

## Revisión teórica

# EMDR en el tratamiento de la depresión

Isabel Aneiros Loureiro<sup>1\*</sup>, Anabel González Vázquez<sup>2</sup>, Marta Laredo Cordonié<sup>3</sup>, Dolores Mosquera Barral<sup>4</sup>, María Jesús Taboada<sup>5</sup>, Isabel Varela Sánchez-Caballero<sup>6</sup>

### Resumen

La depresión constituye actualmente uno de los problemas más acuciantes en el ámbito de la salud mental. Este artículo presenta una revisión bibliográfica en la que se refleja la eficacia de la terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) en el tratamiento de los trastornos depresivos. Aunque este enfoque psicoterapéutico surge inicialmente como una herramienta eficaz en el tratamiento de los trastornos de base traumática, existe cada vez mayor evidencia acerca de su efectividad en el tratamiento de la depresión, dada la relación existente entre la aparición de este trastorno y los acontecimientos vitales estresantes. Presentamos además una visión general de la terapia EMDR y sus ocho fases, y el modelo sobre el que se sustenta, el Modelo PAI (Procesamiento Adaptativo de la Información). El Modelo PAI explica las bases de la patología, predice éxitos en los resultados clínicos, y guía en la conceptualización de casos y los planes de tratamiento. En consonancia con otras teorías del aprendizaje, el modelo PAI propone la existencia de un sistema de procesamiento de la información capaz de integrar nuevas experiencias en las redes de memoria ya existentes. Esas redes de memoria constituyen las bases de la percepción, de las actitudes y del comportamiento. Las percepciones acerca de las situaciones actuales se conectan automáticamente con las redes de memoria asociadas.

**Palabras Claves:** Depresión, EMDR, Modelo PAI, sucesos estresantes.

### Abstract

At present, the Depression is one of the most pressing problems in the field of the mental health. This article presents a bibliography review where the EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) approach shows efficacy in the Depressive Disorders. Although, this psychotherapy approach emerges, in the beginning as a efficiency tool in the treatment of the disorders with traumatic basis, its increasingly clear the evidence about of EMDR effectiveness in the Depression treatment, under the relationship between the inception of the disorder and vital stress events. We present an overview of the EMDR therapy, his eight phases and the AIP (Adaptative Information Processing) model is supported on. The AIP model explains the basis of pathology, predicts successful clinical outcomes, and guides case conceptualization and treatment procedures. Consistent with other learning theories, the AIP model posits the existence of an information processing system that assimilates new experiences into already existing memory networks. These memory networks are the basis of perception, attitudes, and

behavior. Perceptions of current situations are automatically linked with associated memory networks.

**Keywords:** Depression, EMDR, AIP Model, stressful events.

Recibido: 10/05/2012 – Aceptado: 25/06/2012 – Publicado: 20/09/2012

\*Correspondencia: isaaneiros@gmail.com

<sup>1</sup> Psicóloga - Terapeuta EMDR. Centro de Psicoterapia y Trauma - Ferrol (A Coruña)

<sup>2</sup> Psiquiatra - Terapeuta EMDR. Programa de Trauma y Disociación CHUAC (A Coruña)

<sup>3</sup> Psicóloga - Terapeuta EMDR. Policlínica Assistens - A Coruña

<sup>4</sup> Psicóloga - Terapeuta EMDR. Centro Logpsic - A Coruña

<sup>5</sup> Psicóloga - Terapeuta EMDR. Gabinete de Psicología - A Coruña

<sup>6</sup> Psicóloga - Terapeuta EMDR. Gabinete de Psicología y Salud - A Coruña

## Introducción

La depresión es un grave problema para los sistemas de salud mental en todo el mundo, y este desafío va en aumento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la depresión como una de las enfermedades más incapacitantes, y estima que 340 Millones de personas en todo el mundo se ven afectadas por ella en un momento dado. De hecho, la Depresión Mayor ocupa el cuarto puesto en el Índice de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés, Disability Adjusted Life Years), que incluye los años de vida perdidos más los años de vida vivida con discapacidad, en una lista de la OMS, y se prevé que esta clasificación aumente hasta el lugar número 2 de la clasificación en el año 2020. Sólo la enfermedad arterial coronaria posee un peso superior, ocupando el puesto número uno de la lista (Murray and López 1996; Greden 2001).

