

**EFFECTIVIDAD DE EMDR EN SUPERVIVIENTES
ADULTAS DE
ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA**

Valoración de Efectos a Largo Plazo de EMDR:
Resultado del Estudio de Seguimiento a los 18 meses con
Supervivientes Adultas de ASI

Tonya Edmond

Escuela de Trabajo Social George Warren Brown
Universidad de Washington en St. Louis

Allen Rubin

Escuela de Trabajo Social
Universidad de Texas en Austin

Resumen

Este estudio de seguimiento a los 18 meses, se compone de los hallazgos en una evaluación experimental aleatorizada, que encontró apoyo sólido para la efectividad de la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (DRMO / EMDR) para reducir síntomas en supervivientes adultas de abuso sexual en la infancia (ASI). Este estudio proporciona evidencia preliminar, acerca de los beneficios terapéuticos de EMDR en supervivientes adultas de ASI mantenidos más allá de los 18 meses. Además existe apoyo para sugerir que EMDR actuó más eficazmente y consiguió una resolución del trauma más amplia que la terapia individual rutinaria.

Palabras Clave:

EMDR (Eye Movement Desensitization d Reprocessing), Abuso Sexual en la Infancia, Efectividad del Tratamiento, Trauma.

Valoración de los Efectos a Largo Plazo de EMDR:
Resultados del Estudio de Seguimiento a los 18 meses con
Supervivientes Adultas de ASI

Francine Shapiro (1989) desarrolló EMDR inicialmente como tratamiento para el trauma. Es un tratamiento encaminado a valorar si los individuos para ser capaces de tolerar los recuerdos traumáticos y procesar racionalmente la información traumática de forma productiva. EMDR consta de ocho fases y se acompaña de protocolos específicos para el tratamiento de diferentes problemas. Las ocho fases de EMDR propuestas por Shapiro (1989) son las siguientes: (1) Recopilación de información sobre la historia del cliente y desarrollo de un plan sólido; (2) preparar al cliente para el trabajo a realizar; (3) valorar todos los componentes de la diana de tratamiento; (4) desensibilizar el material traumático objeto de la diana mediante el uso de movimientos oculares u otro tipo alternativo de estimulación; (5) instalar la cognición positiva identificada; (6) revisar el cuerpo para localizar cualquier material residual sin resolver; (7) clausura; (8) reevaluación.

EMDR está basado en la noción de que el contexto del tratamiento, los movimientos oculares, así como algunas formas de estimulación bilateral alternativas (p.ej. chasquidos junto a los oídos, toquecitos en la mano derecha e izquierda, toques en los hombros), permiten a los individuos traumatizados procesar el trauma racionalmente, el distrés relacionado con él y superar los síntomas postraumáticos (Shapiro, 2001). La organización teórica que Shapiro desarrolló para explicar los efectos observados de EMDR, ha sido denominada Procesamiento Adaptativo de Información.

Hipotetiza que “ los elementos del procedimiento EMDR, incluyendo la atención dual a estímulos, dispara un estado fisiológico que facilita el procesamiento de información (p.31). Para una revisión más detallada de

estas primeras teorías e hipótesis, desarrolladas para explicar los efectos de EMDR, ver Shapiro (2001).

Shapiro (1989) condujo un estudio inicial sobre la eficacia de EMDR en un experimento aleatorio sobre 22 sujetos que habían experimentado recuerdos traumáticos relacionados con la Guerra de Vietnam, abuso sexual o emocional en la infancia, o asalto sexual o físico. Aquellos que recibieron terapia breve EMDR informaron haber sentido una reducción significativa en las reacciones con sus recuerdos traumáticos, así como una drástica mejoría en sus cogniciones, mientras que dichos progresos no se señalaron para el grupo de control. Una crítica común de la eficacia del estudio de Shapiro (1989), implica su fracaso al utilizar medidas estandarizadas posteriores que deja los resultados del estudio inicial vulnerables a la influencia de las características de la demanda y los efectos de expectativa del experimentador (Acierno, Hersen, Van Hasselt, Tremont & Meuser, 1994; Greenwald, 1994; Herbert & Mueser, 1992; Lohr, Kleinknecht, Tolin & Barret, 1995). Desde esta tentativa inicial para demostrar la eficacia de EMDR, se han realizado una serie de estudios controlados en respuesta a estas críticas. Estos estudios más controlados también han encontrado evidencia que sugiere la eficacia de EMDR. Incluso entre los críticos más fervientes de EMDR, se ha reconocido el tremendo aumento de rigor metodológico empleado por la investigación en los estudios más recientes (Lohr, Tolin & Lilienfeld, 1998).

La mayoría de la investigación hasta hoy que apoya la efectividad de EMDR, ha ceñido su aplicación a un recuerdo traumático aislado, o a un sencillo grupo de recuerdos (p.ej. un recuerdo traumático y sus recuerdos asociados) y se ha centrado en la reducción o eliminación de síntomas relacionados con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Jensen, 1994; Wilson, Becker & Tinker, 1995). Además, Van Etten y Taylor (1998) llevaron a cabo un meta-análisis con ensayos en 59 tratamientos con

TPET, siendo igual la efectividad que en las terapias de conducta para tratar los síntomas. Y se comprobó que ambas aproximaciones eran superiores a otras psicoterapias o farmacoterapias, al tratar de forma eficaz este trastorno.

