



EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE
DESENSIBILIZACIÓN Y
REPROCESAMIENTO POR
MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR), EN
EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO
POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
ADULTOS: UNA REVISIÓN DE
LITERATURA RECIENTE

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

BROOKE STEPHANIE GARAY WARTHON
ROSELYNN HUAMAN APARICIO

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR

DRA. JENNIFER FIORELLA YUCRA CAMPOSANO

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

MG. GUISELLA VANESSA MENDOZA CHAVEZ

PRESIDENTE

MG. CORI RAQUEL ITURREGUI PAUCAR

VOCAL

MG. BRIGITTE ANA LUCIA AGUILAR SALCEDO

SECRETARIO (A)

DEDICATORIA

Brooke Stéphanie Garay Warthon:

A Dios y a mis queridos padres. Este trabajo es un tributo a su legado y a la eterna admiración que siento por Ustedes. Gracias por encaminarme en las sendas del estudio. A mis hermanos y primo Bruce por sus enseñanzas y motivación constante.

Roselynn Huaman Aparicio:

A Dios que nos acompañó y permitió vivir esta gran experiencia de aprendizaje. A mis padres, hermanos y mi esposo, quienes siempre me apoyaron incondicionalmente y nunca permitieron que me rindiera.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra asesora, por su valiosa enseñanza, su constante disposición y comprensión para atender nuestras consultas. Su apoyo ha sido fundamental en la realización del presente trabajo de investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis Autofinanciada.



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	GARAY WARTHON BROOKE STEPHANIE
2.	HUAMAN APARICIO ROSELYNN

Pertenecientes al programa de la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, autores del trabajo titulado: **EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE DESENSIBILIZACIÓN Y REPROCESAMIENTO POR MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR), EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN ADULTOS: UNA REVISIÓN DE LITERATURA RECIENTE**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA bajo la modalidad de TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	YUCRA CAMPOSANO JENNIFER FIORELLA	FAPSI	MAESTRÍA

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de 13%, según el reporte emitido por el software Turnitin® (Identificador de entrega: 2762044095; fecha de entrega: 25-09-2025).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: Lima, 25 de setiembre de 2025

Firma del asesor
N° DNI: 44745102
ORCID: 0000-0002-2014-1690

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

1. Identificación del problema	1
1.1. Objetivos de la investigación	5
II. DESARROLLO DEL ESTUDIO	6
2. Métodos.....	6
2.1. Criterios de elegibilidad	6
2.2. Fuentes de información	7
2.3. Búsqueda	7
2.4. Selección de estudios	8
2.5. Lista de datos.....	9
2.6. Síntesis de resultados	11
3. Resultados	12
3.1. En función a la efectividad de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en el tratamiento del TEPT en adultos.....	34
3.2. En función a la efectividad de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en comparación con otros enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento del TEPT	36
3.3. En función a la efectividad de la terapia EMDR, según el tipo de trauma	38
3.4. En función a la influencia de la duración del protocolo de tratamiento en la efectividad de la terapia EMDR	43
3.5 En función a las limitaciones, controversias y vacíos en los estudios revisados sobre la efectividad de la terapia EMDR	54
4. Discusión	56
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
5. Conclusiones.....	64
6. Recomendaciones	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

RESUMEN

El TEPT es una condición frecuente y con un alto impacto funcional, cuya ocurrencia ha aumentado en situaciones de crisis como la pandemia del COVID-19. A pesar de que existen tratamientos efectivos, el estigma y las dificultades de acceso dificultan su atención adecuada. En este escenario, la terapia de EMDR ha mostrado una eficacia creciente, destacándose por su estructura y menor necesidad de verbalización en comparación con otras terapias enfocadas en el trauma. Esta revisión de literatura analizó investigaciones recientes sobre la eficacia del EMDR en adultos diagnosticados con TEPT, seleccionadas bajo criterios de inclusión definidos y examinadas de manera crítica para identificar hallazgos relevantes y vacíos en la evidencia disponible.

Los hallazgos muestran que el EMDR es efectivo para disminuir los síntomas postraumáticos, con una eficacia similar a la terapia cognitivo-conductual y ciertas ventajas en casos de traumas simples. No obstante, su efectividad en traumas complejos y la duración ideal del tratamiento aún son tema de discusión. Entre las principales debilidades metodológicas se identificaron la falta de controles adecuados, la variabilidad en la capacitación de los terapeutas y la escasa representación de diversas poblaciones clínicas. Estas carencias resaltan la necesidad de más investigaciones empíricas y teóricas. En síntesis, el EMDR se presenta como una opción prometedora para el tratamiento del TEPT, aunque para consolidarse como una terapia de primera línea debe enfrentar retos relacionados con su estandarización, aplicabilidad y sustentación neurobiológica.

PALABRAS CLAVE

TEPT, EMDR, Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular,
Trastorno por estrés postraumático, adultos.

ABSTRACT

PTSD is a common condition with a high functional impact, and its occurrence has increased in crisis situations such as the COVID-19 pandemic. Despite the existence of effective treatments, stigma and access difficulties hinder adequate treatment. In this context, EMDR therapy has shown increasing efficacy, standing out for its structure and reduced need for verbalization compared to other trauma-focused therapies.

This literature review analyzed recent research on the efficacy of EMDR in adults diagnosed with PTSD, selected under defined inclusion criteria and critically examined to identify relevant findings and gaps in the available evidence. The findings show that EMDR is effective in reducing post-traumatic symptoms, with similar efficacy to cognitive-behavioral therapy and certain advantages in cases of simple trauma. However, its effectiveness in complex trauma and the ideal duration of treatment are still a matter of debate.

The main methodological weaknesses identified were a lack of adequate controls, variability in therapist training, and poor representation of diverse clinical populations. These shortcomings highlight the need for further empirical and theoretical research.

In summary, EMDR presents itself as a promising option for the treatment of PTSD, although its consolidation as a first-line therapy requires challenges related to its standardization, applicability, and neurobiological support.

KEYWORDS

PTSD, EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Posttraumatic Stress Disorder, adults.

I. INTRODUCCIÓN

1. Identificación del problema

La carga global de las alteraciones de la salud psíquica constituye actualmente uno de los mayores retos sanitarios contemporáneos, con aproximadamente 970 millones de individuos afectados según registros epidemiológicos de 2019, lo que representa aproximadamente el 12,5% de la población mundial. Entre la diversidad de cuadros clínicos documentados, los trastornos ansiosos y depresivos han experimentado incrementos particularmente acelerados a consecuencia de la reciente crisis sanitaria global, con alzas documentadas del 26% y 28% respectivamente solo durante 2020. Pese a la existencia de abordajes preventivos y terapéuticos con eficacia demostrada, múltiples obstáculos impiden su adecuada implementación; particularmente la estigmatización, las prácticas discriminatorias y las vulneraciones a los derechos fundamentales que experimentan quienes padecen estas condiciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

El TEPT representa una alteración psicopatológica desencadenada por eventos de carácter abrumador o amenazante, que implican un peligro sustancial para la integridad física o psicológica del individuo. La trayectoria evolutiva y las fases críticas de esta condición se evidencian particularmente en contextos de calamidad colectiva como crisis sanitarias, confrontaciones bélicas, catástrofes naturales o emergencias sociales significativas. Esta dinámica se observó claramente durante la propagación mundial del agente patógeno SARS-CoV-2, con manifestaciones documentadas en diversos territorios como la República Popular China (Kang et al., 2020), la República Italiana (Forte et al., 2020), el Reino de

España (Parrado & León, 2020) y otras regiones afectadas (Wang, 2020). La literatura especializada señala que circunstancias altamente estresoras, como las experimentadas durante la contingencia pandémica, configuran escenarios propicios para la emergencia sintomatológica característica del TEPT (Villca et al., 2022).

El DSM-5 (2022) organiza los síntomas del TEPT en cuatro áreas principales: la reexperimentación involuntaria del evento traumático (recuerdos no deseados, pesadillas perturbadoras, episodios disociativos o un gran malestar frente a señales relacionadas); la evitación continua de recuerdos, pensamientos o situaciones conectadas al trauma; las alteraciones negativas en la forma de pensar y en el estado emocional, que se manifiestan como percepciones distorsionadas, emociones negativas persistentes, desconexión con los demás o dificultad para sentir emociones positivas y, por último, los cambios significativos en la activación y la reactividad, que incluyen irritabilidad, hipervigilancia, sobresaltos intensos, problemas para concentrarse o alteraciones en el sueño.

La aceptación profesional del enfoque EMDR ha experimentado un ascenso exponencial en las comunidades clínicas internacionales, evidenciándose tanto en la proliferación de programas formativos especializados como en su creciente implementación en contextos sanitarios a través del continente europeo. Particularmente significativo resulta el incremento sustancial de contribuciones académicas indexadas en repositorios científicos como PubMed que documentan su efectividad en la remisión sintomatológica del TEPT (Novo et al., 2018).

La EMDR se caracteriza y distingue de la mayoría de las terapias psicológicas para el TEPT por su flexibilidad a la hora de su aplicación lo que

difiere de la terapia cognitivo conductual (TCC) enfocada en el trauma, la EMDR no implica cuestionar directamente las creencias, la exposición prolongada ni las tareas para casa (Shapiro, 2001).

Molero et al. (2024), infieren que tras los últimos años se han publicado estudios en relación a la intervención con protocolos para el abordaje de población con TEPT, que desarrollaron secuelas crónicas que traumatizaron al individuo (Mainthow et al., 2022). Por lo tanto, la evidencia proporcionada por su estudio respalda la efectividad del tratamiento centrado en el trauma mediante la terapia EMDR y la terapia cognitivo-conductual, lo que contribuye al alivio de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y de los síntomas afectivos.

La terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR) ha ganado terreno como una intervención eficaz en el tratamiento de distintos trastornos psicológicos, particularmente en contextos relacionados con trauma. En este sentido, Hafkemeijer et al. (2024) evaluaron su aplicación en personas con trastornos de personalidad, hallando que la EMDR no solo constituye una opción de preferencia para abordar el trauma, sino que también resulta seguro en la reducción de sintomatología angustiosa e ideaciones autolíticas. Complementariamente, Wright et al. (2024) afirman que, al tratarse de una intervención protocolizada y de fácil implementación, la EMDR representa una alternativa especialmente útil en contextos clínicos con recursos humanos limitados. A ello se suma la evidencia proporcionada por Mavranezouli et al. (2020), quienes, en una revisión exhaustiva sobre costo-efectividad de tratamientos para el TEPT, concluyeron que la EMDR es la opción terapéutica más económica disponible hasta el momento. No obstante, pese a los resultados alentadores, se

advierte la necesidad de realizar estudios adicionales, especialmente ensayos clínicos aleatorizados (RCT) a gran escala y en diversas poblaciones internacionales, que permitan fortalecer la evidencia empírica disponible.

Otros hallazgos refuerzan la versatilidad de la EMDR más allá del TEPT. Bulnes (2021) destacó su aplicabilidad en otros trastornos clínicos, resaltando cómo su uso ha adquirido mayor relevancia en la práctica profesional. Sin embargo, también existen posturas críticas. Herbert et al. (2000), por ejemplo, cuestionaron la eficacia diferencial de la EMDR, al señalar que sus efectos no superan a los de los componentes específicos del tratamiento, y que aún no se cuenta con suficiente respaldo empírico para validar sus beneficios de forma concluyente. En la misma línea, investigaciones como la de Cubre et al. (2021) ponen en duda la eficacia de la EMDR como intervención temprana en personas recientemente expuestas a eventos traumáticos, reforzando la necesidad de más investigación rigurosa en este ámbito.

A la luz de estos antecedentes, el presente trabajo de revisión se orienta a profundizar en los riesgos que enfrentan las personas que han atravesado experiencias traumáticas y en el papel de la EMDR como estrategia de intervención clínica (Yılmaz et al., 2022). Lejos de limitarse a la descripción de la sintomatología del TEPT, se reconoce que esta condición compromete seriamente la salud mental y física del individuo, favorece la cronificación del malestar psicológico y conlleva un deterioro clínicamente significativo en múltiples dominios del funcionamiento personal, familiar y social (DSM-5, 2023).

Finalmente, resulta pertinente destacar que, a partir del año 2020, se ha observado un aumento considerable en la producción científica relacionada con la

EMDR, en gran parte motivado por la necesidad de atención psicológica derivada de la pandemia por SARS-CoV-2. Este contexto ha permitido visibilizar la flexibilidad y aplicabilidad de la EMDR para atender a personas con sintomatología asociada al TEPT en diversos entornos y circunstancias (Villca et al., 2022), consolidándose, así como una alternativa de intervención con potencial creciente en la psicoterapia contemporánea.

La presente investigación se justifica en la medida en que proporcionará datos y recomendaciones relevantes sobre la eficacia de la EMDR en el tratamiento del TEPT. De este modo, busca convertirse en un referente para fomentar su aplicación en el proceso psicoterapéutico y contribuir al cumplimiento de los objetivos planteados. Asimismo, se espera que este estudio permita un análisis crítico de la evidencia recopilada.

Esta revisión de literatura busca abordar la pregunta de investigación:

¿Qué se ha reportado en la literatura científica sobre la efectividad de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en el tratamiento del trastorno por estrés postraumático en adultos?

1.1. Objetivos de la investigación

Objetivos generales

Analizar críticamente la literatura científica sobre la efectividad de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en el tratamiento del TEPT en adultos.

Objetivos específicos

- Analizar la efectividad de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en

comparación con otros enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento del TEPT, según la evidencia científica recopilada.

- Comparar los resultados de los estudios revisados en relación con la efectividad de la terapia EMDR, según el tipo de trauma.
- Analizar la influencia de la duración del protocolo de tratamiento en la efectividad de la terapia EMDR, según la literatura científica revisada.
- Identificar las limitaciones, controversias y vacíos en los estudios revisados sobre la efectividad de la terapia EMDR.

II. DESARROLLO DEL ESTUDIO

2. Métodos

La presente revisión crítica literaria está sustentada por Grant y Booth, (2009), Paré et al. (2015) y Samanni et al. (2017), quienes manifiestan que estos estudios brindan resúmenes breves y detallados, con el propósito de evaluar de manera críticamente la efectividad y calidad de los recursos citados. Va más allá de la mera descripción para incluir un grado de análisis e innovación conceptual. Por lo general, dan como resultado una hipótesis o un modelo, sobre el cual, el lector puede hacerse un juicio sobre el tema de interés. Buscan identificar los elementos más significativos en el campo, extrayendo información de manera crítica, para encarnar la teoría existente o derivar en una nueva.