Aunque un número significativo de pacientes con depresión sólo sufre un episodio depresivo, gran parte de la carga de la enfermedad está asociada con el creciente reconocimiento de la naturaleza crónica y recurrente de este trastorno. Este patrón de episodios depresivos recurrentes suele estar acompañado por una mayor gravedad y aceleración del ciclo. Así, en muchos casos, los nuevos episodios depresivos tienden a presentarse antes y son más resistentes al tratamiento (Maj, Veltro et al. 1992). Se estima que más del 75%-90% de los pacientes con episodios depresivos, dependiendo de la duración del periodo de observación, tendrán más de un episodio depresivo (Kupfer 1991; Angst 1992; Keller 2002).

A pesar de que las opciones para el tratamiento de la depresión se han ampliado significativamente en los últimos 20 años, especialmente en el área de la psicofarmacología, el optimismo inicial que acompañaba a nuevos medicamentos antidepressivos como los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) ha disminuido. De hecho, recientes meta-análisis han concluido que los antidepressivos sólo ofrecen una modesta ventaja comparados con placebo, aumentando la magnitud del beneficio con la severidad de la depresión (Fournier, DeRubeis et al. 2010). Además, las intervenciones psicofarmacológicas se ven obstaculizadas por los efectos secundarios (como por ejemplo el aumento de peso), y los problemas de adherencia al tratamiento (Hirschfeld 2003; Kripalani, Yao et al. 2007; Reid and Barbui 2010).

Sin embargo, una revisión sistemática de 31 ensayos aleatorios que investigaban la continuación del tratamiento con antidepressivos de todas las clases, encontraron que los antidepressivos reducían el riesgo de recaída en aproximadamente un 50% (Geddes, Carney et al. 2003).

La persistente tendencia de los pacientes depresivos a sufrir recaídas ha generado un extenso debate sobre la continuación de la medicación o incluso el mantenimiento de por vida, especialmente si el riesgo de recaída es elevado. Algunos autores lo consideran necesario si un paciente ha sufrido dos recaídas depresivas en los últimos 5 años. Entre los factores de riesgo de recaída también se incluyen los síntomas residuales de la depresión post-tratamiento y el grado de resistencia al tratamiento durante el episodio depresivo anterior (Reid and Barbui 2010).

Las intervenciones psicoterapéuticas poseen una larga tradición en el tratamiento de la depresión. Varios informes indican que, además de la depresión leve y moderada, las intervenciones psicoterapéuticas pueden ser útiles en casos de una depresión crónica severa (Nemeroff, Heim et al. 2003).

Sin embargo, la tasa de recaídas, incluso en pacientes que responden al tratamiento psicoterapéutico, sigue siendo elevada. De hecho, 1 año después de la interrupción del tratamiento psicoterapéutico para la depresión aguda, la tasa de recaída era del 29% y aumentaba hasta el 54% a los 2 años. No obstante, comparado con tratamientos farmacológicos

solo, el riesgo de recaída asociado a la psicoterapia se reduce hasta el 22% (Vittengl, Clark et al. 2007).

### **La depresión y los sucesos estresantes**

Tanto el estrés como sus correlatos biológicos son factores significativos en el desarrollo de la depresión. El estrés agudo y crónico no sólo contribuyen al desarrollo de la enfermedad, sino que incluso pueden provocar la aparición de la misma (Heim and Nemeroff 2001; McFarlane 2010). Además, los primeros episodios de la depresión están más estrechamente relacionados con un estresor psicosocial que los episodios posteriores; de hecho, los episodios posteriores de depresión pueden ser provocados por estresores con menos peso o incluso pueden darse sin un estresor claro.

La fuerte influencia de los acontecimientos vitales estresantes en el desarrollo de la depresión quedó también de manifiesto en un meta-análisis realizado por Risch, Herrell et al. (2009). En este meta-análisis el único factor de riesgo que correlacionó significativamente con la depresión fue la ocurrencia de eventos vitales estresantes. La presencia de un polimorfismo en el gen transportador de la serotonina solo, o incluso en combinación con la ocurrencia de eventos vitales estresantes, no correlacionó significativamente con la aparición de episodios depresivos en el mismo meta-análisis (Risch, Herrell et al. 2009).