EMDR ha recibido más apoyo con la consignación por asociaciones profesionales, que se han esforzado en desarrollar directrices para el tratamiento del trauma. Chambless y colegas (1998), llevaron a cabo una lista de terapias validadas empíricamente, que clasificaron los tratamientos bien establecidos y los de eficacia probable. Categorizaron EMDR como de probable eficacia para tratar el TPET civil. Asimismo, la Sociedad Internacional para los Estudios del Estrés Traumático, ha identificado a EMDR como un tratamiento efectivo para el TPET en su actual guía de tratamientos (Chemtob, Tolin, van der Kolk & Pitman, 2000).

A pesar del apoyo encontrado para este tipo de tratamiento, el debate acerca de la eficacia de EMDR continúa. En dos revisiones diferentes de literatura sobre tratamientos para TPET, p.ej. Keane (1998) y Foa y Meadows (1997), se informó de resultados mixtos que aludían a su limitación metodológica y eficacia, lo que había impedido aprobar EMDR como tratamiento efectivo para el TPET. Más bien propusieron ambos la necesidad de estudios controlados y bien diseñados, antes de hacer extraer cualquier conclusión de EMDR. Además, Lohr et al.(1998), en una impresionante crítica de 17 estudios, concluyó: “el proceso de validación empírica ha revelado disparidad entre los datos de aplicación de EMDR y su extendido uso actual “ (p.149). Estos autores sugieren que los efectos pretendidamente atribuidos a EMDR, son más probablemente producto de la exposición y/o efectos del tratamiento no específicos. A pesar de dicha crítica, sin embargo, el uso de EMDR continúa creciendo. Actualmente cerca de 45000 psicoterapeutas en todo el mundo han recibido entrenamiento en este tipo de tratamiento (R. Dunton, 2003).

Aunque la mayoría de la investigación en EMDR atañe a dianas en grupos traumatizados, hasta ahora, sólo un experimento controlado ha evaluado la efectividad para reducir los síntomas del trauma exclusivamente, con supervivientes adultas de ASI. Este ESTUDIO, dirigido por Edmond, Rubin y Wambach (1999), halló discrepancia entre los efectos del tratamiento EMDR a corto y largo plazo. Edmond et al. (1999) asignaron aleatoriamente 59 mujeres supervivientes de ASI a una de las tres condiciones de tratamiento: (a) tratamiento individual EMDR;(b) tratamiento individual rutinario; o (c) tratamiento con grupo de control demorado. Los ubicados en una de las dos condiciones experimentales, recibieron seis sesiones semanales de 90 minutos de tratamiento individual, centrado en el problema del ASI, considerado como el más perturbador por la participante. Según Edmond, la terapia en la condición de tratamiento rutinario incluyó varios métodos, técnicas y teorías, incorporados al ser convenientes para localizar la diana terapéutica presentada por cada participante. Los terapeutas usaron en el estudio aspectos de teorías cognitivo-conductuales y psicodinámicas, empleando técnicas como la reestructuración cognitiva, modificación de conducta, relajación, fortalecimiento del ego y trabajo e interpretación de sueños. Se eligió este tipo ecléctico de acercamiento debido a que las supervivientes no exhibían un síntoma clínico específico aislado, sino que tendían a presentar múltiples síntomas y conductas disfuncionales. La mayoría de acercamientos terapéuticos utilizados en la práctica son multiestado y multimodales (Gordon & Alexander, 1993), lo que permite a las participantes localizar un amplio rango de dianas traumáticas para su ASI. En el estudio de Edmond et al. de 1999, el funcionamiento de la participante se midió con cuatro instrumentos estandarizados en el pre-test, post-test (6 semanas) y seguimiento (3 meses). Los cuatro instrumentos de la medición posterior incluían: (a) el Inventario Rasgo-Estado de Ansiedad

(STAI); (b) la Escala de Impacto de Eventos (IES) ; (c) el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y (d) el Inventario de Creencias (BI). Los resultados de este estudio indican que, tanto EMDR como la terapia individual rutinaria fueron efectivos para reducir los síntomas del trauma focalizado, comparados con la condición de control (p.ej. tto. demorado). En el pos-test, se encontró que EMDR era igualmente efectivo al reducir los síntomas tratados que la terapia individual rutinaria en esta población.

En cualquier caso, en el seguimiento el grupo EMDR reveló resultados bastante mejores si se comparan con los del grupo de tto. individual rutinario, en dos de las cuatro medidas estandarizadas – ansiedad y depresión – específicas del trauma. Mientras que el grupo EMDR no demostró síntomas de ansiedad o depresión clínicamente significativos, el grupo de terapia individual rutinaria sí lo hizo. Estos resultados sugirieron que EMDR podría producir una resolución del trauma más resistente que la terapia individual, lo que alertó sobre la necesidad de hacer un estudio de seguimiento a largo plazo.

Por lo tanto, el presente estudio representa un ensayo para cubrir esta carencia, al evaluar el progreso de las supervivientes de ASI estudiadas por Edmond, valorando el seguimiento realizado a los 18 meses de la conclusión del tto. Esta estrategia permitió al estudio no sólo contrastar el progreso de las participantes, sino también hacer posible otra comparación de los efectos de EMDR conseguidos a corto y largo plazo. Se partió de la hipótesis de que la mejoría terapéutica mostrada por quienes estuvieron en la condición de tto. EMDR a los 3 meses, se mantendría a los 18 meses también. Es más, se hipotetizó que continuarían reflejando una mejor resolución de sus síntomas traumáticos, comparado con la terapia individual rutinaria.