2.1. Criterios de elegibilidad

Para proporcionar la validez científica y metodológica a la revisión, y adquirir resultados óptimos, transparentes y sólidos se consideró los siguientes aspectos en los criterios de inclusión; artículos científicos donde la población tiene

un diagnóstico primario y secundario de TEPT según el DSM-V, adultos entre 18 a 65 años de edad, se incluyó estudios en español e inglés por razones de cobertura internacional y estandarización terminológica, y estudios científicos que se encontraron en los últimos 10 años de publicación.

Se incluyeron estudios empíricos, abarcando diseños experimentales (Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)) y cuasi-experimentales.

En relación a los criterios de exclusión, no se consideran estudios con enfoques psicoterapéuticos que excluyeron la terapia EMDR, revisiones narrativas, investigaciones de pregrado y artículos cuya población de estudio no tuviera diagnóstico clínico de TEPT, o que se centraran exclusivamente en intervenciones farmacológicas sin componentes psicoterapéuticos.

2.2. Fuentes de información

Con el propósito de implementar una estrategia bibliográfica exhaustiva y multidimensional, se emplearon diferentes plataformas digitales especializadas, incluyendo Scopus, Web of Science y PubMed, elegidas por su reconocimiento global y su extensa cobertura de publicaciones científicas. Además, se tomaron en cuenta investigaciones académicas que estaban accesibles en repositorios institucionales que cuentan con acreditación.

2.3. Búsqueda

La estrategia de búsqueda bibliográfica implementó diversos descriptores y sus combinaciones mediante operadores lógicos: "adultos", "EMDR", "estrés post traumático", "TEPT", "eficacia terapéutica", "resultados clínicos"; "adults", "young adults", "adulthood", "maturity", "older adults", "eye movement therapy", trauma,

flashbacks, "post-traumatic stress disorder". Las construcciones sintácticas se articularon mediante los conectores lógicos AND y OR para optimizar la sensibilidad y especificidad de la recuperación documental, restringiendo los resultados a publicaciones dentro de los últimos 10 años en idiomas español e inglés.

2.4. Selección de estudios

La metodología de selección implementó un proceso de revisión dual independiente, en el cual dos investigadoras evaluaron títulos y resúmenes de manera autónoma. Los estudios a incluir cumplieron con los siguientes criterios: (a) diseño experimental (Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)) o cuasi-experimental (b) muestra constituida por población adulta (18-65 años) con diagnóstico formal de TEPT y, (c) efectividad de la intervención.

La consulta en la base de datos generó un total de 34 registros analizados. Después de aplicar filtros y excluir, la cifra inicial se redujo a 17 registros. En la segunda revisión, que se llevó a cabo de manera independiente, se eliminaron aquellos registros que no estaban relacionados con trauma o TEPT, basándose en el título, palabras clave y un análisis del resumen. En esta segunda ronda de evaluación, realizada por las investigadoras, se eliminaron 7 registros duplicados, 3 no aptos y 7 descartados por otros motivos relacionados con el contenido. Los artículos estaban específicamente dirigidos a investigar la eficacia de la Terapia de EMDR en el tratamiento del TEPT en adultos, incluyendo resúmenes y documentos completos revisados por cada autor encontrado.

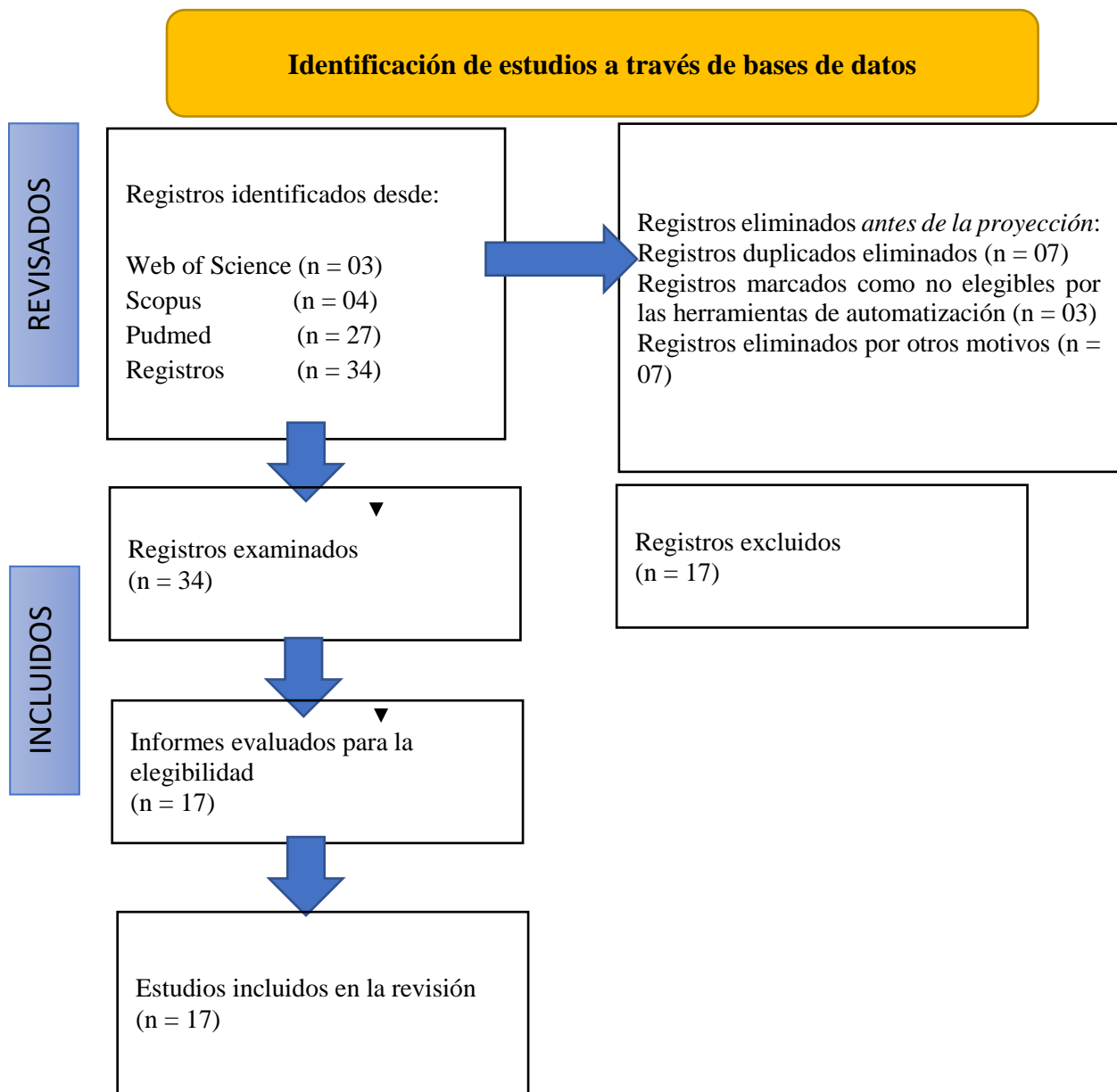
Para la selección de los artículos de investigación se aplicó un proceso sistemático que incluyó la identificación, evaluación y depuración de las fuentes disponibles (Figura 1).

2.5. Lista de datos

La extracción sistemática de datos incluye las siguientes variables: autor(es), año de publicación, objetivos, población, metodología, criterios de elegibilidad, resultados e interpretación psicológica. Estos datos fueron organizados en una matriz de análisis que facilitó la identificación de patrones y la síntesis temática de los hallazgos.

Figura 1

Diagrama de flujo de identificación de estudios a través de bases de datos



Nota. Esta figura representa el flujo de identificación de estudios a través de bases de datos. Adaptado de Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., & Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews.* *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

2.6. Síntesis de resultados

En términos generales, los resultados obtenidos a partir del proceso de revisión de los artículos científicos descritos en la Tabla. 1, evidencian que la efectividad de la terapia EMDR varía en función de diversos factores, tales como el contexto en el que se aplica, la duración del tratamiento, así como su combinación o complementariedad con otros enfoques psicoterapéuticos.

Los datos obtenidos de la revisión de literatura sugieren que el tratamiento intensivo tiene el potencial de mejorar el tratamiento eficiencia y reducir las tasas de abandono en comparación con los tratamientos ambulatorios tradicionales (Matthijssen, 2024), y en otros estudios los hallazgos indican como la intervención temprana posterior al trauma no ha observado resultados ante la aplicación de la terapia EMDR (Milou, 2021).

Las investigaciones han demostrado que la combinación de diferentes tratamientos basada en la evidencia para pacientes con TEPT en una modalidad hospitalaria intensiva, son un enfoque prometedor para aumentar la eficiencia y reducir las tasas de abandono generalmente altas (Matthijssen, 2024).

Wigard et al. (2024) y De Haan et al. (2020) han evidenciado la efectividad del tratamiento de EMDR, modificado según el tipo de trauma, para tratar el TEPT en adultos que han padecido traumas interpersonales en su infancia. Ambas investigaciones apoyan la implementación de métodos terapéuticos que sigan fases, donde se utiliza EMDR o terapia narrativa (NT) durante el periodo de trabajo sobre el trauma. En contraste, Palmer et al. (2023) no encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico en la remisión del TEPT entre los grupos que recibieron EMDR y aquellos que fueron tratados con otras modalidades psicológicas. Además, la investigación científica reciente

indica que la duración del protocolo de tratamiento EMDR tiene un impacto considerable en su eficacia, especialmente al abordar el TEPT, lo que resalta la importancia de personalizar la intervención según las características clínicas y la complejidad del trauma.

Wigard et al. (2024) y Daniëls et al. (2025) reportaron en sus investigaciones que los protocolos de EMDR de mayor duración, que comprenden entre 8 y 12 sesiones o más, tienden a asociarse con mejoras clínicas significativamente superiores, particularmente en pacientes con antecedentes de traumas complejos.

En resumen, los hallazgos indican que, a pesar de los resultados consistentemente reportados sobre la efectividad del EMDR en el tratamiento de diversos trastornos, es claro que se requiere una investigación más exhaustiva. Muchos estudios no proporcionan detalles suficientes sobre los métodos utilizados, ofrecen información limitada sobre la población con la que se trabajó o las variables que se midieron previamente, y ofrecen escasa información sobre los datos recopilados o las estadísticas que generan, si acaso las hay. La mayoría de las investigaciones carecen de la información necesaria para lograr una replicabilidad científica adecuada, lo que complica la posible relevancia de publicar esas investigaciones inconclusas y genera dudas y vacíos en la comunidad científica.

3. Resultados

Posterior al proceso de filtrado, y según se muestra en la Tabla 2, la información recopilada fue organizada en función de los objetivos generales y específicos del estudio. Los artículos de literatura científica seleccionados fueron

sometidos a un análisis crítico, con la finalidad de desarrollar cada uno de los objetivos tanto del general y de los específicos previamente establecidos.

Los resultados de la presente revisión se organizaron en cinco secciones principales: (1) Efectividad de la terapia de la EMDR en el tratamiento del TEPT en adultos, (2) en función a la efectividad de la EMDR en comparación con otros enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento del TEPT, (3) la efectividad de la terapia EMDR, según el tipo de trauma, (4) la influencia de la duración del protocolo de tratamiento en la efectividad de la terapia EMDR y (5) las limitaciones, controversias y vacíos en los estudios revisados sobre la efectividad de la terapia EMDR.

Tabla 1*Análisis de los estudios incluidos en la revisión*

Nº	Autor/ Año	Objetivos	Población	Metodología	Criterios de elegibilidad	Resultados
1	Lewis et al. (2020)	Reducir los síntomas de TEPT después del tratamiento de TCC Y EMDR, utilizando una medida estandarizada	Participantes asignados al azar, varió de 10 a 366 los cuales fueron de diferentes países. Adultos con estrés postraumático con una duración de 3 meses o más según criterios del DSM o CIE	Ensayo controlado aleatorio	Dentro de los criterios de elegibilidad se requirió de 70 % de los participantes del estudio tuvieran diagnóstico TEPT, con una duración de 3 meses o más, según criterios del DSM o CIE	Incluyeron 114 ensayos controlados aleatorios (ECA) de 8.171 participantes. Hubo evidencia robusta de que las terapias ampliamente definidas como TCC con un enfoque de trauma (TCCT), así como la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), tuvieron un efecto clínicamente importante
2	Wigard et al. (2024)	El propósito de este estudio fue comparar STAIR +(EMDR) vs. STAIR + Terapia narrativa (NT) como tratamientos para el TEPT después de un trauma de inicio en la	personas adultas que sufren TEPT después de abuso sexual o físico después de los 17 años (n = 68)	Ensayo controlado aleatorio	En total, se evaluó la elegibilidad de 92 participantes y se asignó aleatoriamente a 68, cumpliendo los siguientes criterios con diagnóstico de TEPT según DSM IV	Los análisis multinivel en la muestra por intención de tratar indicaron que los pacientes en ambos tratamientos mejoraron sustancialmente en la gravedad de los síntomas de TEPT (CAPS: d = 0,81 a 1,29; PDS: d = 1,68 a 2,15), así como en los niveles de síntomas de depresión, ansiedad, regulación emocional, disociación y habilidades interpersonales.