Estos resultados concuerdan con los estudios que muestran que los eventos vitales traumáticos parecen tener tanto una relación dosis-respuesta como temporal con la ocurrencia de episodios depresivos (Wise, Zierler et al. 2001; Teicher, Samson et al. 2009).

La evidencia hace pensar que los trastornos depresivos pueden estar más ligados a otros trastornos de base traumática de lo que se viene mostrando en los actuales abordajes clínicos para el tratamiento de los pacientes depresivos.

Curiosamente, aproximadamente el 80% de los pacientes con TEPT muestran comorbilidad con otros trastornos, especialmente con la depresión. Esta depresión comórbida tiende a mejorar significativamente si el TEPT es tratado de modo primero, sin ningún tratamiento específico para la depresión (van Etten and Taylor 1998).

Sin embargo, los métodos específicos para el tratamiento del trauma que han sido capaces de tratar con éxito los recuerdos estresantes que causan TEPT, nunca han sido estudiados de un modo sistemático para el tratamiento de los trastornos depresivos.

### **EMDR**

La Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) es una de las psicoterapias más eficientes en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático (Bisson, Ehlers et al. 2007). Los estudios muestran que el EMDR es el tratamiento más eficaz para tratar el TEPT y que requiere un 40% menos de sesiones en comparación con uno de los tratamientos más estudiados, el Tratamiento Cognitivo Conductual, TCC (van Etten and Taylor 1998). Los resultados del tratamiento con EMDR parecen ser estables en el tiempo tal y como lo demuestra un seguimiento de 35 meses (Hogberg, Pagani et al. 2007).

EMDR es un enfoque psicoterapéutico que consta de 8 fases, desarrollado por Francine Shapiro con el objetivo de integrar de manera adaptativa memorias traumáticas estresantes (Shapiro 2001). EMDR se basa en la teoría de que gran parte de la psicopatología es debida a las

experiencias traumáticas o eventos vitales perturbadores. Esto repercute en el deterioro de la capacidad innata del ser humano para procesar e integrar las experiencias perturbadoras en el sistema nervioso central. El tratamiento con EMDR implica la activación de los componentes del recuerdo traumático o acontecimiento perturbador y la estimulación bilateral. Este proceso parece facilitar la reanudación del normal funcionamiento del sistema de procesamiento de información, la disminución de la angustia asociada al recuerdo traumático, la mejora de la visión sobre uno mismo, el alivio de la perturbación a nivel corporal, y la desensibilización de disparadores presentes y futuros.

El abordaje empleado en EMDR se sustenta en tres puntos: las experiencias de vida tempranas; las experiencias estresantes del presente; y los pensamientos y comportamientos deseados en el futuro.

La evaluación de miles de sesiones de EMDR ha puesto de relieve el efecto corporal de los pensamientos sin resolver. Cuando una persona se ve afectada negativamente por un trauma, la información relativa al evento traumático se almacena en la memoria motora (o sistemas corporales), en lugar de hacerlo en la memoria narrativa, razón por la cual la persona retiene las emociones y sensaciones físicas negativas relativas al evento original. Cuando esta información se ve procesada puede pasar a la memoria narrativa, con lo que desaparecen los sentimientos negativos y las sensaciones corporales asociadas.

EMDR es un enfoque psicoterapéutico integrador guiado por un modelo de procesamiento de información. Francine Shapiro desarrolló un modelo hipotético denominado Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) para proporcionar un marco teórico y los principios del tratamiento EMDR (Hensley 2009).