Metodología

Participantes.

De las 59 mujeres supervivientes que se incluyeron en el estudio original de Edmond et al. (1999), 42 (72 %) fueron incluidas como participantes en el presente estudio. El 83 % de las participantes en el estudio de seguimiento a los 18 meses (N=35), se identificaron como caucásicas, el 5% (N=2) como afroamericanas, el 2% (N=1) como hispanas, el 2% (N=1) como asioamericanas, el 2% (N=1) como de etnia mestiza y el 5% se identificaron a sí mismas como “ otra “. El 77% (N=7) de las participantes no caucásicas del estudio original dirigido por Edmond, también participaron en el presente estudio de seguimiento, lo que indica que la etnia no fue un factor en la motivación al tratamiento, en la sumisión o en el abandono. La edad media de las participantes era de 36 años (rango 18-51) y contaban con una media educativa de 15,2 años. El 62% (N=26) de las participantes eran empleadas a tiempo jornada completa, el 14% (N=6) lo eran a jornada parcial, y sus ingresos medios fueron 30400\$. El 35% (N=15) de las mujeres estaban casadas, el 23 % (N=10) eran divorciadas, el 23% (N=10) estaban solteras, el 14% (N=6) vivían con otra persona significativa, el 15% (N=2) habían enviudado y el 45% tenían hijos. Una amplia mayoría de las participantes, el 91% (N=38), habían seguido algún tipo de terapia para el abuso sexual anterior a la participación en el estudio. Las supervivientes de ASI de este estudio, informaron de historias de abuso severo. La edad media en la que comenzaron fue a los 6 años y la edad media a la que cesaron fue a los 13. La mitad de las supervivientes, el 48% (N=20), resistió el abuso durante cinco o más años. El abuso ocurrió entre 3 y 4 veces al mes, hasta 3 ó 5 veces por semana para el 61% (N=26) de las participantes. El 98% (N=41) identificaron a sus agresores como miembros de la familia- padres biológicos (49%;N=21), hermanos (21%;N=9)abuelos (17%;N=7) y padrastros (12%;N=5).

Durante el abuso, el 44% (N=18) de las participantes informó de haber sido abusada sexualmente por más de un agresor. Además, el 64% (N=27) experimentaron alguna forma de revictimización en su adultez, como ataque sexual o violencia doméstica.

17 (40%) de las participantes de este estudio se asignaron al grupo de tto. de rutina, 14 (23%) al grupo EMDR y 11 (26%) al grupo de control. En total, el 69% (N=26) de la muestra de seguimiento a los 18 meses, tuvo terapia adicional tras el post-test; el 65% (N=11) se asignó originariamente al grupo de tto. rutinario; el 57% (N=8) se asignaron a EMDR y el 64% (N=7) al grupo de control. Los tipos de tto. adicional recibido incluyen terapia individual, de pareja y de grupo. Dentro del grupo de tto. rutinario, el 65% (N=11) siguió terapia individual, el 18% (N=2) terapia de pareja y el 27% (N=3), participaron en grupos de apoyo. De las 11 que recibieron terapia individual adicional, el 45% (N=5) lo hizo con EMDR. De las se asignaron originariamente al grupo EMDR, el 43% (N=6) tuvo terapia individual adicional, el 7% (N=1) se acompañó de terapia de pareja y el 14% (N=2) participó en grupos. En cuanto a las participantes asignadas inicialmente al grupo de control, el 36% (N=4) tuvo terapia individual, el 75% (N=3) siguieron EMDR en el curso de su tratamiento y el 27% (N=3) tuvieron terapia de pareja. Proporcionado el tratamiento posterior, se comprobó que el grupo de control original representaba un grupo de tto. adicional de comparación para el presente estudio.

Medidas.

El Inventario Rasgo-Estado de Ansiedad (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983). La escala de estado de ansiedad medida con este autoinforme, fue usada para valorar la ansiedad relacionada con problemas específicos alusivos al trauma. La fiabilidad test-retest es relativamente baja para la escala S, lo que da valor al estrés situacional. La consistencia interna es muy alta, con media en los coeficientes alfa de .90

La STAI posee una buena validez de constructo, como demuestra su capacidad para discriminar pacientes normales y psiquiátricos con síntomas de ansiedad (Spielberger et al.,1983).

La Escala de Impacto de Eventos (IES; Horowitz, Wilner & Álvarez, 1979). Se usó esta medida de autoinforme para valorar los síntomas de estrés postraumáticos. La IES posee reconocida validez para grupos y muy buena consistencia interna, con rangos de alfa de .79 a .92.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck & Steer, 1993). Este autoinforme es muy utilizado y en el presente estudio se usó con la intención de valorar clínicamente, los niveles significativos de depresión en grados de leve a severo. El BDI se ha usado durante 30 años demostrando un validez y fiabilidad excelentes. Se ha comprobado una fuerte consistencia interna, con una fiabilidad que oscila entre .78 y .93. La fiabilidad test-retest es buena, con un rango de .48 para los pacientes psiquiátricos tras tres semanas, a .74 para estudiantes universitarios tras cuatro meses. El BDI también posee una validez concurrente de buena a excelente, como señalaron las correlaciones con otras clasificaciones de medidas de depresión (Corcoran & Fischer, 1987).

