



Facultad de Psicología

Trabajo de  
fin de grado

**Modalidad 1**  
“Trabajos de revisión bibliográfica”

Bruna Alves Tourón

Comparación de la  
eficacia de la Terapia  
Cognitivo Conductual y la  
EMDR para el Trastorno  
por Estrés Postraumático:  
Una revisión sistemática

**Grado en Psicología**

Año 2023-2024

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>3</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>4</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>5</b>
<b>1 Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>2 Método .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Estrategia de búsqueda .....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Proceso de selección.....</b>	<b>10</b>
<b>3 Resultados.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1 Descripción de los estudios.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.1 Estudios que comparan TCC y EMDR.....</b>	<b>13</b>
<b>3.1.2 Estudios que comparan EMDR con un grupo control .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1.3 Estudios que comparan TCC con un grupo control .....</b>	<b>17</b>
<b>4 Discusión .....</b>	<b>32</b>
<b>5 Conclusión .....</b>	<b>37</b>
<b>6 Referencias.....</b>	<b>38</b>
<b>Índice de tablas.....</b>	<b>44</b>
<b>Índice de figuras.....</b>	<b>45</b>

## Resumen

Esta revisión sistemática compara la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) en el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos PsycINFO, PubMed, Scopus y Web of Science hasta febrero de 2024, incluyendo ECAs que evaluaran la TCC y la EMDR para TEPT. En general, los estudios que comparan TCC y EMDR no muestran diferencias significativas en la eficacia general para reducir los síntomas del TEPT. EMDR demostró una reducción más rápida de los síntomas y mayor eficiencia en el tiempo de procesamiento del trauma. Ambas terapias fueron eficaces para reducir los síntomas comórbidos de depresión y ansiedad. De esta forma, tanto la TCC como la EMDR son tratamientos eficaces para el TEPT, con EMDR ofreciendo algunas ventajas en términos de rapidez y eficiencia. La elección de la terapia debe considerar las preferencias del paciente, la disponibilidad de terapeutas y los entornos clínicos específicos.

**Palabras clave:** Terapia Cognitivo Conductual, EMDR, TEPT, trauma y ECA.

**Número de palabras del trabajo:** 8087 palabras

## Abstract

This systematic review compares the efficacy of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in treating Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). It was conducted an exhaustive search in PsycINFO, PubMed, Scopus, and Web of Science databases until February 2024, including randomized controlled trials (RCTs) that evaluated CBT and EMDR for PTSD. Studies comparing CBT and EMDR show no significant differences in overall efficacy for reducing PTSD symptoms. EMDR demonstrated a faster reduction in symptoms and greater efficiency in trauma processing time. Both therapies were effective in reducing comorbid symptoms of depression and anxiety. Therefore, CBT and EMDR are both viable treatments for PTSD, with EMDR offering some advantages in speed and efficiency. The choice of therapy should consider patient preferences, therapist availability and specific clinical settings.

**Keywords:** Cognitive Behaviour Therapy, EMDR, PTSD, trauma and RCT.

## Resumo

Esta revisión sistemática compara a eficacia da Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) e a Desensibilización e Reprocesamento por Movimentos Oculares (EMDR) no tratamento do Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Realizouse unha busca exhaustiva nas bases de datos PsycINFO, PubMed, Scopus e Web of Science ata febreiro de 2024, incluíndo ensaios clínicos controlados e aleatorizados (ECA) que avaliaron a eficacia da TCC e a EMDR para o TEPT. Os estudos que comparan TCC e EMDR non amosan diferenzas significativas na eficacia global para reducir os síntomas de TEPT. A EMDR demostrou unha redución máis rápida dos síntomas e unha maior eficiencia no tempo de procesamento do trauma. Ambas terapias foron eficaces na redución dos síntomas comórbidos de depresión e ansiedade. Desta forma, TCC e EMDR son tratamentos viables para o TEPT, coa EMDR ofrecendo algunhas vantaxes en velocidade e eficiencia. A elección da terapia debe considerar as preferencias do paciente, a dispoñibilidade de terapeutas e contextos clínicos específicos.

**Palabras chave:** Terapia Cognitivo-Conductual, EMDR, TEPT, trauma e ECA.

## **1 Introducción**

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un trastorno mental que puede desarrollarse después de la exposición a uno o más eventos traumáticos, como una agresión, un desastre natural, un accidente o la guerra (American Psychiatric Association, 2022). Entre los síntomas del TEPT se encuentran: síntomas intrusivos como la reexperimentación del evento traumático o pesadillas recurrentes, evitación de estímulos asociados al trauma, alteraciones negativas en la cognición y el estado de ánimo, y una mayor activación fisiológica (American Psychiatric Association, 2022). Estos síntomas deben estar presentes al menos un mes después del suceso traumático y afectan significativamente la calidad de vida de los individuos, interfiriendo en su capacidad para funcionar en áreas como el trabajo, la escuela o las relaciones interpersonales (American Psychiatric Association, 2022).

La prevalencia del TEPT varía según la población, pero se estima que afecta a una proporción significativa de la población mundial. Aunque la mayor parte de las personas que experimentan un evento traumático no desarrollan TEPT, aproximadamente el 6% de la población adulta en Estados Unidos lo desarrollará en algún momento de su vida (Goldstein et al., 2016). En términos de prevalencia por género, las mujeres tienen una mayor predisposición a desarrollar TEPT en comparación con los hombres. La prevalencia del TEPT en algún momento de la vida es del 8% en mujeres y del 4% en hombres (Schnurr, 2023).

El TEPT es particularmente prevalente entre los veteranos militares debido a la exposición frecuente a situaciones de combate y otros traumas relacionados con el servicio, aunque esto puede cambiar de guerra a guerra. Un estudio de Na et al., (2023) sugiere que la prevalencia de TEPT es más baja entre los veteranos de la Segunda Guerra Mundial (2%) y la Guerra de Corea (2%) y Vietnam (5%), en comparación con la Guerra del Golfo Pérsico (14%) y la de Irak (15%). Sin embargo, se deben interpretar estos datos con precaución ya que estas estimaciones pueden verse afectadas por la tasa de mortalidad (mayor en personas con TEPT) y la diferencia temporal entre guerras.

El impacto del TEPT en los individuos afectados es profundo y multifacético, asociándose con una serie de comorbilidades, incluyendo trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y abuso de sustancias (Flory & Yehuda, 2015; McCauley et al., 2012). Las personas con TEPT también experimentan un deterioro significativo en el

funcionamiento social, laboral y personal, así como una mayor utilización de los servicios de salud y una percepción más pobre de su salud física (Pacella et al., 2013; Rodriguez et al., 2012; Scoglio et al., 2020). Por ejemplo, los veteranos diagnosticados con TEPT tienen el doble de probabilidades de divorciarse y el tripe de probabilidades de vivir múltiples divorcios que las personas que no lo padecen (Pacella et al., 2013). Estas comorbilidades y el deterioro en diversas áreas subrayan la necesidad de tratamientos efectivos y accesibles para esta condición.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es una forma de psicoterapia que se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales. La TCC para el TEPT, incluye técnicas como la psicoeducación, la exposición prolongada, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y manejo de la ansiedad (Harvey et al., 2003). Estas técnicas tienen el objetivo de ayudar a los pacientes a procesar y reevaluar sus recuerdos traumáticos, reducir la evitación y manejar la hiperactivación (Harvey et al., 2003). Diversos estudios muestran resultados favorables sobre la eficacia de la TCC para tratar el TEPT (Benish et al., 2008; Bisson et al., 2013; Carpenter et al., 2018; Cusack et al., 2016), siendo considerada una de las terapias más eficaces para el tratamiento del TEPT.

Por otro lado, la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR) es otra terapia para el tratamiento del TEPT que genera mucha más controversia que la TCC (Davidson & Parker, 2001). Desarrollada por Francine Shapiro, la EMDR involucra 8 fases, de las cuales se destaca la identificación de imágenes traumáticas, pensamientos negativos y sensaciones corporales asociadas, además de la estimulación bilateral mediante movimientos oculares o estimulación rítmica (Shapiro, 1989a; Shapiro, 1989b). Este proceso facilita el procesamiento adaptativo de la información y ha demostrado ser eficaz para reducir rápidamente los síntomas del TEPT, aunque los mecanismos exactos de su acción no están completamente comprendidos (Bisson et al., 2013; Lee & Cuijpers, 2013; Wright et al., 2024).

Parte de la controversia sobre el EMDR radica en estudios como el de Davidson & Parker (2001), quienes no encuentran diferencias significativas entre dos versiones de la EMDR: una con movimiento oculares y otra sin ellos. Así, critican y cuestionan estos movimientos oculares y defienden que no tienen efecto sobre los resultados de la terapia, sino que lo relevante es la exposición que conlleva la EMDR. Sin embargo, Lee & Cuijpers (2013) encontraron tamaños de efecto significativamente moderados y grandes, dependiendo del entorno (clínico o de investigación, respectivamente) en cuanto a la aplicación de

movimientos oculares. En una línea similar, van Veen et al. (2016) encontraron que el recordar una memoria aversiva realizando movimientos oculares se reduce en mayor medida la vividez y emocionalidad de la misma, en comparación con la no aplicación de movimientos oculares.

También existe gran controversia a la hora de seleccionar los tratamientos de primera línea para tratar el TEPT. Según la División 12 de la American Psychological Association (APA), la TCC es recomendada como una terapia de primera línea, o “altamente recomendada”, para el tratamiento del TEPT (American Psychological Association, 2017). Junto con la TCC, también se encuentran la Exposición Prolongada, la Terapia Cognitiva y la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), variantes de la TCC que se centran en aspectos específicos (American Psychological Association, 2017). Sin embargo, la EMDR se considera una terapia “recomendada condicionalmente” debido a que hay evidencia que indica que puede tener buenos resultados; pero la evidencia no es tan sólida, o el equilibrio entre los beneficios del tratamiento y los posibles daños puede ser menos favorable, o la intervención puede ser menos aplicable en diferentes entornos de tratamiento o subgrupos de individuos con TEPT (American Psychological Association, 2017). Por otro lado, las guías NICE solo recomiendan la EMDR en niños y en adultos cuando estos no responden a la TCC (National Institute for Health and Care Excellence, 2018). En el caso de adultos que presenten una fuerte preferencia hacia la EMDR, también se les puede ofrecer esta terapia.

Diversas revisiones sistemáticas y metaanálisis han investigado la eficacia comparada entre la TCC y la EMDR para el tratamiento del TEPT. Por ejemplo, la extensa revisión de Cusack et al., (2016) encontró que ambas terapias son altamente eficaces para reducir los síntomas del TEPT, pero no identificó diferencias significativas en la eficacia entre ellas. Sin embargo, otros estudios sugieren que la EMDR puede ofrecer beneficios adicionales en términos de rapidez de respuesta y menor carga emocional durante el tratamiento (Chen et al., 2015; Lee & Cuijpers, 2013). A pesar de estos hallazgos, existe una necesidad de realizar más estudios para dilucidar cuál de estas terapias puede ser más efectiva para diferentes subgrupos de pacientes y contextos de tratamiento.

La relevancia de este tema radica en la alta prevalencia del TEPT y su impacto debilitante en la vida de los afectados. Identificar las intervenciones más efectivas y eficientes es crucial para mejorar los resultados del tratamiento y optimizar los recursos de salud mental. A medida que se dispone de más evidencia sobre la eficacia de diferentes enfoques terapéuticos, los profesionales del ámbito de la salud pueden tomar decisiones más informadas sobre el tratamiento de sus pacientes.