		infancia en un entorno clínico de rutina				
3	Boterhoven de Haan et al. (2020)	El propósito de este estudio fue comparar la efectividad de dos tratamientos centrados en el trauma, la reescritura de imágenes (ImRs) y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), para tratar el TEPT-C	Adultos entre 18 y 70 años con trastorno de estrés postraumático antes de los 16 años por experiencias infantiles	Ensayos clínicos aleatorizados	Reclutaron adultos con TEPT-C a causa de un trauma infantil antes de los 16 años de edad	Se incluyeron 155 participantes en el análisis por intención de tratar. Las tasas de abandono fueron bajas, del 7,7 %. Un modelo lineal generalizado mixto de medidas repetidas mostró que los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) evaluados por el observador; bajaron de forma significativa. Los resultados de la evaluación posterior al tratamiento de 8 semanas disminuyeron significativamente tanto en el caso de los ImR ($d = 1,72$) como en el de la EMDR ($d = 1,73$). Se observaron resultados similares con las medidas de resultado secundarias y los síntomas de TEPT autoinformados. No hubo diferencias significativas entre los dos tratamientos en ninguna medida estandarizada en el período posterior al tratamiento y en el seguimiento
4	Daniëls et al. (2025)	El propósito de la investigación de los ImR y la EMDR en el TEPT sobre los cambios en los modos de esquema puede ofrecer información	Pacientes entre 18 y 70 años diagnosticados con TEPT antes de los 16 años con traumas infantiles ($n = 114$)	Ensayo clínico aleatorizado	En total, 114 de los 155 pacientes del estudio IREM fueron incluidos en este análisis secundario. Se reclutaron pacientes de entre 18 y 70 años con un diagnóstico primario de	En ambos tratamientos, los pacientes informaron de grandes reducciones en los modos de esquema desadaptativos y mejoras en los modos de esquema adaptativos (d de Cohen = 0,941,18) desde el pretratamiento hasta el postratamiento, el seguimiento a las 8 semanas y el

		<p>sobre los efectos del tratamiento del TEPT en la patología de personalidad comórbida. Con este conocimiento, podemos mejorar las indicaciones de tratamiento para pacientes que sufren tanto TEPT-C como modos de esquema disfuncionales</p>		<p>TEPT debido a un trauma antes de los 16 años en los centros de atención de salud mental participantes</p>	<p>seguimiento a un año. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos ImR y EMDR en cuanto a los cambios en los modos de esquema a lo largo del tiempo. Los resultados indican el posible valor de ambos tratamientos para reducir la patología de personalidad comórbida.</p>	
5	Wibbelink et al. (2021)	<p>El objetivo del presente estudio es comparar los resultados del tratamiento de dos sesiones semanales frente a una semanal de dos tratamientos para el TEPT relacionado con el trauma infantil, la reescritura de imágenes (ImR) y la desensibilización y reprocesamiento por</p>	<p>Pacientes adultos con TEPT relacionado con un trauma infantil</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio</p>	<p>Los pacientes son elegibles si: (1) tienen entre 18 y 70 años de edad; (2) tienen un diagnóstico primario de TEPT según la evaluación de la Entrevista Clínica Estructural para el DSM5, (3) han experimentado el peor evento traumático (definido según el DSM5) antes de los 16 años; (4) han estado experimentando síntomas de TEPT durante más de 3 meses</p>	<p>La EMDR pareció ser la intervención más rentable para adultos con TEPT (con una probabilidad de 0,34 entre las 11 opciones evaluadas con un umbral de rentabilidad de £20 000/AVAC), seguida de terapias somáticas/cognitivas combinadas, autoayuda con apoyo, psicoeducación, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (TCCTF)</p>

movimientos oculares (EMDR)						
6	Wright et al. (2024)	Examinar la eficacia general de la desensibilización y la reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR) para reducir los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT)	La población objetivo fueron adultos con síntomas basales de TEPT superiores al umbral	Ensayos controlados aleatorios	La inclusión en el estudio se limitó a ECA que compararon EMDR con tratamientos activos. Los tratamientos activos incluyeron otros tratamientos psicológicos (por ejemplo, terapia de relajación, técnica de liberación emocional y psicoterapias cognitivo conductuales centradas en el trauma)	El IPDMA de una etapa no encontró diferencias significativas entre EMDR y otros tratamientos psicológicos en la reducción de la gravedad de los síntomas del TEPT ($\beta = -0,24$), logrando una respuesta ($\beta = 0,86$), alcanzar la remisión ($\beta = 1,05$) o reducir las tasas de abandono del tratamiento ($\beta = -0,25$)
7	Dozioa et al. (2024)	El objetivo principal de este estudio fue evaluar y comparar la efectividad de dos tipos de tratamiento del trauma en un contexto humanitario, administrados en grupo por terapeutas profesionales. Se trata de un protocolo de terapia cognitivo-conductual centrada	El estudio se realizó en la República Centroafricana, entre hombres y mujeres adultos con síntomas de TEPT; adultos (≥ 18 años)	Ensayos controlados aleatorios	Adultos (≥ 18 años) expuestos a eventos traumáticos fueron invitados a participar en sesiones de psicoeducación para posterior ingreso al tratamiento con los protocolos mencionados	Los resultados muestran que ambos protocolos son eficaces para reducir los síntomas postraumáticos, así como los factores comórbidos más comunes: ansiedad y depresión. Estos resultados coinciden con los de estudios sobre intervenciones psicológicas para el trastorno de estrés postraumático y la depresión en refugiados.

en el trauma (TCC-T)
y (EMDR)

8	Snoek et al. (2020)	El objetivo principal de este estudio es investigar la eficacia clínica de EMDR-DBT integrado en comparación a EMDR únicamente en adultos con TEPT y comorbilidad (sub) TLP clínico. Se plantea la hipótesis de que la EMDR-DBT integrada dará como resultado un tamaño del efecto mayor en comparación a EMDR únicamente, en clientes con TEPT y TLP comórbido subclínico	Pacientes adultos que buscan tratamiento con TEPT y TLP comórbido (sub) clínico relativamente heterogénea en términos de edad, género, etnia y tipo de trauma (n = 63)	Ensayo controlado aleatorio	Para ser incluidos en el estudio son elegibles si: (1) tienen la edad entre 18 y 65 años, (2) tener dominio suficiente del idioma holandés, (3) ser diagnosticado con TEPT según el DSM 5, (4) cumplir al menos cuatro criterios de TLP según el DSM 5	EMDR por sí sola produjo reducciones grandes y clínicamente relevantes en síntomas de PTSD y en rasgos, síntomas de BPD en esta muestra; la adición de DBT de forma concurrente no mostró una ventaja estadística en el resultado primario a 1 año, pero sí estuvo asociada a mayor abandono del tratamiento. Por tanto, según este ensayo, La EMDR solo es una opción terapéutica efectiva y relativamente práctica para pacientes con PTSD y síntomas comórbidos de TLP; la elección de añadir DBT debería sopesar beneficios esperados frente a mayor carga del tratamiento y riesgo de abandono.
---	---------------------	--	---	-----------------------------	--	--

9	Acarturk et al. (2015)	Examinar el efecto de EMDR para reducir los síntomas de TEPT y depresión en comparación con una condición de lista de espera entre refugiados sirios	Refugiados adultos mayores de 18 años con síntomas de TEPT (n = 45)	Ensayo clínico aleatorizado	Se seleccionaron aleatoriamente 820 refugiados adultos mayores de 18 años de un total de 14.000 refugiados que vivían en el campamento. La selección se realizó mediante una lista de números aleatorios generada por computadora	Los tamaños del efecto dentro del grupo de la condición EMDR (d = 0,89 a 1,57) y la condición de control (d = 0,79 a 1,54) fueron grandes, lo que indica que ambas condiciones fueron efectivas. Sin embargo, no se encontró que la terapia EMDR fuera más efectiva que la espera vigilante para reducir los síntomas de estrés postraumático, la psicopatología general, la depresión, la disfunción sexual, y los sentimientos de culpa y vergüenza. Aunque se descubrió que la terapia EMDR era más efectiva que la espera vigilante para reducir la ansiedad y los síntomas disociativos en la evaluación posterior al tratamiento, este efecto desapareció con el tiempo
10	Susanty et al. (2022)	El objetivo principal de este estudio fue investigar la eficacia del tratamiento de Desensibilización por Movimientos Oculares (DME) para reducir los síntomas	Pacientes adultos con TEPT (n = 91) GCP= 47 GCN= 44	Ensayo clínico aleatorio controlado	Reclutaron pacientes ambulatorios u hospitalizados en uno de los centros de Indonesia. Los criterios de inclusión fueron: (1) niveles elevados de TEPT según lo indicado por una lista de verificación	Tanto la EMDR como la terapia de recuperación se asociaron con reducciones en los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión, y mejoras en la calidad de vida, aunque la EMDR no aumentó la eficacia de los tratamientos. Se requieren más investigaciones para examinar los mecanismos subyacentes de los elementos

	del TEPT en comparación con un tratamiento de control activo basado únicamente en la recuperación			de TEPT para el DSM 5 (PCL5) con una puntuación de corte de 33 o superior (Bovin et al., 2016) ; (2) un diagnóstico de TEPT según lo diagnosticado con la Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM 5 (SCID5) ; y (3) edad de 18 años o más	terapéuticos efectivos de la EMDR en muestras clínicas	
11	Burback et al. (2024)	El objetivo principal de este estudio fue investigar el impacto de la EMDR en línea, administrada por un terapeuta, enfocándose en las experiencias asociadas con el pensamiento suicida	40 los participantes fueron reclutados de servicios de salud para adultos financiados con fondos públicos que atienden a personas de 18 a 65 años	Ensayo clínico aleatorizado	Después de la selección inicial, los participantes se sometieron a una evaluación psiquiátrica y una entrevista diagnóstica con uno de los dos psiquiatras del estudio para evaluar su elegibilidad antes de la inscripción en el estudio. Los criterios de inclusión incluyeron tener entre 18 y 65 años de edad, haber informado de SI en la última semana, tener una relación establecida y continúa con otro profesional de la salud fuera del estudio, tener acceso a	Los participantes reportaron una alta prevalencia de inicio temprano y de síndrome postraumático crónico, así como una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica. En el grupo EMDR, la mediana de las puntuaciones de síndrome postraumático, y síntomas postraumáticos disminuyó desde el inicio hasta el seguimiento a los cuatro meses. En el grupo TAU, solo la mediana de las puntuaciones de síndrome postraumático y síntomas postraumáticos disminuyó desde el inicio hasta los cuatro meses

				tecnología y espacio adecuados para la terapia en línea (por ejemplo, una computadora que funcione y un espacio privado para las sesiones) y comprometerse a realizar sesiones de EMDR dos veces por semana durante la duración del estudio		
12	Cubre et al. (2021)	Evaluar la efectividad de la intervención temprana con terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) para reducir los síntomas de estrés postraumático, sentimientos de culpa y vergüenza, disfunción sexual y otras disfunciones psicológicas (es decir, psicopatología general, ansiedad, depresión y síntomas	Víctimas de violación de 25 a 81 años (n = 57) GCP= 29 GCN= 28	Ensayo clínico controlado aleatorizado	La participación incluyó evaluaciones en cuatro momentos. Para una descripción detallada del protocolo del estudio, véase (Covers et al., 2019), ni el diseño del ensayo ni los criterios de elegibilidad cambiaron durante el mismo. El único ajuste al protocolo del estudio fue la decisión de informar el diagnóstico de TEPT sin realizar un análisis más detallado	Los resultados no respaldan la hipótesis principal del estudio, ya que las víctimas de violación que recibieron terapia EMDR entre dos y cuatro semanas después de la violación no mostraron menos síntomas de estrés postraumático en el seguimiento posterior al tratamiento ni en los seguimientos a las 8 y 12 semanas, en comparación con las víctimas que recibieron conducta expectante (CUT).

		disociativos) en víctimas de violación				
13	Assmann et al. (2024)	Analizar el papel de las cogniciones negativas relacionadas con el trauma en el tratamiento del TEPT debido al trauma infantil con EMDR e ImRs	Pacientes con TEPT debido a trauma infantil de entre 18 y 65 años n=155	Ensayo clínico aleatorizado	Las evaluaciones se realizaron antes del tratamiento, después del tratamiento (12 sesiones en 6 semanas), ocho semanas después del tratamiento y un año después de la evaluación previa al tratamiento	Los resultados respaldan la idea de un papel general de las cogniciones negativas relacionadas con el trauma en el tratamiento del TEPT. Los análisis deben replicarse con una mayor frecuencia de evaluaciones
14	Matthijssen et al. (2024a)	Evaluar la efectividad de un tratamiento ambulatorio intensivo de seis días centrado en el trauma para pacientes con TEPT	Pacientes entre 36 a 65 años con TEPT debido a traumas múltiples n=146	Ensayo clínico aleatorizado	Los criterios de inclusión para el programa de tratamiento intensivo fueron un diagnóstico establecido de TEPT según el DSM-5 y antecedentes de haber experimentado Traumatismos múltiples (al menos cuatro traumatismos de criterio A) eventos tal como se describen en los criterios de TEPT del DSM-5. Los criterios de exclusión fueron riesgo de suicidio agudo grave sin cualquier respaldo de otros	Los resultados muestran que un programa intensivo de tratamiento ambulatorio para el trauma, que incluye dos tratamientos basados en la evidencia y centrados en el trauma, ejercicio y psicoeducación, es eficaz para pacientes con TEPT como resultado de traumas múltiples

					especialistas en salud mental. Falta de competencia en el idioma holandés, falta de voluntad o dificultad para participar en un grupo y graves síntomas psiquiátricos que podrían interferir con tratamiento del trauma	
15	Baekkelun et al. (2022)	Evaluar la efectividad de la TEPT-CT y EMDR en un entorno del mundo real, tal como se implementa en clínicas de salud mental ambulatorias noruegas para adultos, e investigar el impacto del probable estado de TEPT complejo en los resultados del tratamiento	196 pacientes reclutados con TEPT	Ensayo clínico aleatorizado	Los pacientes fueron reclutados por terapeutas como casos de formación, basándose en su juicio clínico y sus preferencias. El único criterio de inclusión fue que el paciente hubiera recibido un diagnóstico clínico de TEPT, según los criterios de la CIE-10 utilizados en los servicios de salud noruegos. No se especificaron otros criterios de inclusión o exclusión. No se exigió realizar una entrevista diagnóstica estructurada, pero se proporcionó a los terapeuta herramientas de	Tanto la EMDR como la CT-TEPT se asociaron con reducciones significativas de los síntomas de TEPT, con grandes magnitudes del efecto. El TEPT complejo probablemente se asoció con niveles más altos de síntomas antes y después del tratamiento, pero no afectó significativamente la eficacia del mismo