El Inventario de Creencias (BI; Jehu, Gazan & Klassen, 1985). Este autoinforme identifica y mide creencias distorsionadas habituales en supervivientes de abuso sexual infantil. El inventario tiene una fiabilidad test-retest muy alta (.93) tras una semana. Se ha contrastado una validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck (.55) (Jezu, Gazan & Klassen).

Diseño y Procedimientos.

Las participantes se extrajeron de la muestra estudiada en el original de Edmond et al. (1999) , que incluía un diseño experimental con asignación aleatoria al grupo EMDR, a la terapia individual rutinaria o al grupo de control con tto. demorado. Las participantes de este estudio original fueron

reclutadas en anuncios de periódicos y empresas, puestos por diferentes facultativos ubicados en el centro de Texas. Para ser seleccionado para el estudio, quienes respondían tenían que ser supervivientes adultas de abuso sexual infantil, que tuvieran recuerdos específicos de su abuso, no haberse expuesto antes a EMDR, sin contraindicación para el uso de EMDR (como problemas oculares, ideación suicida activa, condición médica seria, fortaleza del ego inadecuada, o trastornos mentales graves como psicosis), y que no que no estuvieran recibiendo ninguna terapia .

La investigadora principal que había dirigido el pre y post-test en el estudio original de Edmond (1999), fue la única persona que realizó las pruebas para el seguimiento a los 18 meses, analizado en este estudio. Con cada participante que pudo ser localizado, se contactó por teléfono y acordaron participar en una entrevista de seguimiento a los 18 meses, en persona. Como los fondos para este estudio eran limitados, no se ofreció compensación económica a las participantes. Además de las medidas estandarizadas que la investigadora administró, también se obtuvieron medidas en la Escala de Unidades Subjetivas de Incomodidad (SUD) y en la Escala de Validez de Cognición (VOC). Se seleccionaron estos instrumentos subjetivos porque son parte de la administración estándar de EMDR, y se han utilizado en numerosos estudios EMDR como método primario para la medición del cambio informado. Las SUDS (Wolpe,1990), se usan para obtener un informe verbal de los sujetos, sobre su nivel de distrés emocional asociado con la experiencia traumática. La VOC (Shapiro, 1989),se usa en EMDR para valorar rápidamente las creencias cognitivas del cliente asociadas con el trauma. Los terapeutas del estudio original e Edmond et al.(1999), también obtuvieron medidas en el curso de las sesiones, permitiendo así a los autores del presente estudio comparar la opinión de las participantes de la mejoría a los 18 meses, con las previas (ver Tabla 1).

Resultados

El test Chi-cuadrado no halló relación entre la etnia de los miembros de la muestra original de Edmond, y su acuerdo en participar en el presente estudio de seguimiento ($p=0.70$; $V=.05$). Asimismo, no se encontró dicha relación entre los ingresos básicos de las participantes y el estado marital o el número de hijos. En cualquier caso, hubo dos características demográficas que se incluyeron en el subapartado de supervivientes del presente estudio, distintas de la muestra original de Edmond: la edad y el nivel de educación. Quienes participaron en el presente estudio tenían una media de 30 años ($p<.05$). Las supervivientes de este estudio, también contaban con una media de 15,2 años de educación, comparada con la media de 13,5 años para las que no participaron en el presente estudio ($p<.01$).

Entre las participantes de este estudio no se halló diferencia significativa sobre si tuvieron terapia adicional o el tipo de terapia recibida (individual, de pareja o de grupo), en la condición de tto. a la que fueron asignadas originariamente (p.ej. tto. rutinario, EMDR o control). El grupo EMDR tuvo una media de 6 sesiones de terapia en el post-test y el seguimiento de 18 meses, con un rango de 0 a 64. Las del grupo de control se acompañaron de una media de 13 sesiones entre el post-test y los 18 meses de seguimiento, con un rango de 0 a 72. Sin embargo, el grupo de control tuvo una media de dos veces más sesiones de terapia que el grupo EMDR, y el de rutina una media de tres veces más sesiones terapéuticas que el grupo EMDR, esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=.65$).

Más de la mitad ($N=14$) del número total de participantes que recibieron terapia posterior ($N=26$), informaron de que se habían centrado en la misma diana problemática localizada para el estudio original de Edmond et al. (1999), indicando que el problema no había sido resuelto

adecuadamente en las seis sesiones de terapia proporcionadas en el estudio original. Esto parece particularmente cierto para las participantes del tto. rutinario, de las cuales nueve focalizaron la misma diana en las sesiones de terapia posterior, mientras que sólo una de las asignadas originariamente a la condición EMDR y cuatro de las de control, continuaron centrándose en la misma cuestión. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($n=26;p=.01$).

Mantenimiento de la Ganancia Terapéutica.

La primera hipótesis del presente estudio, sugería que la ganancia terapéutica demostrada por quienes estuvieron en la condición de tto. EMDR a los 3 meses, se mantendría a los 18 meses. De las 52 participantes analizadas en los datos de Edmond et al. (1999), 42 se incluyeron como participantes en el presente estudio y fueron, además, puestas a prueba en la valoración a los 18 meses de seguimiento. Los datos del 62 % ($N=26$) de estas participantes fueron eliminados de este análisis, debido a la terapia adicional recibida tras la conclusión del estudio de Edmond. La influencia de esta terapia adicional, hizo valorar con precisión la persistencia de los efectos de las condiciones del tto. original, difícil para estas participantes. En consecuencia, la investigación de la primera hipótesis se basó en un análisis de los datos proporcionados por seis participantes asignadas inicialmente a la condición EMDR y cuatro de las de control, de las que ninguna tuvo tto. posterior a la finalización del post-test. Dado el tamaño extremadamente pequeño de la muestra ($N=16$), se trabajó con la muestra en test-T con pares, para examinar la estabilidad de las puntuaciones dentro de cada grupo del post-test a los 18 meses de seguimiento. Los test-T separados, revelaron medidas estandarizadas para cada síntoma traumático en este estudio, así como para las SUDS y VOC.