De esta forma, el objetivo de esta revisión sistemática es comparar la eficacia de la TCC y la EMDR para el tratamiento del TEPT. Se evaluarán ensayos controlados aleatorizados (ECA) para determinar no solo la reducción de los síntomas del TEPT, sino también la eficiencia del tiempo de tratamiento, la durabilidad de los efectos terapéuticos y las mejoras en síntomas comórbidos como la depresión y la ansiedad. Esta revisión proporcionará una base de evidencia para informar las prácticas clínicas.

Esta revisión sistemática se propone llenar un vacío crítico en la investigación sobre el TEPT, proporcionando una comparación rigurosa de dos de las terapias más utilizadas y estudiadas. Al clarificar las fortalezas y limitaciones de la TCC y el EMDR, se espera facilitar una mejor comprensión de sus aplicaciones prácticas y optimizar el tratamiento de individuos que sufren de TEPT, contribuyendo así a mejorar su bienestar y calidad de vida.

## **2 Método**

Esta revisión sistemática sigue las recomendaciones de la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (Yepes-Nuñez et al., 2021).

### **2.1 Estrategia de búsqueda**

Para llevar a cabo esta revisión sistemática, se realizó una búsqueda exhaustiva en cuatro bases de datos electrónicas: PsycINFO, PubMed, Scopus y Web of Science (WoS). La búsqueda se realizó el 10 de febrero de 2024. Estas bases de datos fueron seleccionadas debido a su amplia cobertura en estudios psicológicos.

Se utilizó la siguiente cadena de búsqueda para identificar estudios relevantes en las bases de datos previas: (("Eye Movement Desensitization and Reprocessing" OR "EMDR") OR ("Cognitive Behavioral Therapy" OR "CBT")) AND ("Post-Traumatic Stress Disorder" OR "PTSD") AND ("RCT" OR "randomized control trial"). Además, también se aplicaron, en caso de ser posible, los siguientes filtros para acotar la búsqueda:

- Fecha de publicación: 1989, ya que este es el año en el que se publica el primer artículo sobre el EMDR (Shapiro, 1989a) – 10 de febrero de 2024.
- Revista revisada por pares.
- Estudios empíricos.
- Idiomas: español e inglés.

De esta forma, los artículos fueron seleccionados en base a unos criterios preestablecidos.

### **2.2 Proceso de selección**

Todos los artículos potencialmente relevantes identificados fueron exportados a RefWorks donde se eliminaron los duplicados. A continuación, se evaluaron los títulos y resúmenes para determinar su elegibilidad preliminar. De los artículos seleccionados, se obtuvo el texto completo para confirmar o descartar su inclusión. Por último, se incluyeron en la revisión aquellos artículos que cumplían con todos los criterios de inclusión y exclusión (ver [Tabla 1](#)). Además, también se incluyeron estudios obtenidos tras una búsqueda manual

en base a las referencias de los artículos incluidos. Todo este proceso queda recogido en la [Figura 1](#).

**Tabla 1.**

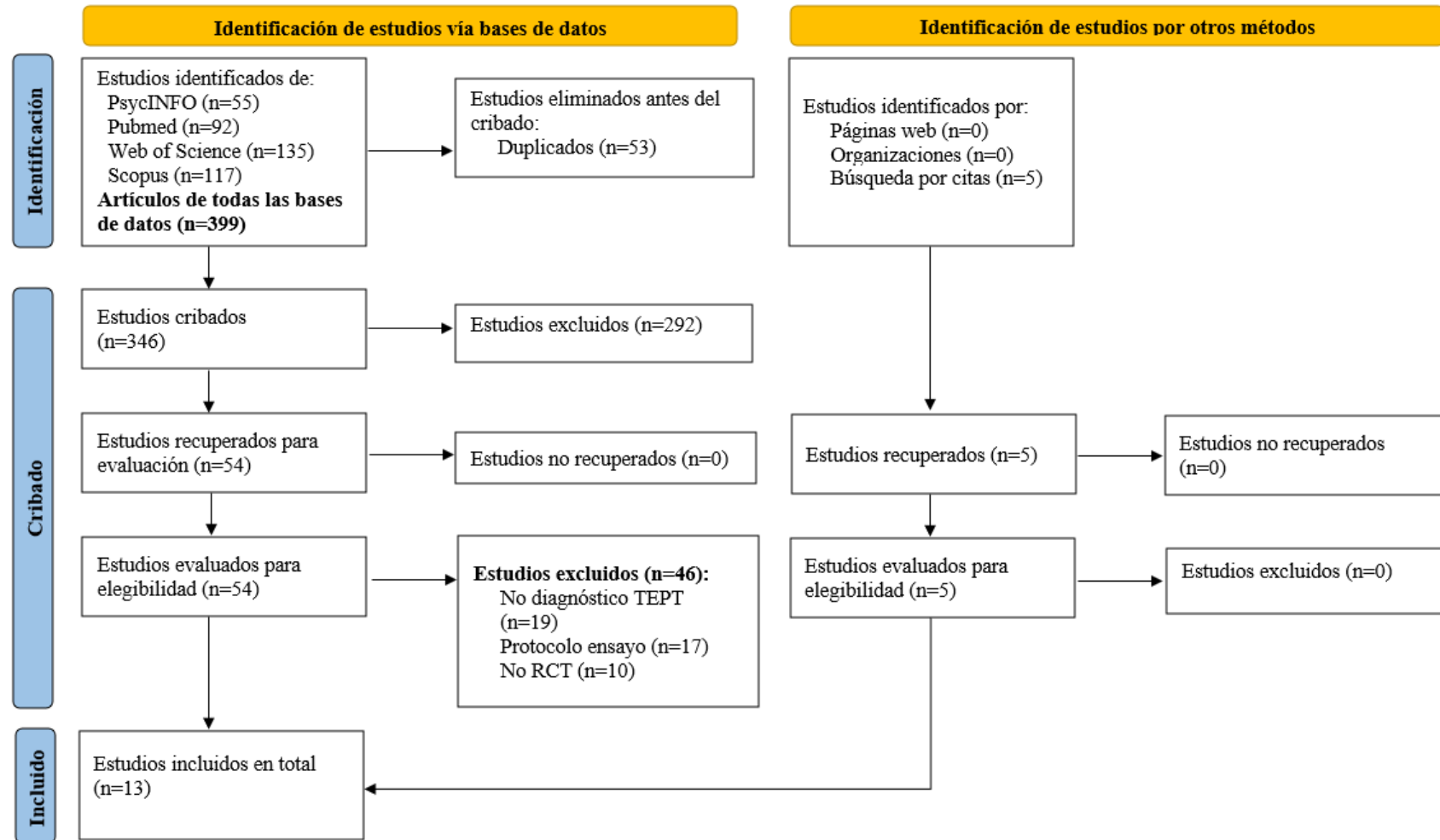
*Criterios de elegibilidad empleados en el proceso de selección*

<b>Criterios de inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>
Los participantes deben tener un diagnóstico de TEPT.	Estudios que no sean ECAs.
En la intervención se debe aplicar TCC (o alguna de sus variantes), EMDR o ambas.	Revisiones sistemáticas o meta-análisis.
Los idiomas seleccionados son español e inglés.	Estudios que manejan datos de fuentes secundarias.
Solo se incluyen estudios empíricos con datos cuantitativos.	Protocolos de ensayo clínico.
Se incluyen artículos publicados desde el 1989 hasta el 10 de febrero de 2024.	Estudios que no reportan medidas estadísticas robustas

*Nota:* Tras la aplicación de estos criterios se obtuvieron los artículos incluidos.

**Figura 1**

*Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios*



*Nota:* Adaptado de: “The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews” (Page et al., 2021).

## 3 Resultados

### 3.1 Descripción de los estudios

#### 3.1.1 Estudios que comparan TCC y EMDR

El estudio de Stanbury et al., (2020), ver [tabla 2 y tabla 3](#), evaluó la eficacia de la EMDR comparada con la Exposición Prolongada (PE) en pacientes adultos diagnosticados con TEPT. Este RCT incluyó a 20 participantes asignados aleatoriamente a recibir EMDR o PE, cada uno con 12 sesiones de 90 minutos distribuidas en 6 semanas. Para medir los resultados, se utilizaron varias herramientas de evaluación: el CAPS, el PTSD Checklist, el DASS-42 y el SDQ. Los resultados mostraron que ambos tratamientos fueron eficaces para reducir los síntomas de TEPT ( $d = .64$ ,  $p < .01$ ), depresión ( $d = .46$ ,  $p < .01$ ), ansiedad ( $d = .52$ ,  $p < .01$ ) y estrés ( $d = .57$ ,  $p < .01$ ) con tamaños de efecto moderados (Cohen, 1988), y se mantuvieron a los 3 meses. Sin embargo, a los 6 meses, hubo un pequeño aumento en los síntomas de TEPT según la CAPS en comparación con la evaluación a los 3, aunque no hubo cambios significativos en los síntomas autoinformados. No se observaron diferencias significativas entre los grupos en términos de la eficacia del tratamiento, lo que sugiere que tanto EMDR como PE son igualmente eficaces para el tratamiento del TEPT. Sin embargo, la EMDR resultó ser significativamente más eficiente que la PE en términos de: tiempo total de exposición a recuerdos traumáticos ( $d = .66$ ,  $p < .01$ ), número de sesiones necesarias para reducir el recuerdo traumático principal a niveles de angustia cercanos a cero ( $d = .84$ ,  $p < .01$ ), y número de recuerdos traumáticos procesados ( $M = 4$  para EMDR vs  $M = 1.5$  para PE). Estos hallazgos sugieren que EMDR puede ser una opción de tratamiento más eficiente para el TEPT en comparación con PE.

Diehle et al., (2015), ver [tabla 2 y tabla 3](#), evaluaron la eficiencia de la TF-TCC y la EMDR en niños con TEPT. Este RCT incluyó a 48 niños de 8 a 18 años de Países Bajos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir TF-TCC o EMDR, cada uno con 8 sesiones de tratamiento. La medida primaria de resultado fue la reducción de los síntomas de TEPT, evaluada mediante la escala CAPS-CA. Ambos tratamientos mostraron reducciones significativas en los síntomas de TEPT de pre a post-tratamiento ( $d = 1.1$ ). La diferencia de la eficacia entre ambas terapias no fue estadísticamente significativa ( $d = 0.14$ ). La duración del tiempo de terapia para la EMDR no fue significativamente más corta ( $p = 0.09$ ). Además, TF-TCC mostró una reducción significativa en los síntomas comórbidos de depresión ( $d = 0.90$ )

e hiperactividad ( $d = 0.79$ ) reportados por los padres. Se concluye que la TF-TCC y EMDR son tratamientos igualmente efectivos para reducir los síntomas de TEPT en niños. La elección del tratamiento puede depender de la disponibilidad de terapeutas capacitados y las preferencias individuales de los pacientes y sus familias.

