

La evidencia del EMDR.

The New York Times Sección Salud.

2 de Marzo del 2012.

Esta semana, lectores del Blog de Consultas enviaron preguntas sobre el Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular (E.M.D.R, por sus siglas en inglés); terapia psicológica iniciada por la Dra. Francine Shapiro, que utiliza movimientos oculares y otros procedimientos para procesar recuerdos traumáticos. El uso de la terapia se ha incrementado para el tratamiento de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y otros traumas.

A continuación la Dra. Shapiro responde preguntas de los lectores sobre el estatus actual de la investigación sobre EMDR.

P. Mucha de la investigación apoyando el EMDR ha sido publicada por Francine Shapiro. Por favor comente los resultados de estudios empíricos conducidos por investigadores que no practiquen EMDR, tanto en pro como en contra.

J. Tyson Merrill, Ithaca, NY

P. Como Psicólogo Clínico y practicante científico entrenado en métodos de tratamiento basados en la evidencia, insto fuertemente a The Times para que ofrezca una presentación más balanceada de evidencia cuando presente una opinión “experta”. El bienestar psicológico de las personas (y el costo de sus tratamientos) están en juego cuando hablamos de lo que “funciona”

Susan, Hawaii

R. La Dra. Shapiro responde:

Numerosos lectores han preguntado sobre la investigación en EMDR. Invito al diálogo sobre los hallazgos o sobre mi interpretación de los estudios; he incluido una exhaustiva sección de referencia de los estudios publicados de EMDR, para permitir a los lectores interesados acceder directamente a ellos.

Ir a: <http://consults.blogs.nytimes.com/references-on-e-m-d-r/>

La terapia EMDR se recomienda como un tratamiento efectivo para TEPT en los lineamientos de práctica de un amplio rango de organizaciones, como la Asociación Psiquiátrica Americana (2004), el Departamento de Asuntos de Veteranos y el Departamento de Defensa (2010), la Sociedad Internacional de Estudios en Estrés Traumático (2009) y otras organizaciones en todo el mundo, incluidas Francia, Gran Bretaña, Holanda e Israel. La única excepción es un reporte publicado en 2007 por el Instituto de Medicina, que indicó que se necesitaba más investigación para establecer su eficacia. Desde entonces, se han conducido otros seis estudios aleatorios sobre la terapia EMDR.

Pruebas aleatorias sobre EMDR.

La efectividad de la terapia EMDR ha sido bien establecida como resultado de cerca de 20 estudios aleatorios controlados. Solo una de estas pruebas aleatorias fue conducida por mí; fue publicada en la Revista de Estrés Traumático en 1989. En ese punto, pensé que como yo había originado este abordaje terapéutico, era importante que la información fuera probada independientemente.

Algunos de los estudios iniciales fueron hechos a veteranos de guerra multitraumatizados, pero se llevaron a cabo solamente dos sesiones de terapia y se reportaron resultados mixtos o no significativos. (Por ejemplo, ver Boudewyns et al., 1993; Jensen, 1994). Estos estudios fueron criticados posteriormente tanto en el Departamento de Asuntos de Veteranos como en el Departamento de Defensa y la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático por usar dosis inadecuadas de tratamiento para esta población. (Ver DVA-DoD2004, 2010 y Chemtob et al, 2000). Un estudio subsecuente (Carlson et al., 1998) conducido en las instalaciones del Departamento de Asuntos de Veteranos, utilizó 12 sesiones de tratamiento y se reportó un 78% de remisión del TEPT.

En referencia a la cuestión de la investigación por no-practicantes de EMDR, todos los buenos estudios deben de incluir listas de chequeo de fidelidad, para asegurarse que los tratamientos se están haciendo correctamente. Todos los 20 estudios aleatorios han involucrado a personas que originalmente fueron entrenadas en otros abordajes antes de evaluar la terapia EMDR.

Por ejemplo, el primer resultado de una investigación clínica en civiles empleando EMDR en Estados Unidos fue publicado en la Revista de Psicología Clínica y Consultas en 1995, con un seguimiento de 15 meses publicado en 1997 (Wilson, Becker y Tinker, 1995, 1997). El principal investigador fue un estudiante para su tesis y el segundo autor fue su consejero en la facultad; ambos habían sido entrenados anteriormente en una variedad de enfoques. La investigación reportó una remisión del 84% en aquellos que presentaban TEPT debido a un solo incidente traumático después de tres sesiones de 90 minutos.