El resultado del test-T, indicó que ninguna de las puntuaciones principales de las medidas de síntomas traumáticos (BDI, STAI, IES, BI), eran

significativamente diferentes del pos-test en el seguimiento a los 18 meses para cualquiera de las condiciones de tto. Con sólo 16 sujetos, la potencia estadística para los tests-T fue menor de .25 (Rubin & Babbie,2001). Sin embargo, los datos de la Tabla 1 obviaron esta cuestión, ya que el grupo EMDR mejoró ligeramente en cada medida estandarizada entre el post-test y el seguimiento a los 18 meses. Se propuso que el test-T podría aclarar que se mantendría la ganancia terapéutica, al darse menor error Tipo-2 al principio, si en lugar de una mejoría leve, las puntuaciones hubiesen empeorado entre el post-test y el seguimiento. Y puede concluirse que, tanto los grupos de tto. EMDR como los de rutina, parecieron mantener la mejoría terapéutica original observada en el post-test, pasados 18 meses de las seis sesiones de terapia dadas. En contraste, las puntuaciones del grupo de control se deterioraron algo en el post-test , y en tres de las cuatro medidas estandarizadas del seguimiento. Además, el empeoramiento en las puntuaciones con respecto a los grupos EMDR y de tto. rutinario en cada medida subjetiva, tuvieron una diferencia estadísticamente significativa($t=2.739;p=.04$).

Resultado de las Medidas Estandarizadas.

Con la intención de investigar la hipótesis de que, quienes recibieron EMDR continuarían reflejando una mejor resolución de los síntomas traumáticos, se comparó a los que recibieron terapia individual rutinaria, usando Análisis de Covarianza Multivariado (MANCOVA). Se hizo para probar la importancia global de las diferencias en puntuaciones en el seguimiento a los 18 meses, entre los tres grupos de tratamiento, a través del resultado en las cuatro medidas (STAI, IES, BDI y BI).

Se usaron como covariantes individuales la terapia posterior, el tipo de terapia y el número de sesiones recibidas entre el post-test y el seguimiento a los 18 meses. Sin embargo , ninguna demostró ser estadísticamente significativa. De modo que las 42 mujeres que participaron en el

seguimiento a los 18 meses, fueron incluidas en este análisis. Se halló diferencia en puntuaciones de las condiciones de tto. a los 18 meses que resultaron significativas (N=42; Landa de Wilks=.652; F=2.084; p=.049). Dadas las diferencias entre grupos demostradas por el MANCOVA, se realizó un análisis de varianza de cuatro variables dependientes, a un nivel de .05.

En el estudio original de Edmond et al.(1999), las asignadas a la condición de tto. EMDR puntuaron más bajo (menores síntomas clínicos), en los resultados de las cuatro medidas en el seguimiento a los tres meses, comparadas con las de la condición de tto. rutinario. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas (p<.05) para dos de las cuatro medidas estandarizadas - ansiedad y depresión-, específicas del trauma. En el seguimiento a los 18 meses mientras que el grupo EMDR continuó dando puntuaciones más bajas (confirmando menor sintomatología) en las cuatro variables dependientes, no se observaron diferencias univariadas significativas entre los grupos de tratamiento. El grupo EMDR puntuó significativamente mejor en las cuatro medidas dependientes que el grupo de control, y el grupo de tto. rutinario no mejoró al de EMDR en ninguna de las variables (ver Tabla 2).

Resultado de las Medidas Subjetivas.

Se utilizó un MANCOVA, para probar la significación global de las diferencias en puntuaciones en el seguimiento a los 18 meses entre el grupo EMDR y el de tto. rutinario en las medidas de proceso subjetivo (las SUDS y VOC). Solamente los grupos EMDR y de tto. rutinario (N=31), tuvieron puntuaciones SUDS y VOC que fueron procesadas en común, por lo que el grupo de control no fue incluido en este análisis. Las diferencias entre los grupos de tto. no fueron significativas para las medidas subjetivas.

Exposición

Al examinar los resultados de este estudio se encuentra apoyo para la primera hipótesis, que afirmaba que la ganancia terapéutica mostrada por quienes recibieron tto. EMDR en el estudio original de Edmond et al. (1999), la mantendrían en un post-tratamiento a los 18 meses. Se halló que el grupo EMDR no sólo mantuvo la mejoría terapéutica sino que, de hecho, hubo progresos ligeros en cada medida estandarizada; mientras que el resultado de las puntuaciones del grupo de control empeoraron un poco. Aunque ninguno de esos cambios fue estadísticamente significativo, esta tendencia siguió observándose como evidencia de la capacidad de EMDR para producir mejoría a largo plazo en la sintomatología traumática. El apoyo clínico, pero no el estadístico, confirmaron también la segunda hipótesis del presente estudio, que decía que EMDR continuaría reflejando una mejor resolución de los síntomas del trauma, comparándolo con quienes recibieron terapia individual rutinaria.