El estudio de Capezzani et al., (2013), ver [tabla 2 y tabla 3](#), evaluó la eficacia de la EMDR en comparación con la TCC en el tratamiento del TEPT en pacientes oncológicos en fase de seguimiento de la enfermedad. El estudio incluyó a 31 pacientes con diferentes tipos de cáncer en Italia. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir EMDR o CBT, cada uno con 8 sesiones de tratamiento. Los resultados mostraron que los pacientes tratados con EMDR tuvieron una reducción significativa en los síntomas de TEPT en comparación con los tratados con TCC, siendo así la EMDR más eficaz que la TCC. En el grupo de seguimiento de la enfermedad, 10 de los 11 pacientes tratados con EMDR no presentaban TEPT después del tratamiento, mientras que 9 de los 10 pacientes tratados con TCC mantenían el diagnóstico de TEPT en la evaluación post-intervención ( $p = 0.001$ ). En términos de síntomas intrusivos medidos por el CAPS, el grupo de EMDR mostró una reducción promedio de 19.55 ( $SD = 8.15$ ) a 6.18 ( $SD = 6.95$ ), con una diferencia media de -13.364 (95% CI, -17.435 a -9.292),  $p = 0.001$ . El grupo de TCC mostró una reducción promedio de 20.90 ( $SD = 7.71$ ) a 15.30 ( $SD = 5.87$ ), con una diferencia media de -5.600 (95% CI, -9.870 a -1.330),  $p = 0.013$ . Además, los pacientes tratados con EMDR también mostraron mejoras significativas en las puntuaciones del IES-R. La puntuación total del IES-R para el grupo de EMDR disminuyó de una media de 50.91 ( $SD = 9.45$ ) a 20.55 ( $SD = 17.85$ ), con una diferencia media de -30.364 (95% CI, -38.945 a -21.782),  $p = 0.001$ . En contraste, el grupo de TCC no mostró una reducción significativa, con puntuaciones de 54.70 ( $SD = 10.62$ ) a 46.60 ( $SD = 14.13$ ), y una diferencia media de -8.100 (95% CI, -17.100 a 0.900),  $p = 0.075$ . Los resultados del estudio sugieren que EMDR es significativamente más eficaz que CBT en la reducción de los síntomas de TEPT en pacientes oncológicos en fase de seguimiento. Sin embargo, ambos tratamientos fueron igualmente eficaces en mejorar la ansiedad y la depresión. Estos hallazgos indican que EMDR podría ser una opción de tratamiento más eficaz para abordar los síntomas intrusivos del TEPT en esta población específica.

Nijdam et al., (2012), ver [tabla 2 y tabla 3](#), compararon la eficacia de la Terapia Breve Ecléctica (TBE), una modalidad de la TCC, y la EMDR para tratar el TEPT. En este ECA, participaron 140 pacientes diagnosticados con TEPT en Países Bajos. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir TBE ( $n=70$ ) o EMDR ( $n=70$ ) y fueron evaluados en

todas las sesiones utilizando la IES-R para los síntomas de TEPT autoinformados. Otros resultados incluyeron evaluaciones clínicas del TEPT, ansiedad y depresión. Ambos tratamientos resultaron igualmente eficaces en la reducción de la severidad de los síntomas de TEPT, pero el patrón de respuesta indicó que EMDR llevó a una disminución significativamente más rápida de los síntomas de TEPT en comparación con la TBE ( $d = 0.75$ ). Los análisis mostraron un efecto principal significativo del tiempo ( $F=17.99$ ,  $p<0.001$ ) y del tratamiento ( $F=12.20$ ,  $p<0.005$ ), y una interacción significativa entre el tiempo y el tratamiento ( $F=4.00$ ,  $p<0.001$ ). La diferencia promedio estimada en el IES-R entre las condiciones de tratamiento fue de 13.10 (IC del 95%: 5.69-20.50), correspondiente a un tamaño del efecto grande ( $d=0.75$ ). El IES-R además también muestra un tamaño de efecto grande para ambos tratamientos en cuanto a la mejora de síntomas de TEPT ( $d = 1.55$  para la TBE y  $d = 1.73$  para la EMDR). Estos resultados son comparables a los obtenidos con el IES-R, por lo que hay consistencia. En cuanto a los síntomas de depresión y ansiedad medidos por la HADS, se observó una reducción significativa en ambos grupos. Las puntuaciones de depresión en HADS fueron significativamente más bajas para EMDR que para BET en la primera evaluación postratamiento, pero estas diferencias ya no fueron significativas en la segunda evaluación postratamiento. El tamaño del efecto para la mejora en la depresión fue de 0.87 para BET y 1.21 para EMDR. Para la ansiedad, el tamaño del efecto fue de 1.01 para BET y 1.38 para EMDR. En resumen, aunque ambos tratamientos fueron eficaces para reducir los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad, la EMDR resultó en una recuperación más rápida para los síntomas de TEPT depresión y ansiedad en comparación con TBE. Sin embargo, al final del tratamiento, ambos métodos mostraron mejoras similares en los síntomas de TEPT, lo que sugiere que ambos son opciones viables para el tratamiento del TEPT, con EMDR proporcionando beneficios de recuperación más rápida.

### **3.1.2 Estudios que comparan EMDR con un grupo control**

El estudio de Yurtsever et al., (2018), ver [tabla 4](#) y [tabla 5](#), evaluó la eficacia de la intervención grupal de EMDR (G-TEP) para reducir los síntomas de TEPT y depresión entre refugiados sirios en un campamento. Este ECA incluyó a 47 adultos con síntomas de TEPT, que fueron asignados al azar a un grupo experimental ( $n=18$ ) que recibió la intervención de EMDR G-TEP o a un grupo de control de lista de espera ( $n=29$ ). Los resultados mostraron que el grupo experimental experimentó una reducción significativa en los síntomas de TEPT

y depresión en comparación con el grupo de control. Específicamente, el porcentaje de diagnóstico de TEPT disminuyó del 100% al 38.9% en el grupo de EMDR G-TEP, mientras que en el grupo de control solo disminuyó del 100% al 10.3% post-intervención y al 6.9% en el seguimiento a las 4 semanas. Las puntuaciones del IES-R en el grupo experimental disminuyeron significativamente de una media de 62.44 (SD = 9.05) a 48.22 (SD = 17.34) post-intervención y a 51.94 (SD = 16.78) en el seguimiento, mientras que en el grupo de control permanecieron casi sin cambios. La diferencia entre los grupos fue significativa en el post-tratamiento ( $t = -2.09$ ,  $p < 0.05$ ). En cuanto a los síntomas de depresión medidos por el BDI-II, las puntuaciones en el grupo experimental disminuyeron de una media de 35.83 (SD = 14.55) pretratamiento a 28.00 (SD = 9.75) post-tratamiento y a 24.67 (SD = 12.59) en el seguimiento. En el grupo de control, las puntuaciones fueron de 29.38 (SD = 7.32) pretratamiento, 26.10 (SD = 10.98) post-tratamiento y 24.41 (SD = 11.61) en el seguimiento, sin diferencias significativas entre los tiempos. En resumen, el estudio mostró que la intervención grupal de EMDR G-TEP fue eficaz para reducir los síntomas de TEPT y depresión en refugiados sirios, con mejoras significativas mantenidas en el seguimiento a 4 semanas.

Acarturk et al., (2015), ver [tabla 4](#) y [tabla 5](#), evaluaron la eficacia de la terapia EMDR para reducir los síntomas del TEPT y depresión entre refugiados sirios en un campamento. En este ECA participaron 29 adultos con diagnóstico de TEPT, que fueron asignados al azar a un grupo de EMDR ( $n=15$ ) o a un grupo de control en lista de espera ( $n=14$ ). Las medidas principales usadas fueron la IES-R y el BDI-II, evaluadas pre y postratamiento y en un seguimiento de 4 semanas. Los resultados mostraron que el grupo de EMDR tuvo puntuaciones significativamente más bajas en los síntomas de trauma en comparación con el grupo de control. En el postratamiento, las puntuaciones promedio de IES-R fueron 22.87 (SD = 20.27) para el grupo de EMDR y 54.21 (SD = 16.26) para el grupo de control, con una diferencia significativa ( $F(1,26) = 24.166$ ,  $p < 0.001$ ,  $d = 1.78$ , 95% CI: 0.92 - 2.64). En el seguimiento de 4 semanas, las puntuaciones de IES-R en el grupo de EMDR fueron 18.93 (SD = 20.31), manteniendo la reducción significativa. En términos de depresión, las puntuaciones del BDI-II en el grupo de EMDR disminuyeron de una media de 22.69 (SD = 7.77) pretratamiento a 10.15 (SD = 9.60) postratamiento, mientras que en el grupo de control las puntuaciones fueron de 20.64 (SD = 8.71) pretratamiento a 20.79 (SD = 7.92) postratamiento. La diferencia entre los grupos fue significativa ( $t(25) = 3.15$ ,  $p = 0.004$ ,  $d = 1.14$ , 95% CI: 0.35 - 1.92). Este estudio piloto indica que la EMDR puede ser eficaz para reducir los síntomas de TEPT y depresión entre refugiados sirios. Los resultados sugieren que

la EMDR es una intervención prometedora y se requieren estudios más grandes para verificar su eficacia y coste-eficacia en poblaciones similares.

El estudio de Ahmad et al., (2006), ver [tabla 4](#) y [tabla 5](#), evaluó la eficacia de la EMDR en comparación con un grupo control de lista de espera para niños de 6 a 16 años diagnosticados con TEPT. En este ECA participaron 33 niños, que fueron asignados a recibir ocho sesiones semanales de EMDR (n=17) o a permanecer en la lista de espera sin tratamiento (n=16). Los resultados mostraron que los niños en el grupo de EMDR tuvieron una reducción significativa en los síntomas de TEPT en comparación con el grupo de control. Las puntuaciones totales del PTSS-C disminuyeron de una media de 35.5 (SD = 23.2) a 29.2 (SD = 17.1) en el grupo de EMDR, mientras que en el grupo de control las puntuaciones pasaron de 35.5 (SD = 21.1) a 28.1 (SD = 14.6). La diferencia entre los grupos fue significativa ( $F(1, 32) = 8.90, p < 0.01$ ). En la subescala de evitación, se observó una diferencia significativa entre los grupos ( $F(1, 32) = 4.30, p < 0.05$ ). También en la subescala de reexperimentación, con una diferencia significativa entre grupos ( $F(1, 32) = 8.90, p < 0.01$ ). No se observaron mejoras significativas en la subescala de hiperactivación en el grupo de EMDR. En resumen, el estudio concluyó que la terapia EMDR es eficaz para reducir los síntomas de TEPT en niños, con mejoras significativas en las subescalas de reexperimentación y evitación en comparación con un grupo de lista de espera. Estos resultados sugieren que EMDR es una intervención prometedora para tratar el TEPT en niños expuestos a diversos eventos traumáticos.

### **3.1.3 Estudios que comparan TCC con un grupo control**

Hultmann et al., (2022), ver [tabla 6](#) y [tabla 7](#), compararon la eficacia de la TF-TCC con el eTAU en niños y adolescentes expuestos a violencia. En este ECA participaron 89 niños de 5 a 17 años con síntomas severos de trauma. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir TF-TCC (n=45) o eTAU (n=44). Los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas de TEPT en ambos grupos. En la evaluación a los 6 meses, las puntuaciones del K-SADS para TEPT disminuyeron de 21.02 (SD = 6.48) a 14.80 (SD = 8.55) en el grupo de TF-TCC, y de 21.45 (SD = 6.77) a 16.92 (SD = 10.80) en el grupo de eTAU ( $p < 0.01$  para ambos grupos). No hubo diferencias significativas entre los grupos en esta medida ( $F(1, 85) = 0.634, p = 0.43$ ). Las puntuaciones del TSCC-PTS, también mostraron una reducción significativa. En el grupo de TF-TCC, las puntuaciones

disminuyeron de 11.71 (SD = 5.94) a 8.91 (SD = 6.17) en T2 ( $p = 0.03$ ) y a 8.00 (SD = 6.34) en T3 ( $p = 0.01$ ). En el grupo de eTAU, las puntuaciones disminuyeron de 11.18 (SD = 5.84) a 10.03 (SD = 10.04) en T2 ( $p = 0.28$ ) y a 9.07 (SD = 9.21) en T3 ( $p = 0.07$ ). Aunque las reducciones fueron mayores en el grupo de TF-TCC, las diferencias entre los grupos no fueron significativas (T1-T2:  $F(1, 85) = 1.081$ ,  $p = 0.30$ ; T1-T3:  $F(1, 85) = 0.855$ ,  $p = 0.34$ ). En resumen, ambos tratamientos, TF-TCC y eTAU, fueron eficaces para reducir los síntomas de TEPT en niños y adolescentes expuestos a violencia familiar, sin diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, los efectos fueron más notables en el grupo de TF-TCC, sugiriendo una posible ventaja en la reducción de síntomas de TEPT en esta población.