					cribado para el historial de trauma y los síntomas de TEPT	
16	Matthijssen et al. (2024b)	Determinar la seguridad, viabilidad y efectividad de la VSDT en personas con trastorno de estrés postraumático (TEPT), comparándola con la terapia EMDR y una condición de control de lista de espera (WLCC)	46 adultos con TEPT	Ensayo controlado aleatorio	El estudio se basó en un diseño mixto de tres (Condición: VSDT, terapia muestra un diagrama de flujo CONSORT. EMDR, control en lista de espera) por tres (tiempo: pretratamiento, postratamiento y seguimiento)	El análisis bayesiano no encontró diferencias entre VSDT y EMDR en la reducción de los síntomas de TEPT, pero ambos superaron al WLCC. La EMDR fue superior al WLCC en la reducción de los síntomas de depresión y psicopatología general. A los 3 meses de seguimiento, el 58,3% de los participantes en la condición VSDT ya no cumplían los criterios de diagnóstico de TEPT (41,2% terapia EMDR y 15,4% WLCC) sin diferencias entre las dos condiciones de terapia. La reducción autoinformada de los síntomas de TEPT fue significativa en VSDT ($d = 1,38$) y EMDR ($d = 1,40$), pero moderada en WLCC ($d = 0,39$). La tasa de abandono fue del 19,3 %, sin efectos adversos
17	Van Vliet et al. (2021)	Determinar si un enfoque basado en fases es más eficaz que un enfoque inmediato centrado en el trauma en personas con TEPT relacionado con el trauma infantil de personas con trastorno de estrés	57-64 adultos con TEPT, entre 18 a 65 años	Ensayo clínico aleatorio	Los participantes fueron reclutados de dos organizaciones de salud mental para pacientes ambulatorios en los Países Bajos. Los pacientes se incluyeron si tenían entre 18 y 65 años y fueron diagnosticados con TEPT según lo medido por la	No se encontraron diferencias significativas entre los dos tratamientos en ninguna variable después del tratamiento o en el seguimiento. Después del tratamiento, el 68,8% ya no cumplía los criterios de diagnóstico de TEPT. Los síntomas de TEPT auto reportados disminuyeron significativamente tanto para la terapia STAIR-EMDR ($d = 0,93$) como para la terapia EMDR ($d = 1,54$) de la evaluación

postraumático (TEPT) y síntomas de TEPT complejo debido al abuso infantil que necesitan un enfoque de tratamiento diferente de los enfoques en las pautas de tratamiento del TEPT

escala de TEPT administrada por el médico para el DSM-5 (CAPS-5). Los pacientes fueron excluidos si mostraron un dominio insuficiente del idioma holandés o un riesgo agudo de suicidio para el cual se necesitaba una intervención de crisis inmediata, Además, fueron excluidos si habían recibido tratamiento para TEPT durante el año anterior

previa a la posterior al tratamiento, sin diferencias significativas entre las dos condiciones. No se encontraron diferencias en las tasas de abandono entre las condiciones (STAIR-EMDR 22,8% frente a EMDR 17,2%). No se produjeron eventos adversos relacionados con el estudio.

Tabla 2*Descripción metodológica y resultados de los estudios revisados*

Nº	Autor/ Año	Tipo de trauma	Número de sesiones	Herramientas de medición	Grupo	TEPT pre intervención	TEPT post intervención n	Cambio	Significancia
1	Lewis et al. (2020)	Combate militar, agresión sexual, persecución, accidente de tráfico, entre otros	Protocolo de ocho fases y terapias psicológicas para el TEPT	Lista de Verificación de TEPT para el DSM-5 (PCL-5)	EMDR vs lista de espera / TCC focalizada en trauma (CBT-T)	No aplica (datos agregados)	No aplica	EMDR vs Lista de espera: SMD = -1.23; vs CBT-T: SMD = -0.17	EMDR superior a lista de espera (IC95% -1.69 a -0.76); sin diferencia con CBT-T (IC95% -0.55 a 0.21)
2	Wigard et al. (2024)	Abuso físico/sexual infantil (Ch-PTSD)	STAIR/EMDR : 8 STAIR + 12 EMDR; STAIR/NT: 8 STAIR + 12 Terapia Narrativa (20 sesiones en total)	CAPS (entrevista) y PDS (autoinforme)	STAIR/EMDR vs STAIR/NT	CAPS: 64.47±3.62 (EMDR), 68.99±3.62 (NT); PDS: 29.30±1.86 (EMDR), 32.40±1.85 (NT)	CAPS: 29.11±5.22 (EMDR), 37.15±4.97 (NT); PDS: 10.43±2.12 (EMDR), 17.89±2.05 (NT)	CAPS: -35.36 (EMDR), -31.84 (NT); PDS: -18.87 (EMDR), -14.51 (NT)	Ambos tratamientos presentaron mejoras grandes y significativas ($p < 0.001$) con $d = 1.50$ a 1.43 en CAPS y $d = 2.15$ a 1.68 en PDS; no se encontraron diferencias entre los tratamientos

3	Boterhove et al. (2020)	TEPT por abuso infantil (estudio IREM)	12 sesiones de EMDR vs 12 sesiones de ImRs	CAPS-5 (entrevista)	EMDR vs Imagery Rescripting (ImRs)	No reportado	No reportado	No reportado (sólo se publican efectos)	Ambos tratamientos mostraron efectos muy grandes en CAPS-5 ($d \approx 1.72-1.73$) y $p < 0.001$; no hubo diferencias significativas entre EMDR e ImRs
4	Daniëls et al. (2025)	TEPT por abuso infantil (Ch-PTSD) con patología de personalidad	12 sesiones de ImRs vs 12 sesiones de EMDR	SMI (Inventario de Modos de Esquema); CAPS-5 como covariable	ImRs vs EMDR	No reportado (CAPS-5 usado como covariable)	No reportado	Reducción de modos maladaptativos con $d = 0.94-1.18$	Mejoras significativas en modos de esquema; sin diferencias entre ImRs y EMDR; no se reportan puntajes de TEPT
5	Wibbeliket al. (2021)	Trauma infantil	12 sesiones presenciales de 90 min.	SCID LEC 5	EMDR frente a ImRs	No reportado	No reportado		La eficacia comparativa de EMDR e ImRs, se encontraron grandes efectos del tratamiento para ambos tratamientos entre el inicio y el seguimiento de un año (es decir, $g = 2,24$ para ImRs y $g = 1,86$ para EMDR).

6	Wright et al. (2024)	Diversos	Revisión general 7 a 8 sesiones, Revisión RCTs (TEPT) 4 a 16 sesiones de 15–90 min	Modelos lineales de efectos mixtos (β)	EMDR y otras terapias psicológicas	No aplica (datos agregados)	No aplica	β síntomas = 0.24; respuesta = 0.86; remisión = 1.05; abandono = 0.25	- Ninguna diferencia significativa entre EMDR y otras terapias ($p > 0.05$ para todos los β)
7	Dozioa et al. (2024)	TEPT	Ambos tipos de apoyo (G-TEP y TCC-T) duraron aproximadamente una hora y media o dos horas por sesión e incluyeron seis sesiones.	IESR (instrumento) HAD (instrumento)	G-TEP y TCC-T	IESR:(TCC-T); 56,82; 11,31 (G-TEP); 10,31 HAD-D:(TCC-T); 11,79; 3,08 (G-TEP); 2,97	IESR:(TCC-T); 28,9; 12,72 (G-TEP); 22,58; 11,26 HAD-D:(TCC-T); 7,41; 3,31 (G-TEP); 5,36; 2,48	No difirieron entre sí ($t = 0,464$; $p = 0,374$) TCC-T o G-TEP ($t = 1402$; $p = 0,951$)	La prueba t de muestras pareadas de Student realizada para el grupo TCCT muestra un efecto significativo con una reducción en las puntuaciones en el IESR ($t = 13,42$; $p < 0,01$, tamaño del efecto = 1,70), HADdepresión ($t = 8140$; $p < 0,01$, tamaño del efecto = 1,03) y HADansiedad ($t = 11,5886$; $p < 0,01$, tamaño del efecto = 1,47).

8	Snoek et al. (2020)	TEPT comorbilidad (sub) TLP clínico	y	Entre 12 y 18 semanas. EMDR de 60 min	EMDR	EMDR frente a DBT	No reporta	No reporta	No reportado (sólo se publican efectos)	Se estimó el tamaño del efecto d de Cohen (es decir, $d \leq 0,5$) para la condición de solo EMDR y un gran tamaño de efecto d de Cohen (es decir, $d \geq 1,0$) se estimó para la condición integrada EMDR-DBT, en pacientes con TEPT y (sub)clínico BPD
9	Acarturk et al. (2015)	TEPT depresión	y	Siete sesiones (90 minutos por sesión) de EMDR de ocho fases	Escala de Impacto de Evento Revisada (IESR)	de EMDR de WL	64,80 (12,08)	22,87 (20,27)	No reportado (sólo se publican efectos)	Los tamaños del efecto dentro del grupo de la condición EMDR ($d = 0,89$ a $1,57$) y la condición de control ($d = 0,79$ a $1,54$)
				Inventario de Depresión Beck (BDI)	de EMDR de WL	22,69 (7,77)	20,64 (8,71)	54,21 (16,26)		
								10,15 (9,60)		
								20,79 (7,92)		

10	Susanty et al. (2022)	TEPT (Depresión, Ansiedad)	Se administraron un mínimo de cuatro y un máximo de seis sesiones con una duración de 45 a 60 minutos	PCL – 5 HSCL-25 WHOQOL-BREF)	EMDR	29.20 31.20 40.50	26.60 30.90 41.40	No reportado (sólo se publican efectos)	Los resultados indicaron una reducción significativa en las puntuaciones totales de PCL-5 desde el inicio hasta T3 para ambos grupos (p < 0,001)
11	Burback et al. (2024)	TEPT	12 sesiones de EMDR, basadas en la web, dos veces por semana a través de un video seguro de Zoom; también tuvieron acceso al tratamiento habitual	(CSSRS) Escala de Beck para la Ideación Suicida (BSS)	EMDR TAU EMDR TAU	3 ± 1,4 3 ± 1,4 16,5 ± 8,1 20±7,6	1,5 ± 1,1* 3 ± 1,5 12±7,2* 13±9,6*	No reportado (sólo se publican efectos)	(p=0,004) (p=0,009)

12	Cubre et al. (2021)	Abuso sexual	Tres a cinco horas de EMDR en dos sesiones	PCL-5 HADS ANS DEPRE DTS	EMDR TAU EMDR TAU EMDR TAU	0,89 0,79 0,50 0,96 1,24 0,59	1,57 1,54 0,84 0,61 1,52 1,12	Tanto en el grupo EMDR como en el grupo de espera vigilante (tratamiento usual), se registraron tamaños del efecto dentro del grupo EMDR: $d \approx 0.89$ a 1.57 y Control (espera vigilante): $d \approx 0.79$ a 1.54	No reporta
13	Assmann et al. (2024)	Trauma infantil	Doce sesiones de 90 minutos de ImRs o EMDR, dos veces por semana	CAPS (entrevista) y IESR (autoinforme) PTCI (autoinforme)	EMDR e ImR	CAPS5 ($\beta = .085$, $p < .05$) IESR ($\beta = 0,088$, $p < 0,05$), PTCI ($\beta = .170$, $p < .05$).	CAPS5 ($\beta = .132$, $p < .05$) PTCI ($\beta = .025$, $p > .05$).	No reportado (sólo se publican efectos)	El estudio demostró que el papel de las cogniciones negativas relacionadas con el trauma en el tratamiento con EMDR e ImRs parece ser similar al de otros tratamientos para el TEPT
14	Matthijsse et al. (2024a)	Traumatismos múltiples (al menos cuatro)	Seis días de tratamiento en dos semanas	PCL5 VAS	EMDR y otras terapias	55,75 (11,53) 78,49 (15,52)	44.86 (16.82)	Mejoría robusta y clínicamente	La reducción diagnóstica (65 % sin TEPT al mes) también

		traumatismos de criterio A) que incluyen abuso físico y sexual			psicológicas		59,48 (27,16)	significativa, es estadísticamente con gran significativa, reducción en respaldada por el síntomas de número de pacientes TEPT y que ya no cumplen depresión, además de una criterios. alta tasa de remisión diagnóstica (65 %)	
15	Baekkelu et al. (2022)	Historial de trauma: Abuso sexual, abuso físico infantil, violencia interpersonal en adultos y abuso psicológico	Capacitación de tres días y 10 horas de supervisión	GAD-7 PCL-5 PHQ-9	EMDR frente TC-TEPT	PCL-5 GAD-7 PHQ-9	PCL-5 GAD-7 PHQ-9	Significativo similar También se observaron disminuciones en los síntomas de depresión (t = 7,68, gl = 195, p > 0,001, d = 0,55) y ansiedad (t = 6,07, gl = 195, p > 0,001, d = 0,46), aunque con tamaños de	Tanto la EMDR como la TC-TEPT se asociaron con reducciones significativas de los síntomas de TEPT. El TEPT complejo probablemente se asoció con niveles más altos de síntomas antes y después del tratamiento, pero no afectó significativamente la eficacia del mismo

									efectos prepost más pequeños
16	Matthijsse n et al. (2024b)	TEPT	Siete sesiones semanales de 90 minutos, entre dos a cuatro semanas	Escala de verificación de TEPT (PCL-5)	de VSDT EMDR	d = 1.38	58.3 %	La aleatorización fue exitosa, para CAPS5 (BF01 = 3.90), PCL5 (BF01 = 1.90), BDI II (BF01 = 2.96) y BSI (BF01 = 2.16).	Mejoras significativas en modos de esquema; sin diferencias entre VSDT y EMDR; no se reportan puntajes de TEPT
				Inventario de Depresión de Beck II	Lista de espera (WLCC)	d = 1.40	41.2 %		
				Breve de síntomas (BSI)		d = 0.39	15.4 %		
17	Van Vliet et al. (2021)	Abuso infantil (Ch-PTSD)	STAIR- EMDR: 8 STAIR + 16 EMDR (24 en total); EMDR inmediato: 16 EMDR	PSS-SR (autoinforme) y CAPS-5 (entrevista)	STAIR- EMDR vs EMDR	PSS-SR: 27.67±8.23 (STAIR- EMDR), 31.04±9.11 (EMDR); CAPS-5: 37.61±8.32 (STAIR- EMDR), 39.34±9.61 (EMDR)	PSS-SR: 15.53±11.7 1 (STAIR- EMDR), 16.78±11.7 5 (EMDR); CAPS-5: 17.44±13.2 0 (STAIR- EMDR), 19.04±14.3 3 (EMDR)	PSS-SR: -12.14 (STAIR- EMDR), -14.26 (EMDR); CAPS-5: -20.17 (STAIR- EMDR), -20.30 (EMDR)	Mejoras significativas en ambos grupos; d = 0.93 (PSS-SR) y 1.70 (CAPS-5) para STAIR- EMDR, d = 1.54 (PSS-SR) y 1.66 (CAPS-5) para EMDR; sin diferencias entre grupos

3.1. En función a la efectividad de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en el tratamiento del TEPT en adultos

Considerando el objetivo general del estudio, el proceso de revisión de la literatura científica permitió identificar que la terapia EMDR constituye una psicoterapia basada en evidencia altamente efectiva para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en adultos. En este sentido, los estudios revisados respaldan de manera consistente su eficacia y efectividad en el abordaje de dicha condición clínica. Los resultados demuestran la reducción de los síntomas de TEPT con tasas de remisión que oscilan entre el 36 % (Deville & Spence, 1999) y más del 90 % (Capezzani et al., 2013; Nijdam et al., 2012).