Aún más, aunque los grupos de tto. parecían conservar su mejoría por encima de un periodo de tiempo de 18 meses, las que recibieron EMDR parecen haberlo hecho de forma más eficaz y ,probablemente, con un sentimiento mayor de resolución del trauma. Por ejemplo, un porcentaje más pequeño del grupo de tto. EMDR necesitó terapia adicional, en comparación con las asignadas a los grupos de terapia rutinaria y de control. Además, aquellas del grupo EMDR que usaron terapia adicional, recibieron de media menos sesiones que las de los grupos de rutina o control. Solamente una superviviente del grupo EMDR sintió la necesidad de focalizar la misma diana problemática, comparado con las nueve del grupo rutinario y el de control. De hecho, incluso tras tener tto. adicional, los miembros tanto del grupo de rutina, como de control, continuaron desplegando síntomas traumáticos clínicamente significativos, que iban de

leves a moderados en niveles de ansiedad, depresión y TPET. En contraste, el grupo EMDR tuvo puntuaciones en el seguimiento a los 18 meses en el STAI (ansiedad), BDI (depresión) e IES (síntomas de TEPT en grado no clínico, reflejando ausencia de síntomas traumáticos. De modo que las participantes tanto de los grupos EMDR como de tto. rutinario, eran capaces de conservar su mejoría terapéutica, y el de EMDR pareció facilitar una mejor resolución.

Fue sorprendente observar que la terapia posterior (una media de 22 sesiones), no fue una covariante significativa en el análisis multivariado de los efectos del tto. en las variables dependientes. Dado que el 46% (N=19) de las supervivientes que dispusieron de terapia adicional, no trabajaron la misma diana problemática del estudio original, es posible que la terapia posterior produjese efectos que las VV.DD. no pudiesen explicar o ser capaces de captar. Por ejemplo, varias supervivientes siguieron terapia de pareja. La mejoría positiva asociada con dicho tto., podría probablemente ser mejor detectada en medidas relacionadas con problemas matrimoniales que en las medidas de trauma utilizadas en el presente estudio. Desafortunadamente, puesto que los únicos datos obtenidos por éste en la terapia posterior de las participantes, implica su tipo y frecuencia, e incluso si su enfoque fue hacia la misma diana de tto. del estudio original, puede ser necesaria una futura investigación para comprobar esta posibilidad. Además, los ttos. posteriores no tuvieron la capacidad de generalizar los efectos a los síntomas traumáticos de que fueron objeto en este estudio. En otras palabras, es posible que al ser tratado como diana por este tto. posterior, no se reflejase ni se desarrollasen a cabo positivamente los síntomas tratados por el presente estudio.

También es posible que hubiera otras experiencias traumáticas que generasen efectos mensurables, pero que no hayan sido adecuadamente localizados en la terapia posterior. Como se hizo en este estudio, las

supervivientes y sus profesionales de la salud mental, a menudo dividen y priorizan el tratamiento, para localizar los problemas observados como urgentes o apremiantes, lo que puede traducirse en que, cuestiones relevantes y síntomas son desatendidos durante un periodo de tiempo. También, dada la abundancia de ttos. que se han utilizado sin validación empírica, es posible que la terapia adicional recibida no sea especialmente efectiva.

Cabría mencionar también, que los estudios de seguimiento a largo plazo con investigación en la intervención, son pocos y lejanos. Asimismo, cuando se han registrado datos de seguimiento en la literatura sobre EMDR, como en otras intervenciones, se ha suministrado muy poca información, confundiendo potencialmente las intervenciones recibidas con ensayos. Es más, el compromiso del presente estudio para informar de la mediación en las intervenciones efectuadas, y la diligencia al señalar los desafíos éticos y metodológicos afrontados, tratando de valora los efectos a largo plazo, representa la única contribución a la literatura existente.

Algunas limitaciones metodológicas del presente estudio, requieren precaución al interpretar lo encontrado. En el estudio original sólo pudimos conseguir 20 clientes en cada grupo, lo que ocasionó un gran riesgo de cometer error Tipo-II (p.ej., concluir erróneamente que la intervención no ha sido efectiva cuando, de hecho, lo ha sido). El tamaño de la muestra incluso fue menor que en el presente estudio de seguimiento, lo que limitó seriamente la potencia de nuestros estadísticos multivaridos. Esta limitación podría señalar la falta de hallazgos estadísticamente significativos en el análisis MANCOVA, a pesar de la presencia o diferencias clínicamente significativas en los síntomas traumáticos demostrados por los dos grupos de tratamiento.

Además, la posibilidad de probar efectos reactivos no puede excluirse. Los recursos limitados y sin consolidar en el estudio original, influyeron en la

decisión de restringir el régimen de tto. a seis sesiones. En el tto. a largo plazo puede ser necesario dirigirse a cuestiones adicionales. Y la posibilidad de que factores inespecíficos del tto. o efectos placebo influyeran en el resultado, tampoco puede descartarse. De forma adicional, las recomendaciones actuales pueden estar sesgadas como consecuencia de la única característica de las supervivientes que participaron en el seguimiento a los 18 meses. Es importante señalar que las mujeres de color fueron sólo el 17% (N=7) de la muestra en el seguimiento a los 18 meses, y estuvieron significativamente poco representadas, por lo que se aumentan los límites de la generalización de los descubrimientos.