Efendi et al., (2020), ver [tabla 6](#) y [tabla 7](#), evaluaron la eficacia de la TF-TCC para reducir los niveles de depresión y mejorar la calidad de vida en ancianos afectados por un terremoto en Indonesia. Este ECA incluyó a 90 participantes mayores de 60 años, quienes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención ( $n=45$ ) que recibió TF-CBT o a un grupo de control de lista de espera ( $n=45$ ). Los resultados mostraron que la intervención de TF-TCC fue eficaz en la reducción de los síntomas de TEPT y depresión. En el grupo de intervención, el porcentaje de diagnóstico de TEPT disminuyó significativamente del 100% a 17.8% después del tratamiento ( $p < 0.001$ ), mientras que en el grupo de control se mantuvo en 88.9%. En términos de depresión, las puntuaciones del GDS-15 disminuyeron de una media de 8.8 (SD = 2.9) a 3.8 (SD = 2.8) en el grupo de intervención, en contraste con una reducción mínima en el grupo de control de 9.1 (SD = 2.6) a 9.1 (SD = 2.4), con una diferencia significativa entre los grupos ( $p < 0.001$ ). La calidad de vida, medida por el WHOQoL-BREF, también mejoró significativamente en el grupo de intervención. Las puntuaciones físicas aumentaron de 37.5 (SD = 10.3) a 50.7 (SD = 15.5), las puntuaciones psicológicas de 40.3 (SD = 10.5) a 57.1 (SD = 9.6), las puntuaciones sociales de 40.0 (SD = 14.1) a 53.6 (SD = 13.5) y las puntuaciones ambientales de 30.4 (SD = 11.4) a 45.7 (SD = 12.5). Todo a  $p = 0.001$ . Este estudio concluye que la terapia TF-TCC es eficaz para reducir los síntomas de TEPT y depresión, así como para mejorar la calidad de vida en ancianos afectados por desastres naturales.

El estudio de Kameoka et al., (2020), ver [tabla 6](#) y [tabla 7](#), evaluó la eficacia de la TF-TCC en niños y adolescentes japoneses con síntomas de TEPT en entornos comunitarios. Este ECA incluyó a 30 participantes quienes fueron asignados aleatoriamente a recibir 12 sesiones de TF-TCC ( $n=14$ ) o a un grupo de control en lista de espera con servicios mínimos ( $n=16$ ). Los resultados mostraron que el grupo de TF-TCC experimentó una reducción significativa en los síntomas de TEPT en comparación con el grupo de control. Las

puntuaciones totales del K-SADS disminuyeron significativamente en el grupo de TF-TCC, con una reducción media de 12.64 (SD = 2.34) a 7.07 (SD = 4.38), ( $d = 0.96$ ,  $p = 0.014$ ). Las puntuaciones de reexperimentación disminuyeron de 4.43 (SD = 1.22) a 2.29 (SD = 1.68). ( $d = 0.77$ ,  $p < 0.05$ ), las puntuaciones de evitación de 4.07 (SD = 1.59) a 2.14 (SD = 1.56), ( $d = 0.77$ ,  $p < 0.05$ ), y las puntuaciones de hiperactivación de 4.14 (SD = 1.03) a 2.64 (SD = 1.74), ( $d = 0.77$ ,  $p < 0.05$ ). En cuanto a los síntomas depresivos, las puntuaciones del DSRSC disminuyeron de 20.07 (SD = 7.47) a 11.57 (SD = 7.56), ( $d = 1.15$ ,  $p = 0.004$ ). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en términos de ansiedad medida por la SCAS, funcionamiento psicosocial medido por el CGAS, y problemas de comportamiento medidos por el CBCL. En resumen, el estudio proporcionó evidencia preliminar de la eficacia de TF-TCC para reducir los síntomas de TEPT y depresión en niños y adolescentes japoneses en entornos comunitarios. TF-TCC demostró ser superior al control en lista de espera con servicios mínimos en la mejora de los síntomas de TEPT y depresión, aunque no hubo diferencias significativas en la ansiedad, el funcionamiento psicosocial y los problemas de comportamiento.

Goldbeck et al., (2016), ver [tabla 6](#) y [tabla 7](#), evaluaron la eficacia de la TF-TCC en comparación con una lista de espera en niños y adolescentes con síntomas de TEPT en Alemania. En este ECA participaron 159 niños y adolescentes de 7 a 17 años, asignados aleatoriamente a recibir 12 sesiones de TF-TCC ( $n=76$ ) o a una lista de espera ( $n=83$ ). Los resultados mostraron que TF-TCC fue significativamente superior al grupo control en la reducción de los síntomas de TEPT medidos por la CAPS-CA. Las puntuaciones de CAPS-CA disminuyeron de una media de 58.51 (SD = 17.41) a 32.16 (SD = 26.02) en el grupo de TF-TCC y de 57.39 (SD = 16.05) a 43.29 (SD = 25.20) en el grupo control ( $F(1, 157) = 12.3$ ,  $p = 0.001$ ,  $d = 0.50$ ). En términos de reexperimentación, las puntuaciones disminuyeron de 21.43 (SD = 7.00) a 11.64 (SD = 9.41) en TF-TCC y de 20.76 (SD = 7.38) a 15.17 (SD = 9.69) en el control ( $F(1, 157) = 7.82$ ,  $p = 0.006$ ,  $d = 0.46$ ). Las puntuaciones de evitación disminuyeron de 19.72 (SD = 8.67) a 11.03 (SD = 10.51) en TF-TCC y de 19.80 (SD = 7.51) a 15.75 (SD = 10.68) en el control ( $F(1, 157) = 9.99$ ,  $p = 0.002$ ,  $d = 0.44$ ). Las puntuaciones de hiperactivación disminuyeron de 17.36 (SD = 7.51) a 9.49 (SD = 9.15) en TF-CBT y de 16.83 (SD = 6.84) a 12.37 (SD = 8.82) en el control ( $F(1, 157) = 6.64$ ,  $p = 0.011$ ,  $d = 0.40$ ). Además, TF-CBT mostró mejoras significativas en medidas secundarias como la ansiedad (SCARED), la depresión (CDI), entre otras. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida (ILK). En resumen, TF-TCC fue superior a la lista de espera en la reducción de los síntomas de TEPT y otras medidas secundarias, demostrando

ser una intervención eficaz para niños y adolescentes con síntomas de TEPT en entornos de salud mental en Alemania.

El estudio de Surís et al., (2013), ver [tabla 6](#) y [tabla 7](#), evaluó la eficacia de la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT), una modalidad de la TCC, en comparación con la Terapia Centrada en el Presente (PCT) para veteranos con TEPT. En este ECA participaron 86 veteranos (73 mujeres, 13 hombres) que recibieron 12 sesiones individuales de CPT o PCT. Las evaluaciones ciegas se realizaron al inicio, al final del tratamiento y a los 2, 4 y 6 meses después del tratamiento. Los resultados mostraron una reducción significativa en los síntomas de TEPT autoinformados en el grupo de CPT en comparación con el grupo de PCT. Las puntuaciones del PCL disminuyeron de 65.53 (SD = 1.67) a 51.39 (SD = 2.02) en el grupo de CPT y de 65.40 (SD = 2.00) a 57.89 (SD = 2.18) en el grupo de PCT ( $p = 0.05$ ,  $d = -0.85$ ). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en los síntomas de TEPT evaluados clínicamente mediante la CAPS. Las puntuaciones totales de CAPS disminuyeron de 85.07 (SD = 2.69) a 64.97 (SD = 3.27) en el grupo de CPT y de 83.81 (SD = 3.29) a 68.64 (SD = 3.61) en el grupo de PCT ( $p > 0.05$ ,  $d = -0.49$ ). Las puntuaciones de los síntomas de depresión medidos por el QIDS disminuyeron de 15.85 (SD = 0.62) a 12.84 (SD = 0.75) en el grupo de CPT y de 15.82 (SD = 0.76) a 13.82 (SD = 0.83) en el grupo de PCT ( $p > 0.05$ ,  $d = -1.58$ ). Ambos grupos mostraron mejoras significativas a lo largo del tiempo en todas las medidas de resultado, con tamaños del efecto moderados a grandes ( $d = 0.30-1.02$ ), siendo generalmente mayores en el grupo de CPT. En conclusión, aunque CPT y PCT fueron eficaces para reducir los síntomas de TEPT y depresión, CPT mostró una mayor reducción en los síntomas de TEPT autoinformados. Los resultados proporcionan evidencia preliminar de la eficacia de CPT en una población de veteranos con TEPT relacionado con la guerra.

O'Callaghan et al., (2013), ver [tabla 6](#) y [tabla 7](#), evaluaron la eficacia de la TF-TCC en niñas congoleñas afectadas por la guerra y explotadas sexualmente. Este ECA incluyó a 52 niñas de 12 a 17 años que habían sido rescatadas de burdeles y estaban expuestas a violencia sexual durante conflictos armados. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a recibir TF-TCC en 15 sesiones grupales de 2 horas cada una, tres veces por semana durante 5 semanas, o a un grupo de control en lista de espera sin intervención inmediata. Para medir los resultados, se utilizaron el UCLA-PTSD-RI para evaluar los síntomas de TEPT y el AYPa para evaluar síntomas de depresión y ansiedad, problemas de conducta y comportamiento prosocial. Los resultados mostraron que las niñas que recibieron TF-TCC experimentaron una reducción significativa en los síntomas de TEPT con un tamaño del efecto  $d = 2.04$ ,  $p < 0.001$ , y una reducción significativa en los síntomas de depresión y ansiedad con un tamaño

del efecto de  $d = 2.45$ ,  $p < 0.001$ . Además, se observó una reducción significativa en los problemas de conducta con un tamaño del efecto de  $d = 0.95$ ,  $p < 0.001$  y un aumento significativo en el comportamiento prosocial con un tamaño del efecto de  $d = -1.57$ ,  $p < 0.05$ . Estos resultados indican que TF-TCC fue altamente eficaz para reducir los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad, así como los problemas de conducta, mientras aumentaba el comportamiento. Los hallazgos sugieren que TF-TCC es una intervención viable y eficaz en contextos de alta adversidad y trauma severo.

De esta forma, en base a la revisión sistemática de los estudios incluidos, se han observado las siguientes tendencias:

## **1. Estudios que comparan TCC y EMDR**

### **a. Eficacia del tratamiento entre EMDR y TCC:**

El 75% de los estudios que comparan EMDR y TCC (Diehle et al., 2015; Nijdam et al., 2012; Stanbury et al., 2020) muestran que no hay diferencias significativas en la eficacia del tratamiento entre EMDR y TCC en términos de reducción de los síntomas de TEPT. Sin embargo, el 25% de los estudios (Capezzani et al., 2013) muestra que la EMDR es más eficaz a la hora de reducir los síntomas del TEPT.