El PAI profundiza sobre los efectos observados del tratamiento EMDR, describiendo un sistema fisiológico innato que ayuda a transformar la información perturbadora en una resolución adaptativa y en una integración psicológica sana. Una de las asunciones clave del modelo AIP es que los recuerdos perturbadores almacenados disfuncionalmente son la causa de diversos trastornos mentales como son el TEPT, algunos tipos de depresión, la ansiedad y otros trastornos de base traumática. Cuando se produce el trauma, ocasiona una disrupción en nuestro sistema de procesamiento de información, dejando sin procesar cualquier imagen, sonido, pensamiento o sentimiento asociado, y, consecuentemente, se almacena disfuncionalmente cada vez que se reexperimenta (Shapiro 2001). El Modelo PAI predice que si las memorias almacenadas disfuncionalmente y que son la causa de un trastorno (como la depresión) son procesadas, los síntomas de dicho trastorno remitirán. Metafóricamente, podemos decir que el mecanismo de procesamiento está “digiriendo” o “metabolizando” la información, de modo que pueda ser almacenada de manera funcional y adaptativa (Shapiro 2001). Se ha demostrado que EMDR es un tratamiento eficaz para ayudar a reiniciar este proceso mental curativo y permitir que los traumas sean procesados (Hensley 2009).

### **EMDR en el tratamiento de los trastornos depresivos**

Pese a que originariamente fue diseñada para aliviar el estrés causado por las memorias traumáticas, especialmente aquellas asociadas al TEPT, la terapia EMDR fue propuesta para el tratamiento de otras patologías que no necesariamente se relacionan con eventos traumáticos que cumplieran el criterio A del TEPT. De hecho, desde principios de la década de los 90, los clínicos están empleando la terapia EMDR para el tratamiento de pacientes con depresión. Uno de los primeros casos documentados sobre la efectividad del EMDR en el tratamiento de pacientes depresivos es el caso de Mia. Mia sufrió una depresión grave tras perder a su hijo de once años en un accidente de tráfico. Steve Lazrove comenzó a tratarla con EMDR dos semanas

después de un intento de suicidio. Después del tratamiento con EMDR se había recuperado de su depresión y se mantenía estable 15 semanas después (Shapiro and Silk-Forrest 1997).

Los estudios sistemáticos han demostrado que existe una relación entre los efectos del EMDR en el TEPT y en la depresión. En un ensayo clínico aleatorizado, van der Kolk et al. compararon los efectos del tratamiento con fluoxetina, EMDR y placebo, en una muestra con pacientes con TEPT (Van der Kolk, Spinazzola et al. 2007). Los tres grupos mostraron mejoras significativas durante el tratamiento. Sin embargo, durante los 6 meses siguientes a la interrupción del tratamiento, el grupo de la fluoxetina perdió parte de su mejoría, mientras que el grupo de EMDR continuó mejorando. Además, en el seguimiento, el 57% de los pacientes del grupo de EMDR se mostraron asintomáticos, en comparación con el 0% de los pacientes del grupo de la fluoxetina. El grupo tratado con EMDR también obtuvo puntuaciones más bajas en el BDI-II en comparación con el grupo tratado con fluoxetina. Esto llevó a los autores del estudio a concluir que “una vez que el trauma se resuelve, otras áreas del funcionamiento psicológico parecen mejorar de forma espontánea”.

Este hallazgo fue replicado por otros estudios; como el estudio realizado por Power et al. donde se trató a una población TEPT con TCC y EMDR (el grupo control estaba formado por pacientes en lista de espera). Ambos grupos experimentaron mejoras significativas de los síntomas. Por otro lado, en el seguimiento 6 meses después, estos efectos positivos se mantuvieron en ambos grupos de intervención, y también se produjo una reducción en las visitas a los médicos de cabecera en el grupo EMDR (Power, McGoldrick et al. 2002; Karatzias, Power et al. 2006).

Esta disminución en los síntomas depresivos tras aplicar EMDR en los recuerdos que los pacientes experimentan como traumáticos, parece no estar limitada sólo a los pacientes con TEPT. En un estudio controlado, Wilson et al. trataron a un grupo que sufrían recuerdos traumáticos (Wilson, Becker et al. 1995). Aunque sólo el 54% de estos pacientes fueron diagnosticados con TEPT, todos ellos se beneficiaron del tratamiento con EMDR como lo demuestran las mejoras significativas de sus síntomas depresivos. Además, estas mejoras se mantuvieron en el seguimiento realizado 15 meses después. El análisis llevado a cabo por estos autores muestra que no hubo diferencia en la eficacia clínica en el tratamiento con EMDR en pacientes que sufrían recuerdos traumáticos definidos en el criterio A del TEPT y los pacientes con recuerdos traumáticos que no cumplían dichos criterios (Wilson, Becker et al. 1995; Wilson, Becker et al. 1997).