Como en la mayoría de los experimentos de campo aleatorizados, esta muestra no fue seleccionada al azar, sino que se incluyeron solamente aquellas supervivientes voluntarias en participar en el estudio original de Edmond et al. (1999). Las voluntarias para dicho experimento, serían diferentes de las que no fueron voluntarias. Consecuentemente, las participantes en el presente estudio no pueden haber sido representativas de la población (p.ej. supervivientes adultas de abuso sexual en la infancia). Por lo tanto, la generalización de estos resultados es limitada. A pesar de ello, el presente estudio es capaz de proporcionar evidencia preliminar, acerca de los beneficios terapéuticos de EMDR en supervivientes adultas de abuso sexual en la infancia, así como de la capacidad de estos beneficios de mantenerse a largo plazo (p.ej. por encima del periodo de seguimiento de 18 meses). Además, el presente estudio es el único que representa un estudio controlado hasta la fecha, informando de efectos a largo plazo de EMDR, utilizando una muestra constituida exclusivamente por supervivientes adultas de ASI. En consecuencia, son necesarios experimentos controlados adicionales para probar de forma concluyente los beneficios inmediatos y a largo plazo de EMDR para supervivientes adultas de ASI y para otras poblaciones traumáticas específicas. Lo ideal es que

tales investigaciones dispongan de una muestra de gran tamaño, que proporcione tto. a largo plazo con más de seis sesiones de EMDR antes del post-test, y que busque formas éticas de minimizar los participantes usando tto. posterior entre el post-test y el seguimiento.

La habilidad del presente estudio para valorar realmente los efectos de las condiciones del tto. inicial de Edmond, se ha visto seriamente perjudicada por múltiples interferencias en el tto, desgaste y falta de potencia. A pesar de estas limitaciones, sin embargo, los datos proporcionaron alguna información valiosa, ayudándonos a conocer mejor las necesidades del tto., de las mujeres que han sobrevivido al abuso sexual en la infancia y los efectos a largo plazo de EMDR. La frecuencia con que las supervivientes tuvieron terapia posterior tras el post-test, junto con el hecho de que el 90% de la muestra original haya participado en una terapia antes de entrar en el estudio, avala la necesidad de brindar terapia a largo plazo a esta población. Este punto es especialmente relevante hoy en día con la administración de cuidados, donde el número de sesiones de terapia individual es con frecuencia muy limitado. Los modelos de tto. breve orientados a síntomas son atractivos, y aunque potencialmente ayudan a aliviar los síntomas de distrés, pueden ser insuficientes para hacerse con la miríada de problemas contra los que suelen luchar las supervivientes.

Cabe una cuestión más, entonces: valorar la intervención inicialmente evaluada por Edmond et al. (1999), con un enfoque muy restringido, que se centró primero en un recuerdo traumático determinado, como el más angustiante para cada participante. ¿Cómo es de útil para las supervivientes centrarse exclusivamente en un problema? A pesar de las limitaciones de dicha aproximación terapéutica, los resultados del presente estudio sugieren que fue posible lograr y mantener alguna ganancia positiva, en un periodo relativamente corto de tiempo. La reducción o alivio de los problemas traumáticos, definidos como los más angustiosos por las participantes y sus

síntomas asociados, especialmente aquellos disruptivos como ansiedad, depresión y TPET, no es poca cosa. Este es un tema potencialmente llamativo para los supervivientes con limitadas opciones de tto. disponibles, debido a la falta de cobertura de seguro o a la capacidad financiera para costearse una terapia.

También es importante reconocer, que la eliminación de dichos síntomas no representa necesariamente la completa resolución del trauma infantil. En realidad, los profesionales que trabajan con supervivientes adultos, incluidos aquellos que utilizan EMDR, probablemente no adoptarían un acercamiento terapéutico con tanta restricción. Seis sesiones centradas en un problema del tto., fueron un artefacto de la investigación que resaltaba en el estudio de Edmond et al. (1999). A pesar de las dramáticas demandas asociadas a EMDR (Shapiro, 1989; Lohr et al. 1995; Herbert & Mueser, 1992), los profesionales que eligen usarlo con esta población, deben tener en cuenta a menudo la probable necesidad de un trabajo a largo plazo, y deben asegurarse de que los supervivientes vistos en consulta se den cuenta de esta probabilidad también.

Nota del Autor

Reconocimiento:

Los fondos para este estudio fueron donados por la Fundación Lois y Samuel Silberman.

Tonya Edmond
George Warren Brown School of
Social Work,
Campus Box 1196
St. Louis, Missouri 63130.
Phone: 314-935-8131; Fax: 314935-851

Allen Rubin
School of Social Work
University of Texas at Austin
Campus Mail Code: D3500
Austin, TX 78712
Phone: 512-471-9218
arubin@mail.utexas.edu

La correspondencia alusiva a este artículo, debe enviarse a Tonya Edmond, George Warren Brown School of Social Work.

Biografía de los autores:

Tonya Edmond, PH.D. es Profesora Asistente de la George Warren Brown School of Social Work (GWB) en la Universidad de Washington, en San Luis. Ha escrito y colaborado en varias publicaciones, la mayoría relacionadas con intervenciones en supervivientes de trauma. Su investigación se dirige a la violencia contra mujeres y eficacia práctica. Desarrolla actualmente una propuesta de investigación para examinar en la práctica, la variación de respuesta al TPET en centros de crisis por violación.