### **b. Eficiencia en el tiempo de exposición y reducción rápida de síntomas:**

El 75% de los estudios que comparan EMDR y TCC (Capezzani et al., 2013; Nijdam et al., 2012; Stanbury et al., 2020) muestran que la EMDR es más eficiente en términos del tiempo total de exposición y procesamiento de las memorias traumáticas en comparación con la TCC. Además, la EMDR en comparación con la TCC (Exposición Prolongada y Terapia Breve Ecléctica) también lleva a una reducción más rápida de síntomas de TEPT.

### **c. Reducción de síntomas comórbidos (depresión y ansiedad):**

El 100% de los estudios que comparan EMDR y TCC (Capezzani et al., 2013; Diehle et al., 2015; Nijdam et al., 2012; Stanbury et al., 2020) indican que ambos tratamientos son igualmente efectivos para mejorar la ansiedad y la depresión, aunque uno de los estudios (Capezzani et al., 2013) sugiere que EMDR podría ser más eficaz en la reducción de síntomas intrusivos específicos.

## **2. Estudios que comparan EMDR con un grupo control**

El 100% de los estudios que comparan EMDR con un grupo control (Yurtsever et al., 2018; Acarturk et al., 2015; Ahmad et al., 2006) muestran que la EMDR es significativamente superior al grupo control en la reducción de los síntomas de TEPT. Estos estudios demuestran que los participantes que recibieron EMDR experimentaron una disminución notable en la severidad de los síntomas de TEPT en comparación con los grupos

que estaban en lista de espera. Además, estos estudios también indican mejoras significativas en la depresión y otros síntomas comórbidos.

### **3. Estudios que comparan TCC con un grupo control**

El 100% de los estudios que comparan TCC con un grupo control (Hultmann et al., 2022; Efendi et al., 2020; Kameoka et al., 2020; Goldbeck et al., 2016; Surís et al., 2013; O'Callaghan et al., 2013) muestran que TCC es significativamente superior al grupo control en la reducción de los síntomas de TEPT. Además, estos estudios también indican mejoras en la depresión, la ansiedad y el funcionamiento psicosocial.

**Tabla 2.**

*Características de los estudios incluidos que comparan TCC y EMDR*

<b>N</b>	<b>Referencia y país</b>	<b>Participantes y entorno</b>	<b>Diseño</b>	<b>Número de participantes (N)</b>	<b>Género</b>	<b>Edad media y SD</b>	<b>Tipo de trauma</b>	<b>Intervención experimental</b>	<b>Grupo de comparación (control)</b>	<b>Medidas</b>	<b>Seguimiento</b>
<b>1</b>	Stanbury et al. (2020); Australia	Pacientes de la Clínica de Estrés Postraumático del Hospital de Fremantle, Perth	RCT inter sujetos	20	7 hombres (35%); 13 mujeres (65%)	42.15 años, SD: 10.94	Trauma mixto	EMDR (12 sesiones de 90 minutos en 6 semanas)	PE (12 sesiones de 90 minutos en 6 semanas)	CAPS, PTSD Checklist, DASS-42	Evaluaciones en: B1 (pretratamiento), B2 (pretratamiento), T3 (postratamiento), T4 (3 meses), T5 (6 meses)
<b>2</b>	Diehle et al. (2015); Países Bajos	Niños y adolescentes (8-18 años) atendidos en el Academic Medical Centre en Ámsterdam	RCT PROBE de grupos paralelos	48	18 niños (37,5%); 30 niñas (62,5%)	13 años, SD: 3.5	Trauma mixto	EMDR (8 sesiones de 60 minutos cada una, 1 vez por semana)	TF-TCC (8 sesiones de 60 minutos cada una, 1 vez por semana)	CAPS-CA, ADIS-P, CRIES-13, RCADS, SDQ	Evaluaciones pre y post tratamiento (8 semanas)
<b>3</b>	Capezzani et al. (2013); Italia	Pacientes oncológicos en fase de seguimiento en el Instituto Nacional de Cáncer Regina	RCT de grupos paralelos	31	10 hombres (32%); 21 mujeres (68%)	51.45 años, SD: 8.16	Trauma relacionado con el cáncer	EMDR (8 sesiones de 60 minutos)	TCC (8 sesiones de 60 minutos)	CAPS, IES-R, STAI-Y, BDI-II, QPF-R	Evaluaciones pre y post tratamiento (1 mes)

Elena, Roma											
4	Nijdam et al. (2012); Países Bajos	Sobrevivientes de trauma civil, reclutados del Centro de Trauma Psicológico del Academic Medical Centre, Ámsterdam.	RCT PROBE	140	61 hombres (44%), 79 mujeres (56%)	37.8 años, SD: 10.9	Trauma mixto	EMDR (sesiones de 90 min)	Psicoterapia Ecléctica Breve (16 sesiones de 45-60 min)	IES-R, SI-PTSD, SCID-I, HADS	Evaluaciones pre y post-tratamiento (6 semanas y 17 semanas)

*Nota:* **SD**, desviación típica; **RCT**, ensayo clínico aleatorizado; **PE**, Exposición Prolongada; **PROBE**, estudio prospectivo, aleatorizado y abierto, ciego para el evaluador; **TF-CTT**, Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma; **CAPS**, Escala Administrada por el Clínico para TEPT; **PTSD Checklist**, lista del TEPT; **DASS-42**, Escala de Depresión y Ansiedad; **CAPS-CA**, Escala de TEPT administrada por clínicos para niños y adolescentes; **ADIS-P**, Entrevista para el diagnóstico de trastornos de ansiedad según el DSM-IV administrada a los padres; **CRIES-13**, Cuestionario autoinformado de síntomas de estrés postraumático; **RCADS**, Escala revisada de ansiedad y depresión infantil; **SDQ**, Cuestionario de fortalezas y dificultades completado por los padres; **IES-R**, Escala de Impacto de Eventos Revisada; **STAI-Y**, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; **BDI-II**, Inventario de Depresión de Beck-II; **QPF-R**, Cuestionario Psicofisiológico; **SI-PTSD**, Entrevista Estructurada para TEPT; **SCID-I**, Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV; **HADS**, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

### Tabla 3.

*Resultados principales de los estudios que comparan TCC y EMDR*

<i>N</i>	<i>Referencia</i>	<i>Resultados principales</i>
<i>I</i>	Stanbury et al., (2020)	Ambos tratamientos (EMDR y PE) fueron eficaces para reducir los síntomas de TEPT ( $d = .64, p < .01$ ), depresión ( $d = .46, p < .01$ ), ansiedad ( $d = .52, p < .01$ ) y estrés ( $d = .57, p < .01$ ). A los 6 meses, hubo un pequeño aumento en los síntomas de TEPT según la CAPS, pero no cambios significativos en los síntomas autoinformados. EMDR fue más eficiente que PE en términos de tiempo total de exposición a recuerdos traumáticos ( $d = .66, p < .01$ ), número de sesiones

		necesarias para reducir el recuerdo traumático principal a niveles de angustia cercanos a cero ( $d = .84, p < .01$ ) y número de recuerdos traumáticos procesados ( $M = 4$ para EMDR vs $M = 1.5$ para PE).
2	Diehle et al., (2015)	Ambos tratamientos (TF-TCC y EMDR) mostraron reducciones significativas en los síntomas de TEPT de pre a post-tratamiento ( $d = 1.1$ ). No hubo diferencias significativas en la eficacia entre ambas terapias ( $d = 0.14$ ). La duración del tiempo de terapia para EMDR no fue significativamente más corta ( $p = 0.09$ ). TF-TCC mostró una reducción significativa en los síntomas comórbidos de depresión ( $d = 0.90$ ) e hiperactividad ( $d = 0.79$ ).
3	Capezzani et al., (2013)	Los pacientes tratados con EMDR tuvieron una reducción significativa en los síntomas de TEPT en comparación con los tratados con TCC. En el grupo de seguimiento de la enfermedad, 10 de los 11 pacientes tratados con EMDR no presentaban TEPT después del tratamiento, mientras que 9 de los 10 pacientes tratados con TCC mantenían el diagnóstico de TEPT ( $p = 0.001$ ). EMDR mostró una reducción promedio de 19.55 ( $SD = 8.15$ ) a 6.18 ( $SD = 6.95$ ) en los síntomas intrusivos medidos por CAPS ( $p = 0.001$ ). TCC mostró una reducción promedio de 20.90 ( $SD = 7.71$ ) a 15.30 ( $SD = 5.87$ ) ( $p = 0.013$ ). EMDR mostró mejoras significativas en IES-R, con una reducción de 50.91 ( $SD = 9.45$ ) a 20.55 ( $SD = 17.85$ ) ( $p = 0.001$ ). TCC no mostró una reducción significativa en IES-R ( $p = 0.075$ ).
4	Nijdam et al., (2012)	Ambos tratamientos (TBE y EMDR) fueron eficaces en la reducción de la severidad de los síntomas de TEPT, pero EMDR llevó a una disminución significativamente más rápida de los síntomas de TEPT en comparación con TBE ( $d = 0.75$ ). Los análisis mostraron un efecto principal significativo del tiempo ( $F=17.99, p<0.001$ ) y del tratamiento ( $F=12.20, p<0.005$ ), y una interacción significativa entre el tiempo y el tratamiento ( $F=4.00, p<0.001$ ). La diferencia promedio estimada en IES-R entre las condiciones de tratamiento fue de 13.10. El IES-R muestra un tamaño de efecto grande para ambos tratamientos en cuanto a la mejora de síntomas de TEPT ( $d = 1.55$ para TBE y $d = 1.73$ para EMDR). El tamaño del efecto para la mejora en la depresión fue de 0.87 para TBE y 1.21 para EMDR. Para la ansiedad, el tamaño del efecto fue de 1.01 para TBE y 1.38 para EMDR. EMDR resultó en una recuperación más rápida en comparación con TBE.

Nota: PE, Exposición prolongada; TF-TCC, Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma; TBE, Terapia Ecléctica Breve.

#### Tabla 4.

Características de los estudios incluidos que comparan EMDR con un grupo control

N	Referencia y país	Participantes y entorno	Diseño	Número de participantes (N)	Género	Edad media y desviación típica	Tipo de trauma	Intervención experimental	Grupo de comparación (control)	Medidas	Seguimiento
1	Yurtsever et al.	Refugiados sirios viviendo	RCT	47	11 hombres	37.45 años, SD:	Trauma debido a	EMDR G-TEP (2)	Lista de	IES-R, BDI-II,	Evaluaciones pre, post (1

	(2018); Turquía	en el campo de refugiados de Kilis en la frontera con Siria	PROBE		(23%), 36 mujeres (77%)	11.08	la guerra y violencia	sesiones en 3 días consecutivos, 4 horas cada sesión)	espera	MINI	semana) y a las 4 semanas
2	Acarturk et al. (2015); Turquía	Refugiados sirios viviendo en el campo de refugiados de Kilis, en la frontera entre Turquía y Siria	RCT PROBE	29	7 hombres (32%), 22 mujeres (76%)	35.27 años, SD: 13.21	Trauma debido a la guerra y violencia	EMDR (máximo 7 sesiones de 90 minutos)	Lista de espera	IES-R, BDI-II	Evaluaciones pre y post-tratamiento y a las 4 semanas
3	Ahmad et al. (2006); Suecia	Niños de 6 a 16 años atendidos en una clínica psiquiátrica ambulatoria	RCT PROBE	33	13 niños (39%), 20 niñas (61%)	9.95 años, SD: 3.1	Trauma mixto	EMDR (8 sesiones semanales de 45 minutos)	Lista de espera	PTSS-C, DICA	Evaluaciones pre y post tratamiento (2 meses)

*Nota:* **DS**, desviación típica; **RCT**, ensayo clínico aleatorizado; **PROBE**, estudio prospectivo, aleatorizado y abierto, ciego para el evaluador; **EMDR G-TEP**, protocolo grupal de EMDR; **IES-R**, Escala de Impacto de Eventos Revisada; **BDI-II**, Inventario de Depresión de Beck-II; **MINI**, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional mini; **PTSS-C**, Escala de Síntomas de Estrés Postraumático para Niños; **DICA**, Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes.