Los estudios indican que la EMDR presentó disminuciones estadísticamente significativas en los síntomas de TEPT en comparación con grupos de control que no reciben tratamiento (Tabla 2), mostrando resultados similares como los de Acarturk et al. (2015), donde los tamaños del efecto dentro del grupo de la condición EMDR ($d = 0,89$ a $1,57$) y la condición de control ($d = 0,79$ a $1,54$) fueron grandes, lo que indica que ambas condiciones fueron efectivas. Sin embargo, no se encontró que la terapia EMDR fuera más efectiva que la espera vigilante para reducir los síntomas de estrés postraumático, la psicopatología general, la depresión, la disfunción sexual, y los sentimientos de culpa y vergüenza. Aunque se descubrió que la terapia EMDR era más efectiva que la espera vigilante para reducir la ansiedad y los síntomas disociativos en la evaluación posterior al tratamiento, este efecto desapareció con el tiempo.

Tanto la EMDR como la terapia de recuperación se asociaron con reducciones en los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión, y mejoras en la calidad de vida, aunque la EMDR no aumentó la eficacia de los tratamientos. Se requieren más investigaciones para examinar los mecanismos subyacentes de los elementos terapéuticos efectivos de la EMDR en muestras clínicas (Susanty et al., 2022).

La IPDMA individual presentada por Wright et al. (2024), que revisa datos de varios ECA, no halló diferencias estadísticamente relevantes entre EMDR y otros tratamientos psicológicos en cuanto a la gravedad del TEPT, la respuesta o la remisión en términos estadísticos reportaron valores que no lograron ser significativos: por ejemplo, $\beta = -0.24$ para la disminución de síntomas (no significativo), $\beta = 0.86$ para la respuesta y $\beta = 1.05$ para la remisión (ambos no significativos en las comparaciones clave) y $\beta = -0.25$ para el abandono (tampoco significativo). Este enfoque de IPD es eficaz para identificar moderadores; los autores encontraron que existen moderaciones según el sexo y el empleo (por ejemplo, los hombres tienden más a dejar el EMDR; el desempleo está vinculado a peores resultados después del tratamiento). En general, la IPD indica que EMDR y TF-CBT logran resultados clínicamente similares en la mayoría de los contextos controlados.

La eficacia de la EMDR en entornos de pacientes hospitalizados y ambulatorios, se han reportado reducciones significativas en los síntomas de TEPT y altas tasas de retención del tratamiento (Bongaerts et al., 2017; Ehlers et al., 2014; Hendriks et al., 2010; Zalta et al., 2018). Estos hallazgos sugieren que el tratamiento intensivo tiene el potencial de mejorar el tratamiento con eficiencia y reducir las tasas de abandono en comparación con los tratamientos ambulatorios tradicionales.

Opuesto a todo lo mencionado, Wright et al. (2024), en su estudio no hallaron diferencias significativas entre EMDR y otros tratamientos psicológicos en la gravedad del TEPT, la respuesta o abandono al tratamiento en el estudio de datos individuales de participantes (IPDMA) de una o dos etapas (Lewis et al., 2020). A pesar de los diferentes mecanismos de acción propuestos, no se encontró ninguna diferencia significativa en la eficacia entre los grupos de comparación EMDR y TCCTF.

De acuerdo a lo mencionado por Cubre et al. (2021), la terapia EMDR no demostró su efectividad, ante los resultados que no respaldan la hipótesis principal del estudio, ya que las víctimas de violación que recibieron terapia EMDR entre dos y cuatro semanas después de la violación no mostraron disminución en los síntomas de estrés postraumático.

3.2. En función a la efectividad de la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR) en comparación con otros enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento del TEPT

En relación al objetivo, analizar la efectividad de la terapia EMDR en comparación con otros enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento del TEPT.

La revisión de la evidencia científica, da a conocer que enfoques psicoterapéuticos como los propuestos por Lewis et al. (2020), las terapias cognitivo-conductuales con un enfoque de trauma (TCCT; American Psychological Association, 2017), las terapias cognitivo-conductuales basadas en el trauma (CBTTs; Foa et al., 2008), la terapia de procesamiento cognitivo (CPT; Resick et al., 2017), la terapia cognitiva (TC; Ehlers & Clark, 2000), la exposición prolongada (PE; Foa et al., 2008), así como la desensibilización y reprocesamiento por

movimientos oculares (EMDR; Shapiro, 2018), tuvieron un efecto clínicamente importante sobre el tratamiento del TEPT.

Asimismo, una diferencia importante en relación con la terapia cognitivo-conductual (TCC) enfocada en el trauma es que la EMDR requiere muy poca instrucción verbal durante su protocolo y no fomenta de manera directa que el paciente verbalice sus recuerdos traumáticos. Aunque la EMDR ha demostrado ser igual de efectiva que otras terapias de primera línea, este enfoque podría ofrecer beneficios adicionales sobre métodos como la terapia de exposición prolongada (Foa et al., 2007). Igualmente, la investigación sugiere que la combinación de EMDR con terapia de exposición prolongada, ejercicio físico y psicoeducación ha producido cambios significativos en el tratamiento del TEPT en personas adultas.

A partir de lo señalado por Wigard et al. (2024), se considera que la eficacia de Entrenamiento de habilidades para la regulación afectiva e interpersonal (STAIR) seguida de EMDR. STAIR/EMDR condujo a reducciones significativas en la gravedad de los síntomas de TEPT que no difirieron significativamente de las identificadas en la condición STAIR/Terapia narrativa (NT). Esto está en línea con los hallazgos sobre el tratamiento del TEPT después de un trauma de inicio en la edad adulta, que no muestran diferencias significativas entre la TCCTF y EMDR.

Por otra parte, Boterhoven et al. (2020) encontraron varios elementos importantes en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C). Este estudio es el primero en realizar una comparación directa entre la terapia de EMDR y la terapia de Reescritura de Imagen (Imagery Rescripting, ImR). Además, es el primer ensayo clínico aleatorio de gran envergadura que analiza la efectividad de la terapia ImR en el manejo del TEPT-C. La falta de diferencias significativas en términos estadísticos entre los tratamientos grupales sugiere que

tanto la EMDR como la ImR son terapias efectivas para tratar este trastorno. Por otra parte, Daniëls et al. (2025) indican que estas terapias también han mostrado eficacia en la atención del TEPT que presenta comorbilidades vinculadas a trastornos de la personalidad, ayudando a disminuir los síntomas relacionados.

Snoek et al. (2020) investigaron la eficacia clínica comparativa y la relación costo-efectividad de la intervención integrada de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares con terapia dialéctico-conductual (EMDR-DBT) frente a la EMDR aplicada de forma aislada en pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastorno límite de la personalidad (TLP) comórbido en niveles clínicos o subclínicos. Los autores plantearon la hipótesis de que la intervención integrada EMDR-DBT generaría un mayor tamaño del efecto y una tasa de respuesta más elevada en comparación con la EMDR por sí sola.

3.3. En función a la efectividad de la terapia EMDR, según el tipo de trauma

La Tabla 3, muestra el resumen de la clasificación de los artículos según el tipo de trauma según la naturaleza de las personas. Los participantes habían pasado por traumas interpersonales infantiles crónicos o repetidos (ejemplo, abuso sexual o físico, antes de los 16 años, así como en algunos estudios solo dan referencia al TEPT y otros traumas).

En relación a los artículos revisados, y ante los hallazgos encontrados se integra un análisis con divergencias metodológicas, para corroborar la efectividad de la terapia EMDR en pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estas investigaciones abordan el trauma desde una perspectiva amplia, lo que permite una evaluación más contextualizada de las intervenciones terapéuticas.

Coinciden, además, en que la terapia EMDR resulta particularmente efectiva para tratar el trauma infantil de naturaleza crónica (Assmann et al., 2024; Daniëls et al., 2025; De Haan et al., 2020; Katrina et al., 2020; Van Vliet et al., 2021; Wibbelink et al., 2021).

En este análisis se integran hallazgos relacionados con la eficacia de diversas intervenciones psicológicas, con énfasis en la Terapia de EMDR en distintos contextos clínicos. La evidencia revisada sugiere que el TEPT, particularmente en su forma compleja, puede ser abordado de manera efectiva mediante el uso de EMDR, especialmente cuando esta intervención se complementa con otros enfoques psicoterapéuticos (Acarturk et al., 2015; Burbach et al., 2024; Matthijssen et al., 2024; Snoek et al., 2020; Susanty et al., 2022; Wright et al., 2024).

Cubre et al. (2021) y Wigard et al. (2024) coinciden en que la naturaleza del trauma específicamente el abuso sexual o físico influye directamente en la eficacia del tratamiento psicológico, en particular del EMDR. Ambos estudios destacan que no todos los traumas responden de la misma manera a las intervenciones terapéuticas, y subrayan la importancia de reconocer la complejidad del trauma. En este sentido, se resalta la necesidad de adaptar las intervenciones a las características particulares de cada paciente para lograr una mayor efectividad terapéutica.

Los estudios de Baekkelun et al. (2022) y Matthijssen et al. (2024) aportan evidencia sólida sobre la efectividad del EMDR sobre traumatismos múltiples (crónico o complejo), diversos formatos y contextos clínicos, resaltaron tanto su flexibilidad como sus límites. Los estudios destacaron que el EMDR puede ser efectivo incluso sin fases prolongadas de estabilización, lo cual desafía modelos

más conservadores que sugieren la necesidad de intervenciones preparatorias extensas.

La evidencia sugiere que el EMDR puede ser altamente eficaz, pero debe ser aplicado con criterio clínico y sensibilidad a las características individuales del paciente. En cambio, Lewis et al. (2020), presentan una perspectiva más enfocada en el impacto de eventos agudos y altamente disruptivos, pero limitan su análisis al efecto aislado de cada tipo de trauma sin explorar las posibles interacciones entre traumas pasados y presentes.

Ambas investigaciones respaldan la aplicación de EMDR, pero es crucial destacar que la efectividad de esta terapia puede depender de factores individuales, tales como la duración del trauma, el apoyo social del paciente y la experiencia del terapeuta. Además, es necesario realizar más investigaciones longitudinales que analicen los efectos prolongados del EMDR en el tratamiento de traumas complejos.

Tabla 3*Resumen de la clasificación de los artículos según el tipo de trauma*

Nº	Autor/ Año	Tipo de Trauma	Según su naturaleza
1	Lewis et al. (2020)	Combate militar, agresión sexual, persecución, accidente de tráfico, etc.	Crónico o complejo Trauma colectivo o social
2	Wigard et al. (2024)	Abuso sexual o físico	Crónico o complejo
3	Boterhoven de Haan et al. (2020)	Trauma infantil	Crónico o complejo
4	Daniëls et al. (2025)	Trauma infantil con alguna patología de personalidad comórbida	Crónico o complejo
5	Wibbelink et al. (2021)	Trauma infantil	Crónico o complejo
6	Wright et al. (2024)	TEPT	Complejo
7	Dozioa et al. (2024)	TEPT (Depresión, Ansiedad)	Crónico o complejo
8	Snoek et al. (2020)	TEPT y TLP comorbilidad subclínico	Complejo
9	Acarturk et al. (2015)	TEPT y depresión	Complejo
10	Susanty et al. (2022)	TEPT (Depresión, Ansiedad)	Complejo
11	Burback et al. (2024)	TEPT	Complejo

12	Cubre et al. (2021)	Abuso sexual	Crónico o complejo
13	Assmann et al. (2024)	Trauma infantil	Crónico o complejo
14	Matthijssen et al. (2024a)	Traumatismos múltiples (al menos cuatro traumatismos de criterio A) que incluyen abuso físico y sexual	Crónico o complejo
15	Bækkelun et al. (2022)	Historial de trauma: Abuso sexual, Abuso físico infantil, Violencia interpersonal en adultos, Abuso psicológico	Crónico o complejo
16	Matthijssen et al. (2024b)	TEPT	Complejo
17	Van Vliet et al. (2021)	Abuso infantil	Crónico o complejo

3.4. En función a la influencia de la duración del protocolo de tratamiento en la efectividad de la terapia EMDR

De acuerdo con lo expuesto en la Tabla 4, la revisión de 17 artículos revela una considerable diversidad en la duración y la medición del protocolo EMDR. Nueve investigaciones establecen que el rango normal oscila entre 7 y 12 sesiones, con diferencias en la frecuencia (semanal o bisemanal) y en la duración de cada sesión (aproximadamente 60 a 90 minutos). Esta variabilidad en los métodos sugiere que la cantidad de EMDR no es consistente entre los distintos estudios y podría depender de atributos del caso clínico y de las elecciones en su aplicación (por ejemplo, cantidad de fases trabajadas en cada sesión) (Burback et al., 2024; Cubre et al., 2021; Matthijssen et al., 2024).

Algunos estudios sugieren planteamientos más extensivos, de 12 a 18 encuentros de 90 minutos, dos veces por semana durante un período de 6 a 8 semanas, cumpliendo de manera objetiva con las ocho etapas del modelo EMDR. Estos enfoques pretenden aumentar la exposición procesual, por cada intervalo de tiempo y normalizar el avance a través de cada etapa, lo que podría mejorar la optimización de los cambios en casos más complicados (Burback et al., 2024).