La primera serie de casos de dos adolescentes diagnosticados sólo con depresión mayor que fueron tratados con EMDR se publicó en 2008. El tratamiento con éxito requirió sólo de 3 y 7 sesiones respectivamente y los resultados del tratamiento se mantuvieron estables en el seguimiento a tres meses (Bae, Kim et al. 2008). Es de destacar que, en ambos casos, EMDR se empleó con éxito para tratar recuerdos que claramente no encajaban dentro del criterio A para el TEPT, puesto que ambos casos estaban relacionados con cambios o pérdidas en sus relaciones y encajarían más como “trauma de apego”.

Otros sucesos que no encajan en el criterio A del TEPT, también parecen ser factores de riesgo específicos para los trastornos depresivos. Por ejemplo, en un extenso estudio retrospectivo, los sucesos humillantes que devalúan de un modo directo al individuo, pueden estar estrechamente vinculados al incremento de riesgo de padecer episodios depresivos si los sumamos a las pérdidas y a las separaciones (Kendler, Hettema et al. 2003).

Esta observación de que los síntomas depresivos parecen estar fuertemente asociados a eventos que no cumplen el criterio A, se hace evidente en una serie de informes de casos donde pacientes con depresión han sido tratados satisfactoriamente con EMDR. Tinker y Wilson (Tinker and Wilson S.A. 1999) informaron de que varios niños deprimidos que habían perdido a miembros

de su familia fueron tratados con éxito con EMDR. EMDR también ha sido útil en el tratamiento de casos de depresión post-parto, depresión asociada con sucesos humillantes en el trabajo y adultos deprimidos que referían proceder de familias donde se presentó alguna enfermedad mental o eran disfuncionales durante su infancia (Manfield 1998; Shapiro 2009).

Otros casos tratados con EMDR incluían pacientes que habían sufrido traumas médicos en la infancia que se sometieron a EMDR en el contexto de una terapia psicoanalítica (Broad and Wheeler 2006) y un caso de un paciente de avanzada edad con enfermedades médicas que se ha beneficiado de una combinación de tratamiento con EMDR y meditación con conciencia plena - mindfulness (Sun, Wu et al. 2004).

En un estudio en pacientes adictos al alcohol tratados con EMDR para reducir el craving o ansiedad de consumir, la puntuación BDI en el grupo EMDR mostró una fuerte reducción y fue significativamente mayor que en el grupo control.

En un estudio retrospectivo, un grupo de 10 pacientes que padecían episodios depresivos recurrentes fueron tratados con EMDR durante un año. Cinco de ellos sufrían depresión mayor, (F 33.2) y dos padecían depresión doble (F 33.2 y F 34.1). Tres de los pacientes presentaban depresión crónica que había durado más de 2 años sin ninguna mejoría. Cuatro de ellos informaron de haber sufrido más de 10 episodios depresivos. El número medio de episodios depresivos en todos los pacientes fue de 6,4.

El número medio de sesiones fue de 7.4. Debido al contexto de consulta externa en Alemania, estas sesiones se integraron dentro de 60 sesiones de terapia cognitivo-conductual (TCC) o la terapia psicodinámica (PD).

La media de tiempo del primer seguimiento fue de 3.7 años (rango 1-6 años). En el momento del seguimiento, 7 de los 10 participantes del estudio no estaban tomando medicación. La tasa de recaída esperada para estos pacientes, tras más de 3 años era de  $\geq 40\%$ . Sin embargo, durante el seguimiento, sólo se encontró una paciente que sufrió 2 recaídas después de la terapia con EMDR. Las recaídas coincidieron con la detección de un cáncer a su marido. La paciente consideró estos episodios como claramente menos graves en comparación con episodios anteriores y, en consecuencia, necesitó una dosis menor y más corta de medicación que en episodios previos.