**Tabla 5.**

*Resultados principales de los estudios que comparan EMDR con un grupo control*

<i>N</i>	<i>Referencia</i>	<i>Resultados principales</i>
1	Yurtsever et al., (2018)	El grupo experimental de EMDR G-TEP mostró una reducción significativa en los síntomas de TEPT y depresión en comparación con el grupo de control. El diagnóstico de TEPT disminuyó del 100% al 38.9% en el grupo de EMDR G-TEP y solo del 100% al 10.3% post-intervención y al 6.9% en el seguimiento en el grupo de control. Las puntuaciones del IES-R en el grupo experimental disminuyeron de 62.44 (SD = 9.05) a 48.22 (SD = 17.34) post-intervención y a 51.94 (SD = 16.78) en el seguimiento, mientras que en el grupo de control permanecieron casi sin cambios ( $t = -2.09$ , $p < 0.05$ ). Las puntuaciones del BDI-II en el grupo experimental disminuyeron de 35.83 (SD = 14.55) a 28.00 (SD = 9.75) post-tratamiento y a 24.67 (SD = 12.59) en el seguimiento. En el grupo de control, las puntuaciones fueron 29.38 (SD = 7.32) pretratamiento, 26.10 (SD = 10.98) post-tratamiento y 24.41 (SD = 11.61) en el seguimiento, sin diferencias significativas entre los tiempos.
2	Acarturk et al., (2015)	El grupo de EMDR tuvo puntuaciones significativamente más bajas en los síntomas de trauma en comparación con el grupo de control. En el postratamiento, las puntuaciones promedio de IES-R fueron 22.87 (SD = 20.27) para el grupo de EMDR y 54.21 (SD = 16.26) para el grupo de control, con una diferencia significativa ( $F(1,26) = 24.166$ , $p < 0.001$ , $d = 1.78$ , 95% CI: 0.92 - 2.64). En el seguimiento de 4 semanas, las puntuaciones de IES-R en el grupo de EMDR fueron 18.93 (SD = 20.31), manteniendo la reducción significativa. Las puntuaciones del BDI-II en el grupo de EMDR disminuyeron de 22.69 (SD = 7.77) pretratamiento a 10.15 (SD = 9.60) postratamiento, mientras que en el grupo de control las puntuaciones fueron de 20.64 (SD = 8.71) pretratamiento a 20.79 (SD = 7.92) postratamiento. La diferencia entre los grupos fue significativa ( $t(25) = 3.15$ , $p = 0.004$ , $d = 1.14$ , 95% CI: 0.35 - 1.92).
3	Ahmad et al., (2006)	Los niños en el grupo de EMDR tuvieron una reducción significativa en los síntomas de TEPT en comparación con el grupo de control. Las puntuaciones totales del PTSS-C disminuyeron de 35.5 (SD = 23.2) a 29.2 (SD = 17.1) en el grupo de EMDR, mientras que en el grupo de control las puntuaciones pasaron de 35.5 (SD = 21.1) a 28.1 (SD = 14.6). La diferencia entre los grupos fue significativa ( $F(1, 32) = 8.90$ , $p < 0.01$ ). En la subescala de evitación, se observó una diferencia significativa entre los grupos ( $F(1, 32) = 4.30$ , $p < 0.05$ ). También en la subescala de reexperimentación, con una diferencia significativa entre grupos ( $F(1, 32) = 8.90$ , $p < 0.01$ ). No se observaron mejoras significativas en la subescala de hiperactivación en el grupo de EMDR. En resumen, la EMDR fue efectiva para reducir los síntomas de TEPT en niños, con mejoras significativas en las subescalas de reexperimentación y evitación en comparación con el grupo de control.

*Nota:* **EMDR G-TEP**, protocolo grupal de EMDR; **IES-R**, Escala de Impacto de Eventos Revisada; **BDI-II**, Inventario de Depresión de Beck-II.

**Tabla 6.**

*Características de los estudios incluidos que comparan TCC con un grupo control*

N	Referencia y país	Participantes y entorno	Diseño	Número de participantes (N)	Género	Edad media y desviación típica	Tipo de trauma	Intervención experimental	Grupo de comparación (control)	Medidas	Seguimiento
1	Hultmann et al. (2022); Suecia	Niños y adolescentes de 5 a 17 años expuestos a violencia familiar, atendidos en el CAMHS	RCT	89	28 niños (31%), 61 niñas (69%)	11.8 años, SD: 3.48 (TF-TCC); Media: 13.0 años, SD: 3.37 (control)	Violencia intra-familiar y abuso infantil	TF-TCC (media de 17.3 sesiones)	eTAU (media de 22.5 sesiones)	TSCC-PTS, SDQ, IES-R, K-SADS	Evaluaciones pre, post (6 meses) y seguimiento (12 meses)
2	Efendi et al. (2020); Indonesia	Adultos (>60 años) viviendo en una comunidad afectada por un terremoto en el distrito de Lombok Norte, Indonesia	RCT	90	32 hombres (36%), 58 mujeres (64%)	Media: 70.8 años, SD: 8.7 (grupo intervención); Media: 71.76 años, SD: 8.5 (grupo control)	Desastre natural (terremoto)	TF-TCC (12 sesiones, 2 veces por semana, 1 hora cada sesión)	Lista de espera	CAPS-5, GDS-15, WHOQOL-BREF	Evaluaciones pre, post (6 semanas), y seguimiento (3 meses)
3	Kameoka et al. (2020); Japón	Niños y adolescentes japoneses (6-18 años) en entornos comunitarios, referidos a	RCT	30	8 niños (27%), 22 niñas (73%)	TF-TCC: media: 13.36; SD: 3.46; control, media: 14.50, SD:	Trauma mixto	TF-TCC (12 sesiones de 90-100 minutos)	Lista de espera con servicios mínimos	K-SADS-PL, UCLA-PTSD-RI, CGAS, CBCL, DSRSC, SCAS, BDI-II, STAI, WHOQOL	Evaluaciones pre y posttratamiento (1 mes)

	centros de tratamiento			2.82										
4	Goldbeck et al. (2016); Alemania	Niños y adolescentes (7-17 años) en ocho clínicas de salud mental en Alemania	RCT	159	45 niños (28%), 114 niñas (72%)	13.03 años, SD: 2.80	Abuso sexual y violencia doméstica	TF-TCC (12 sesiones de espera 90 minutos)	Lista de espera	de	CAPS-CA, CGAS, UCLA-PTSD-RI, CPTCI, CDI, SCARED, CBCL, ILK	Evaluaciones pre y postratamiento (4 meses)		
5	Surís et al. (2013); EE. UU	Veteranos con TEPT atendidos en el North Texas Health Care System y en el Cincinnati Medical Center	RCT	86	13 hombres (15%), 73 mujeres (85%)	46.1 años, SD: 9.8	Trauma sexual durante el servicio militar	CPT (12 sesiones, 1 o 2 veces por semana)	PCT (12 sesiones,)	de	CAPS, QIDS	PCL,	Evaluaciones pre y postratamiento (2, 4 y 6 meses)	
6	O'Callaghan et al. (2013); República Democrática del Congo	Niñas congoleñas de 12 a 17 años afectadas por la guerra y explotadas sexualmente	RCT	52	52 niñas (100%)	16.02 años	Exposición a violación y abuso sexual durante la guerra	TF-TCC (15 sesiones grupales, 2 horas cada una)	Lista de espera	de	UCLA PTSD-RI, AYPA	Evaluaciones pre, post (7 semanas), seguimiento (3 meses)		

*Nota:* **DS**, desviación típica; **RCT**, ensayo clínico aleatorizado; **PROBE**, estudio prospectivo, aleatorizado y abierto, ciego para el evaluador; **CAMHS**, servicios de salud mental infantil y adolescente; **TF-TCC**, Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma; **CPT**, Terapia de Procesamiento Cognitivo; **PCT**, Terapia Centrada en el Presente; **eTAU**, Tratamiento habitual mejorado; **IES-R**, Escala de Impacto de Eventos Revisada; **TSCC-PTS**, Checklist de Síntomas de Trauma para Niños (ítems de estrés postraumático); **SDQ**, Cuestionario de Fortalezas y Dificultades; **K-SADS**, Entrevista Diagnóstica para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia en Niños en Edad

Escolar; **CAPS-5**, Escala de TEPT administrada por clínicos; **GDS-15**, Escala de Depresión Geriátrica; **WHOQOL-BREF**, Evaluación de la calidad de vida, incluyendo componentes físicos, psicológicos, sociales y ambientales; **BDI-II**, Inventario de Depresión de Beck-II; **CGAS**, Escala Global de Evaluación del Niño; **CBCL**, Checklist de Comportamiento Infantil; **DSRSC**, Escala de Autocalificación de Depresión para Niños; **SCAS**, Escala de Ansiedad Infantil de Spence; **STAI**, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; **CAPS-CA**, Escala Administrada por el Clínico para TEPT en Niños y Adolescentes; **UCLA-PTSD-RI**, Índice de Reacción de TEPT de la UCLA para niños y adolescentes; **CPTCI**, Inventario de Cogniciones Post-Traumáticas Infantiles; **CDI**, Inventario de Depresión Infantil; **SCARED**, Cribado de Trastornos de Ansiedad Relacionados con Emociones Infantiles; **ILK**, Inventario de Calidad de Vida para niños; **PCL**, Lista de Verificación de TEPT; **QIDS**, Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva; **AYPA**, African Youth Psychosocial Assessment Instrument.