Allen Rubin es el Profesor Bert Kruger Smith Centennial de Trabajo Social, en la Austin School of Social Work, de la Universidad de Texas. Ha escrito y colaborado en más de 100 publicaciones, la mayoría sobre métodos de investigación o evaluaciones empíricas de la práctica, en áreas como violencia doméstica, enfermedad mental grave y persistente, valoración y tratamiento de niños traumatizados, compromiso y conservación en programas de tratamiento de abuso de sustancias, y efectividad de la Desensibilización y Reprocesamiento mediante Movimientos Oculares (EMDR).

Tabla 1

Puntuaciones Medias, Desviaciones Estándar y Tamaño de la Muestra de Todas las Medidas, por Grupo y Tiempo de las Participantes Que No Siguieron Terapia Posterior Tras el Post-Test.

Medida	Grupo	Pre-test		Post-test		Seguimiento 3 Meses		Seguimiento 18 Meses	
		Punt. Media (DS)	N	Punt. Media (DS)	N	Punt. Media (DS)	N	Punt. Media (DS)	N
BDI	EMDR	16.3(7.2)	6	8.6(6.7)	6	9.2(10.3)	6	7.2(10.4)	6
	Rutina	15.0(7.0)	6	12.0(11.3)	6	11.0(7.8)	6	11.0(12.7)	6
	Control	19.8(3.6)	4	17.3(9.8)	4	15.7(16.5)	4	17.8(10.8)	4
STAI	EMDR	58.0(5.5)	6	31.8(11.4)	6	33.3(8.8)	6	31.7(13.6)	6
	Rutina	58.7(13.6)	6	36.7(15.1)	6	43.0(14.7)	6	38.7(16.1)	6
	Control	58.8(13.6)	4	44.8(9.5)	4	43.3(23.5)	4	54.0(16.7)	4
IES	EMDR	45.3(15.9)	6	12.0(15.9)	6	11.7(15.6)	6	10.2(13.1)	6
	Rutina	26.7(16.9)	6	14.0(13.9)	6	27.3(16.5)	6	16.2(18.1)	6
	Control	39.8(9.1)	4	32.5(13.4)	4	23.0(19.3)	4	34.3(23.5)	4
BI	EMDR	23.8(12.2)	6	10.3(11.0)	6	9.2(22.6)	6	9.0(12.4)	6
	Rutina	22.2(11.0)	6	15.7(9.6)	6	12.8(7.8)	6	11.0(9.3)	6
	Control	41.0(19.4)	4	35.8(18.3)	4	19.7(8.2)	4	22.3(10.5)	4
SUDS	EMDR	7.0(2.4)	6	1.0(1.3)	6	1.1(1.0)	6	1.8(2.1)	6
	Rutina	7.7(2.0)	6	4.3(3.0)	6	4.5(2.1)	6	4.2(3.6)	6
VOC	EMDR	2.7(1.4)	6	7.0(.00)	6	6.5(.84)	6	6.0(.89)	6
	Rutina	2.5(1.4)	6	5.1(1.7)	6	5.3(1.84)	6	4.7(1.9)	6

*** Valoración de los datos pre-test, pot-test y de seguimiento a los 3 meses, obtenida de Edmond et al. (1999).

Tabla 2

Puntuaciones Medias, Desviaciones Estándar y Tamaño de la Muestra de las Medidas Estandarizada, ,por Grupo y Tiempo.

Medida	Grupo	Pre-test		Post-test		Seguimiento 3 meses		Seguimiento 18 meses	
		Punt. Media (DS)	N	Punt. Media (DS)	N	Punt. Media (DS)	N	Punt. Media (DS)	N
BDI	EMDR	16.0(6.3)	20	10.3a (7.2)	20	4.3e (4.5)	18	5.2 ^a (7.1)	14
	Rutina	17.7(8.9)	20	12.7(8.2)	20	11.9(7.1)	16	10.8(8.9)	17
	Control	19.3(7.5)	19	16.7(10.0)	19	No incluido		14.6(8.5)	11
STAI	EMDR	58.4(9.6)	20	34.7c (10.7)	20	30.1d (8.2)	18	30.8b (9.1)	14
	Rutina	59.8(11.4)	20	40.4c (12.2)	20	41.8(14.4)	16	37.2(11.0)	17
	Control	59.4(12.9)	19	54.0(17.3)	19	No incluido		46.6(12.8)	11
IES	EMDR	38.7(16.4)	20	14.1c (15.9)	20	10.3(12.4)	18	8.6 ^a (9.9)	14
	Rutina	34.8(14.6)	20	14.0c (12.0)	20	18.0(15.1)	16	13.2(15.9)	17
	Control	39.6(12.5)	19	32.1 (17.0)	19	No incluido		25.5(24.5)	11
BI	EMDR	24.1(12.2)	20	12.1b (10.0)	20	8.6(9.0)	18	6.6 ^a (8.2)	14
	Rutina	25.4(14.0)	20	16.3b (10.4)	20	15.3(12.4)	16	11.8(10.9)	17
	Control	27.1(15.2)	19	25.1 (15.3)	19	No incluido		18.7(11.2)	11

a : Significativamente mejor que el control con $p \leq .05$.

b: Significativamente mejor que el control con $p \leq .01$.

c: Significativamente mejor que el control con $p \leq .001$.

d: Significativamente mejor que el tto. individual de rutina con $p \leq .01$.

e: Significativamente mejor que el tto. individual de rutina con $p \leq .01$.