Aunque el número de pacientes tratado fue de sólo 10, la reducción de recaídas en todo el grupo es estadísticamente significativa comparado con el ratio de recaídas que cabría esperar en estos pacientes ( $< .01$ ). De hecho, el porcentaje de remisiones completas en los 10 pacientes fue del 70% inmediatamente después finalizar la terapia con EMDR y se incrementó hasta el 90% en el primer seguimiento. Cabe destacar que cuatro de los pacientes experimentaron sucesos estresantes graves tras el fin de la terapia y sólo uno de los cuatro tuvo una recaída, un episodio depresivo mayor.

Así que EMDR también contribuye a construir recursos para prevenir futuras recaídas en episodios depresivos (Hofmann, Lehnung, Hilgers, Baurhenn and Hase 2011).

## **Conclusiones**

Actualmente la terapia EMDR constituye uno de los métodos psicoterapéuticos más eficaces y seguros para el tratamiento de los trastornos del espectro postraumático, como así lo demuestra la abundante evidencia científica. Es por ello que también resulta eficaz, como queda patente en los diversos estudios presentados (aunque el volumen de investigación sea mucho menor en este

caso), en el tratamiento de la depresión, dada la relación existente entre la aparición de este trastorno y los acontecimientos vitales estresantes anteriores a la misma.

Aunque en un primer momento la terapia EMDR se enfocaba casi exclusivamente al tratamiento del TEPT, con el tiempo el trabajo clínico ha ido demostrando su utilidad y eficacia como herramienta en el tratamiento de un amplio rango de trastornos, en el que, como se ha plasmado en esta revisión, se incluyen los trastornos depresivos.

Todo ello refuerza a su vez la vigencia del Modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información, en el que se basa la terapia EMDR, ya que una vez resuelta la información fisiológicamente almacenada de manera disfuncional, se reduce o elimina la sintomatología asociada a los trastornos que son motivo de tratamiento, al hacer el procesamiento de esa información de manera que se integre en redes de memoria mayores con información funcional y adaptativa.



## Referencias

- Angst, J. (1992). How recurrent and predictable is depressive illness. Longterm treatment of Depression: Perspectives in Psychiatry. S. Montgommery and F. Roullon. Chichester, Wiley. Vol. 3: 1-13.
- Bae, H., D. Kim, et al. (2008). "Eye movement desensitization and reprocessing for adolescent depression." *Psychiatry Investig* 5(1): 60-65.
- Bisson, J., A. Ehlers, et al. (2007). "Psychological Treatments for Chronic Pts-Traumatic Stress Disorder Systematic Review and Meta-analysis " *British Journal of Psychiatry* 190: 97-104.
- Broad, R. D. and K. Wheeler (2006). "An adult with childhood medical trauma treated with psychoanalytic psychotherapy and EMDR: a case study." *Perspect Psychiatr Care* 42(2): 95-105.
- Fournier, J. C., R. J. DeRubeis, et al. (2010). "Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis." *JAMA* 303(1): 47-53.
- Geddes, J. R., S. M. Carney, et al. (2003). "Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review." *Lancet* 361(9358): 653-661.
- Greden, J. F. (2001). "The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects." *J Clin Psychiatry* 62 Suppl 22: 5-9.
- Heim, C. and C. B. Nemeroff (2001). "The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies." *Biol Psychiatry* 49(12): 1023-1039.
- Hensley, B.J. (2009). *An EMDR primer. From practicum to practice.* New York, Springer Publishing Company.
- Hirschfeld, R. M. (2003). "Long-term side effects of SSRIs: sexual dysfunction and weight gain." *J Clin Psychiatry* 64 Suppl 18: 20-24.
- Hofmann, A., Lehnung, M., Hilgers, A., Baurhenn, U., Hase, M. (2011). EMDR in the treatment of recurrent depression – a case series with follow up. (presented at the EMDR Europe conference in Vienna 2011 ).
- Hofmann, A. (2010). *The inverted standard protocol for unstable complex post-traumatic stress disorder. EMDR scripted protocols.* M. Luber. New York, Spinger: 313-328.
- Hogberg, G., M. Pagani, et al. (2007). "On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers--a randomized controlled trial." *Nord J Psychiatry* 61(1): 54-61.
- Karatzias, A., K. Power, et al. (2006). "Predicting treatment outcome on three measures for post-traumatic stress disorder." *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 20: 1-7.
- Keller, M. B. (2002). "Rationale and options for the long-term treatment of depression." *Hum Psychopharmacol* 17 Suppl 1: S43-46.
- Kendler, K. S., J. M. Hettema, et al. (2003). "Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety." *Arch Gen Psychiatry* 60(8): 789-796.
- Kripalani, S., X. Yao, et al. (2007). "Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review." *Arch Intern Med* 167(6): 540-550.
- Kupfer, D. J. (1991). "Long-term treatment of depression." *J Clin Psychiatry* 52 Suppl: 28-34.
- Maj, M., F. Veltro, et al. (1992). "Pattern of recurrence of illness after recovery from an episode of major depression: a prospective study." *Am J Psychiatry* 149(6): 795-800.
- Manfield, P., Ed. (1998). *Extending EMDR, a casebook of innovative applications.* New York, Norton.
- McFarlane, A. C. (2010). "The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences." *World Psychiatry* 9(1): 3-10.
- Murray, C. J. and A. D. Lopez (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assesment of Mortality and Disability from Disease, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020* Cambridge, Mass., Harvard University Press.