**Tabla 7.**

*Principales resultados de los estudios que comparan TCC con un grupo control*

<i>N</i>	<i>Referencia</i>	<i>Resultados principales</i>
1	Hultmann et al., (2022)	Los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas de TEPT en ambos grupos. En la evaluación a los 6 meses, las puntuaciones del K-SADS para TEPT disminuyeron de 21.02 (SD = 6.48) a 14.80 (SD = 8.55) en el grupo de TF-TCC, y de 21.45 (SD = 6.77) a 16.92 (SD = 10.80) en el grupo de eTAU ( $p < 0.01$ para ambos grupos). No hubo diferencias significativas entre los grupos en esta medida ( $F(1, 85) = 0.634, p = 0.43$ ). Las puntuaciones del TSCC-PTS disminuyeron en ambos grupos, siendo más notables en el grupo de TF-TCC.
2	Efendi et al., (2020)	Los resultados mostraron que la intervención de TF-TCC fue efectiva en la reducción de los síntomas de TEPT y depresión. En el grupo de intervención, el porcentaje de diagnóstico de TEPT disminuyó significativamente del 100% a 17.8% después del tratamiento ( $p < 0.001$ ), mientras que en el grupo de control se mantuvo en 88.9%. En términos de depresión, las puntuaciones del GDS-15 disminuyeron de 8.8 (SD = 2.9) a 3.8 (SD = 2.8) en el grupo de intervención, mientras que en el grupo de control no hubo cambios significativos. La calidad de vida también mejoró significativamente en el grupo de intervención en todas las dimensiones medidas por el WHOQoL-BREF ( $p = 0.001$ ).
3	Kameoka et al., (2020)	Los resultados mostraron que el grupo de TF-TCC experimentó una reducción significativa en los síntomas de TEPT en comparación con el grupo de control. Las puntuaciones totales del K-SADS disminuyeron significativamente en el grupo de TF-TCC, con una reducción media de 12.64 (SD = 2.34) a 7.07 (SD = 4.38), ( $d = 0.96, p = 0.014$ ). También hubo reducciones significativas en las puntuaciones de reexperimentación ( $d = 0.77, p < 0.05$ ), evitación ( $d = 0.77, p < 0.05$ ) y hiperactivación ( $d = 0.77, p < 0.05$ ). Las puntuaciones del DSRSC para depresión también disminuyeron significativamente ( $d = 1.15, p = 0.004$ ).
4	Goldbeck et al., (2016)	Los resultados mostraron que TF-TCC fue significativamente superior al grupo control en la reducción de los síntomas de TEPT medidos por la CAPS-CA. Las puntuaciones de CAPS-CA disminuyeron de 58.51 (SD = 17.41) a 32.16 (SD = 26.02) en el grupo de TF-TCC y de 57.39 (SD = 16.05) a 43.29 (SD = 25.20)

- en el grupo control ( $F(1, 157) = 12.3, p = 0.001, d = 0.50$ ). Las puntuaciones de reexperimentación, evitación e hiperactivación también mostraron reducciones significativas en el grupo de TF-TCC en comparación con el grupo control. Además, TF-TCC mostró mejoras significativas en medidas secundarias como la ansiedad y la depresión.
- 5 Surís et al., (2013) Los resultados mostraron una reducción significativa en los síntomas de TEPT autoinformados en el grupo de CPT en comparación con el grupo de PCT. Las puntuaciones del PCL disminuyeron de 65.53 (SD = 1.67) a 51.39 (SD = 2.02) en el grupo de CPT y de 65.40 (SD = 2.00) a 57.89 (SD = 2.18) en el grupo de PCT ( $p = 0.05, d = -0.85$ ). No hubo diferencias significativas en los síntomas de TEPT evaluados clínicamente mediante la CAPS. Ambos grupos mostraron mejoras significativas a lo largo del tiempo en todas las medidas de resultado, con tamaños del efecto moderados a grandes ( $d = 0.30-1.02$ ), siendo generalmente mayores en el grupo de CPT.
- 6 O'Callaghan et al., (2013) Los resultados mostraron que las niñas que recibieron TF-TCC experimentaron una reducción significativa en los síntomas de TEPT ( $d = 2.04, p < 0.001$ ), y una reducción significativa en los síntomas de depresión y ansiedad ( $d = 2.45, p < 0.001$ ). También se observó una reducción significativa en los problemas de conducta ( $d = 0.95, p < 0.001$ ) y un aumento significativo en el comportamiento prosocial ( $d = -1.57, p < 0.05$ ). Estos resultados indican que TF-TCC fue altamente efectiva para reducir los síntomas de TEPT, depresión y ansiedad, así como los problemas de conducta, mientras aumentaba el comportamiento prosocial.

*Nota:* eTAU, Tratamiento habitual mejorado; TSCC-PTS, Checklist de Síntomas de Trauma para Niños; WHOQoL-BREF, Evaluación de la calidad de vida; CPT, Terapia de Procesamiento Cognitivo, TF-TCC, Terapia Cognitivo Conductual centrada en el trauma.

## 4 Discusión

Esta revisión sistemática se centró en comparar la eficacia de la TCC y la EMDR en el tratamiento del TEPT. Los estudios incluidos revelan varias tendencias y conclusiones significativas que aportan una comprensión más profunda sobre la eficacia y aplicabilidad de ambas terapias. Los principales hallazgos indican que ambas terapias son efectivas para reducir los síntomas del TEPT, pero presentan algunas diferencias en términos de rapidez en la reducción de síntomas.

### **Eficacia general para la reducción de los síntomas del TEPT**

El 75% de los estudios que comparan EMDR y TCC (Diehle et al., 2015; Nijdam et al., 2012; Stanbury et al., 2020) muestran que no existen diferencias significativas en la eficacia del tratamiento en términos de reducción de los síntomas de TEPT. Sin embargo, el 25% de los estudios (Capezzani et al., 2013) muestra que la EMDR es más eficaz que la TCC para reducir los síntomas de TEPT. Cabe destacar que el estudio de Capezzani et al. (2013) es un estudio piloto que cuenta con una muestra muy reducida ( $n=21$ ). Además, para cada grupo solo hubo un terapeuta disponible, lo que puede indicar que los resultados obtenidos se deban a diferencias en las habilidades clínicas de cada terapeuta (como el desarrollo de una fuerte alianza terapéutica) (Capezzani et al., 2013). Por tanto, en general, se puede decir que ambos enfoques terapéuticos resultaron ser igualmente efectivos para disminuir la severidad de los síntomas, lo que sugiere que tanto la EMDR como la TCC son opciones viables para el tratamiento del TEPT. Este hallazgo es consistente con los resultados de revisiones previas (Benish et al., 2008; Bisson et al., 2013; Cusack et al., 2016).

Sin embargo, es importante destacar que algunos estudios (Capezzani et al., 2013; Nijdam et al., 2012; Stanbury et al., 2020) indican que la EMDR puede ser más eficiente en términos del tiempo total de exposición y procesamiento de las memorias traumáticas. Este resultado es consistente con otros trabajos que han encontrado que la EMDR puede tener ventajas en términos de tiempo de tratamiento y carga emocional del paciente (Ho & Lee, 2012). Esto puede deberse a la metodología única de la EMDR que facilita una desensibilización más rápida.

### **Reducción de síntomas comórbidos**

En cuanto a la reducción de síntomas comórbidos como la depresión y la ansiedad, todos los estudios que comparan TCC y EMDR (Capezzani et al., 2013; Diehle et al., 2015; Nijdam et al., 2012; Stanbury et al., 2020) muestran que tanto la EMDR como la TCC son

igualmente eficaces. Sin embargo, el estudio de Capezzani et al. (2013) sugiere que la EMDR podría ser más eficaz en la reducción de síntomas intrusivos específicos, lo cual puede ser particularmente relevante en pacientes con síntomas intensamente perturbadores (reexperimentación del trauma, pesadillas recurrentes, disociación, etc.). Sin embargo, se precisarían más estudios para contrastar esto.

### **Eficacia de la TCC en comparación con un grupo control**

De manera similar, los estudios que comparan la TCC con un grupo control (Efendi et al., 2020; Goldbeck et al., 2016; Hultmann et al., 2022; Kameoka et al., 2020; O'Callaghan et al., 2013; Surís et al., 2013) muestran que la TCC es significativamente superior al grupo control en la reducción de los síntomas de TEPT. Además, estos estudios indican mejoras en la depresión, la ansiedad y el funcionamiento psicosocial, reafirmando la posición de la TCC como una terapia de primera línea recomendada para el TEPT (American Psychological Association, 2017).

### **Eficacia de la EMDR en comparación con un grupo control**

Los estudios que comparan la EMDR con un grupo control (Acarturk et al., 2015; Ahmad et al., 2006; Yurtsever et al., 2018) consistentemente muestran que la EMDR es significativamente superior al grupo control en la reducción de los síntomas de TEPT. Estos estudios demuestran una disminución notable en la severidad de los síntomas de TEPT en los grupos tratados con EMDR en comparación con los grupos en lista de espera. Además, se observaron mejoras significativas en la depresión, ansiedad y otros síntomas comórbidos, indicando la eficacia general de EMDR en diversos contextos y poblaciones.

### **Interpretación General de los Resultados**

Estos hallazgos sugieren que tanto la TCC como la EMDR son opciones viables y eficaces para el tratamiento del TEPT. En general, al no haber diferencias significativas en cuanto a la eficacia entre ambas terapias, la elección entre una u otra puede depender de la disponibilidad de terapeutas capacitados, las características específicas del paciente y sus preferencias personales. La EMDR puede ofrecer ventajas adicionales en términos de rapidez y eficiencia, lo que podría ser particularmente beneficioso en contextos donde el tiempo de tratamiento es un factor crítico.

### **Solidez de los resultados**

En cuanto a la solidez de los resultados, todos los estudios revisados son ECAs, considerados el estándar de oro en investigación clínica (Higgins et al., 2011). Según los criterios de Chambless & Hollon (1998) y de Chambless & Ollendick (2001) para definir

tratamientos basados en la evidencia empírica, un tratamiento psicológico se considera eficaz cuando al menos dos grupos de investigación independientes demuestran su efectividad en, como mínimo, dos ECAs. Estos estudios deben demostrar que el tratamiento es superior a un placebo, a una lista de espera, o a otro tratamiento establecido, o deben mostrar que es equivalente a un tratamiento ya establecido con muestras adecuadas.

Sin embargo, Tollin et al. (2015) critican los criterios previos y proponen un nuevo modelo más riguroso. En primer lugar, la eficacia del tratamiento debe demostrarse mediante estudios bien diseñados, preferiblemente ECAs, y se debe tener en cuenta tanto los estudios que obtienen resultados favorables para un tratamiento determinado como los estudios que no los obtienen o no encuentran resultados significativos. Para ello, es esencial realizar una revisión sistemática de toda la literatura disponible, utilizando herramientas de evaluación como el sistema GRADE para valorar la calidad de la evidencia y el grado en que los beneficios superan a los posibles daños (Atkins et al., 2004). Además, la relevancia clínica debe ser evaluada, incluyendo la fidelidad del tratamiento, la cualificación del terapeuta y el uso de manuales de tratamiento. También es crucial evaluar el riesgo de sesgo en los estudios mediante herramientas como el Cochrane Risk of Bias Tool (Higgins et al., 2011). Es de vital importancia considerar tanto los resultados a corto como a largo plazo, evaluando tanto la reducción de síntomas como la mejora funcional de manera sostenible. Es importante que el tratamiento haya demostrado ser efectivo no solo en entornos de investigación, sino también en entornos clínicos reales con poblaciones más diversas y complejas.

Teniendo esto en cuenta, si se siguen los criterios actuales de Tollin et al. (2015) la División 12 de la APA considera que se debe seguir investigando para comprobar la eficacia de los tratamientos “bien establecidos” debido a que algunos tratamientos pueden no cumplir completamente con los nuevos criterios dada la falta de revisiones sistemáticas rigurosas (American Psychological Association, 2017). Por tanto, se necesitan más meta análisis y revisiones sistematicas que cumplan con los criterios de Tollin et al. (2015) para obtener una mayor solidez de resultados.

### **Implicaciones para el trabajo y la investigación futuros**

Los resultados de esta revisión tienen importantes implicaciones para la práctica clínica y la investigación futura. En cuanto a las implicaciones clínicas, dado que no se han encontrado diferencias significativas entre ambas terapias, los profesionales de la salud mental pueden considerar factores adicionales a la hora de elegir un tratamiento, como las preferencias del paciente o la disponibilidad de recursos al seleccionar un tratamiento.

