine. Después del 11-9 establecimos The Disaster Mental Health Recovery Network, un programa de derivación de más de 400 terapeutas ofreciendo gratis una intervención EMDR a todos aquellos que fueron impactados por los atentados terroristas. Más de 900 derivaciones se han hecho sólo en el área de la ciudad de Nueva York.

Dedicados a asistir a las víctimas del trauma en la curación de su dolor y la recuperación de sus vidas, nuestros clínicos proveen conocimientos sobre el trauma y entrenamiento EMDR sensible a las normas culturales de los sobrevivientes locales y sus terapeutas propios. También apoyamos la investigación y avance de un uso más efectivo de EMDR con propósitos humanitarios. Todos los voluntarios están entrenados en los métodos de EMDR y todos son graduados en el campo de la salud mental. PAH coordina esfuerzos y comparte recursos con las organizaciones locales de salud mental para proveer materiales de entrenamiento y gastos de viaje a los voluntarios.

Usted puede ayudarnos a continuar nuestro trabajo, donando generosamente cuanto le sea posible. Algunos donantes ofrecen el honorario de una sesión de EMDR. Sea cual sea, su donación libre de impuestos hace una gran diferencia para las víctimas del trauma en todo el mundo.

Con profunda gratitud

Robert A. Gelbach, Ph.D.

HAP es una organización 501(c) (3) bajo la ley federal.

To make a tax-deductible contribution, send a check to:
EMDR-HAP, PO Box 6505, Hamden, CT 06517

Para sostener a PAH, donaré la cantidad de: \$500 ___ \$300 ___ \$200 ___ \$125 ___ \$75 ___ Otra ___

Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____

Est/Prov. _____ CP _____ TE _____ E-mail _____

País _____

EMDR HAP: STAND DE PRODUCTOS

**Puede encontrar información útil sobre EMDR en
EMDR-HAP Lista en Internet.**

Una muestra de recursos disponibles para los nuevos terapeutas EMDR:

Laminated pictorial VOC and SUDS scale for Children

EMDR Progress Notes

Pain Control with EMDR Treatment Manual

Chemical Dependency Treatment Manual

Therapeutic Interweave in EMDR Manual

EMDR Introductory Video

Light Stream Relaxation Audio Tape

Empirically Evaluating EMDR with Single-Case Design

Treatment of Combat Related PTSD

EMDR Questionnaires

Handbook For EMDR Clients

Cintas de los Congresos Formativos del Instituto EMDR 1991-1995

Available at most EMDR Institute Trainings, or

Order Online at www.emdrhap.org/store.htm

FAX or US Mail: order form available on website

Order by Phone: 1-800-531-3640

EMDR Humanitarian Assistance Programs, Inc.

PO Box 6505, Hamden, CT 06517

Proceeds of the HAP Store support the EMDR Humanitarian Assistance Programs, Inc.

Support your growth in using EMDR, with helpful resources from the HAP Store.

Support the growth of EMDR as a resource for healing from trauma, through the work of HAP volunteers worldwide.

HAP is a 501(c) (3) organization under federal law
check written to:

To make a tax-deductible contribution, send a

EMDR-HAP, PO Box 6505, Hamden, CT 06517

Yes, I will donate the following amount to support HAP: \$500 ___ \$300 ___ \$200 ___ \$125 ___ \$75 ___ other ___

Name _____ Address _____ City _____

State _____ Zip _____ Phone _____ E-mail _____