Los protocolos cortos de menos de 6 sesiones, evidencian reducciones clínicamente relevantes, aunque en ciertos casos moderados en los síntomas postraumáticos si el acontecimiento es único y reciente. Sin embargo, las evaluaciones posteriores muestran que la permanencia del cambio podría ser inferior en comparación con los programas convencionales, sugiriendo una posible constancia de persistencia, basado en la cantidad total de tratamiento recibido (Baekkelun et al., 2022; Cubre et al., 2021; Matthijssen et al., 2024).

Cuando la manifestación clínica incluye un trauma complejo (por ejemplo, múltiples eventos, comorbilidad, disociación), los enfoques terapéuticos más prolongados (más de 12 sesiones) suelen relacionarse con mejoras moderadas y, lo más importante, más duraderas. Esto se alinea con la necesidad de dedicar más tiempo a la estabilización, la preparación, el trabajo con memorias más complejas y la prevención de recaídas (Snoek et al., 2020).

En conjunto, los resultados coinciden en que no hay una duración perfecta, que sirva para todos; la dosificación se adapta según el tipo de trauma (simple o complejo), su gravedad clínica y la reacción inicial al tratamiento. En el caso de traumas recientes y únicos, enfoques breves pueden ser adecuados; en comparación, para traumas complejos, las intervenciones prolongadas parecen ser más efectivas y consistentes (Baekkelun et al., 2022).

La capacidad de comparar estudios está restringida por la ausencia de criterios uniformes sobre la duración (cantidad de sesiones, minutos por sesión, frecuencia semanal) y por las diferencias en la adherencia a las ocho fases y a las mediciones de resultados. En los artículos revisados no se encontraron investigaciones creadas específicamente para separar el impacto causal de la duración del protocolo (por ejemplo, estudios de no inferioridad por dosis o asignación aleatoria a diferentes longitudes/frecuencias), lo que dificulta la estimación precisa de un efecto dosis-respuesta (Cubre et al., 2021; Snoek et al., 2020).

En la implementación, se sugiere comenzar con una dosis estándar (por ejemplo, 8 a 12 sesiones) y hacer ajustes basados en: a) la evolución temprana de los síntomas, b) la complejidad del trauma y c) indicadores de procesamiento

(tolerancia emocional, intrusiones, disociación). Para situaciones complejas, es preferible priorizar bloques intensivos, con sesiones de 90 minutos y una frecuencia de dos veces por semana, ya que esto puede favorecer la continuidad del procesamiento y la retención de los cambios (Burback et al., 2024; Snoek et al., 2020).

Tabla 4*Resumen de la clasificación de la duración del protocolo de tratamiento en la efectividad de la terapia EMDR*

N°	N° de sesiones	Duración de protocolo	de Tipo de muestra	Tipo de trauma	Resultados clínicos medidos	Niveles de disminución de síntomas
1	Protocolo de ocho fases y terapias psicológicas para el TEPT	Estándar	Adultos con estrés postraumático de 18 años a más, con una duración de 3 meses o más según criterios del DSM o CIE	Combate militar, agresión sexual, persecución, accidente de tráfico, entre otros traumas	Un aumento reciente de los ensayos clínicos aleatorizados sobre terapias psicológicas para el TEPT ha dado lugar a una recomendación más segura de la TCCT y la EMDR como tratamientos de primera línea entre las TCCT consideradas por la revisión, la TCC y la EP deberían ser los tratamientos de elección. Los hallazgos deberían orientar la toma de decisiones compartida basada en la evidencia entre el paciente y el médico (Lewis et al., 2020)	Moderado
2	Consistió en 8 a 12 sesiones semanales de 90 minutos	Estándar	68 personas que sufren TEPT después de abuso sexual o físico antes de los 17 años	Abuso sexual o físico	El TEPT en sobrevivientes adultos de trauma interpersonal infantil se puede tratar eficazmente mediante intervenciones basadas en fases utilizando EMDR o NT en la fase de procesamiento del trauma (Wigard et al., 2024)	Moderado

3	12 sesiones de 90 minutos dos veces por semana	Estándar	155 adultos entre 18 y 70 años con trastorno de estrés postraumático antes de los 16 años por experiencias infantiles	Trauma infantil	Se ha demostrado que los tratamientos con ImR y EMDR son eficaces para tratar los síntomas de TEPT derivados de traumas infantiles y para reducir otros síntomas como la depresión, la disociación y las cogniciones relacionadas con el trauma. Las bajas tasas de abandono sugieren que los tratamientos fueron bien tolerados por los participantes. Los resultados de este estudio proporcionan evidencia del uso de tratamientos centrados en el trauma para el TEPT-C (Boterhoven de Haan et al., 2020)	Moderado
4	12 sesiones de 90 minutos, ofrecidas dos veces por semana	Estándar	114 pacientes entre 18 y 70 años diagnosticados con TEPT antes de los 16 años con traumas infantiles	Trauma infantil con alguna patología de personalidad comórbida	Los tratamientos mediante Reescritura de Imagen (ImR) y Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) evidenciaron mejoras en los modos de esquema, particularmente cuando se aplicaron en casos de trastorno de estrés postraumático (TEPT) crónico. Los hallazgos sugieren el potencial valor terapéutico de ambas intervenciones para reducir la psicopatología de la personalidad comórbida (Daniëls et al., 2025)	Moderado
5	12 sesiones presenciales durante ocho semanas de 90 minutos	Estándar	220 pacientes adultos con TEPT relacionado con un trauma infantil	Trauma infantil	Este estudio es el primero en comparar resultados del tratamiento de dos veces por semana frente a una vez por semana, sesiones de EMDR e ImRs para pacientes adultos con TEPT relacionado con traumas infantiles, existen indicios de que la frecuencia de las sesiones está relacionada con la eficacia de los tratamientos centrados en el trauma para el trastorno de estrés postraumático (Wibbelink et al., 2021)	Moderado

6	Protocolo de ocho fases y otros tratamientos psicológicos en la reducción de la gravedad de los síntomas del TEPT	Estándar	La población objetivo fueron adultos con síntomas basales de TEPT superiores al umbral	TEPT	Teniendo en cuenta que la EMDR está altamente protocolizada y es relativamente sencilla de administrar, puede ser una opción de tratamiento más rentable y eficaz en términos de recursos para implementar en áreas con recursos humanos limitados (Mavranezouli et al., 2020; Wright et al., 2024)	Nulo
7	Ambos tipos de apoyo (GTEP y TCCT) duraron aproximadamente una hora y media o dos horas por sesión e incluyeron seis sesiones	Breve	Adultos (≥ 18 años) expuestos a eventos traumáticos	TEPT (Depresión, Ansiedad)	En contextos humanitarios con recursos limitados, tanto los protocolos grupales de EMDR (por ejemplo, G-TEP y variantes breves) como las intervenciones grupales basadas en TCC/TF-CBT han mostrado eficacia para reducir síntomas relacionados con trauma (TEPT, ansiedad, depresión) cuando son entregados por profesionales con formación y supervisión. Las evaluaciones controladas e informes de campo indican reducciones clínicas significativas en síntomas post-traumáticos y comórbidos, con tamaños de efecto que en la literatura aparecen desde moderados a grandes en algunos estudios, aunque la heterogeneidad metodológica dificulta estimaciones puntuales universales. (Dozioa et al., 2024)	Moderado

8	Consta de ocho fases cada sesión con una duración de 60 minutos con un mínimo de 12 a 18 semanas como máximo	Extendida	63 pacientes adultos que buscan tratamiento con TEPT y TLP comórbido subclínico, entre las edades de 18 a 65 años	TEPT y comorbilidad (sub) TLP clínico	Este es el primer estudio que compara la eficacia clínica y la relación coste eficacia de la terapia EMDR-DBT integrad y la terapia EMDR sola en pacientes con TEPT y TLP comórbido subclínico, al mismo tiempo que identifica predictores y mediadores individuales de la respuesta al tratamiento. Los resultados indican qué tratamiento funciona mejor para este grupo de pacientes y ayudarán a orientar las opciones de tratamiento individuales, personalizando así la psiquiatría (Snoek et al., 2020)	Moderado
9	Cada tratamiento constó de siete sesiones de 90 minutos de EMDR, organizadas en ocho fases	Estándar	688 refugiados Adultos mayores de 18 años con síntomas de TEPT	TEPT	El ensayo clínico aleatorizado piloto indicó que la EMDR podría ser eficaz para reducir el TEPT y los síntomas de depresión entre los refugiados sirios alojados en un campamento, la mayoría de los participantes eran mujeres (n=22, 75,86%). Se necesitan ensayos clínicos aleatorizados de mayor tamaño para verificar la relación coste eficacia de la EMDR en poblaciones similares (Acarturk et al., 2015)	Moderado

10	El protocolo estándar de EMDR comprendió entre 4 y 6 sesiones semanales, cada una con una duración de 45 a 60 minutos	Estándar	91 pacientes adultos con TEPT	TEPT	En una muestra clínica de pacientes con TEPT en Indonesia, tanto la EMDR como la terapia de recuperación se asociaron con reducciones en los síntomas de TEPT, ansiedad y depresión, y mejoras en la calidad de vida, aunque la EMDR no aumentó la eficacia de los tratamientos. Se requieren más investigaciones para examinar los mecanismos subyacentes de los elementos terapéuticos efectivos de la EMDR en muestras clínicas (Susanty et al., 2022)	Moderado
11	12 sesiones de EMDR dos veces por semana a través de un video seguro de zoom	Estándar	40 participantes reclutados de servicios de salud para adultos financiados con fondos públicos que atienden a personas de 18 a 65 años	TEPT	Este estudio proporciona evidencia preliminar que respalda el uso seguro y efectivo de EMDR administrado por médicos a través de Internet como un tratamiento transdiagnóstico dirigido a reducir la incapacidad para responder (IS) y los síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. Hasta donde se tiene conocimiento, este estudio representa también el primero en investigar la eficacia y seguridad del EMDR en modalidad en línea, aplicado a una población psiquiátrica real y de alta complejidad (Burbach et al., 2024)	Moderado
12	Se aplicaron de tres a cinco horas de terapia EMDR	Breve	57 víctimas de violación	Abuso sexual	Los tamaños del efecto dentro del grupo de la condición EMDR ($d = 0,89$ a $1,57$) y la condición de control ($d = 0,79$ a $1,54$) fueron grandes, lo que indica que ambas condiciones fueron efectivas. Sin embargo, no se encontró que la terapia EMDR fuera más efectiva que la	Bajo

	distribuidas en dos sesiones, entre 14 y 28 días posteriores a la violación				esperavigilante para reducir los síntomas de estrés postraumático, la psicopatología general, la depresión, la disfunción sexual, y los sentimientos de culpa y vergüenza. Aunque se descubrió que la terapia EMDR era más efectiva que la espera vigilante para reducir la ansiedad y los síntomas disociativos en la evaluación posterior al tratamiento, este efecto desapareció con el tiempo (Cubre et al., 2021)	
13	12 sesiones de 90 minutos, dos veces por semana de ImRs o EMDR.	Estándar	155 pacientes con TEPT debido a trauma infantil entre 18 y 65 años	Trauma infantil	Este estudio ha investigado la efectividad del protocolo EMDR adaptado para niños diagnosticados con trastorno de estrés postraumático (TEPT), poniendo un énfasis particular en el papel de las creencias negativas ligadas al trauma y la utilización de técnicas de reescritura de imágenes. La incorporación de la reescritura de imágenes como un método adicional permitió una mejor elaboración simbólica del trauma, favoreciendo una integración emocional más saludable. En general, los resultados apoyan la efectividad del EMDR para niños, enfocándose en las cogniciones y las imágenes para disminuir los síntomas del TEPT, mejorar la regulación emocional y cambiar las representaciones mentales relacionadas con el evento traumático (Assmann et al., 2024).	Bajo

14	Tratamiento intensivo duró en total dos semanas con tres días de tratamiento consecutivos en cada semana con una duración de 90 minutos	Breve	146 pacientes entre 36 a 65 años con TEPT debido a traumas múltiples	Traumatismos múltiples (al menos cuatro traumatismos de criterio A) que incluyen abuso físico y sexual	Los resultados del presente estudio proporcionan evidencia de la eficacia de un tratamiento ambulatorio intensivo de traumatología programa de tratamiento para pacientes con TEPT resultante de múltiples traumatizaciones. El programa consistió en seis días de tratamiento, dos semanas, la combinación de terapia PE y EMDR con ejercicio físico y psicoeducación resultó en un cambio significativo, disminución de los síntomas de TEPT desde el pretratamiento hasta evaluaciones de seguimiento de un mes y seis meses. Las altas tasas de mejoría observadas, como lo indica por el índice de cambio confiable (RCI) al mes tratamiento (CAPS 5: 73,39%, PCL5: 77,61%), además el apoyo demuestra que el tratamiento tuvo un impacto significativo en los síntomas del TEPT en la mayoría de los casos (Matthijssen et al., 2024a)	Moderado
15	Capacitación de tres días y 10 horas de supervisión.	Breve	196 pacientes reclutados con TEPT.	Historial de trauma: Abuso sexual, Abuso físico infantil, Violencia interpersonal en adultos, Abuso psicológico.	Utilizando la primera y la última observación de la muestra total (n = 196); informó niveles altos de los síntomas del TEPT antes del tratamiento, una cantidad significativa examinó una gran disminución en la última observación (t = 12,54, gl = 195, p < 0,001, d = 0,98), también se complementaron disminuciones en los síntomas de depresión (t = 7,68, gl = 195, p > 0,001, d = 0,55) y ansiedad (t = 6,07, gl = 195, p > 0,001, d = 0,46), aunque con tamaños de efectos pre y post más pequeños. En la muestra que completó el estudio (n = 89) los participantes informaron niveles similares de síntomas antes del tratamiento, pero disminuciones mayores al final del tratamiento (Baekkelun et al., 2022)	Moderado

16	La intervención consistió en 7 sesiones semanales de 90 minutos, aplicadas en un periodo de entre 2 y 4 semanas	Estándar	46 adultos con TEPT	TEPT	Este estudio demostró una disminución de los síntomas de TEPT, tanto autoinformados como objetivos, con la terapia VSOT y EMDR, pero no encontró diferencias entre ambas en las mediciones subjetivas y objetivas de TEPT, tanto en el postratamiento como en el seguimiento. Sin embargo, ambos tratamientos tuvieron un mejor rendimiento que el grupo control en lista de espera. La reducción en la gravedad de los síntomas de TEPT se mantuvo en la evaluación de seguimiento a los tres meses (Matthijssen et al., 2024b)	Moderado
17	La intervención consistió en 8 sesiones de STAIR seguidas de 16 sesiones de terapia EMDR; alternativamente, se aplicaron 16 sesiones únicamente de EMDR	Estándar	135 adultos con TEPT, entre 18 a 65 años	Abuso infantil	En tres variables, se observó una evolución diferencial de la disminución de los síntomas entre el pretratamiento y el postratamiento (¡aunque los niveles fueron comparables después del tratamiento; se observó un patrón comparable para estas tres variables, ya que la disminución de los síntomas en la escala STAIR y EMDR; el grupo solo comenzó durante la fase de EMDR (es decir, desde las ocho sesiones hasta el postratamiento). En cambio, en el grupo de EMDR, la disminución de los síntomas fue gradual a lo largo de las sesiones, desde antes hasta después del tratamiento (Van Vliet et al., 2021)	Moderado

3.5 En función a las limitaciones, controversias y vacíos en los estudios revisados sobre la efectividad de la terapia EMDR

Considerando que los estudios analizados son principalmente ensayos clínicos, uno de los principales inconvenientes detectados en este análisis es la falta de un grupo de control pasivo, lo que hace difícil confirmar que las modificaciones observadas en los estilos de esquema sean únicamente atribuibles a la intervención realizada. Igualmente, la ausencia de una condición de control activa, es decir, un tratamiento alternativo no enfocado en el trauma complica la comparación de la efectividad específica del enfoque aplicado. Estas deficiencias metodológicas restringen la validez interna del análisis y limitan la capacidad de generalizar sus resultados. Además, se evidencia una carencia en la evaluación a largo plazo del mantenimiento de los efectos terapéuticos, así como una mínima representación de muestras diversas en aspectos culturales y clínicos, lo que disminuye la aplicabilidad de los hallazgos a diversas poblaciones (Daniëls et al., 2025).