- Nemeroff, C. B., C. M. Heim, et al. (2003). "Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma." *Proc Natl Acad Sci U S A* 100(24): 14293-14296.
- Power, K., T. McGoldrick, et al. (2002). "A Controlled Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Exposure Plus Cognitive Restructuring Versus Waiting List in the Treatment of Post-traumatic Stress Disorder." *Clin. Psychol. Psychother.* 9: 299-318.
- Reid, S. and Barbui, C. (2010). "Long term treatment of depression with selective serotonin reuptake inhibitors and newer antidepressants." *BMJ* 340: c1468.
- Risch, N., R. Herrell, et al. (2009). "Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis." *JAMA* 301(23): 2462-2471.
- Shapiro, F. (2001). *EMDR basic principles and protocols*. New York, Norton.
- Shapiro, F. and M. Silk-Forrest (1997). *EMDR, the breakthrough therapy*. New York, Basic Books.
- Shapiro, R., Ed. (2009). *EMDR solutions 2*. New York, Guilford.
- Sun, T. F., C. K. Wu, et al. (2004). "Mindfulness meditation training combined with eye movement desensitization and reprocessing in psychotherapy of an elderly patient." *Chang Gung Med J* 27(6): 464-469.
- Teicher, M. H., J. A. Samson, et al. (2009). "Length of time between onset of childhood sexual abuse and emergence of depression in a young adult sample: a retrospective clinical report." *J Clin Psychiatry* 70(5): 684-691.
- Tinker, R. H. and Wilson, S.A. (1999). *Through the eyes of a child - EMDR with children* New York, Norton.
- van der Kolk, B. A., J. Spinazzola, et al. (2007). "A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance." *J Clin Psychiatry* 68(1): 37-46.
- van Etten, M. L. and J. Taylor (1998). "Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: a Meta-Analysis." *Clin Psychol Psychother* 5: 126-144.
- Vittengl, J. R., L. A. Clark, et al. (2007). "Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects." *J Consult Clin Psychol* 75(3): 475-488.
- Wilson, S. A., L. A. Becker, et al. (1995). "Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63: 928-937.
- Wilson, S. A., L. A. Becker, et al. (1997). "Fifteen month follow up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 65: 1047-1056.
- Wise, L. A., S. Zierler, et al. (2001). "Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimisation: a case-control study." *Lancet* 358(9285): 881-887.



**Cite este artículo de la siguiente forma (estilo de Vancouver):**

Aneiros Loureiro I, González Vázquez A, Laredo Cordoníé M, Mosquera Barral D, Taboada MJ, Varela Sánchez-Caballero MJ. EMDR en el tratamiento de la depresión. *Psicologia.com* [Internet]. 2012 [citado 20 Sep 2012];16:22. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/5515>