En cuanto a la investigación, hay una necesidad de estudios que comparen directamente la TCC y la EMDR en diferentes subgrupos de pacientes, como aquellos con TEPT complejo o comorbilidades significativas. Además, estudios futuros deberían explorar los mecanismos subyacentes a la eficacia de la EMDR, dado que aún no se comprenden completamente, para clarificar por qué parece ser más rápida en la reducción de síntomas en comparación con la TCC (van Veen et al., 2016). Por último, la investigación sobre la combinación de estas terapias con otras intervenciones, como la farmacoterapia, también podría proporcionar información valiosa sobre tratamientos integrados para el TEPT.

### **Relevancia clínica**

Desde una perspectiva clínica, los hallazgos de esta revisión sugieren que ambos tratamientos, TCC y EMDR, deberían ser considerados opciones viables y efectivas para el tratamiento del TEPT. La evidencia de que la EMDR puede proporcionar una reducción más rápida de los síntomas es particularmente relevante en situaciones de crisis donde el alivio rápido es necesario (Chen et al., 2015). Además, la menor carga emocional asociada con la EMDR puede hacerla una opción preferida para pacientes que tienen dificultades para enfrentar la exposición prolongada al trauma, un componente clave en la TCC (Lee & Cuijpers, 2013; van Veen et al., 2016).

### **Limitaciones**

Esta revisión sistemática tiene varias limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, la heterogeneidad de los estudios incluidos en términos de poblaciones, metodologías y medidas de resultado puede limitar la generalización de los hallazgos. La utilización de diferentes herramientas de evaluación del TEPT, como el CAPS o el IES-R, añade otra capa de variabilidad que debe ser considerada al interpretar los resultados. También se debe tener en cuenta que solo se han seleccionado cuatro estudios que comparen directamente la TCC y la EMDR, por lo que se necesitaría realizar una revisión en mayor profundidad.

En segundo lugar, la calidad de los estudios varía, y algunos presentan riesgos de sesgo que podrían afectar la validez de los resultados. Además, la mayoría de los estudios se centran en poblaciones específicas, como veteranos o niños, lo que puede no ser representativo de todas las personas con TEPT. Otra limitación es la variabilidad en la duración y la intensidad de las intervenciones entre los estudios revisados. Por ejemplo, mientras algunos estudios utilizaron un número fijo de sesiones, otros ajustaron la duración del tratamiento según la respuesta del paciente, lo que podría influir en los resultados. También hay que tener en cuenta que esta revisión no ha sido revisada a pares ni en el

proceso de selección de artículos ni a la hora de redactar los resultados, por lo que puede haber un mayor riesgo de sesgo. Finalmente, la falta de estudios de seguimiento a largo plazo limita nuestra comprensión de la durabilidad de los efectos terapéuticos de la TCC y la EMDR.

## **5 Conclusión**

Tanto la TCC como la EMDR son tratamientos eficaces para la reducción de síntomas del TEPT y algunas de sus comorbilidades, con evidencias que apoyan su uso en diversas poblaciones y contextos. La EMDR puede ofrecer ventajas en términos de eficiencia y rapidez de respuesta, aunque la TCC sigue siendo una opción sólida y altamente recomendada. La controversia sobre los mecanismos específicos de la EMDR y la variabilidad en las preferencias y respuestas individuales subrayan la necesidad de continuar investigando para optimizar el tratamiento del TEPT. De esta forma, este enfoque basado en evidencia permitirá a los profesionales de la salud mental tomar decisiones informadas y proporcionar un cuidado más efectivo y personalizado a sus pacientes. Por tanto, la elección del tratamiento debe basarse en la disponibilidad de terapeutas capacitados, las características y preferencias del paciente, y el contexto clínico específico. Esta revisión sistemática contribuye a una mejor comprensión de las fortalezas y limitaciones de la EMDR y la TCC, facilitando decisiones clínicas más informadas y optimizando el tratamiento para individuos con TEPT.

## 6 Referencias

- \*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. 10.3402/ejpt.v6.27414. PMID: 25989952; PMCID: PMC4438099.
- \*Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 127-132. 10.1007/s00787-007-0646-8
- American Psychological Association. (2017). *Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Atkins, D., Best, D., Briss, P. A., Eccles, M., Falck-Ytter, Y., Flottorp, S., Guyatt, G. H., Harbour, R. T., Haugh, M. C., Henry, D., Hill, S., Jaeschke, R., Leng, G., Liberati, A., Magrini, N., Mason, J., Middleton, P., Mrukowicz, J., O'Connell, D., Oxman, A. D., Phillips, B., Schünemann, H. J., Edejer, T., Varonen, H., Vist, G. E., Williams, J. W., Jr., & Zaza, S. (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328(7454), 1490. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7454.1490>
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746-758. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.005>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- \*Capezzani, L., Ostacoli, L., Cavallo, M., Carletto, S., Fernandez, I., Solomon, R., Pagani, M., & Cantelmi, T. (2013). EMDR and CBT for Cancer Patients: Comparative Study

- of Effects on PTSD, Anxiety, and Depression. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 134-143. [10.1891/1933-3196.7.3.134](https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.3.134)
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J., & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression & Anxiety*, 35(6), 502-514. <https://doi.org/10.1002/da.22728>
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. O0Z2-006»98/\$3.00
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. [10.1146/annurev.psych.52.1.685](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685).
- Chen, L., Zhang, G., Hu, M., Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(6), 443-451. [10.1097/NMD.0000000000000306](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000306).
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cusack, K., Jonas, D.E., Forneris, C.A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J.C., Feltner, C., Brownley, K.A., Olmsted, K.R., Greenblatt, A., Weil, A., Gaynes, B.N. (2016) Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 128-141. [10.1016/j.cpr.2015.10.003](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003).
- Davidson, P. R., & Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 305–316. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.305>
- \*Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Lindauer, R. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2), 227-236. [10.1007/s00787-014-0572-5](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0572-5)
- \*Efendi, F., Indarwati, R., & Aurizki, G. E. (2020). Effect of trauma-focused cognitive behavior therapy on depression and the quality of life of the elderly in Indonesia. *Working with Older People*, 24(3), 149-157. <https://doi.org/10.1108/WWOP-02-2020-0004>

- Flory, J.D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: Alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues of Clinical Neuroscience*, 17(2), 141–150.  
10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory
- \*Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., Rosner, R. (2016). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: a Randomized Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(3), 159-170. <https://doi.org/10.1159/000442824>
- Goldstein, R. B., Smith, S. M., Chou, S. P., Saha, T. D., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Huang, B., & Grant, B. F. (2016). The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8). 1137-1148. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1208-5>.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 501-522.  
10.1016/S0272-7358(03)00035-7
- Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Gotzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., & Sterne, J. A. C. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 343. 10.1136/bmj.d5928
- Ho, M. S., & Lee, C. W. (2012). Cognitive behavior therapy versus eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic disorder – Is it all in the homework then?. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 253-260.  
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.08.001>
- \*Hultmann, O., Broberg, A. G., & Axberg, U. (2023). A randomized controlled study of trauma focused cognitive behavioural therapy compared to enhanced treatment as usual with patients in child mental health care traumatized from family violence. *Children and Youth Services Review*, 144.14410.1016/j.childyouth.2022.106716
- \*Kameoka, S., Tanaka, E., Yamamoto, S., Saito, A., Narisawa, T., Arai, Y., Nosaka, S., Ichikawa, K., & Asukai, N. (2020). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for Japanese children and adolescents in community settings: a multisite randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). 10.1080/20008198.2020.1767987

- Lee, C. W., & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 231-239. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001>
- McCauley, J.L., Killeen, T., Gros, D.F., Brady, K.T., Back, S.E. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment. *Clinical Psychology*, 19(3). 10.1111/cpsp.12006. doi: 10.1111/cpsp.12006.
- Na, P. J., Schnurr, P. P., & Pietrzak, R. H. (2023). Mental health of U.S. combat Veterans by war era: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 36-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.019>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder. NICE guideline* [NG116]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- \*Nijdam, M. J., Gersons, B. P., Reitsma, J.B., de Jongh, A., Olf, M. (2012). Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 224-31. 10.1192/bjp.bp.111.099234. Epub 2012 Feb 9. PMID: 22322458.
- \*O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A Randomized Controlled Trial of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Exploited, War-Affected Congolese Girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359-369. 10.1016/j.jaac.2013.01.013
- Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
- 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 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rodriguez, P., Holowka, D. W., & Marx, B. P. (2012). Assessment of posttraumatic stress disorder-related functional impairment: A review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49(5), 649-665. 10.1682/jrrd.2011.09.0162
- Schnurr, P. P. (2023). Epidemiology and impact of PTSD. *PTSD: National Center for PTSD*. Recuperado de: <https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/epidemiology.asp><https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/epidemiology.asp>

- Shapiro, F. (1989a). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.  
10.1016/0005-7916(89)90025-6
- Shapiro, F. (1989b). Efficacy of the Eye Movement Desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199–223.  
<https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- \*Stanbury, T. M., Drummond, P. D., Laugharne, J., Kullack, C., & Lee, C. W. (2020). Comparative Efficiency of EMDR and Prolonged Exposure in Treating Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 14(1), 2-12. 10.1891/1933-3196.14.1.2
- \*Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C., North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Trauma and Stress*, 26(1), 28-37. 10.1002/jts.21765
- Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thombs, B. D. (2015). Empirically Supported Treatment: Recommendations for a New Model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 317-338. 10.1111/cpsp.12122
- van Veen, S. C., Engelhard, I. M., & van den Hout, M. A. (2016). The effects of eye movements on emotional memories: Using an objective measure of cognitive load. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 30122.  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30122>
- Wright, S. L., Karyotaki, E., Cuijpers, P., Bisson, J., Papola, D., Witteveen, A., Suliman, S., Spies, G., Ahmadi, K., Capezzani, L., Carletto, S., Karatzias, T., Kullack, C., Laugharne, J., Lee, C. W., Nijdam, M. J., Olff, M., Ostacoli, L., Seedat, S., & Sijbrandij, M. (2024). EMDR v. other psychological therapies for PTSD: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-9.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291723003446>
- Yepes-Nuñez, J. J., Urrútia, G., Romero-García, M., & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: Una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*.  
<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.07.010>
- \*Yurtsever, A., Konuk, E., Akyüz, T., Zat, Z., Tükel, F., Çetinkaya, M., Savran, C., & Shapiro, E. (2018). An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms:

*Comparación de la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual y la EMDR para el Trastorno por Estrés Postraumático: Una revisión sistemática*

Results of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 12(9).

910.3389/fpsyg.2018.00493

# Índice de tablas

Tabla 1. <i>Criterios de elegibilidad empleados en el proceso de selección</i> .....	11
Tabla 2. <i>Características de los estudios incluidos que comparan TCC y EMDR</i> .....	23
Tabla 3. <i>Resultados principales de los estudios que comparan TCC y EMDR</i> .....	24
Tabla 4. <i>Características de los estudios incluidos que comparan EMDR con un grupo control</i> .....	25
Tabla 5. <i>Resultados principales de los estudios que comparan EMDR con un grupo control</i>	27
Tabla 6. <i>Características de los estudios incluidos que comparan TCC con un grupo control</i> .....	27
Tabla 7. <i>Principales resultados de los estudios que comparan TCC con un grupo control</i> ...	30

## Índice de figuras

Figura 1. <i>Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios</i> .....	12
---	----