El segundo estudio aleatorio de EMDR en civiles (Rothbaum, 1997), fue conducido por un destacado investigador de terapia cognitivo conductual. Reportó una remisión del 90% del TEPT en víctimas de asalto sexual después de tres sesiones de 90 minutos. El tercer estudio en civiles lo financió Kaiser Permanente (Marcus et al., 1997, 2004) y reportaron que después de un promedio de seis de 50 minutos, el 100% de víctimas de trauma simple y 77% de víctimas de traumas múltiples, ya no tenían más el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

El resto de los estudios aleatorios a la fecha, han continuado generalmente mostrando rangos sustanciales de éxito (Señalados con el término “efectivo” por los investigadores) con grupos de traumas diversos.

Placebo, Terapeuta y Expectativa de Efectos.

P. ¿Puede comentar sobre la percepción de que la eficacia de EMDR se debe a placebos o al efecto de expectativa del paciente?

ELN, Vermont

P. ¿Cómo han controlado los estudios el efecto de los cuidados y ambiente de apoyo que proporciona el/la terapeuta?

PinkFreud, California

R. Responde la Dra. Shapiro:

Varios lectores preguntaron si los efectos de EMDR pueden ser atribuidos al efecto placebo, o a las expectativas del cliente, o quizá a los poderosos efectos de la alianza terapéutica. Los estudios de

investigación son diseñados para controlar y descartar estos factores potencialmente confusos, haciendo que los terapeutas den dos tratamientos distintos. Existen actualmente 16 pruebas clínicas en las que EMDR ha sido comparado con otras terapias. Los efectos de la investigación en EMDR indican que el resultado puede ser directamente atribuido a este tratamiento.

Algunos estudios que examinaron si las expectativas del paciente estaban relacionadas al resultado, no mostraron que estas jugaran ningún papel en el tratamiento con EMDR. (Por ejemplo, ver Gosselin y Matthews, 1995). Otras pruebas clínicas han examinado el efecto placebo directamente; por ejemplo, un estudio comparó el uso de EMDR contra el uso de una píldora placebo, y se encontró que el resultado con EMDR fue superior para aquellos participantes que completaron la terapia. (Van der Kolk et al., 2007).

Otro estudio controlado encontró EMDR superior a la terapia ecléctica que emplea una variedad de abordajes psicológicos (Edmonds, Rubin and Wambach, 1999). Un estudio adicional que evaluó la percepción de los participantes del EMDR comparado con otras terapias (Edmonds, Sloan y McCarty, 2004) concluyó que las narraciones de los sobrevivientes indicaron que EMDR produce mayor resolución del trauma, mientras que con la terapia ecléctica, los participantes dieron mayor valor a su relación con sus terapeutas, a través de quienes aprendieron estrategias efectivas de afrontamiento. Estos hallazgos no implican que la relación terapéutica no sea importante en EMDR, pero sí que EMDR enfatiza las capacidades curativas innatas que requieren de un mínimo de “intrusión” clínica.

Comparando EMDR con la Terapia de Exposición.

P. ¿Como responde usted a los numerosos estudios que han mostrado que los resultados de EMDR no tienen nada que ver realmente con los “movimientos oculares” y aparentan ser explicados por la parte de la “exposición” en el tratamiento en EMDR (por ejemplo el contar su historia)? ¿Es EMDR (como siempre lo he sospechado) solo otra versión de exposición prolongada que utiliza los chasquidos de dedos, el movimiento de manos o barras de luces para inducir movimientos oculares que no tienen relevancia clínica?

Levin, San Diego

P. Soy psicólogo y he sido sometido al tratamiento EMDR. Mi percepción, como la de otros investigadores, es que el componente curativo es el uso de la imaginación (para exposición y desensibilización), como el cliente siente su salida a través de sus miedos, y que hay carencia de una evidencia fuerte de que el reproceso bilateral sea necesario.

PinkFreud, California

R. Responde la Dra. Shapiro:

Primero, sería útil describir brevemente como EMDR y la terapia de exposición prolongada difieren, para aquellos que no están familiarizados con ello.