Una limitación identificada en algunos estudios es la ausencia de información estadística que respalde la eficacia de la EMDR mediante diversas herramientas. Esta carencia evidencia la necesidad de promover investigaciones que profundicen en un análisis estadístico más detallado (Lewis et al., 2020).

Por otra parte, resulta controversial el estudio de De Haan et al. (2020), en el cual se evaluó la aplicación de la Terapia de Reescritura de Imágenes (ImR) y la terapia EMDR como tratamiento en adultos con trastorno de estrés posttraumático (TEPT) derivado de traumas infantiles. Los resultados mostraron que no existieron diferencias significativas entre ambas intervenciones en ninguna de las medidas estandarizadas utilizadas tras el tratamiento, ni durante el seguimiento. Sin

embargo, se evidenció que ambas terapias fueron eficaces para reducir los síntomas del TEPT en este grupo poblacional.

En una línea similar, Daniëls et al. (2025) examinaron la eficacia de las intervenciones EMDR e ImR en pacientes diagnosticados con trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT-C) y comorbilidades asociadas. A pesar de que los hallazgos sugieren mejoras relevantes, los autores reconocieron ciertas limitaciones metodológicas, entre ellas, la ausencia de un grupo de control inactivo. Esta omisión dificulta establecer con certeza una relación causal directa entre las intervenciones y los cambios observados en los modos de esquema. No obstante, la estabilidad de los síntomas durante el periodo de lista de espera permite inferir que las mejoras registradas podrían atribuirse al efecto de las terapias aplicadas.

Por su parte, Cubre et al. (2021) señalaron importantes limitaciones metodológicas en su estudio acerca de la eficacia de la terapia EMDR. En primer lugar, la intervención fue comparada únicamente con una condición de tratamiento habitual (TAU, por sus siglas en inglés), lo que imposibilita contrastar sus resultados con un grupo sin tratamiento o en lista de espera. En segundo lugar, se reportó una elevada tasa de abandono: de los 52 participantes reclutados, solo 36 completaron todas las evaluaciones, lo que representa una tasa de deserción del 31%. A partir de estos hallazgos, los autores sugirieron que futuras investigaciones deberían explorar con mayor profundidad la eficacia de la espera vigilante como intervención temprana, particularmente en víctimas de violación, considerando la posibilidad de que esta estrategia pueda ofrecer beneficios similares o incluso superiores a la terapia EMDR en la reducción de la sintomatología postraumática.

Cabe destacar que el estudio de De Haan et al. (2020) identificó varias limitaciones importantes. Una debilidad clave fue la falta de información detallada

sobre el desarrollo del proceso terapéutico. Para evaluar los síntomas, se utilizaron herramientas estandarizadas como el CAPS y el PTCI al inicio, al final y en los seguimientos a las 8 semanas y al año. También se empleó la escala IES-R en cada sesión, con una medición adicional entre la sexta y la séptima sesión para monitorizar los cambios en los síntomas de forma más continua. El estudio se centró exclusivamente en pacientes con TEPT por trauma infantil, lo que limita las conclusiones a este grupo específico. Además, todos los problemas metodológicos observados en el estudio IIREM también son aplicables en este estudio, lo que pone de relieve la necesidad de considerar estos factores al interpretar los resultados.

Por consiguiente, la aplicación y la efectividad de la EMDR en diversas condiciones debieron ser comprendidas de forma amplia. Esto también lleva a diferenciar entre lo que tiene relevancia clínica (como la reducción de síntomas) y lo que se refiere a cuestiones empíricas (por ejemplo, el análisis de la EMDR en comparación con otros enfoques terapéuticos), no es suficiente con reportar resultados positivos observados dentro de los artículos encontrados; se requiere una investigación adecuada y detallada de la efectividad de la EMDR frente a otras opciones mediante ensayos aleatorios bien diseñados con tamaños de muestra adecuados.

4. Discusión

En relación al objetivo general, la revisión realizada tuvo como finalidad examinar de manera exhaustiva los artículos científicos sobre la EMDR en el TEPT en adultos. En líneas generales, los resultados indican que EMDR es una intervención efectiva para tratar el TEPT, mostrando disminuciones significativas

en los síntomas postraumáticos en múltiples entornos clínicos (Capezzani et al., 2013; Devilly & Spence, 1999; Nijdam et al., 2012).

Estos hallazgos pueden interpretarse a la luz de la perspectiva neurobiológica del trauma. Se ha demostrado que la estimulación bilateral, componente central de la terapia EMDR, reduce la activación de la amígdala y mejora la comunicación con el hipocampo, favoreciendo la integración de recuerdos traumáticos (Pagani et al., 2017). Este mecanismo es coherente con el modelo teórico propuesto por Shapiro, quien sostiene que la estimulación bilateral ya sea mediante movimientos oculares, sonidos o toques alternos facilita la reprocesamiento emocional al activar simultáneamente redes de memoria relacionadas con el trauma (Shapiro, 2018; Van den Hout & Engelhard, 2012).

Con respecto al primer objetivo específico, al comparar la EMDR con otras terapias psicológicas como la terapia cognitivo-conductual enfocada al trauma (TCCT), se ha demostrado que ambas psicoterapias presentan niveles de efectividad similares en varios estudios controlados. No obstante, algunas investigaciones sugieren que EMDR podría proporcionar mejoras más rápidas o requerir menos sesiones, particularmente en pacientes con traumas simples. Sin embargo, la superioridad de EMDR en comparación con otros métodos continúa siendo objeto de discusión, debido a la diversidad metodológica de las investigaciones existentes (Lewis et al., 2020).

La información analizada indica que la eficacia de la terapia EMDR está influenciada, en parte, por el tipo de trauma tratado, evidenciando un desempeño especialmente fuerte en casos de TEPT relacionado con situaciones de abuso físico o sexual, violencia en el hogar y traumas durante la infancia (Chen et al., 2014;

Shapiro, 2018). En estos escenarios, esta técnica ha mostrado ser útil para ayudar a procesar recuerdos disfuncionales que suelen ser difíciles de tratar con otros métodos psicoterapéuticos.

Sin embargo, la investigación también revela que EMDR se ha utilizado en grupos muy variados, incluyendo excombatientes, refugiados, personas afectadas por desastres naturales, pacientes en el ámbito forense y quienes han sido desplazados involuntariamente (Acarturk et al., 2015; Lewis et al., 2020; Snoek et al., 2020). La razón para incluir estas distintas poblaciones es, en primer lugar, la necesidad de investigar cómo se puede aplicar EMDR más allá del TEPT tradicional, analizando su efectividad como tratamiento que aborde diferentes tipos de trauma. Este enfoque es especialmente pertinente porque los entornos caracterizados por violencia sociopolítica, migración obligatoria o desastres masivos tienden a generar síntomas complejos que superan las categorías diagnósticas convencionales (Wright et al., 2024).

No obstante, esta diversidad también presenta un reto en términos metodológicos. Los estudios varían considerablemente en cuanto a la gravedad del trauma, la duración de los síntomas y la existencia de condiciones psiquiátricas concurrentes, lo que dificulta llegar a conclusiones semejantes sobre la magnitud del efecto terapéutico (Burbach et al., 2024; Susanty et al., 2022). Por ejemplo, los resultados obtenidos en refugiados o víctimas de violencia política a menudo están condicionados por factores contextuales adicionales como la inestabilidad social, la ausencia de redes de apoyo o la repetición de victimización, aspectos que no siempre son considerados en los diseños de las investigaciones. Este descubrimiento da pie a una discusión sobre la adaptabilidad y personalización de

EMDR, en lugar de centrarse únicamente en su efectividad global, como una cuestión central para la investigación futura.

Esta falta de precisión en la literatura plantea la necesidad de investigaciones que no sólo evalúen la eficacia general de EMDR, sino que también analicen los mecanismos y condiciones específicas que favorecen o limitan sus resultados terapéuticos según el tipo de trauma, la historia clínica del paciente y el contexto psicosocial en el que se aplica (Lewis et al., 2020; Susanty et al., 2022).

En comparación, algunas investigaciones han observado una efectividad diversa del EMDR en situaciones de trauma prolongado o complejo, como el abuso en la infancia o la violencia doméstica crónica. Por ejemplo, Snock et al. (2020), indicaron que para estos casos podría ser necesario un protocolo más extenso, que integre EMDR con métodos estabilizadores o con enfoques que trabajen con diferentes partes del yo. En este estudio, los pacientes que tenían un historial de trauma acumulado mostraron un progreso más lento, lo que implica la necesidad de ajustar la intervención según el tipo de trauma, tal como sugiere el modelo de tratamiento en ocho fases, donde el abordaje psicoterapéutico del trauma especialmente en situaciones de trauma complejo o recurrente, debe estructurarse en etapas sucesivas que den prioridad a la seguridad y la regulación emocional antes de abordar de manera directa los recuerdos dolorosos (Shapiro, 1998).

En relación al tercer objetivo, la evaluación de la literatura académica expuesta brinda pruebas sobre la eficacia del protocolo convencional de EMDR para disminuir los síntomas del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en adultos que han vivido situaciones traumáticas.

La literatura respalda la eficacia del protocolo convencional de EMDR en la reducción de síntomas de TEPT en adultos expuestos a traumas, incluso cuando se emplean formatos abreviados. Estudios recientes han demostrado que entre dos y cuatro sesiones pueden ser efectivas, particularmente en traumas recientes o menos complejos y en pacientes con buenos recursos de afrontamiento (Baekkelund et al., 2022; Cubre et al., 2021). Sin embargo, la evidencia también sugiere que, en casos de mayor complejidad o cronicidad, se requieren intervenciones más prolongadas. En línea con ello, los hallazgos de la presente investigación indican que los pacientes que completaron al menos seis sesiones mostraron mejoras más significativas, lo que coincide con las recomendaciones de Matthijssen et al. (2021), quienes proponen entre seis y ocho sesiones para abordar TEPT de intensidad moderada.

Cubre et al. (2021), a diferencia de lo mencionado anteriormente, no hallaron pruebas que sustenten que la intervención temprana con terapia EMDR sea más efectiva que la observación pasiva para disminuir los síntomas psicológicos, incluyendo los síntomas de trastorno de estrés postraumático, en personas que han sido víctimas de violación. Estos resultados resaltan la importancia de seguir investigando la efectividad de las intervenciones iniciales, así como la observación pasiva, en este grupo particular.

En cuanto a las limitaciones mencionadas, esta revisión de la literatura se centró exclusivamente en artículos publicados en los últimos diez años y en los idiomas inglés y español. Esta limitación podría haber ocasionado un sesgo en la selección, al no considerar investigaciones relevantes que fueron publicadas en otros idiomas o en épocas anteriores y que podrían ofrecer una perspectiva más completa sobre la efectividad de EMDR. Además, muchos de los estudios

analizados no tenían grupos de control, contenían información insuficiente y ofrecían pocos datos específicos sobre el tipo de trauma abordado, lo que restringe la capacidad de realizar comparaciones sólidas y aplicables.

Como resultado, es fundamental entender de manera más profunda el uso y la efectividad de la terapia EMDR en diversos contextos clínicos. Esto significa identificar los hallazgos que son relevantes desde un punto de vista clínico, como la reducción de síntomas que los pacientes mencionan, y la evidencia respaldada por métodos rigurosos, lo que requiere una comparación sistemática de EMDR con otras terapias. No es suficiente con informar sobre resultados positivos de manera aislada; se necesita llevar a cabo investigaciones con diseños sólidos, particularmente ensayos clínicos controlados y aleatorizados que cuenten con tamaños de muestra apropiados, para obtener información más fiable y robusta sobre su efectividad en comparación.

En resumen, las restricciones metodológicas observadas como la ausencia de grupos de comparación, la inconsistencia en los métodos utilizados y el riesgo de sesgo en la publicación subrayan la urgencia de mejorar la calidad de la información existente a través de futuras investigaciones. Así, un debate más fundamentado debería resaltar no solo los beneficios señalados, sino también las áreas donde la indagación aún es deficiente, con el objetivo de proseguir hacia un marco más sólido y clínicamente aplicable en la valoración del EMDR.