La terapia EMDR es un abordaje de 8 fases. Durante el reprocesamiento de la memoria, el cliente recuerda el evento perturbador por un corto periodo (por ejemplo, 30 segundos) mientras simultáneamente recibe estimulación bilateral que consiste en mover los ojos de lado a lado, vibraciones o movimientos táctiles en diferentes lados del cuerpo, o tonos dirigidos a un oído y luego al otro, con el uso de audífonos. Surgen nuevas asociaciones y con frecuencia se convierten en el nuevo foco o punto de atención. No se requiere tarea en casa y no se le pide al cliente que describa el recuerdo

a detalle. El objetivo es dejar que el sistema de procesamiento de información del cerebro haga nuevas conexiones internas mientras el cliente se enfoca en pensamientos, emociones, recuerdos y otras asociaciones que se hacen libremente durante la estimulación bilateral.

Algunos investigadores de la de terapia de exposición (Marks et al., 1998) han propuesto que este tipo de exposición breve debería hacer que la gente empeorase. En contraste, en la terapia de exposición prolongada, los clientes se enfocan intensamente en describir el recuerdo traumático a detalle, como si lo estuvieran reviviendo. La narración se repite usualmente dos a tres veces durante la sesión de terapia, y es grabada. Después se le asigna al cliente la tarea de escuchar en casa la grabación y de participar en la exposición “en vivo”, lo que involucra el ir a ambientes provocadores de ansiedad , previamente evitados, para permitir que se habitúen a ellos.

Nueve estudios aleatorios han comparado la terapia EMDR con varias formas de terapia cognitivo conductual cognitiva conteniendo terapia de exposición, con o sin agregar terapia cognitiva. Meta-Análisis que obtuvieron información de todos los estudios han reportado efectos comparables. En todos excepto uno de los estudios individuales, EMDR mostró ser igual o superior (en algunas mediciones) a la terapia cognitiva conductual.

La excepción (Taylor et al., 2003) comparó ocho sesiones de EMDR con ocho sesiones de terapia cognitiva conductual (TCC). El componente de la TCC consistió en cuatro sesiones de exposición imaginal, en la que el cliente mantiene en su mente el evento traumático mientras lo describe a detalle, más cuatro sesiones de exposición en vivo, con ayuda del terapeuta en las que éste acompaña al cliente a ambientes provocadores de ansiedad, más una hora diaria de tarea en casa, totalizando alrededor de 50 horas de tratamiento. El componente de EMDR utilizó únicamente sesiones estándar de terapia (hora y media) sin tareas adicionales y sin exposición en vivo. La TCC fue superior en algunas mediciones.

Otro estudio (Ironson et al., 2002) comparó EMDR y la exposición prolongada, y utilizó tareas en vivo en ambos grupos. Se encontró que mientras ambos enfoques dieron como resultado una mejoría substancial, el 70% de los participantes en EMDR lograron un buen resultado en tres sesiones activas del tratamiento comparado al 17% de quienes participaron en el grupo de exposición prolongada. EMDR tuvo también menos deserción (ninguna, contra el 30% en el grupo de exposición prolongada).

Otro estudio patrocinado por el Instituto Nacional de Salud Mental que fue conducido por un reconocido investigador de la terapia de exposición (Rothbaum et al., 2005) encontró que tanto EMDR como la exposición prolongada fueron efectivos y declaró: “Una interesante implicación clínica potencial, es que EMDR pareció ser igualmente bueno en lo substancial, a pesar de la menor exposición y a no requerir tareas. Será importante para futuras investigaciones, explorar estas cuestiones”.

¿Que tan importante son los movimientos oculares en EMDR?

P. ¿Ha podido usted probar que los movimientos oculares por si mismos juegan un papel verdaderamente clínico, y de ser así, que evidencia ha obtenido para mostrar que así es?

Levin, San Diego

R. Responde la Dra. Shapiro:

Numerosos estudios de análisis de componentes fueron conducidos en los años 90s en un intento de

comparar EMDR con movimientos oculares y EMDR sin ellos. Un meta-análisis de esos estudios encontró que no había efecto por los movimientos oculares (Davidson y Parker, 2001). Un equipo de trabajo de la Sociedad Internacional de Estudios en Estrés Traumático (Chemtob et al. 2000) que evaluó la investigación incluida en el meta-análisis declaró: “En general, los estudios revisados aquí proporcionaron poco soporte a la hipótesis de que los movimientos oculares eran críticos para los efectos de EMDR. Sin embargo, no se puede dar una conclusión final en relación a esta cuestión debido a que lo impiden las limitaciones metodológicas de los distintos estudios... incluyendo el tratamiento de sujetos refractarios, una cuestionable adecuada dosis de tratamiento y fidelidad al protocolo, y un poder limitado debido a la pequeñez de las muestras.

Esta área sigue sujeta a controversia y ha atraído la atención de numerosos investigadores de la memoria. En la década pasada, cerca de 20 pruebas aleatorias han evaluado el movimiento ocular aisladamente. Compararon los movimientos oculares con condiciones de solo exposición y consistentemente reportaron efectos significativamente superiores para los grupos con movimientos oculares comparados con los que no se utilizó.

Estos estudios exploraron varias teorías acerca de los efectos de los movimientos oculares y dos teorías dominantes han surgido: que los movimientos oculares (1) interfieren con los procesos de la memoria de trabajo (Van Den Hout et al., 2011) y (2) que se vinculan con los mismos procesos que ocurren durante el sueño REM (Movimiento Ocular Rápido por sus siglas en inglés) (Stickgold, 2002). En sustento de estas teorías, se ha demostrado que los movimientos oculares disminuyen la emocionalidad y la viveza de las memorias, creando respuestas de relajación psicológica, facilitando el acceso a memorias asociativas y conduciendo a un incremento en el reconocimiento de información que es verdadera.

De acuerdo a la teoría de la memoria de trabajo los beneficios ocurren cuando la limitada capacidad de esta memoria se carga por el enfoque simultáneo en la tarea de atención dual (movimientos oculares) y la memoria negativa. Debido a los recursos limitados, las memorias se hacen menos vívidas, menos completas y menos emocionales. Esta teoría es sustentada por numerosos estudios aleatorios que han mostrado que los movimientos oculares laterales reducen la viveza auto-evaluada o el efecto emocional de los recuerdos autobiográficos no placenteros (Por ejemplo, Barrowcliff et al., 2010, 2011; Kavanagh, Freese, Andrade y May, 2001; Maxfield, Melnyk y Hayman, 2008; Schubert et al., 2010; Van Den Hout et al., 2001, 2011).

La teoría de que los movimientos oculares se vinculan a los mismos procesos que ocurren durante el sueño REM se sustenta por la investigación que ha demostrado los efectos de los movimientos oculares en estados psicológicos y recuperación de la memoria. EMDR ha demostrado, tanto en estudios aleatorios como no aleatorios empleando medidas fisiológicas, que los movimientos oculares inducen a un estado de relajación o disminución de la excitación fisio-psicológica (Elofsson et al. 2008; Sack et al., 2008) (Barrowcliff et al. 2004; Schubert et al., 2011).

Una hipótesis es que la respuesta de relajación es una reacción a los cambios en el ambiente, parte de una respuesta orientadora que es provocada por los cambios de atención causados por la estimulación bilateral repetida, que resulta en procesos similares a los que ocurren durante el sueño REM (Stickgold 2002, 2008). Mayor sustento para la teoría del sueño REM se encuentra en numerosas pruebas aleatorias que indican que el movimiento ocular sacádico (tan rápido como lo tolere el paciente) mejora la recuperación de la memoria episódica, incrementa el reconocimiento de información verdadera y mejora ciertas mediciones de atención (por ejemplo, Christman et al., 2003, 2006; Kuiken

et al., 2002, 2010; Parker, Relph y Dagnall, 2008; Parker, Buckley y Dagnall, 2009; Parker y Dagnall, 2010).

Aun así, la controversia continúa en relación a por qué EMDR funciona. Es posible que tanto la teoría de la memoria de trabajo como la del sueño REM sean correctas y que sus mecanismos interactúan cinécticamente. Esperamos los resultados de pruebas aleatorias controladas para poder determinar el papel que los movimientos oculares y otros tipos de estimulación bilateral tienen en el resultado del tratamiento, independientemente de los otros procedimientos de EMDR.

La Dra. Shapiro estará atendiendo preguntas adicionales de los lectores acerca de la terapia EMDR en próximas ediciones. Debido a la programación editorial y de publicaciones, más respuestas serán incluidas a mediados de marzo. Por favor revisa de nuevo en el blog de Consultas.