Los hallazgos de esta revisión indican que la terapia de EMDR ha evolucionado desde su inicio como una técnica experimental hasta convertirse en un tratamiento con evidencia sólida de su efectividad, especialmente en el tratamiento del TEPT. Este reconocimiento se manifiesta en su inclusión en guías

clínicas a nivel internacional, lo que respalda su aplicación en la práctica de la psicología y la psiquiatría. No obstante, persisten preguntas importantes que limitan una comprensión completa de cómo funciona y de las condiciones ideales para optimizar su eficacia.

Las diferencias observadas en la efectividad del EMDR en varios contextos pueden ser en parte atribuidas a variaciones culturales, sociales y en el acceso a los servicios de salud mental. En aquellas sociedades donde el estigma relacionado con la salud mental es fuerte, la adherencia al tratamiento y la disposición del paciente pueden afectar los resultados. De manera similar, en comunidades que han vivido violencia estructural o conflictos armados duraderos, la manifestación clínica del trauma puede ser diferente de la que se ve en entornos más estables, lo que sugiere la necesidad de adaptar culturalmente los protocolos de intervención.

Otro aspecto importante es la capacitación y el seguimiento de los terapeutas. La existencia de programas de formación de alta calidad varía entre diferentes naciones, lo que influye directamente en la fidelidad con la que se aplica el protocolo. En entornos con escasos recursos, la aplicación puede no adherirse a las normas internacionales, lo que afecta la efectividad percibida.

En relación a esto, la evidencia respalda la implementación clínica del EMDR, pero también indica la necesidad urgente de llevar a cabo investigaciones multiculturales y transculturales que evalúen la generalización de los resultados. Esto no solo ayudará a perfeccionar los protocolos y a descubrir posibles factores culturales que influyan en su efectividad, sino que también permitirá ajustar el tratamiento a diferentes poblaciones, asegurando su relevancia y eficacia en un contexto amplio.

En conclusión, la afirmación de que la EMDR se ha establecido como un tratamiento eficaz es clara, sin embargo, su desarrollo futuro estará condicionado a un trabajo de investigación que incluya aspectos neurobiológicos, clínicos y culturales, fomentando una psicoterapia que no sólo se base en evidencia, sino que también considere el entorno en el que se utiliza.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. Conclusiones

La terapia EMDR ha mostrado ser una opción terapéutica efectiva, sobre todo en el manejo del TEPT y otros problemas vinculados al trauma. Su método integral, que une componentes de diversas escuelas psicológicas con la estimulación bilateral, facilita el manejo adecuado de recuerdos difíciles, disminuyendo de manera notable los síntomas relacionados.

A pesar de ciertas controversias y limitaciones en algunos estudios, la evidencia recopilada apoya su efectividad y seguridad. Por lo tanto, la EMDR se establece como un recurso importante dentro del conjunto de intervenciones respaldadas por evidencia, con la posibilidad de expandir su uso a otras dificultades clínicas a través de investigaciones futuras más exhaustivas y controladas.

Los análisis realizados concluyen que la terapia EMDR tiene una efectividad similar, e incluso superior en algunos casos, en comparación con métodos convencionales como la terapia cognitivo-conductual (TCC), sobre todo en la disminución de síntomas intrusivos y disociativos del TEPT.

Las investigaciones revisadas destacan de manera unitaria la efectividad de la EMDR en el tratamiento del TEPT, a pesar de las diferencias en sus enfoques metodológicos y de diseño, la diversidad en las muestras, las modalidades de evaluación y la duración de las terapias, los resultados coinciden en evidenciar beneficios clínicos importantes ligados al uso de EMDR.

La duración del protocolo EMDR influye significativamente en su efectividad terapéutica. Mientras los protocolos breves pueden ser útiles para cuadros agudos y focalizados, las intervenciones más extensas demuestran mayor

eficacia en situaciones de trauma complejo. La adaptación del protocolo según las necesidades del paciente parece ser una estrategia clave en la práctica clínica.

Este estudio demostró tener algunas limitaciones, como la ausencia de un grupo de control inactivo que impide llegar a una conclusión firme que los tratamientos causan cambios en los modos de esquema, también la ausencia de una condición de control de tratamiento activo no centrada en el trauma.

6. Recomendaciones

Se recomienda que las investigaciones futuras sobre EMDR consideren la diversidad cultural de los grupos estudiados. La mayoría de las investigaciones analizadas se llevaron a cabo en entornos europeos o de América del Norte, con una escasa representación de comunidades latinoamericanas, africanas o asiáticas. Esta diversidad sociodemográfica limitada puede restringir la aplicación general de los resultados y pasar por alto factores culturales que afectan la manifestación del trauma, la percepción del tratamiento y la relación entre terapeuta y paciente. Incluir muestras de diferentes culturas permitiría examinar la efectividad del EMDR en contextos más amplios y ajustarlo con mayor sensibilidad a las particularidades culturales.

Es recomendable promover estudios futuros que analicen la eficacia del EMDR según la clase de trauma, distinguiendo entre traumas simples (como accidentes o sucesos aislados) y traumas complejos (tales como situaciones de abuso prolongado o negligencia). Esto ayudaría a mejorar la práctica clínica del EMDR, ajustando la terapia a las necesidades particulares de cada tipo de trauma.

Dado que múltiples investigaciones han mostrado avances clínicos importantes con una cantidad menor de sesiones de EMDR, se sugiere impulsar la

capacitación de terapeutas en métodos breves y organizados. Esta táctica podría hacer que la atención sea más efectiva y disponible para grupos en situación de vulnerabilidad o que tienen acceso restringido a servicios de salud mental, maximizando los recursos existentes sin poner en riesgo la efectividad del tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2015). EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: Results of a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 27414. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27414>
- Amann, B., Valiente, A., Moreno, A., Santed, M. A., & González, A. (2023). *Documento sobre evidencia científica de la terapia EMDR* (2.ª ed.). Asociación EMDR España. <https://www.emdr-es.org/descargas>.
- Assmann, N., Rameckers, S. A., Schaich, A., Lee, C. W., Boterhoven de Haan, K., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Fassbinder, E. (2024). Childhood-related PTSD: The role of cognitions in EMDR and imagery rescripting. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2342017. <https://doi.org/10.1080/20008198.2024.2342017>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado). Editorial Médica Panamericana.
- Baekkelund, H., Endsjø, M., Peters, N., Babaii, A., & Egeland, K. M. (2022). Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: Clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), Article 2116827. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2116827>
- Bell, B. (2022, agosto). *Conflictos de interés (cuestiones básicas sobre la investigación responsable)* [Módulo de aprendizaje en línea]. CITI

Program. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

<https://www.citiprogram.org>

Bird, S. (2022, agosto). *Autoría (cuestiones básicas sobre la investigación responsable)* [Módulo de aprendizaje en línea]. CITI Program. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://www.citiprogram.org>

Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., van Es, S. M., Menninga, S., Meewisse, M. L., Rijkeboer, M., Kousemaker, M., & Arntz, A. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitisation and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: randomised clinical trial. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 217(5), 609-615. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.158>

Burback, L., Yap, S., Purdon, S. E., Abba-Aji, A., O'Shea, K., Brémault-Phillips, S., Greenshaw, A. J., & Winkler, O. (2024). Randomized controlled trial investigating web-based, therapist-delivered eye movement desensitization and reprocessing for adults with suicidal ideation. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1361086.

Covers, M. L. V., de Jongh, A., Huntjens, R. J. C., de Roos, C., van den Hout, M., & Bicanic, I. A. E. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), Article 1943188. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>

Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., Chen, S. R., & Chou, K. R. (2014). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in

patients with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials, *Plos One*, 9(8), 1-17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103676>

Daniëls, M., Meewisse, M. L., Nugter, A., Rameckers, S. A., Fassbinder, E., & Arntz, A. (2025). Imagery rescripting (ImRs) and eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatments for childhood trauma-related posttraumatic stress disorder (CTSD) in adults: effects on schema modes. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2454191>

D'Antoni, F., Matiz, A., Fabbro, F., & Crescentini, C. (2022). Psychotherapeutic techniques for distressing memories: A comparative study between EMDR, Brainspotting, and body scan meditation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1142.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031142>

Dozio, E., Bizouerne, C., Wamba, V., & Atienza, N. (2024). Comparing the effectiveness of narrative therapy and EMDR-GTEP protocols in the treatment of post-traumatic stress in children exposed to humanitarian crises. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 3, Article 1320688.
<https://doi.org/10.3389/frcha.2024.1320688>

Goldman, J. (2023, febrero). *Gestión de datos* [Módulo de aprendizaje en línea]. CITI Program. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
<https://www.citiprogram.org>

Hafkemeijer, L., de Jongh, A., Starrenburg, A., Hoekstra, T., & Slotema, K. (2024). EMDR treatment in patients with personality disorders: Should we fear

- symptom exacerbation? *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), Article 2407222. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2407222>
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Libermann, P., & Hofmann, A. (2017). The AIP Model of EMDR Therapy and Pathogenic Memories. *Frontiers in psychology*, 8, 1578. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01578>
- Hicks, L. (2025, marzo). *Privacidad y confidencialidad* [Módulo de aprendizaje en línea]. CITI Program. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://www.citiprogram.org>
- Kip, K. E., D'Aoust, R. F., Lengacher, C. A., Geiger, A. M., Hernandez, D. F., Girling, S. A., & Diamond, D. M. (2018). Clinical, empirical, and theoretical rationale for selection of accelerated resolution therapy for treatment of post-traumatic stress disorder in VA and DoD facilities. *The Military Medical Research*, 3, Article 34. <https://doi.org/10.1186/s40779-016-0090-5>
- Kuck, S., Arntz, A., Rameckers, S. A., Lee, C. W., Boterhoven de Haan, K. L., Fassbinder, E., & Morina, N. (2023). Intraindividual variability and emotional change as predictors of sudden gains in imagery rescripting and EMDR for PTSD in adult survivors of childhood abuse. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 1029–1046. <https://doi.org/10.1002/cpp.2855>
- Lake-Bullock, H., & Elliot, M. (2022, agosto). *Conducta indebida en la investigación (cuestiones básicas sobre la investigación responsable)* [Módulo de aprendizaje en línea]. CITI Program. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://www.citiprogram.org>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults.

European Journal of Psychotraumatology, 11(1), 1729633.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>

Matthijssen, S. J. M. A., Brouwers, T. C., & de Jongh, A. (2024). Visual Schema Displacement Therapy versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy versus waitlist in the treatment of post-traumatic stress disorder: Results of a randomized clinical trial. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1377108.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1377108>

Matthijssen, S. J. M. A., Menses, S. D. F., & Huisman-van Dijk, H. M. (2024). The effects of an intensive outpatient treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), Article 2341548.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2341548>

Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Gray, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Katona, C., El-Leithy, S., Greenberg, N., Stockton, S., & Pilling, S. (2020). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *Plos One*, 15(4), e0232245.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232245>

Molero-Zafra, M., Fernández-García, E., Mitjans-Lafont, M., Pérez-Marín, M., & Hernández-Jiménez, M. (2022). Psychological Intervention in Women Victims of Childhood Sexual Abuse: An Open Study—Protocol of a Randomized Controlled Clinical Trial Comparing EMDR Psychotherapy and Trauma-Based Cognitive Therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7468.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19127468>

- Pagani, M., Carletto, S., Cortese, L., & Perna, G. (2017). Eye Movement Desensitization and Reprocessing and slow wave sleep: A putative mechanism of action. *Frontiers in Psychology*, 8, 1935. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01935>
- Purnama, S., Sopandi, E., & Herdi, H. (2022). The effectiveness of eye movement desensitization for post-traumatic stress disorder in Indonesia: A randomized controlled trial. *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 1903–1913. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S376350>
- Roig, M. (2022, agosto). *Plagio (cuestiones básicas sobre la investigación responsable)* [Módulo de aprendizaje en línea]. CITI Program. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://www.citiprogram.org>
- Snoek, A., Beekman, A. R. F., Dekker, J., Aarts, I., van Grootheest, G., Blankers, M., Vriend, C., van den Heuvel, O., & Thomaes, K. (2020). A randomized controlled trial comparing the clinical efficacy and cost-effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and integrated EMDR-dialectical behavioural therapy (DBT) in the treatment of patients with post-traumatic stress disorder and comorbid (sub)clinical borderline personality disorder: Study design. *BMC Psychiatry*, 20(1), 396. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02713-x>
- Shapiro, F. (2001). *Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares: Principios básicos, protocolos y procedimientos* (2.^a ed.). Guilford Press.
- Susanty, E., Sijbrandij, M., Srisayekti, W., Suparman, Y., & Huizink, A., (2024). The effect of eye movement desensitization on neurocognitive functioning

- compared to retrieval-only in PTSD patients: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 24(1), 956. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06420-9>
- Thomaes, K., Engelhard, I. M., Sijbrandij, M., Cath, D. C., Van den Heuvel, O. A., & Olf, M. (2016). *Degrading traumatic memories with eye movements: A pilot functional MRI study in PTSD*. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 31371. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31371>
- Torres-Giménez, A., Garcia-Gibert, C., Gelabert, E., Mallorquí, A., Segu, X., Roca-Lecumberri, A., Martínez, A., Giménez, Y., & Sureda, B. (2024). Efficacy of EMDR for early intervention after a traumatic event: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 73-83. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395624002140>
- Q
- Van den Hout, M. A., & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), 724–738. <https://doi.org/10.5127/jep.02821>
- Van Vliet, N. I., Huntjens, R. J. C., van Dijk, M. K., Bachrach, N., Meewisse, M.-L., & de Jongh, A. (2021). Phase-based treatment versus immediate trauma-focused treatment for post-traumatic stress disorder due to childhood abuse: A randomised clinical trial. *BJPsych Open*, 7(6), e211. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1057>
- Vasgird, D., & Phillips, T. (2022, agosto). *Tutorías (cuestiones básicas sobre la investigación responsable)* [Módulo de aprendizaje en línea]. CITI Program. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://www.citiprogram.org>

Wertheim, B., Aarts, E. E., de Roos, C., & van Rood, Y. R. (2023). The effect of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on abdominal pain in patients with irritable bowel syndrome (IBS): a study protocol for a randomized controlled trial (EMDR4IBS). *Trials*, 24(1), 785. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07784-1>

Wigard, I., Meyerbröker, K., Ehring T., Topper, M., Arntz A., & Emmelkamp, P. (2024). Skills training followed by either EMDR or narrative therapy for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2332104>